

Качество жизни и человеческий потенциал территорий

УДК 314.42(470)
ББК 60.723.4(2Рос)
© Морев М.В.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ НА СТРУКТУРУ СМЕРТНОСТИ*

В статье проанализирована динамика смертности населения от внешних причин, в том числе убийств, самоубийств, алкогольных отравлений. Дана характеристика демографических и экономических последствий ухудшения социального здоровья населения Российской Федерации и Вологодской области. Рассчитан социально-экономический ущерб от убийств, самоубийств и алкогольных отравлений в различных социально-демографических группах. Приведены рекомендации по профилактике социального здоровья.

Социальное здоровье, человеческий капитал, трудовой потенциал, динамика смертности, социально-экономический ущерб.

За последние 20 лет российское общество пережило смену идеологического курса, три экономических кризиса, несколько национальных вооружённых конфликтов, практически полную смену законодательной базы [5, с. 70].

С 1990-х гг. на территории Российской Федерации сложилась неблагоприятная демографическая ситуация, что проявилось в низком уровне рождаемости,

высокой смертности, уменьшении качественных характеристик здоровья населения. К 2020 году численность россиян может сократиться до 140 млн. человек [4, с. 29].

Характеризуя ситуацию в социальной сфере общественной жизни в России, член-корр. РАН Н.М. Римашевская отмечает: «Идёт процесс распада социальных связей и ослабления социального потенциала, что сравнимо с истощением природы при отсутствии её восстановления. Чтобы переломить губительные для страны тенденции, необходимо незамедлительно и радикально изменить политику государства, повернуть её к социальной сфере, руководствуясь идеологией социального государства» [12, с. 218].



МОРЕВ Михаил Владимирович
кандидат экономических наук,
научный сотрудник ИСЭРТ РАН
379post@mail.ru

* Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 12-2-01287 «Разработка методики оценки эффективности здравоохранения в контексте межведомственного сотрудничества в сфере охраны здоровья населения».

Улучшение демографической ситуации в стране возможно путём повышения рождаемости или снижения смертности, при этом кардинально повысить уровень рождаемости в ближайшее время представляется маловероятным. Наиболее эффективным направлением стабилизации демографической ситуации в стране, по мнению специалистов, является именно сокращение смертности, причём смертности в молодых возрастных категориях [10].

Важность регулирования процессов смертности обуславливает актуальность изучения влияющих на них факторов. Одним из них является состояние социального здоровья населения. Воздействие социального здоровья на структуру смертности в России и, следовательно, на демографическую ситуацию проявляется в том, что его ухудшение приводит к росту различных социальных аномалий, которые, в свою очередь, выступают непосредственной причиной убийств, самоубийств, отравлений, травм, дорожно-транспортных происшествий и других несчастных случаев. Для российского общества это одна из наиболее актуальных проблем. Высокий процент смертности среди населения стал особенностью отечественной статистики, потери приобрели длительный и устойчивый характер в большинстве регионов России [1, с. 65].

При этом следует отметить, что данные, которые отражает официальная статистика, представляют собой лишь «верхушку айсберга». Например, уровень латентной преступности в России в 2,65 раза выше, чем официально зарегистрированное число правонарушений. В некоторых регионах (Рязанская область, Республика Адыгея, Карачаево-Черкесская Республика) этот показатель выше в 5 раз [6, с. 77].

Согласно формуле экспертов ВОЗ, на n завершённых самоубийств приходится $10 - 20n$ парасуицидов, $8n$ близких и родственников суицидента, $100n$ людей, помышляющих о самоубийстве или осуществляющих аутодеструктивные действия на подсознательном уровне [2, с. 25]. Таким образом, на 37580 самоубийств официально зарегистрированных в Российской Федерации в 2009 году, приходится, по расчётам, 0,4% жителей страны, пытавшихся покончить жизнь самоубийством, 0,2% людей из числа ближайшего окружения суицидента и 2,7% лиц, имеющих «внутренний суицидальный дискурс». В целом же в проблему суицидального поведения может быть включено до 4,7 млн. человек, что составляет 3,3% населения страны [7, с. 124].

Социальное нездоровье населения выражается в катастрофическом росте аномалий и проявлений асоциального поведения: алкоголизме; наркомании, особенно среди молодёжи; криминализации социальной среды; резком увеличении числа самоубийств [10]. Здоровье общества обеспечивается социальным порядком: снижением преступности и уменьшением числа лиц с девиантным поведением [13]. Девиантное поведение субъектов общества – это поведение, нарушающее кодифицированные или некодифицированные социальные нормы. Другими словами, чем больше будет людей с девиантным поведением, тем менее здоровым будет общество [9, с. 243].

Следовательно, степень влияния социального здоровья на состояние и структуру смертности в России можно определить исходя из распространённости таких явлений, как убийства, самоубийства, алкогольные отравления. В классе «Несчастные случаи, травмы и отравления» это наиболее распространённые при-

чины смертности наряду с дорожно-транспортными происшествиями, которые мы не берём для анализа, поскольку ДТП в большинстве своём являются результатом несчастного случая, а не сознательных действий человека, прямо или косвенно приведших к его смерти. Следует, однако, отметить, что часть дорожно-транспортных происшествий совершается в состоянии алкогольного опьянения или в результате неоправданного риска, продиктованного суицидальным намерением водителя, поэтому определённая доля несчастных случаев на дорогах также имеет прямое отношение к ухудшению социального здоровья общества.

В Российской Федерации, по данным на 2010 год, на убийства, самоубийства и алкогольные отравления приходилось около 33% всех смертей класса «Несчастные случаи, травмы и отравления», или 3,5% от общего уровня смертности населения (аналогичные показатели по Северо-Западному федеральному округу составляют 33 и 3,4%, по Вологодской области – 30 и 3,4%).

Для сравнения: в 1990 году убийства, самоубийства и алкогольные отравления в совокупности составляли 38,5% смертности от внешних причин и 4,6% от общей смертности населения страны (в СЗФО, по данным на 1997 год, – 44 и 6,2%, в Вологодской области – 45 и 5,9% соответственно).

Таким образом, распространение причин смертности, связанных с ухудшением социального здоровья общества, постепенно снижается как в целом по стране, так и на региональном уровне. Тем не менее сам класс «Несчастные случаи, травмы и отравления» устойчиво занимает третье по распространённости место в структуре смертности населения Российской Федерации, уступая только классам «Болезни системы кровообращения» и «Злокачественные новообразования» (табл. 1). Подобная ситуация характерна для всего периода с 1990 по 2010 год.

Уровень смертности от внешних причин в России в 2009 году составлял 147 случаев на 100 тыс. чел., в 2005 году – 211,

Таблица 1. Структура смертности населения Российской Федерации в 2010 году**

Класс причин смертности	Число случаев		
	умерло чел.	на 100 тыс. чел.	в % от всех причин смертности
<i>Структура общей смертности</i>			
Все причины	2028516	1422	100
Болезни системы кровообращения	1151917	798	56,8
злокачественные новообразования	293171	205	14,5
Внешние причины	216867	144	10,7
Болезни органов пищеварения	91995	64	4,5
Болезни органов дыхания	74808	52	3,7
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	33609	23	1,7
<i>Структура смертности от внешних причин воздействия</i>			
Причины смертности	Число случаев		
	умерло чел.	на 100 тыс. чел.	в % от внешних причин
Внешние причины	216867	144	100
самоубийства	33480	23	15,4
все виды транспортных несчастных случаев	28558	20	13,2
убийства	18951	13	8,7
случайные отравления алкоголем	19132	10	8,8
** Ранжировано по значению показателя в %. Источник: Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.gks.ru			

в 2000 году – 216, в 1990 году – 136 случаев. С 1990 по 2009 год это была самая высокая смертность среди европейских стран, представивших данные во Всемирную организацию здравоохранения [3].

Динамика убийств, самоубийств и алкогольных отравлений свидетельствует о том, что социальное здоровье существенным образом зависит от стабильности социально-экономической и политической ситуации в стране (рис. 1 – 4).

В 90-е годы XX века, когда российское общество переживало культурно-политический кризис, вызванный распадом Советского Союза в 1991 году, и социально-экономический кризис 1998 года, основные показатели социального здоровья испытывали значительные колебания и в

целом ухудшились. Это касается не только увеличения случаев смертности. Так, за период с 1992 по 1999 год в стране возрос уровень заболеваемости алкоголизмом и наркоманией (со 103 до 108 и с 4 до 42 случаев на 100 тыс. чел. соответственно).

С другой стороны, относительная стабилизация политической и экономической жизни в 2000 – 2010 гг., постепенная адаптация населения к изменившейся после распада СССР системе культурно-нравственных ценностей способствовали снижению уровня социального нездоровья. За период с 2000 по 2010 год уровень алкоголизма снизился со 131 до 107 случаев на 100 тыс. чел., наркомании – с 51 до 17, психических расстройств – с 84 до 52 случаев.

Рисунок 1. Смертность от самоубийств (умерших на 100 тыс. чел.)



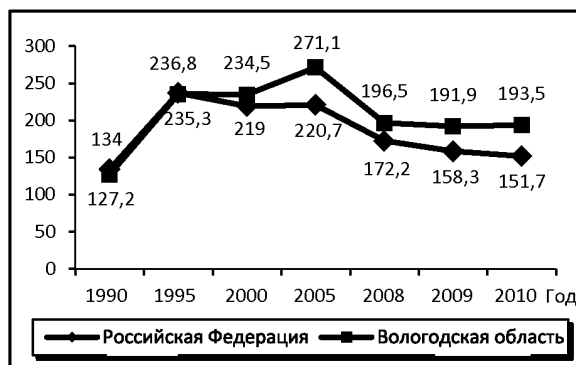
Рисунок 2. Смертность от убийств (умерших на 100 тыс. чел.)



Рисунок 3. Смертность от случайных алкогольных отравлений (умерших на 100 тыс. чел.)



Рисунок 4. Смертность от всех причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» (умерших на 100 тыс. чел.)



Источник: Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.gks.ru

Следует также отметить, что основные изменения, касающиеся состояния социального здоровья общества, отражаются в первую очередь на динамике смертности от убийств и самоубийств (в отличие от смертности в результате алкогольных отравлений и наркомании). Причина в том, что летальному исходу от алкоголизма и наркомании предшествует продолжительный период потребления психоактивных веществ. За это время на данный процесс могут повлиять различные факторы, способствующие прекращению злоупотребления психоактивными веществами. Например, тяжёлое заболевание или инвалидность, помощь со стороны системы здравоохранения, изменившиеся социально-экономические условия жизни (как в рамках конкретной семьи, так и в пределах всего государства), последствия государственного вмешательства, ограничивающие возможность индивида злоупотреблять алкоголем или наркотиками и т. д.

Таким образом, статистика смертности от убийств и суицидов является наиболее показательной в плане социального здоровья.

Одна из наиболее важных причин изучения социального здоровья как фактора, влияющего на структуру смертности населения, состоит в значительных потерях не только человеческого, но и трудового потенциала.

Данные статистики свидетельствуют о том, что основные категории с повышенным уровнем смертности от социальных патологий составляют мужчины, а также лица от 29 до 59 лет (табл. 2). Следует отметить, что высокая смертность мужчин трудоспособного возраста является российским феноменом по сравнению со структурой смертности в зарубежных странах. Поэтому именно сокращение смертности от внешних причин среди мужчин трудоспособного возраста – одно из приоритетных направлений государственной демографической политики [4, с. 29].

Влияние социального здоровья на структуру смертности в России влечёт за собой не только снижение трудового потенциала населения, но и экономический ущерб, который сопоставим с бременем летальных исходов от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований.

Для расчёта экономических потерь вследствие смертности, связанной с ухудшением социального здоровья, нами была использована Концепция глобального бремени болезней (ГББ; Global Burden of Disease Study), которая была предложена Мюррэем (Murray) и Лопесом (Lopez) и впервые реализована в одноимённом проекте в 1992 году Всемирной организацией здравоохранения по инициативе Всемирного банка [8].

Таблица 2. Смертность от причин, связанных с ухудшением социального здоровья в различных категориях населения (умерших на 100 тыс. чел.)

Категория населения	Самоубийства		Убийства		Алкогольные отравления	
	Россия	Вологодская область	Россия	Вологодская область	Россия	Вологодская область
Мужчины	47,3	52,8	24,4	26,4	25,0	32,7
Женщины	8,5	9,6	7,0	4,9	6,5	10,2
5 – 19 лет	8,8	4,8	2,9	3,7	0,1	0,5
20 – 39 лет	34,0	33,7	19,2	17,0	11,0	17,3
40 – 59 лет	31,0	38,6	21,2	22,0	30,3	38,9
60 лет и старше	28,9	36,9	11,1	12,1	13,9	16,8

Рассчитано по: Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.gks.ru

По результатам исследования, проведённого в 90-х годах XX века, специалистами ВОЗ был сделан вывод о том, что данная методика «выявила истинную значимость длительного недооценённого воздействия проблем психического здоровья вследствие нетрудоспособности» [13, с. 124]. В настоящее время расчёты глобального бремени болезней проводятся ежегодно.

Методика предполагает вычисление продуктивных лет жизни, потерянных вследствие смертности. Показатель YLL (Years of Life Lost – потерянные годы жизни из-за преждевременной смертности) рассчитывается по формуле¹:

$$YLL = N \times L,$$

где N – число смертельных случаев;

L – средняя продолжительность жизни в возрасте смерти (в годах)².

Следует также отметить, что без информации о точном возрасте человека на момент совершения суицида было сделано статистическое допущение, что в то время он имел средний возраст в группе (12 лет в группе от 10 до 14 лет, 17 лет в группе от 15 до 19 лет и т. д.).

Согласно проведённым расчётам, совокупные потери от причин смертно-

сти, связанных с ухудшением социального здоровья, выше, чем от наиболее распространённых заболеваний (таких как ишемическая болезнь сердца и новообразования; табл. 3). Потери от самоубийств сравнимы с экономическим ущербом от ишемии и онкологических заболеваний, в то время как распространённость ишемической болезни и онкопатологий выше, чем суицидов, в 16 и 7 раз соответственно.

Увеличение потерь ПГПЖ от убийств, самоубийств и алкогольных отравлений приходится на наиболее продуктивный возраст – 20–30 лет (рис. 5). Аналогичная ситуация наблюдается только в отношении транспортных происшествий, однако стоит отметить два обстоятельства: во-первых, после возрастного пика в 20–24 года динамика потерь от ДТП быстрыми темпами снижается (этого не наблюдается в отношении причин смертности, связанных с ухудшением социального здоровья), во-вторых, значительная часть ДТП происходит в результате алкогольного опьянения или осуществляется с суицидальным замыслом, то есть касается социального здоровья, но регистрируется только как дорожно-транспортное происшествие.

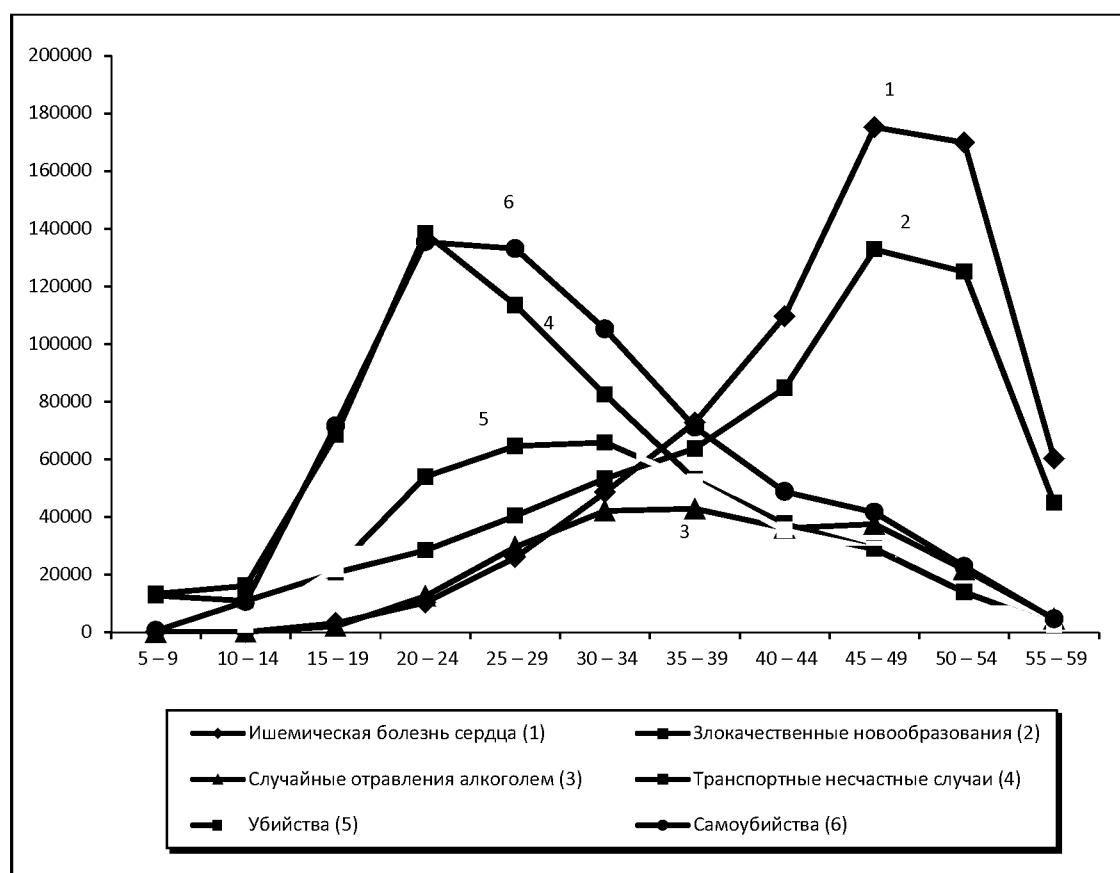
Таблица 3. Социально-экономический ущерб от причин смертности, связанных с ухудшением социального здоровья (2009 г.)

Причины смерти	Потери ПГПЖ			
	в годах		в % к ВРП	
	Россия	Вологодская область	Россия	Вологодская область
Ишемическая болезнь сердца	675369	6391	0,476	0,526
Самоубийства	645061	5554	0,455	0,457
Злокачественные новообразования	640249	5328	0,451	0,438
Транспортные несчастные случаи	580350	4352	0,409	0,358
Убийства	350586	2869	0,247	0,236
Случайные отравления алкоголем	229896	2391	0,162	0,197

¹ Полная версия методики измерения DALY опубликована на сайте ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/

² За этот показатель был принят возраст выхода на пенсию (54 полных года до выхода на пенсию для женщин и 60 лет – для мужчин).

Рисунок 5. Распределение показателя ПГПЖ по возрастным группам (РФ, 2009 г.), лет



На долю детей и подростков, к которым, по определению ВОЗ, относятся лица в возрасте до 24 лет, приходится 34% всех потерь ПГПЖ от самоубийств, 25% потерь от убийств и 7% – от алкогольных отравлений. Для сравнения: аналогичный показатель потерь ПГПЖ от ишемической болезни сердца составляет 2%, от злокачественных новообразований – 15%. В Вологодской области среди детей и подростков потери ПГПЖ меньше, чем в среднем по стране: 29% – от самоубийств, 24 – от убийств и 3% – от алкогольных отравлений.

Таким образом, ухудшение социального здоровья влияет на распространение тех причин смертности, которые наиболее часто встречаются в молодых возрастных категориях. Это является проблемой демографического и экономического характера, что обуславливает

необходимость реализации мер, направленных на профилактику социального здоровья. К первоочередным из них, на наш взгляд, можно отнести следующие:

1. В связи с актуальностью проблемы распространения убийств, самоубийств и алкогольных отравлений в молодёжной среде необходима разработка программ по снижению факторов риска социального нездоровья среди представителей этой возрастной категории.

Данное направление деятельности предполагает усиление контроля за соблюдением закона об уголовной ответственности за продажу спиртных напитков несовершеннолетним (например, за счёт специальных рейдов полиции или создания мобильных групп из представителей общественности по контролю за продажей алкоголя и табака), а также ужесточение ответственности за оборот

психоактивных веществ, используемых в медицинских целях; развитие инфраструктуры учреждений, обеспечивающих общественно полезные формы проведения досуга; улучшение информационно-просветительской работы в школах по профилактике асоциальных явлений, дисгармонии семейных отношений, нарушений в семейном воспитании и по пропаганде здорового образа жизни.

2. Одним из необходимых условий эффективности системы профилактики социального здоровья является повышение уровня жизни широких слоёв населения. Убийства, суициды и алкогольные отравления, как и другие социальные патологии, чаще всего происходят из-за социальной неустроенности на личностном (семейном) уровне. Поэтому снижение их количества во многом зависит от обеспечения социальных гарантий, поддержания достойного уровня материального благополучия, возможности трудоустройства и решения жилищного вопроса.

3. Результаты проведённого исследования показали, что среди причин смертности, связанных с ухудшением

социального здоровья, наиболее распространёнными в молодом возрасте являются самоубийства. В связи с этим необходима разработка на федеральном и региональном уровнях программ, направленных на профилактику суицидального поведения. Она должна включать такие механизмы, как создание общероссийской суицидологической службы (например, при федеральном суицидологическом центре при НИИ психиатрии); совершенствование механизма ведения статистической информации; создание сети специализированных служб (кризисных центров, кабинетов профилактики и т. д.) на базе общепрофильных медицинских учреждений; повышение квалификации медицинского персонала в области ранней диагностики симптомов депрессии и суицидальных тенденций; обучение в рамках образовательной программы учащихся старших классов, средних учебных заведений и вузов основным методам адаптации к стрессовым ситуациям, способам оказания психолого-педагогической поддержки в кризисных ситуациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валиахметов, Р.М. Опыт социологического исследования проблемы суицида [Текст] / Р.М. Валиахметов // Вестник общественного мнения: Данные. Анализ. Дискуссии / Аналитический центр Юрия Левады (Левада-Центр). Междисциплинарный академический центр социальных наук (Интерцентр). – 2010. – № 1(103). – С. 65-89.
2. Гулин, К.А. Проблемы психического здоровья населения [Текст] / К.А. Гулин, О.И. Фалалеева, Ю.Е. Ослопова. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2003. – 71 с.
3. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB) / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://data.euro.who.int/hfadbf/shell_ru.html
4. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года [Электронный ресурс]: утв. Распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс».
5. Морев М.В. Некоторые итоги исследования субкультурных установок в молодежной среде (на примере г. Вологды) / М.В. Морев, В.И. Попова // Проблемы развития территории. – 2010. – № 5(51). – С. 71-80.
6. Морев М.В. Социальное здоровье российского общества: криминологический аспект / М.В. Морев // Проблемы развития территории. – 2011. – Вып. 4(56). – С. 75-91.

7. Морев М.В. Социально-экономический ущерб вследствие смертности населения от самоубийств / М.В. Морев, Любов Е.Б. // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2011. – № 6. – С. 119-131.
8. Пряткина, О.П. Современные индикаторы здоровья населения [Электронный ресурс] / О.П. Пряткина // Медицинские новости. – 2000. – № 10. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=3054>
9. Психология здоровья: учебник для вузов [Текст] / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб., Питер, 2006. – С. 607.
10. Римашевская, Н.М. Русский крест [Электронный ресурс] / Н.М. Римашевская // Природа. – 1999. – № 6. – Режим доступа: http://vivovoco.rsl.ru/VV/JOURNAL/NATURE/06_99/RUSSDEMO.HTM
11. Римашевская, Н.М. Снижать смертность эффективнее, чем повышать рождаемость [Электронный ресурс] / Н.М. Римашевская // Агентство социальной информации. – Режим доступа: <http://www.asi.org.ru/ASI3/main.nsf/0/6CDF0E94531DC377C32571A0003A8C50>
12. Римашевская, Н.М. Социально-экономические и демографические проблемы современной России [Текст] / Н.М. Римашевская // Вестник Российской академии наук. – 2004. – № 3. – Том 74. – С. 209-218.
13. Социальное благополучие: материалы Всероссийской конференции «Социальное здоровье детей и молодёжи как национальная идея современной России» [Электронный ресурс] / Общероссийский проект «Школьный психолог». – 2001. – № 43. – Режим доступа: <http://psy.1september.ru/2001/43/14.htm>
14. Priebe, S. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries / S. Priebe, A. Badesconyi, A. Fioritti // BMJ. – 2005. – № 330. – С. 123-126.