

1. КРИЗИС СМЕРТНОСТИ В РОССИИ

Долговременный кризис смертности

Россия переживает затяжной кризис смертности, который длится уже более 30 лет. На протяжении всего этого времени преобладает тенденция увеличения смертности, а отставание России по уровню продолжительности жизни от всех промышленно развитых стран непрерывно возрастает.

Положение со смертностью в России никогда не было благополучным, но все же она знала период значительных успехов в 50-е годы.

На рубеже XIX и XX вв. ожидаемая продолжительность жизни в России (31 год для мужчин и 33 года для женщин в 1896—1897 гг.) была на 15 лет меньше, чем в таких странах, как США или Франция (рис. 1). Между началом века и второй мировой войной разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между Россией и Францией сохранился, а между Россией и США, которые преуспели в снижении смертности после первой мировой войны, — даже увеличился. В 1938—1939 гг. по официальным оценкам, возможно, завышенным, ожидаемая продолжительность жизни составила в России 43 года (40 лет у мужчин и 46 у женщин), что означало 11 лет выигрыша за четыре десятилетия. В то же время во Франции она достигла 59 лет, а в США превысила 63 года, т. е. разрыв между США и Россией возрос до 20 лет.

Сразу после второй мировой войны картина коренным образом изменилась. В то время как во Франции и США продолжительность жизни увеличивалась со скоростью, сравнимой с довоенными темпами, в России произошел столь быстрый ее подъем, что к середине 60-х годов отставание было почти полностью ликвидировано. В 1965 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин достигла 64,3 года в России против 67,5 года во Франции и 66,8 года в США, у женщин — соответственно 73,4 года против 74,7 и 73,7 года. Таким образом, разрыв с Францией сократился до 3 лет у мужчин и до 1 года у женщин. С США, где в конце 50-х годов прогресс затормозился, различия стали еще меньше: 2,5 года у мужчин и 0,3 года у женщин.

Однако с 60-х годов период успехов для России закончился, наступила стагнация (и даже снижение продолжительности жизни у мужчин), и разрыв с развитыми странами, в которых возобновился рост ожидаемой продолжительности жизни, снова стал нарастать. Особенно красноречиво выглядит сравнение России с Японией. До 60-х годов положение в обеих странах было очень похоже: большое отставание от западных стран до второй мировой войны по уровню ожидаемой продолжительности жизни и резкое его сокращение в 50-е годы. Но начиная с 1965 г. различия между Японией и Россией становятся еще более выраженными, чем между Россией и Францией или США. Успехи Японии особенно ярко подчеркивают стагнацию и кризис смертности в России.

Динамика показателей смертности после 1960 г. с необыкновенной ясностью демонстрирует особенности «периода застоя» в Советском Союзе. По мере того, как во всех западных странах, в том числе и находившихся в начале 60-х годов позади СССР, положение стремительно улучшалось, СССР и его республики откатывались на последние места, и их отставание от Запада все больше увеличивалось (табл. 1).

Таблица 1

**Ожидаемая продолжительность жизни и младенческая смертность
в СССР, России и некоторых европейских странах**

Страна	Ожидаемая продолжительность жизни, лет				Младенческая смертность (на 1000 родившихся)	
	Мужчины		Женщины		1960	1990
	1960	1990	1960	1990		
Россия	63,3	63,8	71,8	74,2	36,6	17,6
Великобритания	67,9	72,9	73,7	78,5	22,5	7,9
Германия (ФРГ)	66,9	72,9	72,1	79,3	35,0	7,0
Греция	67,3	74,6	72,4	78,5	40,1	9,7
Испания	67,4	73,3	72,2	80,4	43,7	7,6
Италия	72,3	80,1	72,3	80,1	43,9	8,2
Португалия	61,2	70,4	66,8	77,4	77,5	10,9
Франция	66,9	72,7	73,6	80,9	27,5	7,3
Швеция	71,2 *	74,8	74,9 *	80,4	16,6	6,0
СССР	65,3 **	64,3	72,7 **	73,9	35,3	21,8
Европейский Союз	67,5	72,8	72,7	79,4	34,5	7,6

* 1960—1964.

** 1960—1961.

Источники: Evolution démographique récent en Europe 1996 / Conseil de l'Europe. — Strasbourg, 1996. — Т. 4.2; Statistique démographique 1996 / Eurostat. — Luxembourg, 1996. — P. 170; Население России 1996. — М., 1997. — С. 166.

Обострение кризиса в 90-е годы

Во второй половине 80-х годов в России появились признаки улучшения положения, смертность стала снижаться, а продолжительность жизни — расти. Большинство исследователей связывают благоприятные изменения с антиалкогольной кампанией, начавшейся в мае 1985 г. Наиболее благоприятным был 1987 г. К сожалению, положительный эффект оказался недолгим, и уже в 1988 г. начался новый рост смертности, который резко ускорился в 1992—1993 гг. До 1993 г. еще можно было думать, что происходит простой возврат к неблагоприятным тенденциям, существовавшим до начала 80-х годов, ибо повышение смертности в 1988—1992 гг. во всех возрастах было в основном симметрично ее снижению в 1985—1987 гг. После 1993 г. такое истолкование стало невозможно. Рост смертности после 1992 г. почти во всех возрастах намного превзошел снижение 1985—1987 гг. (рис. 2).

Падение ожидаемой продолжительности жизни оказалось очень глубоким: за семь лет, пока длилось это падение, она уменьшилась на 6,6 года (на 7,6 у мужчин и 3,4 у женщин) и составила в 1994 г. 57,5 года для мужчин и 71 год для женщин (табл. 2). Это было намного ниже самых низких уровней, которые наблюдались в России с конца 50-х годов (61,5 года у мужчин в 1979—1981 гг. и 71,5 года у женщин в 1958—1959 гг.). Лишь в 1995 г. падение прекратилось, за 1995—1996 гг. ожидаемая продолжительность жизни у мужчин, по данным Госкомстата России, выросла на 2,4 года, у женщин — на 1,5 года (см. табл. 1 приложения).

Тенденции самого последнего времени позволяют надеяться, что обострение кризиса смертности, наблюдавшееся в первой половине 90-х годов, скоро останется позади. Однако это не означает, что минует сам долговременный кризис, имеющий очень глубокие основания.

Ожидаемая продолжительность жизни населения России

Год	Оба пола	Мужчины	Женщины
1987	69,94	64,87	74,32
1988	69,76	64,64	74,29
1989	69,62	64,21	74,56
1990	69,25	63,77	74,38
1991	69,02	63,45	74,29
1992	67,89	62,01	73,76
1993	65,16	58,95	71,96
1994	63,88	57,49	71,04
1995	64,61	58,22	71,70
1996	65,88	59,73	72,51

Примечание. Показатели таблицы рассчитаны в Центре демографии и экологии человека и в некоторых случаях незначительно отличаются от официальных данных Госкомстата России (табл. 1 приложения).

Незавершенный эпидемиологический переход

Успехи в борьбе со смертью в XX в. во всех промышленно развитых странах, в том числе и в России, были следствием развернувшегося в них *эпидемиологического перехода*. Этим термином обозначается исторически обусловленная смена одного типа патологии, определяющей характер заболеваемости и смертности населения, другим ее типом, одной структуры болезней и причин смерти — другой.

В структуре «старой» патологии очень важное место занимали инфекционные и паразитарные заболевания, туберкулез, болезни, связанные с недоеданием, и т. п. В их этиологии решающая роль принадлежала экзогенным, внешним по отношению к организму человека факторам, заболеть ими мог абсолютно здоровый и вполне жизнеспособный человек в цветущем возрасте, особенно уязвимыми оказывались дети. Поэтому огромная часть людей каждого поколения умирала в детских и молодых возрастах, не доживая до старости, а болезни, обусловленные преимущественно эндогенными, внутренними факторами, снижением жизнеспособности организма вследствие его естественного старения, играли заметно меньшую роль. В частности, намного более редкими, чем сейчас, были заболевания системы кровообращения, причем внутри этого класса заболеваний было высоким отношение ревматических (сильно зависящих от экзогенных, средовых факторов) к атеросклеротическим заболеваниям. Этой структуре заболеваемости соответствовала и структура причин смерти, в которой явно преобладали экзогенно обусловленные причины.

В структуре «новой» патологии на первое место выходят заболевания и причины смерти, обусловленные преимущественно эндогенными факторами, связанными с естественным старением организма, возрастным снижением его жизнеспособности, сопротивляемости неблагоприятным внешним воздействиям. Прежние болезни острого действия, имевшие чаще экзогенную природу и поражавшие людей всех возрастов, особенно же детей, замещаются хроническими болезнями преимущественно эндогенной этиологии, прежде всего болезнями сердечно-сосудистой системы либо онкологическими заболеваниями, обусловленными в основном влиянием канцерогенных факторов накапливающегося действия («квазиэндогенных» факторов). Эти болезни и выступают в новых условиях в качестве ведущих причин смерти.

Если говорить о конкретных причинах смерти, то разграничение экзогенного и эндогенного вкладов в каждом отдельном случае нередко оказывается достаточно сложным. Однако в целом всегда прослеживается общая закономерность: последовательное вытеснение экзогенных детерминант смертности эндогенными приводит к тому, что процесс вымирания поколений становится все более тесно связанным с возрастом: смерти от каждой причины все меньше «размазываются» по всем возрастам и все больше концентрируются в старших возрастных группах, где естественное ослабление жизнеспособности делает организм более уязвимым по отношению к *любой* причине смерти. Отсутствие такой концентрации — признак недостаточной продвинутости по пути эпидемиологического перехода.

Именно эта черта свойственна современной российской смертности и с необыкновенной ясностью демонстрируется при ее сравнении со смертностью в большинстве промышленно развитых стран, где эпидемиологический переход начался раньше и продвинулся намного дальше, чем в России. Такое сравнение представлено на рис. 3, на котором показано распределение по возрасту числа смертей от семи крупных классов причин смерти в России в 1992 г. Выбор именно этого года продиктован тем, что, как следует из рис. 2, возрастные уровни смертности 1992 г. в России примерно соответствовали ее уровням в конце 70-х — начале 80-х годов — до ее кратковременного снижения в середине 80-х годов и до резкого подъема в 1993 г. Таким образом, 1992 г. можно считать более или менее типичным для российской смертности на протяжении длительного периода. В качестве базы для сравнения использована «западная» модель смертности, сконструированная путем объединения и усреднения показателей смертности для четырех крупных промышленно развитых стран с низким ее уровнем: США, Великобритании, Франции и Японии (географически Япония, конечно, не Запад, поэтому название модели условное). Эти показатели относятся к периоду около 1990 г. (1989—1992 гг.).

На рис. 3 приведены распределения чисел умерших от каждого класса причин смерти по возрасту (чисел $d_{x,i}$, взятых из соответствующих таблиц смертности по причинам смерти; x — возраст, i — причина смерти) в России и на Западе. На этом рисунке хорошо видно, что для западных стран, в отличие от России, характерен плавный подъем смертности от большинства причин по мере перехода от младших возрастов к старшим, заметно ускоряющийся после 60—70 лет. В частности, у мужчин только для болезней системы кровообращения кривая $d_{x,i}$ в России и на Западе имеет более или менее сходную форму, хотя различия есть и здесь. Для всех же остальных причин сама форма кривых резко различается. Кривые для России, как правило, более «плоские» (смертность «размазана» по всем возрастам) либо круто поднимаются, но не в правой, а в средней части графика, что говорит о концентрации смертей не в старших (это указывало бы на преимущественно эндогенную обусловленность смертей), а в средних возрастах (где очень велик вклад экзогенных факторов).

Будучи общемировым процессом и в то же время составной частью демографической модернизации любого общества, эпидемиологический переход развернулся в XX в. и в России, как и во всем СССР. Были достигнуты большие успехи в деле охраны здоровья и предотвращения преждевременной смертности, как и везде, связанные с коренными изменениями в структуре патологии и причин смерти, в роли старых и новых патогенных факторов. Однако эпидемиологический переход в Советском Союзе начался позднее, чем в большинстве западных стран, испытал сильное тормозящее действие известных исторических потрясений, натолкнулся на социокультурную неподготовленность значительной части населения к необходимым переменам и в результате остался незавершенным.

Мировой опыт показывает, что эпидемиологический переход осуществляется в два этапа. На первом успехи достигаются благодаря определенной стратегии борьбы за здоровье и жизнь человека, в известном смысле патерналистской, основанной на массовых профилактических мероприятиях, не очень дорогих и не требующих большой активности со стороны самого населения. Именно благодаря такой стратегии добился своих успехов и СССР, вошедший к началу 60-х годов в число трех десятков стран с наиболее низкой смертностью.

Однако к середине 60-х годов возможности этой стратегии в богатых и развитых странах оказались исчерпанными. Они подошли ко *второму* этапу перехода, когда понадобилось выработать новую стратегию действий, новый тип профилактики, направленной на уменьшение риска заболеваний неинфекционного происхождения, особенно сердечно-сосудистых заболеваний и рака, и предполагавшей более активное и сознательное отношение к собственному здоровью со стороны каждого человека. Значительно возросли и расходы на охрану и восстановление здоровья, что, в свою очередь, способствовало повышению его общественной ценности. В СССР же ответ на новые требования времени не был найден, страна стала пробуксовывать на наезженной колее. К концу 70-х годов стало ясно, что неучастие СССР в мировых успехах в борьбе со смертью и связанное с этим новое отставание, все время растущее, — не случайный и временный эпизод, а проявление глубокого кризиса системы.

80-е годы лишь подтвердили, что модернизация смертности в СССР, пройдя период несомненных успехов, натолкнулась на труднопреодолимые препятствия и застряла на первом этапе эпидемиологического перехода. Советское общество не создало пригодных для проведения новой стратегии механизмов. Как ни гордилось оно своим бесплатным здравоохранением и как ни велики действительные заслуги этого здравоохранения на определенных этапах развития, в конце концов именно бесплатность и отсутствие материальных стимулов в медицине, равно как и уравнильно-

патерналистский характер социального обеспечения превратились в серьезное препятствие для индивидуальной активности человека в борьбе за сохранение или восстановление своего здоровья, за продление своей жизни, за здоровье и жизнь своих детей. Развитие здравоохранения, выделяемые ему ресурсы зависели от жестко монополизированных решений Центра. Никто не знал, сколько денег изымается у него на нужды здравоохранения и сколько действительно тратится на эти нужды, и не мог влиять на расходование средств. В результате централизованного распределения ресурсов здравоохранение, наряду с другими «непроизводственными» отраслями, получало лишь то немногое, что оставалось от предельно милитаризованных «производственных» отраслей. Этот остаток явно не соответствовал масштабам новых задач по охране и восстановлению здоровья, выглядел просто жалким в сравнении с теми ресурсами, которые в это время шли на соответствующие нужды на Западе (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

Рост душевых затрат на нужды здравоохранения в СССР, США и Франции

Год	Расходы на душу населения			Рост по отношению к 1960 г.		
	СССР, руб.	США, долл.	Франция, франки	СССР	США	Франция
1960	27	143	242	1,0	1,0	1,0
1970	49	346	816	1,8	2,4	3,4
1980	72	1064	3566	2,7	7,4	14,7
1990	124	2601	9521	4,7	18,2	39,3

Источники: Народное хозяйство СССР (за разные годы); Statistical Abstract of the United States 1994. — Washington, 1994. — P. 109; Annuaire rétrospectif de la France. Séries longues. 1948—1988. — Paris, 1990. — P. 190; Annuaire statistique de la France 1994. — Paris, 1995. — P. 241.

Разумеется, цифры, приведенные в табл. 3, требуют оговорок, они не учитывают динамики цен и покупательной способности валют, поэтому их прямое сопоставление было бы неверным. Но важен порядок величин: 72 руб. 1980 г. были настолько меньше 1064 долл. или 3566 франков, что рассчитывать в борьбе за снижение смертности на одинаковый с американцами или французами результат не было никаких оснований.

Экономия на здравоохранении, его бедность — часть печального наследия, доставшегося России от бывшего СССР, прочно занимавшего последнее место по продолжительности жизни в списке промышленно развитых стран мира. До сих пор положение в России не изменилось. Доля внутреннего валового продукта, расходуемого на нужды здравоохранения, здесь в два-три раза ниже, чем в странах с низкой смертностью, притом что и сам ВВП в расчете на душу населения в России в два-четыре раза ниже, чем в этих странах. Так что ограниченность экономических ресурсов остается очень серьезным препятствием на пути развертывания второго этапа эпидемиологического перехода.

Другим, не менее важным препятствием стала нарастающая социальная апатия, разочарование в неосуществившихся общественных идеалах. Новая стратегия борьбы со смертью требовала, чтобы на смену пассивному принятию проводимых органами здравоохранения мер пришла заинтересованная индивидуальная активность самого населения, направленная на оздоровление среды обитания, всего образа жизни, заботу о своем здоровье, искоренение вредных и внедрение полезных привычек и т. п. Между тем застойные десятилетия, пришедшие на смену периоду «бури и натиска», консервировали социальную маргинальность большинства населения, оказавшегося в культурной и идеологической пустоте, и делали его неспособным к активной борьбе за сохранение своего здоровья и даже жизни. Алкоголизм и тесно связанная с ним чрезвычайно высокая смертность от несчастных случаев, отравлений и травм — прямое следствие этой общей социальной ситуации.

Таковы были объективные условия, в которых складывалась модель вымирания поколений, предопределившая нынешнее бедственное положение со смертностью в России. Смертность в России так и осталась *промежуточной*. Российское общество ни до распада СССР, ни после него так и не смогло вступить в давно назревший новый этап эпидемиологического перехода и продолжить про-

грессивную перестройку структуры медицинской патологии и причин смерти. Это обернулось для него огромными потерями.

Потери от высокой смертности

Демографические потери от высокой смертности можно оценить, сравнивая фактическое число смертей с гипотетическим, каким оно могло бы быть, если бы возрастные коэффициенты смертности в России были такими же, как в типичных западных странах. Разницу между гипотетическим и фактическим числом смертей можно интерпретировать как «избыточную» смертность. Если принять за основу для сравнения уровни смертности Великобритании или Франции, то в 1965 г. «избыточные» смерти мужского населения РСФСР составляли 18% всех смертей, к 1975 г. эта доля повысилась до 34—35%, к 1984 г. — до 46—48%. Но особенно наглядно сравнение абсолютных чисел смертей. Так, приняв за основу для сравнения возрастные уровни смертности мужского населения Великобритании в соответствующие годы, получаем, что только за 10 лет с 1975 по 1985 гг. и только у мужчин в возрасте от 20 до 50 лет число «избыточных» смертей составило почти 1,6 млн. Это примерно соответствует совокупным потерям от повышенной смертности (потери вооруженных сил и гражданского населения) США, Великобритании и Франции во второй мировой войне.

В табл. 4 представлены результаты таких же расчетов потерь для мужского населения России в первой половине 90-х годов — с той лишь разницей, что (для удобства сопоставления со всеми остальными расчетами, приводимыми в данном докладе) в качестве базы для сравнения взята не смертность Великобритании, а обобщенная «западная» модель. Цифры несколько иные, но суть та же. Число «избыточных» смертей снова исчисляется сотнями тысяч ежегодно, систематически превышая половину, а в 1993—1995 гг. — 60% всех смертей. И опять основным «поставщиком» избыточных смертей была та часть населения, которая в обычных условиях наименее уязвима для смертности: взрослые мужчины в возрасте от 20 до 60 лет.

Таблица 4

Избыточное (по сравнению с «западной» моделью) число мужских смертей в России

Год	Фактически умерло, тыс. человек	Число избыточных смертей, тыс.	Их доля в общем числе смертей	Число избыточных смертей (в тыс.) в возрасте		
				до 20 лет	20—59 лет	60 лет и старше
1980	759,7	426,4	0,56	35,7	237,7	153,0
1984	809,6	450,8	0,56	33,5	254,0	163,3
1991	894,5	411,4	0,46	25,3	206,1	180,0
1992	977,5	490,5	0,50	24,1	262,9	203,5
1993	1112,7	686,1	0,62	26,0	376,4	283,7
1994	1226,4	794,9	0,65	24,8	451,0	319,1
1995	1167,6	731,2	0,63	26,0	419,8	285,4

Данные, приведенные в табл. 5, относятся только к 1995 г., они дают представление о том, с какими причинами смерти связаны наибольшие потери человеческих жизней, а также о потерях человеко-лет жизни в основных возрастах трудовой активности — от 15 до 65 лет.

Показатели, содержащиеся в табл. 5, указывают на важные структурные особенности российской смертности. Из-за очень высокой ранней смертности от некоторых причин наибольшие потери трудового потенциала не всегда соответствуют наибольшим числам умерших. Даже две главные причины потерь меняются местами: по количеству избыточных смертей на первом месте стоят болезни системы кровообращения, большинство смертей от которых приходится на пожилые возрасты. По избыточным потерям человеко-лет трудовой жизни они намного уступают внешним причинам, в которых велика доля умерших в молодых возрастах. Такая же инверсия наблюдается и с другими причинами смерти.

Число избыточных смертей и потери лет трудовой активности по крупным классам причин смерти у мужчин

Причины смерти	Число избыточных смертей, тыс.	Потери лет трудовой активности, тыс. человеко-лет		
		Фактические	При «западном» уровне смертности	Избыточные потери
Все причины	731,2	12936	3178	9758
В том числе:				
инфекционные болезни	17,6	493	113	380
новообразования	38,6	1009	613	397
болезни системы кровообращения	367,2	2704	535	2169
болезни органов дыхания	39,1	651	109	542
болезни органов пищеварения	22,0	474	137	338
прочие болезни	12,6	1158	564	595
внешние причины	234,1	6447	1109	5338

Если бы возрастные уровни российской смертности соответствовали западным, смертность мужчин во всех возрастах до 65 лет привела бы в 1995 г. к потере 3,2 млн человеко-лет трудовой активности. Фактические же потери составили 12,9 млн человеко-лет, т. е. в четыре раза (или на 9,7 млн) больше. Конечно, готовность примириться с такими потерями позволяет экономить на охране здоровья и решать какие-то другие задачи, но одновременно заставляет задуматься о глубинной логике подобной экономии и ее соответствии интересам общества и государства. В СССР экономия такого рода позволяла поддерживать военный паритет с западными странами, вести с ними «холодную войну», и это считалось очень важным положительным результатом. Однако огромные демографические потери СССР от высокой смертности говорят о том, что эта война была «холодной» только для Запада, для СССР же она была достаточно «горячей». Нынешняя Россия стремится к переформулированию своих целей, но, судя по всему, пока охрана здоровья собственного населения еще не вошла в число главных приоритетов.