

ДЕМОГРАФИЯ: ЭКОНОМИЧЕСКИЙ И СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ

Рязанцев С.В.,
член-корр. РАН, доктор
экономических наук, профессор,
руководитель Центра социальной
демографии и экономической
социологии Института социально-
политических исследований РАН
(ИСПИ РАН);

Иванова А.Е.,
доктор экономических наук, профессор,
ведущий научный сотрудник Центра
социальной демографии и
экономической социологии ИСПИ РАН;

Гришин А.С.,
аспирант Центра социальной
демографии и экономической
социологии ИСПИ РАН

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ: ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ И ИСТОРИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ

(Исследование проведено при поддержке
гранта РФФИ № 12-06-00018-а)

Если воспользоваться европейским списком предотвратимых причин и возрастными границами предотвратимой смертности, которые получили высокий уровень поддержки среди российских экспертов в разных регионах России, то оказывается, что в середине 2000-х гг. вклад предотвратимой смертности в общую смертность составлял 52,8% для мужчин и 22,4% для женщин.

Международный опыт свидетельствует, что смертность от предотвратимых причин должна снижаться быстрее, чем смертность от непредотвратимых причин, в случае, если здравоохранение работает эффективно.

Так, в Европе в первой половине 1990-х гг. предотвратимая смертность снижалась быстрее, чем общая. Причем, с 1989 г. по 1994 г. общая смертность мужчин снизилась на 6,9%, а предотвратимая – на 8,7%, общая смертность женщин снизилась на 6,2% и предотвратимая – на 6,8%.

При этом, в условиях реализации мер по улучшению всех уровней профилактики предотвратимая

смертность мужчин снижается быстрее, чем – женщин.

В России за этот период (1989-1994 гг.) общая смертность мужчин выросла на 70,7%, предотвратимая – на 69,7%, общая смертность женщин – на 52,1%, предотвратимая – на 53,1%. То есть в период разрушения социальной структуры и ухудшения экономической ситуации в стране и предотвратимая, и не предотвратимая смертность росли примерно с одинаковой скоростью.

Различия в динамике предотвратимой и не предотвратимой смертности стали проявляться в период реструктуризации здравоохранения.

В целом, за весь двадцатилетний период с рубежа 1990-х гг. общая смертность российских мужчин в возрасте до 65 лет снизилась на 25,1%, предотвратимая – на 3,8%, общая смертность женщин этого возраста сократилась на 22,0%, предотвратимая не изменилась (рост на 0,3%).

Таким образом, наблюдалась картина, обратная европейской: тенденции предотвратимой смертности хуже, чем не предотвратимой, что свидетельствует о недостаточной нацеленности политики здравоохранения на решение первоочередных задач охраны здоровья населения.

В странах «старой Европы» предотвратимая смертность снижалась быстрее всего от причин, зависящих от эффективности первичной профилактики (дорожно-транспортные травмы, перинатальная смер-

тность, цирроз печени и рак легких), а наиболее низкие темпы снижения были характерны для причин, зависящих от качества лечения (аппендицит, рак яичка, болезнь Ходжкина и желчекаменная болезнь).

В странах Центральной и Восточной Европы наблюдалась совсем другая картина. Там в связи с переходным периодом отмечались кризисные явления в работе системы здравоохранения, в результате чего предотвратимая смертность росла, и в основном за счет группы болезней, предотвратимых на уровне своевременной диагностики и адекватного лечения.

В России структура предотвратимой смертности оставалась относительно стабильной с доминированием причин, предотвратимых преимущественно мерами первичной профилактики (табл. 1).

При постановке задач снижения смертности от предотвратимых причин перед здравоохранением с очевидностью возникает вопрос об уровнях, до которых она может быть снижена.

Возможно несколько подходов к оценке уровней, основанных на межрегиональном или историческом сопоставлении. Ориентация при расчетах на уровни смертности, достигнутые в прошлом, позволяет назвать такой подход к оценке предотвратимых потерь «историческим», тогда как подход, в котором в качестве ориентира используются наименьшие значения в какой-то территории, можно назвать «территориальным».

Таблица 1

Структура причин предотвратимой смертности населения России в возрасте до 65 лет в 1990-2000-х гг. от групп причин смерти, определяемых тремя уровнями профилактики, %

Причины	1989 г.	1994 г.	1998 г.	2005 г.	2010 г.
Мужчины					
<i>Суммарно</i>	100	100	100	100	100
1-я группа причин, зависящих от первичной профилактики	83,2	82,5	82,8	80,4	79,3
2-я группа причин, зависящих от своевременной диагностики	0,4	0,2	0,3	0,3	0,4
3-я группа причин, зависящих от адекватного лечения	16,4	17,2	16,8	19,3	20,3
Женщины					
<i>Суммарно</i>	100	100	100	100	100
1-я группа причин, зависящих от первичной профилактики	65,7	73,0	70,7	71,7	67,6
2-я группа причин, зависящих от своевременной диагностики	16,0	11,6	15,1	12,3	14,9
3-я группа причин, зависящих от адекватного лечения	18,3	15,4	14,2	16,0	17,6

Первый способ оценки масштабов сверхсмертности (предотвратимой смертности) – это *территориальный подход*. При территориальном подходе можно в качестве целевого использовать уровень смертности других стран. Наиболее часто применяется подход, использующий сравнение с уровнем европейской смертности.

Но сложившийся разрыв в продолжительности жизни не позволяет рассматривать достигнутые развитыми странами уровни продолжительности жизни в качестве реальных современных ориентиров для

России в области снижения смертности.

Уровни смертности в европейских странах для России можно расценивать в качестве отдаленных стратегических целей. Необходимо исходить из реально достигнутых в России показателей, поэтому можно использовать уровень смертности, наименьший в стране, регионе или в данной климатогеографической зоне в текущий период. В настоящий период – это наиболее рациональный подход к оценке резервов снижения смертности населения.

Использование территориального подхода показало, что если бы

достигнутые в некоторых российских регионах результаты были внедрены во всей стране, то в 2005 г. число умерших вследствие причин, смертность от которых предотвратима силами российской медицины и здравоохранения, можно было бы снизить почти на 350 тыс. человек

детского, трудоспособного и раннего пенсионного возрастов, т.е. самых активных в экономическом и социальном плане групп. Хотя в 2010 г. этот показатель вдвое ниже, тем не менее, потеря жизней 155 тыс. человек нанесла ощутимый урон стране (табл. 2).

Таблица 2

Структура предотвратимых потерь российского населения в возрасте до 65 лет в 2005 и 2010 г. от групп причин смерти, объединенных по уровню профилактики (оценка на основании минимальных окружных значений смертности)

Группы причин смерти	2005 г.				2010 г.			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	число	%	число	%	число	%	число	%
Группа 1. Смертность зависит от эффективности первичной профилактики	206283	80,0	58678	67,1	91094	80,7	32285	77,4
Группа 2. Смертность зависит от эффективности вторичной профилактики (раннее выявление болезни)	856	0,3	15725	18,0	329	0,3	2917	7,0
Группа 3. Смертность зависит от эффективности третичной профилактики (адекватное лечение и высокое качество медицинской помощи)	50676	19,7	13079	15,0	21387	19,0	6487	15,6
Всего	257815	100,0	87482	100,0	112810	100,0	41689	100,0

Позитивная динамика потерь от 2005 к 2010 г. определялась снижением предотвратимой смертности от всех групп причин. При этом у женщин опережающими темпами сокращались потери за счет причин группы 2, связанных с ранним выявлением преимущественно онкологической патологии.

У мужчин структуры потерь в 2005 и 2010 г. близки.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости продолжения начатой деятельности по целевой диспансеризации населения. Это поможет выявлять на ранних стадиях не только злокаче-

ственные новообразования женщин и, следовательно, снизить смертность от них.

Второй способ оценки масштабов потерь – это использование *исторического ориентира*. При историческом подходе можно в качестве целевого уровня использовать минимальный уровень смертности за какой-то период на рассматриваемой территории. При этом важно учитывать, *во-первых*, что такими ориентирами не могут служить экстраемальные уровни, достигнутые лишь на короткий промежуток в результате волонтаристских акций (например, в итоге антиалкогольной

кампании), и, *во-вторых*, что социально-экономическая ситуация и система охраны здоровья населения могут принципиально поменяться в течение этого периода. Использование в качестве целевого уровня смертности 1989 г. обосновано тем, что этого уровня Россия достигала как минимум дважды. Поэтому при принятии соответствующих мер снизить смертность до уровня недалекого прошлого страны вполне реально. Общая величина потерь, оцененных с помощью «исторического» подхода, составила около 195 тыс. человек в 2005 г. и около 142 тыс. – в 2010 г. (табл. 3).

Таблица 3

Структура предотвратимых потерь российского населения в возрасте до 65 лет в 2005 и 2010 г. от групп причин смерти, объединенных по уровню профилактики (оценка по отношению к уровню смертности 1989 г.)

Группы причин смерти	2005 г.				2010 г.			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	число	%	число	%	число	%	число	%
<i>Группа 1.</i> Смертность зависит от эффективности первичной профилактики	123505	85,1	40830	82,3	73689	71,3	27081	70,9
<i>Группа 2.</i> Смертность зависит от эффективности вторичной профилактики	422	0,3	2573	5,2	388	0,4	3321	8,7
<i>Группа 3.</i> Смертность зависит от эффективности третичной профилактики	21248	14,6	6185	12,5	29282	28,3	7795	20,4
<i>Всего</i>	145175	100,0	49588	100,0	103359	100,0	38197	100,0

Величину, полученную для 2005 года, можно рассматривать как результат повышения смертности от предотвратимых причин за период осуществления социально-экономических реформ в России.

Эти результаты не учитывают все перипетии динамики смертности на протяжении периода с 1989 г., они оценивают лишь результирующий итог до того момента, когда рост смертности в России прекра-

тился и сложился устойчивый позитивный тренд ее снижения. Не случайно, суммарный объем потерь по всем трем группам предотвратимых причин в 2005 г. среди мужчин на 28,8% превышает потери 2010 г., среди женщин – на 23,0%. Такая оценка связана с тем, что с 2005 г. в России началось устойчивое сокращение смертности взрослого населения от большинства причин, включая предотвратимые, что и сказалось на общем объеме потерь.

Если рассматривать сдвиги на уровне групп предотвратимых причин, то наибольшие изменения коснулись потерь, зависящих от эффективности первичной профилактики, за 2005-2010 гг. они снизились почти в полтора раза, а их вклад в суммарные потери уменьшился с 85,1-82,3% для мужчин и женщин до 71,3-70,9% (табл. 3).

По-прежнему, потери, зависящие от эффективной первичной профилактики, занимают доминирующее место в общих предотвратимых потерях, в сравнении с уровнем конца 1980-х гг., но тенденция их опережающего снижения является, несомненно, оптимистичной. Что касается потерь, определяющихся вторичной профилактикой, а тем более качеством оказания медицинской помощи, то их абсолютные значения выросли, и соответственно увеличился вклад в формирование суммарных потерь. Несмотря на предпринимаемые реформы здравоохранения в последние несколько лет, значимость потерь, определяющихся качеством оказания меди-

цинской помощи, возросла вдвое, достигнув 28,3-20,4% в структуре общих потерь у мужчин и женщин.

Сравнительный анализ результатов применения территориального и исторического подходов к оценке потерь за счет смертности от предотвратимых причин показал следующее. В 2005 г., т.е. в переломный год российской смертности масштабы предотвратимых потерь с использованием территориального подхода (350 тыс. человек) были почти вдвое выше значений, полученных с использованием исторического подхода (195 тыс. человек).

Это свидетельствует о чрезвычайно больших различиях в условиях жизни и оказании медицинской помощи в разных регионах страны, более существенных, чем различия условий жизни и оказания медицинской помощи в советский и постсоветский периоды. К 2010 г. на фоне снижения смертности, в том числе от предотвратимых причин потери снизились до 155 тыс. при использовании территориального и до 142 тыс. при применении исторического подхода. Сближение оценок за столь небольшой промежуток времени связано в первую очередь с сокращением территориальной вариации смертности от предотвратимых причин и соответственно более чем двукратным снижением потерь при использовании территориального подхода к оценке предотвратимых потерь.

Результат ожидаемый, поскольку в неблагополучных территориях, где смертность в последнее пятиле-

тие снижалась опережающими темпами, вклад предотвратимой смертности наибольший.

И в рамках территориального и исторического подходов к оценке предотвратимых потерь центральное место – 75-80% – занимают причины, за сокращение смертности от которых ответственна первичная профилактика. Иными словами, территориальные различия образа жизни населения являются столь же значимым фактором, определяющим смертность от предотвратимых причин, как и сдвиги самосохранительного поведения населения в период реформ в сравнении с советским этапом существования страны.

На фоне сокращения масштабов потерь от предотвратимых причин, оцененных разными методами, структура потерь с 2005 по 2010 г. меняется принципиально в зависимости от того, оценены потери в рамках территориального или исторического подхода.

В рамках территориального подхода единственным заметным сдвигом является уменьшение вклада причин, сокращение потерь от которых зависит от эффективности деятельности здравоохранения, и то этот сдвиг проявился только для женщин.

В рамках исторического подхода сокращение смертности от предотвратимых причин в России произошло преимущественно в результате политики государства в сфере охраны здоровья населения, нацеленной на профилактику заболеваний и

укрепление здоровья. Вместе с тем, потери за счет смертности от причин, зависящих от качества оказания медицинской помощи, растут, что тормозит снижение общих потерь.

Принципиальные различия природы сокращения предотвратимых потерь при разных подходах к их оценке обусловлены методологией расчета. Период 2005-2010 гг. характеризовался в России позитивными сдвигами в уровне жизни населения, а, следовательно, в улучшении условий формирования здоровья. Вместе с тем, значимые проекты в системе здравоохранения только начали разворачиваться, и пока не дали ожидаемого эффекта, что и обусловило результаты исторического подхода. Что касается регионального аспекта, то даже заметные позитивные сдвиги пока не привели к принципиальному изменению территориального профиля смертности, т.е. тех условий, которые определяют условия и образ жизни людей, и деятельность сферы здравоохранения.

Анализ показал, что эффект роста продолжительности жизни в развитых странах был обеспечен прогрессом по всем без исключения направлениям политики: формирование образа жизни, способствующего здоровью; создание благоприятствующих здоровью физических, экономических, социальных условий; переориентация системы здравоохранения на вопросы укрепления здоровья и профилактики болезней.

Политическую и управленческую поддержку необходимым изменени-

ям обеспечивала разработка стратегий и программ по всем направлениям политики, широкое обсуждение экспертным сообществом и достижение согласия по ключевым вопросам, вовлечение населения путем привлечения общественных организаций к процессу выработки решений и мониторингу результатов. Таким образом, только комплексный подход, воздействующий на все основные детерминанты здоровья, дает позитивный результат. Имея в виду отставание России и большинства ее территорий по всем индикаторам, характеризующим образ и условия жизни населения, а также ориентацию здравоохранения на сокращение предотвратимых потерь, следует помнить, что для получения существенных результатов европейским странам пришлось пройти путь, длиной не одно десятилетие. Даже с учетом активного внедрения на российских территориях готовых апробированных решений, нельзя рассчитывать, что те же результаты могут быть получены за несколько лет.

В связи с этим, основными направлениями демографической политики в сфере снижения смертности должны стать:

- 1) сокращения разрыва в продолжительности жизни населения страны с государствами, обладающими аналогичным социально-экономическим потенциалом;
- 2) снижение масштабов сверхсмертности от предотвратимых причин преимущественно в трудоспособных возрастах, что обеспечивает наиболее экономически эффективный путь роста продолжительности жизни населения, его трудового, репродуктивного и в целом – жизненного потенциала;
- 3) уменьшение различий в смертности разнородных по уровню доходов, образования, профессии социальных групп с тем, чтобы обеспечить устойчивое сокращение потерь продолжительности жизни населения в целом.

Список литературы:

1. Иванова А.Е., Рязанцев С.В. Смертность от алкоголя и табакокурения в России // Миграционные мосты в Евразии: Материалы V международной конференции «Трудовая миграция в Российской Федерации: предотвращение трудовой эксплуатации, стимулирование социально-экономического развития, совершенствование регулирования» и международной школы для молодых ученых «Междисциплинарные подходы к исследованию миграции населения». – М.: Экон-информ, 2013. – С. 74.
2. Иванова А.Е. Потребность населения в долголетию и степень ее реализации // Социологические исследования. – 2013. – № 2. – С. 120-128.
3. [3. Ссылка на наши журналы](#)