

5. Смертность, продолжительность жизни и жизнеохранительная политика в России в международном контексте

5.1. Международные базы данных для анализа смертности и оценки мер, направленных на улучшение здоровья и рост продолжительности жизни

Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB). С середины 1980-х годов государства — члены Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) передают статистические данные об умерших и других показателях здоровья в региональное бюро ВОЗ¹.

База данных «Здоровье для всех» объединяет показатели, которые являются основными с точки зрения мониторинга региональных программ, таких как «Здоровье-2020» и «Цели устойчивого развития». Показатели охватывают такие области, как демография, состояние здоровья, детерминанты здоровья и факторы риска, а также ресурсы здравоохранения и многое другое.

База данных дает возможность сравнить показатели смертности и здоровья в половозрастном разрезе. Также она позволяет получать доступ к региональным, национальным и некоторым субнациональным индикаторам, которые визуализируются с помощью интерактивных онлайн-инструментов. Данные, метаданные, графики и карты могут быть экспортированы или распространены в Интернете и социальных сетях.

¹ Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) — это учреждение системы Организации Объединенных Наций, отвечающее за вопросы общественного здравоохранения. Штаб-квартира Европейского регионального бюро (ЕРБ ВОЗ) расположено в Копенгагене (Дания). Всего в мире шесть региональных бюро. ЕРБ ВОЗ обслуживает Европейский регион ВОЗ, включающий 53 страны (все европейские, а также страны Центральной Азии и Закавказья, входившие ранее в СССР).

Представлены следующие статистические показатели, оценки которых на постоянной основе производятся специалистами ЕРБ ВОЗ:

- общий коэффициент смертности;
- ожидаемая продолжительность жизни в возрастах 0, 15, 45, 65 лет;
- младенческая смертность;
- материнская смертность;
- стандартизованные коэффициенты смертности (в том числе по причинам смерти в соответствии с единой международной классификацией²);
- стандартизованные коэффициенты заболеваемости (в том числе по причинам болезней и патологических состояний в соответствии с единой международной классификацией).

База данных о смертности (Human Mortality Database, HMD).

HMD — наиболее надежная, гармонизированная по странам и методам оценки международная база данных о смертности. Она создана в начале 2000-х годов при участии двух основных групп исследователей из Калифорнийского университета (Беркли, США) и Института демографических исследований им. М. Планка (Росток, Германия). В то же время в работе по ее актуализации и развитию принимает участие огромный интернациональный коллектив демографов и статистиков из многих стран мира. В настоящее время база данных содержит подробные данные о численности населения и смертности в 41 стране мира (табл. 5.1). Отрадно, что Россия полноценно представлена в этой базе данных практически с самого начала ее существования, что стало возможно в результате тесного взаимодействия сотрудников ИДЕМ ВШЭ, Росстата с разработчиками HMD.

Преимущества этой базы данных, высоко оцениваемые мировым экспертным сообществом, состоят в том, что в ней приведены скорректированные по единой методике официальные дан-

² Международная классификация болезней, травм и причин смерти разрабатывается экспертами ВОЗ, одобряется Всемирной Ассамблеей здравоохранения и далее рекомендуется к обязательному применению во всех странах — членах ВОЗ. Два последних пересмотра МКБ были приняты в 1975 и 1989 гг. (соответственно МКБ-9 и МКБ-10) и активно используются сегодня. В настоящий момент ведется работа над 11-м пересмотром МКБ.

Таблица 5.1. Перечень 41 страны, сведения о смертности населения которых представлены в НМД

Страна	Годы	Страна	Годы	Страна	Годы	Страна	Годы
	1751–2016		1921–2014		1921–2014		1950–2014
Швеция	1816–2016	Австралия	1921–2014	Венгрия	1950–2014	Словения	1983–2014
Франция	1835–2016	Канада	1921–2011	Словакия	1950–2014	Израиль	1983–2014
Дания	1838–2016	Великобритания	1922–2016	Польша	1958–2016	Германия	1990–2015
Исландия	1841–2015	США	1933–2016	Латвия	1959–2014	Чили	1992–2008
Бельгия	1846–2014	Португалия	1940–2015	Литва	1959–2014	Греция	1981–2013
Норвегия	1850–2016	Австрия	1947–2017	Россия	1959–2014	Южная Корея	2003–2016
Нидерланды	1872–2014	Болгария	1947–2010	Украина	1959–2013	Хорватия	2002–2016
Италия	1876–2016	Япония	1947–2016	Эстония	1959–2016	Гонконг	1986–2017
Швейцария	1878–2015	Новая Зеландия	1948–2013	Белоруссия	1959–2016		
Финляндия	1908–2014	Чехия	1950–2016	Люксембург	1960–2014		
Испания		Ирландия	1950–2014	Тайвань	1970–2014		

ные национальной статистики. Корректировке, основанной на более совершенных методах оценивания, в первую очередь подвергаются данные, необходимые для получения более точных оценок среднего возраста смерти для детей, функции дожития в течение первого года жизни, а также оценки численности совокупностей людей, находящиеся под риском смерти, в том числе с учетом помесечных данных о демографических событиях (если они доступны).

Все расчеты, связанные с получением полных таблиц смертности (дожития), выполняются разработчиками базы данных, что гарантирует максимально возможную сопоставимость результатов.

В базу HMD включены следующие годовые данные: численность населения по полу и возрасту, абсолютное число родившихся и число умерших, общие, возрастные коэффициенты смертности, биометрические функции полных и кратких (для 5-летних возрастных групп) таблиц смертности для мужчин, женщин и всего населения, ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин, женщин и всего населения, а также для достигших определенных лет.

Также в HMD содержатся данные для проведения продольного анализа (для реальных поколений людей по году их рождения), в частности когортные возрастные показатели смертности для мужчин и женщин, биометрические функции таблиц смертности для реальных поколений в разрезе пола, в том числе ожидаемая продолжительность жизни реальных поколений.

Важная цель HMD — предоставление пользователям открытого доступа ко всем входным данным. Кроме того, регулярно проводятся международные семинары и конференции исследователей — пользователей HMD с целью обмена опытом, полученными результатами, анализа данных и совершенствования самой HMD.

База данных о таблицах смертности (дожития) (The Human Life-Table Database, HLD). HLD представляет собой набор таблиц смертности (дожития) населения для множества стран, охватывающих длинные исторические периоды, что позволяет на количественном уровне описать долговременную эволюцию смертности во многих странах мира. Большинство таблиц, представленных в HLD, было когда-либо официально опубликовано национальными статистическими управлениями. Некоторые таблицы HLD

относятся к определенным региональным или этническим подгруппам внутри стран. Помимо этого некоторые таблицы HLD являются неофициальными таблицами, подготовленными профессионалами. В базе данных также предоставлена информация о методах расчета, а также о способах публикации данных о смертности, используемых в разных странах в разное время. HLD является частью проекта базы данных о смертности (HMD). HLD была разработана для дополнения HMD и обеспечивает свободный и удобный доступ к данным о смертности, которые по разным причинам не могут быть включены в HMD. Прежде всего в HMD данные ограничены развитыми странами или областями с наиболее надежными оценками численности населения и качественной статистикой естественного движения населения. Все серии данных в HMD постоянно обновляются на регулярной основе. HLD, напротив, не имеет столь жестких требований к качеству данных и включает более широкий набор таблиц смертности, некоторые из них могут быть менее надежными, чем публикации HMD.

HLD предоставляет таблицы смертности, собранные из разных источников: статистические и научные публикации, официальные отчеты, коллекции данных, собранных отдельными исследователями, и т.п. Поскольку HLD представляет собой совокупность данных о смертности, полученных различными организациями или отдельными исследователями, использующими разные методы, нельзя обеспечить полную сопоставимость данных по времени или группам населения. Кроме того, в некоторых случаях предоставлено несколько альтернативных таблиц смертности для того же населения и года. Поэтому пользователям HLD необходимо внимательно изучить, какие разделы опубликованных данных HLD более подходят для их исследований. В отличие от HMD HLD включает таблицы смертности только по следующим странам: Албания, Куба, Исландия, Нидерланды, Шри-Ланка, Алжир, Кипр, Индия, Новая Зеландия, Суринам, Аргентина, Чехия, Ирландия, Норвегия, Швеция, Аруба, Чехия, Чехословакия, Израиль, Палау, Швейцария, Австралия, Дания, Италия, Панама, Тайвань, Австрия, Доминиканская Республика, Ямайка, Перу, Таиланд, Бангладеш, Египет, Япония, Филиппины, Того, Барбадос, Сальвадор, Казахстан, Польша, Тонга, Белоруссия, Эстония, Кирибати, Португалия, Тринидад и Тобаго, Бельгия, Фиджи, Косово, Пуэрто-

Рико, Турция, Боливия, Финляндия, Литва, Южная Корея, Украина, Босния и Герцеговина, Франция, Люксембург, Реюньон, Великобритания, Ботсвана, Французская Гвиана, Македония, Румыния, США, Бразилия, Германия, Мальдивы, Россия, Уругвай, Болгария, Греция, Мальта, Сенегал, СССР, Канада, Гренландия, Мартиника, Сербия, Венесуэла, Чили, Гранада, Маврикий, Сингапур, Югославия, Китай, Гвинея, Мексика, Словакия, Колумбия, Гондурас, Монголия, Словения, Коста-Рика, Гонконг, Черногория, ЮАР, Хорватия, Венгрия, Науру, Испания.

Раздел смертности в общей демографической базе данных Евростата. Основная роль Евростата заключается в обработке и публикации сопоставимой статистической информации на европейском уровне, получаемой на основе официальных запросов, согласованных на уровне национальных правительств и Европейской комиссии.

Евростат сам не разрабатывает исходные данные и не производит базовые расчеты. Это делается статистическими органами государств-членов. Национальные статистические агентства проверяют и анализируют необходимую информацию и отправляют ее в требуемом формате в Евростат. Роль Евростата заключается в консолидации данных и обеспечении их сопоставимости с использованием согласованной методологии. Евростат считает, что является единственным поставщиком статистических данных на европейском уровне, и эти данные согласованы, насколько это возможно.

Важная особенность баз данных, публикуемых на сайте Евростата, — это то, что обновление этих баз осуществляется дважды в день — в 11.00 и 23.00.

База данных Евростата содержит широкий набор показателей и данных о смертности населения в странах Европы, а также в Армении, Азербайджане и Грузии. Данные представлены по большинству показателей за период с 1960 г. Но не по всем странам есть информация за весь рассматриваемый период.

База данных Евростата включает следующие показатели смертности:

- число смертей:
 - в целом за год и по месяцам года;
 - по полу и возрасту;

- по году рождения и полу;
- по возрасту, полу и уровню образования;
- по возрасту, полу и брачному состоянию;
- по возрасту, полу и гражданству;
- по возрасту, полу и стране рождения;
- число детей, умерших в возрасте до одного года, включая умерших в возрасте менее 7 дней, менее 28 дней, а также мертворожденных;
- число детей в возрасте до одного года, умерших по возрастным периодам — 0 дней, 1–6 дней, 7–27 дней, 28–365 дней по полу;
- коэффициенты младенческой смертности, включая раннюю неонатальную смертность, неонатальную смертность, перинатальную смертность и коэффициент мертворождаемости;
- число умерших детей до одного года по уровню образования матери и уровню образования отца (данные представлены за 2013–2016 гг.);
- число мертворожденных по возрасту матери;
- годовые таблицы, включающие все основные показатели таблиц смертности по полу;
- ожидаемая продолжительность жизни:
 - по возрасту и полу;
 - по возрасту, полу и уровню образования;
- ожидаемая продолжительность здоровой жизни;
- информация по детерминантам здоровья (курение, потребление алкоголя, индекс массы тела, физическая активность и т.д.);
- информация по причинам смерти, включая данные по ДТП.

Европейская база данных о смертности (MDB). Позволяет анализировать тенденции смертности в разрезе пола и возраста по широким группам болезней. Данные доступны с 1979 г. Число умерших и стандартизованные по возрасту показатели смертности по странам, годам, причинам смерти, полу и возрасту представлены в удобном для пользователя приложении. Данные о причинах смерти закодированы в соответствии с Международной классификацией болезней, травм и причин смерти двух последних пересмотров — МКБ-9 и МКБ-10.

Инструмент «cause of death query online» (CoDQL) внутри базы данных MDB позволяет пользователям извлекать данные о причинах смерти по странам, годам, полу и возрасту. Имеются данные с 1950 г. по календарным годам и способам кодирования причин смерти: в соответствии с МКБ-7, 8, 9 и 10. Этот инструмент также дает возможность агрегировать подробные причины смерти для формирования более широких категорий причин смерти в соответствии с потребностями пользователей.

Европейская база данных о людских и технических ресурсах для здравоохранения (HlthRes-DB). Представляет собой базу статистических данных о людских и технических ресурсах системы здравоохранения по европейским странам и неденежных ресурсах системы здравоохранения, содержит около 200 показателей.

Информационная система по окружающей среде и здоровью (ENHIS). Представляет собой основанную на фактических данных информационную систему, направленную на поддержку политики общественного здравоохранения и окружающей среды в европейском регионе ВОЗ. Это интерактивная база данных, состоящая из показателей на страновом уровне и региональных оценок. Показатели ENHIS предоставляют информацию о результатах лечения и политических мерах, связанных с приоритетными областями охраны окружающей среды и здоровья в европейском регионе.

5.2. Международные базы данных, содержащие сведения о дорожно-транспортной смертности, травматизме и политике в области безопасности дорожного движения

В данном разделе представлено восемь международных баз данных, содержащих сведения о дорожно-транспортной смертности и травматизме, одна база данных, посвященная международному опыту в области политики по повышению безопасности дорожного движения (БДД), и одна национальная база данных (Голландия) в качестве передового примера интеграции международных и национальных данных о степени детализации собираемых показателей последствий от ДТП и повышения БДД (табл. 5.2). В специальном подразделе 5.5 будут освещены некото-

Таблица 5.2. Международные базы данных, содержащие сведения о дорожно-транспортной смертности и травматизму, а также наличие в них данных по России

	ERSO	HFA-DB	OECD	UNECE Statistics	IRTAD	Eurostat	Injury Database	Safety Cube DSS*	IHME	SWOV
	1991–2016	1970–2016	1970–2017	1993–2016	1965–2017	2001–2016	2002–2014	1990–2016	1990–2016	1950–2017
Охватываемый период	+	+	+	+	+	+				
Список показателей:										
погибшие в ДТП	+	+	+	+	+	+				+
раненные в ДТП	+	+	+	+	+	+	+			+
локализация травм							+			+
количество ДТП с пострадавшими		+	+	+	+					+
категории участников дорожного движения	+			+	+					+
пол и возраст	+	+		+	+					+
алкогольный фактор	+	+		+	+					+
сезонность	+			+						
интегральные показатели									+	
наличие данных по России в БД		+	+	+					+	

* База данных содержит только информацию о законодательствах в сфере дорожно-транспортной безопасности.

рые аспекты политики в области безопасности дорожного движения последних лет в Европе и России.

База данных CARE (Community database on Accidents on the Roads in Europe) European Road Safety Observatory (ERSO). С 1984 г. в европейском регионе было реализовано большое количество мер, направленных на сокращение числа ДТП и их последствий. Наряду с этими мерами 30 ноября 1993 г. было принято решение о создании единой базы данных о дорожно-транспортных происшествиях (93/704/ЕС) в рамках проекта CARE. Подобная база данных на уровне европейского региона должна была позволить выявлять наиболее проблемные области в сфере БДД, оценивать эффективность мер политики и содействовать обмену опытом в этой области.

CARE — международная база данных о ДТП и их последствиях. Основное различие между CARE и большинством других существующих международных баз данных — это высокий уровень дезагрегации данных, т.е. CARE основывается на подробных данных об индивидуальных авариях (агрегация на основе индивидуальных данных), собранных государствами-членами. Национальные наборы данных интегрируются в базу данных CARE в соответствии с их первоначальной национальной структурой и определениями. В базе данных существуют правила для совместимости данных (например, метод пересчета определения 7-й смертности от ДТП в 30-е определение).

Сводные статистические таблицы охватывают период с 1991 по 2016 г. по следующим показателям:

- число погибших и раненых в ДТП;
- категории участников дорожного движения;
- пол и возраст погибших;
- сезонность ДТП.

Информация по России в данной базе данных отсутствует.

База данных ВОЗ «Здоровье для всех» (HFA-DB). Содержит информацию о погибших и раненых в ДТП в следующих странах: членах ЕС, членах ЕС до мая 2004 г. (ЕС-15), членах ЕС после мая 2004 г. (ЕС-13), Содружестве Независимых Государств, Центральной Азии, странах Северной Европы. Данные охватывают период 1970–2016 гг. в половозрастном разрезе. Имеется информация как об абсолютных числах умерших, так и о формате стандартизован-

ных коэффициентов смертности. Данные по России представлены с 1980 по 1998 г.

Список представленных показателей следующий:

- число погибших или раненых в ДТП;
- количество ДТП с участием пьяных водителей;
- количество ДТП с травмами;
- люди, погибшие в результате ДТП, на 100 тыс. человек;
- ДТП с участием пьяных водителей, на 100 тыс. человек;
- ДТП с травмой, на 100 тыс. человек.

Международный транспортный форум (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD). Ежегодно собирает данные о статистике транспорта всех стран-членов. Данные поступают из министерств транспорта, статистических управлений и других учреждений, выступающих в качестве официального источника информации.

База данных содержит информацию о числе ДТП с пострадавшими, числе погибших и раненых, автомобильном парке, состоянии транспортной инфраструктуры с 1970 по 2017 г. Данные по России представлены с 1980 по 2016 г.

База данных Европейской экономической комиссии ООН (UNECE Statistic). Содержит информацию о ДТП и их последствиях с 1993 по 2016 г., в том числе количество ДТП с пострадавшими, число погибших и раненых, автомобильный парк, состояние транспортной инфраструктуры, категории участников дорожного движения, алкогольный фактор, тяжесть последствий ДТП, виды ДТП. Данные по России охватывают период с 1993 по 2004 г.

Список представленных показателей:

- ДТП со смертельным исходом и травмами, на 1 млн жителей и на 100 тыс. легковых автомобилей;
- ДТП с травмами по месту происшествия, по месяцам года, по дням недели, в светлое время суток, по видам ДТП в застроенных районах;
- погибшие и раненые в ДТП по категориям участников дорожного движения и возрастным группам;
- погибшие и раненые в ДТП по полу, категориям участников дорожного движения и возрастным группам;
- ДТП с травмами, когда один или несколько участников ДТП находились под воздействием алкоголя;

- ДТП по вине пьяных пешеходов и водителей;
- тяжесть дорожно-транспортных происшествий с травмами (число погибших на 1000 несчастных случаев).

Международная база данных о дорожно-транспортных происшествиях и авариях (International Traffic Safety Data and Analysis Group, IRTAD). Содержит данные о ДТП и их последствиях по 32 странам с 1970 г., включая информацию о безопасности и трафике. Данные собираются непосредственно от национальных статистических ведомств, ответственных за сбор соответствующих сведений (в основном министерства транспорта и данные полиции). Они представлены в стандартизованном формате на основе определений, разработанных и согласованных экспертной группой IRTAD. Доступ осуществляется через портал статистики ОЭСР.

Список представленных показателей:

- ДТП с пострадавшими;
- погибшие в ДТП;
- раненые в ДТП;
- протяженность дорог;
- погибшие и раненые по категориям участников дорожного движения;
- половозрастные особенности погибших и раненых в ДТП;
- положение водителя и пассажира в автомобиле при ДТП;
- автомобильный пробег;
- автопарк по видам транспортных средств;
- время износа ремней безопасности.

Данные по указанным показателям доступны бесплатно, полный доступ требует членства в IRTAD. Сведения за последние годы публикуются также в книжном формате в ежегодных отчетах по безопасности дорожного движения IRTAD. В число стран, предоставляющих данные, входят Аргентина, Австралия, Австрия, Бельгия, Канада, Чили, Чехия, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Венгрия, Исландия, Ирландия, Израиль, Италия, Япония, Южная Корея, Литва, Люксембург, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Польша, Португалия, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, Великобритания, США. Россия не относится к числу стран — членов IRTAD.

База данных Eurostat. Содержит информацию о некоторых показателях, характеризующих состояние БДД в европейских стра-

нах. Лица, умирающие от ДТП в течение 30 дней после аварии, считаются погибшими в ДТП. После этих 30 дней причина смерти может быть объявлена по-разному. Для государств-членов, не использующих 30-дневное определение смерти от ДТП, применяются методы корректировки данных. При расчете относительного показателя в качестве знаменателя используется средняя численность населения за год.

Список показателей: погибшие в ДТП, погибшие в ДТП на 100 тыс. человек.

Данные по странам представлены за период с 2001 по 2016 г. Данные по России не представлены.

Injury Database. База данных о травмах в Европе, содержит стандартизованную информацию о внешних причинах травм, получаемых в отделениях неотложной помощи в странах ЕС, а также информацию о несмертельных непреднамеренных травмах по месту наступления событий. Поскольку травмы являются важной и в значительной степени предотвратимой проблемой здоровья, Injury Database предоставляет пользователям соответствующую информацию для политики и действий в области общественного здравоохранения. Имеющиеся в настоящее время данные предоставляются добровольно государствами-членами в рамках проектов, финансируемых программой ЕС по здравоохранению.

Институт по оценке здоровья (The Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME). Собирает данные, отражающие состояние здоровья населения всех стран, из всех доступных источников. Институт разрабатывает инновационные аналитические инструменты для отслеживания тенденций в области смертности, болезней и факторов риска, а также обобщает многие результаты своих исследований в области визуализации данных.

Список рассчитываемых и публикуемых показателей:

- годы жизни потеряны от ДТП (YLL);
- годы, связанные с инвалидностью в результате ДТП (YLD);
- потерянные годы жизни с поправкой на инвалидность в результате ДТП (DALYs).

SafetyCube DSS. Это система поддержки принятия решений в области безопасности дорожного движения в Европе, которая

была разработана в рамках европейского исследовательского проекта SafetyCube, финансируемого в рамках программы Европейской комиссии «Horizons 2020». Система поддержки принятия решений SafetyCube предоставляет подробную интерактивную информацию о большом списке факторов риска дорожно-транспортных происшествий и соответствующих мер в сфере безопасности дорожного движения.

SWOV (Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid).

Передовым примером национальной базы данных о ДТП и их последствиях может являться база данных SWOV, которая использует различные источники данных о ДТП и их последствиях. Некоторые из этих источников общедоступны, другие — нет. Веб-сайт SWOV представляет значительную часть данных в виде графиков, таблиц и информационных листов, просмотр которых возможен с помощью платформы Qlik Analytics.

Список представленных показателей: ДТП и их последствия по времени суток, по дням недели, по месяцам года, по территориям, по полу и возрасту.

5.3. Общие тенденции смертности и продолжительности жизни в России

5.3.1. Абсолютное число умерших снижается, более всего от внешних причин смерти

В России в 2017 г. абсолютное число умерших составило 1826,1 тыс. человек, в том числе в городах 1310,2 тыс. и в селах 515,9 тыс. По сравнению с 2016 г. оно снизилось на 64,9 тыс., или на 3,4% среди всего населения (на 44,7 тыс., или на 3,3%, городского и на 20,2 тыс., или на 3,8%, сельского населения). Вместе с тем в относительном выражении более значимым было снижение числа умерших от внешних причин (–8,8%), чем от болезней (–2,9%). При этом в относительном выражении снижение числа умерших от болезней было почти равнозначным и у городского, и у сельского населения (соответственно на 2,9 и 3,1%), тогда как от внешних причин у сельского населения относительное снижение было значимее, чем у городского (соответственно на 10,2 и 8,1%).

Однако анализ длительной динамики показывает, что, несмотря на то что ежегодное число умерших в России сокращается начиная с 2005 г. (исключение — 2010 г., когда аномальная жара и многочисленные пожары в лесах и на торфяниках привели к его увеличению), а в последние годы отмечаются замедление темпов снижения и тенденция к относительной стабилизации, абсолютное число смертей в России остается все еще выше, чем в начале 1990-х годов, хотя и при несколько меньшей численности населения (рис. 5.1).

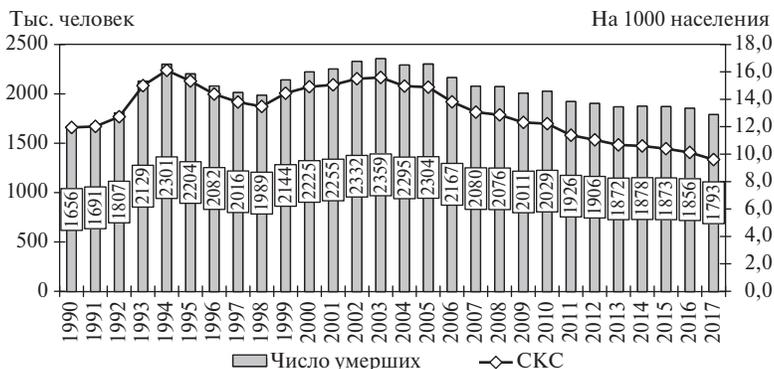


Рис. 5.1. Число умерших в России (левая ось) и стандартизованные коэффициенты смертности от всех причин (правая ось)

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Несмотря на то что динамика числа умерших в значительной степени находится под влиянием изменений возрастной структуры населения России, определяющее значение на эту динамику все же оказывали и оказывают колебания возрастных интенсивностей смертности, приводя либо к увеличению, либо к снижению общего числа умерших. Более реально демонстрирует изменения уровня смертности, в частности снижение в течение последних 14 лет (2003–2017 гг.), стандартизованный коэффициент смертности (СКС), позволяющий исключить влияние изменений возрастного состава (см. рис. 5.1).

В то же время основное снижение смертности началось после 2005 г., и на протяжении последних 12 лет (2005–2017 гг.) во всех

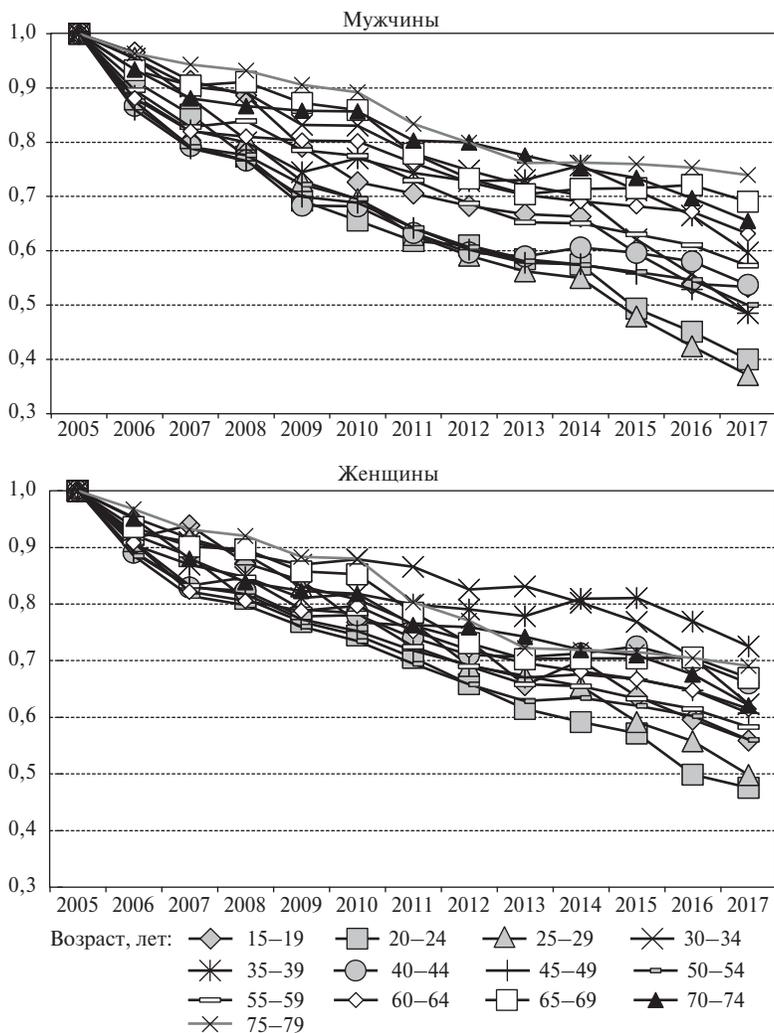


Рис. 5.2. Изменение возрастных коэффициентов смертности в возрастах от 15 до 80 лет, 2005–2017 гг. 2005 г. = 1

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

возрастных группах отмечалось снижение смертности, но разной степени интенсивности, причем у мужчин более значимо, чем у женщин. При этом и у мужчин, и у женщин более весомо смертность снизилась в молодых возрастах (20–29 лет) по сравнению с пожилыми возрастными группами (65–79 лет) (рис. 5.2). В детских возрастах (1–4 и 5–9 лет) отмечалось снижение коэффициентов устойчивыми темпами в течение всего рассматриваемого периода.

В отличие от предыдущих лет снижение смертности в 2017 г. по сравнению с 2016-м отмечалось и у мужчин, и у женщин во всех возрастных группах. Однако интенсивность снижения была различна: более значимо смертность снизилась у мужчин в возрастах 20–39 лет (10,3–12,7%) и женщин 10–14 лет (13,8%) и 25–35 лет (10,6–11,6%) и почти в 2 раза меньше — в более старших возрастах и у мужчин, и у женщин. Также продолжилось снижение смертности в детских возрастах у обоих полов (рис. 5.3).

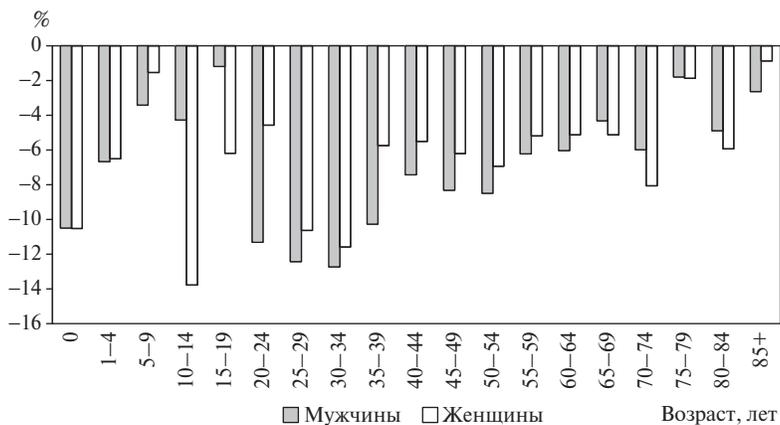


Рис. 5.3. Изменение возрастных коэффициентов смертности в возрастных группах в 2017 г. по сравнению с 2016-м

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

5.3.2. Ожидаемая продолжительность жизни: восстановительный период пройден, имеются ли возможности для дальнейшего роста?

Помимо динамики числа умерших и возрастных коэффициентов на восстановительный характер изменений смертности после 2003 г. указывает и динамика ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) населения России (табл. 5.3, рис. 5.4).

Как отмечалось в предыдущих докладах, темпы роста продолжительности жизни существенно различаются по годам, у мужчин и у женщин, различны они в городах и сельской местности. В частности, восстановительный период ожидаемой продолжительности жизни (т.е. период между максимальным уровнем ОПЖ, отмечавшимся либо в середине 1960-х годов, либо во время антиалкогольной кампании 1985 г., и таким же уровнем, достигнутым в последний период роста ОПЖ) у мужчин был более длительным, чем у женщин, причем в сельской местности протяженнее, чем в городах (рис. 5.4). В целом за 14-летний период (2003–2017 гг.) рост ОПЖ у мужчин был в 1,6 раза выше, чем у женщин, причем почти равнозначный как в городах, так и в селах (у мужчин прирост составил 8,94 года в городской местности и 9,13 года в сельской, а у женщин — соответственно 5,80 и 5,82 года). При этом рост в 2003–2005 гг. был весьма медленным, особенно в сельской местности, а в отношении сельских женщин вообще до 2005 г. можно говорить о стабильности уровня. В последующие годы скорость заметно возросла, но колебания сохранились. Так, прирост ОПЖ у мужчин составил 1,5 года в 2006 г., около 1 года — в 2007, 2009, 2011 и 2017 гг., около полугода прирост отмечался в течение пяти лет (2008, 2012, 2013, 2015 и 2016 гг.), и минимальным (0,22 и 0,16 года) он был в 2010 и 2014 гг. Скорее всего, замедление роста в 2010 г. может рассматриваться как следствие необычной жары, что подтверждается также и тем, что коснулось оно только городского населения. У женщин отмечались аналогичные колебания ожидаемой продолжительности жизни. При этом и у мужчин, и у женщин преимущества прироста ОПЖ сельских жителей по сравнению с городскими в 2017 г. несколько уменьшились по сравнению с 2016 г. (у мужчин различия достигли соответственно 0,10 года против 0,13 и у женщин — 0,03 и 0,15 года).

Таблица 5.3. Ожидаемая продолжительность жизни в России по расчетам Института демографии НИУ ВШЭ, лет

Год	Все население			Городское население			Сельское население		
	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины
1987	69,90	64,83	74,28	70,21	65,36	74,33	68,84	63,32	73,90
1988	69,74	64,61	74,26	70,12	65,23	74,36	68,48	62,87	73,79
1989	69,59	64,20	74,50	69,91	64,75	74,52	68,47	62,60	74,21
1990	69,22	63,76	74,32	69,59	64,35	74,37	67,99	62,05	73,96
1991	68,97	63,42	74,23	69,35	64,01	74,30	67,70	61,70	73,81
1992	67,85	61,96	73,71	68,17	62,42	73,78	66,82	60,67	73,36
1993	65,09	58,81	71,85	65,37	59,14	71,95	64,21	57,88	71,46
1994	63,83	57,40	71,07	64,07	57,64	71,16	63,12	56,71	70,74
1995	64,54	58,13	71,61	64,71	58,30	71,65	64,01	57,66	71,42
1996	65,81	59,63	72,42	66,22	60,07	72,63	64,64	58,44	71,78
1997	66,74	60,86	72,85	67,30	61,50	73,17	65,16	59,17	71,92
1998	67,06	61,21	73,12	67,53	61,74	73,37	65,74	59,80	72,40
1999	65,94	59,88	72,42	66,35	60,32	72,64	64,75	58,70	71,76
2000	65,32	59,00	72,24	65,67	59,33	72,44	64,33	58,13	71,65
2001	65,21	58,90	72,15	65,54	59,20	72,35	64,25	58,07	71,57
2002	64,92	58,65	71,88	65,36	59,05	72,15	63,66	57,52	71,08
2003	64,84	58,53	71,84	65,34	58,98	72,18	63,41	57,28	70,85
2004	65,30	58,90	72,35	65,85	59,40	72,72	63,77	57,56	71,27
2005	65,37	58,92	72,48	66,09	59,58	72,99	63,46	57,23	71,06
2006	66,68	60,42	73,33	67,42	61,11	73,87	64,73	58,68	71,84
2007	67,59	61,44	73,99	68,35	62,18	74,52	65,56	59,54	72,53
2008	67,98	61,90	74,27	68,75	62,65	74,81	65,91	59,99	72,76
2009	68,77	62,86	74,78	69,56	63,64	75,33	66,66	60,86	73,27
2010	68,93	63,08	74,87	69,68	63,81	75,38	66,91	61,18	73,41
2011	69,83	64,04	75,61	70,51	64,67	76,10	67,99	62,40	74,21
2012	70,23	64,55	75,84	70,82	65,08	76,26	68,60	63,11	74,65
2013	70,76	65,12	76,29	71,33	65,64	76,69	69,18	63,75	75,14
2014	70,93	65,28	76,48	71,48	65,78	76,87	69,37	63,93	75,35
2015	71,40	65,93	76,73	71,93	66,40	77,10	69,89	64,65	75,61
2016	71,89	66,51	77,08	72,37	66,94	77,41	70,48	65,32	76,07
2017	72,73	67,53	77,66	73,19	67,93	77,98	71,36	66,41	76,67

Примечание. Как неоднократно отмечалось в докладах «Население России», наши оценки продолжительности жизни несколько отличаются от официальных, но отличие невелико. Главное преимущество представленных показателей в том, что продолжительность жизни населения России за длительный период рассчитана по единой методике. По официальным данным, с учетом Республики Крым и г. Севастополя, ОПЖ в 2017 г. составила меньше для всего населения на 0,02 года, чем по нашим расчетам.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

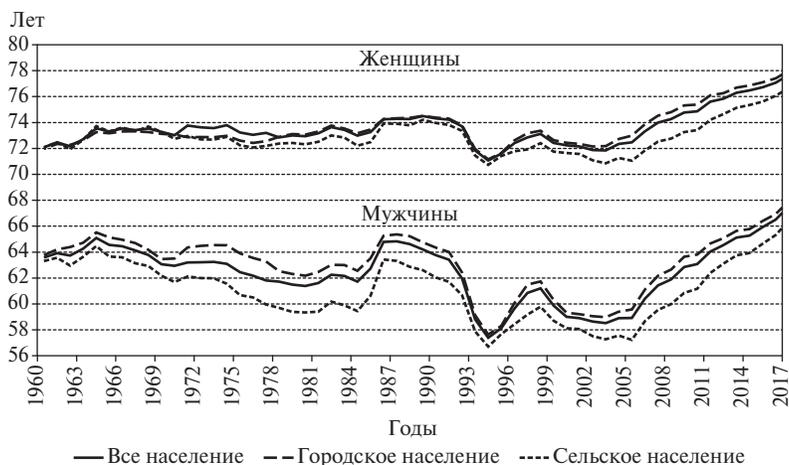


Рис. 5.4. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении всего, городского и сельского населения России, 1960–2017 гг.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Анализ долговременных трендов ОПЖ при рождении, а также в возрастах 15, 30 и 60 лет за последние практически четверть века показал, что рост ОПЖ в возрастах 0 и 15 лет происходил почти синхронно и однозначно, динамика ОПЖ в возрасте 30 лет также демонстрировала похожую картину как у мужчин, так и у женщин (рис. 5.5). В то же время рост ОПЖ в возрасте 60 лет, хотя в абсолютном выражении и был менее значительным по отношению к ОПЖ и при рождении, и в возрастах 15 и 30 лет, но в относительном выражении он был более значительным. Так, ОПЖ в возрасте 60 лет у мужчин в 2017 г. была выше почти на 13% по сравнению с уровнем 1991 г., а у женщин — на 12%, тогда как прирост ОПЖ в возрастах 15 и 30 лет составил соответственно 5,6 и 5,9% у мужчин и 4,0 и 4,9% у женщин. Поскольку отрицательные и положительные колебания смертности у мужчин были более значимы, чем у женщин, то в последний период снижения смертности разрыв в показателях ОПЖ между мужчинами и женщинами несколько сократился, кроме ОПЖ в возрасте 60 лет, где разрыв увеличился почти на 0,5 года.

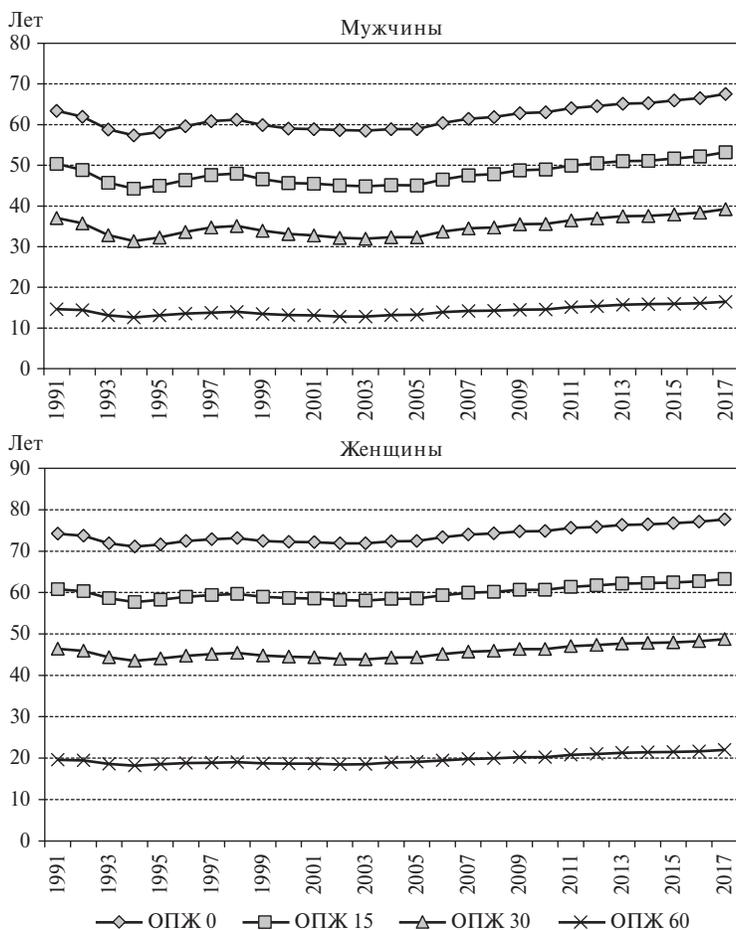


Рис. 5.5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (0 лет) и в возрастах 15, 30, 60 лет, Россия, 1991–2017 гг.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Разумеется, росту продолжительности жизни существенно способствовало снижение младенческой и детской смертности, но в последний период большее влияние на рост продолжитель-

ности жизни оказывало снижение смертности взрослого населения.

Из 26 календарных лет (1991–2017 г.) ОПЖ в возрастах 15 и 30 лет у мужчин росла в течение 17 календарных лет, в том числе в течение последних 12 лет (2005–2017 г.), а у женщин — соответственно в течение 18 и 14 календарных лет. ОПЖ 60-летних росла в течение 19 календарных лет и у мужчин, и у женщин, но последний период роста у мужчин (15 календарных лет) был на один год длиннее, так как неблагоприятные последствия жары 2010 г. проявились больше у женщин и затормозили снижение смертности. В отличие от предыдущих лет в 2017 г. продолжительность жизни 15-летних не только женщин, как это было несколько ранее, но и мужчин стала выше, чем когда-либо в прошлом. Однако продолжительность жизни в возрасте 25 лет все еще остается ниже, чем в 1964 г.

В предыдущих публикациях авторами неоднократно подчеркивалось, что изменения смертности с 2003 г. носили восстановительный характер, поскольку в значительной части рост продолжительности жизни лишь компенсировал потери, понесенные в предшествующие годы. При этом достигнутый к 2017 г. уровень продолжительности жизни в России все еще значительно отстает от уровня развитых стран. Так, российский уровень ОПЖ при рождении 2017 г. отмечался во Франции у мужчин более 50 лет назад, в 1964 г., а у женщин — 40 лет назад, в 1977 г. Еще более наглядно выглядит отставание России при сравнении ОПЖ в возрасте 15 лет у мужчин: российский уровень ОПЖ в возрасте 15 лет 2017 г. соответствует уровню, зарегистрированному во Франции в 1948 г. Отставание России от Франции по ОПЖ в возрасте 60 лет составляет чуть более 40 лет и у мужчин, и у женщин.

Кроме ожидаемой продолжительности жизни весьма наглядно и сравнение одного из основных показателей таблиц смертности (дожития), а именно чисел доживающих до определенного возраста, которое показывает, с одной стороны, успехи по снижению смертности в России, а с другой — еще сохраняющееся значительное отставание ее от развитых стран, в том числе от Франции, что хорошо видно на рис. 5.6.

Если в России в 2017 г. у мужчин доживало до возраста 70 лет только половина (50,5%), а у женщин до 80 лет — чуть больше по-

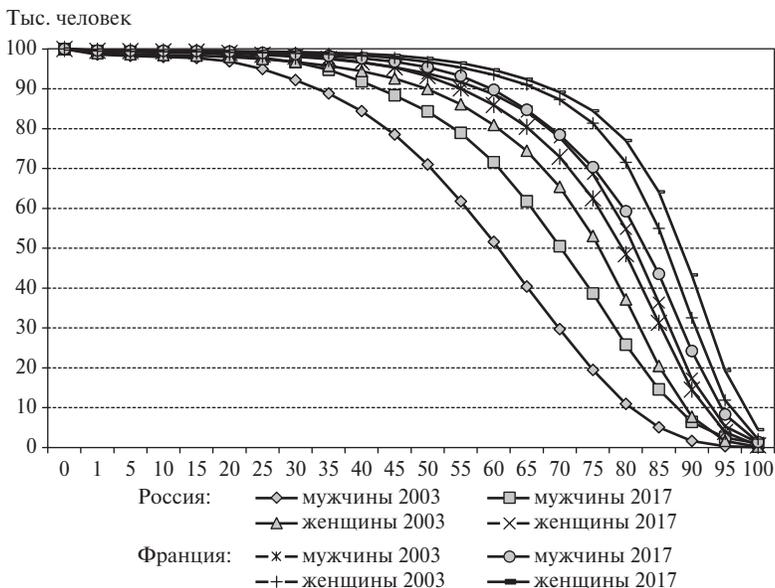


Рис. 5.6. Числа доживающих до определенного возраста в России (2003 и 2017 гг.) и Франции (2003 и 2016 гг.)

Источники: Данные Росстата; база данных НМД; расчеты авторов.

ловины (54,8%), то во Франции до этих возрастов доживало более трех четвертей и мужчин (78,5%), и женщин (77,0%).

Существенны и различия в ОПЖ между мужчинами и женщинами: в России разница почти в 2 раза выше, чем во Франции, — соответственно 10,14 против 5,98 года. Примечательно, что ожидаемая продолжительность жизни российских женщин в 2017 г. даже ниже, чем французских мужчин в 2016 г., разница составляет 1,68 года.

5.3.3. Смертность по возрастам и причинам смерти и их вклад в динамику ожидаемой продолжительности жизни: перспективы дальнейшего улучшения ситуации неочевидны

Как отмечалось ранее, за период с 2003 по 2017 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России выросла у муж-

чин на 9,00; а у женщин — на 5,82 года. При этом у мужчин основной вклад в рост ОПЖ в период в 2003—2016 гг. внесла возрастная группа 45—59 лет, почти в 1,5 раза меньше — возрастов 30—44 и 60—74 лет. У женщин наиболее значимым был вклад пожилых лиц 60—74 лет, и немного меньше и почти однозначными были вклады возрастов 75 и старше и 40—59 лет (табл. 5.4).

Таблица 5.4. Вклад отдельных возрастных групп в прирост продолжительности жизни за отдельные периоды, Россия, 2003—2017 гг., лет

Годы	Всего	В том числе в возрасте, лет					
		0—14	15—29	30—44	45—59	60—74	75+
<i>Мужчины</i>							
2003—2016	8,04	0,76	1,2	1,57	2,49	1,51	0,51
В среднем за один год	0,62	0,06	0,09	0,12	0,19	0,12	0,04
2016—2017	1,05	0,06	0,12	0,29	0,28	0,23	0,08
2003—2017	9,09	0,82	1,32	1,84	2,79	1,74	0,59
<i>Женщины</i>							
2003—2016	5,37	0,62	0,37	0,40	1,21	1,52	1,25
В среднем за один год	0,41	0,05	0,03	0,03	0,09	0,12	0,10
2016—2017	0,63	0,06	0,04	0,09	0,12	0,20	0,12
2003—2017	6,01	0,69	0,40	0,49	1,34	1,71	1,38

Примечание. Эта и последующие таблицы, содержащие разложение прироста ОПЖ на компоненты, рассчитаны с числом знаков после запятой больше двух. Мы не проводили подгонку округленных показателей, так как на самом деле эта операция снижает их точность.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Однако в 2017 г. возрастная структура снижения смертности изменилась: у мужчин наибольший вклад в увеличение продолжительности жизни внесли люди в более молодых возрастах — 30—44 лет и почти однозначный — в возрастах 45—59 лет. Снижение смертности в старших возрастах 60—74 лет также вносило положительный вклад в рост ОПЖ, хотя и несколько менее значимый. У женщин же основной вклад, как и ранее, вносили пожилые возраста 60—74 лет, значимо меньше, но равнозначный —

возраста 45–59 и 75 лет и старше. Вклад детских возрастов на всем протяжении рассматриваемого периода оставался практически стабильным, мало меняясь год от года и у мужчин, и у женщин.

Поскольку ежегодные изменения смертности и ожидаемой продолжительности жизни характеризовались значительной нестабильностью, мы решили сравнить средние показатели для трех периодов: первый — с 2003 по 2005 г., годы минимального роста ОПЖ, и два следующие периоды роста, равные по времени, — с 2005 по 2011 г. и с 2011 по 2017 г. И у мужчин, и у женщин рост ОПЖ в среднем за год в последний период 2011–2017 гг. по сравнению с предыдущим периодом уменьшился почти на треть, что в основном явилось результатом замедления темпов снижения смертности в возрастах старше 45 лет и несколько меньше — в возрастах 30–44 лет (рис. 5.7). Таким образом, можно предположить, что в ближайшие годы ожидать значительного роста ОПЖ за счет снижения смертности в старших возрастах без эффективного реформирования здравоохранения и изменения отношения людей к своему здоровью вряд ли возможно.

Как отмечалось в предыдущем докладе «Население России»³, при определении вклада изменений смертности от отдельных причин после 2013 г. приходится сталкиваться с рядом проблем. Прежде всего это связано с тем обстоятельством, что многие регионы России, стремясь достичь целевых показателей смертности от отдельных причин, прежде всего снижения смертности от болезней системы кровообращения (БСК), заданных в Указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», начали пересматривать в выгодную для себя сторону практику кодирования причин смерти⁴. Так, некоторые регионы начали широко использовать диагноз «старость», и рост доли смертей от «неустановленных болезней» ускорился. Следует отметить, что в последние два года ситуация

³ Население России 2016: двадцать четвертый ежегодный демографический доклад / отв. ред С.В. Захаров. М.: Изд. дом ВШЭ, 2018. С. 323–319.

⁴ Вишневецкий А.Г., Андреев Е.М., Тимонин С.А. Влияние болезней системы кровообращения на демографическое развитие России // Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания РФ. 2015. № 44 (597). С. 61–78; Какорина Е.П. Старость не причина // Медицинский вестник. 2013. № 8 (621). URL: http://www.medvestnik.ru/articles/starost_ne_prichina (дата обращения: 16.04.2016).

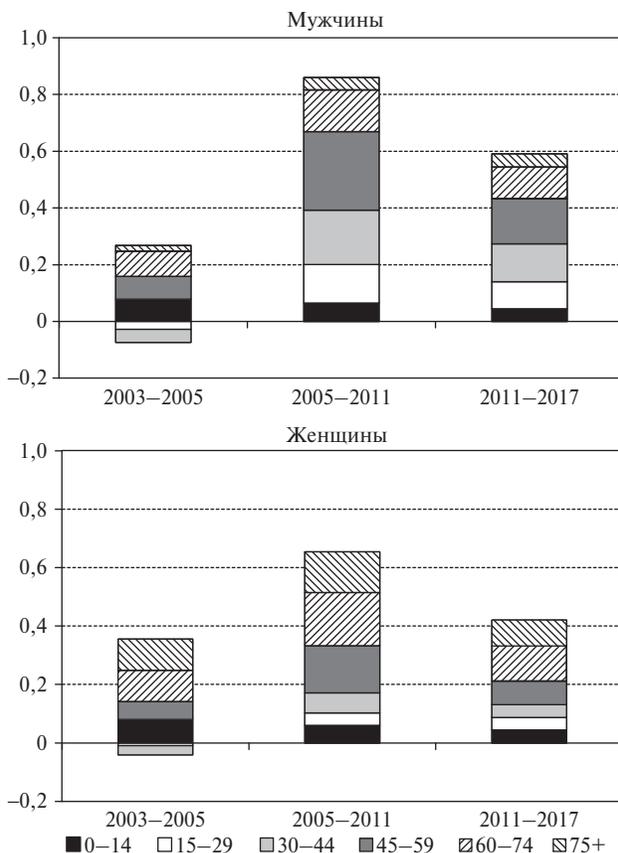


Рис. 5.7. Вклад изменений смертности в рост ОПЖ в среднем за год трех периодов: 2003–2005, 2005–2011 и 2011–2017 гг., лет

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

несколько улучшилась, но не исчезла окончательно. Несмотря на отмеченные недостатки, мы все же воспользуемся данными о причинах смерти, но при этом с осторожностью будем оценивать полученные результаты.

В табл. 5.5, 5.6 представлены результаты разложения общего роста продолжительности жизни в России в 2003–2016 и 2016–

Таблица 5.5. Вклад отдельных причин смерти в четырех возрастных группах в прирост ожидаемой продолжительности жизни за 2003–2016 г., лет

Причины	Всего	В том числе в возрасте, лет			
		0–14	15–44	45–64	65 и старше
<i>Мужчины</i>					
Все причины	8,04	0,76	2,76	3,17	1,36
Болезни системы кровообращения	3,12	0,00	0,43	1,41	1,27
Ишемия	1,69	0,00	0,26	0,85	0,58
Инсульты	1,03	0,00	0,05	0,38	0,59
Другие болезни кровообращения	0,40	0,00	0,12	0,18	0,10
Новообразования	0,34	0,01	0,05	0,22	0,05
Инфекции	0,12	0,04	-0,04	0,11	0,01
Болезни органов дыхания	0,55	0,08	0,13	0,25	0,09
Болезни органов пищеварения	0,04	0,00	0,02	0,03	-0,02
Внешние причины	3,12	0,20	1,93	0,91	0,08
Случайные отравления алкоголем	0,47	0,00	0,26	0,20	0,01
Другие и неустановленные болезни	0,81	0,44	0,27	0,24	-0,14
<i>Женщины</i>					
Все причины	5,37	0,62	0,76	1,71	2,28
Болезни системы кровообращения	3,63	0,00	0,13	0,96	2,53
Ишемия	1,45	0,00	0,07	0,43	0,95
Инсульты	1,80	0,00	0,03	0,41	1,36
Другие болезни кровообращения	0,38	0,00	0,04	0,12	0,22
Новообразования	0,24	0,01	0,06	0,14	0,03
Инфекции	-0,08	0,04	-0,12	0,01	0,00
Болезни органов дыхания	0,22	0,07	0,03	0,07	0,05
Болезни органов пищеварения	0,00	0,00	-0,01	0,04	-0,04
Внешние причины	1,13	0,13	0,56	0,36	0,07
Случайные отравления алкоголем	0,20	0,00	0,08	0,11	0,01
Другие и неустановленные болезни	0,26	0,37	0,12	0,13	-0,37

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Таблица 5.6. Вклад отдельных причин смерти в четырех возрастных группах в прирост ожидаемой продолжительности жизни за год, 2016–2017 гг., лет

Причины	Всего	В том числе в возрасте, лет			
		0–14	15–44	45–64	65 и старше
<i>Мужчины</i>					
Все причины	1,05	0,06	0,40	0,38	0,21
Болезни системы кровообращения	0,36	0,00	0,04	0,15	0,16
Ишемия	0,19	0,00	0,02	0,08	0,08
Инсульты	0,10	0,00	0,01	0,03	0,06
Другие болезни кровообращения	0,08	0,00	0,02	0,04	0,02
Новообразования	0,09	0,00	0,00	0,06	0,03
Инфекции	0,02	0,00	0,02	0,00	0,00
Болезни органов дыхания	0,11	0,00	0,04	0,05	0,02
Болезни органов пищеварения	0,08	0,00	0,04	0,03	0,01
Внешние причины	0,30	0,01	0,20	0,08	0,01
Случайные отравления алкоголем	0,03	0,00	0,02	0,01	0,00
Другие и неустановленные болезни	0,10	0,05	0,06	0,01	–0,03
<i>Женщины</i>					
Все причины	0,63	0,06	0,13	0,17	0,27
Болезни системы кровообращения	0,36	0,00	0,01	0,07	0,28
Ишемия	0,17	0,00	0,01	0,03	0,13
Инсульты	0,15	0,00	0,00	0,02	0,12
Другие болезни кровообращения	0,05	0,00	0,01	0,02	0,02
Новообразования	0,06	0,00	0,00	0,03	0,02
Инфекции	–0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Болезни органов дыхания	0,06	0,01	0,02	0,02	0,02
Болезни органов пищеварения	0,06	0,00	0,03	0,02	0,01
Внешние причины	0,09	0,01	0,05	0,02	0,01
Случайные отравления алкоголем	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Другие и неустановленные болезни	0,01	0,04	0,02	0,00	–0,05

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

2017 гг. по возрастным группам и причинам смерти. Оговоримся еще раз (см. примечание к табл. 5.4), что мы не делали подгонку округленных значений, представленных в таблице, и может создаваться впечатление, что сумма по возрастам немного отличается от показанной в графе «Всего».

В предыдущих докладах «Население России» нами высказывалась точка зрения, что общее снижение смертности в России в 2004–2013 гг. можно разложить на три качественно различных слагаемых:

1) снижение смертности от ситуаций и болезней, связанных с опасным потреблением алкоголя, в качестве индикатора которого рассматривается уровень смертности от случайных отравлений алкоголем;

2) снижение смертности пожилых от болезней системы кровообращения. У женщин вначале значительное снижение смертности от цереброваскулярных болезней и затем и от ишемической болезни сердца, а у мужчин также снижение, но в большей степени от ишемии;

3) снижение смертности детей, в первую очередь на первом году жизни, а также взрослых от разнообразных и зачастую не связанных между собой причин смерти — болезней органов дыхания, новообразований, туберкулеза, не связанных с алкоголем несчастных случаев и др.⁵

Однако изменения смертности, отмечавшиеся в 2014–2015 гг., несколько изменили ситуацию. Так, в 2015 г. по сравнению с 2013-м снижение смертности от болезней системы кровообраще-

⁵ *Андреев Е. М., Кваша Е. А., Харьковская Т. Л.* Смертность и продолжительность жизни // *Население России 2009: семнадцатый ежегодный демографический доклад* / отв. ред. А. Г. Вишневский. М.: Изд. дом ВШЭ, 2011. С. 223–237; *Андреев Е. М., Кваша Е. А., Харьковская Т. Л.* Смертность и продолжительность жизни // *Население России 2010–2011: восемнадцатый-девятнадцатый ежегодный демографический доклад* / отв. ред. А. Г. Вишневский. М.: Изд. дом ВШЭ, 2013. С. 420–434; *Андреев Е. М., Кваша Е. А., Харьковская Т. Л., Рамонов А. В.* Смертность и продолжительность жизни // *Население России 2012: двадцатый ежегодный демографический доклад* / отв. ред. А. Г. Вишневский. М.: Изд. дом ВШЭ, 2014. С. 253–266; *Андреев Е. М., Кваша Е. А., Харьковская Т. Л., Тимонин С. А.* Смертность и продолжительность жизни // *Население России 2013: двадцать первый ежегодный демографический доклад* / отв. ред. С. В. Захаров. М.: Изд. дом ВШЭ, 2015. С. 194–214.

ния в возрастах старше 65 лет не увеличило ОПЖ для мужчин, но на 0,25 года увеличило у женщин⁶. В то же время другие или неустановленные болезни снизили ее на 0,07 года. Анализ региональных данных позволил установить, что этот рост в значительной степени был результатом изменения практики кодирования причин смерти, тогда как в реальной действительности вклад болезней системы кровообращения скорее всего не превосходил 0,15 года. В дальнейшем, по всей видимости, усилия Минздрава России по преодолению увлечения врачей неопределенными диагнозами отчасти увенчались успехом⁷, и снижение смертности от болезней системы кровообращения в пожилых возрастах приостановилось.

В целом за 2003–2016 гг. рост ОПЖ у мужчин более чем на $\frac{3}{4}$ был обеспечен снижением смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин (ВП). Так, вклад БСК и ВП в рост ОПЖ мужчин за этот период был однозначным — 3,12 года. При этом основной вклад БСК отмечался в возрастах 45–64 лет, прежде всего в результате снижения смертности от ишемической болезни сердца и в 2 раза меньше по значимости от инсультов. Вклад БСК в возрастах 65 лет и старше был немного меньше, но в равной степени связан со снижением смертности от ишемии и инсультов. Напротив, основной вклад внешних причин сосредоточен в молодых возрастах — 15–44 лет и в 2 раза меньше — в возрастах 45–64 лет.

У женщин рост ожидаемой продолжительности жизни с 2003 по 2016 г. почти на 70% был результатом снижения смертности от болезней системы кровообращения, в том числе на 50% в возрастах 65 лет и старше и в 2,5 раза меньше в возрастах 45–64 лет. При этом в отличие от мужчин у женщин в пожилых возрастах основной вклад в снижение смертности от БСК вносили инсульты, а в возрастах 45–64 лет вклад инсультов и ишемии был равнозначным. Также снижение смертности от внешних причин, прежде

⁶ Население России 2015: двадцать третий ежегодный демографический доклад / отв. ред. С. В. Захаров. М.: Изд. дом ВШЭ, 2017. С. 232–235.

⁷ Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России направил два письма, адресованных руководителям органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения от 19 декабря 2014 г. № 13-03/1750 и от 9 апреля 2015 г. № 13-03/206, разъясняющих правила использования кода МКБ-10 R54 «Старость» при кодировании первоначальной причины смерти.

всего в возрастах 15–64 лет, на $\frac{1}{5}$ способствовало росту ОПЖ женщин за этот период.

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

Как следует из табл. 5.3, в 2017 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин увеличилась по сравнению с 2016 г. на 1,02 года, а женщин — на 0,58. Разложение данного прироста продолжительности жизни в результате изменений смертности от отдельных причин в четырех крупных возрастных группах представлено в табл. 5.6.

Основным источником роста продолжительности жизни в 2017 г. мужчин было снижение смертности в возрастах 15–44 лет от внешних причин и почти на 20% меньше по значимости — от болезней системы кровообращения в зрелых и пожилых возрастах. Также росту продолжительности жизни, хоть и незначительному, способствовало снижение смертности от болезней органов дыхания, новообразований и болезней органов пищеварения.

У женщин, как и в предшествующие годы, наибольший по значимости вклад в рост продолжительности жизни внесло снижение смертности в старших возрастах от болезней системы кровообращения, в том числе почти равный от ишемической болезни (0,13 года) и от инсультов (0,12 года). Также увеличило продолжительность жизни женщин на 0,09 года снижение смертности от внешних причин смерти, прежде всего в средних возрастах, а также в равной значимости от болезней органов дыхания, пищеварения и новообразований.

Однако в 2017 г. рост смертности от других и неустановленных болезней в старших возрастах снизил ожидаемую продолжительность жизни мужчин на 0,03 года, а женщин — на 0,05. Также у женщин отмечался незначительный отрицательный вклад инфекций.

5.3.4. Региональные различия в ожидаемой продолжительности жизни уменьшаются, но отрыв Москвы и Санкт-Петербурга от других субъектов РФ очень велик

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении за период с 1990 по 2016 г. увеличилась в 76 регионах (субъектах РФ)

у мужчин и в 82 — у женщин. В 2017 г. по сравнению с 2016-м рост ожидаемой продолжительности жизни продолжился во всех регионах, кроме мужчин Магаданской области и женщин Ненецкого автономного округа, Новгородской области и Республики Калмыкии. Кроме того, Чукотский автономный округ так до сих пор и не преодолел максимальные значения данного показателя, отмечавшиеся в 1990 г.: у мужчин разница составляет 3,15 года, а у женщин — 0,44.

Как следует из данных табл. 5.7, изменения ожидаемой продолжительности жизни в возрастах 15 и 60 лет в 2017 г. по сравнению с 2016 г. имели некоторые отличия по регионам, причем у мужчин можно отметить большее разнообразие изменений, чем у женщин. Кроме того, настораживающим моментом было снижение продолжительности жизни в возрасте 60 лет: у мужчин в 2017 г. по сравнению с предыдущим годом она снизилась в шести регионах (от $-0,05$ до $-0,37$ года), а у женщин — в четырех (от $-0,13$ до $-0,68$ года).

Однако, несмотря на некоторую асинхронность новейших изменений, перечень регионов, формирующих группы как с максимальными, так и минимальными значениями изменений ожидаемой продолжительности жизни в определенных возрастах, мало меняется и у мужчин, и у женщин на протяжении длительного времени.

Сохранение значительного разрыва в ОПЖ между регионами России становится более заметным, если рассматривать городское и сельское население каждого региона как независимый объект наблюдения. Так, в 2003–2016 гг. разрыв между минимальным и максимальным значениями для всех единиц наблюдения у мужчин колебался в интервале от 21,9 до 29,4 года, у женщин — от 18,7 до 22,5 года при общей тенденции к увеличению разрыва со временем. В 2017 г. ситуация не претерпела особых изменений: у мужчин разрыв стал немного меньше и достиг 28,5 года, а у женщин, напротив, он еще больше увеличился — до 27,9 года.

Анализ характера кривых, представленных на рис. 5.8, показал, что межквартильное расстояние в периоды роста ОПЖ в основном сужалось, а при снижении ОПЖ расширялось. В частности, в течение последнего периода роста ОПЖ (2003–2017 гг.) межквартильное расстояние и у мужчин, и у женщин сократилось на 1,5 года, хотя в последние годы и наблюдались скорее незначи-

Таблица 5.7. Регионы России с максимальными и минимальными изменениями (рост +, снижение –) ожидаемой продолжительности жизни в возрастах 0 (e0), 15 (e15) и 60 (e60) лет, 2017 г. по сравнению с 2016 г., лет

Регион	e0	Регион	e15	Регион	e60
<i>Мужчины</i>					
<i>Максимальные значения</i>					
Еврейская автономная область	3,39	Еврейская автономная область	3,01	Ненецкий автономный округ	3,86
Ненецкий автономный округ	2,60	Ненецкий автономный округ	2,67	Ямало-Ненецкий автономный округ	1,25
Республика Тыва	2,12	Республика Тыва	2,14	Республика Тыва	1,10
Ульяновская область	1,83	Ульяновская область	1,76	Еврейская автономная область	0,98
Республика Марий Эл	1,81	Ямало-Ненецкий автономный округ	1,70	Чукотский автономный округ	0,87
<i>Минимальные значения</i>					
Чеченская Республика	0,52	Новосибирская область	0,39	Республика Хакасия	-0,11
Томская область	0,46	Чеченская Республика	0,35	Хабаровский край	-0,12
Брянская область	0,28	Магаданская область	0,34	Республика Адыгея	-0,12
Ханты-Мансийский автономный округ	0,28	Ханты-Мансийский автономный округ	0,34	Республика Калмыкия	-0,18
Магаданская область	-0,18	Чукотский автономный округ	0,02	Магаданская область	-0,37

Окончание табл. 5.7

Регион	е0	Регион	е15	Регион	е60
<i>Женщины</i>					
<i>Максимальные значения</i>					
Еврейская автономная область	2,05	Еврейская автономная область	2,11	Чукотский автономный округ	1,65
Республика Тыва	1,84	Республика Тыва	1,57	Республика Тыва	1,08
Сахалинская область	1,48	Сахалинская область	1,54	Еврейская автономная область	0,69
Чукотский автономный округ	1,44	Чукотский автономный округ	1,22	Магаданская область	0,66
Республика Коми	1,30	Республика Коми	1,17	Сахалинская область	0,64
<i>Минимальные значения</i>					
Оренбургская область	0,07	Оренбургская область	0,10	Томская область	0,01
Алтайский край	0,06	Республика Северная Осетия — Алания	0,08	Амурская область	-0,13
Новгородская область	-0,03	Новгородская область	0,05	Республика Северная Осетия — Алания	-0,21
Республика Калмыкия	-0,53	Республика Калмыкия	-0,38	Республика Калмыкия	-0,46
Ненецкий автономный округ	-0,87	Ненецкий автономный округ	-1,07	Ненецкий автономный округ	-0,68

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

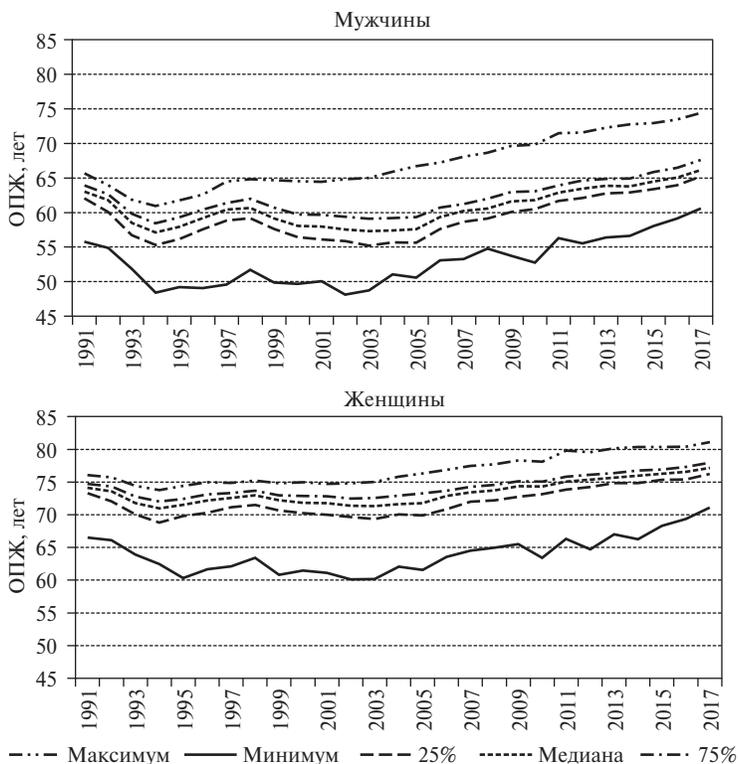


Рис. 5.8. Минимальные, максимальные значения, медиана и квартили распределения субъектов РФ по величине ожидаемой продолжительности жизни при рождении для мужчин и женщин, Россия, 1991–2017 гг.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

тельные колебания. В частности, в 2017 г. у мужчин разница между квартилями увеличилась на 0,50 года, а у женщин — на 0,33 года. Также отметим, что медиана распределения меньше ожидаемой продолжительности жизни во всем населении России: у мужчин в среднем на 1,4 года, а у женщин — на 0,5 года.

Также в качестве одной из статистических мер оценки межрегиональных различий можно обратиться к стандартному (среднеквадратическому) отклонению значений ОПЖ, отражающему

различия между субъектами РФ в случае, если в расчетах не принимать во внимание численность проживающего в них населения. Уменьшение величины стандартного отклонения покажет нам процесс конвергенции (сближения) регионов, а увеличение — напротив, процесс дивергенции (роста межрегиональных различий).

За более чем 25-летний период максимальное значение стандартного отклонения было зафиксировано в 2005 г. (рис. 5.9), и, как отмечалось нами ранее, это было связано с тем, что не все регионы одновременно вступили в долгожданный период снижения смертности⁸. Первый период снижения межрегионального неравенства (2005–2006 гг.) совпадает с моментом, когда впервые во всех субъектах РФ был отмечен рост продолжительности жизни.

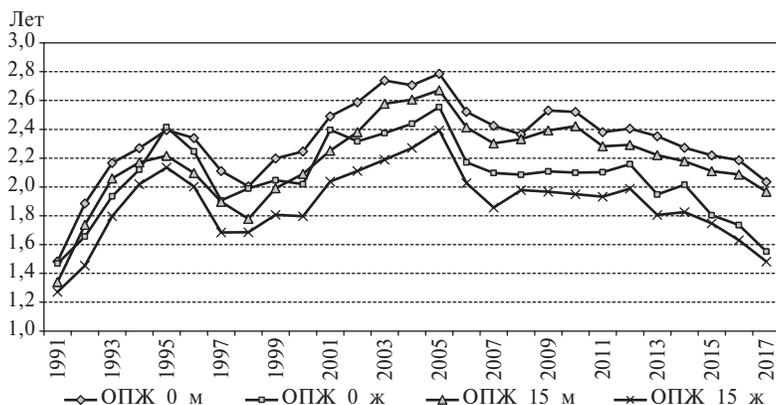


Рис. 5.9. Стандартное отклонение распределения субъектов РФ по величине ожидаемой продолжительности жизни при рождении (0 лет) и в возрасте 15 лет для мужчин и женщин, Россия, 1991–2017 гг.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Вместе с тем расчеты, проведенные для всех регионов, показывают увеличение дисперсии в середине 1990-х и в первой половине 2000-х годов, у мужчин значимее, чем у женщин. Более детальный анализ изменений стандартного отклонения по возрастам и причинам смерти показал, что отмеченная тенденция связана

⁸ Население России 2015. С. 271–281.

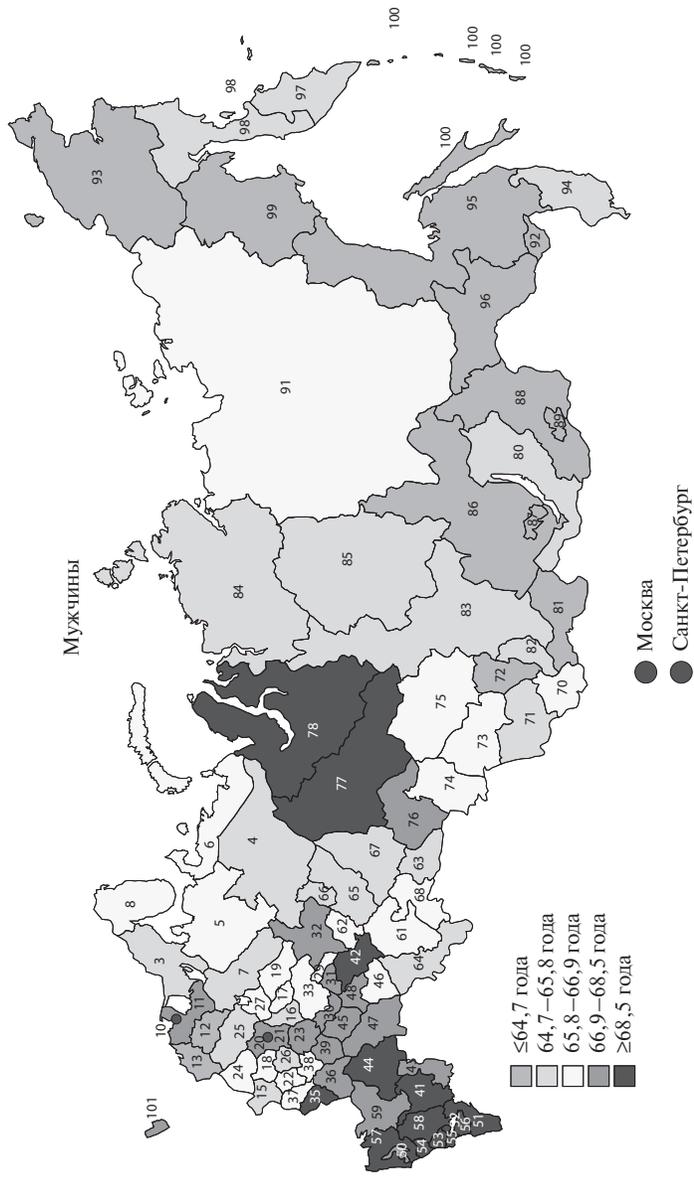


Рис. 5.10. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин и женщин, Россия, 2017 г., лет

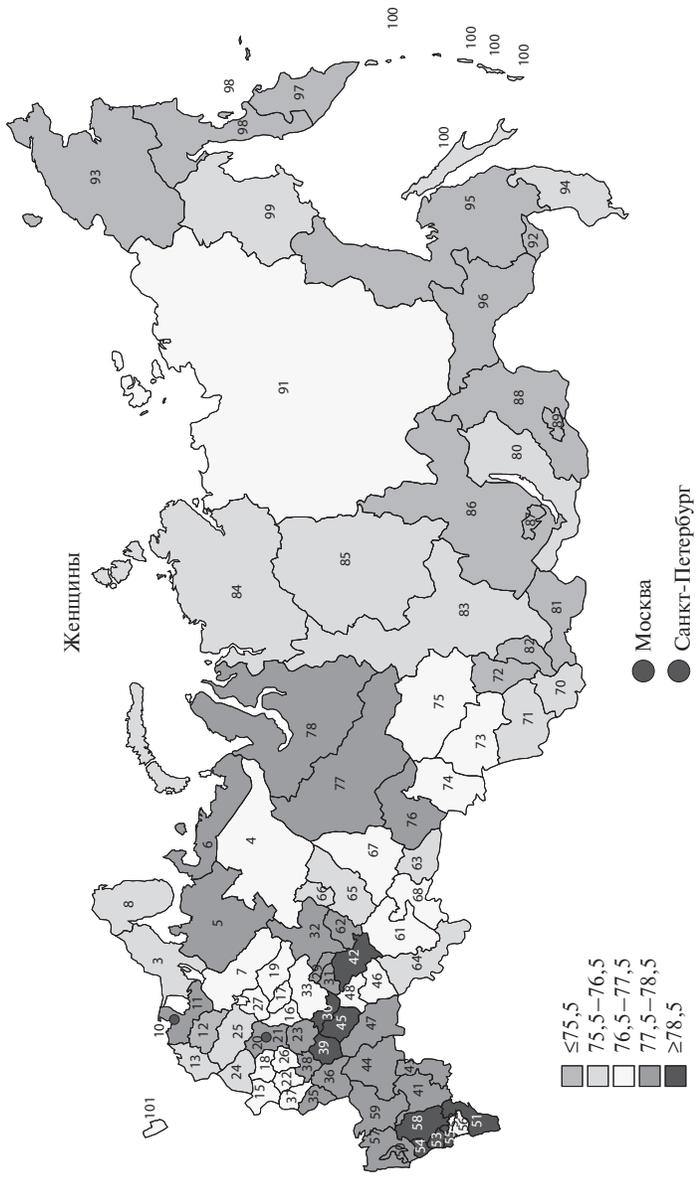


Рис. 5.10. (Окончание)

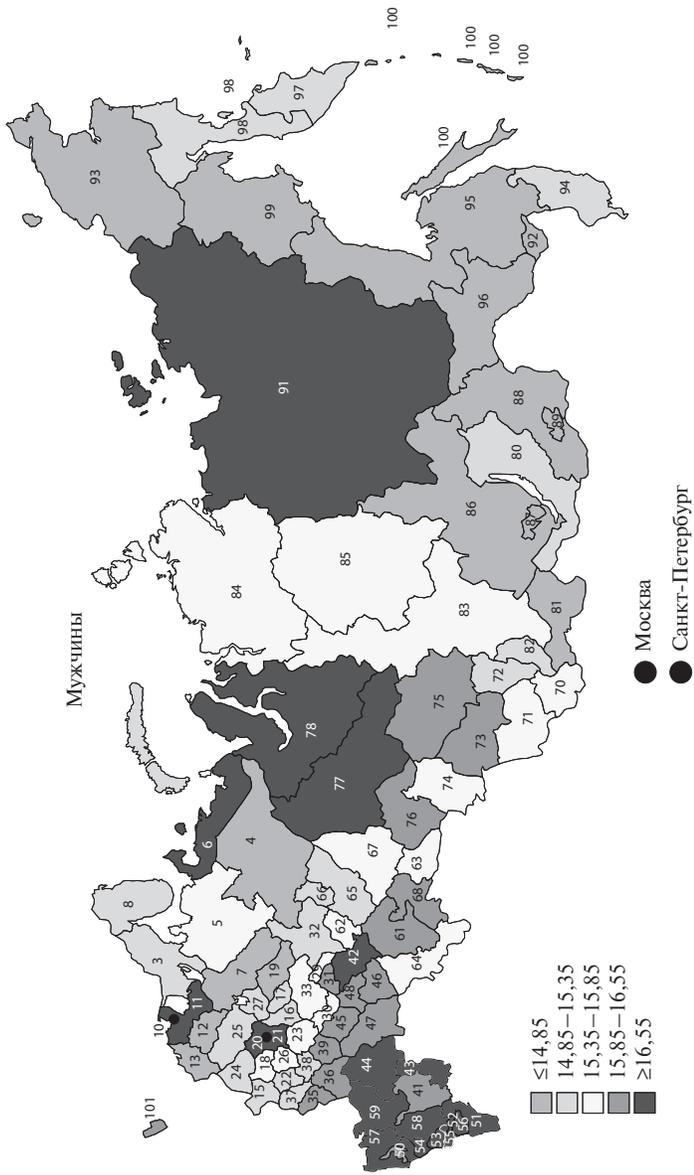


Рис. 5.11. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 60 лет для мужчин и женщин, Россия, 2017 г., лет

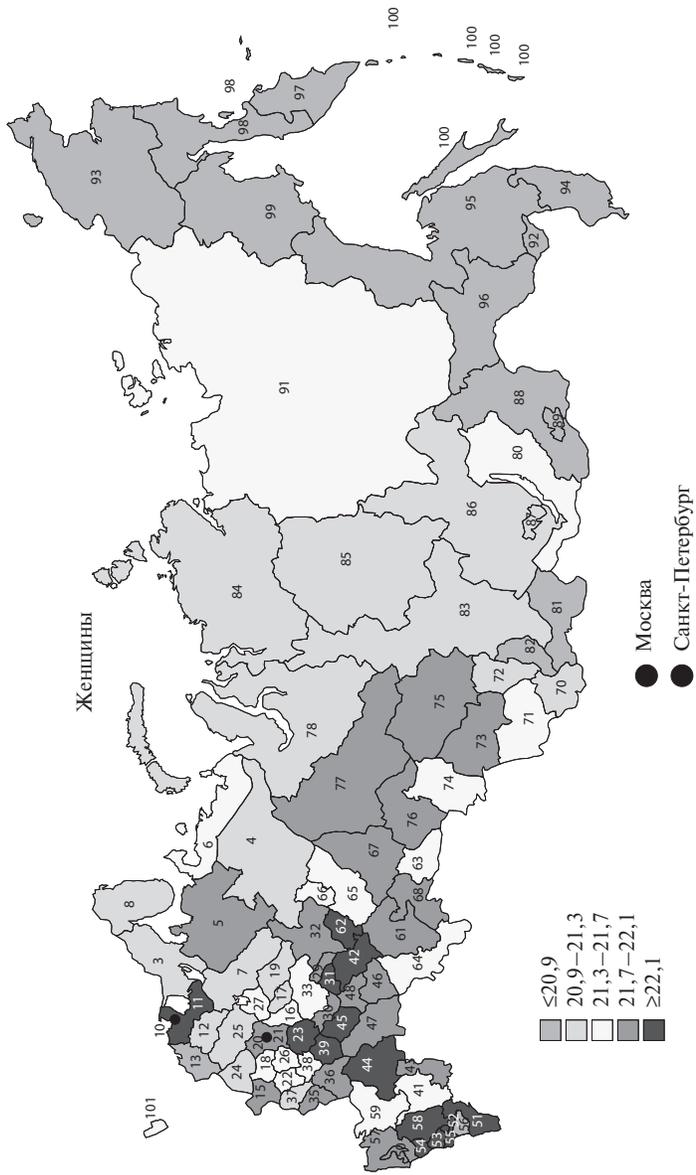


Рис. 5.11. (Окончание)

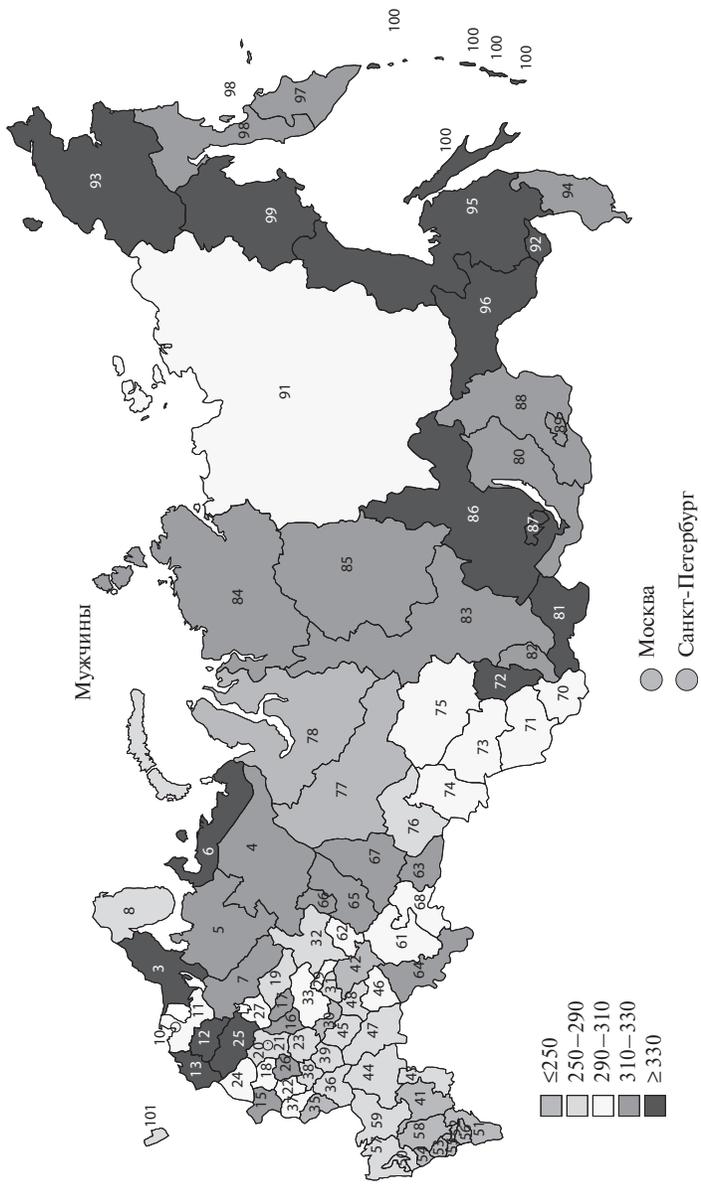


Рис. 5.12. Вероятность смерти в возрасте 15–59 лет (на 1000) для мужчин и женщин, Россия, 2017 г., лет

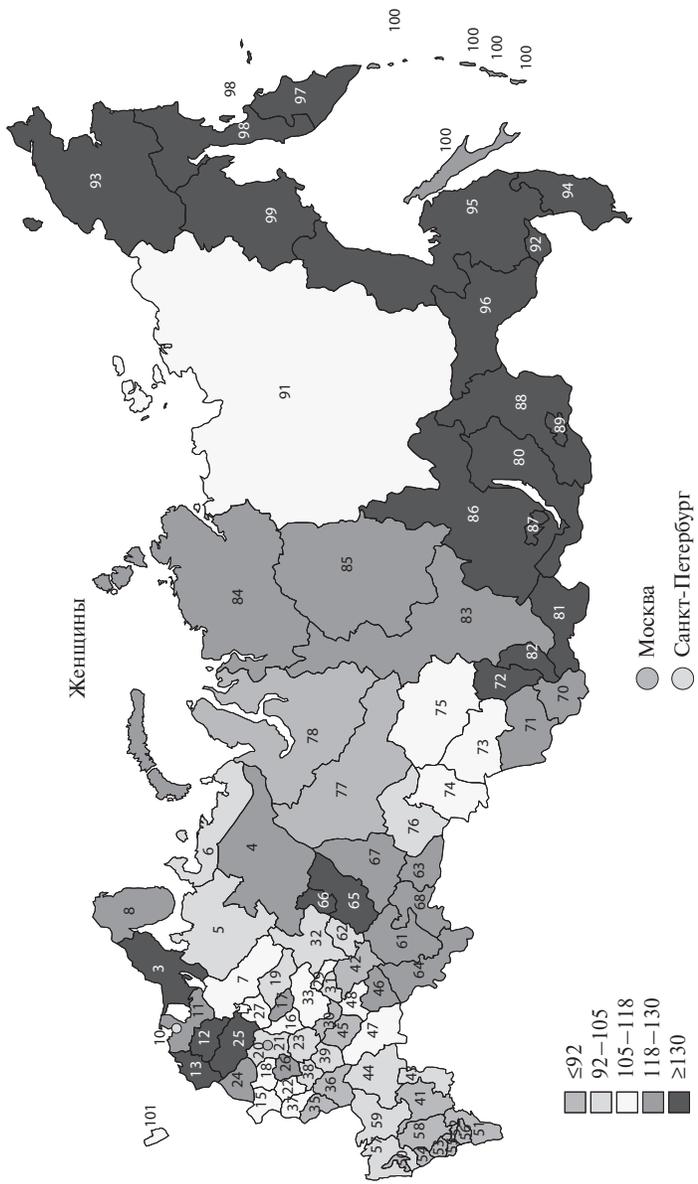


Рис. 5.12. (Окончание)

прежде всего с ростом межрегиональных различий в смертности (главным образом между Москвой и Санкт-Петербургом, с одной стороны, и другими субъектами РФ, с другой) и в первую очередь от болезней системы кровообращения в старших возрастах.

Общая картина региональной дифференциации ожидаемой продолжительности жизни при рождении и в возрасте 60 лет, а также вероятности смерти в возрастах 15–59 лет мужчин и женщин в России в 2017 г. хорошо видна на картах, представленных на рис. 5.10–5.12.

5.3.5. Оценка ожидаемой продолжительности здоровой жизни в России в 2016 г. в сравнении с другими странами

Новая оценка показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ), выполненная нами для 2016 г., позволила сравнить ситуацию в России с другими странами на основе наиболее актуальных оценок этих показателей, выполненных экспертами ВОЗ.

В качестве характеристики ОПЗЖ в России выбраны следующие индикаторы: среднее число лет, проживаемое индивидом при оценке собственного здоровья как хорошего или среднего, и среднее число лет, проживаемое им без инвалидности⁹. Исходными данными для получения оценок выступили: 1) возрастные коэффициенты смертности по 5-летним группам в возрастах от 0 до 85+, рассчитанные Росстатом и агрегированные в базе данных РЭШ¹⁰; 2) результаты репрезентативного опроса населения России в рамках регулярного выборочного исследования экономического положения и здоровья населения (RLMS HSE)¹¹ с совокупной вы-

⁹ *Sanders B.* Measuring community health levels // *American Journal of Public Health.* 1964. Vol. 54. P. 1063–1070; *Sullivan D. E.* A single index of mortality and morbidity // *HSMHA Health Reports.* 1971. No. 86. P. 347–354.

¹⁰ Российская база данных по рождаемости и смертности / Центр демографических исследований Российской экономической школы, Москва. URL: http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data (дата обращения: 02.11.2018).

¹¹ Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE), проводимый НИУ ВШЭ и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины

боркой — 18756 респондентов (нами были использованы данные 25-го раунда, полная выборка).

Возрастные кривые распространенности плохого самочувствия, рассчитанные как соотношение чисел указавших на плохое самочувствие и численности возрастных групп опрошенных, представлены на рис. 5.13. Подобным образом рассчитаны кривые распространенности инвалидности.

На рис. 5.13 представлены также сглаженные значения распространенности плохого самочувствия и инвалидности. Они рассчитаны путем оценки модели влияния возраста (5-летние интервалы) на дихотомическую переменную «Здоровье» (1 — плохое или очень плохое здоровье, 0 — отличное, хорошее или среднее здоровье), или на переменную «Инвалидность» (1 — наличие степени инвалидности или ребенок-инвалид, 0 — нет инвалидности). Затем рассчитаны средние значения предсказанной переменной в 5-летних группах. Как видно, результаты оценивания дают показатели, близкие к исходным.

Ожидаемая продолжительность жизни при оценке собственного здоровья как отличного, хорошего или среднего в России в 2016 г. составила 62,1 года для мужчин и 68,9 года для женщин. Показатель ОПЖ, свободной от инвалидности, составил 62,3 года для мужчин и 70,9 года для женщин (рис. 5.14).

Рисунок 5.15 демонстрирует отставание России по показателю ОПЗЖ от большинства развитых стран мира. В качестве значений по России использован рассчитанный автором показатель ожидаемой продолжительности жизни при оценке собственного здоровья как отличного, хорошего или среднего.

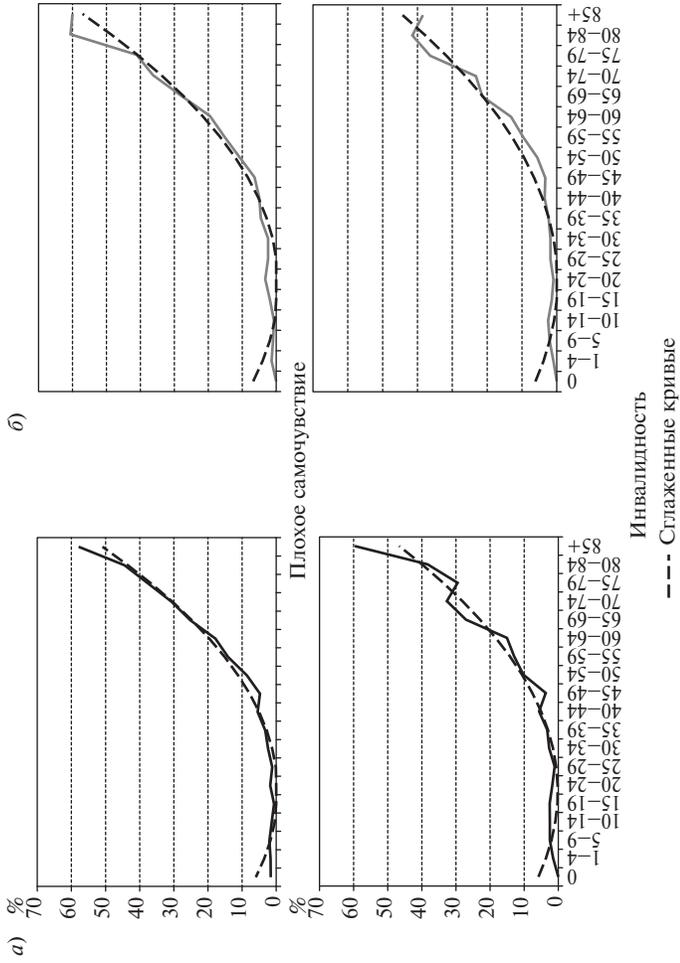


Рис. 5.13. Исходные и сглаженные кривые распространённости плохого самочувствия и инвалидности у мужчин (а) и женщин (б), Россия, 2016 г., % от объема выборок в 5-летних возрастных группах

Источник: Расчеты авторов на данных RLMS HSE 25-го раунда.

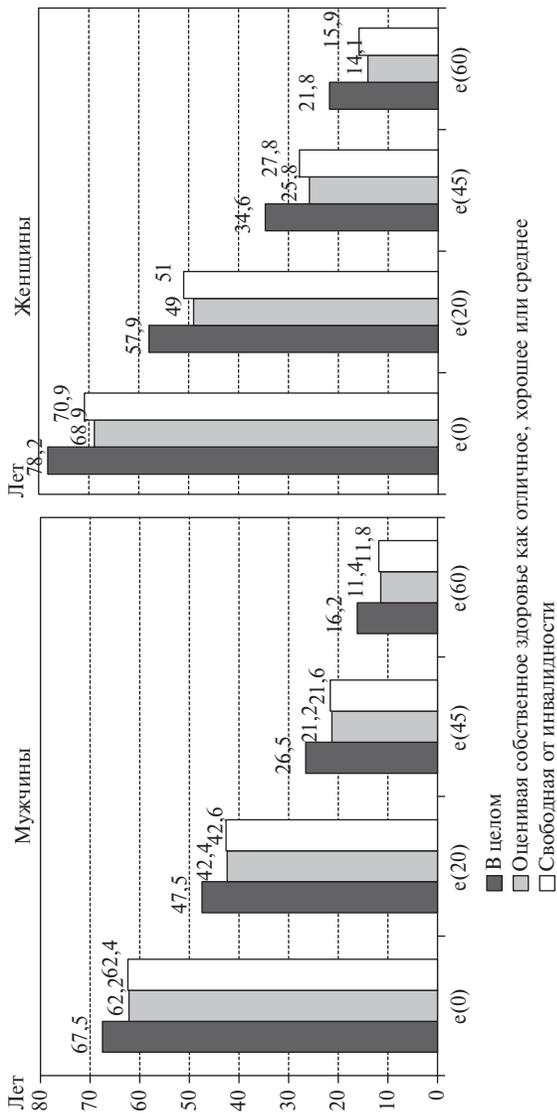


Рис. 5.14. Ожидаемая продолжительность общей и здоровой жизни мужчин и женщин: при рождении (e(0)) и в возрастах 20, 45 и 60 лет, Россия, 2016 г.

Источник: Расчеты автора на данных RLMS HSE 25-го раунда и данных БД РЭШ.

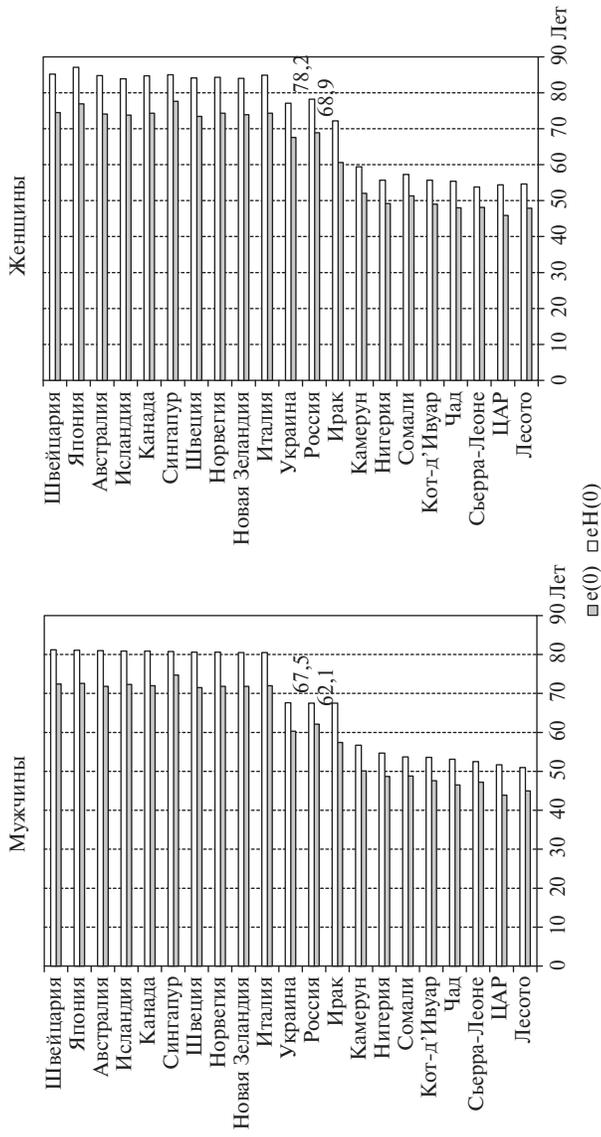


Рис. 5.15. Ожидаемая продолжительность общей и здоровой жизни при рождении в отдельных странах мира и в России, 2016 г.

Источники: Расчеты автора; данные Global Health Observatory, WHO.

Примечание. Обрана 21 страна из списка, сортированного по показателю $e(0)$ мужчин. Расчеты ОПЗЖ в России выполнены с привлечением результатов опроса населения, оценивающего собственное здоровье как отличное, хорошее или среднее, проведенного в рамках выборочного исследования РМЭЗ (RLMS) НИУ ВШЭ в 2016 г.

5.4. Динамика младенческой смертности в России за длительный период

5.4.1. Разница между Россией и развитыми странами по уровню младенческой смертности медленно уменьшается

В отличие от других показателей смертности младенческая смертность в послевоенный период в России имела более явную тенденцию к снижению. Таким достижением можно гордиться. Однако не нужно также забывать, что на фоне благополучной в целом истории можно отметить несколько периодов роста показателя, вызванного разными причинами (рис. 5.16), а сравнение темпов изменения показателя в России и других странах не выглядит для нашей страны радужным.

За последние полвека отставание по уровню младенческой смертности России от развитых стран снижается очень медленно (см. рис. 5.16). В 1967 г. Россию можно было отнести к странам со средним уровнем младенческой смертности, в ряде развитых европейских стран этот показатель был серьезно выше. К 2017 г. ситуация поменялась радикально. Большинство представленных на рис. 5.16 стран смогли добиться уровня младенческой смертности более низкого, чем в России. Самый яркий пример, который мы не устаем приводить в наших публикациях, — Португалия, в которой в 1967 г. уровень младенческой смертности был одним из самых высоких среди европейских стран и в 2,3 раза выше, чем в России. К 2017 г. Португалия уже входит в группу стран с наименьшими уровнями младенческой смертности в мире, и теперь Россия отстает от Португалии по уровню этого показателя в 2,1 раза. В целом за период с 1967 по 2017 г. младенческая смертность в Португалии снизилась в 22,3 раза. Весомых достижений в снижении младенческой смертности добились и другие страны, представленные на рис. 5.16: Италия (12 раз), Испании (10 раз), Польша (10 раз), Венгрия (11 раз), Япония (7 раз с 1967 по 2016 г.), Финляндия (7 раз), Румыния (7 раз). В России же снижение составило всего 4,5 раза. Обращает на себя внимание и Эстония, где за полвека смогли снизить младенческую смертность в 8,3 раза, что является наилучшим результатом среди всех стран бывшего СССР.

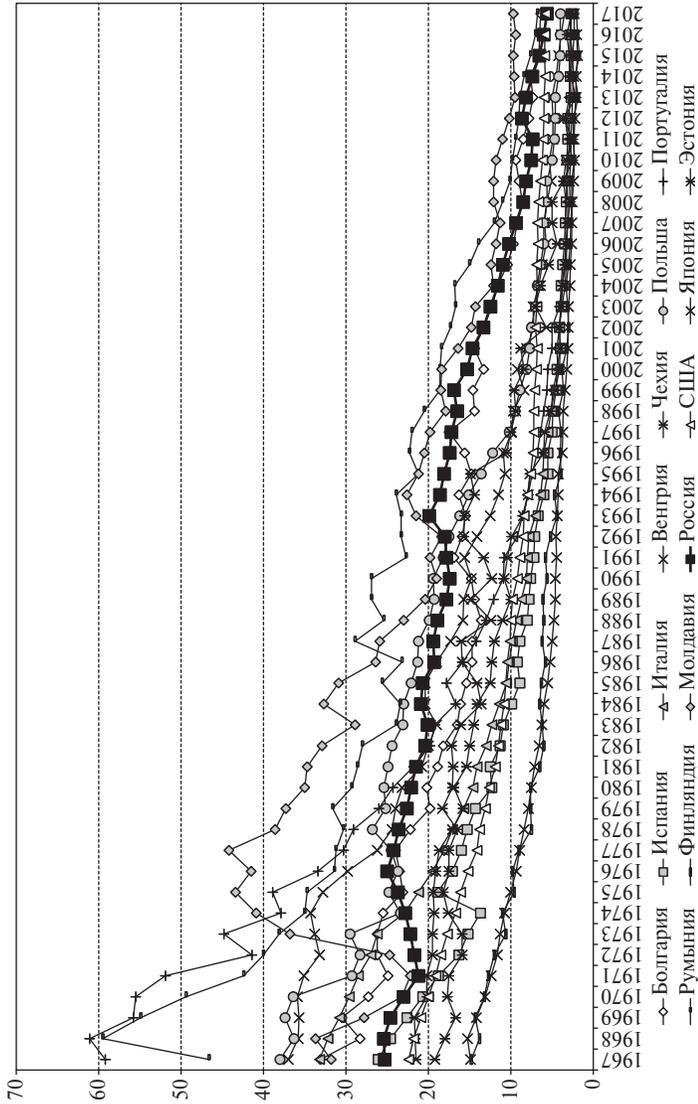


Рис. 5.16. Коэффициент младенческой смертности в некоторых развитых странах мира, 1967–2017 гг., на 1000 рожденных живыми

Источники: Данные Евростата и Росстата; расчеты авторов.

Можно предположить, что в странах, добившихся многократного снижения уровня младенческой смертности за полвека, период наибольшего снижения пришелся на 1970–1980-е годы, т.е. четыре-пять десятилетий назад. Поэтому посмотрим более пристально на динамику младенческой смертности за более короткий период — после распада СССР (рис. 5.17). Становится очевидным, что наибольших успехов Эстония добилась именно в постсоветский период, на который приходится основное снижение младенческой смертности за полвека (в 5,7 раза после развала СССР). Также можно отметить Польшу и Венгрию, где за тот же период снижение было особенно значительным — в 4,6 и 4,5 раза соответственно. В большинстве стран бывшего социалистического лагеря за последнюю четверть века младенческая смертность снизилась в 2–3 раза. Наименьшее снижение отмечаем в Украине — 1,8 раза. В России младенческая смертность за четверть века снизилась в 3,2 раза, и в ней, как и в Эстонии, основное снижение пришлось именно на последние десятилетия. В странах ЕС снижение показателя за то же время составляет в среднем 2–3 раза. Но и в этой группе стран выделяется Португалия — снижение в 4,1 раза в рассматриваемый период.

Однако не все развитые страны могут похвастаться большими успехами в последние десятилетия. Так, обращает на себя внимание динамика младенческой смертности в США, где ее уровень за четверть века уменьшился всего в 1,5 раза, а в последние годы снижение еще более замедлилось. Правда, нельзя забывать, что в США используется более широкое определение живорождения, чем во многих странах Европы и в России (новорожденный в США считается живым начиная с 20-й недели беременности), что ставит эту страну в менее выигрышное положение с точки зрения получаемых показателей.

Достигнутый к 2016 г. Россией коэффициент младенческой смертности был почти в 3 раза выше, чем в странах с наименьшими ее значениями, а также существенно выше, чем во многих других европейских странах, включая страны Восточной и Центральной Европы и часть стран — бывших республик СССР. Эта разница между Россией и странами с низкими показателями младенческой смертности в последние годы снижается довольно медленно (рис. 5.18). При этом надо учитывать, что в странах с минимальными

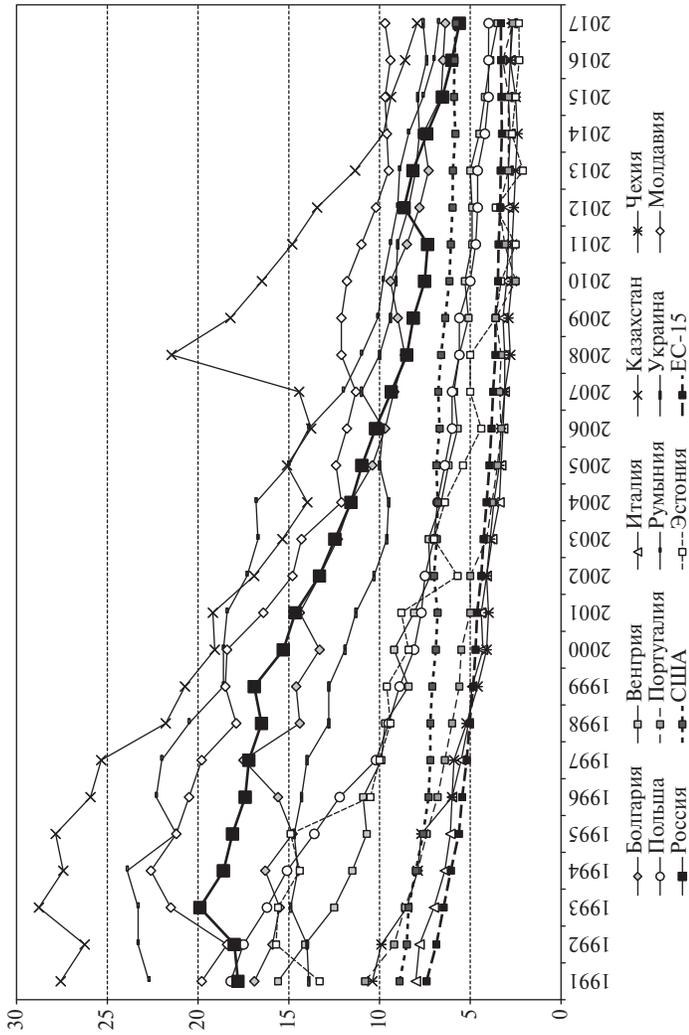


Рис. 5.17. Коэффициент младенческой смертности в некоторых развитых странах мира, 1991—2017 гг., на 1000 рожденных живыми

Источники: Данные Евростата и Росстата; расчеты авторов.

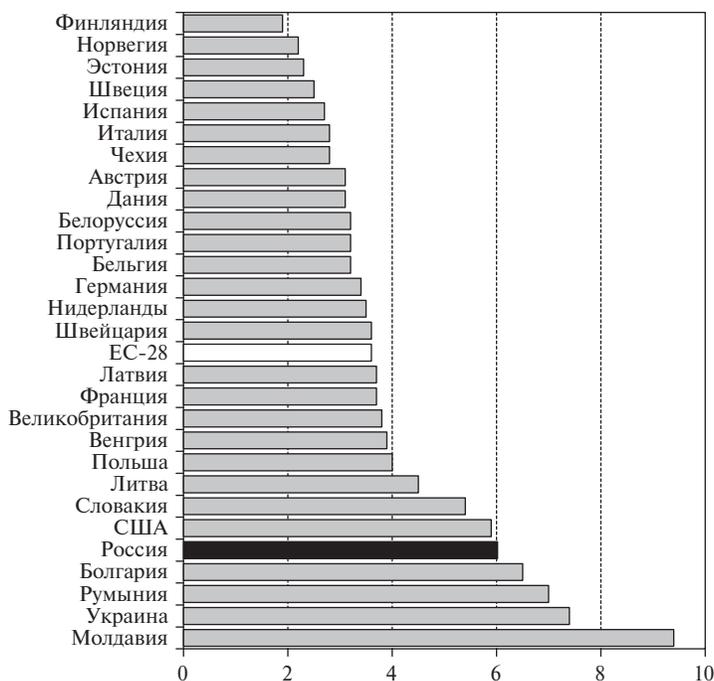


Рис. 5.18. Коэффициент младенческой смертности в некоторых развитых странах мира, 2016 г., на 1000 рожденных живыми

Источники: Данные Евростата и Росстата; расчеты авторов.

ми показателями младенческой смертности в последние пару лет отмечается не снижение, а небольшой рост или колебание показателя.

В конце XX — начале XXI в. все развитые страны перешли на использование при расчете коэффициентов младенческой и перинатальной смертности определений живо- и мертворождения, рекомендованных ВОЗ. Россия стала использовать в полной мере определение ВОЗ при расчете показателей младенческой смертности только с 2012 г., что вызвало временное изменение коэффициента в сторону повышения. Таким образом, можно с уверенностью утверждать, что уровень младенческой смертности в России в пре-

дыдущие годы в реальности был еще выше, а различия между Россией и развитыми странами более значительными. Из стран, представленных на рис. 5.16–5.18, только в Молдавии, Румынии, Украине и Болгарии младенческая смертность остается более высокой, чем в России.

5.4.2. Возрастная структура младенческой смертности в России: вклад постнеонатального компонента остается высоким

Смертность детей в возрасте до одного года распределяется неравномерно в течение этого года. Если 100 лет назад большая часть детей умирала в возрасте старше одного месяца, то в настоящее время ситуация обратная: большая часть детей умирает в первые 27 дней, из них чаще всего в первые 7 дней (или 168 часов), а из них — в первые 24 часа жизни. Это объясняется тем, что чем меньше возраст младенца, тем тяжелее предотвратить его смерть при наличии патологии или при возникновении заболевания, так как организм ребенка очень уязвим. Пережив первые дни и получив, если надо, необходимое лечение, младенец в развитых странах получает намного больше шансов на выживание. К настоящему времени доля неонатального компонента (смерть в течение первого месяца жизни) в большинстве стран европейского региона стабилизировалась на уровне 60–70%, а ранней неонатальной (смерть в течение первой недели жизни) — на уровне 40–55%. В самые последние годы отмечаются признаки небольшого снижения этих долей. В России в последние годы доля как ранней неонатальной смертности, так и всей неонатальной смертности ниже, чем во многих развитых странах.

В России за период с 1967 по 2017 г. не отмечается четкой динамики возрастных составляющих младенческой смертности. С одной стороны, смертность детей в возрасте старше 28 дней с конца 1970-х — начала 1980-х годов имеет явную тенденцию к снижению (рис. 5.19). С другой стороны, ранняя неонатальная смертность не менялась однонаправленно. До середины 1980-х годов уровень смертности в первые 168 часов жизни ребенка оставался стабильным. В следующий период, с 1983 по 1993 г., был зарегистрирован рост смертности в этот период жизни ребенка. Только после 1993 г. можно говорить о постоянном снижении этого ком-

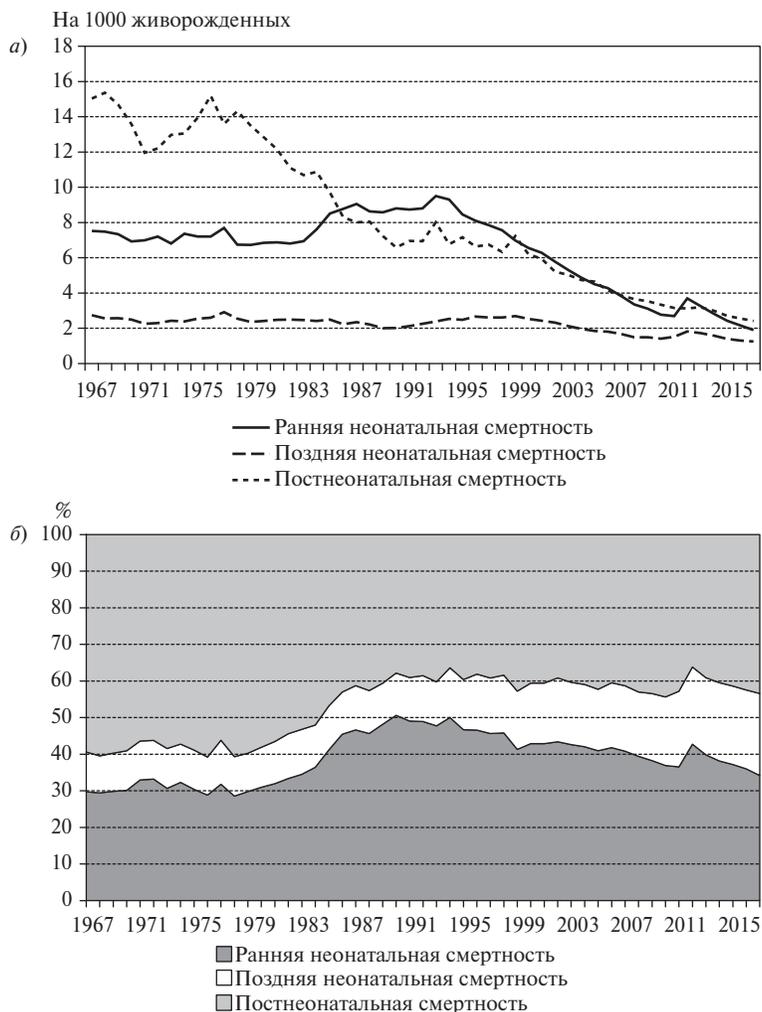


Рис. 5.19. Динамика возрастных составляющих младенческой смертности в России: коэффициенты на 1000 живорожденных (а) и вклад возрастных групп в общую смертность новорожденных (б), 1967–2017 гг.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

понента. Относительно небольшое увеличение показателя в 1993 г. связано с первой попыткой перехода России на определение живого и мертворождения ВОЗ. Заметный рост в 2012 г., как уже отмечалось, был связан со вторым этапом перехода, определения живорождения в России в направлении, рекомендованном ВОЗ. В результате разнонаправленных динамик возрастных составляющих младенческой смертности с 1986 по 1998 г. уровень ранней неонатальной смертности оказался выше, чем постнеонатальной. После 1998 г. показатели смертности младенцев в ранний неонатальный и постнеонатальный периоды жизни стали очень близки по значениям.

Опасным и тревожным фактором динамики составляющих младенческой смертности в России является динамика ее поздней неонатальной составляющей — уровень смертности детей в возрасте от 7 до 28 дней в России снизился очень слабо. И это значит, что на этот период жизни ребенка в стране не обращается достаточного внимания, а это хороший резерв для снижения всего показателя младенческой смертности. В целом за полвека младенческая смертность в России снизилась в 4,5 раза; постнеонатальная — в 6,2; ранняя неонатальная — в 4; а вот поздняя неонатальная — лишь в 2,2 раза. Также следует особо подчеркнуть, что в 2012 г., в момент изменений в России определений живого и мертворождения, выросла не только ранняя неонатальная, но и поздняя неонатальная смертность, чего, по логике, не должно было произойти. Важно и то, что увеличение коэффициента поздней неонатальной смертности началось еще в 2011 г. и продолжилось в 2012 г. Именно поэтому связывать этот скачок только с изменением определения живого и мертворождения в 2012 г. не совсем правильно.

Еще одна новая черта динамики компонентов младенческой смертности в России, начавшаяся с 2014 г., — превышение уровня постнеонатальной смертности над уровнем ранней неонатальной, что не характерно для других развитых стран. Поскольку это продолжается уже четвертый год и разность в показателях увеличивается, то можно уже говорить о сложившейся тенденции. И этот факт только подтверждает необходимость обратить более пристальное внимание на младенцев в возрасте старше 7 дней жизни, на проблемы в заботе о них со стороны как медиков, так и родителей.

В полувековой динамике соотношения вкладов компонентов в уровень младенческой смертности нет однонаправленной динамики (см. рис. 5.19, а). Доля умерших в неонатальный период за 1967–2017 г. выросла с 40 до 56%, оставаясь при этом на относительно низком уровне по сравнению с развитыми странами. Такой рост неонатальной доли младенческой смертности обеспечила поздняя неонатальная смертность, вклад которой вырос в 2 раза. Доля ранней неонатальной составляющей снизилась за 1970–2017 г. всего на 4 п.п. Правда, после 1994 г., когда доля ранней неонатальной смертности была максимальной (50%), снижение составило 12 п.п. Все это возвращает нас снова к необходимости концентрации внимания на уровне смертности младенцев в возрасте старше 7 дней жизни.

Итак, за 1967–2017 г. уровень младенческой смертности в России снизился в 4,5 раза, 29% этого снижения обеспечило уменьшение ранней неонатальной смертности, 64% — постнеонатальной и только 7% — поздней неонатальной смертности.

5.4.3. Перинатальная смертность и ее связь с младенческой смертностью

Введение новых определений живо- и мертворождения отражается не только на значении показателя ранней неонатальной смертности, т.е. смертности младенцев, родившихся живыми, но и на показателе мертворождаемости, что должно серьезно влиять, в свою очередь, на поведение показателя перинатальной смертности, который по определению включает мертворожденных в число потерь перинатального периода. В целом перинатальная смертность — это показатель, который довольно хорошо характеризует как качество работы системы здравоохранения по отношению к беременным женщинам и младенцам, так и качество статистического учета потерь младенцев, связанных с родами.

Как же изменился уровень перинатальной смертности в России за последние четыре десятилетия?

За 1978–2017 г. перинатальная смертность в России в целом снизилась в 2,2 раза, при том что младенческая смертность снизилась за этот период в 4,2 раза (рис. 5.20). С 1984 г. до начала 1990-х в России отмечался рост перинатальной смертности. Младенческая же смертность в этот период снижалась. Эти две разнонаправ-

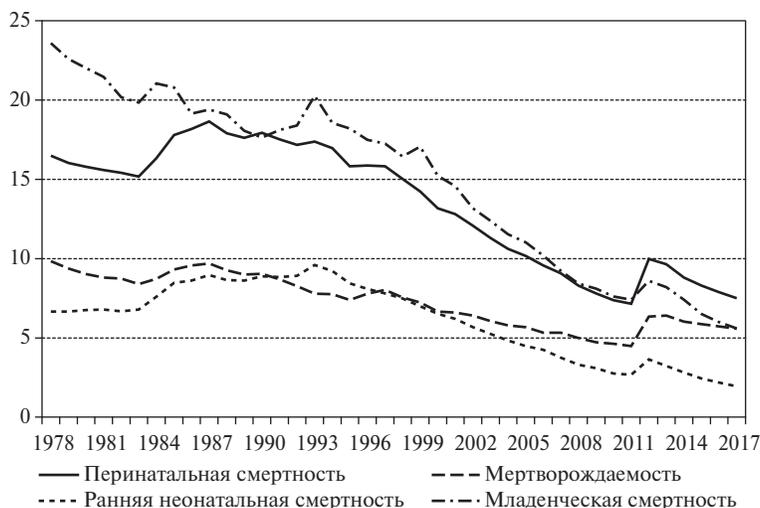


Рис. 5.20. Младенческая смертность на 1000 живорожденных, перинатальная смертность и ее составляющие на 1000 родившихся живыми и мертвыми, Россия, 1978–2017 г.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

ленные тенденции изменения показателей привели к тому, что в 1990 г. коэффициент перинатальной смертности немного превысил коэффициент младенческой смертности. Максимум перинатальной смертности за рассматриваемый период был зафиксирован в 1987 г. (18,7%). Рост перинатальной смертности в 1980-х годах был связан в основном с ростом ранней неонатальной смертности. Еще один факт в динамике компонентов перинатальной смертности: из-за разнонаправленной динамики изменения ее составляющих уровень ранней неонатальной смертности превысил уровень мертворождаемости (в 1991 г.), т.е. более значительный вклад в динамику перинатальной смертности стала вносить именно ранняя неонатальная составляющая.

Небольшие изменения определений живо- и мертворождений 1993 г. увеличили только показатель ранней неонатальной смертности, но не затронули мертворождаемость, что наглядно подтверждает отсутствие реальных серьезных изменений в учете

родившихся живыми и мертвыми. При этом 1993 г. стал годом с наибольшим показателем ранней неонатальной смертности за рассматриваемый период. Затем с 1994 до 2011 г. перинатальная смертность в России снижалась, и снижение ранней неонатальной составляющей шло опережающими темпами.

Переход к более широким определениям мертво- и живорожденного ребенка в 2012 г. привел к тому, что коэффициент перинатальной смертности вырос и по своему значению опять превысил коэффициент младенческой смертности. Причем это превышение с тех пор медленно нарастает.

С 2013 г. коэффициент перинатальной смертности снижается, главным образом за счет уменьшения ранней неонатальной составляющей. Поведение показателя мертворождаемости скорее напоминает стагнацию. В то же время именно мертворождаемость в последние годы задает уровень перинатальной смертности.

В целом за 40 лет коэффициент ранней неонатальной смертности (как часть перинатальной смертности) снизился в 3,4 раза, а коэффициент мертворождаемости — всего в 1,8 раза.

Как уже отмечалось, динамика перинатальной смертности довольно хорошо отражает качество учета смертности новорожденных и характер изменений в практике их регистрации. Так, он показывает, насколько реально претворяются в жизнь декларируемые в странах перемены определений живо- и мертворождений. При расширении определения живорождения в стране должен фиксироваться рост ранней неонатальной смертности и мертворождаемости. Отсутствие роста означает отсутствие реальных изменений в учете, в том числе и из-за нежелания врачей нести ответственность за высокие показатели младенческой и ранней неонатальной смертности. С показателями мертворождаемости более сложный вопрос. На уровень этого показателя у нас не обращают такого пристального внимания, как на раннюю неонатальную и младенческую смертность, и он может служить хорошим индикатором действительных изменений в статистической практике учета рождений и смертей младенцев. Мы отмечали, что изменения определений живо- и мертворождений в 1993 г. в России не повлияли на динамику коэффициента мертворождаемости, что подтверждает отсутствие реальных изменений в учете.

Наглядным примером реакции на действительные изменения определений мертворождений в стране является Франция

(рис. 5.21). Во Франции было два больших скачка в динамике мертворождений: в 2002 г., когда был осуществлен переход на учет мертворожденных в соответствии с рекомендациями ВОЗ, и в 2009 г., когда была отменена регистрация в точном соответствии с определениями ВОЗ и введена регистрация всех мертворожденных без каких-либо ограничений (по продолжительности беременности, массе и длине плода). Именно мертворождения сегодня определяют уровень и динамику перинатальной смертности во Франции.

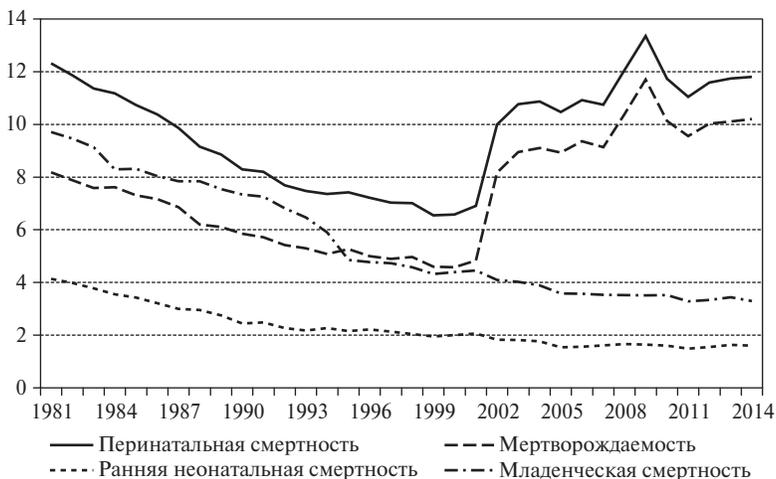


Рис. 5.21. Младенческая смертность на 1000 живорожденных, перинатальная смертность и ее составляющие на 1000 родившихся живыми и мертвыми, Франция, 1981–2014 гг.

Источники: Данные базы данных «Здоровье для всех»; расчеты авторов.

В целом при полной регистрации перинатальной смертности можно наблюдать довольно стабильное соотношение между компонентами ранней неонатальной смертности и мертворождениями, которое по идее должно постепенно меняться лишь при условии развития медицинских технологий ведения беременности, родовспоможения и повышения уровня развития медицины в целом.

В 1990-е годы в большинстве развитых стран, включая СНГ и Восточную Европу, это соотношение было около 1:1. Развитие

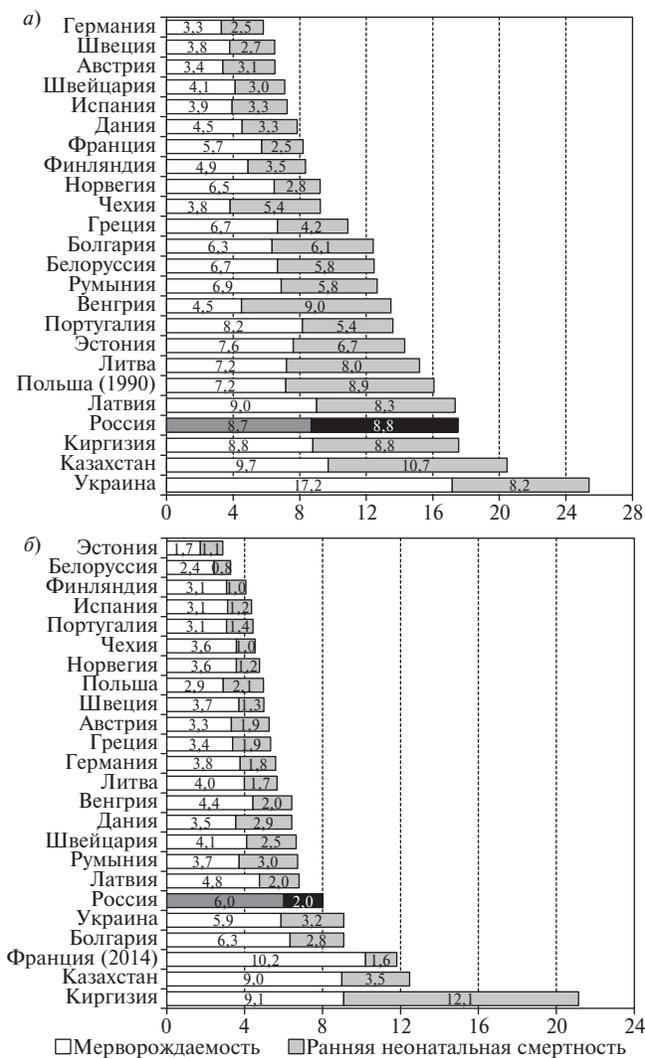


Рис. 5.22. Структура перинатальной смертности в некоторых странах мира в 1991 (а) и в 2015 (б) гг., на 1000 рождений живыми и мертвыми

Источники: База данных «Здоровье для всех»; данные Росстата; расчеты авторов.

медицины привело к тому, что все большее число новорожденных удается спасти, и соотношение поменялось в пользу ранней неонатальной смертности. Сейчас в развитых странах это соотношение примерно 3–2,5 к 1 (рис. 5.22). Сильное отличие от такого соотношения (особенно в сторону мертворождений) дает основания полагать, что некоторые случаи смерти в ранний неонатальный период неправильно регистрируются как мертворождения.

По уровню перинатальной смертности среди развитых европейских стран в 2015 г. Россия по-прежнему относится к странам с наибольшими показателями, и именно уровень мертворождений ставит Россию на это место.

5.4.4. Региональная дифференциация младенческой смертности в России в 2017 г.: новые регионы-лидеры подтверждают свои позиции

Как и в предыдущие годы, за 2016–2017 гг. в регионах России зафиксированы разнонаправленные изменения уровня младенческой смертности. В большей части субъектов РФ (в 60 регионах) уровень младенческой смертности снизился. Наибольшим оно было в Чукотском автономном округе (5,5%), Еврейской автономной области (4,9%), а также в Липецкой области (4,0%), республиках Хакасия (3,6%) и Ингушетия (3,5%). В 25 регионах смертность младенцев выросла. Максимальный рост зафиксирован в Ненецком автономном округе (3,4%), Республике Адыгее (2%), Мурманской области (1,5%). Наименьшие коэффициенты в 2017 г. отмечены в Тамбовской области (2,4%), Чувашской Республике (3,2%), Липецкой области (3,3%) (рис. 5.23). Чувашская Республика лидирует уже не первый год. Также подтверждается и потеря места среди лидеров Санкт-Петербурга. Уровень младенческой смертности в российских регионах с минимальными ее показателями постепенно приближается к среднему уровню младенческой смертности в странах ЕС-15 — 3,3% в 2016 г.

К регионам с наибольшими коэффициентами младенческой смертности в 2017 г. следует отнести Еврейскую автономную область (10,8%) Чукотский автономный округ (10,6%), республики Алтай (9,9%), Дагестан (8,9%), Чечня (8,8%), Тыва (8,6%). По сравнению с предыдущим годом этот список мало изменился.

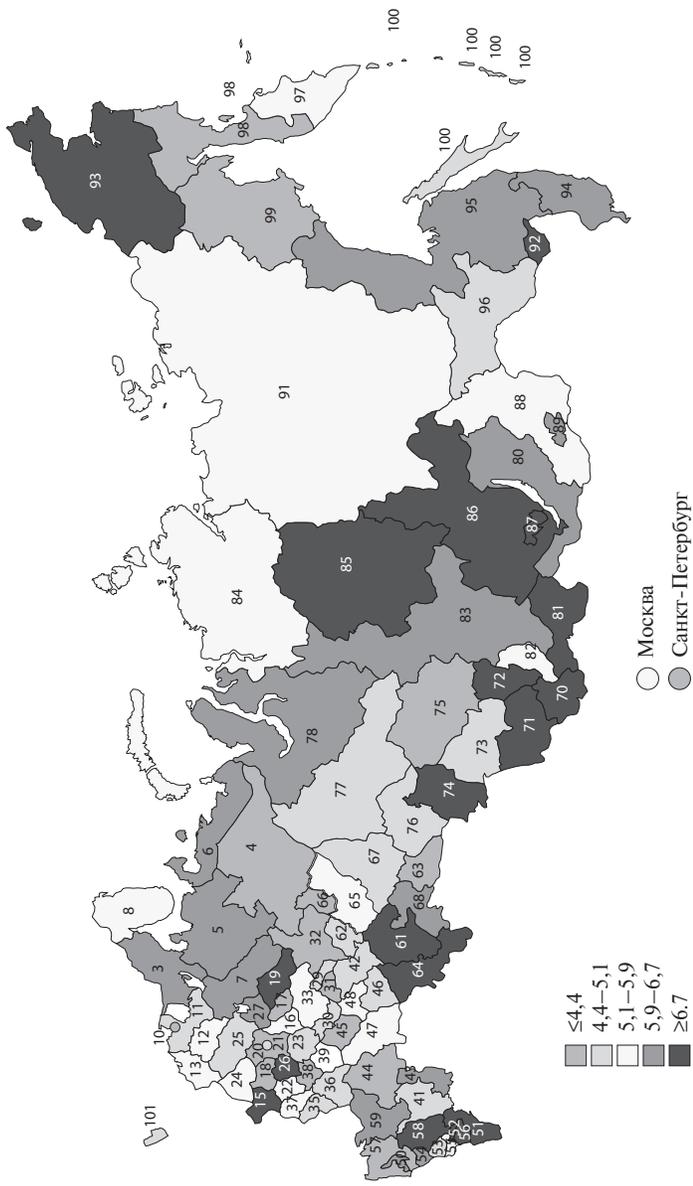


Рис. 5.23. Коэффициент младенческой смертности в России, 2017 г., на 1000 родившихся живыми
Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

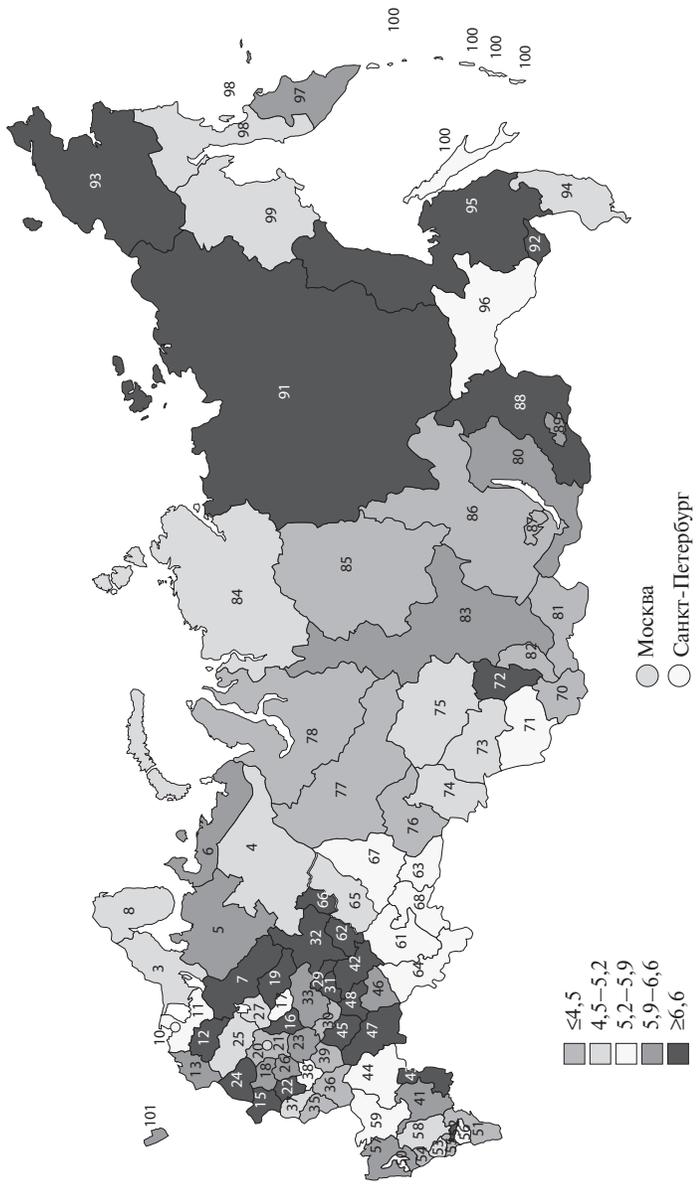


Рис. 5.24. Коэффициент мертворождаемости в России, 2017 г., на 1000 родившихся живыми и мертвыми

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Как уже отмечалось, уровень младенческой смертности тесно связан с уровнем перинатальной смертности, а последний — с мертворождением. Посмотрим, как отличался уровень мертворождений по регионам России в 2017 г. и являются ли регионы — лидеры по уровню младенческой смертности одновременно лидерами и по уровню мертворождения.

За год (с 2016 по 2017-й) показатель мертворождений в стране снизился на 0,15%. Наибольшее снижение было зафиксировано в Амурской области (1,9%) и Республике Тыва (1,8%), а также Липецкой области (1,6%). Заметим, что и по снижению младенческой смертности Липецкая область на первых местах. Максимальный рост мертворождений зафиксирован в Чукотском автономном округе (4,9%), Республике Адыгея (2,5%) и Новгородской области (2,4%) (рис. 5.24).

В 2017 г. регионами с наименьшими коэффициентами мертворождений были Республика Дагестан (2,4%) и Белгородская область (3%). При этом в Дагестане зафиксирован один из наивысших коэффициентов младенческой смертности. Самые высокие коэффициенты мертворождений в 2017 г. были в Чукотском автономном округе (12%) и Хабаровском крае (10%).

При сравнении рис. 5.23 и 5.24 можно обнаружить, что в части регионов с низким или средним уровнем младенческой смертности отмечается средний или высокий уровень мертворождений. Это только подтверждает необходимость более пристального внимания к уровню мертворождений в регионах.

5.4.5. Структура младенческой смертности по причинам смерти мало изменилась за последние годы

Структура смертности младенцев отличается от структуры смертности детей других возрастов и взрослого населения. Но и в младенческом возрасте с развитием демографического и эпидемиологического перехода в целом и с уровнем развития медицины в частности вклад различных причин смерти в младенческую смертность во всех странах менялся. Развитые страны меняли структуру причин смерти младенцев с опережением по сравнению с Россией.

В России смертность детей в возрасте до одного года до середины 1970-х — начала 1980-х годов изменялась по большей части за счет экзогенных причин смерти (т.е. причин, в основном связанных с влиянием внешних факторов, таких как инфекции, несчастные случаи, отравления и т.п.), и эти причины определяли общий уровень младенческой смертности (табл. 5.8). Например, в 1964 г. вклад таких причин был более половины. Начиная с 1980-х годов постепенно все большая и большая доля умерших младенцев приходится на смерти от эндогенных причин (смерти в результате патологий внутриутробного развития, врожденных аномалий и т.п.), которые сегодня вносят наибольший вклад в общий уровень младенческой смертности и определяют ее изменение в России и всех развитых странах.

По сравнению с 2016 г. структура причин смерти младенцев в России за год не изменилась. Первое место среди причин смерти в 2017 г. продолжает занимать такой класс причин смерти, как «отдельные состояния, возникающие в перинатальный период». Второе принадлежит «врожденным аномалиям». Суммарно на их долю приходится примерно $\frac{3}{4}$ всех умерших детей до одного года. На третьем месте с 2014 г. стоят внешние причины смерти (несчастные случаи, отравления, травмы). Далее следуют болезни органов дыхания. В 2017 г. уровень смертности от болезней органов дыхания сравнялся по уровню с таким сложным классом причин смерти, как «симптомы, признаки и отклонения от нормы». В этот класс чаще всего включаются умершие, причины смерти которых не были отнесены к другим классам причин смерти. Обычно высокий уровень смертности от этих причин связывают с низким качеством кодирования причин смерти в стране.

В России продолжает оставаться существенным уровень и относительный вклад в младенческую смертность инфекционных и паразитарных болезней, болезней органов дыхания и внешних причин, т.е., по сути, причин экзогенной этиологии, с которыми сегодня можно успешно бороться. Мало того, в 2017 г. смертность от класса «инфекционные и паразитарные болезни» существенно подросла.

В 2017 г. чуть-чуть выросла и смертность от болезней системы кровообращения. При округлении коэффициентов до одного знака после запятой рост не виден, но с учетом второго знака негатив-

Таблица 5.8. Коэффициенты младенческой смертности по причинам смерти (на 10 тыс. родившихся живыми) и вклад отдельных причин смерти в число умерших в возрасте до одного года, Россия, 1964–2017 гг., %

Причина	1964	1970	1990	2000	2010	2012	2014	2015	2016	2017
<i>Коэффициент младенческой смертности, ‰</i>										
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	22,1	12,8	13,4	9,2	3,0	3,1	2,7	2,5	2,3	2,4
Болезни системы кровообращения	0,1	0,1	0,5	1,2	1,3	0,6	0,8	0,8	0,7	0,7
Болезни органов дыхания	112,2	86,0	24,7	16,5	4,6	4,1	3,7	3,1	2,8	2,5
Болезни органов пищеварения	28,7	10,7	1,1	0,9	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3
Врожденные аномалии	24,5	30,8	37,0	35,5	18,2	18,5	16,0	13,9	13,4	12,1
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	70,2	70,1	80,1	67,7	34,5	48,1	39,2	34,6	31,3	28,7
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	8,0	1,2	2,3	7,3	4,4	4,1	3,3	3,0	2,7	2,5
Внешние причины	7,8	10,5	7,1	9,7	4,7	4,3	4,1	3,7	3,3	3,1
Другие причины	14,4	8,3	7,8	5,3	3,9	3,1	3,5	3,2	3,4	3,2
Всего	288,0	230,5	174,0	153,3	75,1	86,4	73,7	65,2	60,2	55,6

Окончание табл. 5.8

Причина	1964	1970	1990	2000	2010	2012	2014	2015	2016	2017
	Доля, %									
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	7,7	5,6	7,7	6,0	4,1	3,6	3,7	3,8	3,8	4,4
Болезни системы кровообращения	0,0	0,0	0,3	0,8	1,8	0,7	1,0	1,2	1,1	1,3
Болезни органов дыхания	39,0	37,3	14,2	10,7	6,2	4,7	5,0	4,7	4,6	4,5
Болезни органов пищеварения	10,0	4,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,5
Врожденные аномалии	8,5	13,4	21,3	23,1	24,2	21,4	21,7	21,4	22,3	21,8
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	24,4	30,4	46,0	44,2	45,9	55,7	53,2	53,0	52,0	51,6
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	2,8	0,5	1,3	4,8	5,8	4,7	4,4	4,6	4,4	4,4
Внешние причины	2,7	4,6	4,1	6,3	6,3	5,0	5,6	5,6	5,5	5,6
Другие причины	4,7	3,6	4,5	3,5	5,2	3,5	4,7	4,9	5,6	5,8
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

ный сдвиг налицо: 0,69 на 10 тыс. в 2016 г. и 0,74 в 2017-м. В России также продолжается медленный рост смертности от новообразований. Наконец отметим продолжающийся рост доли умерших и от такой группы, как «другие причины», который однозначно связан с проблемами диагностики и кодирования причин смерти.

Если сравнивать структуру смертности младенцев в России и других развитых странах в последние годы, то можно сказать, что во всех этих странах в структуре младенческой смертности по причинам преобладают два класса причин смерти эндогенного характера — «отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» и «врожденные аномалии» (табл. 5.9). В большинстве стран на долю этих причин приходится более $\frac{4}{5}$ всех младенческих смертей. В 2015–2016 гг. среди стран, указанных в табл. 5.9, минимальная доля смертей от данных причин продолжает оставаться в Румынии и Украине, странах с одними из самых высоких уровней младенческой смертности. Еще одна особенность Румынии — очень большая доля умерших детей в возрасте до одного года от болезней органов дыхания. За год (с 2015 по 2016-й) эта доля немного выросла. Мало того, Румыния — единственная среди рассматриваемых стран, где уровень смертности от болезней органов дыхания выше, чем от врожденных аномалий. Возможно, такое отличие связано со спецификой кодирования причин смерти в стране. Остается довольно высокой и доля умерших от болезней органов дыхания в Молдавии. Также обращает на себя внимание и Украина, где в отличие от других стран первое место в структуре причин смерти принадлежит врожденным аномалиям, а не причинам перинатальной смерти. И здесь, скорее всего, причина в специфике диагностики и соответственно кодирования причин смерти в статистических формах.

В ряде развитых стран продолжает оставаться существенной доля умерших от такого класса причин смерти, как «симптомы и неточно обозначенные состояния». Странно, что это относится к странам с высокоразвитым уровнем медицинских технологий, оказания медицинской помощи, качества учета рождений и смертей.

Окончание табл. 5.9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Нидерланды**	1,3	1,8	1,5	2,7	0,7	0,3	0,5	24,8	59,5	4,2	1,7	1,0	3,5
Польша*	0,7	1,0	0,6	0,9	0,4	2,4	0,1	34,9	52,8	4,3	1,9	0,1	4,0
Россия	4,4	0,9	0,8	3,4	1,3	4,5	0,5	21,8	51,6	4,4	5,6	0,8	5,6
Румыния**	2,2	1,0	0,3	1,9	1,6	26,3	2,1	22,0	35,7	2,6	3,7	0,6	7,0
США*	2,4	0,4	0,8	1,4	1,8	2,3	0,8	20,6	49,5	12,0	7,1	0,9	5,9
Украина*	2,9	1,2	0,8	3,3	1,4	3,7	0,3	52,1	24,5	3,0	5,8	1,0	8,1
Финляндия*	0,0	0,0	2,1	5,2	1,0	0,0	0,0	31,3	51,0	9,4	0,0	0,0	1,7
Чехия**	2,2	0,0	0,9	3,2	1,9	1,3	1,9	16,1	60,3	7,3	4,1	0,9	2,8
Швейцария*	0,6	0,9	1,8	2,4	1,8	0,6	0,0	34,7	51,5	3,8	1,8	0,3	3,6
Швеция**	1,0	1,0	1,0	1,7	1,0	2,4	1,0	27,8	48,1	11,9	1,7	1,4	2,5

* 2015 г.

** 2016 г.

5.4.6. Младенческая смертность и демографическая политика

Коэффициент младенческой смертности — один из индикаторов, традиционно занимающий важное место среди показателей, на улучшение которых направлена демографическая политика в стране.

Так, в Указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» была поставлена задача к 2018 г. снизить младенческую смертность, «в первую очередь за счет снижения ее в регионах с высоким уровнем данного показателя, до 7,5 на 1 тыс. родившихся живыми». Этот уровень показателя был достигнут в 2014 г.

Распоряжением Правительства РФ от 14 апреля 2016 г. № 669-р был определен план мероприятий по реализации в 2016–2020 гг. Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г., утвержденной Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351. В этом плане ориентиром для младенческой смертности на 2020 г. был обозначен показатель 5,8‰. В 2017 г. коэффициент младенческой смертности был уже 5,6‰.

Д. Медведев 2 апреля 2017 г. подписал Указания во исполнение перечня поручений Президента РФ № Пр-589 (резолюция от 7 апреля 2017 г. № ДМ-П6-2085) по направлению развития системы здравоохранения России в период до 2025 г., в которых был дан новый целевой ориентир для младенческой смертности — 4,5‰. В Указе Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 подтверждена цель снижения младенческой смертности к 2024 г. до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей.

Если опираться на имеющийся тренд и исключить какие-либо экстраординарные обстоятельства, то значение коэффициента младенческой смертности 4,5 на 1000 живорожденных, вполне вероятно, будет скоро достигнуто.

Если посмотреть на все перечисленные ориентиры по младенческой смертности и скорости их выполнения, то можно посчитать, что с динамикой младенческой смертности у нас все хорошо. Но это не совсем так. Как мы уже отмечали, отставание по уровню младенческой смертности от развитых стран уменьша-

ется очень медленно. И связано это во многом с тем, что ориентиры берутся слишком низкие и заведомо выполнимые.

Наблюдая за региональной вариацией показателей младенческой смертности, министр здравоохранения России В. Скворцова в августе 2017 г. проинформировала общество, что «более чем в половине регионов (в 43 из 85 субъектов Российской Федерации) этот показатель уже ниже 5,0, что соответствует лучшим мировым результатам». К большому сожалению, мы должны констатировать, что это не совсем так. Лучшие мировые показатели — около 2 умерших детей на 1000 живорожденных. Но и это не предел. К примеру, в Исландии в 2016 г., по данным Евростата, коэффициент младенческой смертности был меньше 1‰. А в России в целом уровень младенческой смертности только приближается к уровню младенческой смертности в странах — новых членах ЕС и еще далеко отстоит от среднего уровня в этой группе стран (рис. 5.25). По уров-

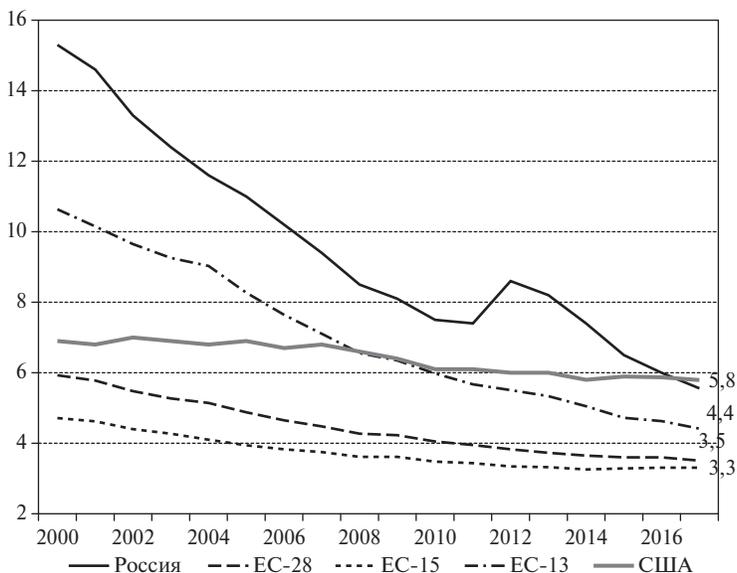


Рис. 5.25. Коэффициент младенческой смертности в странах ЕС, США и России, 2000–2017 гг., на 1000 родившихся живыми

Источники: Данные Евростата, Росстата, CDC; расчеты авторов.

ню младенческой смертности Россия догнала США, но, как уже было сказано, в США действует более широкое определение живорождения и это ставит Соединенные Штаты в менее выигрышное положение по сравнению с Россией и большинством европейских стран.

Один из факторов демографической политики по снижению младенческой смертности в России — масштабная программа по строительству перинатальных центров в различных регионах. Программа продолжается уже более 10 лет. На первом этапе, который завершился к концу 2012 г., было введено в эксплуатацию 22 перинатальных центра. С 2013 г. реализовывался второй этап программы по строительству еще 32 центров. Он должен был завершиться в 2016 г., но его продлили. По данным Счетной палаты РФ, к 1 июля 2018 г. было введено в эксплуатацию только 27 центров из 32 запланированных. Но, несмотря на это, директор Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова академик РАН Г. Сухих обещает довести число этих центров до 90 к 2020 г.

На данную программу выделяются совсем не малые деньги. Целями этой программы являются обеспечение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям, снижение материнской и младенческой смертности. Строительство подобных центров — очень важное и необходимое дело, а успешное их функционирование — серьезный фактор снижения смертности, что едва ли можно оспаривать. Но нельзя забывать, что работа таких центров направлена в первую очередь на снижение смертности детей в раннем неонатальном возрасте и, надеемся, способствует снижению мертворождений. Но младенцы старше раннего неонатального возраста (первой недели жизни) остаются без должного внимания. Поэтому строительство таких центров должно быть важным, но не единственным инструментом снижения младенческой и перинатальной смертности в регионах и стране в целом, иначе добиться устойчивого и быстрого снижения ее уровня не получится. Требуются постоянные, планомерные усилия всех медицинских организаций и родителей, направленные на снижение смертности младенцев в каждом из возрастных периодов. Также не нужно забывать о резервах улучшения демографических показателей, заключенных в снижении мертворождений.

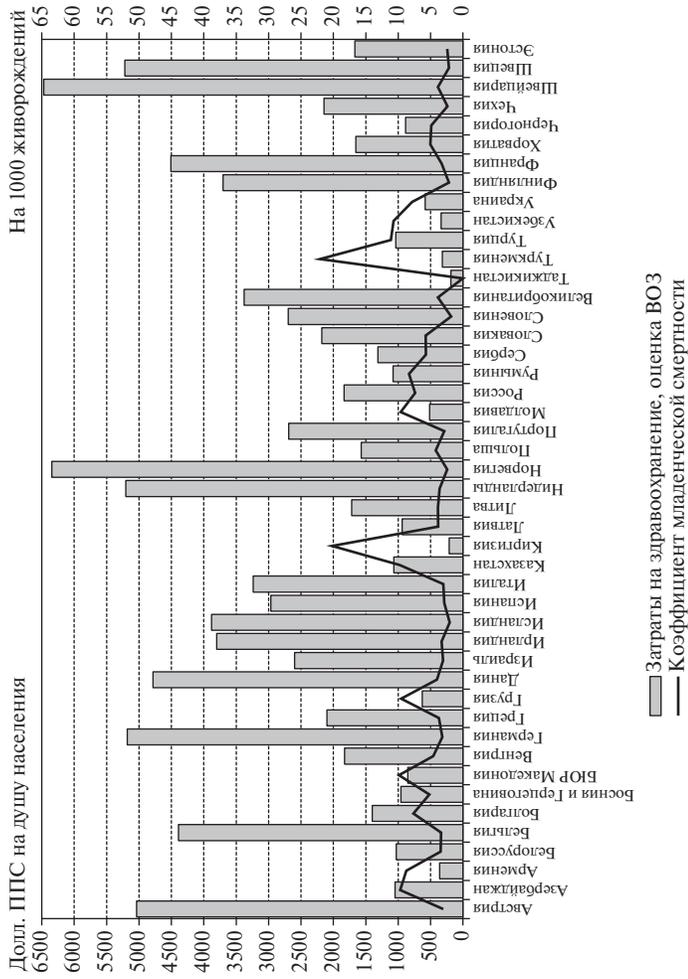


Рис. 5.26. Общие затраты на здравоохранение по оценке ВОЗ, долл. ППС на душу населения (левая шкала), и коэффициент младенческой смертности, на 1000 родившихся живыми (правая шкала), в некоторых странах мира, 2014 г.

Для снижения уровня смертности вообще и младенческой в частности большое значение имеет уровень расходов (затрат) на функционирование системы здравоохранения в стране и регионах. Имеется четкая закономерность: в странах с более высокими расходами фиксируются более низкие показатели младенческой смертности (рис. 5.26).

5.5. Некоторые аспекты современной политики в области безопасности дорожного движения в Европе и России

5.5.1. Принципы политики в Европейском союзе и Швейцарии

Безопасность дорожного движения (БДД) лежит в основе базовых целей развития ЕС. Преамбула к договору о Европейском союзе призывает «содействовать свободному передвижению людей, обеспечивая при этом безопасность». ЕС разделяет ответственность за безопасность дорожного движения со своими государствами-членами, руководствуясь принципами субсидиарности и пропорциональности.

За последние 15 лет Европейская комиссия и государства-члены осуществляли последовательный план действий в области безопасности дорожного движения. В рамках первой цели ЕС по сокращению смертности от дорожно-транспортных происшествий (ДТП) на 50% в период с 2001 по 2010 г. было достигнуто значительное сокращение смертности — фактически на 43%. Амбициозная цель помогла мобилизовать эффективное взаимодействие на местном, национальном и европейском уровнях. Успех реализации программы в сфере безопасности дорожного движения в Европе в течение последних двух десятилетий является общепризнанным¹².

В 2011 г. Европейская комиссия перешла ко второму этапу реализации мер по снижению смертности от ДТП. Была разработана стратегия безопасности дорожного движения «Ориентация

¹² См.: URL: https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/pdf/statistics/dacota/asr2017.pdf.

политики на безопасность дорожного движения в 2011–2020 годы» с амбициозной целью по сокращению числа смертей от дорожно-транспортных происшествий на 50% в абсолютных значениях в период с 2010 по 2020 г. В дополнение к целевому показателю к 2020 г. была поставлена очень сложная долгосрочная цель в сфере безопасности дорожного движения в Европе — полное устранение смертности от дорожно-транспортных происшествий к 2050 г.¹³

Целесообразно рассмотреть в качестве примеров национальные программы в сфере безопасности дорожного движения в ряде передовых стран в области БДД — Швеции, Нидерландах, Швейцарии.

В 1997 г. шведский парламент принял стратегию «Видение — ноль». Новая дорожная политика безопасности основывалась на четырех принципах:

1) принцип этики — подразумевает, что во главу угла ставится ценность здоровья и жизни человека, которая более приоритетна по сравнению с интересами мобильности и другими целями развития транспортных систем;

2) принцип цепи ответственности — означает, что создатели дорожно-транспортной системы отвечают за конструкцию, функционирование и использование системы, включая ее безопасность. Пользователи автодорогами отвечают за правила пользования транспортной системой. Если пользователи не соблюдают эти правила по незнанию, несогласию с ними или в силу физических ограничений, то ответственность возвращается к создателям системы;

3) принцип философии безопасности — означает, что люди делают ошибки и дорожные транспортные системы должны создаваться таким образом, чтобы минимизировать возможность таких ошибок и размеры причиненного вреда в случае совершения ошибок;

4) принцип осознания ответственности — предполагает, что проектировщики, строители, эксплуатирующие организации, дорожная администрация, полиция должны приложить все усилия, чтобы гарантировать безопасность всех граждан и каждый из участников должен быть готов внести достаточные изменения

¹³ См.: URL: https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/pdf/statistics/dacota/asr2017.pdf.

в свою деятельность, чтобы достигнуть приемлемого уровня безопасности.

Шведская дорожная администрация (SRA) несет полную ответственность за дорожную безопасность в пределах транспортной системы. Согласно принципам «Видение — ноль» все стороны, обеспечивающие работу транспортной системы, также разделяют обязанности по обеспечению и улучшению дорожной безопасности. Благодаря реализации стратегии «Видение — ноль» количество смертельных случаев сократилось на 25–33% за 10 лет. Принятие стратегии в Швеции способствовало развитию дальнейших исследований и внедрению новых методов в области безопасности дорожного движения (Swedish National Road Administration, 2003).

Одной из лучших практик в области безопасности дорожного движения считается программа «Устойчивая безопасность» в Нидерландах, которая была основным направлением в политике дорожной безопасности с начала 1990-х годов. Ее основополагающая цель — предотвращение аварий и, если они все еще происходят, минимизация их последствий. В основе концепции лежит идея о том, что люди совершают ошибки и физически уязвимы. Видение базируется на пяти принципах: функциональность, однородность, предсказуемость, прощающая инфраструктура и государственное осознание. Принципы концепции оказали большое влияние на практическую работу по улучшению состояния дорожной безопасности и способствовали внедрению эффективных и устойчивых мер политики. Дорожные власти на национальном, региональном и местном уровнях внедряют методы, изложенные в данной концепции, на практике. Было оценено, что внедрение методов, изложенных в «Устойчивой безопасности», приводит к сокращению числа умерших и травмированных в ДТП на 6% в год в национальном масштабе (Advancing Sustainable Safety National Road Safety Outlook for 2005–2020 SWOV Institute for Road Safety Research).

Также одной из передовых программ в борьбе с ДТП является швейцарская федеральная программа по усилению дорожной безопасности, основанная на шведской программе «Видение — ноль». Ее целью было сокращение к 2010 г. числа умерших в ДТП на 50% относительно 2000 г. Программа состояла из 56 мер и охватывала все сферы дорожной безопасности. Отбор мер был основан

на глубоких исследованиях. Результаты оценивались по ряду критериев, например соотношение затрат — выгод или совместимость с целями в других сферах федеральной политики. Программа также включала способы внедрения и источники финансирования мер, а также систему оценки качества принятых мер. Программа была разработана большой группой экспертов, представляющих профессиональные организации, окружные и местные власти, политические и деловые круги (Лучшие практики в сфере дорожной безопасности. Руководство для принятия мер на уровне страны, 2007).

Сегодняшняя общеевропейская программа безопасности дорожного движения нацелена на решение таких вопросов, как повышение стандартов безопасности автомобилей, гармонизация законов и правил дорожного движения в странах ЕС, улучшение качества обучения водителей, разработка и реализация комплексной стратегии действий служб неотложной помощи, разработка и внедрение единой, согласованной методологии сбора данных о ДТП и травмах.

5.5.2. Программы безопасности дорожного движения в России и оценка их результатов в сравнении с другими странами

Первая программа «Повышение безопасности дорожного движения в России» 1996—1998 г. относится к июню 1996 г. Ее разработкой занимались российские министерства транспорта (координирующий орган), внутренних дел, здравоохранения и образования, а также МАДИ и РОСДОРНИИ. Цель программы состояла в уменьшении числа погибших в ДТП на 10—20% по сравнению с 1991 г. Тем самым предполагалось сохранить жизнь 3200—6500 человек в ежегодном исчислении. Бюджет программы составлял около 9 млрд руб., из которых 80% обеспечивалось территориальными дорожными фондами. Учитывая, что средства на реализацию программы не выделялись до 1998 г., она была продлена до 2001 г. с дополнительным финансированием.

Программа охватывала следующие области деятельности:

- 1) информация и образование:
 - подготовка и широкое распространение публикаций, способствующих лучшему пониманию в обществе проблем безопас-

ности дорожного движения, и регулярных передач по телевидению и радио о программах безопасности дорожного движения;

- совершенствование учебных программ и других материалов, имеющих целью обеспечить безопасность детей в дорожном движении;

2) инженерные меры по усовершенствованию условий движения на опасных участках дорог:

- выявление участков повышенной опасности (так называемых черных точек) и осуществление на этих участках инженерных мер по повышению безопасности движения;

- предписание дорожным лабораториям контролировать техническое состояние и эксплуатационные условия таких опасных участков;

3) улучшение управления движением на опасных участках — установка на участках повышенной опасности аппаратуры управления дорожным движением;

4) совершенствование систем аварийной помощи:

- внедрение на федеральной дорожной сети новой системы радиосвязи;

- введение системы обучения приемам первой помощи для водителей, инспекторов госавтоинспекции и персонала дорожно-ремонтных служб;

- обеспечение аварийно-спасательными средствами для извлечения пострадавших из поврежденных транспортных средств;

- оборудование санитарных машин специальными устройствами и инструментами для оказания экстренной медицинской помощи;

- создание на основных магистралях патрульных групп скорой помощи.

В этот период был принят новый закон о безопасности дорожного движения и учреждена правительственная комиссия под председательством первого заместителя премьер-министра Российской Федерации. Однако научная оценка вклада программы в сокращение числа погибших относительно 1991 г. не была проведена.

Вторая программа безопасности дорожного движения (2001–2010 гг.) являлась подпрограммой федеральной целевой программы «Модернизация транспортной системы России на период 2002–

2010 гг.». Она была введена в действие в декабре 2001 г. в качестве продолжения первой программы. Была выдвинута цель сократить за 8 лет число ДТП на 15% и смертельных случаев на 15–20% (сохранить жизнь 4000–6000 человек в ежегодном исчислении). Суммарный бюджет программы устанавливался в размере примерно 25 млрд руб. (944 млн евро).

Запланированные действия включали:

1) совершенствование государственной системы управления безопасностью дорожного движения, в частности:

- разработку новых и внесение изменений и дополнений в действующие нормативно-правовые документы, формирующие государственную систему управления безопасностью дорожного движения, контроля и надзора в области безопасности дорожного движения;

- создание системы мониторинга безопасности дорожного движения, включая изучение и анализ общественного мнения по вопросам безопасности дорожного движения;

- создание информационной системы для установления места ДТП на дорожной сети и совершенствование системы оказания скорой помощи в административном и техническом отношении;

- улучшение координации между организациями, участвующими в обеспечении безопасности дорожного движения;

2) совершенствование государственной политики в отношении пользователей дорогами:

- просвещение общественности о нормах безопасного поведения в дорожном движении, регулярные передачи программ телевидения и радио, распространение печатных и видеоматериалов;

- подготовка и внедрение новых методов обучения детей и молодых пользователей дорогами, создание клубов для обучения вождению и лучшего усвоения правил дорожного движения;

- подготовка стандартов, законодательства, программ и специальных устройств для обучения вождению;

- составление проекта Центра психологической и физиологической диагностики и реабилитации водителей;

3) улучшение конструкции и эксплуатации автомобилей отечественного производства:

- подготовка стандартов производства и эксплуатации транспортных средств;
- разработка систем активной и пассивной безопасности для автомобилей отечественного производства;

4) совершенствование контроля и управления движением, в частности внедрение более совершенных систем управления дорожным движением, новых технических устройств и инструментов контроля и управления движением с особым акцентом на пешеходные мосты и подземные переходы.

По данным Министерства транспорта России, обе указанные программы были реализованы не в полной мере. В материалах Второй всероссийской конференции по безопасности движения отмечалось, что в ходе выполнения первой программы безопасности дорожного движения в 1997–1998 гг. не было выделено соответствующих средств для инвестиций и финансирования научно-технических работ и результаты оказались в несколько раз меньше первоначально запланированных. По имеющимся оценкам, вторая программа финансировалась с учетом всех источников на уровне около 60% от начально запланированного бюджета.

Третья программа безопасности дорожного движения «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах» в качестве цели ставила сокращение ежегодного числа погибших в ДТП на 33% по сравнению с 2004 г.

Программа намечала следующие укрупненные темы:

- осуществление научных исследований для определения приоритетных мер по предупреждению травм от ДТП и ослаблению их последствий;
- обновление законодательно-нормативной базы в области безопасности дорожного движения;
- усиление мер и увеличение объемов работ по повышению безопасности пешеходов;
- повышение пассивной и активной безопасности транспортных средств, усиление требований по оснащению ремнями безопасности, детскими креплениями и другими устройствами безопасности и их использованию;
- улучшение подготовки, проверки и допуска к вождению начинающих водителей;

- совершенствование методов и форм правоприменительной практики/контроля в отношении поведения пользователей дорогами и соблюдения ими правил и требований дорожного движения;
 - широкое внедрение средств автоматизации, обеспечивающих соблюдение норм регулирования движения;
 - улучшение первой медицинской помощи на месте ДТП;
 - проведение рекламных-разъяснительных кампаний;
 - расширение роли неправительственных организаций.
- На реализацию программы было выделено 47,7 млрд руб.¹⁴
- Рассмотрим подробнее некоторые результаты политики тех лет.

5.5.3. Алкогольная политика на дорогах

В российском общественном мнении широко распространено представление о том, что водители в России часто садятся за руль нетрезвыми, и в этом видится одна из главных причин высокого транспортного травматизма¹⁵. На таком представлении основаны постоянные изменения и пересмотры требований по максимальному ужесточению нормы содержания алкоголя в крови и наказания за ее нарушение.

С 2008 по 2013 г. в России трижды пересматривали требования к ужесточению этой нормы. До 1 июля 2008 г. придерживались советской методики. В СССР запрещалось управлять автотранспортом в состоянии алкогольного опьянения. В 1967 г. были разработаны методические указания Минздрава для практической экспертной работы по определению степени выраженности алкогольной интоксикации. В 1968 г. СССР подписал Венскую конвенцию о дорожном движении, в которой оговаривались требования по минимально допустимому уровню содержания алкоголя в крови (0,8 г чистого алкоголя на литр крови) и в выдыхаемом воздухе

¹⁴ Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 100 «О федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах».

¹⁵ Вишневский А.Г., Фаттахов Т.А. ДТП и смертность в России // Демоскоп Weekly. 2012. № 527–528. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0527/demoscope527.pdf> (дата обращения: 15.09.2016).

(0,4 мг на литр выдыхаемого воздуха)¹⁶. С 1 июля 2008 г. установлена максимально допустимая концентрация алкоголя в крови водителя в 0,3‰. В августе 2010 г. максимально допустимая концентрация снова была снижена до полного запрещения наличия алкоголя в крови водителя. Затем в 2013 г. минимальный уровень увеличили до 0,35‰. Каковы же результаты ужесточения мер, направленных против нетрезвых водителей?

Регулярный учет транспортных происшествий по вине пьяных водителей в России можно проследить с 1993 г. (рис. 5.27). Изменения в законодательстве 2008, 2010 и 2013 гг. значительно не отразились на статистике таких ДТП. Если же говорить о доле ДТП с участием водителей, находившихся в состоянии опьянения, в общем числе ДТП, то она стабильна с 2008 г. и близка к 6%.

В последние годы в России были увеличены штрафы за нетрезвое вождение. При превышении уровня алкоголя в крови 0,35‰, а также за отказ от медицинского освидетельствования штраф составляет 30 тыс. руб. с лишением права управления на срок от 1,5 до 2 лет. При повторном нарушении штраф составляет 50 тыс. руб. с лишением права управления на 3 года¹⁷. С 1 июля 2015 г. для виновников ДТП с участием пьяных водителей со смертельным исходом был впервые введен нижний предел наказания (ст. 264 УК РФ). В случае ДТП с одним погибшим нарушителю грозит от 2 до 7 лет лишения свободы, в случае с двумя и более погибшими — от 4 до 9 лет. Возможно, данная поправка в уголовном законодательстве и объясняет снижение числа ДТП с участием пьяных водителей в 2015 г., но насколько эта тенденция будет устойчива, пока еще рано говорить.

В большинстве европейских стран к нетрезвым водителям применяется дифференцированная система штрафов. В расчетах учитываются степень опьянения водителя, измеряемая в промилле, возраст водителя и стаж. В Скандинавских странах штрафы дифференцированы по доходам нарушителей.

¹⁶ Венская конвенция о дорожном движении 1968 г. URL: http://www.unecce.org/fileadmin/DAM/trans/conventn/Conv_road_traffic_RU.pdf.

¹⁷ Кодекс РФ об административных правонарушениях (2015). Гл. 12. Административные правонарушения в области дорожного движения. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_101627.

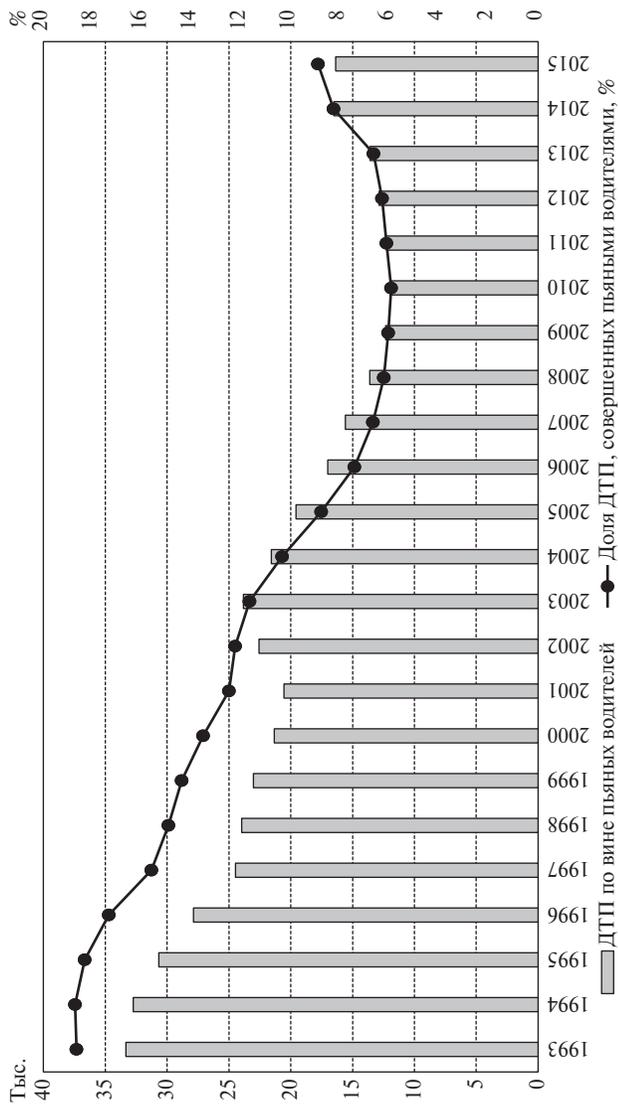


Рис. 5.27. Число ДТП с участием водителей, находившихся в состоянии опьянения, и доля таких ДТП в общем количестве ДТП с пострадавшими, Россия, 1993–2015 гг.

Источники: Росстат; ГИБДД; расчеты авторов.

Борьба с нетрезвыми водителями в России, безусловно, необходима. Однако она не может сводиться к беспредельному ужесточению норм и повышению штрафов. Опыт других стран говорит об отсутствии однозначной связи между аварийностью и жесткостью норм.

5.5.4. Пассивная безопасность

Много внимания в России уделено пассивной безопасности в автомобиле. Нередко можно встретить ссылки на исследование Г. Каммингса и Г. О'Кифа, чей основной вывод использовался в отчете по безопасности дорожного движения ВОЗ в 2004 г., который сформулирован следующим образом: «Использование ремней безопасности снижает риск тяжелых травм, в том числе травм со смертельным исходом, на 40–50%»¹⁸. По-видимому, эти цифры и стали одной из причин ужесточения законодательства относительно использования ремней безопасности в России.

По данным социологических исследований, доля водителей и пассажиров, использующих ремни безопасности, в России выросла с 30% в 2006 г. до 77% в 2013-м¹⁹. Но отставание от развитых стран все еще остается значительным. Например, в Германии ремнями безопасности пользуются 97% водителей и пассажиров, в Австралии — 96%²⁰.

Основным результатом роста доли использующих ремни безопасности в автомобиле должно было стать снижение уровня смертности водителей и пассажиров, чего не произошло. Их смертность в России не имеет четко выраженного тренда к снижению, как, например, среди пешеходов (рис. 5.28).

В России, согласно ПДД, использование ремней безопасности, если они предусмотрены конструкцией автомобиля, обязательно для водителя и всех пассажиров, в том числе находящихся

¹⁸ *Cummings G., O'Keefe G.* Scene disposition and mode of transport following rural trauma: A prospective cohort study comparing patient cost // *The Journal of Emergency Medicine*. 2000. Vol. 18. No. 3. P. 349–354.

¹⁹ ВЦИОМ выяснил, как часто россияне пристегиваются на передних и задних сидениях (2013). URL: <http://www.gibdd.ru/news/federal/81327/>.

²⁰ Road Safety Annual Report 2013 (2014). OECD/ITF. URL: http://www.antp.org.br/_5dotSystem/download/dcmDocument/2013/10/03/ACF0F05B-077E-417C-B43D-DA7077B9AFFA.pdf.

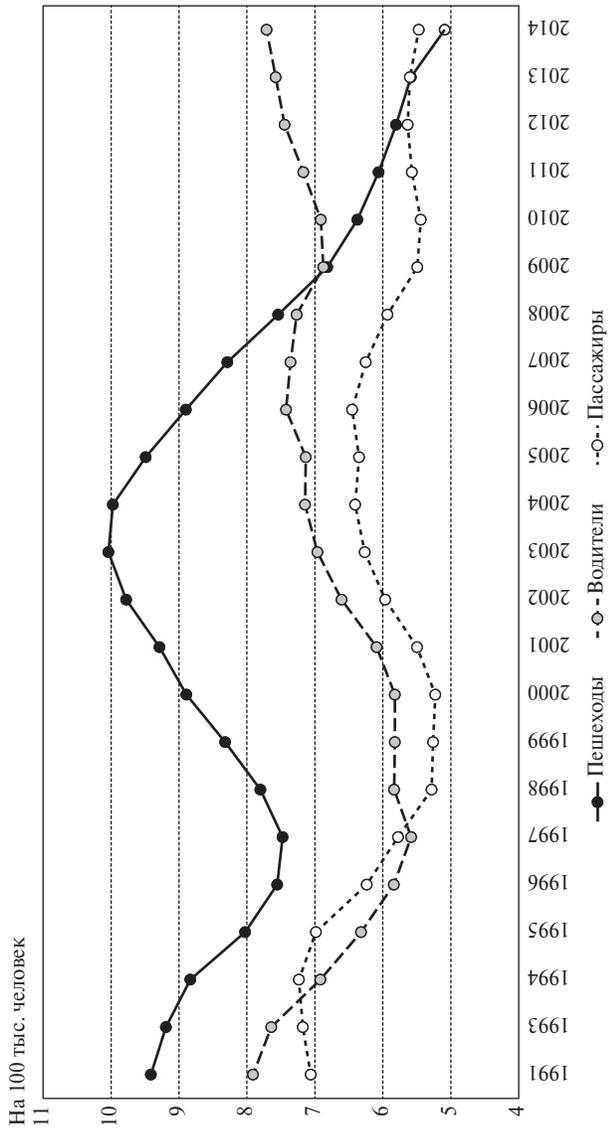


Рис. 5.28. Коэффициенты смертности пешеходов, водителей и пассажиров, Россия, 1991—2014 гг.
 Источники: Росстат; ГИБДД; расчеты авторов.

на заднем сиденье. Нарушение этого правила влечет наложение административного штрафа в размере 1000 руб.²¹

Отношение величины этого штрафа за неиспользование ремней безопасности к минимальному месячному размеру оплаты труда варьирует по странам. Страны с высоким уровнем использования ремней безопасности и низкими показателями смертности от ДТП характеризуются невысокими штрафами. Высокие штрафы характерны для стран с высокими показателями смертности от ДТП. В основном это страны Восточной Европы и постсоветского пространства.

В России на сегодняшний день не существует эффективных мер контроля за соблюдением данного законодательства. К тому же международные сопоставления не позволяют сделать вывод о том, что величина штрафа за неиспользование ремней безопасности способствует увеличению частоты их использования.

5.5.5. Детская безопасность

Российское законодательство предусматривает обязательное использование детского автокресла или бустера при перевозке детей в возрасте до 12 лет. Нарушение влечет штраф в размере 3000 руб.²² По результатам исследования ВЦИОМ доля тех, кто использует детское автокресло при перевозке ребенка в собственном автомобиле, составила 51%²³. Количество ДТП из-за нарушения правил перевозки детей, несмотря на активную информационную пропаганду детских автокресел, с 2007 по 2013 г. оставалось стабильным. Снижение детской пассажирской смертности в России не наблюдается, в отличие от смертности детей-пешеходов (рис. 5.29).

В большинстве стран не прослеживается связь между уровнем смертности детей-пассажиров и величиной штрафа за нарушение правил перевозки детей.

²¹ Кодекс РФ об административных правонарушениях (2015). Гл. 12. Административные правонарушения в области дорожного движения. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_101627/.

²² Там же.

²³ Общественный доклад «О состоянии дел в сфере организации и безопасности дорожного движения в регионах России» 2014. URL: http://os.mvd.ru/upload/site107/doklad_bezопасnost_dorozhnogo_dvizheniya03122013.pdf.

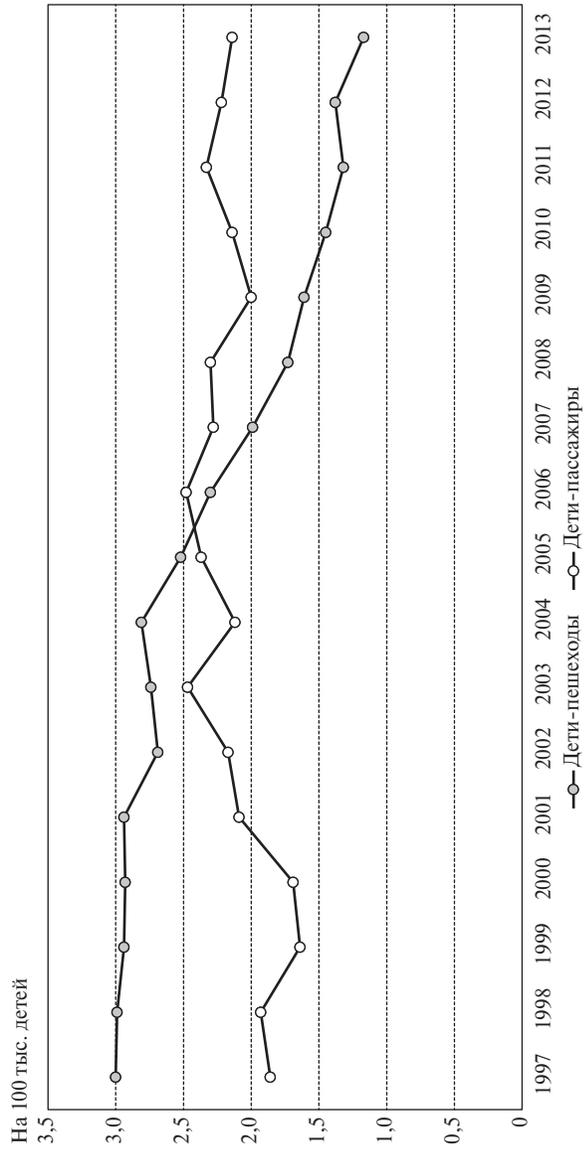


Рис. 5.29. Коэффициенты смертности детей-пешеходов и детей-пассажиров, Россия, 1997–2013 гг.
 Источники: ГИБДД; расчеты авторов.

Таким образом, несмотря на предпринятые усилия, целевые показатели Федеральной целевой программы (ФЦП) в 2006–2012 гг. не были достигнуты, а в 2013 г. началось воплощение очередной ФЦП. Авторы четвертой ФЦП, оценивая эффективность третьей ФЦП, считают, что «итогом реализации программных мероприятий стало сокращение на 18,9% числа погибших в дорожно-транспортных происшествиях». При этом были забыты изначальные планы²⁴. Действительно, число погибших за период реализации программы с 2006 по 2012 г., по данным ГИБДД, сократилось на 14%, но можно ли целиком это снижение приписать результатам реализации ФЦП?

Запланированное снижение числа погибших к 2020 г. по отношению к 2012 г. в рамках четвертой ФЦП составляет 28,82%. После первых этапов реализации как третьей, так и четвертой ФЦП наступает резкое снижение чисел погибших, как по данным ГИБДД, так и по данным Росстата. Целевые показатели четвертой ФЦП, планируемые, например, к 2018 г., достигнуты уже в 2015 г. По данным ГИБДД, фактическое снижение чисел погибших только за один год с 2014 по 2015-й составило 14%, похожая динамика была и после первого этапа реализации ФЦП 2006–2012 гг., когда снижение с 2007 по 2008 г. составило 10%. В ходе реализации программ со второго этапа наблюдается такая интенсивность снижения чисел умерших, которая даже не предполагалась авторами ФЦП. Данные ГИБДД показывают, что после 2–3 лет резкого снижения чисел погибших с начала реализации второго этапа ФЦП наступают стабилизация и даже рост чисел погибших (рис. 5.30).

В 2018 г. после достижения целевых показателей, установленных ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2013–2020 годах», была поставлена новая цель — снизить уровень смертности до 4 погибших на 100 тыс. человек к 2024 г., а к 2030 г. обозначено стремление к нулевому уровню смертности.

В настоящее время в России действительно наблюдаются позитивные тенденции смертности от ДТП. По данным ГИБДД, с 2013 по 2017 г. число умерших от ДТП снизилось с 27 025 до 19 088 человек, или с 18,8 на 100 тыс. человек до 13 на 100 тыс.

²⁴ Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 100 «О федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах».

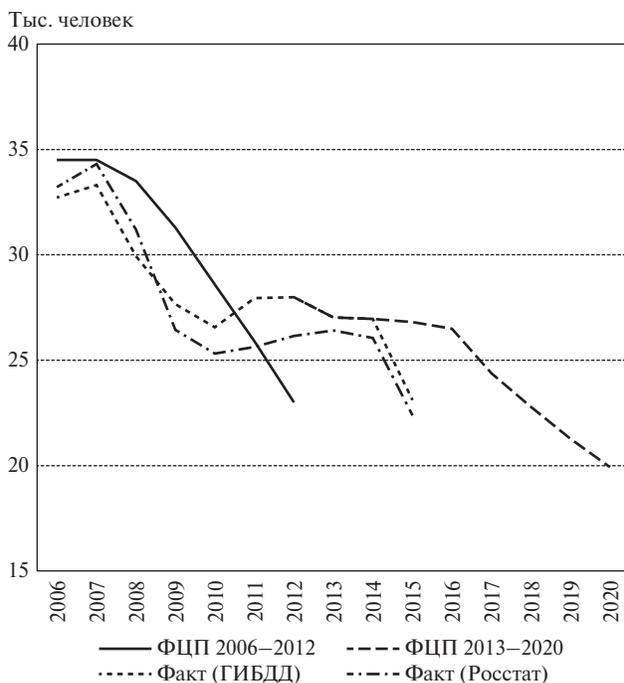


Рис. 5.30. Плановое по ФЗП и реальное число погибших в ДТП, Россия, 2006–2020 гг.

Источники: РФ Постановление Правительства от 3 октября 2013 г. № 864; Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 100; Росстат; ГИБДД.

Безусловно, позитивные тенденции последних лет явились основой оптимистичных прогнозов в федеральном проекте «Безопасность дорожного движения». Темпы снижения уровня смертности от ДТП за пять лет — хороший результат, но все же далеко не выдающийся. Самое быстрое снижение уровня смертности от ДТП с 18 до 13 погибших на 100 тыс. населения наблюдалось в Японии, которой потребовалось для этого всего 2 года. В Нидерландах для такого же снижения потребовалось 3 года, в Австралии и Португалии — 4 года (табл. 5.10).

К тому же в России уровень смертности, равный 18 погибшим на 100 тыс. населения, наблюдался не только в 2013 г., но также

Таблица 5.10. Снижение уровня смертности от ДТП с 18 до 13 погибших на 100 тыс. человек в некоторых странах мира

Страна	18 на 100 тыс.	13 на 100 тыс.	Количество лет, потребовавшееся для снижения
США	1989	2007	18
Италия	1975	1992	17
Финляндия	1974	1990	16
Дания	1976	1989	13
Бельгия	1991	2002	11
Ирландия	1979	1990	11
Чехия	1994	2004	10
Франция	1991	2001	10
Венгрия	1993	2003	10
Польша	1998	2008	10
Словения	1997	2007	10
Люксембург	1993	2002	9
Испания	1992	2001	9
Греция	2000	2008	8
Швейцария	1982	1990	8
Канада	1983	1990	7
Новая Зеландия	1992	1999	7
Австрия	1992	1997	5
Германия	1981	1986	5
Россия	2013	2017	5
Австралия	1986	1990	4
Португалия	2001	2005	4
Нидерланды	1977	1980	3
Япония	1972	1974	2

Источники: IRTAD; ГИБДД.

в 1984, 1997 и в 2010 гг. Если взять в качестве исходной любую из предложенных точек, то период для снижения уровня смертности с 18 до 13 погибших на 100 тыс. человек значительно растянется.

В ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2013–2020 годах» на снижение уровня смертности от ДТП с 13

до 4 погибших на 100 тыс. человек отводится всего 6 лет. Международный опыт показывает, что достигнуть столь низких показателей смертности от ДТП в столь сжатые сроки еще никому не удавалось. К тому же показатель 4 погибших в ДТП на 100 тыс. человек и меньше наблюдается сегодня в очень небольшом числе стран, таких как Дания, Германия, Япония, Нидерланды, Норвегия, Испания, Швеция, Швейцария, Великобритания. Причем большинство из них являются передовыми с точки зрения безопасности дорожного движения.

Например, в Дании для снижения общего уровня смертности от ДТП с 13 до 4 погибших на 100 тыс. человек потребовалось 22 года, в Германии — 30 лет, в Японии — 40, в Нидерландах — 29, в Великобритании — 35, в Швеции — 32 года. Самый короткий период, потребовавшийся для снижения общего уровня смертности от ДТП с 13 до 4 погибших на 100 тыс. человек, был зафиксирован в Испании, он составил 12 лет (табл. 5.11).

Задача снижения общего уровня смертности от ДТП до 4 погибших на 100 тыс. человек за 6 лет очень амбициозная, и вряд ли ее удастся решить для всей страны. В то же время поставить ее для отдельных территорий вполне возможно. Наиболее подходящими территориальными единицами являются города с численностью населения более 250 тыс. человек (табл. 5.12). В них общий уровень смертности от ДТП в 2015 г. составлял 6,5 погибшего на 100 тыс. человек, и, соответственно, достигнуть показатель на уровне 4 погибших на 100 тыс. человек представляется реальным. Сложнее ситуация в городах с населением менее 250 тыс. человек и в сельской местности, где уровень смертности от ДТП значительно выше, а возможностей повлиять на ситуацию значительно меньше.

Можно сказать, что цель ФЦП «Безопасность дорожного движения» согласуется с международной повесткой. Между тем шведская программа «Видение — ноль» была разработана в 1997 г., когда общий уровень смертности от ДТП составлял 6 погибших на 100 тыс. человек. После 20 лет реализации программы смертность от ДТП в Швеции удалось снизить до 2,7 погибшего на 100 тыс. человек. Выдвинутый лозунг «нулевой смертности» на современном этапе развития общества еще не достигнут, и, возможно, это понимали разработчики концепции «Видение — ноль», но как идеал, к которому необходимо стремиться, он оправдан.

Таблица 5.11. Снижение уровня смертности от ДТП в некоторых странах мира с 13 до 4 погибших на 100 тыс. человек

Страна	13 на 100 тыс.	4 на 100 тыс.	Количество лет, потребовавшееся для снижения	2016
Австралия	1990	Не достигнут		5,4
Австрия	1997	То же		5,0
Бельгия	2002	То же		5,9
Канада	1990	То же		5,2
Чехия	2004	То же		5,8
Дания	1989	2011	22	3,7
Финляндия	1990	Не достигнут		4,7
Франция	2001	То же		5,4
Германия	1986	2016	30	3,9
Греция	2008	Не достигнут		7,6
Венгрия	2003	То же		6,2
Исландия		То же		5,4
Италия	1992	То же		5,4
Япония	1974	2014	40	3,7
Люксембург	2002	Не достигнут		5,6
Нидерланды	1980	2009	29	3,1
Новая Зеландия	1999	Не достигнут		7,0
Норвегия	1975	2011	36	2,6
Польша	2008	Не достигнут		8,0
Португалия	2005	То же		5,4
Словения	2007	То же		6,3
Испания	2001	2013	12	3,9
Швеция	1977	2009	32	2,7
Швейцария	1990	2013	23	2,6
Великобритания	1974	2009	35	2,8
США	2007	Не достигнут		11,7
Россия (план)	2017	2024	6	13,8

Источники: IRTAD; ГИБДД.

Таблица 5.12. Уровень смертности от ДТП в городах с разной численностью населения в некоторых странах и группах стран в 2014–2015 гг., на 100 тыс. человек

Показатель	Города с численностью населения, тыс. человек				
	Более 1 млн	От 500 до 999	От 250 до 499	От 100 до 249	Менее 100
Германия (2014)	1,74	1,88	1,96	2,22	2,75
Франция (2014)	2,29	2,58	3,16	3,33	3,68
Великобритания (2014)	1,81	1,78	1,74	1,80	3,85
Испания (2014)	1,96	1,80	1,74	1,88	2,33
Италия (2014)	3,74	3,39	4,34	5,31	4,99
Северная Европа (2014)*	1,21	1,27	1,22	1,96	5,53
Восточная Европа (2014)**	3,96	3,48	3,95	3,98	4,82
Другие страны Западной Европы (2014)***	1,41	2,24	2,88	2,70	2,91
Россия (2015)****	6,34	5,49	7,79	13,52	13,23

* Швеция, Норвегия, Финляндия.

** Болгария, Чехия, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Хорватия.

*** Австрия, Бельгия, Ирландия, Швейцария, Нидерланды, Мальта.

**** По данным ГИБДД.

Источники: Eurostat. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (date of access: 25.04.2018); ГИБДД. URL: <http://stat.gibdd.ru/> (дата обращения: 25.04.2018).

Проблема же ФЦП «Безопасность дорожного движения» заключается в неосознанности того, что чем ниже уровень смертности от ДТП, тем менее интенсивно он снижается, тем значительно больше времени требуется для новых достижений, а также что новый этап требует новых мер, отличающихся от реализуемых на предыдущем этапе.

5.6. Политика в области снижения смертности и роста продолжительности жизни в России

Рост продолжительности жизни, увеличение ее здорового и активного периода относятся к числу базовых гуманитарных ценностей. На различных этапах эпидемиологического перехода меняются приоритетные направления действия и избираются наиболее адекватные и эффективные способы и меры для ее достижения.

Разработка долгосрочной политики по охране здоровья и увеличению продолжительности жизни населения для любой страны предполагает наличие двух взаимосвязанных составляющих: во-первых, знание долговременных тенденций смертности и здоровья не только всего населения в целом, но и различных его социально-демографических групп с определением причин заболеваемости и смертности лежит в основе точного выбора приоритетных направлений программ по снижению смертности; во-вторых, наличие концепции, обобщающей в рамках поставленной цели принципы, приоритетные направления и меры предполагаемой политики. В частности, концепция политики в области смертности и здоровья населения наиболее полно и четко отражена в стратегии ВОЗ «по достижению здоровья для всех», представляющей обобщающий опыт стран, добившихся заметных успехов в области снижения смертности.

В настоящее время в развитых странах проблемы со здоровьем сосредоточены вокруг профилактики и лечения неинфекционных заболеваний, особенно сердечно-сосудистых, рака, диабета, респираторных и болезни Альцгеймера. В связи с этим особое внимание уделяется распространенности инвалидности и расходам на обеспечение здоровья и долгосрочного ухода за пожилыми людьми. Однако в некоторых странах озабоченность по-прежнему связана с инфекционными болезнями, прежде всего с туберкулезом и ВИЧ/СПИД. Как отмечено в документах ВОЗ, особую обеспокоенность в борьбе с растущим бременем неинфекционных болезней вызывают страны с переходной экономикой.

Неоднократно отмечалось, что для разработки действенной программы по снижению смертности и росту продолжительности

жизни в России необходимо определение приоритетов действия системы здравоохранения на основе сопряженного анализа распределения смертности по причинам смерти и по возрасту смерти от каждой крупной причины или группы причин. Как показал анализ, существуют значительные проблемы по преодолению высокой смертности в средних возрастах от внешних причин, особенно у мужчин, а также в молодых возрастах от болезней системы кровообращения (прежде всего ишемической болезни сердца и нарушений мозгового кровообращения). Относительно высокая смертность от БСК характерна для России и в пожилых возрастах по сравнению с развитыми странами.

Как правильно отмечает С. В. Захаров, «чтобы ставить цели, связанные с продолжительностью жизни, как в развитых странах, следует понять, что такое необходимо сделать, чего мы не смогли сделать (или не делали вообще?) на протяжении многих и многих десятилетий»²⁵. Так, задачи, требующие решения, необходимо формулировать в концепции долгосрочного развития несколько иначе, чем предлагается в официальной концепции демографической политики. Нужно не только приводить те или иные целевые показатели, но и обозначать конкретные действия для их достижения, в частности, что надо сделать, чтобы последовательно увеличивать дожитие пожилых людей, предотвращать смерти в средних возрастах.

С начала 2000-х годов в Российской Федерации проводится ряд программ, направленных на снижение смертности. В частности, с 2002 г. начала выполняться ФЦП «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации». Как показали исследования, программа имела несомненный эффект, и снижение смертности от сосудистых поражений мозга есть один из ее результатов.

В настоящее время в соответствии с решениями президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию, Минздрав России курирует семь приоритетных проектов:

1) «Технологии и комфорт — матерям и детям» — совершенствование организации медицинской помощи новорожденным

²⁵ Захаров С. В. Целевые индикаторы демографической политики: правилен ли наш выбор? // Журнал Новой экономической ассоциации. 2011. № 9. С. 178.

и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее в том числе развитие сети перинатальных центров в Российской Федерации;

2) «Развитие санитарной авиации» — обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации;

3) «Лекарства. Качество и безопасность» — внедрение автоматизированной системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя для защиты населения от фальсифицированных лекарственных препаратов и оперативного выведения из оборота контрафактных и недоброкачественных препаратов;

4) «Электронное здравоохранение» — совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий;

5) создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;

6) формирование здорового образа жизни;

7) «Новые кадры современного здравоохранения» — обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами.

В ходе выполнения данных проектов предполагается:

- строительство перинатальных центров и формирование трехуровневой системы организации медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным;

- обеспечение доступности медицинской помощи жителям труднодоступных населенных пунктов с использованием воздушных судов, оснащенных медицинским модулем или медицинским оборудованием;

- осуществление защиты населения от фальсифицированных, недоброкачественных и контрафактных лекарственных препаратов и предоставление возможности проверки легальности лекарственных препаратов;

- повышение эффективности организации оказания медицинской помощи гражданам за счет внедрения информационных технологий;

- повышение удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях путем со-

здания новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства;

- увеличение доли граждан, приверженных здоровому образу жизни, путем формирования у них ответственного отношения к своему здоровью.

Кроме того, в результате выполнения последнего проекта помимо представленного в списке будет функционировать система допуска к профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников через процедуру аккредитации специалистов, утверждение профессиональных стандартов для специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием, разрабатываться федеральные оценочные средства для всех этапов процедуры первичной и первичной специализированной аккредитации специалистов, образовательные стандарты подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры, формироваться аккредитационно-симуляционные центры.

Внимание к проблемам пожилого возраста послужило также основанием для принятия Правительством РФ Стратегии действий в интересах граждан пожилого возраста до 2025 года, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 5 февраля 2016 г. № 164-р. Приоритетными направлениями данной стратегии являются обеспечение здоровья людей пожилого возраста с целью увеличения продолжительности жизни и повышение уровня и качества жизни людей старшего поколения.

В 10 регионах России, в том числе в Московской, Калужской, Курской, Ульяновской, Саратовской, Томской и Тюменской областях, Красноярском и Хабаровском краях и Ханты-Мансийском автономном округе — Югра, в проектно-режиме осуществляется проект Минздрава России «Послушайте, доктор», созданный для решения проблем качества и комфортности оказания медицинской помощи, прежде всего для того, чтобы оперативно выявлять и устранять недостатки в организации медицинской помощи.

Как явствует из Краткого обзора по результатам GATS, в последнее десятилетие Российская Федерация достигла значительного прогресса в снижении потребления табака и реализации различных мер по борьбе против табака, в том числе следующие: внедрение политики полного запрета на курение во всех общественных

местах; дальнейшее поэтапное повышение налога на табачные изделия; запрет всех форм рекламы, продвижения и спонсорства табака; усиление антитабачных кампаний во всех средствах массовой информации (т.е. телевидение, Интернет и печатные издания); размещение графических предупреждений о вреде для здоровья на пачках сигарет; запрет на продажу снюса и жевательного табака; оказание консультативной помощи по прекращению употребления табака; запрет на продажу табачных изделий лицам моложе 18 лет. Данные опроса показали, что распространенность потребления табака среди взрослого населения значительно снизилась: с 39,4% в 2009 г. до 30,9% в 2016 г. (с 60,7 до 50,9% среди мужчин и с 21,7 до 14,3% среди женщин).

Также одним из важнейших факторов, оказывающих влияние на снижение смертности и рост продолжительности жизни, является рост расходов на охрану здоровья (в основном из государственных средств), о чем наглядно свидетельствует сравнительный анализ общих затрат на здравоохранение (расчет в долларах ППС на душу населения) и превышение ожидаемой продолжительности жизни в 60 лет для мужчин и 70 лет для женщин (рис. 5.31).

Что касается контрольного значения показателя ОПЖ, включенного в Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г., равного 78 лет к 2024 г. для всего населения: по предварительной оценке Росстата, ОПЖ в 2018 г. составила 72,84 года, и это означает, что за 6 лет до 2024 г. она должна увеличиться более чем на 5 лет.

Как показали расчеты Е. М. Андреева²⁶, общий рост ОПЖ должен составить 5,3 года, в том числе рост за счет снижения смертности от болезней системы кровообращения (БСК) — 2,4 года, от внешних причин — 0,9 года, от группы других и неустановленных болезней — 1,1 года. Однако случаи быстрого роста ОПЖ связаны в первую очередь с преодолением кризисных явлений в смертности, и в дальнейшем потребуются гораздо большие усилия для его поддержания.

Для увеличения ОПЖ необходимо реальное снижение смертности от БСК, в то время как в 2012–2017 гг. снижение в значительной части происходило за счет изменения правил диагностики. В соответствии с моделью Е. М. Андреева для роста ОПЖ

²⁶ См.: URL: https://demogr.hse.ru/data/2019/02/11/1207509529/Andreev_07-02-19.pdf.

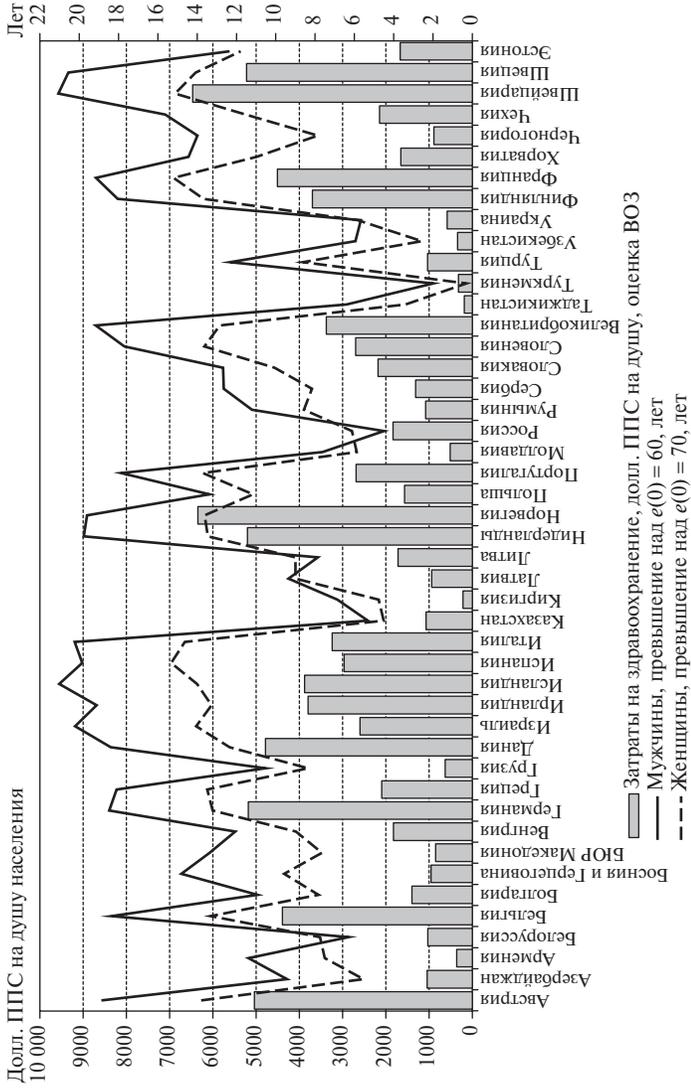


Рис. 5.31. Общие затраты на здравоохранение по оценке ВОЗ (левая шкала) и превышение ожидаемой продолжительности жизни в 60 лет для мужчин и 70 лет для женщин (правая шкала) в некоторых странах мира, 2014 г.

Таблица 5.13. Перечень мер демографической и социальной политики, направленных на снижение смертности и рост продолжительности жизни, в том числе здоровой продолжительности жизни

Причина смерти	Меры, направленные на снижение	Предполагаемый результат
Сердечно-сосудистые заболевания	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мониторинг артериального давления. 2. Мониторинг уровня холестерина, протромбина и глюкозы в крови. 3. Снижение алкоголизации населения: <ul style="list-style-type: none"> • повышение цен на алкогольные напитки; • ограничение времени продажи алкогольных напитков; • установление минимального возраста; • создание условий, ограничивающих широкую продажу алкоголя; • противоалкогольная реклама, предупреждающие ярлыки, пропаганда культуры питья; • школьные и университетские образовательные программы; • обеспечение доступных терапевтических методов избавления от алкогольной зависимости; • ограничение рекламы алкогольных напитков. 4. Изменение структуры питания: <ul style="list-style-type: none"> • замена диеты, насыщенной жирами, на маложировую (замена животных жиров на растительные); • увеличение потребления овощей и фруктов; • уменьшение потребления углеводов. 5. Борьба с ожирением. 6. Снижение распространенности табакокурения: <ul style="list-style-type: none"> • повышение цен посредством более высоких налогов; • запрещение рекламы; 	Снижение заболеваемости и смертности всего населения и прежде всего лиц молодых и средних возрастов, особенно мужчин

Продолжение табл. 5.13

Причина смерти	Меры, направленные на снижение	Предполагаемый результат
	<ul style="list-style-type: none"> • рекламирование ограничений курения и вреда, наносимого им; • ограничения на курение в рабочих и общественных местах; • предупреждающее ярлыки; • образовательные кампании; • пропаганда и обеспечение доступных методов устранения никотиновой зависимости. <p>7. Повышение физической активности. 8. Проведение мер первичной и вторичной профилактики (диспансеризация населения). 9. Пропаганда здорового образа жизни</p>	
Дорожно-транспортный травматизм	<p>1. Обеспечение реализации и контроля за исполнением законодательных актов, требующих от водителей использования ремней безопасности и специальных детских сидений, а также ношения мотоциклистами и велосипедистами защитных шлемов, и обеспечение контроля за исполнением этих норм и правил.</p> <p>2. Обеспечение реализации и контроля за исполнением законодательных актов, требующих от водителей пресечения практики управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения.</p> <p>3. Установление необходимых ограничений скоростного режима на дорогах и обеспечение контроля за исполнением этих норм и правил.</p> <p>4. Введение строгих и единообразных стандартов техники безопасности в отношении транспортных средств и обеспечение контроля за исполнением этих норм и правил.</p>	<p>Снижение количества дорожно-транспортных происшествий, числа пострадавших и погибших в них.</p> <p>Снижение отдаленных последствий ДТП (снижение инвалидизации вследствие полученных травм)</p>

Продолжение табл. 5.13

Причина смерти	Меры, направленные на снижение	Предполагаемый результат
	<p>5. Добиваться того, чтобы вопросы безопасности дорожного движения стали неременным элементом экологических и иных аспектов всех новых проектов, а также составной частью оценки транспортной политики и планов развития транспорта.</p> <p>6. Создание системы сбора и обработки данных, использование которых может применяться для повышения безопасности дорожного движения.</p> <p>7. Обеспечение безопасности для всех участников дорожного движения.</p> <p>8. Создание эффективных, безопасных и доступных услуг общественного транспорта.</p> <p>9. Содействие наращиванию материальной инфраструктуры во всех сферах безопасности дорожного движения и в деле оказания помощи жертвам дорожно-транспортных происшествий.</p> <p>10. Улучшение добольничного и больничного обслуживания пострадавших, а также службы реабилитации всех жертв дорожно-транспортных происшествий.</p> <p>11. Повышение профессиональной подготовки медицинского персонала в части оказания первичной медицинской помощи травматологическим больным, в том числе на районном уровне и в специализированных лечебно-профилактических учреждениях.</p> <p>12. Проведение кампаний для привлечения общественного внимания к проблемам безопасности дорожного движения, основываясь на уже известных последствиях их влияния на здоровье населения и на масштабы экономических потерь</p>	

Продолжение табл. 5.13

Причина смерти	Меры, направленные на снижение	Предполагаемый результат
Другие травмы и несчастные случаи	1. Снижение алкоголизации населения. 2. Соблюдение правил техники безопасности на производстве. 3. Снижение уровня потребления наркотиков, особенно среди молодежи. 4. Профилактика самоубийств (телефоны доверия, активизация работы врачей-психологов, совершенствование методов работы врачей-психоневрологов с целью выявления людей, подверженных частым депрессиям, меры семейной профилактики). 5. Совершенствование работы органов правопорядка по предупреждению и профилактике особо тяжких преступлений, в том числе насилия и убийств. 6. Улучшение добровольного и больничного обслуживания пострадавших, а также работы службы их реабилитации. 7. Повышение профессиональной подготовки медицинского персонала в части оказания первичной медицинской помощи травматологическим больным, в том числе на районном уровне и в специализированных лечебно-профилактических учреждениях	Снижение смертности от травм и несчастных случаев
Рак молочной железы	1. Проведение маммографических обследований женщин в возрасте 40 (или с 35) лет и старше не реже 1–2 раз в год. 2. Соблюдение диеты с повышенным содержанием фруктов и овощей. 3. Более широкое распространение грудного вскармливания младенцев. 4. Соблюдение здорового образа жизни. 5. Совершенствование и развитие соответствующих медицинских служб	Выявление данной патологии на более ранних стадиях развития заболевания, снижение смертности
Рак простаты	1. Проведение скрининговых обследований мужчин не реже 1–2 раз в год.	То же

Продолжение табл. 5.13

Причина смерти	Меры, направленные на снижение	Предполагаемый результат
	2. Соблюдение диеты с повышенным содержанием фруктов и овощей. 3. Соблюдение здорового образа жизни. 4. Совершенствование и развитие соответствующих медицинских служб	
Рак трахеи, бронхов и легких	1. Проведение флюорографических обследований не реже 1 раза в год. 2. Снижение табакокурения. 3. Соблюдение здорового образа жизни. 4. Совершенствование и развитие соответствующих медицинских служб. 5. Улучшение экологических условий. 6. Работы по снижению вредных условий труда	Выявление данной патологии на более ранних стадиях развития заболевания, снижение смертности
Рак шейки матки	1. Проведение ежегодных гинекологических обследований женщин. 2. Совершенствование методов регулирования рождаемости: внедрение современной контрацепции вместо абортотв. 3. Соблюдение диеты с повышенным содержанием фруктов и овощей. 4. Соблюдение здорового образа жизни. 5. Совершенствование и развитие соответствующих медицинских служб	То же
Рак желудка и кишечника	1. Проведение гастроэнтерологических исследований с помощью современного оборудования. 2. Соблюдение диеты с повышенным содержанием фруктов и овощей. 3. Снижение табакокурения. 4. Снижение алкоголизации населения. 5. Соблюдение здорового образа жизни. 6. Совершенствование и развитие соответствующих медицинских служб	То же
Сахарный диабет	1. Контроль за уровнем глюкозы в крови. 2. Соблюдение режима питания. 3. Расширение числа школ здоровья.	Выявление заболеваемости сахарным

Продолжение табл. 5.13

Причина смерти	Меры, направленные на снижение	Предполагаемый результат
	4. Совершенствование и развитие соответствующих медицинских служб. 5. Соблюдение здорового образа жизни	диабетом на ранних стадиях развития заболевания. Снижение заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, зрения, костей и суставов. Снижение смертности от перечисленных причин
ВИЧ/СПИД	1. Снижение уровня потребления наркотиков, особенно среди молодежи. 2. Пропаганда безопасного секса. 3. Обеспечение безопасного медицинского обслуживания. 4. Совершенствование и развитие соответствующих медицинских служб, в том числе расширение сети лабораторий. 5. Соблюдение здорового образа жизни	Противодействие широкому распространению ВИЧ-инфекции
Все причины	1. Снижение алкоголизации населения. 2. Снижение табакокурения. 3. Снижение уровня потребления наркотиков, особенно среди молодежи. 4. Изменение режима и структуры питания: распространение маложировой диеты, предусматривающей замену животных жиров на растительные; увеличение потребления овощей и фруктов и уменьшение потребления углеводов.	Снижение заболеваемости и смертности населения, в первую очередь в более молодом возрасте, а также пожилom возрасте

Окончание табл. 5.13

Причина смерти	Меры, направленные на снижение	Предполагаемый результат
	5. Пропаганда ценности здоровья и необходимости соблюдения здорового образа жизни. 6. Реформирование системы здравоохранения: рост капиталовложений и финансирования всей отрасли, широкая модернизация материально-технической базы здравоохранения, внедрение современных медицинских технологий, совершенствование источников финансирования (поступления страховых отчислений и бюджетных средств всех уровней), развитие первичного звена здравоохранения, широкое внедрение мер первичной и вторичной профилактики. 7. Пропагандирование существующих целевых программ в области охраны здоровья населения	

на 0,2 года в результате снижения смертности от новообразований необходимо, чтобы возрастные коэффициенты смертности снизились в среднем на 7%. Кстати, во Франции на достижение контрольного показателя ОПЖ от сегодняшнего российского уровня потребовалось 32 года (с 1964 по 1996-й), а достичь ОПЖ в 80 лет удалось через 8 лет в 2004 г.

Пока еще нет четко определенной и принятой методики для определения такого показателя, как ожидаемая продолжительность здоровой жизни, равная 67 годам (целевой индикатор, установленный в национальной программе). Однако проведенные расчеты показали, что ОПЖ при оценке собственного здоровья как отличного, хорошего или среднего в России в 2016 г. составила 62,1 года у мужчин и 68,9 у женщин, а показатель ОПЖ, свободной от инвалидности, — 62,3 года у мужчин и 70,9 у женщин. Вместе с тем значительные различия показателей длительности здоровой и нездоровой жизни в странах с очень близкой ОПЖ заставляют критически отнестись к надежности методики их определения.

В заключение можно предположить, что в ближайшие годы ожидать значительного роста ОПЖ за счет снижения смертности в старших возрастах без эффективного реформирования здравоохранения и изменения отношения людей к своему здоровью вряд ли возможно.

Проведенный анализ успешного опыта зарубежных стран по снижению смертности и значительному росту продолжительности жизни позволил нам составить перечень конкретных мер, необходимых для снижения смертности от основных причин смерти и возможности достижения того или иного результата (табл. 5.13).