



**«Этнодемографические процессы в странах  
и регионах Евразии: исторический опыт,  
современное состояние, перспективы развития»**

**В.В.Фаузер**

**СМЕРТНОСТЬ  
НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКИХ  
ПОСЕЛЕНИЙ ДАЛЬНЕГО И  
СРЕДНЕГО СЕВЕРА  
РЕСПУБЛИКИ КОМИ**

**СЫКТЫВКАР 2007**

Научный совет РАН по исторической демографии  
и исторической географии  
Институт языка, литературы и истории Коми НЦ УрО РАН  
Институт российской истории РАН  
Институт истории и археологии УрО РАН

Серия препринтов  
«Научные доклады по исторической демографии  
и исторической географии»

Выпуск 5

**В.В.Фаузер**

## **СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ ДАЛЬНЕГО И СРЕДНЕГО СЕВЕРА РЕСПУБЛИКИ КОМИ**

*Доклад на пленарном заседании  
Всероссийской научной конференции по исторической демографии  
«Этнодемографические процессы в странах и регионах Евразии:  
исторический опыт, современное состояние, перспективы развития»  
(Сыктывкар, 28-30 августа 2007 г.)*

Сыктывкар 2007

**Фаузер В.В. Смертность населения городских поселений Дальнего и Среднего Севера Республики Коми.** – Сыктывкар, 2007. – 36 с. (Серия препринтов «Научные доклады по исторической демографии и исторической географии»; Вып. 5).

В работе рассматриваются проблемы смертности населения России и Республики Коми за последние 15-17 лет. Особое внимание уделяется смертности городского населения Дальнего и Среднего Севера, чья экономика тесно связана с отраслями топливно-энергетического комплекса. Даются рекомендации по снижению смертности и увеличению ожидаемой продолжительности жизни.

Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ, грант № 06-02-00228а «Формирование человеческих ресурсов топливно-энергетического комплекса северного региона с учетом демографической динамики»

*Редакционная коллегия*

И.Л. Жеребцов (отв. Редактор), Г.Е. Корнилов, Е.Н. Рожкин (отв. Секретарь), В.А. Семёнов, А.С. Сенявский, В.В. Фаузер, Ю.П. Шабает.

*Рецензенты:*

доктор экономических наук, профессор В.Ф.Скляр  
кандидат экономических наук, доцент Е.В.Истомина

© Институт языка, литературы и истории Коми НЦ УрО РАН, 2007  
© В.В. Фаузер, 2007

## Введение.

На формирование населения в количественном и качественном отношении существенное воздействие оказывает смертность. Наряду с рождаемостью она составляет основу воспроизводства населения и от ее параметров население может либо расти, либо уменьшаться. Смертность как социально-биологическое событие может быть естественна и произойти в отведенное природой время, а может быть и преждевременной. Обычно смерть ассоциируется со старостью и желанием человека дожить до 70-100 лет. Разнообразие суждений о старости впечатляет: от мрачного откровения отца протестантизма Мартина Лютера: «Старость – это живая могила» до своеобразной иронии французского писателя нашего времени Андре Моруа: «Старость – дурная привычка, для которой у активных людей нет времени».

Во все века ученые–мыслители рассуждали о продолжительности человеческой жизни. Согласно суждениям древних китайских мудрецов, царя Соломона, греческого историка Геродота, древнеиндийских создателей системы Упанишад представителям человеческого рода отводилось 70-80 лет. В Средневековье и эпоху Возрождения представления о длительности человеческой жизни были весьма пессимистичны. Считалось, что старость у женщин наступает к 30 годам, у мужчин – к 50, а 60 лет – предел человеческой жизни.

Суждения ученых конца XIX – начала XX вв. были более оптимистичными. Они определяли этот срок в 100-120 лет (И.Р. Тарханов, Ю.-Р. Майер). Советский физиолог А.А. Богомолец пошел еще дальше, утверждая, что нормальное долголетие – 125-150 лет, но и это еще не предел.

Древние латиняне проявляли поразительную приверженность к формуле: «Помни о смерти». Однако мысль о смерти не мешает людям жить. О смерти думают люди всех возрастов. Но особую остроту и глубину эти мысли приобретают в старости. Даже взрослый человек, уже переживший горе потерь и знающий как хрупка, зависима от ничтожных случайностей человеческая жизнь, и тот не всегда в силах представить самоощущение, когда перед ним встанет реальность – смерть.

Любой живой организм, достигая определенного совершенства в своем развитии, незаметно приближается к гибели. И в этом суть неумолимого закона жизни, который, впрочем, человек издавна стремится обмануть. Этот самообман состоит в идее бессмертия.

Однако к этому нет однозначного подхода. Английский философ Г. Спенсер и немецкий зоолог А. Витеман выступали против увеличения продолжительности человеческой жизни, порой приближаясь к первобытному тезису уничтожения стариков. К сожалению, и в современном мире еще встречаются люди, которые требуют сократить усилия общества, связанные с увеличением

сроков человеческой жизни, обосновывая это экономическими издержками, которые вынуждено нести трудоспособное население.

В демографической науке под смертностью понимается процесс вымирания поколений, один из главных подпроцессов воспроизводства населения. Особый интерес природа смертности представляет на рубеже XX–XXI вв. Современный демографический кризис обусловлен наряду со снижением рождаемости резким ростом смертности. Сегодня можно утверждать, что именно в снижении смертности и укреплении здоровья населения, а не в повышении рождаемости, следует искать реальные возможности воздействия на демографические процессы, оптимизацию параметров его воспроизводства. Но и их реализация потребует времени и больших затрат, изменения стандартов поведения общества, его отдельных групп [13, с. 10].

Существуют и другие причины, порождающие необходимость детального анализа тенденций смертности и продолжительности жизни. К их числу исследователи относят следующие: специфика социально-экономического и политического развития России обусловила, с одной стороны, значительное отставание России в снижении смертности от большинства индустриальных держав мира, с другой стороны, существование выраженной индивидуальной структуры смертности как по полу и возрасту, так и по отдельным причинам.

Россия вследствие распада СССР превратилась в самостоятельную демографическую совокупность, изменение численности которой в определяющей степени зависит от внутренних – эндогенных – параметров, т.е. от соотношения рождаемости и смертности; для России, превратившейся в результате распада СССР в крупнейшее славянское и европейское государство, показатели продолжительности жизни и младенческой смертности приобретают важнейшее политическое значение; снижение численных потерь населения в условиях депопуляции при очевидной невозможности радикального изменения уровня рождаемости превращает задачу снижения смертности в одну из приоритетных задач государственной политики [9, с.6]. Данные причины в полной мере относятся к каждому региону Российской Федерации, в том числе и к Республике Коми.

При подготовке доклада были использованы официальные данные Комистата за 1990-2006 гг., результаты социологических опросов, а также публикации отечественных демографов по проблемам смертности и продолжительности жизни.

## **1. Общая характеристика уровня смертности в Республике Коми в 1990-2000-е гг.**

Изучая динамику смертности населения, необходимо учитывать ее специфические особенности в районах Севера. Это обусловлено и образом жизни в этих районах, и отраслевой структурой производства, формированием и этническим составом населения, и рядом других обстоятельств. Подробно в докладе уровень смертности будет рассмотрен за 1990-2006 гг. Однако если обратиться к статистике смертности за более длительный период времени, то можно отметить следующее. В конце XIX – начале XX вв. показатель общего коэффициента смертности в Коми крае колебался в пределах 26-46 человек в расчете на 1000 человек населения. В годы гражданской войны и в последующие годы разрухи смертность оставалась довольно высокой и имела тенденцию к росту. С 1925 по 1935 гг. наблюдалось плавное снижение смертности. Отсюда выделяется лишь 1933 г. – год, когда в России был небывалый голод, вызванный неурожаем. После 1935 г. имеются только разрозненные сведения по отдельным периодам, но, судя по ним, в предвоенные и военные годы смертность населения была довольно высокой. В 1930-е гг. это было вызвано массовыми репрессиями, особым составом населения и слабым развитием материальной и кадровой базы здравоохранения. В 1940-е гг., т.е. годы военных действий, причины высокой смертности понятны.

Перелом в смертности населения наступил в послевоенные годы. С 1948 по 1965 гг., с некоторыми отклонениями, уровень смертности постоянно снижался. В дальнейшем начались резкие колебания уровня смертности населения. В период с 1966 по 1983 гг. общий коэффициент смертности увеличился в 1,3 раза. С середины 1980-х гг. в республике и в России в целом произошли изменения в уровне смертности населения в связи с большими социальными преобразованиями, резким началом реформ и их ходом во всех сферах жизни.

В динамике смертности населения с 1985 по 2000 гг. можно выделить несколько этапов: снижение в 1985-1987 гг., повышение в 1988-1994 гг. и вновь снижение с 1995 г. (одной из ведущих причин снижения смертности в 1985-1987 гг. многие специалисты считают антиалкогольную кампанию). С 1988 г. смертность вновь стала расти по мере свертывания антиалкогольных мероприятий, началом реформ в 1992 г. и достигла своего максимума в 1994 г. Уровень смертности в республике в 1994 г. превысил уровень 1987 г. в 2,0 раза. С 1995 г. ситуация начала немного улучшаться, но с 1999 г. вновь наметилось повышение. Такая динамика уровня смертности наглядно подтверждает ее социально-экономическую зависимость [24, с. 49].

Рост общих коэффициентов смертности продолжался пять лет, а затем с 2004 г. и по настоящее время произошел ее спад. Следует также обратить вни-



мание, что уровень смертности на селе традиционно выше, чем в городской местности. Причем этот разрыв увеличивается. Например, если в 1990 г. уровень смертности на селе был в 1,4 раза выше, чем в городах, то в 2006 г. уже в 1,5 раза. Теперь если сравнить величину общих коэффициентов смертности за 1990-2006 гг., то видно, что они выросли примерно в два раза. Наглядно это можно представить следующими цифрами: в 1990 г. из расчета на 1000 человек на селе умирало на 2,7 человека больше, чем в городской местности, а в 2006 г. разница уже составила 5,8 человек, налицо двойное повышение (табл. 1).

*Таблица 1*

Динамика общего коэффициента смертности населения Республики  
Коми за 1990–2006 гг., на 1000 человек населения

Год	Все население	Городское население	Сельское население	Год	Все население	Городское население	Сельское население
1990	7,5	6,8	9,5	1999	11,5	10,4	14,9
1991	7,9	7,1	10,3	2000	12,9	12,0	15,9
1992	9,4	8,5	12,1	2001	13,5	12,3	17,1
1993	12,2	11,2	15,2	2002	14,9	13,4	19,6
1994	13,7	12,7	16,7	2003	15,6	14,1	20,5
1995	13,2	12,3	15,7	2004	15,2	13,6	19,9
1996	12,2	11,0	15,8	2005	15,2	13,7	20,0
1997	11,1	9,9	14,7	2006	13,8	12,4	18,2
1998	10,6	9,5	14,0				

В разрезе отдельных административно-территориальных образований Республики Коми можно выделить следующие особенности. Во-первых, в четырех городах из семи общие коэффициенты смертности были существенно ниже, чем по республике в целом. Это относится к городам Воркута, Вуктыл, Инта и Усинск. Во-вторых, в двух городах Печоре и Сосногорске уровень смертности был выше, чем в среднем по республике. В-третьих, в особом ряду стоит город Ухта. Здесь до 2001 г. смертность была выше, чем по республике в среднем, а затем она стала снижаться и составила в 2006 г. 12,7‰ против 13,8‰ по Республике Коми (табл. 2).

Таблица 2

Динамика общего коэффициента смертности населения административно-территориальных образований Республики Коми за 1990-2006 гг., на 1000 человек населения

Год	Административно-территориальные образования							
	Республика Коми	Воркута	Вуктыл	Инта	Печора	Сосногорск	Усинск	Ухта
1990	7,5	5,0	4,9	6,4	8,2	8,6	3,8	8,0
1991	7,9	5,1	5,0	5,8	7,9	9,2	4,0	8,0
1992	9,4	6,6	6,6	7,8	10,0	11,2	4,7	9,5
1993	12,2	9,0	10,0	10,3	13,3	14,1	6,6	12,4
1994	13,7	11,0	12,8	11,7	15,5	15,4	6,8	13,8
1995	13,2	10,8	10,9	10,7	13,6	14,6	7,8	13,4
1996	12,2	9,6	10,2	10,3	12,9	14,1	6,9	11,4
1997	11,1	8,3	10,0	9,5	11,3	12,9	5,8	11,6
1998	10,6	7,6	8,3	9,3	11,2	12,3	5,4	11,0
1999	11,5	8,0	9,5	10,7	13,0	12,5	6,6	11,6
2000	12,9	9,3	11,7	11,4	15,2	15,8	8,2	13,2
2001	13,5	9,5	12,7	12,8	15,9	15,3	9,6	13,7
2002	14,9	10,7	13,8	14,0	16,4	16,4	9,6	14,1
2003	15,6	11,8	15,1	13,8	18,1	17,8	9,9	13,9
2004	15,2	11,9	13,6	14,0	17,8	16,7	9,5	13,2
2005	15,2	12,2	15,0	14,1	17,9	16,4	10,2	13,5
2006	13,8	10,3	12,2	13,7	16,2	15,8	8,9	12,7

Общие коэффициенты смертности могут расти по двум причинам: идет абсолютное увеличение числа умерших (числитель формулы) или значительно уменьшается среднегодовая численность населения (знаменатель формулы). Выше мы уже отмечали, что во всех описываемых административно-территориальных образованиях произошло уменьшение численности населения, причем существенно. Значит основной причиной роста уровня смертности стал абсолютный рост числа умерших. Действительно, анализ смертности показывает, что в 2006 г. умерло 13,5 тыс. человек, что на 4,2 тыс. человек больше, чем умерло в 1990 г., рост 145,0% (табл. 3).

Таблица 3

Динамика числа умерших в Республике Коми за 1990–2006 гг., человек

Год	Число умерших			Год	Число умерших		
	все население	городское население	сельское население		все население	городское население	сельское население
1990	9321	6463	2858	1998	11545	7813	3732
1991	9665	6634	3031	1999	12253	8346	3907
1992	11426	7844	3582	2000	13594	9503	4091
1993	14642	10140	4502	2001	13968	9578	4390
1994	16074	11241	4833	2002	15265	10300	4965
1995	15057	10674	4383	2003	15810	10694	5116
1996	13674	9285	4389	2004	15210	10299	4911
1997	12244	8254	3990	2005	15074	10220	4854
				2006	13519	9169	4350



В 1990 г. в структуре умерших доля городских жителей составляла 69,3%, в 2000 г. – 69,9%, а в 2006 г. – 67,8%. В тоже время если посмотреть на расселение населения, то видно, что доля городского населения составляет в среднем за эти годы 75-76% [7, с. 7]. Из этого следует, что интенсивность вымирания на селе значительно выше, чем в городской местности.

За 1990-2006 гг. в Республике Коми умерло 228 тыс. 341 человек. Из них на города, чья экономика связана с отраслями ТЭК, приходится 103 тыс. 402 человека или 45,3% от общего числа умерших. Если посмотреть на этот процесс в динамике, то можно отметить следующее. В 1990 г. численность семи городов составляла 685,0 тыс. человек (54,8%), а число умерших 4376 человек или 46,9%. На 1 января 2007 г. численность населения составляла 470,6 тыс. человек или 48,3%, а число умерших 5943 человека или 44,0% (табл. 4).

Таблица 4

Динамика числа умерших по административно-территориальным образованиям Республики Коми за 1990-2006 гг., человек

Год	Административно-территориальные образования							
	Республика Коми	Воркута	Вуктыл	Инта	Печора	Сосногорск	Усинск	Ухта
1990	9321	1072	131	452	761	537	272	1151
1991	9665	1079	129	403	721	565	284	1147
1992	11426	1353	165	523	893	683	318	1361
1993	14642	1769	243	673	1164	854	442	1755
1994	16074	2063	300	739	1324	916	439	1932
1995	15057	1899	249	654	1127	848	480	1839
1996	13674	1602	229	607	1037	807	407	1546
1997	12244	1327	218	537	873	725	335	1559
1998	11545	1179	175	507	842	683	305	1463
1999	12253	1197	194	566	941	683	362	1522
2000	13594	1346	230	575	1060	850	442	1712
2001	13968	1327	241	624	1083	812	514	1762
2002	15265	1458	255	659	1094	865	509	1792
2003	15810	1563	274	628	1188	929	522	1767
2004	15210	1534	242	623	1162	861	502	1678
2005	15074	1529	262	610	1150	838	535	1715
2006	13519	1254	208	574	1027	800	465	1615

Такое несоответствие между долей населения и долей умерших объясняется тем, что с Дальнего и Среднего Севера идет «вывоз смертей» в южнее расположенные районы. Но это процесс закономерный и в перспективе такая динамика должна только прогрессировать.

В анализируемый период времени максимальное число умерших в республике было в 1994 г. – 16074 человек. В большинстве городов пик смертности совпал с республиканским максимумом, исключение составляют г. Сосногорск (2003 г. – умерло 929 человек) и г. Усинск (2005 г. – умерло 535 человек). В це-

лом можно заключить, что рост или сохранение абсолютного уровня смертей в северных городах при резком снижении численности населения явление крайне отрицательное и свидетельствует о постарении населения и недостаточной реализации программы переселения северян.

## 2. Половозрастные различия в уровне смертности.

Особый интерес при анализе смертности представляют повозрастные коэффициенты смертности [12, с. 13], рассчитанные отдельно для мужчин и женщин, поскольку они наиболее точно отражают ситуацию с воспроизводством населения. Рассмотрение данных коэффициентов в динамике позволяет оценить, в какой мере снижение (или рост) смертности затронуло те или иные возрастные группы, каким был вклад каждой возрастной группы в общий рост (или снижение) средней продолжительности жизни (табл. 5).

Таблица 5

Возрастные коэффициенты смертности населения Республики Коми по полу за 1990-2005 гг., на 1000 человек населения соответствующего пола и возраста

Возраст, лет	Мужчины				Женщины			
	1990 г.*	1995 г.*	2000 г.**	2005 г.**	1990 г.*	1995 г.*	2000 г.**	2005 г.**
Всего умерших	8,1	15,1	15,3	18,7	6,7	10,6	10,7	12,0
из них в возрасте:								
0 – 4	3,7	1,1	2,8	2,6	2,8	0,8	3,5	1,9
5 – 9	0,6	0,6	0,8	0,4	0,1	0,4	0,4	0,4
10 – 14	0,6	0,8	0,6	0,8	0,2	0,3	0,2	0,4
15 – 19	1,6	2,4	2,3	1,4	0,4	0,7	0,8	0,9
20 – 24	2,4	4,6	4,6	4,7	0,7	1,0	1,2	1,2
25 – 29	3,3	5,7	6,5	6,9	1,0	1,9	1,8	2,1
30 – 34	4,5	8,2	7,6	9,4	1,1	2,4	2,1	3,0
35 – 39	5,3	11,7	9,4	12,8	1,2	3,6	3,0	4,1
40 – 44	7,5	15,1	14,0	18,6	1,9	5,2	3,5	5,7
45 – 49	13,1	20,8	19,4	24,1	3,9	7,2	5,6	7,7
50 – 54	16,0	31,6	28,6	33,2	5,9	12,9	9,7	11,8
55 – 59	27,3	42,0	40,6	45,3	8,8	16,4	14,3	15,4
60 – 64	39,8	60,3	53,2	59,8	16,3	25,2	19,4	22,4
65 – 69	51,9	81,7	74,5	70,3	26,2	36,7	32,0	29,0
70 и более	105,3	128,2	115,8	132,7	81,6	97,9	86,9	84,8

\* Фаузер В.В., Рожкин Е.Н., Загайнова Г.В. Республика Коми в XX веке: демография, расселение, миграция. – Сыктывкар, 2001. – С. 53.

\*\* Здоровоохранение, образование, жилищный фонд, агропромышленный комплекс Республики Коми в условиях реализации приоритетных национальных проектов: Статистический сборник. – Сыктывкар, 2007. – С. 8.

Как следует из табл. 5, в период с 1990 по 2005 гг. увеличение смертности произошло практически во всех возрастных группах, как у мужчин, так и у женщин. Однако процесс вымирания у мужчин и у женщин имеет некоторое отличие. Так у мужчин в возрасте 0-9 и 15-19 лет произошло уменьшение интенсивности по возрастной смертности, а у женщин в возрасте 0-4 года. Снижение смертности в молодых возрастах следует считать явлением положительным. Но наряду с положительной динамикой имеет место резкое ухудшение по возрастной смертности в возрасте 20-54 лет у мужчин и в возрасте 20-59 лет у женщин – примерно в 2 раза, а иногда и выше, то есть в наиболее активных и плодотворных во всех отношениях возрастах. Не случайно в 1990-е гг. в научной литературе прочно утвердился термин «преждевременная смертность». В тоже время рост по возрастной смертности в возрастах старше 55 лет, в первую очередь у мужчин, следует признать явлением положительным

Существенное значение в анализе уровня смертности имеют не только ее по возрастные различия, но и различия в уровне смертности по полу. Их изучение, помимо научного интереса, имеет большое народно-хозяйственное значение и важный социальный аспект. Если обратиться к показателю мужской сверхсмертности (отношение возрастного коэффициента смертности мужчин к возрастному коэффициенту смертности женщин), то можно заметить, что практически во всех возрастах смертность мужчин выше смертности женщин, исключение составляют возраста 0-4 года в 2000 г. и 5-9 лет в 2005 г. (табл. 6).

*Таблица 6*

Динамика показателя мужской сверхсмертности населения  
Республики Коми за 1990-2005 гг.

Возраст, лет	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.
Всего умерших	1,21	1,42	1,43	1,56
из них в возрасте:				
0 – 4	1,32	1,37	0,80	1,37
5 – 9	6,00	1,50	2,00	1,00
10 – 14	3,00	2,67	3,00	2,00
15 – 19	4,00	3,43	2,88	1,56
20 – 24	3,43	4,60	3,83	3,92
25 – 29	3,30	3,00	3,61	3,29
30 – 34	4,09	3,42	3,62	3,13
35 – 39	4,42	3,25	3,13	3,12
40 – 44	3,95	2,90	4,00	3,26
45 – 49	3,36	2,89	3,46	3,26
50 – 54	2,71	2,45	2,95	2,81
55 – 59	3,10	2,56	2,84	2,94
60 – 64	2,44	2,39	2,74	2,67
65 – 69	1,98	2,23	2,33	2,42
70 и более	1,29	1,31	1,33	1,56

В 1990 г. показатель мужской сверхсмертности был максимальным в возрасте 5-9 лет и более, чем в три раза в возрастах 10-49 и 55-59 лет. В 1995 г. трехкратное превышение мужской смертности было уже только в возрастах 15-39 лет, в 2000 и 2005 гг. в возрастах 20-49.

Безусловно, некоторая разница в женской и мужской смертности закономерна. В научной литературе существует точка зрения, согласно которой половые различия в смертности в течение внутриутробного и послеродового периода, в период младенчества, раннего детства и даже в период совершеннолетия обусловлены биологическими факторами, так как лица обоего пола живут в совершенно идентичных условиях [5, с.144]. Однако такую значительную разницу в уровне смертности мужчин и женщин объяснить чисто биологическими факторами просто нелогично. По-видимому, главная причина все-таки кроется в различиях образа жизни мужчин и женщин, живущих «в совершенно идентичных условиях». Это дает основания надеяться на улучшение ситуации со смертностью населения в случае, если идея здорового образа жизни будет возведена в ранг национальной идеи, нехватку которой наше общество испытывает уже давно.

Как следствие значительной разницы в повозрастной смертности мужчин и женщин и крайне высокого уровня смертности мужчин в трудоспособном возрасте, основная часть мужского населения умирает в трудоспособном возрасте, тогда как женского – за его пределами. Это хорошо видно при анализе данных табл. 7.

Таблица 7

Распределение умерших по полу и возрасту в Республике Коми за 1990–2006 гг., % к общему числу умерших

Год	Возраст, лет								
	Все население			Городское население			Сельское население		
	0–14	15–59	60 и старше	0–14	15–59	60 и старше	0–14	15–59	60 и старше
Оба пола									
1990	4,7	42,2	53,1	5,0	44,4	50,6	4,0	37,2	58,8
2000	1,7	42,3	56,0	1,8	45,5	52,7	1,7	34,7	63,6
2003	1,3	47,1	51,6	1,3	49,2	49,5	1,2	42,8	56,0
2006	1,1	47,5	51,4	1,1	48,3	50,6	1,1	45,9	53,0
Мужчины									
1990	5,3	59,0	35,7	5,7	59,8	34,5	4,4	57,0	38,6
2000	1,6	56,2	42,2	1,6	59,7	38,7	1,6	47,6	50,8
2003	1,3	59,3	39,4	1,2	61,1	37,7	1,4	55,8	42,8
2006	1,1	61,1	37,8	1,1	61,6	37,3	1,1	60,2	38,7
Женщины									
1990	4,0	21,4	74,6	4,1	24,2	71,1	3,7	15,7	80,6
2000	1,9	24,2	73,9	1,9	26,7	71,4	1,8	19,1	79,1
2003	1,3	30,0	68,7	1,4	32,4	66,2	0,9	25,5	73,6
2006	1,2	29,2	69,6	1,3	30,3	68,4	1,0	26,9	72,1

В период с 1990 по 2006 гг. ситуация со смертностью стала менее благоприятна по сравнению с относительно благополучными 1985–1990 гг. – значительно выросла доля умерших в возрасте 15–59 лет (с 42,2% до 47,5%). Увеличение доли умерших в экономически активных возрастах характерно и для мужчин (с 59,0% до 61,1%) и для женщин (с 21,4% до 29,2%). В рассматриваемый период среди умерших сократилась доля детей до 14 лет и среди мужского и среди женского населения.

Что касается лиц старших возрастов – после 60 лет, то здесь у мужчин и женщин разная динамика. Доля мужчин, умерших после 60 лет, несколько увеличилась: с 35,7% в 1990 г., до 37,8% в 2006 г. Такая направленность – явление положительное. У женщин же наоборот, уменьшилась доля умирающих после 60 лет с 74,6% до 69,6%. Город и село имели одинаковую динамику смертности. К числу положительных явлений можно отнести то, что во всех рассматриваемых совокупностях уменьшилась доля детей умерших до 14 лет [7, с. 15-16].

### **3. Ожидаемая продолжительность жизни: состояние и перспективы роста.**

Повозрастные различия в уровне смертности мужчин и женщин обусловили и значительную разницу в средней продолжительности жизни (табл. 8). Анализируя названный показатель, необходимо отметить, что он выступает не только измерителем собственно уровня смертности, но и, в соответствии с рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения, является характеристикой уровня и качества жизни населения [19, с.71], состояния его здоровья.

*Таблица 8*

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении населения Российской Федерации и Республики Коми за 1990-2005 гг., лет

Год	Российская Федерация			Республика Коми		
	оба пола	мужчины	женщины	оба пола	мужчины	женщины
1990	69,2	63,8	74,3	68,2	62,8	73,5
1991	69,0	63,5	74,3	67,9	62,3	73,5
1992	67,9	62,0	73,8	65,5	59,8	71,8
1993	65,1	58,9	71,9	62,0	56,2	68,9
1994	64,0	57,6	71,2	60,4	54,3	68,0
1995	64,6	58,2	71,7	60,9	54,6	68,6
1996	65,9	59,8	72,5	62,9	56,9	69,8
1997	66,6	60,8	72,9	64,9	59,2	71,1
1998	67,0	61,3	72,9	65,4	59,5	71,9
1999	65,9	59,9	72,4	64,9	59,1	71,3
2000	65,0	58,9	72,4	63,5	57,7	70,0
2001	65,3	59,0	72,3	63,4	57,3	70,4
2002	64,8	58,5	72,0	62,2	56,2	69,2
2003	65,1	58,8	72,0	61,5	55,5	68,7
2004	65,3	58,9	72,3	62,2	56,1	69,3
2005	65,3	58,9	72,4	62,3	56,0	69,5

Предваряя анализ ожидаемой продолжительности жизни необходимо отметить, что в соответствии с Программой действий, принятой на Международной Каирской конференции 1994 г., все страны должны стремиться к тому, чтобы в 2005 г. ожидаемая продолжительность жизни для обоих полов превысила 70 лет [1, с. 75]. Сегодня уже стало очевидным, что к 2005 г. Россия и Республика Коми даже не приблизились к этому показателю. В 2005 г. показатель ожидаемой продолжительности жизни по России для обоих полов составил – 65,3 года, а по республике – 62,3 года. Таким образом, России удалось достичь того уровня, который рекомендуется для стран с самой высокой смертностью – им рекомендовано достичь ожидаемой продолжительности жизни для обоих полов превышающей 65 лет, для республики и эта планка оказалась недостижимой.

В динамике средней продолжительности жизни населения Республики Коми за последние 16 лет можно выделить условно три периода: снижение ожидаемой продолжительности жизни в 1990-1994 гг. на 7,8 года (у мужчин на 8,5 и у женщин на 5,5 года), затем до 1999 г. ее рост на 5,0 года (у мужчин на 5,2 и у женщин на 3,9 года, 1998 г.), после чего началось ее практически постоянное снижение (колебания в пределах года можно пока не брать в расчет). Однако, несмотря на рост в последние два года ее величина в 2005 г. она была ниже, чем в 1990 г. на 5,9 года (у мужчин на 6,8 и у женщин на 4,0 года).

Драматичным выглядит показатель ожидаемой продолжительности жизни мужчин, уровень которой позволяет «дожить» мужчинам республики до пенсионного возраста, с учетом северных льгот (мужчины в Республике Коми выходят на пенсию в 55 лет, а женщины – в 50 лет) и один год получать пенсию, российским мужчинам и этого не дано. По показателю ожидаемой продолжительности жизни Россия занимает 134-е место в мире для мужчин и 100-е – для женщин. При сохранении нынешних половозрастных показателей смертности из числа родившихся мальчиков в России лишь 50% доживет до 60 лет (т.е. до пенсионного возраста). Для девочек показатель дожития до пенсионного возраста составляет более 80%. За последние 10 лет состояние здоровья населения России не улучшилось, а ухудшилось. Средняя продолжительность жизни граждан на 10-12 лет ниже, чем в странах с развитой экономикой, и это отставание продолжает нарастать [6, с. 147].

С 1990 г. по 1995 г. разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между полами значительно увеличился с 10,7 до 14,0 лет, затем он несколько сократился – до 11,9 лет в 1997 г. и новое увеличение в продолжительности жизни до 13,5 лет в 2005 г. Такая же тенденция наблюдается и в России. При этом надо

отметить, что продолжительность жизни у женщин и у мужчин в стране выше, чем в республике.

В тоже время хорошо известно, что обусловленная биологическими факторами разница между женской и мужской продолжительностью жизни составляет лишь 2-3 года [5, с.151]. Остальные 10 лет – это цена различий в образе жизни. Мы имеем в виду не только вредные привычки, но и весь комплекс социальных факторов: и то, что у мужчин в среднем более тяжелый характер труда, часто связанный с риском; и то, что для них характерно более пренебрежительное отношение к своему здоровью; и то, что значительная часть мужчин не имеет возможности создать семью из-за половых диспропорций в составе населения, и многое другое. Надо заметить, что весь комплекс социально-экономических мероприятий, принятый в области демографической политики, до сих пор касался в основном женщин, хотя давно известно, что «женский организм по своей природе является более жизнеспособным, и поэтому женщины должны рассматриваться как сильный пол, а отнюдь не как слабый» [20, с. 120]. На наш взгляд, создание приоритетных условий жизнедеятельности должно относиться к мужчинам в не меньшей степени, чем к женщинам.

При общем невысоком уровне средней продолжительности жизни в северных городах Республики Коми она также не отличается высокими показателями и лучшей динамикой (табл. 9).

*Таблица 9*

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении по административно-территориальным образованиям Республики Коми за 1988-2004 гг., лет

Административно-территориальные образования	Год					
	1988-1989	1995	2000	2002	2003	2004
Оба пола						
Республика Коми	68,4	60,9	63,5	62,2	61,5	62,2
Городское население	-	61,1	63,9	63,1	62,7	63,2
Сельское население	-	60,0	62,4	59,3	58,1	59,3
Воркута	67,6	60,0	71,1	66,7	66,3	63,4
Вуктыл	72,2	66,4	67,3	64,4	64,5	62,1
Инта	67,6	65,7	69,2	64,6	66,7	63,5
Печора	66,1	61,3	66,0	63,7	62,2	60,6
Сосногорск	71,1	57,9	62,0	62,0	61,4	62,6
Усинск	66,9	62,8	72,5	66,8	67,0	63,2
Ухта	67,3	60,6	64,1	64,1	64,7	65,3



Административно-территориальные образования	1988-1989	1995	2000	2002	2003	2004
Мужчины						
Республика Коми	63,3	54,6	57,7	56,2	55,5	56,1
Городское население	-	54,7	57,9	57,1	56,5	56,9
Сельское население	-	54,1	57,2	53,5	52,4	53,7
Воркута	61,9	51,9	64,5	61,0	60,7	57,2
Вуктыл	67,0	60,5	62,7	59,3	61,6	55,6
Инта	62,4	58,7	62,7	58,8	59,2	56,6
Печора	61,0	56,7	61,9	58,4	56,8	54,2
Сосногорск	66,2	49,1	57,3	55,9	57,0	56,1
Усинск	60,7	60,4	66,8	63,5	56,7	57,8
Ухта	62,5	52,9	58,8	58,0	59,3	58,9
Женщины						
Республика Коми	72,9	68,6	70,0	69,2	68,7	69,3
Городское население	-	68,7	70,4	69,8	69,5	70,1
Сельское население	-	68,0	68,8	67,3	66,0	66,8
Воркута	73,1	71,2	77,1	72,9	69,6	70,4
Вуктыл	77,3	74,4	72,6	71,5	68,3	70,2
Инта	72,0	74,7	76,3	70,9	73,7	69,9
Печора	71,3	67,7	71,3	70,2	69,2	66,4
Сосногорск	75,5	65,2	67,4	69,8	67,2	70,5
Усинск	74,1	77,1	78,3	72,8	75,0	70,2
Ухта	72,1	68,6	70,4	71,1	70,8	72,4

Из представленных данных видно, что в 2004 г. самая низкая продолжительность жизни у мужчин была в г. Печоре (54,2 лет), г. Вуктыле (55,6 лет), в г. Сосногорске (56,1 лет) и г. Инте (56,6 лет), что ниже, чем в целом у городских мужчин (56,9 лет). По ожидаемой продолжительности жизни женского населения в худшем положении находятся г. Печора (66,4 лет) и г. Инта (69,9 лет), где данный показатель ниже республиканского уровня (70,1 лет). В остальных городах продолжительность жизни выше, чем в среднем по республике. Также необходимо отметить, что во всех городах республики за прошедшие пятнадцать лет средняя продолжительность жизни уменьшилась. Исключение составили женщины г. Ухты, где средняя продолжительность жизни увеличилась с 72,1 до 72,4 лет.

Анализируя среднюю продолжительность жизни как интегральный показатель смертности, возникает вопрос о ее тенденции в перспективе. Так, еще в середине 1990-х гг. А.Я. Кваша отмечал, что если в отношении рождаемости ожидать устойчивого многолетнего ее роста нереалистично, то в отношении смертности есть принципиальные возможности и достаточно существенные ре-

зервы. При этом важно понимать, что для стабильного роста продолжительности жизни потребуются не только большие и многолетние капиталовложения. Необходима качественная перестройка всей системы отечественного здравоохранения, а также и перестройка отношения населения к своему здоровью как приоритетной социальной и экономической ценности [12; 13, с.9; 17].

#### **4. Оценка здоровья и заболеваемости населения.**

К сожалению исследований, как население относится к своему здоровью, нет или нам и они не известны. Зато исследований, где имеется блок вопросов, как население оценивает свое здоровье, предостаточно. Остановимся на вопросе, как население республики оценивает свое здоровье на основании двух репрезентативных социологических опросов: 1996 и 2003 гг. Как показали материалы социологического опроса (2003 г.), более половины опрошенных респондентов (68,9%) оценили свое здоровье как хорошее и отметили отсутствие особых жалоб; 24,0% респондентов считают, что в последнее время их здоровье стало хуже; 0,7% указывают, что постоянно чувствуют себя плохо; 4,8% страдают хроническими заболеваниями, указали другие причины 1,6% [22, с. 122]. По отношению к 1996 г. здоровье населения республики стало лучше. Тот опрос показал удручающую картину. Меньше половины опрошенных респондентов (42,7%) оценили свое здоровье как хорошее и отметили отсутствие особых жалоб; 35,7% респондентов считают, что в последнее время их здоровье стало хуже; 4,7% указывают, что постоянно чувствуют себя плохо; каждый шестой (16,9%) страдает хроническими заболеваниями [24, с. 58].

Теперь для сравнения рассмотрим, как фиксирует состояние здоровья населения официальная статистика. Только в течение 2005 г. в стране было зарегистрировано более 200 млн. случаев заболеваний населения острыми и хроническими заболеваниями, из которых около 100 млн. – с впервые установленным диагнозом. В настоящее время рост показателей заболеваемости наблюдается практически по всем классам болезней. Уровень заболеваемости населения характеризуется тенденциями к росту первичной заболеваемости. Это относится к новообразованиям, болезням эндокринной системы, особенно болезням щитовидной железы, сахарному диабету... Увеличивается удельный вес запущенных болезней, лечение которых требует значительных затрат, к сожалению, не всегда дает положительный эффект [15, с. 158].

В рамках реализации Приоритетных национальных проектов: «Здоровье», «Развитие образования», «Доступное и комфортное жилье», «Развитие агропромышленного комплекса» Комистат подготовил прекрасный информационный материал [10]. Ниже приводятся данные официальной статистики по заболеваемости населения Республики Коми (табл. 10).

## Заболеваемость населения Республики Коми за 2000-2006 гг., тыс. человек

Год	Зарегистрировано больных – всего	В том числе с диагно- зом, установленным впервые в жизни	На 1000 человек	
			зарегистрировано больных – всего	в том числен с диагно- зом, установленным впервые в жизни
2000	1841,3	1147,4	1753,0	1092,3
2001	1769,3	1044,5	1707,4	1008,0
2002	1908,7	1088,0	1866,1	1063,7
2003	1904,0	1055,0	1883,5	1043,7
2004	1843,3	985,9	1841,3	984,8
2005	1804,1	934,3	1821,0	943,0
2006	1808,5	921,7	1845,7	940,7

Из табл. 10 видно, что с 2000 г. по 2006 г. произошло уменьшение абсолютного числа зарегистрированных больных с 1 млн. 841 тыс. до 1 млн. 809 тыс. человек или на 98,2%, в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни с 1 млн. 147 тыс. до 922 тыс. человек или на 80,3%. В эти же годы численность живущего населения уменьшилась на 92,1%. Сделать однозначный вывод по этим данным сложно: по общему числу заболевших – явное ухудшение, по впервые заболевшим – улучшение. Поэтому обратимся к относительным, более точным показателям. По ним видно, что число зарегистрированных больных, в расчете на 1000 человек увеличилось с 1753 до 1846 человек. Из чего следует, что каждый житель республики в год болел примерно два раза. В тоже время нельзя не обратить внимания на тот факт, что число лиц зарегистрированных с диагнозом, установленным впервые в жизни, уменьшилось с 1092 до 941 человека. Это может быть следствием улучшения работы системы здравоохранения в предшествующие годы (ранняя диагностика) или улучшением здоровья.

Данные о заболеваемости с диагнозом, установленным впервые в жизни в разрезе административно-территориальных образований Республики Коми за 2000-2006 гг. представлены в табл. 11.

Заболеваемость населения по административно-территориальным образованиям Республики Коми за 2000-2006 гг., тыс. случаев с диагнозом, установленным впервые в жизни

Административно-территориальные образования	Год								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006		
							всего	на 1000 человек, случаев	численность врачей на 10000 человек
Республика Коми	1147,4	1044,5	1088,0	1055,0	985,9	934,3	921,7	940,7	46,1
Воркута	175,4	141,6	146,2	141,8	134,2	115,6	109,7	899,2	43,1
Вуктыл	21,6	16,5	17,9	16,2	16,5	18,9	18,0	1056,9	26,7
Инта	58,0	53,7	56,4	55,4	47,0	43,5	42,1	1007,7	35,6
Печора	71,0	66,4	66,9	66,8	60,4	55,6	55,4	871,5	41,5
Сосногорск	38,4	36,6	43,4	40,9	40,0	41,6	41,2	814,7	21,5
Усинск	50,3	50,1	54,6	50,5	48,4	45,3	46,2	887,7	31,3
Ухта	134,6	124,8	127,0	126,5	118,0	121,9	123,2	969,4	45,0

Во всех городских административно-территориальных образованиях Дальнего и Среднего Севера, за исключением г. Сосногорска, за 2000-2006 гг. произошло уменьшение зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни. Наибольшее количество «новых» больных было выявлено в городах Вуктыле и Инте. Там в среднем у каждого жителя было выявлено более одного заболевания. При всей условности данного показателя получается, что самое «здоровое» население в г. Сосногорске, где меньше всего зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни – 814,7 на 1000 человек, что на 126,0 случаев меньше, чем в среднем по республике. Однако объяснить это можно и тем, что в расчете на 10 тыс. населения здесь самая низкая обеспеченность врачами – 21,5 врачей. Самая высокая обеспеченность врачами в г. Ухте – 45,0, где по числу выявленных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, она занимает третье место – 969,4 случая. Но опять же подчеркнем, что экономика и социальная сфера этих городов так тесно переплетена, что эти цифры могут либо исказить реальную картину, либо сигнализировать, что в г. Сосногорске не совсем благоприятная картина со смертностью. Поскольку при анализе всех показателей он стоит обособленно, занимая худшее положение в республике, в том числе и по отношению к своему соседу г. Ухте.

Необходимо также подчеркнуть, что по мнению Н.М. Римашевской здоровье нации существенным образом определяет характер всех демографических

процессов в стране: не только в части смертности и продолжительности предстоящей жизни, но в не меньшей степени от него зависит уровень брачности, рождаемости и детности, а также качество приходящих в эту жизнь новых поколений, и в конечном счете – численность населения в будущем. На сегодня нет другой более важной общенациональной задачи, как остановить падение здоровья граждан страны и радикально изменить его динамику в позитивном направлении.

Особую тревогу вызывает здоровье беременных женщин. Сегодня по данным главного гинеколога страны В. Кулакова 60-70% беременных женщин нуждаются в лечении. Для рождения у них здорового потомства необходимо затратить на каждую от 1 до 3 тыс. долл. Несмотря на неблагоприятные тенденции, число гинекологических больничных коек ежегодно снижается. Экономия на здоровье беременных женщин привела к увеличению частоты невынашивания беременности, сокращению числа нормальных родов, что, безусловно, отражается на качестве потомства. Увеличилось число рождения недоношенных, маловесных детей с врожденными пороками развития. Их выхаживание обходится государству в 250-300 раз дороже, чем медицинское обеспечение здоровых новорожденных. Каждый третий доношенный новорожденный ребенок также имеет отклонения в состоянии здоровья. В связи с тем, что не решены в полной мере проблемы ранней диагностики и своевременного лечения заболеваний, приводящих к инвалидности, значительная часть этих детей в дальнейшем пополнит число детей-инвалидов [15, с. 159, 161].

Еще одна проблема здоровья населения России – продолжительность жизни с хроническим заболеванием. Сегодня в стране от сердечно-сосудистых заболеваний умирает 1 млн. 300 тыс. человек. При этом малотравматических операций на сосудах у нас в стране делают 17 тыс. в год, а в США – 1 млн. 200 тыс. У нас онкологические заболевания выявляются на такой фазе, что средняя продолжительность жизни после постановки диагноза в среднем два года. Хотя, согласно мировым стандартам, минимальный уровень – пять лет. А Европа достигает до 7-10 лет и даже 15 лет. У нас средняя продолжительность жизни хронического больного – семь лет. Во всем мире – 20 [11, с. 8].

### **5. Динамика причин смертности.**

Смертность сама по себе является неизбежным результатом всего живого. Однако время наступления смерти различно и обусловлено теми или иными обстоятельствами. В связи с чем возникает необходимость установления причин смерти и их классификации. Изучение причин смерти имеет смысл и для того, чтобы использовать их в изучении вопроса о путях снижения смертности, что позволило бы социальную политику в целом и демографическую политику в

частности проводить именно таким образом, чтобы получить максимальный эффект на единицу затрат [18, с.88,142].

Можно выделить два основных направления по снижению смертности и увеличению ожидаемой продолжительности жизни: во-первых, продление жизни уже заболевших людей с помощью современных средств ранней диагностики, лечения и реабилитации; во-вторых, снижение смертности от тех причин, которые наносят наибольший «урон» жизненному потенциалу населения.

В реальной действительности динамика смертности и средней продолжительности жизни в значительной мере зависят от структуры причин смерти, от сочетания эндогенных и экзогенных факторов. Причины смерти также зависят от производственной специализации [3; 4, с.132], от природно-климатических условий региона, от социально-этнической структуры человеческих ресурсов и т.д.

Неблагоприятные показатели смертности в России – следствие того, что у нас недостаточно далеко продвинулся процесс установления контроля над многими преимущественно экзогенными причинами смерти. Общая структура причин смерти остается во многом архаичной, и это проявляется в двух ее неблагоприятных особенностях.

Во-первых, в России чрезвычайно высока вероятность погибнуть от преимущественно экзогенных причин, роль которых в большинстве промышленно развитых стран уже сильно ограничена. Это относится, прежде всего, к так называемым «внешним» причинам (несчастные случаи, самоубийства, убийства, отравления и т.п.) – вероятность погибнуть от них для мужчин, да и для женщин, намного выше, чем на Западе. У мужчин очень высока также вероятность умереть от инфекционных заболеваний, а у женщин – от сердечно-сосудистых. Соответственно, вероятность смерти от остальных классов причин в России ниже, чем на Западе.

Во-вторых, в России очень низок средний возраст смерти от причин каждого класса. Мало того, что у нас особенно велика вероятность погибнуть от причин смерти с более низким средним возрастом смерти. Но, кроме того, по сравнению с Западом в России крайне низок средний возраст смерти абсолютно от всех классов причин (табл. 12), а за этим тоже стоят очень существенные изъяны российской структуры причин смерти.

Средний возраст смерти от основных классов причин в России (2000 г.)  
и странах Запада (1999 г.), годы

Классы причин смерти	Мужчины			Женщины		
	Россия	Запад	Российское превышение	Россия	Запад	Российское превышение
Болезни системы кровообращения	67,6	78,6	11,0	77,6	84,2	6,6
Внешние причины	42,2	55,7	13,5	48,7	68,5	19,8
Новообразования	63,6	73,8	10,2	66,4	75,3	8,9
Болезни органов дыхания	59,8	80,8	21,0	65,2	83,8	18,6
Инфекционные болезни	44,0	68,9	24,9	41,0	76,6	35,6
Болезни органов пищеварения	55,8	71,1	15,3	64,3	79,9	15,6
Прочие болезни	32,7	73,1	40,4	41,9	80,4	38,5

*Источник: Народо́население. – 2004. – № 3. – С. 81.*

Поясним это на примере. На первый взгляд, низкая доля смертей от болезней органов дыхания может показаться достоинством нашей структуры причин смерти. С точки зрения потерь ожидаемой продолжительности жизни в России «лучше» умирать от болезней системы кровообращения или от рака, чем от болезней органов дыхания. Но на Западе дело обстоит иначе. Там смерть от этой причины – самая «выгодная», потому что она наступает, в среднем, в самом позднем возрасте. То обстоятельство, что средний возраст смерти от болезней органов дыхания на Западе на 21 год выше, чем в России, у мужчин и на 18,6 года – у женщин, говорит о том, что в России это в значительной степени причина смерти детей и молодых людей, а на Западе – людей очень преклонного возраста. А это, в свою очередь, свидетельствует о намного более низкой степени контроля над этой причиной смерти в России.

В целом бедственное положение с российской смертностью на протяжении последних четырех десятилетий в решающей степени определяется неблагоприятной динамикой смертности от двух групп причин смерти – болезней системы кровообращения и, особенно, внешних причин [1, с.79-81]. Также надо отметить, что на фоне роста смертности произошли ее качественные деформации за счет увеличения доли, прежде всего экзогенных причин смерти, значительная часть которых предотвратима силами современного здравоохранения. Характерно, что более всего выросла смертность от социально значимых патологий (наиболее ярким примером является туберкулез), а также от причин, прямо или косвенно обусловленных алкоголизмом [21, с. 50].



Динамика и частота отдельных причин смерти среди населения Республики Коми представлена в табл. 13.

Таблица 13

Динамика коэффициентов смертности населения Республики Коми по основным причинам смерти за 1990-2006 гг., на 100 тыс. человек

Год	Всего	От инфекционных и паразитарных болезней	От новообразований	От болезней системы кровообращения	От болезней органов дыхания	От болезней органов пищеварения	От несчастных случаев, отравлений и травм	В том числе		
								от убийств	от самоубийств	от алкогольных отравлений
1990	737,0	6,9	125,8	358,2	32,9	21,5	146,9	21,9	30,8	11,5
1991	767,1	8,3	116,6	384,0	30,9	22,9	158,9	20,7	35,8	14,0
1992	913,9	8,8	128,2	439,2	37,8	25,5	222,7	32,6	42,3	37,8
1993	1183,8	10,1	142,7	552,8	57,6	33,4	312,1	42,1	51,9	76,2
1994	1323,2	14,7	136,0	627,9	70,5	42,3	340,2	45,5	57,9	86,5
1995	1261,6	15,2	133,1	597,1	57,1	42,8	316,5	44,2	55,8	73,9
1996	1159,3	14,5	134,1	565,7	48,6	38,4	275,2	40,7	55,2	55,2
1997	1048,7	14,6	140,6	524,1	40,4	29,4	215,0	32,2	45,3	36,7
1998	999,7	10,3	137,8	470,8	34,5	32,6	218,5	33,9	44,0	36,2
1999	1073,0	12,8	145,4	525,7	36,5	34,1	210,4	35,6	47,4	39,6
2000	1203,9	15,7	144,2	576,4	52,1	39,9	265,9	41,5	45,4	55,3
2001	1247,8	15,1	144,6	599,7	55,6	47,2	281,3	40,3	48,2	64,9
2002	1375,6	20,2	146,5	667,2	58,5	59,7	297,6	41,3	53,0	69,0
2003	1564,0	20,7	164,6	752,9	70,5	71,8	326,2	49,7	55,3	68,9
2004	1519,4	22,4	155,8	719,4	72,8	79,4	312,3	47,4	47,6	64,8
2005	1521,5	25,1	156,1	703,8	71,2	87,4	308,5	46,9	44,6	65,7
2006	1379,7	23,6	152,9	651,8	59,0	76,3	257,3	33,6	44,8	52,8

Анализ причин смерти населения Республики Коми показывает, что с 1990 г. по 2006 г. по всему классу причин произошло увеличение. Так смертность увеличилась: от болезней органов пищеварения – в 3,55 раза; от инфекционных и паразитарных болезней – в 3,42 раза; от болезней системы кровообращения – в 1,82 раза; от болезней органов дыхания – в 1,79 раза; от несчастных случаев, отравлений и травм – в 1,75 раза; и только от новообразований – в 1,21 раза.

На три причины: от болезней системы кровообращения; от несчастных случаев, отравлений и травм; от новообразований приходится 1062,0 случая или 77,0% всех смертей. Остановимся на динамике трех «ведущих» причинах смерти подробнее. Каждая причина за 1990-2006 гг. имела два максимальных пика. Смертность в расчете на 100 тыс. населения от болезней системы кровообращения была максимальной в 1994 г. – 627,9 и в 2003 г. – 752,9 случаев; от несчастных случаев, отравлений и травм соответственно – 340,2 и – 326,2 слу-

чаев. Смертность от новообразований имела первый максимум в 1993 г. – 142,7 и второй в 2003 г. – 164,6 случаев. Как видим, прослеживаются определенные закономерности. Первый пик смертности приходится на начало 1990-х гг., когда Россия из социализма в одночасье перескочила в капитализм. Второй пик – 2003 г. (по всем причинам), связан с монетизацией льгот, новой пенсионной реформой и т.д.

Какие выводы еще можно сделать, анализируя причины смертей. По темпам роста на первом месте стоит причина «от болезней органов пищеварения». Их рост вызван снижением санитарного контроля над производством и реализацией продуктов питания, развалом системы общественного питания и т.д. В 2000-х гг. стало уже обычным явлением, когда средства массовой информации сообщают о массовых отравлениях детей в дошкольных и школьных учреждениях, в оздоровительных лагерях. Дошло до того, что в военных училищах имеют место массовые отравления курсантов. Если уже и в армии нет надлежащего контроля, то, что тогда говорить о вольных предпринимателях или бабульках, торгующих на перронах у проходящих поездов. На втором месте стоит причина «от инфекционных и паразитарных болезней» (тиф, холера, педикулез, туберкулез и т.д.), присущая отсталым странам, а не мировым лидерам.

В каждом городском округе свой набор причин смерти выше республиканского уровня. Так от инфекционных и паразитарных болезней смертность выше республиканского уровня была в г. Печоре – 44,0 случая на 100 тыс. человек и в г. Инта – 33,5. От новообразований она была максимальной в городах Печора – 212,3, Сосногорск – 187,9, Ухта – 177,0 случая. От болезней системы кровообращения максимум был отмечен в г. Печора – 799,0, в г. Сосногорске – 749,5 и в г. Ухта – 708,8 случая. От болезней органов дыхания в городах Инта – 83,8, Печора – 73,9 и Вуктыл – 70,4 случая. От болезней органов пищеварения в пяти из семи северных городов уровень смертности был выше республиканского уровня: в Воркуте – 95,9, в Печоре – 95,9, в Вуктыле – 88,0, в Инте – 83,8, в Сосногорске – 81,1 случая. От несчастных случаев, отравлений и травм лидирует только шахтерская Инта – 342,4 случая против 257,3 по республике в целом (табл. 14).

Таблица 14

Смертность населения по основным классам причин смерти по административно-территориальным образованиям Республики Коми за 1995-2006 гг.,  
на 100 тыс. человек

Административно-территориальные образования	Год	Причины смерти от:					
		инфекционных и паразитарных болезней	новообразований	болезней системы кровообращения	болезней органов дыхания	болезней органов пищеварения	несчастных случаев, отравлений и травм
Республика Коми	1995	15,2	133,1	597,1	57,1	42,8	316,5
	2000	15,7	144,2	576,4	52,1	39,9	265,9
	2006	23,6	152,9	651,8	59,0	76,3	257,3
Воркута	1995	10,6	79,1	403,6	60,5	46,7	299,0
	2000	7,8	91,9	339,1	57,3	44,8	200,0
	2006	14,8	100,0	395,2	50,0	95,9	245,2
Вуктыл	1995	7,7	84,9	432,4	65,6	34,7	266,4
	2000	8,1	122,0	459,4	44,7	52,8	191,1
	2006	17,6	129,1	604,5	70,4	88,0	252,4
Инта	1995	26,3	131,4	363,2	35,6	80,4	276,7
	2000	13,6	132,9	422,5	39,2	29,0	212,9
	2006	33,5	122,1	574,7	83,8	83,8	342,4
Печора	1995	8,9	174,5	581,1	41,1	34,4	311,1
	2000	20,5	169,9	603,6	44,6	26,5	302,4
	2006	44,0	212,3	799,0	73,9	95,9	235,9
Сосногорск	1995	14,9	184,8	696,4	57,8	46,2	316,8
	2000	12,0	170,4	822,7	65,4	46,5	266,8
	2006	13,8	187,9	749,5	49,4	81,1	233,4
Усинск	1995	9,2	69,2	286,2	21,5	30,8	230,8
	2000	3,3	46,8	321,1	25,1	20,1	239,1
	2006	11,5	100,0	367,1	21,1	55,7	207,6
Ухта	1995	24,6	163,7	686,1	52,8	57,3	245,5
	2000	23,2	177,7	734,2	63,3	48,8	221,0
	2006	26,7	177,0	708,8	33,8	64,5	156,6

1995, 2000 г. – без пересчета от итогов Всероссийской переписи населения 2002 г.

В структуре причин смерти в особом ряду стоят «от несчастных случаев, отравлений и травм». Это как раз тот класс причин смерти, где возможны наиболее быстрые успехи по их устранению. За 1995-2006 гг. в Республике Коми достигли определенных успехов по сокращению количества неестественных смертей с 3778 до 2521 или на 1257 случаев. На города, связанные с экономи-

кой ТЭК приходится 703 случая или 55,9%. В относительных показателях смертность от неестественных причин по анализируемым административно-территориальным образованиям представлена в табл. 15.

Таблица 15

Смертность населения от неестественных причин смерти по административно-территориальным образованиям Республики Коми за 1995-2006 гг.

Административно-территориальные образования	Год	Число умерших на 100 000 человек населения от				
		всех видов транспортных несчастных случаев	случайных отравлений алкоголем	убийств	самоубийств	случайных утоплений
Республика Коми	1995	23,3	73,9	44,2	55,8	20,5
	2000	20,2	55,3	41,5	45,4	20,0
	2006	22,7	52,8	33,6	44,8	11,5
Воркута	1995	15,4	72,8	40,9	30,3	6,4
	2000	7,8	43,6	42,4	24,5	6,0
	2006	4,9	77,1	38,5	32,0	4,1
Вуктыл	1995	11,6	50,2	57,9	46,3	30,9
	2000	4,1	36,6	24,4	48,8	24,4
	2006	17,6	35,2	82,2	41,1	5,9
Инта	1995	17,0	85,0	37,1	49,5	7,7
	2000	6,8	71,6	32,4	22,1	10,2
	2006	21,6	100,6	40,7	55,1	7,2
Печора	1995	17,8	92,2	44,4	45,6	26,7
	2000	14,5	101,2	42,2	45,8	18,1
	2006	12,6	34,6	37,7	42,5	11,0
Сосногорск	1995	28,1	67,7	34,7	56,1	13,2
	2000	18,9	44,8	37,9	51,6	8,6
	2006	25,7	49,4	19,8	25,7	11,9
Усинск	1995	26,2	46,2	32,3	52,3	23,1
	2000	25,1	40,1	33,4	46,8	25,1
	2006	40,4	40,4	19,2	30,8	11,5
Ухта	1995	16,4	18,6	49,9	64,0	11,9
	2000	16,8	15,2	39,2	36,8	13,6
	2006	17,3	7,1	24,4	32,3	8,7

1995, 2000 г. – без пересчета от итогов Всероссийской переписи населения 2002 г.

Взяв за точку отсчета уровень смертности по республике за 2006 г. можно отметить следующее. Уровень смертности «от всех видов транспортных несчастных случаев» был почти в два раза выше, чем в среднем по республике в г. Усинске – 40,4 случая на 100 тыс. человек и несколько выше в г. Сосногорске – 25,7 случая. По причине «от случайных отравлений алкоголем» смертность была в два раза выше в г. Инте – 100,6 и в полтора раза в г. Воркуте – 77,1 случай. «От убийств» частота смертей выше республиканского уровня была в городах

Вуктыле – 82,2, в Инте – 40,7, в Воркуте – 38,5 и в Печоре – 37,7. Смертность «от самоубийств» выше республиканского уровня была только в шахтерской Инте – 55,1 случай, хотя в 1995-2000 гг. она была ниже, чем в целом по Республике Коми. Самая низкая смертность в республике по причине «от случайных утоплений». Короткое и прохладное лето не способствует массовому купанию населения. Однако рыбалка, купание в пьяном виде в не отведенных местах, холодная вода и сильное течение делают северные водоемы опасными для жизни. По этой причине в северных городах самая низкая смертность, исключение составляет г. Сосногорск – 11,9 против 11,5 случая в целом по республике.

При рассмотрении основных причин смерти населения республики невольно возникает вопрос, насколько могла бы быть увеличена средняя продолжительность предстоящей жизни при условии устранения трех основных причин. Методика такого расчета дана в работе [8] со ссылкой на труд К. Мэнтона «Смертность в развитых странах». Такие расчеты были выполнены в 1993 г. [23, с. 70-71] и в 1996 г. [24, с. 60-61], и в 2004 г. Комистатом. Расчеты, выполненные с исключением чисел умерших от трех основных причин, показывают, что в 1979 г. у мужчин величина ожидаемой продолжительности жизни уменьшалась из-за болезней органов кровообращения на 11,4 года; из-за несчастных случаев, отравлений и травм на 5,6 года; из-за новообразований на 1,7 года. У женщин – соответственно на 14,3, 2,0 и 1,6 года. Конечно, устранить указанные причины смерти полностью невозможно, тем не менее, их исключение в «чистом виде» позволило бы увеличить среднюю продолжительность жизни в 1979 г. у мужчин на 18,7 и у женщин на 17,7 лет. В 1989 г. три указанные причины сокращали жизнь у мужчин и женщин на 15,1 и 16,8 лет; в 1996 г. соответственно на 24,5 и 19,1; в 2004 г. на 14,3 и 11,4 лет.

Имеется еще один источник или резерв увеличения продолжительности жизни – уменьшение числа курящих, особенно женщин и молодежи (детей до 12 лет). Учеными доказано, что курение по-разному действует на мужчин и женщин – первым оно укорачивает жизнь на 5 лет, а вторым на 11 [2, с. 5].

### **6. Младенческая смертность и мертворождаемость.**

Теперь учитывая, что младенческая смертность, как и рождаемость оказывает непосредственное влияние на количество человеческих ресурсов через 16 лет, она занимает особое место среди показателей, характеризующих смертность населения. Смертность в этом возрасте намного превышает смертность населения в основных возрастах, за исключением пожилых и старческих. По ее уровню, как и по величине продолжительности жизни, оценивают состояние здоровья и качество жизни населения, в более широком смысле – уровень экономического развития и социального благополучия общества, поскольку мла-

денческая смертность крайне чутко реагирует на изменения всех социально-экономических параметров [9,с.16].

В научной литературе довольно часто используются два термина «младенческая смертность» и «детская смертность», как тождественные понятия. На самом деле детская смертность включает в себя младенческую смертность – в возрасте до 1 года, а также смертность детей от 1 до 14 лет включительно. В работе будет рассмотрена лишь младенческая смертность.

В нашей стране в течение всего XX в. уделялось особое внимание проблеме охраны здоровья детей и снижению детской смертности. Это привело к существенному улучшению положения с уровнем детской смертности. В Республике Коми она снизилась с 310,7 на 1000 родившихся в 1920 г. до 18,9 в 1989 г. По городскому и сельскому населению первые данные, для сравнения с концом 1980-х гг., относятся лишь к 1926 г. В городской местности она снизилась со 150,8 до 17,6 и в сельской местности со 166,8 до 22,5 [24, с. 62].

В последующие годы младенческая смертность имела период роста до 1995 г., причем существенно. В целом по населению республики коэффициент младенческой смертности составил 25,3 на 1000 родившихся, по городскому населению – 24,3, а по сельскому – 28,0, то есть мы вернулись на уровень смертности середины 1980-х гг. (табл. 16).

*Таблица 16*

Динамика коэффициента младенческой смертности в Российской Федерации и Республике Коми за 1990-2006 гг., на 1000 родившихся

Год	Российская Федерация	Республика Коми		
		все население	городское население	сельское население
1990	17,4	16,5	16,7	16,1
1991	17,8	16,4	16,0	17,6
1992	18,0	17,3	16,4	19,8
1993	19,9	18,8	19,4	17,2
1994	18,6	21,4	19,8	25,4
1995	18,1	25,3	24,3	28,0
1996	17,4	16,9	15,9	20,0
1997	17,2	16,7	15,2	21,5
1998	16,5	16,9	16,0	19,4
1999	16,9	16,7	15,9	19,1
2000	15,3	13,0	13,9	10,1
2001	14,6	9,4	9,5	8,9
2002	13,3	10,9	10,8	11,5
2003	12,4	9,4	8,8	11,2
2004	11,6	8,6	8,3	9,8
2005	11,0	8,7	7,6	12,0
2006	10,2	7,0	7,2	6,6

В последующие годы уровень младенческой смертности был снижен до «цивилизованного минимума» развитых стран и в 2006 г. она стала в 3,6 раза ниже, чем была в 1995 г.

В 2006 г. основными причинами младенческой смертности были: «от отдельных состояний, возникших в перинатальном периоде» – 44,7%; «от врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений» – 26,3%; «от несчастных случаев, отравлений, травм» – 3,9%; «от некоторых инфекционных и паразитарных болезней» – 2,6%. Как видим, лишь небольшая доля случаев младенческой смертности имеет экзогенную причину, вытекающую из образа жизни семьи и качества ухода в ней за ребенком. В то же время более 70% случаев смертности детей до одного года происходят по эндогенным причинам, связанным со здоровьем родителей и условиями протекания беременности. На наш взгляд, добиться коренного перелома в уровне младенческой смертности невозможно без стабилизации и значительного улучшения социально-экономического развития общества, действенной помощи семье и заботы о беременных женщинах. Требуется пересмотра вся сеть здравоохранения в области наблюдения за беременными женщинами, их лечения, родовспоможения, лечения малолетних детей и т.д. В последние два-три года многое делается для исправления ситуации, однако, на наш взгляд, выделяемые средства на демографические цели недостаточны и носят, скорее всего, пропагандистский характер. Как справедливо отмечается в литературе «позитивного перелома в функционировании отечественного здравоохранения не произошло» [6, с. 146].

При рассмотрении вопросов младенческой смертности необходимо, хотя бы в общих чертах, остановиться на проблеме мертворождаемости. Под последней обычно понимается частота рождений мертвых плодов при сроке беременности 28 недель и более. Показатель мертворождаемости относительно устойчив и уровень его колеблется по развитым странам от 3,8‰ (Япония) до 7,6‰ (США). Основные причины мертворождения: осложнения беременности, патология плаценты и пуповины, осложнения родов и родоразрешения, различные хронические заболевания матери [16, с. 226]. Динамика мертворождаемости в Республике Коми представлена в табл. 17.



Динамика мертворождаемости по административно-территориальным  
образованиям Республики Коми в 1990-2006 гг.,  
число мертворожденных на 1000 человек родившихся

Административно-территориальные образования	Год								
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Республика Коми	11,2	8,2	6,3	5,6	3,9	5,0	4,6	4,8	4,9
Городское население	10,0	7,4	5,5	5,3	3,7	4,7	4,0	4,2	4,8
Сельское население	14,5	10,4	8,8	6,4	4,5	6,3	6,7	6,7	5,4
Воркута	11,1	5,8	7,8	7,5	5,0	8,6	4,3	5,4	5,8
Вуктыл	3,1	12,0	11,8	5,4	5,0	4,6	4,9	0,0	6,1
Инта	7,3	4,8	6,1	2,1	2,2	6,7	10,9	5,1	2,7
Печора	12,0	7,7	5,4	3,4	3,0	5,5	2,8	4,7	4,5
Сосногорск	12,9	8,7	8,6	3,7	5,2	6,7	4,8	8,8	3,4
Усинск	18,5	7,3	7,9	7,0	7,3	4,6	4,4	1,6	9,4
Ухта	7,2	6,5	4,3	6,5	3,7	2,2	3,6	5,7	2,2

Из табл. 17 видно, что с 1990 г. по 2001-2003 гг. наблюдалось постоянное снижение коэффициента мертворождаемости, как по республике в целом, так и в разрезе административно-территориальных образований. В отдельных городах минимум наблюдался с 2001 по 2003 гг. В последующие годы он практически везде вырос, за исключением городов Ухты и Сосногорска. По уровню мертворождаемости население Республики Коми, в том числе и сельское, «вписалось» в рамки мирового уровня. Пока трудно судить, насколько это закономерное явление. Как уже отмечалось, в малых совокупностях (а наблюдающиеся в настоящее время числа родившихся иначе назвать и нельзя) любое случайное событие (или его отсутствие) может кардинально изменить вид показателя. Поэтому, благополучна или неблагополучна ситуация с уровнем мертворождаемости в республике, покажет время. Но в любом случае необходим комплекс неотложных мер по сохранению и улучшению здоровья женщин, созданию им надлежащих условий в период беременности и родов.

Уровень смертности и здоровья населения представляют серьезную угрозу национальной безопасности России. Однако корни этой национальной трагедии нельзя сводить лишь к проблемам развития медицины, медицинского обслуживания. Современная наука понимает здоровье, продолжительность жизни как сложное многоплановое социально-экономическое и медико-биологическое явление и не сводит его лишь к результатам деятельности отраслей здравоохранения. Такие факторы, как плохая экологическая обстановка, некачественное питание, жилищные проблемы, тяжелые и вредные условия труда значительной части работающих, также негативно воздействуют на состояние здоровья насе-

ления. Поэтому для снижения смертности и увеличения продолжительности жизни необходим комплекс социально-экономических мероприятий, усилия всех слоев общества.

## Заключение

Подлинную проблему нашей страны составляет не столько низкая рождаемость, сколько фантастически, аномально высокий уровень смертности, не сопоставимый с уровнем ее экономического и культурного развития. Сходные показатели смертности (более 15‰) можно встретить сейчас только в слаборазвитых странах Тропической Африки, где население поражено ВИЧ-инфекцией, и в Афганистане. С учетом экономического развития и возрастной структуры уровень смертности в России при прочих равных вряд ли мог превысить 10‰ [14, с. 105].

Наиболее часто в научной литературе феномен сверхсмертности связывают с экологическими, экономическими, психологическими и медицинскими проблемами. Действительно, влияние данных факторов бесспорно, но оно сильно преувеличено.

Одно из трагических заблуждений, препятствующих поиску эффективных путей решения демографической проблемы, – широко распространенное представление о том, что причиной сверхсмертности в России является экономический кризис. Он, безусловно, внес свою лепту в углубление этой проблемы, однако он объясняет лишь меньшую часть прироста смертности.

Во-первых, настоящий кризис сверхсмертности разразился в 1990-1994 гг. в более обеспеченных и менее экономически пострадавших северных постсоветских странах: России, Украине, Белоруссии и странах Балтии. В то же время в самых бедных странах Закавказья и Средней Азии, где экономический кризис был нестандартно тяжелым даже по постсоветским меркам, прирост смертности был существенно меньше. Ниже российской смертность была и в таких бедных странах, как Албания и Монголия. Во-вторых, в России от кризиса сверхсмертности более всего пострадали не наименее социально защищенные половозрастные группы – дети, женщины и пенсионеры, вклад которых в сверхсмертность невелик, а экономически наиболее активная, успешная и состоятельная половозрастная группа мужчин среднего возраста (40-59 лет), где смертность в 1990-1994 гг. выросла в 1,5-2 раза. Примечательно, что даже среди пенсионеров относительный прирост смертности (в процентах) был существенно ниже, чем среди мужчин работоспособного возраста.

Психологические факторы. Достаточно распространено представление о том, что существенный вклад в сверхсмертность россиян вносят психологические последствия реформ: социальный стресс и неудовлетворенность постсоветской действительностью. Проверить это можно при помощи социологических опросов, оценивая у респондентов «удовлетворенность жизнью». Жители Армении, Молдовы и Украины на момент опроса были менее удовлетворены

своей жизнью, чем россияне, а значит, испытывали больший психологический стресс. Однако это не мешало им жить дольше россиян. Жители же Грузии и Белоруссии были лишь немногим более довольны жизнью, чем наши соотечественники (в пределах статистической погрешности), однако имели значительно большую продолжительность жизни [14, с. 107]. В целом здесь можно отметить, что пессимизм и неудовлетворенность жизнью не являются важнейшими факторами кризиса сверхсмертности в России.

Проблема потребления алкоголя. Изучая влияние различных факторов на сверхсмертность населения большинство исследователей особо отмечают значимость такого фактора, как уровень потребления алкоголя. Вдумчивый анализ демографических данных не оставляет сомнений, что причиной катастрофического взлета смертности в начале 1990-х гг., как и демографического кризиса в наши дни, является аномально высокий уровень потребления крепких алкогольных напитков. Связь между потреблением алкоголя и смертностью в России стала отчетливо видна еще во время антиалкогольной кампании 1985-1987 гг. Тогда снижение реального потребления алкоголя на 27% привело к падению смертности на 12% среди мужчин и на 7% среди женщин. Смертность от алкогольных отравлений понизилась на 56%. Смертность среди мужчин от несчастных случаев и насилия понизилась на 36%, от пневмонии на 40%, а от сердечно-сосудистых заболеваний на 9%. Эта кампания спасла более 1,2 млн. человеческих жизней [14, с. 109].

В целом можно отметить, что урон, наносимый России алкоголем, не исчерпывается ситуацией демографической катастрофы, сотнями тысяч ничем не оправданных смертей ежегодно. Алкоголизация привела к серьезной деградации социальной среды: высокий уровень самоубийств и преступности, расширение криминальной среды, насилие в семьях, разводы, аборт, брошенные дети, инвалидизация населения.

Особо следует обратить внимание на то, что подавляющее большинство жертв алкогольной смертности в России – не тяжелые алкоголики, а обычные граждане, любящие крепко выпить по выходным и праздникам и не осознающие опасности такой модели потребления спиртного. Алкоголизация представляет собой серьезнейшую угрозу национальной безопасности России.

Из всего вышеизложенного следует, что преодоление демографического кризиса в России возможно только при решении следующих задач: полном устранении с рынка токсичных алкогольных суррогатов и радикальном уменьшении доли крепких напитков в структуре потребления алкоголя; снижении потребления алкоголя россиянами в целом. Лишь в этом случае возможны нормализация уровня смертности и восстановление здоровой социальной среды в стране.

В целом проведенный анализ смертности показывает, насколько серьезен вызов высокой смертности, на который Россия вот уже 40 лет не может найти ответа. Наша главная беда – отсутствие стратегического взгляда на проблему смертности, без чего любые тактические решения оказываются неэффективными. Главные препятствия выработке единой стратегии борьбы со смертью находятся, по-видимому, в ценностной сфере, в сфере общественного целеполагания.

Нигде в мире снижение смертности не произошло само собой. Успехи Запада в увеличении продолжительности жизни потребовали мобилизации огромных материальных ресурсов, включая расходы на здравоохранение, охрану окружающей среды, пропаганду здорового образа жизни, развитие научных исследований; одновременно были существенно пересмотрены законодательные акты, связанные с охраной здоровья. Но, кроме того, резко повысилась активность самого населения, направленная на оздоровление образа жизни и среды обитания, изменилось массовое поведение людей, влияющее на сохранение их здоровья. В конечном счете изменился весь социальный климат, в котором протекает повседневная жизнь людей [1, с. 84].

Ко всему сказанному следует лишь добавить, чтобы снизить смертность в масштабах страны, надо радикально улучшить условия жизни: повысить заработную плату, пенсии, стипендии, сделать доступным жилье, качественным и сбалансированным питание и т.д. Если этого не сделать в самое ближайшее время, вряд ли удастся в корне изменить негативный процесс роста смертности и снижения продолжительности жизни.

### **Литература и источники**

1. Андреев Е.М., Вишневецкий А.Г. Вызов высокой смертности в России// Народонаселение.– 2004.– № 3.– С. 75-84.
2. Аргументы и факты, 2007.– № 28.– С. 5.
3. Бедный М.С. Демографические процессы и прогнозы здоровья населения. – М., 1972. – 304 с.
4. Бедный М.С. Демографические факторы здоровья.– М., 1984.– 246 с.
5. Бедный М.С. Медико-демографическое изучение народонаселения.– М., 1979. – 223 с.
6. Бухвальд Е., Завьялов Д. Национальные проекты в системе государственного управления (на примере национального проекта «Современное здравоохранение»)// Федерализм.– 2006.–№ 2.– С. 143-160.

7. Влияние демографических процессов и образовательной системы на экономическое развитие региона/ Коллектив авторов.– Сыктывкар, 2007.– 140 с.– (Б-ка демографа; Вып. 7)
8. Гаврилов Л.А. Может ли человек жить дольше? – М., 1985. – 124 с.
9. Захарова О.Д. Методика статистического анализа смертности и продолжительности жизни.– М., 1996.– 24 с.
- 10.Здравоохранение, образование, жилищный фонд, агропромышленный комплекс Республики Коми в условиях реализации приоритетных национальных проектов: Статистический сборник.– Сыктывкар, 2007.– 95 с.
- 11.Зурабов М. «Мы строим то, чего в России пока нет»// Аргументы и факты.– 2007.– № 30.– С. 8-9.
- 12.Иванова А.Е. Здоровье населения: понятийные, методологические и информационные аспекты. – М., 1996. – 43 с.
- 13.Кваша А.Я. Воспроизводство населения России и его последствия// Демографическое развитие России и его социально-экономические последствия.– М., 1994.– С. 8-17. (Межд. науч. конф. Секция: Проблемы воспроизводства и здоровья населения).
- 14.Коротаяев А.В., Халтурина Д.А. Демографический крест в сравнительном аспекте// Общественные науки и современность.– 2006.– № 3.– С. 105-118.
- 15.Луныкова Л. Г. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении// Народонаселение.– 2006.– № 4.– С. 157-164.
- 16.Народонаселение. Энциклопедический словарь/ Гл. ред. Г.Г. Меликьян. – М., 1994. – 640 с.
- 17.Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. – М., 1989. – 64 с.
- 18.Современная демография. – М., 1995. – 672 с.
- 19.Столяров Н.М. Смертность и продолжительность жизни населения Севера: этнорегиональные особенности// Социально-демографическое развитие Российского Севера. – М., 1993. – С. 68-82. – Вып. 9.
- 20.Урланис Б.Ц. Эволюция продолжительности жизни. – М., 1978. – 309 с.
- 21.Усачев В.И. Потери трудового потенциала России от преждевременной смертности// Народонаселение.– 2006.–№ 4.– С. 58.
- 22.Фаузер В.В., Климашевская Е.В. Человеческие ресурсы энергетического комплекса Республики Коми.– Сыктывкар: Коми книжное издательство, 2004.– 176 с.
- 23.Фаузер В.В. Проблемы формирования населения Республики Коми/ Коми НЦ УрО РАН, Рос. гос. социальн. ин-т. – М., 1993. – 93 с.
- 24.Фаузер В.В., Рожкин Е.Н., Загайнова Г.В. Республика Коми в XX веке: демография, расселение, миграция. – Сыктывкар, 2001. – 124 с.

## Оглавление

Введение.....	3
Общая характеристика уровня смертности в Республике Коми в 1990-2000-е годы.....	5
Половозрастные различия в уровне смертности.....	9
Ожидаемая продолжительность жизни: состояние и перспективы роста.....	13
Оценка здоровья и заболеваемости населения.....	17
Динамика причин смертности.....	21
Младенческая смертность и мертворождаемость.....	28
Заключение.....	32
Литература и источники.....	34

Фаузер Виктор Вильгельмович

**СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКИХ  
ПОСЕЛЕНИЙ ДАЛЬНЕГО И СРЕДНЕГО СЕВЕРА  
РЕСПУБЛИКИ КОМИ**

Научное издание.

Печатается по решению оргкомитета Всероссийской  
научной конференции по исторической демографии.

Компьютерный набор. Уч.-изд. л. 1,8.

Тираж 150 экз. Заказ № 70.

---

Редакционно-издательский отдел  
Института языка, литературы и истории Коми НЦ УрО РАН.  
167982, г. Сыктывкар, ул. Коммунистическая, 26.