

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, наш анализ показал, что с точки зрения социально-демографической дифференциации смертности в 1970—1980 гг. Россия мало чем отличалась от большинства развитых стран. В то же время следует напомнить, что одной из парадоксальных особенностей общества реального социализма было почти полное отсутствие зависимости между уровнем жизни семьи и уровнем образования ее членов. Более того, многие массовые профессии, предполагающие наличие высшего или среднего специального образования, находились в нижней части распределения по уровню доходов. Пожалуй, наиболее выдающийся пример в этой связи — российские врачи. Как известно, для получения квалификации врача требуется очень сложное многолетнее обучение, занимающее в общей сложности, как минимум, около семи лет. Это больше, чем для любой другой профессии. Однако профессия врача в России входит в число профессий с относительно низким уровнем заработной платы (нижняя треть распределения)¹.

Поэтому в отличие от большинства развитых стран в условиях России различия в смертности более образованных и менее образованных слоев общества, между занятыми умственным и физическим трудом определялись не только и не столько имущественным неравенством, сколько факторами социокультурного характера, которые наряду с экономическими, экологическими, природно-климатическими условиями жизни определяют общую ситуацию в области смертности и влияют на дифференциацию в смертности различных групп населения. Образ жизни и культурные традиции как факторы смертности не сводятся лишь к распространенности тех или иных вредных привычек. Влияние уровня образования, характера труда, этнической принадлежности на уровень смертности также было бы ошибочно сводить лишь к различию в распространенности таких факторов, как

курение или злоупотребление алкоголем, хотя нельзя отрицать, что для некоторых причин смерти (например, для рака легкого) такое влияние очень велико. Представляется, что весьма серьезными дифференцирующими факторами смертности были условия труда и региональные особенности. Отсутствие объективной информации о рисках для здоровья порождало пренебрежение к самосохранительным мотивам при выборе профессии, места жительства и т. д.

Важной причиной социальной дифференциации смертности для некоторых социально-демографических групп были факторы селективной природы. В группу лиц, никогда не состоявших в браке, лиц с самым низким уровнем образования (а значит, преимущественно занятых физическим трудом) входят и те, кто не мог вступить в брак и получить образование в силу своего состояния здоровья (в широком смысле). Однако для различий в смертности массовых групп населения (высокое или относительно низкое образование, умственный или физический труд) такая селективность не могла играть ключевую роль [59].

Расчет стандартизованных индексов смертности по образованию на основе микропереписи 1994 г. (см. рис. 4) показал, что рост смертности начала 90-х годов в большей мере затронул группы населения с низким уровнем образования. Одно из возможных объяснений состоит в следующем: более низкий уровень общей и гигиенической культуры мог затруднить лицам с более низким уровнем образования процесс адаптации к изменившимся социально-экономическим условиям, связанным с переходом к рыночной экономике, что, в свою очередь, не могло не вызвать более быстрый рост смертности в этой социальной группе. Как показывает большинство социологических исследований, именно лица с низким уровнем образования в постреформенный период потеряли работу или в наибольшей степени рисуют потерять ее, имеют низкую заработную плату и доходы, часто едва покрывающие их витальные потребности. Именно эти люди составляют «ядро российской бедности». Они же выражают негативную оценку происходящих в стране изменений. Но это лишь гипотеза, и науке только предстоит узнать, как изменилась социальная дифференциация смертности в период перехода к рынку.

Наконец, среди социокультурных факторов необходимо указать на такой фундаментальный фактор, как культура отношения к собственному здоровью и состоянию организма [89, 91]. Одни нещадно эксплуатируют его и мало заботятся о нем до тех пор, пока это не приведет к достаточно серьезным проблемам. Другие уделяют здоровью гораздо большее внимание. Можно предположить, что первый тип отношения характерен в большей степени для мужчин, для лиц, не имеющих высшего образова-

ния, и для рабочих. Второй тип культуры в большей степени присущ женщинам, лицам с высшим образованием, представителям интеллектуального труда. Именно для этих групп населения во всех экономически развитых странах характерна самая низкая смертность и именно эти группы потребляют самые большие объемы медицинских услуг [63].

Существование огромных различий по показателям смертности внутри российского населения между полами, уровнями образования, родом занятий, этническими группами, которые не отличались друг от друга принципиально по материальным условиям жизни (уровню богатства или бедности), но существенно отличались по образу жизни, является важным аргументом в пользу того вывода, что в российской смертности существуют огромные ресурсы снижения, прямо не связанные с уровнем жизни. Избыточная смертность во многих социально-демографических группах в большей мере связана с психологическими, культурными и поведенческими аспектами, чем с бедностью или плохой работой медицинских служб. Таким образом, находит подтверждение гипотеза о том, что высокая смертность в России скорее связана с глубинными долгосрочными факторами, действовавшими в течение многих лет. Образовательный уровень ныне живущих поколений формировался в основном несколько десятилетий назад, их культурные и религиозные традиции — продукт еще более длительной исторической эволюции. Социальные деформации и социальный стресс последнего десятилетия могли усугубить, но не породить эти процессы. Опасность скорее в том, что они еще могут проявиться в будущем.

Таким образом, существуют основания для сдержанного оптимизма. Ведь сказанное означает, что политика, направленная на противодействие сверхсмертности, может быть успешной даже при нехватке финансовых и материальных ресурсов и до достижения позитивных сдвигов в общей экономической ситуации. Можно не уповать на желаемый экономический рост, реальное и ощутимое начало которого трудно прогнозируется в сложившихся социально-экономических и политических условиях. Более того, гипотетический экономический рост еще не означает, что государство, накопившее в течение десятилетия множество социальных проблем, мгновенно сможет инвестировать в здоровье нации значительные финансовые ресурсы. Уже сегодня требуются усилия для приостановления сверхопасных тенденций в области смертности и сокращения социальной дифференциации перед лицом смерти. В частности, эффективными могут стать меры, направленные на изменение поведения людей в отношении своего здоровья: обучение, информирование о факторах риска, например, через средства массовой информации и/или через сети врачей общей практики — общественные кампании по борьбе с курением

и пьянством, меры дифференцированной налоговой политики на алкогольном и табачном рынке, ограничения торговли алкоголем и табачной продукцией, укрепление законности и правопорядка и другие, не требующие значительных финансовых ресурсов меры, которые уже были осуществлены в других странах и привели к ощутимому эффекту.

Примечание

Официальные данные о доходах в советское время отсутствовали, а публиковались лишь сведения о заработной плате в разных отраслях народного хозяйства. Некоторая информация о связи дохода и образования содержится в результатах известного таганрогского обследования [18].

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Е. М. Метод компонент в анализе продолжительности жизни // Вестн. статистики. — 1982. — № 9. — С. 42—48.
2. Андреев Е. М. Продолжительность жизни и причины смерти в СССР // Демографические процессы в СССР / Под ред. А. Г. Волкова. — М.: Финансы и статистика, 1990. — С. 90—115.
3. Андреев Е. М., Бирюков В. А. Влияние эпидемий гриппа на смертность населения России // Вопр. статистики. — 1998. — № 2. — С. 73—77.
4. Андреев Е. М., Добровольская В. М. Социальная дифференциация смертности в России // Здравоохранение Рос. Федерации. — 1993. — № 9. — С. 18—21.
5. Андреев Е. М., Добровольская В. М., Шабуров К. Ю. Этническая дифференциация смертности // Социол. исслед. — 1992. — № 7. — С. 43—49.
6. Бедность: альтернативные подходы к определению и измерению: Коллективная монография. — М., 1998. — (Науч. докл. / Моск. Центр Карнеги; Вып. 24).
7. Бирюков В. А. Эволюция и особенности смертности в городах СССР // Демографические процессы в СССР. — М.: Финансы и статистика, 1990.
8. Вишневский А. Г., Школьников В. М. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. — М., 1997. — (Науч. докл. / Моск. Центр Карнеги; Вып. 19).
9. Волков А. Г. Семья — объект демографии. — М.: Статистика, 1986.
10. Дарский Л. Е., Ильина И. П. Брачность мужчин и женщин в Российской Федерации // Здравоохранение Рос. Федерации. — 1992. — № 10. — С. 17—19.
11. Демографический ежегодник России: Статистический сборник / Госкомстат России. — М., 1997.
12. Добровольская В. М. Социокультурные различия смертности мужчин и женщин России // Женщина и свобода: Материалы междунар. конф. 1993 г. — М., 1994. — С. 147—151.
13. Добровольская В. М. Различия смертности в зависимости от характера труда в России // Демографическое развитие России и его социальные и демографические последствия. — М., 1994. — С. 53—55.
14. Новосельский С. А. Смертность и продолжительность жизни в России. — Пг., 1916.

15. Новосельский С. А. Влияние экономических условий на частоту отдельных причин смерти // Вопр. демогр. и санитар. статистики. — М.: Медгиз, 1958. — С. 76—86.
16. Образование населения (по данным микропереписи 1994 г.) / Госкомстат России. — М., 1995.
17. Птуха М. В. Очерки по теории статистики. — М.: Госиздат, 1960.
18. Римашевская Н. М. и др. Семья, труд, доходы, потребление: таганрогские исследования. — М.: Наука, 1977.
19. Связь потребления алкоголя с факторами риска и смертностью от сердечно-сосудистых и некоторых других хронических неинфекционных заболеваний среди мужского населения (по материалам одновременного исследования и 20-летнего проспективного наблюдения) / В. В. Константинов, А. Д. Деев, А. В. Капустина, Д. Б. Шестов, Г. С. Жуковский, Т. Н. Тимофеева, Р. Г. Оганов // Кардиология. — 1998. — № 2. — С. 29—36.
20. Шишkin С. В. Экономический анализ результатов социологического мониторинга расходов населения России на медицинские услуги и лекарства. — М., 1999.
21. Школьников В. М., Милле Ф., Вален Ж. Ожидаемая продолжительность жизни и смертность населения России в 1970—1993 годах: анализ и прогноз. — М., 1995.
22. Шурыгина И. И. Различия в потреблении алкоголя мужчинами и женщинами в Москве // Социол. журн. — 1996. — № 1—2. — С. 169—175.
23. Age-specific mortality trends in France and in Italy since 1900: period and cohort effects / G. Caselli, J. Vallin, J. Vaupel, A. Yashin // European J. of Population. — 1987. — № 3. — P. 33—60.
24. Anderson B. A., Silver B. D. Patterns of Cohort Mortality in the Soviet Population // Population and Development Rev. — 1989. — Vol. 15 (3). — P. 471—501.
25. Anderson B. A., Silver B. D. Trends in mortality of the Soviet population // Soviet Economy. — 1990. — Vol. 6. — № 3. — P. 191—251.
26. Anderson B. A., Silver B. D. A comparison of Soviet mortality in the working ages: 1959—1988 // Demographic trends and patterns in the Soviet Union before 1991 / W. Lutz, S. Scherbov and A. Volkov (eds.). — Routledge; London, 1994. — P. 295—338.
27. Andreev E. M., Biryukov V. A., Shaburov K. Ju. Life expectancy in the former USSR and mortality dynamics by cause of death: regional aspects // European J. of Population. — 1994. — № 10. — P. 275—285.
28. Andreev E. M. Life expectancy and causes of death in the USSR // Demographic trends and patterns in the Soviet Union before 1991 / W. Lutz, S. Scherbov and A. Volkov (eds.). — Routledge; London, 1994. — P. 279—293.
29. Antonovsky A. Social class, life expectancy and overall mortality // Milbank Memorial Fund Quart. — 1967. — 43. — P. 31—73.
30. Association of alcohol consumption to mortality in middle-age US and Russian men and women / A. Deev, D. Shestov, J. Abernathy, A. Kapustina, N. Muhina, S. Irving // AEP. — 1998. — Apr. — 8. — P. 147—153.
31. Blum A., Monnier A. Recent mortality trends in the U.S.S.R.: new evidence // Population studies. — 1989. — 43. — P. 211—241.
32. Bogoyavlensky D. D. Native peoples of Kamchatka: epidemiological transition and violent death // Arctic Anthropology. — 1997. — Vol. 34. — 1. — P. 225—246.

33. Boleslawski L. Różnice w umieralności między generacjami jako skutki wojen światowych // *Studia demograficzne*. — 1985. — № 4 (82). — P. 51—71.
34. Brajczewski C., Rogucka E. Social class differences in rates of premature mortality among adults in the City of Wrocław, Poland // *Am. J. Human Biol.* — 1993. — 5. — P. 461—471.
35. Brass W. Policies for the Reduction of Mortality Differentials // *Population Bull. of ECWA*. — 1980. — № 19. — P. 3—28.
36. Buell P., Dunn J. E., Breslow L. Occupational-social class risks of cancer mortality in men // *J. Chron. Dis.* — 1960. — 12. — P. 600—621.
37. Cancer mortality in Russia and Ukraine: validity, competing risks, and cohort effects / V. M. Shkolnikov, M. McKee, J. Vallin, E. Aksel, D. Leon, L. Chenet, F. Meslić // *Intern. J. of Epidemiology*. — (In press).
38. Carlson E. Concentration of rising Hungarian mortality among manual workers // *Univ. of South Carolina, SSR*. — 1989. — Vol. 73. — № 3. — Apr. — P. 119—128.
39. Caselli G., Capocaccia R. Age, period, cohort and early mortality: an analysis of adult mortality in Italy // *Population Studies*. — 1989. — 43. — P. 133—153.
40. Cause of the Russian mortality crisis: evidence and interpretations / V. Shkolnikov, G. Cornia, D. Leon, F. Meslić // *World Development*. — 1998. — Vol. 26. — № 6.
41. Chenet L., Leon L., Vassin S. Deaths from alcohol and violence in Moscow socio-economics. determinants // *European J. of Population*. — (Forthcoming).
- 41a. Chiang Chin Long. *The Life Table and Its Application*. — Malabar Fla: Robert Robert E. Krieger Publ., 1984.
42. Christenson B. A., Johnson N. E. Educational inequality in adult mortality: an assessment with death certificate data from Michigan // *Demography*. — 1995. — 32. — P. 215—229.
43. Coale A. J., Demeny P. *Regional Model Life Tables and Stable Populations*. — 2nd ed. — New York; London: Academic Press, 1983.
44. Cox D. R. Regression models and life tables // *J. R. Stat. Soc.* — 1972. — 34. — P. 187—220.
45. Deev A. D., Konstantinov V. V., Shestov D. B. Population descriptions and methodology for US-USSR collaboration in Area 1 (Pathogenesis of Atherosclerosis): Second prevalence study details for Moscow and Leningrad lipid research clinics // *Atherosclerosis Reviews*. — 1988. — 17. — P. 103—109.
- 45a. Dennis B. H. et al. The association of education with coronary heart disease mortality in the USSR Lipid Research Clinics Study // *Intern. J. of Epidemiology*. — 1993. — 22. — P. 420—427.
46. Educational level and adult mortality in Russia / V. M. Shkolnikov, D. A. Leon, S. Adamets, E. Andreev, A. Deev // *Social Science and Medicine*. — 1998. — Vol. 17. — № 3. — P. 357—369.
47. Elo I. T., Preston S. H. Effects of Early-Life Conditions on Adult Mortality: A Review // *Population Ind.* — 1992. — Vol. 58 (2). — P. 186—212.
48. Goldblatt P. Mortality by social class, 1971—85 // *Population Trends*. — 1989. — 56. — P. 6—15.
49. Horiuchi S. The long term impact of war on mortality: old age mortality of First World War survivors in the Federal Republic of Germany // *UN Population Bull.* — 1983. — Vol. 5. — P. 80—92.

50. Huge variation in Russian mortality rates in 1984—1994. Artefact, alcohol or what? / D. A. Leon, L. Chenet, V. M. Shkolnikov, S. V. Zakharov et al. // Lancet. — 1997. — Vol. 350. — P. 383—388.
- 50a. Kahn H. A., Sempos C. T. Statistical methods in epidemiology. — New York; Oxford: Oxford Univ. Press, 1989.
51. Kansa A. Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality. — Rotterdam: Thesis Erasmus Univ., 1997.
52. Kingkade W., Vassin S. Mortality by cause of death in Russia's resent past: regional variations before and after the break-up // Intern. Population Conf. [Beijing]. — 1997. — Vol. 2. — P. 555—580.
53. Kitagawa E. M., Hauser P. M. Differential mortality in the United States: a study in socio-economic epidemiology. — Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1973.
- 53a. Kunst A. Cross-national comparison of socio-economic differences in mortality: Thesis / Erasmus Univ. — Rotterdam, 1997.
54. Kunst A. E., Mackenbach J. P. The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries // Am. J. Public Health. — 1994. — 84. — P. 932—937.
55. Lee E. T. Statistical methods for survival data analysis. — [S. l.]: John Wiley & Sons, Inc., 1992.
56. Lumey L. H., Van Poppel F. W. A. The Dutch Famine of 1944—45: mortality and morbidity in past and present generations // Social History of Medicine. — 1994. — Vol. 7. — P. 229—246.
57. Marmot M. G., McDowall M. E. Mortality decline and widening social inequalities // Lancet. — 1986. — 2. — P. 274—276.
58. Marmot M. G., Shipley M. J., Rose G. A. Inequalities in death-specific explanations of a general pattern // Lancet. — 1984. — 2. — P. 1003—1006.
59. Marmot M. G. Social differentials in mortality: the Whitehall Studies // Adult Mortality in Developed Countries: from Description to Explanation / Ed. by A. D. Lopez, G. Caselli, T. Valkonen. — Oxford: Clarendon Press, 1995. — P. 243—260.
60. Meslé F., Shkolnikov V. M. La mortalité en Russie: une crise sanitaire en deux temps // Rev. d'Etudes Comparatives Est-Ouest. — 1995. — Vol. 4. — Déc. — P. 9—24.
61. Meslé F., Shkolnikov V., Vallin J. Brusque montée des morts violentes en Russie // Population. — 1994. — Vol. 49. — № 3. — P. 780—790.
62. Methods for comparative mortality studies in the USSR and US / C. E. Davis, G. B. Trobaugh, G. S. Zhukovsky, V. M. Lipovetsky, S. A. Shalnova, S. I. Plavinskaya, R. Prineas // Atherosclerosis Reviews / Ed. by Robert I. Levy et al. — 1998. — 17. — P. 257—260.
63. Mizrahi Andrée, Mizrahi Arié. Evolution à long terme des disparités des dépenses médicales. — Paris: CREDES, 1986.
64. Mortality and body mass index in a sample of the US population / R. A. Durazo-Arvizu, D. L. MacGee, R. S. Cooper, Y. Liao, A. Luke // Am. J. of Epidemiology. — 1998. — 147. — P. 739—749.
65. Mustonen H. Positive and negative experiences related to drinking // Demystifying Russian Drinking. Comparative Studies from the 1990s. Research Rep85 / J. Simpura and B. Levin (eds.). — [S. l.]: Gummerus Kirjapaino Oy, 1997.

66. Nathanson C. Mortality and position of women in developed countries // Adult Mortality in Developed Countries from Description to Explanation / Ed. by A. D. Loper, G. Casall, T. Valkonen. — Oxford: Clarendon Press, 1995. — P. 135—160.
67. National trends in educational differences in mortality / J. J. Feldman, D. M. Makuc, J. C. Kleinman, J. Cornoi-Huntlei // Am. J. of Epidemiology. — 1989. — 129. — P. 919—933.
68. Nayha S. Social group and mortality in Finland // Br. J. Prev. Soc. Med. — 1977. — 31. — P. 231—237.
69. Nutrient intake in women aged 20 to 60 years from US and USSR Lipid Research Clinic Populations / B. H. Dennis, R. P. Thomas, S. H. Irving, B. Furberg, A. D. Deev, N. G. Khaltaev // Atherosclerosis Reviews. — 1998. — Vol. 17.
70. Okolski M. Health and Mortality. — [S. l.], 1993. — (Paper for European Population Conference).
71. Patterns of smoking in Russia / M. McKee, M. Bobak, R. Rose, V. Shkolnikov, L. Chenet, D. Leon // Tobacco Control. — 1998. — 7. — P. 22—26.
72. Pearce N. E., Howard J. K. Occupation, social class and male cancer mortality in New Zealand, 1974—78 // Int. J. of Epidemiology. — 1986. — 15. — P. 456—462.
73. Pernanen K. Validity of survey data on alcohol use // Research Advances in Alcohol and Drug Problems / R. J. Gibbins et al (eds.). — Vol. 1. — New York: J. Wiley, 1974. — P. 355—374.
74. Réaction d'une population hétérogène à une perturbation. Un modèle d'interprétation des évolutions de mortalité en Russie / A. Avdeev, A. Blum, S. Zakharov, E. Andreev // Population. — 1997. — Vol. 1. — P. 7—44.
75. RLMS-web. <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms>.
76. SAS/STAT: User's Guide, Version 6, 4th Edition. — Vol. 1—2. — [S. l.]: SAS Inst. Inc., 1990.
77. Shapiro J. The Russian mortality crisis and its causes // Economic Reform at Risk / Ed. A. Lslund. — London, 1995. — P. 149—178.
- 77a. Shestov D. B. et al. Increased risk of coronary heart disease death in men with low total and low-density lipoprotein cholesterol in the Russian Lipid Research Clinics prevalence follow-up study // Circulation. — 1993. — 88. — P. 846—853.
78. Shkolnikov V., Meslé F., Vallin J. La crise sanitaire en Russie // Population. — 1995. — № 4—5. — P. 907—944, 945—982.
79. Shkolnikov V. M., Cornia G. A. Population crisis and rising mortality in transitional Russia // The transition's mortality crisis / G. A. Cornia, R. Paniccia (eds.). — [S. l.], 1998.
80. Shkolnikov V. M., Meslé F., Vallin J. Health crisis in Russia // Population: An English Selection. — 1996. — Vol. 8. — P. 123—190.
81. Shkolnikov V. M., Nemtsov A. V. The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality // Premature Death in the New Independent States / Ed.: J.-L. Bobadilla, C. Costello, F. Mitchell. — Washington DC: National Academy Press, 1997. — P. 239—261.
82. Shkolnikov V. M., Vassin S. A. Spatial differences in life expectancy in European Russia in the 1980s // Demographic Trends and Patterns in the Soviet Union before 1991 // Ed. W. Lutz, A. Volkov, S. Scherbov. — New York; London: Routledge-IIASA, 1994. — P. 379—402.

83. Tendances récentes de mortalité par cause en Russie 1965—1994 / F. Meslé, V. Shkolnikov, V. Hertich, J. Vallin. — Paris: INED, 1996.
84. The Lipid Research Clinics Program. The coronary primary prevention trial: design and implementation // *J. Chron Dis.* — 1979.
85. The Lipid Research Clinics Program. The coronary primary prevention trial results. I. Reduction in incidence of coronary heart disease // *JAMA.* — 1984. — 251. — P. 351—364.
86. The Lipid Research Clinics Program. The coronary primary prevention trial results. II. The relationship of reduction in incidence of coronary heart disease to cholesterol lowering // *JAMA.* — 1984. — 251. — P. 365—374.
87. Valkonen T. Adult mortality and level of education: a comparison of six countries // *Health Inequalities in European Countries* / J. Fox (ed.). — Aldershot: Gower, 1989. — P. 142—162.
88. Valkonen T. Problems in the measurement and international comparisons of socio-economic differences in mortality // *Soc. Sci. Med.* — 1993. — 36. — P. 409—418.
89. Vallin J. Socio-economic determinates of mortality in industrialised countries // *Readings in Population Research Methodology.* — 1979. — 2. — P. 9.57—9.71.
90. Vallin J. Quand les variations géographiques de la surmortalité masculine contredisent son évolution dans les temps // *Espace, Populations, Sociétés.* — 1990. — 3. — P. 467—478.
91. Vallin J. Can sex differentials in mortality be explained by socio-economic mortality differentials? // *Adult Mortality in Developed Countries: from Description to Explanation* / Ed. by A. D. Lopez, G. Caselli, T. Valkonen. — Oxford: Clarendon Press, 1995. — P. 179—200.
92. Waldron I. Contribution of biological and behavioral factors to changing sex differences in ischaemic heart disease mortality // *Adult Mortality.* — [S. l.], 1995. — P. 161—178.
- 92a. Whitehead M., Didurksen F. International evidence on social inequalities in health // *Health Inequalities* / F. Drever and M. Whitehead eds. — London: The Stationery Office, 1997. — P. 45—69.
93. Willekens F., Scherbov S. Analysis of Mortality Data from The Former USSR: Age-Period-Cohort Analysis // *World Health Statistics Quart.* — 1992. — Vol. 45 (1). — P. 29—49.
94. Wilmoth J. Age-Period-Cohort models in Demography // *Démographie: analyse et synthèse. Causes et conséquences des évolutions démographiques: Actes du Séminaire international, Pise, 17—19 décembre 1997.* — 1997. — Vol. 2. — P. 187—203.
95. Wilmoth J., Vallin J., Caselli G. When does a cohort mortality differ from what we might expect? // *Population. An English Selection.* — 1990. — Vol. 2. — P. 93—126.
96. Zohoori N. Monitoring Health Conditions in the Russian Federation. The Russia Longitudinal Monitoring Survey. — Chapel Hill: Univ. of North Carolina, 1997.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица П1

Национальности Российской Федерации. Основные характеристики

Национальность	Численность населения (1989)	Доля городского населения, %	Уровень образования *	Региональная группа **	Традиционная религия ***	Языковая группа ****
Все национальности	147 021 869	73,4	322	—	—	—
Русские	119 865 946	76,7	329	—	Прав	Слав
Татары	5 522 096	65,8	256	ПУ	Ис	Тюрк
Украинцы	4 362 872	78,0	388	БЗ	Прав	Слав
Чуваши	1 773 645	49,8	226	ПУ	Прав	Тюрк
Башкиры	1 345 273	49,2	229	ПУ	Ис	Тюрк
Белорусы	1 206 222	79,9	353	БЗ	Прав	Слав
Мордва	1 072 939	52,2	208	ПУ	Прав	Финн
Чеченцы	898 999	26,8	172	СК	Ис	Нхдг
Немцы	842 295	53,5	Н. д.	ДЗ	Прот	Герм
Удмурты	714 833	48,2	205	ПУ	Прав	Финн
Марийцы	643 698	40,7	195	ПУ	Прав	Финн
Казахи	635 865	37,0	Н. д.	БЗ	Ис	Тюрк
Аварцы	544 016	32,3	213	СК	Ис	Нхдг
Евреи	536 848	98,4	733	—	Иуд	Герм
Армяне	532 390	70,8	Н. д.	БЗ	Христ	Арм
Буряты	417 425	42,0	367	Си	Будд	Монг
Осетины	402 275	66,2	387	СК	Прав	Иран
Кабардинцы	386 055	44,3	286	СК	Ис	Абад
Якуты	380 242	27,7	315	Си	Прав	Тюрк
Даргинцы	353 348	29,2	188	СК	Ис	Нхдг
Коми	336 309	48,7	280	ПУ	Прав	Финн
Азербайджанцы	335 889	70,7	Н. д.	БЗ	Ис	Тюрк

Национальность	Численность населения (1989)	Доля городского населения, %	Уровень образования *	Региональная группа **	Традиционная религия ***	Языковая группа ****
Кумыки	277 163	45,4	284	СК	Ис	Тюрк
Лезгины	257 270	44,0	284	СК	Ис	Нхдг
Ингуши	215 068	37,6	211	СК	Ис	Нхдг
Тувинцы	206 160	31,8	219	СК	Будд	Тюрк
Народности Севера	181 517	25,9	183	Си	—	—
Молдаване	172 671	71,2	Н. д.	Бз	Прав	Ромн
Калмыки	165 821	49,7	340	ПУ	Будд	Монг
Цыгане	152 939	58,3	Н. д.	—	Прав	Индо
Карачаевцы	150 332	32,6	259	СК	Ис	Тюрк
Коми-пермяки	147 269	39,8	220	ПУ	Прав	Финн
Грузины	130 688	84,6	Н. д.	Бз	Прав	Карт
Узбеки	126 899	81,9	Н. д.	Бз	Ис	Тюрк
Карелы	124 921	61,2	235	—	Прав	Финн
Адыгейцы	122 908	41,5	351	СК	Ис	Абад
Корейцы	107 051	84,8	Н. д.	Дз	Будд	Кор
Лакцы	106 245	63,4	Н. д.	СК	Ис	Нхдг
Поляки	94 594	81,1	Н. д.	Дз	Кат	Слав
Табасараны	93 587	35,1	Н. д.	СК	Ис	Нхдг
Греки	91 699	66,5	Н. д.	Дз	Прав	Греч
Хакасы	78 500	42,5	268	Си	Прав	Тюрк
Балкарцы	78 341	59,9	313	СК	Ис	Тюрк
Ногайцы	73 703	18,0	Н. д.	СК	Ис	Тюрк
Литовцы	70 427	72,6	Н. д.	Бз	Кат	Балт
Алтайцы	69 409	18,1	262	Си	Прав	Тюрк
Черкесы	50 764	36,1	308	СК	Ис	Абад
Финны	47 102	71,9	Н. д.	Дз	Прот	Финн
Латыши	46 829	75,0	Н. д.	Бз	Прот	Балт
Эстонцы	46 390	67,2	Н. д.	Бз	Прот	Финн
Киргизы	41 734	82,6	Н. д.	Бз	Ис	Тюрк
Туркмены	39 739	57,0	Н. д.	Бз	Ис	Тюрк
Таджики	38 208	82,2	Н. д.	Бз	Ис	Иран

Национальность	Численность населения (1989)	Доля городского населения, %	Уровень образования *	Региональная группа **	Традиционная религия ***	Языковая группа ****
Абазины	32 983	40,4	Н. д.	СК	Ис	Абад
Болгары	32 785	81,9	Н. д.	ДЗ	Прав	Слав
Татары крымские	21 275	52,1	Н. д.	БЗ	Ис	Тюрк
Рутульцы	19 503	29,5	Н. д.	СК	Ис	Нхдг
Таты	19 420	97,0	Н. д.	СК	Иуд	Иран
Агулы	17 728	32,4	Н. д.	СК	Ис	Нхдг
Шорцы	15 745	73,5	Н. д.	Си	Прав	Тюрк
Вепсы	12 142	48,5	Н. д.	—	Прав	Финн
Евреи горские	11 282	94,5	Н. д.	СК	Иуд	Иран
Цахуры	6 492	22,9	Н. д.	СК	Ис	Нхдг
Другие	117 112	76,3	Н. д.	—	—	—

* Число лиц с высшим, незаконченным высшим и средним специальным образованием на 1000 человек населения в возрасте 15 лет и старше.

** ПУ — народы Поволжья и Урала, СК — народы Северного Кавказа, Си — народы Севера и Сибири, БЗ — народы ближнего зарубежья (титульные народы республик бывшего СССР), ДЗ — народы дальнего зарубежья.

*** Христианство: Прав — православие, Кат — католицизм, Прот — протестантизм, Христ — христиане других направлений; ислам — Ис; буддизм — Будд; иудаизм — Иуд.

**** Группы индоевропейской семьи языков: Слав — славянская, Балт — балтийская, Герм — германская, Ромн — романская, Греч — греческая, Армя — армянская, Иран — иранская; Индо — индоарийская; группа уральской семьи языков: Финн — финно-угорская; группы алтайской семьи языков: Тюрк — тюркская, Монг — монгольская, Кор — корейская; группы северокавказской семьи языков: Абад — абхазско-адыгейская, Нхдг — нахско-дагестанская; группа картвельской семьи языков: Карт — картвельская.

Таблица П2

**Возрастные коэффициенты смертности отдельных социально-демографических групп населения России в 1979 и в 1989 гг.
на 100 тыс. жителей**

Социально-демографическая группа	Число умерших								
	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64
Мужчины, 1979 г									
Всего	327	435	531	783	977	1361	1795	2431	3499
Занятые всего	305	395	521	677	835	1140	1430	1780	2312
Занятые преимущественно умственным трудом	244	185	245	315	422	621	897	1153	1385
Занятые преимущественно физическим трудом	316	463	644	817	988	1274	1604	2098	2761
Незанятые	478	1711	4387	6245	6895	7050	5029	4125	3962
Высшее и незаконченное высшее образование	162	163	222	332	431	704	1060	1594	2698
Среднее специальное образование	253	293	399	493	638	916	1271	1969	3082
Среднее общее образование	293	412	584	848	1132	1978	2548	2766	4327
Неполное среднее образование	432	608	862	1074	1400	2097	2448	2991	4623
Начальное образование и ниже	626	622	769	778	885	1123	1539	2158	3207
Состоящие в браке	300	338	418	632	825	1183	1591	2190	3161
Никогда не состоявшие в браке	346	832	1471	2782	3844	7035	10542	15016	27562
Вдовые	3167	1816	2032	1912	2106	2661	3153	4191	5494
Разведенные	265	485	744	1159	1527	2111	2817	3695	4889

Продолжение табл. П 2

Социально-демографическая группа	Число умерших								
	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64
Женщины, 1979 г									
Всего	76	97	135	206	282	438	638	919	1432
Занятые всего	62	76	105	159	213	323	455	689	1675
Занятые преимущественно умственным трудом	46	50	63	95	129	210	309	450	1140
Занятые преимущественно физическим трудом	75	103	122	207	267	369	525	814	1693
Незанятые	147	452	816	1478	1874	4955	1437	1964	1416
Высшее и незаконченное высшее образование	51	52	68	128	171	296	460	744	1350
Среднее специальное образование	57	64	90	140	193	343	522	826	1399
Среднее общее образование	69	88	133	208	317	611	772	1064	1887
Неполное среднее образование	115	152	201	262	360	602	757	1111	1914
Начальное образование и ниже	427	382	314	251	282	368	587	851	1335
Состоящие в браке	59	77	111	174	246	390	585	875	1503
Никогда не состоявшие в браке	104	225	410	845	1167	1543	1749	2208	3195
Вдовые	265	200	247	296	342	469	627	807	1223
Разведенные	56	90	124	192	235	343	453	632	1036
Мужчины, 1989 г									
Всего	235	286	357	461	633	1028	1420	2208	3192

Занятые всего	222	256	314	366	532	831	1090	1559	1025
Занятые преимущественно умственным трудом	126	113	144	170	273	446	614	940	688
Занятые преимущественно физическим трудом	241	300	369	439	650	974	1263	1722	1138
Незанятые	202	829	1716	2415	3743	4995	4817	4550	4368
Высшее и незаконченное высшее образование	101	103	137	170	284	506	777	1345	2042
Среднее специальное образование	173	192	240	456	436	703	959	1561	2352
Среднее общее образование	248	325	388	457	716	1191	1738	3105	4473
Неполное среднее образование	371	540	638	690	952	1447	2060	3440	4048
Начальное образование и ниже	876	817	784	715	830	913	1199	1732	2907
Состоящие в браке	187	237	297	388	545	904	1286	2041	2939
Никогда не состоявшие в браке	290	533	853	1300	1900	3057	4142	6695	9179
Вдовы	1456	863	851	932	1208	1679	2207	3319	4393
Разведенные	220	375	566	773	1054	1506	2047	3039	4098

Женщины, 1989 г.

Всего	69	77	101	150	242	326	537	800	1315
Занятые всего	61	64	83	115	157	251	330	306	479
Занятые преимущественно умственным трудом	44	44	51	71	102	159	224	213	363
Занятые преимущественно физическим трудом	77	85	117	164	222	322	403	343	520
Незанятые	101	210	425	876	1542	1694	1342	1101	1569
Высшее и незаконченное высшее образование	34	47	56	85	146	212	371	546	936
Среднее специальное образование	56	53	69	106	181	241	392	609	1102
Среднее общее образование	71	85	112	171	284	387	685	1245	1823
Неполное среднее образование	138	187	222	250	358	414	670	1036	1347

Социально-демографическая группа	Число умерших								
	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64
Начальное образование и ниже	698	605	513	493	439	321	495	698	1314
Состоящие в браке	50	59	81	123	189	315	462	775	1216
Никогда не состоявшие в браке	100	164	254	395	559	1012	1320	1781	2205
Вдовые	447	239	180	224	310	427	572	907	1393
Разведенные	69	98	129	180	237	355	483	727	1076

SUMMARY

In the late 19th and early 20th centuries, Russian researchers produced a wealth of data on death rate differences across various social and ethnic groups of the Russian population in works on public hygiene, demography, and statistics. However, from the 1930s to the 1980s, when the concept of the "social homogeneity of Soviet society" dominated ideology, the few research findings dealing with social differences in death rates were not published. Also, Russian government statistics of the period provided (as they still do) very limited opportunities for studying variations in mortality. The first estimates of death rates by social and ethnic group were compiled concurrently with the 1979 and 1989 censuses, but were only released after the "period of silence" ended, i.e., in the 1990s.

This monograph represents the first attempt to sum up the little we know about variation in mortality rates in Russia. In addition to considering the usual gender aspect of death rates and the factor of urban versus rural residence, the monograph's authors review death rate differences based on such fundamental social characteristics as education level, employment, occupation, marital status, and ethnic origin. This analysis has helped in limning some major reasons for variations in the death rates across various social and ethnic groups of the Russian population, and in estimating the impact of behavioral risk factors on death rates. The findings of this book are based on 1970-1997 data.

As **Tatyana Maleva** points out in her introductory comments, the issue of socio-economic inequality in the face of mortality in 1990s Russia gained prominence due to two factors: (1) drastic fluctuations in the level and dynamics of the Russian population's death rates, on a par unknown in the world; and (2) the dramatic growth of social and economic inequality in Russian society.

A brief description of the latest trends in mortality rates provides a background for the study. The years 1992-1994 saw an unprecedented rise in the death rate. As a result, life expectancy of males dropped by 4 years, as compared to the early 1980's, and that of females by 2 years. For instance, in 1994 life expectancy of females averaged 71.1 years, and only 57.5 years for males. Since 1994, a noticeable decline in the death rate has been observed. The latest trends in Russia's death rates provide a dramatic contrast to death-rate dynamics in the West.

Following brief methodological notes (Chapter 1), the book presents research findings based on two approaches to studying variation in death rates. The first is based on population data obtained from official government statistics, a source available only for census or microcensus years (Chapter 2). The other approach uses information on death-rate inequalities found in special purpose surveys of epidemiological cohorts, i.e., population samples born in certain time periods, and exhibiting predominantly one or another cause of death (Chapter 3).

The analysis based on population data begins with an assessment of gender differences in mortality rates. By the mid-1990s, the gap in life expectancy between males and females reached 13 years, or almost double the figure in developed countries. As **Mark Field** shows, this gap was quite wide across all socio-demographic and socio-economic groups; it was less significant for groups occupying higher status in the society, and more significant for lower status groups. One possible explanation for the gender differences in death rates, as proposed by the author, is that the responses of males and females to the worsening economic situation differed in accordance with their respective social roles.

In Russia, starting from the mid-60s, life expectancy at birth has been much higher in urban settlements as compared to rural areas. Recently, however, death rate fluctuations among the urban population have been more drastic compared to those of rural residents. The authors of this section (**Vladimir Shkolnikov**, **Sergei Vassin**, and **Vladimir Biryukov**) believe that the phenomenon of rapidly rising urban death rates, especially in the largest cities, may be attributable to the fact that the most dramatic social-economic changes have occurred in urban areas, and it is therefore the urban population that has experienced the most hardship in adapting to the new circumstances.

The key finding in the analysis of death rate variations by education and occupation is a clear similarity between the situation in Russia and that of other industrialized countries. In Russia, the differences in mortality rates, as profiled in terms of those two indicators, are at least as high as in the

West. The gap in life expectancy between the top and bottom education groups amounts to about 5 years for males and 2 years for females. As **Vladimir Shkolnikov** and **Evgeny Andreev** note, this parallel between Russia and Western countries is quite unexpected. In Russia, the linkage between cash incomes, on the one hand, and education and occupation, on the other, is much weaker than in the West. The above findings would therefore indicate that cultural and behavioral components do have a very strong impact on death rates. This is also borne out by the fact that the extraordinary rise in death rates seen in Russia in the early 1990s was disproportionately biased towards persons with a relatively low education level.

Certainly, the health selectivity factor does play a role in death-rate variations by education and occupation since healthier people tend to attain positions of higher status in society. However, the effect of this factor could not have changed significantly between 1979 and 1989 or between 1989 and 1994, when, as noted by the researchers, substantial changes occurred in death-rate variations by education and occupation. Another notable similarity between Russia and Western countries is that the causes of death are dominated by external causes (unrelated to health) and vascular disorders.

According to **Andreev**, who authored the next section, death-rate variations by marital status are driven by the lifestyles implications and health-related selectivity of marriage. Through to the end of the 1980s, Russia had differed fundamentally from Western countries in terms of household conveniences and family chores. Due to a deficit of goods and an underdeveloped utility infrastructure, the two-parent family was the preferred form of social life during that period. This was manifest in the Russian population's high marriage rate. By the age of 30-34, the share of married persons amounted to 82% of females and 87% of males; by 50-54 years, this share among males rose to almost 93%. By the age of 55-59, the share of males who never married (according to the 1979 census) stood at under 1%.

Sizable variations were seen in death rate statistics based on marital status, which may be largely attributed to the fact that people with poor health are less likely to marry. In 1988-1989, within the age bracket of 20-69 years, the life expectancy for single males was 8.7 years below that for married men; for widowers, 7.2 years shorter; and for divorcees, 3.3 years shorter than that of married men. In the same age bracket, the life expectancy for single females was 3.5 years shorter than that for married women; for widows, 2 years shorter; and for divorcees, 0.3 years shorter than that of married women.

According to the findings of **Dmitriy Bogoyavlensky**, **Vladimir Shkolnikov** and **Evgeny Andreev**, Russian ethnic groups fall into the following se-

quence ranked by diminishing death rate: small peoples of the North; Tuva people; other peoples of Siberia; Kalmyks and Kazakhs; Finno-Hungarian peoples; Russians; Volga peoples (except Finno-Hungarians); East Slavic peoples (except Russians); Germans; Armenians; Jews; and peoples of the North Caucasus. A comparison with model life expectancy tables reveals that almost all major ethnic groups in Russia exhibit significant excess mortality rates—i.e., potentially reducible death rates—in working-age groups, particularly among males.

In the first half of the 20th century, Russian history was replete with catastrophic events: the First World War (1914-1918), the 1917 Revolution; famine, epidemics and civil war (1918-1922), the 1933 famine; the Second World War (1941-1945); and massive political repression (1930s-1950s). In this section, **Sergei Zakharov** considers the potential contribution of the above circumstances to death-rate variations. One may identify three cohort groups subject to overly high risk of death. Those were persons born around 1917, in the first half of the 1930s, and in the first half of the 1950s. However, while the first two cohort groups fall into the risk zone because of adverse historical reasons, the high death rate of cohorts born in the 1950s is quite unexpected.

The research done by **Alexander Deev** and **Vladimir Shkolnikov** is based on a longitudinal survey of a cohort of males from 1975 though 1997, performed under the Lipid Research Clinics Program. Its random sample originally comprised 7,815 males (3,908 in Moscow and 3,907 in St. Petersburg). This research project considers death-rate variations in terms of education, occupation, marital status, and ethnicity. Its findings are generally similar to the results obtained from population data. However, the key benefit of analyzing individual data is the opportunity to consider the combined influence of various social characteristics on death rates and to consider the relation of death rates to major behavioral risk factors, such as smoking, alcohol consumption, and improper nutrition (as based on the body weight index). The authors conclude that behavioral risk factors fail to explain a substantial part of intergroup differences in mortality rates, despite their considerable impact on the overall death rate of a particular cohort.

Thus, Russian society of the 1970s-1990s featured tremendous variations in death rates across sexes, education groups, occupational groups, and ethnic groups that did not differ fundamentally from each other in their standard of living, but differed substantially in their lifestyles. Summing up the research findings, **Andreev, Maleva, and Shkolnikov** conclude that such differences bolster the argument that very substantial means for reducing the death rate exist, independent of economic conditions. In many socio-demo-

graphic groups, excessive death rates are largely due to psychological, cultural, and behavioral factors rather than to poverty and an inefficient health care system. Meanwhile, the absence of objective information on social variations in death rates only exacerbates those differences—that is, it contributes to a growing social inequality.

О ФОНДЕ КАРНЕГИ

Фонд Карнеги за Международный Мир является неправительственной, внепартийной, некоммерческой организацией со штаб-квартирой в Вашингтоне (США). Фонд был основан в 1910 г. Эндрю Карнеги для проведения исследований в области международных отношений. Фонд не пользуется какой-либо финансовой поддержкой со стороны государства и не связан ни с одной из политических партий в США или за их пределами. Деятельность Фонда Карнеги заключается в выполнении намеченных его специалистами программ исследований, организации дискуссий, подготовке и выпуске тематических изданий, информировании широкой общественности по различным вопросам внешней политики и международных отношений.

Сотрудниками Фонда Карнеги за Международный Мир являются эксперты, которые используют в своей практике богатый опыт в различных областях деятельности, накопленный ими за годы работы в государственных учреждениях, средствах массовой информации, университетах, международных организациях. Фонд не представляет точку зрения какого-либо правительства и не стоит на какой-либо идеологической или политической платформе, поэтому спектр взглядов его сотрудников довольно широк.

Московский Центр Карнеги создан в 1993 г. с целью реализации широких перспектив сотрудничества, которые открылись перед научными и общественными кругами США, России и новых независимых государств после окончания периода «холодной войны». В рамках программы по России и Евразии, реализуемой одновременно в Вашингтоне и Москве, Центр Карнеги осуществляет широкую программу общественно-политических и социально-экономических исследований, организует открытые дискуссии, ведет издательскую деятельность.

Основу деятельности Московского Центра Карнеги составляют циклы семинаров по проблемам нераспространения ядерных и обычных вооружений, российско-американских отношений, внутренней и внешней политики России, по вопросам безопасности, а также политических и экономических преобразований на постсоветском пространстве.

CARNEGIE ENDOWMENT FOR INTERNATIONAL PEACE

1779 Massachusetts Avenue, NW

Washington, DC 20036, USA

Tel.: (202) 483-76-00

Fax: (202) 483-18-40

E-mail: info@ceip.org

<http://www.ceip.org>

МОСКОВСКИЙ ЦЕНТР КАРНЕГИ

Россия, 103009, Москва,

Тверская ул., 16/2

Тел.: (095) 935-89-04

Факс: (095) 935-89-06

E-mail: info@carnegie.ru

<http://www.carnegie.ru>