



**Иванова А.Е.**

## НЕГАТИВНЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

**Аннотация:** В статье обсуждаются долгосрочные тенденции смертности в России на фоне европейских трендов. Анализ смертности проведен в разрезе основных возрастных групп населения и причин смерти. Это позволило выявить общность и российскую специфику в реализации социально-экономических реформ с позиции их демографических последствий. Дана оценка позитивных сдвигов смертности в России с 2005 г., выявлены источники и механизмы формирования новых тенденций.

**Ключевые слова:** Ожидаемая продолжительность жизни, возрастной профиль смертности, нозологический профиль смертности.

За последние два десятилетия опубликованы десятки работ отечественных и зарубежных авторов, касающиеся вопросов здоровья и смертности российского населения. Высказаны многочисленные гипотезы относительно факторов, определяющих ситуацию и прогнозы в России. Негативно складывающуюся ситуацию пытались объяснить дальнейшим развитием негативных тенденций советского периода (Вишневский А.Г., Андреев Е.М., 2004), компенсаторным характером роста смертности как следствия снижения ее в ходе антиалкогольной кампании середины 80-х годов (Вишневский А.Г., 2002), алкоголизацией населения (Немцов А.В., 2002, 2004), социальным стрессом (Shapiro J., 1995, 1997), а также такими факторами, как несбалансированное питание и даже неблагоприятная экологическая обстановка (Фешбах М., 1995).

Подходы к анализу факторной детерминации здоровья и смертности можно рассматривать в двух уровнях. Макроуровень предполагает сравнительный анализ ситуации в нашей стране и государствах, которые, с одной стороны, не переживали коренного переустройства социально-политической системы, с другой, прошли эти преобразования, но в иных специфических условиях. Сравнительный анализ уровней и тенденций смертности в странах, различающихся по уровню социально-экономического развития, позволяет комплексно оценить суммарный

вклад факторов, определяющих здоровье населения. В настоящем исследовании тенденции смертности в основных возрастных группах и от ведущих причин в России рассматриваются на фоне европейских стран. При этом среди государств Евросоюза выделена группа стран, так называемой, «старой Европы», т.е. наиболее развитых в социально-экономическом отношении стран этого объединения, и группа стран «новой Европы», объединивших государства Центральной и Восточной Европы, а также прибалтийские республики бывшего СССР, которые в 1990-х годах, пережив кризис социально-экономической трансформации, вступили на путь ускоренного развития, опираясь на помощь «старых» членов ЕС.

Сравнительный анализ трендов завершим серединой текущего десятилетия, когда исчерпала себя долгосрочная негативная динамика в России. Период 2006–2009 г. рассмотрим с точки зрения собственно российских демографических результатов на этапе экономического роста.

Главное, что объединяет ситуацию с детской смертностью в России и европейских странах, как западно, – так и восточноевропейских, это общность тенденций, характеризующихся долгосрочным устойчивым сокращением показателей на всем периоде детства, от детей первого года жизни до более старших, вплоть до 15-летнего возраста. Суть различий заключается в уровнях смертности и темпах ее снижения.

Накануне периода реформ Россия отличалась существенно более высокой младенческой смертностью, а также смертностью детей старше года в сравнении с развитыми странами Европы. Двукратный разрыв отчетливо свидетельствовал о качественных различиях в уровне и качестве жизни населения, а также деятельности здравоохранения в нашей стране и «старой Европе». Этого нельзя сказать о ситуации в сравнении с восточноевропейскими странами, а также прибалтийскими республиками бывшего СССР, где отмечалась близость показателей, особенно в отношении младенческой смертности, характеризующая относительную однородность условий в рамках социалистической системы.

Социально-экономические реформы в странах Центральной и Восточной Европы привели к замедлению темпов снижения детской смертности в острой фазе кризиса, в России детская смертность не только стагнировала, но в начале 1990-х годов даже выросла. Запаздывание начала социально-экономических реформ в России в сравнении со странами «новой Европы», а также большая продолжительность острой фазы кризиса привели к тому, что к концу 1990-х годов сформировалось отставание России по уровню детской смертности от стран «новой Ев-

ропы» (до 1,5 раз), а в сравнении с западноевропейскими государствами оно заметно возросло (до 3,5 раз).

Наступившее десятилетие является периодом преодоления отставания в показателях детской смертности на фоне социально-экономического оздоровления страны и развития здравоохранения, но к середине текущего десятилетия пока не удалось достичь даже того разрыва, с которым Россия вступала в период реформ. Вместе с тем, судя по опережающим европейские страны темпам снижения показателей, к концу десятилетия это произойдет, особенно в отношении младенческой смертности, сокращению которой уделяется первостепенное внимание.

Население трудоспособного возраста представляет группу риска в России, как в отношении тенденций смертности (рост на фоне европейского сокращения), так и в отношении уровней, определяющих значительную часть российского отставания по продолжительности жизни населения.

Накануне реформ ситуация в России характеризовалась значительным (в 2,2–3,8 раз для мужчин и 1,6–2 раза для женщин) превышением смертности в сравнении со странами Западной Европы, что характеризовало очевидные различия в уровне и образе жизни населения. Но даже в сравнении со странами Центральной и Восточной Европы смертность российского населения трудоспособных возрастов была заметно выше (в 1,5–2,0 раза для мужчин и 1,2–1,4 раза для женщин). При относительно сопоставимом уровне жизни населения в России и бывших социалистических странах Европы отмеченные отличия можно рассматривать как меру менее здорового образа жизни российского населения.

Не только предреформенные уровни, но и тренды смертности трудоспособного населения в России носили более негативный характер в сравнении со странами Европы. У российских мужчин на всем протяжении трудоспособного возраста смертность в предреформенный период росла, тогда как в странах Центральной и Восточной Европы у молодежи 15–29 лет она снижалась, в средних возрастах 30–44 года стагнировала, и только в старших трудоспособных 45–59 лет – росла. У российских и европейских женщин сходство трендов в предреформенный период отмечалось и в молодых (сокращение) и средних группах (стагнация), для старших отмечался рост в России и стагнация в Европе. В свою очередь это означает, что более низкие темпы роста уровня жизни в России не способствовали оздоровлению образа жизни населения, что наиболее негативным образом отражалось именно на мужчинах.

Характер социально-экономических реформ, осуществляемых в Рос-

сии и странах «новой Европы» принципиально различным образом отразился в смертности. Во-первых, в Европе женщины оказались наименее пострадавшей группой, для них тренды предреформенного и реформенного периодов практически не изменились, тогда, как в России именно женщины пострадали в наибольшей степени. Во-вторых, у европейских мужчин наиболее пострадавшей группой были 30–44-летние, тогда как у молодежи прирост смертности был ниже, а для 45–59-летних дополнительного прироста вообще не было; у российских мужчин весь интервал трудоспособности оказался под ударом практически в равной степени. В-третьих, в странах «новой Европы» демографические последствия реформ «распределились в пространстве» за счет миграции населения с повышенными рисками смерти в Западную Европу; в России последствия «распределились во времени» захватив не только все 1990-е годы, но и первую половину 2000-х, что сказалась на общих масштабах роста смертности и группах риска.

Обсуждая изменения смертности пожилого и старческого населения можно констатировать следующее.

Рассматриваемые группы продемонстрировали общность с трудоспособным населением в траектории изменения смертности в период социально-экономических реформ (двумодальная траектория), но при этом существенную специфику как в масштабах отставания от европейских стран накануне реформ, так и в «силе оклика» на кризисные явления. В свою очередь, это свидетельствует как об общности факторов, определяющих смертность в трудоспособных и пожилых возрастах, так и о своеобразии детерминации смертности у лиц старше 60 лет.

Предреформенные стабильные тренды, меньший по сравнению с трудоспособным населением отрыв российской смертности в пожилых возрастах на европейском уровне, а также более «слабая реакция» смертности на последствия реформ, чем для трудоспособного населения, свидетельствуют о сокращении роли социально-экономических факторов и усилении значимости медико-биологических факторов в смертности пожилого населения.

Возрастные особенности динамики смертности аккумулируют специфические тенденции, характерные для основных причин.

Накануне периода реформ ситуация в России в отношении всех основных причин смерти населения выглядела хуже и на фоне стран Западной Европы, и в сравнении с государствами Центральной и Восточной Европы. Минимальный разрыв отмечался в отношении заболеваний, являющихся причинами смерти пожилого населения и лиц старче-

ского возраста (болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований), а среди них – причин, не зависящих от социальных условий – новообразований. Максимальное превышение европейских уровней отмечалось для социально обусловленных причин (травм и отравлений, болезней органов дыхания в трудоспособных возрастах, туберкулеза).

Маркеры социальных перемен в России и странах Центральной и Восточной Европы обладают как общностью, так и спецификой. Универсальным маркером негативного влияния социально-экономических реформ на смертность населения и в Восточной Европе, и в России, оказались болезни органов пищеварения. Существенно, что прирост смертности от этого класса причин в значительной мере предопределен алкогольной подоплекой, а если учесть, что средний возраст умерших от болезней органов пищеварения не достигает 60 лет, очевидно, что наиболее пострадавшей группой является трудоспособное население.

Специфичными для России оказались те же причины смерти, которые определяли отставание страны в предреформенный период, будучи маркерами более низкого уровня жизни населения и нездорового образа жизни.

Специфичным для Восточной Европы маркером стали новообразования, смертность от которых и у мужчин и у женщин росла до начала текущего десятилетия, в результате чего сформировалось превышение не только западноевропейских, но и российских уровней. Вопрос требует отдельного изучения, но можно предположить, что проблемы лежат, прежде всего, в области финансирования и организации медицинской помощи с обеспечением своевременного выявления патологии и доступности дорогостоящего лечения.

От последствий социально-экономической трансформации в бывшем социалистическом блоке стран оказалась не застрахована и «старая Европа». Эффект торможения позитивных трендов в молодых группах населения стран Западной Европы полностью определяется инфекционной смертностью, рост которой связан с массовой миграцией носителей этой патологии в период социально-экономических реформ в европейских странах. Носители алкогольных рисков смерти, как показал анализ, не внесли значительного вклада в миграционные потоки, а потому эффекта роста смертности от алкогольно-зависимых соматических и внешних причин в развитых странах Европы не отмечалось.

Современная ситуация характеризуется сокращением смертности и ростом продолжительности жизни российского населения.

С точки зрения долгосрочного прогноза важна оценка масштабов, темпов, источников и факторов снижения смертности.

Пока страна не восстановила те позиции, которых ей удалось добиться в прошлом. С точки зрения максимальных уровней продолжительности жизни (1965 г., 1987 г.), современные показатели 2009 г. проигрывают около 1,2–1,4 года продолжительности жизни (в целом для всего населения). Это отставание полностью определяется мужчинами, поскольку для женщин современные уровни даже несколько выше, чем в лучшие годы (на 0,2–0,7 года), а для мужчин они ниже на 1,7–2,2 года (соответственно в сравнении с 1965 г. и 1987 г.). Вместе с тем, еще 4 года назад продолжительность жизни была на 3,4 года меньше, чем в 2009 г., а для мужчин отставание составляло почти 4 года. Следовательно, прирост является очень существенным и достижения несомненны. Такие темпы роста продолжительности жизни, как в последние годы, отмечались только в период антиалкогольной кампании.

Механизм роста продолжительности жизни в настоящее время принципиально иной. В 1985–87 г. (в период антиалкогольной кампании) сокращение смертности пришло на смену ее долгосрочному росту или стагнации, и не имело серьезной основы, кроме конъюнктурного толчка, повлиявшего только на доступность алкоголя, но не на его спрос, а потому исчерпавшегося в течение 2–3 лет. Современный рост продолжительности жизни есть результат эволюционного сокращения смертности, которое постепенно затронуло все группы населения на интервале трудоспособности, захватывая ранние пенсионные возраста.

Тот факт, что позитивные тренды постепенно сформировались на всем возрастном интервале, который и определял в предшествующие годы основные потери продолжительности жизни, позволяет рассчитывать на устойчивость и долговременный характер начавшегося снижения смертности. Собственно надежды подтвердились в 2008–2009 гг., который, несмотря на начавшийся экономический кризис, показал лишь относительную стабилизацию смертности в старших возрастных группах, но роста показателей не отмечалось, ни в одной группе, а в возрастах наибольшего риска – сокращение смертности продолжилось.

Таким образом, отмеченные в 2008–2009 гг. результаты – это не просто удовлетворительный, но на фоне начавшегося кризиса – даже хороший итог, тем более что довольно большое число экспертов предвещало неизбежное падение продолжительности жизни в кризисных условиях, ссылаясь, прежде всего, на аналогии недавнего прошлого.

Отмеченный за последние годы рост продолжительности жизни не является равномерным: в 2006–2007 гг. продолжительность жизни мужчин возрастала в среднем на 1,2 года за календарный год, женщин – на 0,8 года; в 2008–2009 г. среднегодовой прирост составил 0,7 и 0,4 года соответственно. Даже если бы не было экономического кризиса, чье влияние ощущалось со второй половины 2008 года (во всяком случае, как психологический фон), надо было ожидать снижения темпов, о чем свидетельствуют, например, данные по странам Центральной и Восточной Европы, когда на фоне существенного роста продолжительности жизни в отдельные годы, в соседние периоды отмечалась стабилизация или даже некоторое снижение показателя.

Не только темпы, но и источники роста в 2006–2007 гг. и 2008–2009 гг. также обладали существенной спецификой. Так, из 2,5 лет прироста продолжительности жизни мужчин за 2006–2007 г. почти половина пришлась на возраст 40–59 лет, у женщин из 1,5 лет прироста почти половина пришлась на пожилых женщин старше 60 лет и почти столько же на женщин старших трудоспособных возрастов.

В 2008–2009 г. две трети всего прироста продолжительности жизни мужчин пришлась на трудоспособное население в равной мере на всем интервале 15–59 лет, у женщин также началось некоторое омоложение, но не такое существенное – по-прежнему около 40% роста продолжительности жизни обеспечивают пожилые.

Что касается причин, обусловивших рост продолжительности жизни населения, то в 2006–2007 гг. доминировали болезни системы кровообращения, значимость которых у мужчин была несколько выше травм и отравлений, у женщин – почти в 2,5 раза выше. Все остальные причины также внесли свой позитивный вклад в рост продолжительности жизни (хотя и существенно меньший по масштабу): ни от одной значимой причины смертность в эти годы не выросла.

В 2008–2009 гг. рост продолжительности жизни практически полностью определялся позитивными тенденциями в отношении внешних причин: у мужчин их значимость была в пять раз выше, чем сердечно-сосудистых заболеваний, у женщин на треть выше. Кроме того, в 2008–2009 гг. на фоне снижения смертности от основных причин, обусловившего прогресс продолжительности жизни, отмечался рост смертности от инфекций у мужчин, неточно обозначенных причин у женщин, болезней органов пищеварения, преимущественно обусловленных алкоголем, у тех и других.

Об этом же свидетельствует региональный аспект проблемы. Если в

2006–2007 гг. рост продолжительности жизни отмечался на всех территориях страны, хотя и был выражен в разной степени, то в 2008–2009 гг. на 16 территориях для мужчин и на 11 территориях для женщин отмечено сокращение продолжительности жизни, и в еще большем числе регионов прирост был практически нулевым ( $\pm 0,1$  года). Иными словами, инерция социально-экономического оздоровления, набранная в предыдущие годы, продолжает определять предпосылки и условия роста продолжительности жизни населения. Но общий результат оказывается ниже, чем мог быть за счет групп населения и регионов, пострадавших на начальной фазе кризиса в 2008 г.

Полученные результаты свидетельствуют о двух противоположных тенденциях. С одной стороны омоложение групп, внесших наибольший вклад в прирост продолжительности жизни в 2008 г., в сравнении с 2006–2007 гг. – это явление, несомненно, позитивное. Но оно лишь в минимальной степени обусловлено собственно усилиями здравоохранения, о чем и свидетельствует доминирование внешних причин в сокращении потерь. Скорее, это следствие социально-экономического оздоровления, снижения безработицы и роста доходов. С другой стороны, в том же 2008–2009 гг. отмечен рост смертности от причин, являющихся четкими индикаторами социально-экономического неблагополучия. Таким образом, влияние кризиса на смертность, если и проявилось, то сказалось не масштабно на большей части населения, а на локальных группах, имеющих социальные и региональные контуры.