Анализ динамики смертности в Российской Федерации

Введение

Как это неудивительно, столь широко употребляемое слово как «народонаселения» сначала возникло как научное понятие. Произошло это около двух веков назад. Появление данного термина в русском языке начало девятнадцатого века вызвало к жизни специальную науку и родило еще одно слово, ставшее повседневным уже в наше время,- «демография». Сегодня о демографических проблемах говорят и пишут ученые и журналисты, выходят серии популярных работ. Демография сейчас – это наука со всеми присущими атрибутами( собственными методами, теориями, практическими задачами). Более того, демография становится актуальной наукой, порождающей перекрестные области знаний, новые их отрасли.

На протяжении всей истории существования России, власти скрывали от собственного народа демографическую правду. До 1985 года сведения о численности населения, о количестве родившихся и умерших приводились лишь в специальных изданиях, однако данные о продолжительности жизни, детской смертности и числе абортов не публиковались никогда и нигде. И понятно почему: ведь именно эти данные как ничто иное отражают суть – состояние государства. Смертность является вторым после рождаемости важнейшим демографическим процессом. В демографии под смертностью понимают процесс вымирания поколения и рассматривают ее как массовый статистический процесс, складывающий из множества единичных смертей, наступающих в разных возрастах и определяющих в своей совокупности порядок вымирания реального и условного поколения. Смерть наряду с рождением и мертворождением является первичным витальным событием, для которого система демографической статистики собирает и комбинирует данные. Статистика смертей, как и вообще анализ смертности, необходима и для целей демографических исследований, и для практики, прежде всего для органов здравоохранения и социальной политики. Наиболее важными и приоритетными направлениями использования статистики смертей и смертности являются: анализ существующей демографической ситуации и тенденций ее изменения; удовлетворение административных и исследовательских нужд служб здравоохранения в связи с разработкой и выполнением программ общественного здоровья и оценкой их эффективности: определение политики и действий в иных, кроме здравоохранения, сферах деятельности; удовлетворение потребностей в информации об изменениях в населении в связи с разнообразной профессиональной и коммерческой деятельностью (демогрэфикс). Данные о смертности необходимы как для анализа прошлых демографических тенденций, так и для разработки демографических прогнозов. Последние, как известно, используются практически во всех сферах деятельности для планирования развития жилищных служб, системы образования, здравоохранения, для реализации программ социальной защиты, для производства товаров и услуг для различных групп населения. Статистика смертности необходима в анализе заболеваемости, как на национальном, так и на региональном уровнях. Органы здравоохранения используют данные статистики смертности для мониторинга и совершенствования своей деятельности. В 1990 году впервые за послевоенное время наблюдалась естественная убыль населения. При этом опережающими темпами растет смертность населения в трудоспособном возрасте. Превышение смертности над рождаемостью, начиная с 1992 года, часто оценивается как депопуляция, т.е. “вымирание” России. Одной из самых болевых медико-демографических проблем социального развития современной России остается высокий уровень смертности населения. Уровень смертности зависит от социально-экономического развития страны, благосостояния населения, развития системы здравоохранения, доступности медицинской помощи и т.д. Смертность учитывается в абсолютном выражении в виде числа умерших за тот или иной отрезок времени.

За последнее время демографический кризис в России принял крайнее положение. Начиная с 1992 года показатель рождаемости в России намного ниже, чем смертности, и в России наблюдается отрицательный естественный прирост населения. Это стало результатом начавшегося в 1988 году нового этапа снижения рождаемости и роста смертности. Сложившаяся ситуация дала пищу для многочисленных политических спекуляций, однако демографический кризис не есть нечто принципиально новое в истории российской смертности. Можно по-разному оценивать начало демографического кризиса в России. Одни видят его начало в 1988 году, другие - в 1965 году, когда впервые после войны начала снижаться продолжительность жизни. Третьи склонны считать, что кризис начался уже в 1917 году, поскольку за всю послеоктябрьскую историю было лишь два коротких периода интенсивного снижения смертности (примерно с 1922 по 1929 и с 1946 по 1960 гг.)

Существует несколько различных точек зрения на то, что же является причиной такого положения. Большинство склонны считать, что она явилась следствием социально-экономического кризиса, сложившемуся после распада СССР. Другая точка зрения весьма распространенная сегодня, заключается в том, что против России ведется так называемая демографическая война, направленная на сокращение численности населения РФ. Что касается обоснования своего выбора данной темы, то он аргументирован актуальностью решения демографических проблем России на сегодняшний день. Вопросы демографического кризиса в нашей стране, без сомнения, заслуживают особого внимания.

1. История смертности населения России

Общая постановка проблемы и краткая история ее изучения. Россия была одной из последних среди развитых европейских стран, вступивших на путь эпидемиологического перехода, связанного со снижением смертности, глубокой перестройкой структуры смертности по возрасту и причинам смерти. Начав последовательное движение к более высокой продолжительности жизни в конце XIX - начале XX века, Россия отставала к этому времени от западных стран на полвека и более. Отставание от стран Центральной и Восточной Европы было менее значительным, но также существенным. Кроме того, стартовые позиции по уровню смертности в России были намного менее благоприятными, чем в любой из развитых стран накануне перехода. Основными чертами российской смертности были чрезвычайно высокая детская и особенно младенческая смертность (более 300 умерших до года на тысячу родившихся), а также особо неблагоприятная ситуация с инфекционно-паразитарными заболеваниями, включая такие смертельно опасные как холера, тиф, дифтерия, скарлатина, корь, оспа. Хотя туберкулез выступал в качестве одной из ведущих причин смерти в то время, Россия не выделялась среди других европейских стран особо высоким уровнем смертности от него. Путь, пройденный Россией по пути эпидемиологического перехода с начала нашего века и вплоть до середины 50-х годов, отличался от пути, пройденного другими развитыми странами, главным образом по причине длинной цепочки социальных катастроф, в которую оказалось, втянуто российское население в первой половине ХХ века. В результате российская траектория динамики смертности отличается извилистостью, огромными скачками в периоды наибольшего обострения социально-экономической ситуации. Определенные успехи, достигнутые в контроле над инфекционной патологией и детской смертностью в относительно спокойные годы, сводились на нет, частыми кризисами социальной этиологии, которые вызывали новые витки подъема общей и детской смертности из-за насилия, голода, недоедания и новых вспышек эпидемий. По-видимому, среди развитых стран Россия выделяется наибольшими абсолютными и относительными демографическими потерями, понесенными в ХХ веке по причине войн, революций, голода, эпидемий, массового насилия государства по отношению к собственному народу. В связи с этим, естественно, встает вопрос, как отразилась столь массовая хроническая деривация на жизнестойкости поколений, переживших катастрофы. Обнаруживается ли повышенная смертность у когорт, оказавшихся в наименее благоприятных условиях на том или ином отрезке своей жизнедеятельности. В последние годы усиленное внимание многих исследователей уделяется такому антропометрическому показателю, как рост человека - вероятно, наилучший на сегодня индикатор условий жизни и физического развития в детстве. Получившие широкую известность исследования показывают, что существует удивительно сильная обратная связь между ростом человека и вероятностью умереть от болезней сердца. Причем связь остается сильной даже при условии контроля за такими традиционными поведенческими факторами риска, как курение, характер питания, поддержание уровня кровяного давления, а также факторами, непосредственно не связанными с текущим поведением человека: образование, профессия, место проживания, наличие таких патологий в анамнезе, как ангина, диабет, уровень холестерина и др. Таким образом, в арсенале исследователей появился индикатор, не только обладающий значительной объяснительной силой, но и способный в явном виде внести исторический контекст в изучение факторов, дифференцирующих население по уровню смертности. Применительно к России изучение вопроса о различиях в смертности лиц, принадлежащих к различным поколениям по году рождения, имеет сравнительно недавнюю историю. В современной России, правопреемницей СССР, неизбежно сохраняются те же демографические тенденции, что отличали ее непосредственного исторического предшественника. Иначе быть не может: тот же народ, те же традиции.

2.Изменения продолжительности жизни

Анализ длительной динамики показателей смертности дает возможность учесть влияние различных факторов на ее изменения. В этой связи будет интересным привести сравнение показателей смертности населения дореволюционной России и Российской Федерации за период с 1897 года до настоящего времени.

В ХХ в. изменения смертности в России были крайне неравномерными, непоследовательными, сопровождались возвратным движением, происходили по-разному в отдельных половозрастных группах. Снижение уровня смертности российского населения наблюдалось лишь в отдельные относительно краткие периоды минувшего столетия.

Уровень смертности населения наиболее адекватно отражается в показателе ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Динамика данного показателя в первой половине XX века отражает череду демографических катастроф, а период после 1965 г. характеризуется стагнацией или его снижением. Однако даже в периоды общего снижения смертности в России основной выигрыш, особенно у мужчин, был получен за счет детских и молодых возрастов. Изменение же смертности в возрастах после 30 лет было ничтожным, она осталась практически на дореволюционном уровне.

Возрастные коэффициенты смертности (число умерших на 1000 населения)

В 2005 году показатель ожидаемой продолжительности жизни российских мужчин составил 58,8 лет (в западноевропейских странах, США, Японии, Австралии - на 15-20 лет больше). Ровно двукратное увеличение этого показателя по сравнению с 1896-1897 гг. произошло в результате огромного сокращения коэффициента смертности младенцев на первом году жизни - в 26 раз (с 322 на 1000 родившихся в 1896-1897 гг. до 12,5 в 2005 г.). В 80 раз также снизилась смертность детей в возрасте 1-4 года. В то же время, в самых активных рабочих возрастах (25-39 лет) смертность уменьшилась незначительно, а у мужчин в возрастах от 40 лет она даже повысилась. При сохранении в дальнейшем современного (2005 г.) повозрастного уровня смертности мужчин России из нынешнего поколения 16-летних юношей до 60 лет не доживет 47%, т.е. около половины, в конце XIX века такая вероятность составляла немногим более половины (55%).

Россия в отношении столь неблагополучной динамики смертности ее населения разительно отличается от большинства развитых стран, где продолжительность жизни практически всех возрастных групп населения увеличивалась в течение всего ХХ века и особенно интенсивно - в его последней трети.

Возрастно-половая структура населения по переписи 1897 г. и на 1 января 2006 г.

Высокая смертность мужского населения привела к ухудшению соотношения полов в структуре населения. Если по переписи 1897 г. на 1000 мужчин приходилось 1055 женщин, то на начало 2006 г. 1000 мужчин 1158 женщин.

В 2006 году отмечено существенное снижение смертности населения. По предварительным оценкам показатель ожидаемой продолжительности жизни мужчин впервые за последние 8 лет превысил пенсионный возраст, увеличившись на 1,5 года (с 58,87 лет в 2005 г. до 60,37 лет). У женщин этот показатель поднялся не столь значительно - на 0,8 лет (с 72,4 лет в 2005 г. до 73,23 - в 2006 г.). Тем не менее по показателю средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении Россия далеко отстает от наиболее передовых в этом отношении стран, занимая в 2002 году среди 162 стран, для которых рассчитывался индекс человеческого развития, 100-е место. Отставание по этому показателю вполне коррелирует с общей социально- экономической отсталостью нашей страны. Показатель средней ожидаемой предстоящей жизни новорожденного является одним из лучших индикаторов не только, но и уровней социально – экономического развития в целом. Совсем не случайно именно эта величина является единственным демографических показателей, которые используются при расчете так называемого индекса человеческого развития, сводного индикатора, дающего обобщающую характеристику общего уровня социально-экономического развития страны.

Однако величина этого показателя довольно заметно зависит от возрастной структуры населения. Поэтому, кроме него, целесообразно рассчитывать так называемый интервальный показатель продолжительности жизни, который показывает, сколько в среднем предстоит прожить человеку в том или ином конкретном интервале возраста, ограниченном сверху и снизу, показатель интервальной продолжительности жизни играет важную роль в экономических приложения демографии, где необходимо знать среднюю ожидаемую продолжительность экономически активной жизни ( жизни в трудоспособном возрасте. Посмотрим, как работает этот показатель для мужчин трудоспособного возраста.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст | Для новорожденного | Для достигшего начала возрастного интервала |
| 1996 | 2000 | 2002 | 1996 | 2000 | 2002 |
| 15-19 | 39,41 | 36,73 | 37,23 | 40,63 | 37,91 | 38,28 |
| 20-24 | 34,57 | 31,91 | 32,39 | 35,93 | 33,28 | 33,67 |
| 25-29 | 29,79 | 27,16 | 27,64 | 31,37 | 28,90 | 29,46 |
| 30-34 | 25,08 | 22,53 | 23,02 | 26,85 | 24,64 | 25,28 |
| 35-39 | 20,46 | 18,04 | 18,54 | 22,38 | 20,50 | 21,09 |
| 40-44 | 15,95 | 13,75 | 14,23 | 17,94 | 16,47 | 16,95 |
| 45-49 | 11,58 | 9,71 | 10,15 | 13,53 | 12,57 | 12,88 |
| 50-54 | 7,41 | 6,03 | 6,36 | 9,18 | 8,65 | 8,82 |
| 55-59 | 3,52 | 2,77 | 2,95 | 4,73 | 4,60 | 4,63 |

Как видно из таблицы, средняя ожидаемая продолжительность жизни в трудоспособном возрасте для новорожденных во всех возрастных группах меньше, чем для достигших начала соответствующего возрастного интервала. Это результат ухудшения ситуации со смертностью в последние годы, ухудшения, охватившего даже самые младшие возрасты. При этом рост смертности не компенсирован до сих пор.

3.Роль основных классов причин смертности

Долговременный характер, устойчивость неблагоприятных тенденций смертности свидетельствуют о глубоком эпидемиологическом кризисе в России. Он проявляется, прежде всего в том, что по каждому из основных классов причин смерти сохраняется и увеличивается преждевременная смертность. На протяжении всего периода с 1970 по 2002 годы решающее влияние на изменения ожидаемой продолжительности жизни оказывали два класса причин: несчастные случаи, отравления, травмы (далее для краткости — "несчастные случаи") и болезни системы кровообращения. Кроме того, в начале 80-х годов положительный вклад вносила снижающаяся смертность от болезней органов дыхания.

Причина смерти - это болезнь или травма, обстоятельства несчастного случая или насильственной смерти, которые вызвали последовательность патологических процессов, непосредственно приведших к смерти. Источниками информации о причинах смерти являются записи в медицинских свидетельствах о смерти, составляемых врачом относительно заболевания, несчастного случая, убийства, самоубийства и другого внешнего воздействия( повреждения в результате действий, предусмотренных законом, повреждения без уточнения их случайного или преднамеренного характера, повреждения в результате военных действий), послуживших причиной смерти. Такие записи служат основанием для указания причины смерти в записях актов о смерти. Причина, по которой наступила смерть, устанавливается соответствующим медицинским органом или врачом. При этом современная статистика причин смерти основана на выделении одной, ведущей, или начальной причиной смерти. В нашей стране фрагментарная регистрация причин смерти началась в 1902г. В некоторых годах на основе классификации, разработанной Обществом русских врачей им. Пирогова. Регулярная регистрация причин смерти была введена только в 1925г. И тоже только в городах. Лишь с 1958г. Эта регистрация стала сплошной, охватив и сельскую местность. С 1965г. Отечественная статистика стала учитывать причины смерти согласно их номенклатуре, основанной на МКБ 7-го пересмотра. До 1998г. В России кодирование причин смерти производилось в территориальных комитетах статистики, а разработка данных осуществлялась согласно Краткой номенклатуре причин смертности(1981г.), основанной на Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра (1975). Всего номенклатуре 1981г. Содержалось 200 причин смерти, каждая из которых представляет собой объединение нескольких групп. Показателями смертности по причинам являются общие и повозрастные коэффициенты. Общие коэффициенты причин смертности вычисляются как отношения чисел умерших от указанных причин смерти к средне годовой численности наличного населения по текущей оценке.

Процесс вымирания поколения зависит от большого числа социальных и биологических факторов смертности с точки зрения демографического анализа смертности наиболее важно деление их на две крупные группы: эндогенные (порождаемые внутренним развитием организма человека) и экзогенные (связанные с действием внешней средой). Смерть всегда есть результат взаимодействия факторов обеих этих групп, но роль каждой из них может быть принципиально различной с точки зрения основных характеристик смертности.

Поток воздействий экзогенных факторов смертности на развитие индивидуального организма неупорядочен, случаен. Вероятность оказаться объектом подобных воздействий, а так же вероятность того, что их сила превысит защитные способности организма и приведет к смерти, в меньшей степени зависит от возраста.

Действие эндогенных факторов смертности обусловлено в основном старением организма. Эндогенные процессы в определенном смысле упорядочены, их действие распределяется на протяжении жизни каждого человека не случайным образом, не равномерно, а концентрируется в старших возрастах. Эта упорядоченность относительна, в действии эндогенных факторов также есть случайный компонент. Некоторое количество эндогенно детерминированных смертей, обусловленных наследственными болезнями, врожденными пороками и т. п., наступает в молодых, часто в ранних детских возрастах. Хотя скорость естественного старения - эволюционная характеристика вида, она не абсолютно одинакова у всех людей, имеет индивидуальные особенности; поэтому возраст, к которому жизнеспособность ослабевает настолько, что смерть становится неизбежной, колеблется в некоторых пределах вокруг величины, называемой биологической (видовой) продолжительностью жизни.

По-разному сочетаясь между собой, факторы смертности обуславливают непосредственную причину смерти.

Коэффициенты смертности по основным классам причин смерти.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ГОД | 1992 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Умершие от всех причин в том числе: | 1216 | 1496 | 1535 | 1564 | 1628 | 1637 | 1598 |
| от болезней системы кровообращения | 646 | 790 | 849 | 869 | 913 | 928 | 892 |
| от новообразований | 202 | 203 | 206 | 204 | 204 | 202 | 201 |
| от несчастных случаев, отравлений и травм. | 173 | 237 | 220 | 230 | 237 | 234 | 221 |
| от транспортных травм(всех видов) | 30 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 29 |
| от случайных отравлений алкоголем | 18 | 30 | 26 | 29 | 31 | 31 | 26 |
| от случайных утоплений | 9 | 14 | 11 | 12 | 12 | 11 | 10 |
| от самоубийств | 31 | 41 | 39 | 40 | 39 | 36 | 34 |
| от убийств | 23 | 31 | 28 | 30 | 31 | 29 | 27 |
| от болезней органов дыхания | 58 | 74 | 71 | 66 | 70 | 70 | 64 |
| от болезней пищеварения | 33 | 46 | 45 | 48 | 53 | 57 | 59 |
| от инфекционных и паразитарных болезней | 13 | 21 | 25 | 25 | 26 | 26 | 25 |

Смертность от болезней системы кровообращения. Наиболее частые причины смерти в Росси- болезни системы кровообращения. На них приходится половина мужских смертей и почти две трети - женских. В 2002 году стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от болезней системы кровообращения составил на 100 000 мужчин — 915, женщин — 586. Это значительно превышает показатели таких стран, известных высоким уровнем смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, как Финляндия и Англия (450-550 на 100 000 у мужчин и около 300 — у женщин в конце 80-х годов). Долговременная стагнация высокой смертности населения России от каждой из основных причин смерти в классе болезней системы кровообращения (пожалуй, за исключением гипертонии, где все-таки был достигнут некоторый прогресс) резко контрастирует с быстрым снижением смертности от болезней мозгового кровообращения и несколько более медленным снижением смертности от ишемической болезни сердца в других экономически развитых странах. Россия в абсолютных цифрах лидирует, а в относительных (на 100 тыс. населения) занимает второе место в мире. Ишемическая болезнь сердца сегодня занимает 30% в структуре заболеваемости россиян и 36% среди причин смертности. ( сейчас около 16,2 млн. россиян страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями. Это существенно влияет на ожидаемую продолжительность жизни, поскольку болезни системы кровообращения — причина более чем половины всех случаев смерти.

Смертность от несчастных случаев, отравлений и травм. Тесная связь динамики ожидаемой продолжительности жизни со смертностью от несчастных случаев (измеряемой ее стандартизованным коэффициентом) Зависимость прослеживается как в 70-е годы, когда смертность населения увеличивалась относительно медленно, так и в период драматических взлетов и падений 1984-1992 годов. Любое повышение смертности от несчастных случаев сопровождается синхронным снижением ожидаемой продолжительности жизни, любое снижение — ее соответствующим повышением. Смертность от несчастных случаев в России по сравнению с другими европейскими странами очень высока. У мужчин стандартизованный по возрасту ее коэффициент в 2002 году был около 300 на 100 000 жителей, что является абсолютным максимумом для Европы конца 80-х годов и почти в 4 раза превышает среднеевропейский показатель; у женщин он составлял примерно 70 на 100 000 (печальное первое место делится с женщинами Венгрии), превышая среднеевропейский уровень более чем вдвое. На долю России приходится почти треть смертей от дорожно- транспортного травматизма. В 2004 году в России зарегистрировано 200 тыс. ДТП. В них погибло почти 35 тыс. человек, ранено 250 тыс. Для России социально-экономический ущерб от дорожно - транспортного травматизма эксперты ВОЗ оценивают от 1.5 до 5% ВВП или 300 млрд. рублей в год. Всего в 2004г в России в результате происшествий на водных бассейнах и чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера пострадали 159313 человек, из них 94432 человека спасено,29458 погибли. На территории России в 2004 году произошло 199678 пожаров, в результате которых погибли 15592 человек. (Примерно половина пожаров имеет криминальные причины) В 2004 году сохранилась тенденция сокращение производственного травматизма практически во всех отраслях экономики. За пять лет абсолютное снижение этого показателя произошло на 26%. В России изменения смертности от несчастных случаев всегда были тесно связаны с уровнем потребления алкогольных напитков. В 70-е годы шел устойчивый рост потребления алкоголя, сопровождавшийся соответствующим повышением смертности . Во время известной антиалкогольной кампании сократились производство и продажа спиртных напитков, их потребление (по официальным источникам) упало более чем вдвое — при этом смертность от несчастных случаев у мужчин снизилась более чем на 30%, у женщин — примерно на 20%. Однако достигнутое принудительное благополучие не могло продолжаться долго; уже в 1990-2004 годах потребление алкоголя вновь выросло, а смертность от несчастных случаев стала очень быстро увеличиваться. Она затрагивала главным образом людей трудоспособного возраста, и в гораздо большей мере мужчин, чем женщин. Так, после 1987 года рост смертности от несчастных случаев происходил быстрее, чем можно было ожидать на основании официальных данных о росте потребления алкоголя в эти же годы. Возможно, это объясняется (по крайней мере, отчасти) ухудшением статистического учета производства, реализации и потребления алкоголя в последние годы. Кроме того, снизилось качество продаваемых спиртных напитков. В 2002 году стандартизованный коэффициент смертности от отравлений в России превышал соответствующий показатель для Франции почти в 15 раз, при том, что уровень потребления алкоголя в этих двух странах — примерно одинаков. В то же время нельзя исключить и появления факторов повышенной смертности от некоторых причин рассматриваемого класса, не связанных или в меньшей степени связанных с обычным бытовым пьянством. Во всяком случае, наблюдается определенная асимметрия падения и роста смертности от отдельных видов несчастных случаев — смертность от убийств и в меньшей степени от дорожно-транспортных происшествий увеличилась в 1990-2004 годах на большую величину, чем снизилась в 1985-1987г. Особенно значительным выглядит увеличение смертности от убийств, несомненно, связанное с кризисными явлениями в российском обществе, ослаблением правопорядка, межнациональными конфликтами с участием граждан России и распространением огнестрельного оружия среди населения. Нельзя, однако, забывать, что уровень смертности от убийств многократно превышал смертность от этой причины в других развитых странах еще в начале 70-х годов. Следовательно, мы имеем дело с ухудшением ситуации, которая и до того была достаточно плохой.

Смертность от болезней органов дыхания, инфекционных заболеваний и болезней органов пищеварения в детских и молодых возрастах.

Несмотря на длительное снижение, стандартизованный коэффициент смертности мужчин от инфекционных и паразитарных болезней в 2004 году был выше среднеевропейского уровня в 2,8 раза, женщин — в 1,7 раза. Стандартизованные коэффициенты смертности населения России от болезней органов дыхания и пищеварения находились примерно на среднеевропейском уровне. Однако эти коэффициенты относительно детских и молодых возрастов в 1990-2004 годах были намного выше, чем в западных странах. Несмотря на снижение смертности от этой группы причин у детей в возрасте до 15 лет, разрыв между Россией и другими экономически развитыми странами остался в 2004 году примерно на 2-х кратном уровне.

Первый случай заражения ВИЧ- инфекцией был зарегистрирован в России в 1987 году. В течение 10 лет Россия относилась к числу стран с низким уровнем распространения ВИЧ- инфекции, к 1996 году было зарегистрировано всего 1090 случаев. Новый этап распространения ВИЧ начался примерно с середины 1996года, когда в ряде городов была отмечена вспышка ВИЧ- инфекции среди потребителей внутривенных наркотиков. Впоследствии число вновь выявляемых случаев быстро растет.

Смертность от новообразований. До конца 70-х годов она находилась примерно на одном уровне и даже несколько снижалась, однако в 80-е наметился ее рост. Такая динамика объясняется тем, что внутри класса причин компенсировали друг друга две противоположные тенденции. Как и в других развитых странах, происходило значительное снижение смертности от рака желудка; у женщин несколько снижалась смертность от рака матки. В противовес этому увеличивалась смертность от рака легкого (особенно у мужчин), кишечника и прямой кишки, а также от рака груди у женщин. Постепенно общая тенденция изменения смертности от новообразований повернулась в сторону роста. В 2002 году стандартизованный коэффициент смертности от новообразований составил в России 325,3 на 100 000 у мужчин и 147,1 —у женщин. Уровень смертности мужчин весьма высок по сравнению с другими странами, причем стандартизованный коэффициент смертности от этой причины является одним из самых высоких в Европе — 104,8 на 100 000. К сожалению, смертность от большинства локализаций рака растет у нас быстрее и в перспективе может стать одним из главных факторов расширяющегося разрыва между Россией и другими экономически развитыми странами по уровню ожидаемой продолжительности жизни. Но несмотря на все эти цифры в настоящее время происходит сокращение младенческой смерти (на 7,2%). В 2006 году ее показатель составил 10,2 умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми, против 11,0 в 2005 году. Снизилась материнская смертность - 23,8 умерших на 100 тыс. родившихся живыми против 25,4 в 2005 году (на 6,3%)Остается надеяться, что наблюдаемое улучшение ситуации является началом долговременной положительной тенденции. Это тем более актуально в условиях начавшегося снижения численности населения в трудоспособном возрасте. Как и прогнозировалось, ранее Росстатом согласно предварительной оценке возрастного состава населения число лиц рабочих возрастов на начало 2007 года сократилось по сравнению с соответствующим периодом прошлого года на 176 тыс. человек и этот процесс будет нарастать.

4. Социальная составляющая депопуляции

В современной России, как было отмечено в ноябре 2004год. Всероссийском форуме, усиливается и так называемая социальная дифференциация смертности, то есть вымирают в первую очередь бедные и маргинальные слои населения, причем именно среди них женская смертность особенно высока. В России сформировалось два типа смертности: люди высших и низших слоев общества умирают от разных причин.

. Но как доказано люди с высшим образованием не умирают от алкогольных напитков, но поскольку « народа» значительно больше, чем « чистой публики», - страна имеет показатели продолжительности жизни, сравнимые с показателями африканских стран. По средней продолжительности жизни в 2004 году наши женщины(72 года) занимали 100-е место в мире, а мужчины (58,8года) – 134-е место. ( Масштаб отставания России от передовых стран виден из того, что продолжительность жизни мужчин России в 2003 году были ниже, чем в США – на 15,4 года, чем во Франции – на 17 лет , в Швеции –на 19,1 года, в Японии – на 19,6 года. По женской смертности отставание, России несколько меньше, но тоже значительно. Ожидается, что с 2009 года средняя продолжительность жизни россиянина составит 66,2 года, что обеспечивает России 130- 140-е места в мире, далеко позади всех азиатских и латиноамериканских стран, но зато впереди африканских. Конечной целью Минздрав соцразвития является увеличение продолжительности жизни россиян до 70 лет, при этом Минздравсоцразвития продолжает настаивать на увеличении пенсионного возраста до 65 лет. Получается, что средний россиянин после выхода на пенсию проживет чуть более года сейчас и пяти при наступлении светлого будущего. Возникает резонный вопрос: зачем работодателю не одно десятилетие платить двадцать процентов отчислений в пенсионный фонд? К примеру, на конец сентября 2005 года в Японии насчитывалось 25606 граждан в возрасте 100 лет и старше. Из них 85% женщины. Больше всего долгожителей в Токио-2387. С 2000-2005 годы количество столетних японцев увеличилось вдвое, и ожидают, что к 2050 году их будет миллион. В начале прошлого века продолжительность жизни среднего россиянина также была была на 15-20 лет ниже, чем в передовых странах. К шестидесятым годам прошлого века России удалось значительно сократить этот разрыв. Это был результат успехов мировой медицинской науки ( включая открытие антибиотиков), развития системы бесплатного здравоохранения, роста культурного уровня населения.В 1965 году средняя продолжительность жизни достигла 69,5 года. С тех пор в СССР она постоянно снижалась и в 1986-1987 годах была самой большой за всю историю России- 70,1 года. Однако с началом перестройки она быстро увеличилась. Если тридцативосьмилетний период (1965-2003) разделить на две равные части, то оказывается, что потери продолжительности жизни в застойный период (1965-1984) и в последующий, перестройки и постперестройки, - очень близки. В первый из них длительность мужской жизни сократилась на 2,74 года, во второй- на 3,25. К тому же между переписями 1989 года и 2002 года из страны уехали 5,4 млн. человек, что больше, чем в революцию и Гражданскую войну.

Доказано, что продолжительность жизни тесно связана с материальным уровнем жизни, то есть уровнем потребления. При росте уровня жизни растет и ее продолжительность. Стагнация продолжительности жизни россиян на очень низком для нынешнего времени уровне - веское свидетельство того, что средний уровень жизни в России не растет, несмотря на миллиарды нефтедолларов и заметный экономический рост России в целом в последние годы. Дело, видимо, в поляризации населения России – быстром росте уровня жизни меньшинства и « обнищании» большинства.

5.Тенденции и перспективы смертности

По прогнозам ученых, к концу XXI века население Земли вырастет в два раза, однако в России, численность которой на 1 января 2005 года составляла 143474,2 тыс. человек, при сохранении существующих демографических тенденций, через 70 лет останется 100 миллионов человек. В настоящее время у нас зарегистрирована самая высокая смертность в Европе. На протяжении многих лет общие тенденции в смертности населения нашей страны определяет ситуация со смертностью людей рабочих возрастов. После 2005 года начинает значительно сокращаться трудоресурсное население страны и, возможно, к 2010г. Мы окажемся в так называемой демографической яме, т.е. совокупное количество лиц пенсионного возраста и детей существенно превысит число трудоспособных граждан. В настоящее время 60% россиян- старики, дети и инвалиды. При сохранение этих тенденций к 2025 году на одного работающего гражданина будет приходиться 4 иждивенца. Сегодня на содержании государства находится 36,6 млн. пенсионеров, т.е. 25% населения. В результате, лет через десять самым дефицитным ,а значит и дорогим ресурсом станет не нефть и газ,а обычный человеческий труд. По прогнозам экспертов ООН, к 2015 году в России будут проживать около 133 млн. человек, в 2025 году- 126млн. человек, а в 2050 году -104 млн. Из Советского союза Россия вышла с населением в 147 с половиной миллионов человек. Однако, по мнению А. Вишневского, доктора экономических наук, руководителя Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН, -к 2050 году в нашей стране будет жить всего около 100 млн. человек, и мы по численности населения скатимся к уровню Египта, Вьетнама и Уганды. Уже сейчас по структуре смерти Россия соответствует стране в состояние затяжной войны, поскольку потери здоровых мужчин сопоставимы с потерями СССР в Отечественной войне, и вернуться к естественному приросту населения она уже не может. Современному мужчине 34 года, а женщине- 40. И женщин на 10 млн. больше. Мужская смертность в России в четыре раза превышает женскую. Тем не менее, темпы сокращения продолжительности жизни в 1985-2004 годах у молодых женщин были заметно выше, чем у их сверстников. Поэтому в ближайшей перспективе велика вероятность сокращения разрыва в средней продолжительности жизни между мужчинами и женщинами, но не за счет сокращения мужской смертности, а за счет роста смертности женской. Быстрый рост молодых женщин свидетельствует об их маргинализации, а значит и о возможной маргинализации их детей, поскольку социальный статус детей определяется матерью. Россияне стремительно стареют. Парадокс в том, что смертность больше всего коснулась молодых людей от 20 до 45 лет. Младенческая смертность у нас в полтора-два раза выше, чем в развитых странах. На 40% выросла смертность среди 15-19 летних. В возрасте от 20-25 лет смертность подскочила на 80% от25-35 – на 70%. По подсчетам ООН, к 2025 году в России останется не более 6 млн. человек в возрасте от 15-24 года. Средства массовой информации обычно показывают нашу демографическую ситуацию в искаженном виде. Пример типичного утверждения что в стране в год умирает по миллиону человек. На самом деле умирает по 2,3 миллиона. А примерно на миллион ежегодно смертей больше, чем рождений. А примерно ежегодно мы теряем две деревни, а в год- небольшую область. Население России в 2005 году уменьшалось на 100 человек в час, или 2,4 тыс. в день. В целом, население России за 2005 год сократилось на 680 тыс. человек и теперь оно составляет около 142 млн. Но на языке статистиков все равно это положительная динамика. Среднестатистический россиянин – это человек 37 лет, который, скорее всего живет в гражданском браке и зарабатывает 10 с половиной тысяч рублей в месяц. Лишь 54% нынешних 16- летних юношей доживут до пенсии.

Заключение

И в заключении хотелось бы сказать, что в краткосрочной перспективе, то есть до конца нашего века, будет продолжаться активный процесс снижения интенсивности рождаемости по регионам страны. В дальнейшем ускоряющимися темпами будет наблюдаться процесс снижения интенсивности рождаемости, особенно в сельском населении. Здесь, по всей вероятности, произойдет переход от многодетной к среднедетной, а позже и малодетной семье. В этих условиях важно активизировать демографическую политику с тем, чтобы не допустить перехода основной части населения к малодетной семье.

Тенденции заболеваемости и смертности во многом будут зависеть от успехов развития науки и эффективности функционирования органов здравоохранения. Можно полагать, что и в этой сфере сохранится прогрессивная тенденция к снижению продолжительности жизни за счет возможного дальнейшего увеличения младенческой смертности, смертности от различных болезней, травматизма, несчастных случаев в быту и на производстве у лиц средних возрастов. В перспективе будут расти территориальная подвижность населения, особенно в восточные районы страны. В то же время в районах с низким уровнем рождаемости интенсивность перемещения населения по направлению село-город может снизиться, тем более что потенциальные резервы мигрантов в этих районах незначительны. В целом демографическая ситуация в нашей стране достаточно разнообразна.

Список использованной литературы

1.Кваша А. “Что такое демография” Издательство “Москва-мысль” 1993 год.

2.Ткаченко А. “Выходит ли Россия из демографического кризиса?” “Социально-политическиий журнал” 5’96

3.Рунова Т.Г. Демография Учебное пособие 2-ое издание Москва 2006 года.

4. В.М. Медков «Демография» Учебное пособие Москва 2005 год.