

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего профессионального образования  
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА  
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ  
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

**Архангельский В.Н., Шульгин С.Г., Пустовалов Д.Н.,  
Зинькина Ю.В.**

**Региональная дифференциация демографических  
процессов в Российской Федерации**

**Москва 2017**

**Аннотация.** В работе разрабатывается типология субъектов Российской Федерации по характеру демографической динамики с учетом вклада в нее естественного и миграционного прироста населения. Анализируются региональные различия в уровне и динамике рождаемости и выявляются их детерминанты; анализируются основные причины смертности и продолжительности жизни для России и для отдельных регионов.

Архангельский В.Н. ведущий научный сотрудник международной лаборатории политической демографии и макросоциологической динамики ИПЭИ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Шульгин С.Г. заместитель заведующего лабораторией международной лаборатории политической демографии и макросоциологической динамики ИПЭИ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Пустовалов Д.Н. научный сотрудник международной лаборатории политической демографии и макросоциологической динамики ИПЭИ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Зинькина Ю.В. старший научный сотрудник международной лаборатории политической демографии и макросоциологической динамики ИПЭИ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2016 год.

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Разработка типологии субъектов Российской Федерации по характеру демографической динамики с учетом вклада в нее естественного и миграционного прироста .....	4
2. Анализ региональных различий в уровне и динамике показателей рождаемости.....	12
3. Анализ региональных различий в уровне и динамике смертности и продолжительности жизни.....	17
4. Выявление и оценка детерминант региональных различий рождаемости .....	56
5. Разработка предложений по совершенствованию демографической политики с учетом региональных особенностей демографической динамики.....	65

Демографическая ситуация и её динамика существенно различается в субъектах РФ. Это проявляется в дифференциации уровня и динамики рождаемости, ее возрастной модели, в различиях в уровне и динамики смертности и продолжительности жизни, особенностях структуры причин смерти. Регионы различаются по соотношению естественного и миграционного прироста (убыли) населения, а также по половозрастной структуре населения. В различных субъектах Российской Федерации по-разному проявляется результативность демографической политики, что, связано как с региональными особенностями реализации, так и с различной реакцией населения на реализуемые меры. Необходимо углубленный анализ проблем и понимание, какие меры демографической политики способны влиять на демографическую ситуацию.

### **1. Разработка типологии субъектов Российской Федерации по характеру демографической динамики с учетом вклада в нее естественного и миграционного прироста**

В 29 субъектах Российской Федерации после переписи населения 2010 г. произошло увеличение численности населения. Наибольшим по абсолютной величине оно было в Москве, где число жителей возросло к началу 2016 г. по сравнению с переписей населения 2010 г. на 586,9 тыс. человек. Весьма значительным прирост численности населения за этот период был также в Московской области (452,3 тыс. человек), в Санкт-Петербурге (342,7 тыс. человек), в Краснодарском крае (287,7 тыс. человек) и Тюменской области (219,0 тыс. человек). Немногим больше 100 тыс. человек был прирост численности населения в Республике Дагестан (105,4 тыс.) и еще больше в Чеченской Республике (125,8 тыс.). Около 100 тыс. человек этот прирост составил в Новосибирской области (95,8 тыс.) и в Ханты-Мансийском автономном округе–Югре (93,3 тыс.).

В большинстве российских регионов численность населения после переписи 2010 г. сократилась. Наибольшее ее уменьшение к началу 2016 г. по абсолютной величине произошло в Волгоградской (на 65,0 тыс. человек), Архангельской (на 53,8 тыс. человек), Брянской (на 52,4 тыс. человек), Нижегородской (на 52,0 тыс. человек), Тверской (на 49,3 тыс. человек), Курганской (на 48,8 тыс. человек), Тульской (на 47,4 тыс. человек), Владимирской (на 46,8 тыс. человек), Кемеровской (на 45,9 тыс. человек), Кировской (на 44,3 тыс. человек), Ростовской (на 42,4 тыс. человек) и Тамбовской (на 41,6 тыс. человек) областях, в Республике Коми (на 44,6 тыс. человек) и в Алтайском крае (на 43,1 тыс. человек).

В результате различной динамики численности населения в субъектах Российской Федерации происходят изменения в распределении населения по территории страны.

Наибольшая численность населения на начало 2016 г. (предварительные данные) имеет место в Москве (12325,4 тыс. человек), в Московской области (7312,4 тыс. человек), в Санкт-Петербурге (5222,3 тыс. человек), в Краснодарском крае (5514,3 тыс. человек), в Свердловской области (4328,9 тыс. человек), в Ростовской области (4235,6 тыс. человек), в Республике Башкортостан (4071,2 тыс. человек), в Республике Татарстан (3868,5 тыс. человек), в Тюменской области (3614,8 тыс. человек), в Челябинской области (3500,4 тыс. человек), в Нижегородской области (3258,6 тыс. человек), в Самарской области (3205,9 тыс. человек) и в Республике Дагестан (3015,6 тыс. человек). В большинстве этих субъектов Федерации численность населения после переписи населения 2010 г. возросла.

В 40 субъектах Российской Федерации в целом за 2011-2015 гг. имел место естественный прирост населения, т.е. число родившихся превысило число умерших. Количество таких регионов изменялось год от года. В 2011 г. естественный прирост населения был в 29 субъектах Российской Федерации. В 2012 г. число таких регионов возросло до 40, а в 2013-2014 гг. – до 43. В 2015 г. число родившихся превышало число умерших уже в 44 субъектах Российской Федерации.

В 43 субъектах Российской Федерации в целом за 2011-2015 гг. произошла естественная убыль населения. К ним, видимо, следует прибавить Республику Крым и г. Севастополь, хотя данные по ним есть только за 2014-2015 гг. Наибольшая (по абсолютной величине) естественная убыль населения в 2011-2015 гг. имела место в Нижегородской области (68,9 тыс. человек).

Свыше 60 тыс. человек превышение числа умерших над числом родившихся в целом за этот период составило и в Московской области, но здесь в 2015 г. имел место небольшой естественный прирост населения.

Очень значительные потери населения в результате его естественной убыли в 2011-2015 гг. понесли Воронежская и Тульская области – соответственно, 56,6 тыс. человек и 56,9 тыс. человек. От 45 до 50 тыс. человек естественная убыль населения составила в Ленинградской, Ростовской и Тверской областях, от 30 до 40 тысяч человек – в Брянской, Владимирской, Рязанской, Самарской, Саратовской и Тамбовской областях, от 25 до 30 тысяч человек – в Волгоградской, Ивановской, Курской, Пензенской, Псковской и Смоленской областях.

Проведенный анализ соотношения естественного прироста/убыли и миграционного прироста/убыли показал целесообразность выделения 10 типов субъектов Российской

Федерации по соотношению вклада естественного и миграционного прироста в динамику численности населения в 2011-2015 гг.

Таблица 1. Вклад естественного и миграционного прироста в динамику численности населения в 2011-2015 гг.

	<b>Миграционный Прирост (МП)</b>		<b>Миграционная Убыль МУ)</b>	
<b>Естественный Прирост (ЕП)</b>	Т1 (МП > ЕП): 6 субъектов Москва и Санкт-Петербург, Новосибирская, Свердловская, Томская и Челябинская обл.		Т7 (ЕП > МУ): 12 субъектов: Респ. Алтай, Бурятия, Дагестан, Кабардино-Балкарская, Саха (Якутия), Тыва, Хакасия и Чеченская, Пермский край, Астраханская и Омская обл., Ямало-Ненецкий АО	Т8 (ЕП < МУ): 15 субъектов: Респ. Башкортостан, Калмыкия, Карачаево-Черкесская, Коми, Марий Эл, Северная Осетия–Алания, Удмуртская и Чувашская, Забайкальский, Камчатский и Хабаровский кр., Иркутская, Мурманская и Оренбургская обл., Чукотский АО
	Т2 (МП ≈ ЕП): 2 субъекта: Татарстан и Красноярский край.			
	Т3 (МП < ЕП): 5 субъектов: Тюменская обл., Ставропольский край, Республика Ингушетия, Ненецкий и Ханты-Мансийский–Югра АО.			
<b>Естественная Убыль (ЕУ)</b>	Т9 (МП > ЕУ): 8 субъектов: Белгородская, Калининградская, Калужская, Ленинградская, Московская и Ярославская обл., Респ. Адыгея, Краснодарский край. (в 2015 г Респ. Крым и в Севастополе)	T10 (МП < ЕУ): 12 субъектов: Воронежская, Курская, Липецкая, Нижегородская, Новгородская, Псковская, Ростовская, Рязанская, Самарская, Саратовская, Смоленская и Тульская обл.	Т4 (МУ < ЕУ): 11 субъектов: Брянская, Владимирская, Вологодская, Ивановская, Костромская, Орловская, Пензенская, Тамбовская и Тверская обл., Респ. Карелия и Мордовия	
			Т5 (МУ > ЕУ): 7 субъектов: Амурская, Архангельская, Курганская, Магаданская и Сахалинская обл., Алтайский край и Еврейская АО	
			Т6 (МУ ≈ ЕУ): 5 субъектов: Волгоградская, Кемеровская, Кировская и Ульяновская обл., Приморский кр.	

1 тип – преобладание миграционного прироста населения при одновременном наличии и естественного прироста населения – 6 субъектов Российской Федерации: Москва и Санкт-Петербург, Новосибирская, Свердловская, Томская и Челябинская области.

2 тип – примерное равенство миграционного и естественного прироста населения – 2 субъекта Российской Федерации: Республика Татарстан и Красноярский край.

3 тип – преобладание естественного прироста населения при одновременном наличии миграционного прироста населения – 5 субъектов Российской Федерации: Тюменская область, Ставропольский край, Республика Ингушетия, Ненецкий и Ханты-Мансийский–Югра автономные округа.

4 тип – преобладание естественной убыли населения при одновременном наличии миграционной убыли населения – 11 субъектов Российской Федерации: Брянская, Владимирская, Вологодская, Ивановская, Костромская, Орловская, Пензенская, Тамбовская и Тверская области, республики Карелия и Мордовия.

5 тип – преобладание миграционной убыли населения при одновременном наличии естественной убыли населения – 7 субъектов Российской Федерации: Амурская, Архангельская, Курганская, Магаданская и Сахалинская области, Алтайский край и Еврейская автономная область.

6 тип – сопоставимые естественная и миграционная убыль населения – 5 субъектов Российской Федерации: Волгоградская, Кемеровская, Кировская и Ульяновская области, Приморский край.

7 тип – естественный прирост населения больше миграционной убыли населения – 12 субъектов Российской Федерации: республики Алтай, Бурятия, Дагестан, Кабардино-Балкарская, Саха (Якутия), Тыва, Хакасия и Чеченская, Пермский край, Астраханская и Омская области, Ямало-Ненецкий автономный округ.

8 тип – миграционная убыль населения больше естественного прироста населения – 15 субъектов Российской Федерации: республики Башкортостан, Калмыкия, Карачаево-Черкесская, Коми, Марий Эл, Северная Осетия–Алания, Удмуртская и Чувашская, Забайкальский, Камчатский и Хабаровский края, Иркутская, Мурманская и Оренбургская области, Чукотский автономный округ.

9 тип – миграционный прирост населения больше естественной убыли населения – 8 субъектов Российской Федерации: Белгородская, Калининградская, Калужская, Ленинградская, Московская и Ярославская области, Республика Адыгея, Краснодарский край. Такая же ситуация в 2015 г. была в Республике Крым и в Севастополе.

10 тип – естественная убыль населения больше миграционного прироста населения – 12 субъектов Российской Федерации: Воронежская, Курская, Липецкая, Нижегородская, Новгородская, Псковская, Ростовская, Рязанская, Самарская, Саратовская, Смоленская и Тульская области.

Численность населения субъектов Российской Федерации, входящих в типы 1, 2, 3, 7 и 9 в 2015 г. выросла по сравнению с 2011 г., а входящих в типы 4, 5, 6, 8 и 10 – сократилась.

Если в отношении общего изменения численности населения можно говорить о двух его компонентах – естественном и миграционном приросте населения, то и в

отношении естественного прироста можно говорить о компонентах, определяющих его динамику – рождаемость, смертность и половозрастная структура населения.

На основе результатов расчетов можно выделить 6 групп регионов, различающихся большим или меньшим, чем в целом по стране, естественным приростом населения и тем, какая из компонент (рождаемость, смертность, половозрастная структура) в наибольшей мере влияет на эти различия. В целом по России общий коэффициент естественного прироста в 2014 г.<sup>1</sup> составлял 0,2‰ и поэтому разделение регионов по большей или меньшей, чем в целом по стране, величине этого показателя фактически является разделением их на те, где имеет место естественный прирост населения, и те, где, наоборот, происходит естественная убыль.

В 17 субъектах Российской Федерации более высокая, чем в целом по России, величина общего коэффициента естественного прироста населения в 2014 г. полностью или в большей степени определялась более высоким, чем в целом по стране, уровнем рождаемости (см. таблицу 2).

Таблица 2. Субъекты Российской Федерации, в которых больший, чем в целом по России, естественный прирост населения в 2014 г. определялся, в основном, более высокой рождаемостью

Субъекты Российской Федерации	Отличие коэффициента естественного прироста населения от общероссийского	общего прироста от	в том числе за счет отличий в:		
			рождаемости	смертности	половозрастной структуре населения
Чеченская Республика	19,0		9,5	0,7	8,7
Республика Тыва	14,1		11,6	-4,8	7,3
Республика Алтай	9,3		7,5	-1,8	3,6
Ненецкий автономный округ	7,6		4,0	-0,1	3,7
Республика Бурятия	5,8		3,6	-1,5	3,6
Республика Северная Осетия-Алания	4,4		2,0	1,9	0,5
Республика Татарстан	2,2		1,0	0,7	0,5
Астраханская область	2,0		1,6	-0,1	0,6
Омская область	1,6		1,5	-0,8	0,8
Удмуртская Республика	1,5		1,6	-1,0	0,9
Республика Башкортостан	1,4		1,6	-0,6	0,4
Республика Марий Эл	0,7		1,7	-1,3	0,3
Пермский край	0,5		1,7	-1,7	0,5
Чувашская Республика	0,3		1,1	-0,4	-0,4
Свердловская область	0,3		1,3	-1,1	0,0
Челябинская область	0,2		0,8	-0,9	0,3
Оренбургская область	0,1		1,9	-1,6	-0,2

<sup>1</sup> Расчет и анализ полученных результатов произведены за 2014 г., так как за 2015 г. пока нет необходимых данных.

Большинство субъектов Российской Федерации, входящих в эту группу представляют национальные республики Поволжья (Башкортостан, Марий Эл, Татарстан, Удмуртская и Чувашская), Сибири (Алтай, Бурятия и Тыва) и Северного Кавказа (Северная Осетия–Алания и Чеченская). Кроме того, в эту группу входят Пермский край, Астраханская, Омская, Оренбургская, Свердловская и Челябинская области, Ненецкий автономный округ. Среди них наибольший естественный прирост населения наблюдался в Чеченской Республике и в Республике Тыва, а в Челябинской и Оренбургской областях он был лишь ненамного выше среднероссийского.

Только в Москве и Санкт-Петербурге естественный прирост населения в 2014 г. полностью был обусловлен относительно низким уровнем смертности. Как менее благоприятная, с точки зрения демографической динамики, половозрастная структура населения, так и, в еще большей степени, низкая рождаемость способствовали у них занижению величины общего коэффициента естественного прироста относительно общероссийского уровня (см. таблицу 3)

Таблица 3. Субъекты Российской Федерации, в которых больший, чем в целом по России, естественный прирост населения в 2014 г. определялся, в основном, более низкой смертностью

Субъекты Российской Федерации	Отличие общего коэффициента естественного прироста населения от общероссийского	в том числе за счет отличий в:		
		рождаемости	смертности	половозрастной структуре населения
Москва	1,4	-2,7	4,9	-0,9
С-Петербург	1,1	-1,3	2,8	-0,3
Краснодарский край	0,4	0,4	0,6	-0,7

В Краснодарском крае относительно низкий уровень смертности также вносил основной вклад в обеспечение естественного прироста населения. Но здесь этому способствовала и более высокая, чем в целом по стране, рождаемость, тогда как менее благоприятная половозрастная структура населения оказывала отрицательное влияние.

В 23 субъектах Российской Федерации более высокая, чем в целом по стране, величина общего коэффициента естественного прироста населения в 2014 г. полностью или в большей степени определялась относительно более благоприятной половозрастной структурой населения (см. таблицу 4).

Таблица 4. Субъекты Российской Федерации, в которых больший, чем в целом по России, естественный прирост населения в 2014 г. определялся, в основном, более благоприятной половозрастной структурой населения

Субъекты Российской Федерации	Отличие общего коэффициента естественного прироста населения от общероссийского	в том числе за счет отличий в:		
		рождаемости	смертности	половозрастной структуре населения
Республика Ингушетия	17,8	4,5	3,1	10,2
Республика Дагестан	13,3	3,1	2,3	8,0
Ямало-Ненецкий автономный округ	11,6	2,6	1,0	8,0
Ханты-Мансийский автономный округ–Югра	10,6	2,6	0,8	7,2
Республика Саха (Якутия)	9,0	3,7	-0,6	5,8
Тюменская область	8,6	2,6	0,3	5,7
Кабардино-Балкарская Республика	6,5	0,7	1,7	4,2
Республика Калмыкия	4,0	0,8	0,6	2,6
Карачаево-Черкесская Республика	3,5	-0,9	1,8	2,6
Забайкальский край	3,3	2,1	-2,5	3,6
Чукотский автономный округ	2,2	0,8	-4,1	5,6
Республика Хакасия	1,9	1,7	-1,7	1,9
Республика Коми	1,7	1,6	-1,7	1,8
Томская область	1,7	-1,3	-0,3	3,3
Красноярский край	1,5	0,4	-1,3	2,4
Камчатский край	1,4	0,5	-2,1	3,0
Иркутская область	1,3	1,5	-2,6	2,4
Ставропольский край	1,0	-1,1	0,9	1,2
Новосибирская область	0,5	0,2	-0,4	0,7
Хабаровский край	0,4	0,2	-2,2	2,4
Сахалинская область	0,3	1,1	-2,5	1,7
Магаданская область	0,0	-0,8	-2,7	3,6
Мурманская область	0,0	-0,8	-1,1	2,0

В число этих субъектов Российской Федерации, с одной стороны, входят те, в которых благоприятная половозрастная структура населения связана, прежде всего, с относительно более высоким (по крайней мере, в предшествующий период) уровнем рождаемости (например, республики Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкарская, Калмыкия, Карачаево-Черкесская и Саха (Якутия), Чукотский автономный округ), а, с другой, регионы, для которых (опять же, по крайней мере, в предшествующий период) был характерен большой миграционный оборот населения (например, регионы Дальнего Востока, Тюменская область, Ханты-Мансийский–Югра и Ямало-Ненецкий автономные округа).

Среди субъектов Российской Федерации, в которых в 2014 г. имела место естественная убыль населения, в 7 (Белгородская, Волгоградская, Московская,

Ленинградская, Ростовская и Саратовская области, Республика Мордовия) основной причиной являлась относительно низкая рождаемость (см. таблицу 5).

Таблица 5. Субъекты Российской Федерации, в которых естественная убыль населения в 2014 г. определялась, в основном, более низкой рождаемостью, чем в целом по России

Субъекты Российской Федерации	Отличие общего коэффициента естественного прироста населения от общероссийского	в том числе за счет отличий в:		
		рождаемости	смертности	половозрастной структуре населения
Ленинградская область	-5,7	-3,5	-0,5	-1,8
Республика Мордовия	-4,5	-2,6	-0,3	-1,7
Саратовская область	-2,8	-1,3	-0,3	-1,2
Белгородская область	-2,7	-1,5	0,2	-1,4
Волгоградская область	-2,4	-1,4	0,4	-1,4
Ростовская область	-2,2	-1,1	-0,2	-0,9
Московская область	-1,5	-1,0	-0,6	0,1

В 10 субъектах Российской Федерации (Республика Карелия, Амурская, Вологодская, Калининградская, Кемеровская, Нижегородская и Самарская области, Алтайский и Приморский края, Еврейская автономная область) естественная убыль полностью или в большей степени определялась относительно высокой смертностью (см. таблицу 6).

Таблица 6. Субъекты Российской Федерации, в которых естественная убыль населения в 2014 г. определялась, в основном, более высокой смертностью, чем в целом по России

Субъекты Российской Федерации	Отличие общего коэффициента естественного прироста населения от общероссийского	в том числе за счет отличий в:		
		рождаемости	смертности	половозрастной структуре населения
Нижегородская область	-4,2	-1,0	-1,6	-1,6
Республика Карелия	-2,5	0,1	-1,6	-1,0
Самарская область	-2,0	-0,7	-0,8	-0,5
Кемеровская область	-1,6	-0,1	-2,1	0,6
Вологодская область	-1,5	0,9	-1,5	-0,9
Алтайский край	-1,3	0,5	-0,9	-0,9
Еврейская автономная область	-1,3	0,9	-4,3	2,2
Приморский край	-0,9	-0,2	-1,7	1,0
Калининградская область	-0,9	-0,3	-0,7	0,1
Амурская область	-0,4	0,4	-3,1	2,3

В 23 субъектах Российской Федерации естественная убыль населения в 2014 г. в большей степени определялась менее благоприятной половозрастной структурой населения (см. таблицу 7). Свыше половины регионов, входящих в эту группу, представляют Центральный федеральный округ.

Таблица 7. Субъекты Российской Федерации, в которых естественная убыль населения в 2014 г. определялась, в основном, менее благоприятной половозрастной структурой населения, чем в целом по России

Субъекты Российской Федерации	Отличие общего коэффициента естественного прироста населения от общероссийского	в том числе за счет отличий в:		
		рождаемости	смертности	половозрастной структуре населения
Псковская область	-7,8	-0,4	-3,2	-4,2
Тульская область	-7,4	-2,0	-1,4	-3,9
Тверская область	-6,8	-0,6	-2,5	-3,6
Тамбовская область	-6,7	-1,8	-0,5	-4,4
Орловская область	-5,7	-1,4	-1,6	-2,6
Владимирская область	-5,6	-0,8	-1,9	-2,9
Новгородская область	-5,6	0,0	-2,5	-3,1
Смоленская область	-5,6	-1,6	-1,7	-2,3
Ивановская область	-5,5	-1,3	-1,7	-2,5
Рязанская область	-5,4	-1,0	-0,5	-3,9
Брянская область	-5,3	-1,4	-1,5	-2,4
Курская область	-5,1	-0,4	-1,8	-2,9
Воронежская область	-5,0	-2,0	-0,3	-2,8
Пензенская область	-4,2	-1,5	0,0	-2,7
Липецкая область	-4,1	-0,7	-0,9	-2,5
Ярославская область	-3,9	-0,7	-0,9	-2,3
Калужская область	-3,7	-0,5	-0,8	-2,4
Костромская область	-3,5	0,8	-1,7	-2,6
Ульяновская область	-3,0	-0,4	-0,5	-2,0
Кировская область	-2,6	1,0	-0,7	-2,9
Курганская область	-2,6	2,1	-1,5	-3,2
Архангельская область	-0,9	0,5	-0,6	-0,8
Республика Адыгея	-0,8	-0,2	0,1	-0,7

## 2. Анализ региональных различий в уровне и динамике показателей рождаемости

Среди текущих календарных показателей рождаемости наиболее точной ее характеристикой является суммарный коэффициент рождаемости

Только в 7 субъектах Российской Федерации в 2015 г. можно говорить о суммарном коэффициенте рождаемости, обеспечивающем простое воспроизводство населения или очень близком к этому уровню. Это республики Алтай (2,677), Бурятия (2,280), Саха (Якутия) (2,191), Тыва (3,386) и Чеченская (2,799), Ненецкий (2,584) и Ямало-Ненецкий (2,188) автономные округа.

Кроме этих регионов больше 2,0 суммарный коэффициент рождаемости в 2015 г. был в республиках Дагестан (2,022), Коми (2,002) и Удмуртской (2,006), в Иркутской (2,012), Курганской (2,123), Оренбургской (2,013), Сахалинской (2,019) и Тюменской (2,072) областях, в Забайкальском (2,057) и Пермском (2,018) краях, в Ханты-

Мансийском–Югра (2,073) и Чукотском (2,097) автономных округах, в Еврейской автономной области (2,022).

Если в 2010 г. суммарный коэффициент рождаемости был больше 2,0 в 5 субъектах Российской Федерации, то к 2015 г. число таких возросло до 20.

С другой стороны, более чем на 10% ниже его величины в целом по России (2015 г. – 1,777<sup>2</sup>) суммарный коэффициент рождаемости в 2015 г. был в 12 субъектах Российской Федерации: Белгородская (1,561), Волгоградская, Воронежская (1,517), Ленинградская (1,286), Пензенская (1,550), Смоленская (1,522), Тамбовская (1,512) и Тульская (1,568) области, республики Карачаево-Черкесская (1,541) и Мордовия (1,360), Москва (1,406) и Санкт-Петербург (1,591).

Самый низкий суммарный коэффициент рождаемости в Ленинградской области, в Республике Мордовия и в Москве. При этом есть основания предполагать, что в Ленинградской области показатели рождаемости несколько занижены из-за того, что часть жительниц области регистрируют рождения в Санкт-Петербурге, а в Москве – наоборот, завышен из-за учета рождений у иногородних.

Наиболее значительный (0,25 и более) прирост суммарного коэффициента рождаемости в 2015 г. по сравнению с уровнем 2010 г. произошел во Владимирской (0,268), Вологодской (0,321), Калининградской (0,283), Калужской (0,360), Кировской (0,321), Курганской (0,336), Московской (0,308), Нижегородской (0,250), Омской (0,309), Самарской (0,264), Сахалинской (0,458), Свердловской (0,277), Тульской (0,259), Тюменской (0,264) и Ульяновской (0,299) областях, в Камчатском (0,375), Краснодарском (0,273), Приморском (0,269) и Хабаровском (0,290) краях, в республиках Бурятия (0,290), Коми (0,377), Марий Эл (0,407), Татарстан (0,262), Тыва (0,359) и Чувашской (0,261), в Ненецком (0,475), Ханты-Мансийском–Югре (0,259) и Ямало-Ненецком (0,403) автономных округах, в Еврейской автономной области (0,356). Наибольший прирост суммарного коэффициента рождаемости имел место в Сахалинской области и в Ненецком автономном округе.

Проведенные расчеты показали, что в отношении 45 субъектов Российской Федерации (Амурская, Архангельская, Астраханская, Белгородская, Владимирская, Вологодская, Воронежская, Ивановская, Калининградская, Калужская, Кемеровская, Кировская, Костромская, Курганская, Курская, Липецкая, Мурманская, Новгородская,

---

<sup>2</sup> Предварительные данные.

Омская, Оренбургская, Орловская, Пензенская, Псковская, Ростовская, Рязанская, Самарская, Саратовская, Свердловская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Ульяновская, Челябинская и Ярославская области, республики Башкортостан, Бурятия, Карелия, Коми, Марий Эл, Татарстан и Хакасия, Алтайский, Пермский и Приморский края, Еврейская автономная область) возможен оценочный расчет среднего числа рожденных детей в реальных поколениях женщин на основе данных переписи населения 2010 г. и однолетних возрастных коэффициентов рождаемости за послепереписной период.<sup>3</sup>

В поколениях женщин начиная с начала 1970-х г.р. во многих регионах среднее число рожденных детей стабилизировалось, а в некоторых – даже немного возросло. Например, в Новгородской области оно возросло с 1,48 (1972 г.р.) до 1,54 (1976 г.р.), в Костромской – с 1,54 (1972 г.р.) до 1,59 (1975-1976 гг.р.), в Курской – с 1,51 (1974 г.р.) до 1,55 (1975-1976 гг.р.), в Республике Карелия – с 1,51 (1973 г.р.) до 1,55 (1975 г.р.), в Республике Хакасия – с 1,68 (1971 г.р.) до 1,72 (1972-1973 гг.р.).<sup>4</sup>

Основное влияние реализуемые сейчас у нас в стране на федеральном и региональном уровне меры помощи семьям с детьми могли оказать на рождение вторых и третьих детей.

В молодых поколениях доля родивших второго ребенка среди родивших первого возрастает. Наибольший ее прирост (в %-ных пунктах) имеет место в Новгородской области, составив 6,4 (с 49,8% (1971 г.р.) до 56,2% (1976 г.р.)). В Ивановской области он составил 5,2 (с 47,0% (1972 г.р.) до 52,2% (1977 г.р.)), в Калининградской – 4,7 (с 51,6% (1970 г.р.) до 56,3% (1975 г.р.)), в Липецкой – 4,3 (с 49,9% (1971 г.р.) до 54,2% (1977 г.р.)), в Ярославской – 4,3 (с 46,5% (1972 г.р.) до 50,8% (1976 г.р.)), в Орловской – 4,0 (с 48,4% (1973 г.р.) до 52,4% (1978 г.р.)), в Костромской – 3,7 (с 54,9% (1971 г.р.) до 58,6% (1978 г.р.)), в Псковской – 3,7 (с 49,0% (1974 г.р.) до 52,7% (1977 г.р.)), в Калужской – 3,5 (с 50,5% (1971 г.р.) до 54,0% (1975 г.р.)), в Мурманской – 3,5 (с 50,3% (1972 г.р.) до 53,8% (1976 г.р.)), в Курской – 3,4 (с 51,2% (1970 г.р.) до 54,6% (1979 г.р.)).

В Белгородской, Оренбургской и Ульяновской областях, в республиках Башкортостан и Марий Эл доля родивших второго ребенка среди родивших первого после

---

<sup>3</sup> См. об этом подробнее Архангельский В.Н. Рождаемость в реальных поколениях – возможность оценить прошлое и заглянуть в будущее // Динамика и инерционность воспроизводства населения и замещения поколений в России и СНГ. Сборник статей VII Уральского демографического форума с международным участием. Т. I. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2016, с.24-38.

<sup>4</sup> Показатели рождаемости в реальных поколениях по регионам рассчитаны по состоянию на начало 2015 г.

повышения в молодых поколениях вернулась к уровню, близкому к тому, который имел место у женщин 1971 г.р.; в Амурской, Астраханской и Кировской областях, в республиках Коми и Татарстан – 1970 г.р.; в Воронежской, Кемеровской, Курской, Омской, Пензенской и Самарской областях, в республиках Карелия и Хакасия – 1969 г.р.; в Архангельской, Костромской, Орловской и Челябинской областях, в Приморском крае – 1968 г.р.; в Псковской и Свердловской областях – 1967 г.р.; в Ивановской, Калужской, Липецкой, Мурманской, Новгородской и Ярославской областях – 1966 г.р.; в Калининградской области – 1965 г.р.

Наибольшее повышение доли родивших третьего ребенка среди родивших второго в молодых поколениях произошло в Псковской области (на 6,0%-ных пунктов). В Костромской области прирост составил 5,8%-ных пунктов, в Еврейской автономной области – 5,5, в Астраханской области – 5,4, в Мурманской и Ульяновской – 5,2, в Липецкой – 5,1, в Республике Татарстан – 4,7, в Калининградской области – 4,6, в Оренбургской – 4,5, в Республике Башкортостан и в Кемеровской области – 4,4, в Новгородской и Пензенской областях – 4,2, в Курской области и в Республике Хакасия – 4,0, в Калужской, Самарской и Свердловской областях – 3,8, в Омской и Орловской – 3,7, в Ярославской – 3,6, в республиках Карелия и Марий Эл, в Челябинской области – 3,5, в Ивановской области – 3,2.

Если доля родивших второго ребенка среди родивших первого после повышения в более молодых поколениях вернулась к уровню, имевшему место у женщин не старше 1965-1966 г.р., то доля родивших третьего ребенка среди родивших второго в целом ряде регионов вернулась к уровню значительно более старших поколений женщин.

В Республике Коми и в Еврейской автономной области величина этого показателя достигла уровня, имеющего место у женщин 1966 г.р., в Архангельской области – 1965 г.р., в Амурской – 1964 г.р., в Приморском крае – 1963 г.р., в Омской области – 1962 г.р., в республиках Марий Эл и Хакасия, в Челябинской области – 1961 г.р., в республиках Башкортостан и Карелия, в Кировской и Оренбургской областях – 1960 г.р., в Астраханской, Воронежской и Свердловской областях – 1959 г.р., в Республике Татарстан, в Белгородской, Кемеровской и Ульяновской областях – 1958 г.р., в Костромской, Мурманской и Пензенской областях – 1957 г.р., в Калужской и Самарской – 1955 г.р., в Ивановской – 1952 г.р., в Курской – 1951 г.р., в Липецкой – 1947 г.р., в Орловской – 1946 г.р., в Псковской – 1943 г.р., в Калининградской – 1940 г.р., в Новгородской – 1936 г.р., в Ярославской области – 1935 г.р. При этом, конечно, доля

родивших третьего ребенка среди родивших второго у женщин 1970-х гг.р. еще будет возрастать до окончания ими репродуктивного периода своей жизни.

### **3. Анализ региональных различий в уровне и динамике смертности и продолжительности жизни**

Для оценки вкладов возрастов (в том числе и с распределением по причинам смерти) в изменение ожидаемой продолжительности жизни с 2003 по 2015 гг., использовался метод декомпозиции Андреева<sup>5</sup>.

В таблице 8 представлены разложение прироста продолжительности жизни при рождении по возрастным пятилетним группам за период с 2003 по 2015 гг. За этот период рост продолжительности жизни среди мужского населения был больше чем среди женского населения. В первую очередь это обусловлено эффектом низкой базы, в данном случае это выражается в большом разрыве в продолжительности жизни между мужским населением и женским. Если в 2003 году разница в продолжительности жизни между мужским населением и женским составляла 13,3 года, то в 2015 году этот разрыв сократился до 10,8 лет.

---

5 Andreev E.M., Shkolnikov V.M., Begun A.Z. Algorithm for decomposition of differences between aggregate demographic measures and its application to life expectancies, healthy life expectancies, parity progression ratios and total fertility rates. // Demographic Research 2002. Vol. 7, P. 499-52

Таблица 8. Вклад в изменение продолжительности жизни по возрастам в России в целом за 2003-2015 гг. (слева мужское население, справа женское население)

Возраст	Вклад в изменение продолжительности жизни с 2003 по 2014 гг., в годах	Вклад в общий прирост ОПЖ
0	0,45	6,0%
1-4	0,12	1,7%
5-9	0,07	1,0%
10-14	0,06	0,8%
15-19	0,17	2,3%
20-24	0,40	5,4%
25-29	0,50	6,7%
30-34	0,37	5,0%
35-39	0,37	5,0%
40-44	0,64	8,6%
45-49	0,80	10,8%
50-54	0,87	11,8%
55-59	0,68	9,2%
60-64	0,64	8,7%
65-69	0,44	6,0%
70-74	0,36	4,8%
75-79	0,22	2,9%
80-84	0,11	1,4%
85+	0,14	1,9%
Вклад по всем возрастам	7,4	100,0%

Возраст	Вклад в изменение продолжительности жизни с 2003 по 2014 гг., в годах	Вклад в общий прирост ОПЖ
0	0.34	7.1%
1-4	0.08	1.8%
5-9	0.05	1.0%
10-14	0.03	0.6%
15-19	0.06	1.3%
20-24	0.11	2.3%
25-29	0.11	2.3%
30-34	0.06	1.3%
35-39	0.08	1.7%
40-44	0.18	3.7%
45-49	0.28	5.8%
50-54	0.41	8.6%
55-59	0.42	8.8%
60-64	0.45	9.3%
65-69	0.45	9.5%
70-74	0.51	10.6%
75-79	0.48	10.0%
80-84	0.28	6.0%
85+	0.40	8.3%
Вклад по всем возрастам	4.8	100.0%

Из таблицы 8 следует, что среди мужского населения рост продолжительности жизни, в большей или меньшей степени, обусловлен снижением смертности во всех возрастах. При этом наибольший вклад внесли возраста от 40 до 64 лет, тогда как у женского населения наибольший вклад наблюдался в более старших возрастах – от 64 до 79 лет.

Среди мужского населения смертность снизилась практически от всех причин смерти кроме от болезней органов пищеварения. Наибольшее снижение наблюдалось от болезней системы кровообращения и определило 41,3% (3,0 года) роста продолжительности жизни и от внешних причин смерти 38,9% (2,9 года). От болезней системы кровообращения снижение смертности, как и от внешних причин смерти наблюдалось во всех возрастах, но наибольшее снижение отмечено в старших возрастах и в молодых возрастах соответственно. Иная ситуация среди женского населения. Рост смертности с 2003 по 2015 гг. был от инфекционных болезней и от болезней органов пищеварения. Но по сравнению с мужским населением, наиболее значимо снижение

смертности отмечено от болезней системы кровообращения и обеспечило 71,3% (3,5 года) от всего роста продолжительности жизни за этот период.

При анализе смертности, а особенно ее динамики по России в целом необходимо учитывать динамику смертности в регионах из-за большой их дифференциации по демографическим процессам и структурам населения. Также необходимо учитывать, что анализ федеральных округов и тем более их сравнение не является объективным, так как в состав федеральных округов входят регионы абсолютно непохожие по демографическим характеристикам населения, что сказывается на показателях федеральных округов в целом. Поэтому наиболее справедливое сравнение является именно межрегиональным.

Анализ смертности в регионах России на основании метода декомпозиции позволяет выявить причины смерти, на которые стоит акцентировать наибольшее внимание для изменения политики в сфере здравоохранения, чтобы сменить акценты на снижение смертности от тех причин смерти которые внесли отрицательный вклад в рост продолжительности жизни.

Положительный вклад в рост ожидаемой продолжительности жизни от всех основных классов причин смерти: болезней органов дыхания, новообразований (в том числе злокачественные), внешних причин смерти, инфекционных и паразитарных причин смерти, болезней органов пищеварения, других классов причин смерти, наблюдались лишь в 21 регионе Российской Федерации: Москва, Белгородская область, Ленинградская область, Смоленская область, Московская область, Ставропольский край, Ярославская область, Тамбовская область, Костромская область, Хабаровский край, Магаданская область, Калининградская область, Вологодская область, Рязанская область, Забайкальский край, Камчатский край, Красноярский край, Республика Калмыкия, Республика Калмыкия, Республика Хакасия, Республика Саха, Республика Тыва. Предположение о том, что рост ожидаемой продолжительности жизни с 2003 года будет более значимый у тех регионов, у которых уровень ожидаемой продолжительности жизни был минимален, и при этом снижение смертности будет наблюдаться от всех основных классов причин смерти. При этом обратная ситуация предполагалась среди тех регионов, у которых уровень ожидаемой продолжительности жизни был наиболее высокий и снижение смертности могло бы наблюдаться только от тех причин смерти, у которых значительные возможности для ее снижения.

Поэтому стоит отметить, что в данном случае выше указанные тезисы об эффекте низкой базы продолжительности жизни не совсем корректен, так как указанный список регионов

в таблицах 9 и 10 содержит регионы с кардинально противоположным уровнем ожидаемой продолжительности жизни.

Таблица 9. Уровень ожидаемой продолжительности жизни и ее изменение с 2003 по 2015 гг. в регионах, в которых уровень смертности снижался от всех основных классов причин смерти. (мужское население)

Наименование региона	Период		
	2003	2015	2015-2003
Москва	65,0	73,0	8,0
Ставропольский край	61,0	68,6	7,6
Белгородская область	62,0	67,3	5,3
Московская область	58,7	67,1	8,3
Республика Калмыкия	60,4	67,0	6,6
Тамбовская область	58,2	65,9	7,7
Ленинградская область	55,0	65,8	10,8
Рязанская область	56,1	65,7	9,6
Калининградская область	55,0	65,5	10,5
Ярославская область	55,8	65,0	9,2
Костромская область	55,4	64,9	9,5
Республика Саха	58,1	64,9	6,8
Вологодская область	55,4	64,4	9,0
Смоленская область	55,3	64,1	8,8
Красноярский край	56,4	64,0	7,6
Республика Хакасия	54,4	63,4	9,0
Камчатский край	57,5	63,3	5,8
Хабаровский край	55,5	63,2	7,7
Магаданская область	57,5	63,2	5,7
Забайкальский край	53,4	61,9	8,5
Республика Тыва	48,8	58,1	9,3

Таблица 10. Уровень ожидаемой продолжительности жизни и ее изменение с 2003 по 2015 гг. в регионах, в которых уровень смертности снижался от всех основных классов причин смерти. (женское население)

Наименование региона	Период		
	2003	2015	2015-2003
Калужская область	71,7	76,3	4,6
г. Москва	75,0	80,4	5,4
Архангельская область	69,9	76,6	6,7
Вологодская область	70,8	76,5	5,7
Калининградская область	68,9	75,4	6,5
Ставропольский край	73,2	77,8	4,6
Республика Тыва	60,2	68,3	8,1
Республика Хакасия	67,6	73,8	6,2
Камчатский край	69,8	74,4	4,6
Еврейская автономная область	68,0	71,5	3,5
	Максимальное значение		
	Минимальное значение		

Снижение смертности указанных в указанных регионах не имеет равномерное распределение по основным классам причин смерти. Т.е. вклад в рост ожидаемой продолжительности жизни различный в каждом классе. При этом в 10 из представленных регионах в таблице 9 наибольший вклад в рост продолжительности жизни среди мужского населения зафиксирован от снижения смертности от внешних причин смерти, этот вклад составил от 40,2% до 53,1% от роста ожидаемой продолжительности жизни в указанных регионах в период с 2003 по 2015 гг., вторым драйвером в снижении смертности в указанных регионах – снижение смертности от болезней системы кровообращения. В других же 8 регионах основным драйвером снижения смертности наоборот, являлось снижение смертности от болезней системы кровообращения, снижение смертности от внешних причин смерти являлось второстепенным драйвером снижения смертности.

Наибольший относительный вклад в рост ожидаемой продолжительности жизни от новообразований в мужском населении наблюдался в Магаданской области (11,4%), Якутии (9,3%) и Москве (8,9%), в абсолютных значениях прирост за счет снижения смертности от новообразований в указанных регионах составил 0,7; 0,6; 0,7 года соответственно. При этом необходимо учесть, что наиболее возрастное население и высокий уровень продолжительности жизни в городе Москве, и задачи в дальнейшем увеличении продолжительности жизни будут решаться исходя из программ, направленных на снижение смертности от болезней органов дыхания и новообразований. Именно у Москвы запас роста продолжительности жизни за счет снижения смертности от

других нозологий минимален в силу возрастной структуры населения и соответствующие ей причины смерти (болезни системы кровообращения и новообразования). В то же время в Якутии и Магаданской области уровень продолжительности жизни один из самых низких при значительном запасе потенциала снижения смертности от других нозологий. А учитывая, что задачи по снижению смертности от болезней кровообращения и новообразований являются наиболее затратными, так как для снижения смертности именно от этих классов причин смерти необходимо высокотехнологичное оборудование и развитая инфраструктура здравоохранения в условиях снижения финансирования региональных систем здравоохранения, регионы с запасом снижения смертности от других нозологий смогут демонстрировать более позитивную динамику снижения смертности по сравнению с регионами, в которых снижение смертности например от внешних причин, болезней органов пищеварения и болезней органов дыхания будет затруднительно по той причине что смертности от указанных нозологий уже находится на минимальном уровне. Наибольший вклад в снижение смертности от болезней системы кровообращения среди регионов, в которых снижение смертности наблюдалось от всех основных причин смерти зафиксирован в городе Москве, Белгородской, Ленинградской, Смоленской областях. В большей степени снижение смертности от болезней системы кровообращения связано с развитием «инфарктной сети» - появлением региональных сосудистых центров, первичных сосудистых отделений и программ, направленных именно на целевое снижение смертности от инфарктов и инсультов, предусмотренных приоритетным национальным проектом «Здоровье», анонсируемый правительством Российской Федерации в 2006 году. Во-первых, интенсивное развитие сосудистых центров и отделений не было равномерно во всех регионах, а во-вторых многие регионы имели высокую смертность от других нозологий (особенно от внешних причин смерти), что и являлись основополагающими факторами в расстановке акцентов на то, снижение смертности от каких причин смерти создаст необходимый позитивный вклад в рост продолжительности жизни. Драйвером роста продолжительности жизни в таких регионах как Костромская, Ярославская, Тамбовская, Вологодская, Калининградская области и т.д. являются внешние причины смерти. При таком интенсивном снижении смертности от внешних причин смерти и при меньшей доли снижения от болезней системы кровообращения (БСК), запас для снижения смертности от внешних причин уменьшается, что может привести к росту востребованности снижения смертности от БСК в последующие годы с потребностью инвестирования в региональную систему здравоохранения. Иная ситуация среди женского населения. Во-первых, количество

регионов, в которых снижение смертности в период с 2003 по 2015 гг. наблюдалось от всех основных классов причин смерти лишь в 10 регионах. Во многом это объясняется разницей в продолжительности жизни между мужским и женским населением. Среди женского населения продолжительность жизни выше, чем среди мужского населения, в результате чего каждый дополнительный прирост продолжительности жизни является все более трудоемким с точки зрения здравоохранения по той причине, что большая часть роста продолжительности жизни среди женского населения обусловлена снижением смертности от болезней системы кровообращения.

В целом, за прошедший период прирост продолжительности жизни среди мужского населения был более значительным, чем среди женского населения, что и определило рост продолжительности жизни в России в целом. С учетом того что продолжительность жизни среди мужского населения остается крайне низкой, именно снижение смертности в мужском населении в последующие периоды будет определять рост продолжительности жизни.

Таблица 11. Вклад в изменение роста продолжительности жизни различных классов причин смерти с 2003 по 2015 гг. в регионах, в которых уровень смертности снижался от всех основных классов причин смерти. (мужское население)

Наименование регионов	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Внешние причины смерти	Другие причины смерти	Инфекционные и паразитарные болезни	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	рост ОПЖ с 2003 по 2015 гг., лет
Москва	8,9%	54,8%	23,0%	1,9%	1,2%	6,1%	4,0%	7,9
Белгородская область	1,4%	48,1%	39,5%	2,2%	3,1%	4,7%	0,9%	5,3
Ленинградская область	4,0%	46,8%	35,1%	4,8%	2,1%	6,5%	0,8%	10,9
Смоленская область	4,4%	43,5%	41,0%	3,1%	3,1%	4,9%	0,0%	8,9
Московская область	5,4%	39,5%	39,5%	5,9%	2,4%	6,0%	1,3%	8,4
Ставропольский край	4,8%	39,4%	32,5%	8,9%	6,5%	6,7%	1,1%	7,6
Ярославская область	2,1%	37,8%	40,3%	9,6%	2,1%	7,6%	0,6%	9,1
Тамбовская область	7,8%	37,3%	41,0%	0,6%	3,4%	9,5%	0,4%	7,7
Костромская область	2,2%	37,1%	44,3%	8,1%	1,2%	6,9%	0,1%	9,6
Хабаровский край	2,6%	36,9%	44,6%	3,5%	3,7%	6,1%	2,6%	7,8
Магаданская область	11,4%	32,0%	28,2%	6,8%	3,7%	14,5%	3,5%	5,8
Калининградская область	3,4%	30,6%	42,6%	11,4%	5,6%	4,9%	1,4%	10,4
Вологодская область	3,3%	30,6%	42,3%	11,2%	2,7%	7,7%	2,3%	9,1
Рязанская область	5,4%	30,1%	31,1%	21,4%	3,6%	7,3%	1,1%	9,6
Забайкальский край	1,2%	30,0%	53,1%	3,2%	4,6%	7,6%	0,4%	8,6
Камчатский край	5,3%	29,0%	40,2%	14,6%	4,8%	3,3%	2,7%	5,8
Красноярский край	0,6%	27,9%	35,7%	24,7%	2,2%	6,4%	2,5%	7,6
Республика Калмыкия	4,9%	26,0%	25,1%	22,5%	8,5%	11,3%	1,6%	6,5
Республика Хакасия	2,6%	25,8%	46,7%	12,2%	4,5%	6,1%	2,2%	9,0
Республика Саха (Якутия)	9,3%	25,0%	40,6%	14,8%	3,2%	4,8%	2,3%	6,9
Республика Тыва	1,5%	20,4%	46,8%	11,8%	6,6%	8,4%	4,5%	9,4
	Максимальное значение							
	Минимальное значение							

Таблица 12. Вклад в изменение роста продолжительности жизни различных классов причин смерти с 2003 по 2015 гг. в регионах, в которых уровень смертности снижался от всех основных классов причин смерти. (женское население)

Наименование регионов	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Внешние причины смерти	Другие причины смерти	Инфекционные и паразитарные болезни	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	рост ОПЖ с 2003 по 2015 гг.
Калужская область	4,8%	71,9%	17,6%	1,3%	0,1%	3,9%	0,3%	4,7
Еврейская АО	5,1%	68,9%	13,1%	5,9%	3,7%	3,2%	0,0%	8,7
г. Москва	9,1%	68,4%	13,5%	2,4%	0,2%	3,0%	3,5%	5,3
Ставропольский край	10,6%	61,6%	18,4%	3,0%	2,1%	3,5%	0,8%	4,8
Архангельская область	1,6%	58,2%	18,3%	18,6%	0,5%	2,0%	0,8%	6,8
Камчатский край	6,9%	56,3%	22,2%	6,7%	3,7%	2,3%	2,0%	4,7
Калининградская область	0,8%	52,0%	25,6%	12,1%	2,7%	3,9%	2,9%	6,6
Республика Хакасия	7,3%	50,6%	26,2%	8,7%	2,6%	4,2%	0,4%	9,1
Вологодская область	4,1%	48,8%	24,9%	14,4%	0,0%	5,2%	2,5%	5,7
Республика Тыва	1,6%	39,2%	29,7%	14,1%	5,2%	5,9%	4,3%	8,3
	Максимальное значение							
	Минимальное значение							

Сравнивая результат разложения влияния каждой причины смерти на рост продолжительности жизни в регионах, представленный в таблицах 11 и 12. Стоит отметить, что среди женского населения снижение смертности от внешних причин смерти гораздо ниже по сравнению с мужским населением. При этом нет ни одного региона, в котором снижение смертности среди женского населения от внешних причин была больше чем от болезней системы кровообращения.

Один из наименьших вкладов в рост ожидаемой продолжительности жизни среди мужского и женского населения вносят болезни органов пищеварения (таблицы 13 и 14). В большей степени это связано с успешным медикаментозным лечением заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Но несмотря на это, именно лишь болезни органов пищеварения внесли отрицательный вклад в общий рост продолжительности жизни в России в период с 2003 по 2015 гг. Этот вклад минимальный, так как смертность от данного класса причин смерти сама по себе минимальна, но в то же время уровень смертности в России как среди мужского так среди женского населения не позволяет говорить о том, что запас снижения смертности от болезней органов пищеварения, именно поэтому возникает странная ситуация, при которой смертность от этого класса причин смерти не только не снижается, а даже увеличивается, особенно начиная с 2013 года. Поэтому на данный убедительного научного объяснения роста смертности от болезней органов пищеварения в России не представлено. Также стоит обратить внимание на то, что всего 50 регионов в которых наблюдался отрицательный вклад в рост ожидаемой продолжительности жизни от болезней органов пищеварения. Среди женского населения лишь в 8 регионах в которых снижение смертности произошло от всех основных классов причин смерти кроме болезней органов пищеварения.

Таблица 13. Вклад в изменение роста продолжительности жизни различных классов причин смерти с 2003 по 2015 гг. в регионах, в которых уровень смертности снижался от основных классов причин смерти кроме болезней органов пищеварения. (мужское население)

Наименование регионов	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Внешние причины смерти	Другие причины смерти	Инфекционные и паразитарные болезни	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	рост ОПЖ с 2003 по 2015 гг.
Мурманская область	2,9%	47,6%	24,8%	14,2%	0,2%	10,4%	-0,1%	7,6
Воронежская область	2,7%	39,5%	2,0%	46,7%	3,7%	5,6%	-0,2%	6,1
Российская Федерация	4,1%	41,3%	38,9%	7,5%	1,6%	6,8%	-0,2%	7,4
Псковская область	1,3%	39,6%	38,6%	12,4%	2,3%	6,0%	-0,2%	9,1
Приморский край	2,7%	37,7%	41,9%	6,9%	4,6%	6,5%	-0,3%	7,2
Тульская область	3,9%	43,4%	31,9%	7,4%	4,5%	9,4%	-0,3%	8,1
Архангельская область	2,4%	36,0%	38,5%	15,4%	3,3%	4,8%	-0,3%	9,4
Тверская область	2,5%	37,7%	48,0%	5,5%	0,7%	6,1%	-0,4%	9,1
Удмуртская республика	3,0%	34,6%	42,5%	5,8%	2,5%	12,1%	-0,5%	6,8
Республика Коми	2,1%	37,9%	40,0%	12,0%	1,9%	6,6%	-0,6%	7,9
Новгородская область	4,0%	41,5%	40,7%	3,8%	4,5%	6,3%	-0,7%	8,8
Брянская область	2,3%	47,4%	36,0%	2,6%	6,9%	5,7%	-0,9%	7,0
Республика Алтай	1,8%	25,7%	51,5%	10,8%	2,8%	8,4%	-1,0%	8,8
Ивановская область	3,4%	48,4%	36,6%	1,4%	1,5%	9,8%	-1,0%	9,5
Калужская область	5,1%	44,4%	29,9%	11,6%	4,7%	5,6%	-1,2%	7,3
Курская область	2,7%	46,7%	24,2%	10,6%	6,9%	10,2%	-1,2%	6,2
Республика Бурятия	3,2%	24,4%	60,2%	8,0%	2,3%	3,0%	-1,3%	9,3
Астраханская область	7,1%	37,7%	35,3%	9,1%	6,8%	5,3%	-1,3%	7,5
Республика Карелия	1,7%	34,0%	43,8%	13,0%	2,5%	6,5%	-1,6%	9,2
Волгоградская область	3,4%	39,3%	36,5%	8,2%	5,7%	8,5%	-1,6%	6,6
Пензенская область	5,5%	32,4%	45,4%	11,8%	2,5%	4,1%	-1,7%	7,7
Ростовская область	7,6%	41,5%	26,6%	15,5%	7,1%	3,4%	-1,8%	6,5
Томская область	2,8%	25,4%	31,7%	37,1%	3,3%	1,8%	-2,0%	7,8
Амурская область	0,8%	39,8%	40,9%	4,5%	9,4%	7,3%	-2,7%	6,7
Омская область	9,0%	41,1%	41,1%	6,3%	0,6%	4,8%	-2,9%	5,0
Нижегородская область	4,6%	43,6%	40,0%	4,6%	4,1%	6,2%	-3,1%	7,2
Кировская область	3,1%	32,4%	48,0%	9,5%	2,4%	7,8%	-3,2%	8,0
Саратовская область	5,7%	47,7%	38,4%	8,0%	0,8%	2,9%	-3,5%	6,8
Орловская область	2,3%	34,4%	55,5%	1,6%	2,0%	8,4%	-4,3%	5,8
Сахалинская область	5,0%	38,6%	40,7%	13,7%	3,3%	3,2%	-4,6%	7,2
Чувашская область	0,6%	34,7%	49,8%	3,2%	3,0%	13,6%	-4,9%	6,0
Владимирская область	4,2%	57,5%	35,9%	1,6%	3,1%	5,7%	-8,1%	8,3

Таблица 14. Вклад в изменение рост продолжительности жизни различных классов причин смерти с 2003 по 2015 гг. в регионах, в которых уровень смертности снижался от основных классов причин смерти кроме болезней органов пищеварения. (женское население)

Наименование регионов	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Внешние причины смерти	Другие причины смерти	Инфекционные и паразитарные болезни	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	рост ОПЖ с 2003 по 2015 гг.
Воронежская область	5,6%	62,5%	1,2%	31,1%	1,3%	2,0%	-3,6%	4,5
Республика Карелия	4,2%	64,8%	23,8%	6,5%	1,5%	1,8%	-2,7%	6,6
Новгородская область	5,1%	61,9%	27,4%	3,2%	1,1%	3,8%	-2,6%	5,8
Псковская область	1,0%	59,4%	23,2%	14,9%	1,6%	1,8%	-2,0%	6,0
Астраханская область	5,3%	60,8%	17,6%	17,2%	2,3%	1,5%	-4,6%	4,4
Кировская область	0,9%	66,1%	25,9%	3,7%	0,6%	4,9%	-2,1%	6,2
Республика Саха	8,4%	47,2%	17,2%	24,7%	1,3%	3,4%	-2,1%	6,0
Приморский край	1,7%	66,0%	23,2%	2,4%	1,3%	6,5%	-1,1%	5,1

Помимо того, что болезни органов пищеварения – единственный класс причин смерти, который имел отрицательный вклад в ожидаемую продолжительность жизни в более чем половине регионов России, данный класс причин смерти также имел отрицательный вклад в сочетании с отрицательным вкладом от инфекционных и паразитарных болезней (таблицы 15 и 16). Данная ситуация полностью отражает среднее значение по всем регионам, так как именно такое сочетание причин смерти с различными вкладами в рост продолжительности жизни среди женского населения, так как в период с 2003 года по 2015 год, снижение смертности среди женского населения по России в целом, наблюдалось практически от всех основных классов причин смерти, кроме болезней органов пищеварения и инфекционных и паразитарных болезней. Ситуация, когда оба класса имели отрицательные показатели зафиксирована в 13 регионах для мужского населения и в 12 регионах для женского населения. При этом среди мужского населения практически все регионы, в которых отрицательный вклад в рост продолжительности жизни класс причин смерти инфекционные и паразитарные болезни имели также отрицательный вклад от болезней органов пищеварения. Данная ситуация может служить индикатором неточного определения причины смерти.

Таблица 15. Вклад в изменение роста продолжительности жизни различных классов причин смерти с 2003 по 2015 гг. в регионах, в которых уровень смертности снижался от основных классов причин смерти кроме инфекционных и паразитарных болезней. (мужское население)

Наименование регионов	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Внешние причины смерти	Другие причины смерти	Инфекционные и паразитарные болезни	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	рост ОПЖ с 2003 по 2015 гг.
Санкт-Петербург	5,6%	54,4%	25,1%	9,0%	-0,1%	3,9%	2,2%	9,0
Курганская область	4,1%	33,0%	47,6%	9,8%	-0,3%	8,7%	-2,9%	5,9
ЯНАО	-0,6%	38,4%	41,4%	17,4%	-1,5%	5,8%	-1,0%	5,6
Республика Башкортостан	1,5%	43,9%	43,4%	17,5%	-2,3%	4,9%	-9,0%	4,5
Тюменская область	9,2%	32,7%	46,5%	8,7%	-2,8%	6,4%	-0,7%	6,2
ХМАО	16,2%	38,4%	45,0%	2,1%	-3,3%	3,7%	-2,1%	5,7
Алтайский край	4,9%	44,4%	46,1%	1,6%	-3,3%	8,8%	-2,4%	5,5
Пермский край	3,3%	29,4%	50,3%	12,3%	-3,4%	10,5%	-2,3%	7,5
Оренбургская область	3,6%	32,8%	62,2%	4,2%	-4,2%	6,3%	-4,8%	5,0
Кемеровская область	0,7%	34,8%	59,7%	3,7%	-4,6%	6,8%	-1,1%	7,4
Новосибирская область	5,1%	28,4%	48,7%	16,3%	-4,7%	4,6%	1,6%	5,9
Иркутская область	1,4%	24,7%	57,9%	11,5%	-5,7%	9,0%	1,2%	7,7
Свердловская область	3,7%	30,7%	52,9%	11,8%	-6,2%	9,1%	-2,2%	6,5
Челябинская область	3,3%	40,1%	44,6%	9,4%	-6,4%	11,3%	-2,3%	5,9
Ульяновская область	4,8%	37,3%	53,8%	7,6%	-8,3%	8,4%	-3,6%	6,2
Самарская область	3,5%	54,6%	28,2%	18,0%	-8,9%	7,5%	-2,8%	5,4

Таблица 16. Вклад в изменение рост продолжительности жизни различных классов причин смерти с 2003 по 2015 гг. в регионах, в которых уровень смертности снижался от основных классов причин смерти кроме инфекционных и паразитарных болезней. (женское население)

Наименование регионов	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Внешние причины смерти	Другие причины смерти	Инфекционные и паразитарные болезни	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	рост ОПЖ с 2003 по 2015 гг.
Российская Федерация	3,8%	71,3%	20,7%	2,2%	-1,2%	4,0%	-0,9%	5,0
Тульская область	3,9%	75,3%	17,5%	0,5%	-1,3%	4,8%	-0,7%	5,7
Волгоградская область	4,1%	76,9%	17,4%	2,8%	-1,5%	2,9%	-2,6%	4,4
Пермский край	1,2%	57,1%	28,1%	11,6%	-4,0%	7,2%	-1,2%	5,9
Самарская область	1,8%	82,5%	12,6%	13,7%	-8,8%	3,3%	-5,1%	3,8
Саратовская область	9,8%	67,2%	15,5%	12,1%	-2,4%	1,5%	-3,7%	4,7
Ульяновская область	2,6%	74,8%	26,7%	4,6%	-9,2%	5,8%	-5,4%	4,3
Курганская область	0,3%	67,0%	25,9%	13,2%	-6,1%	3,9%	-4,3%	4,3
Свердловская область	1,4%	66,3%	31,6%	6,0%	-8,2%	4,5%	-1,6%	5,1
Республика Бурятия	1,8%	65,1%	32,2%	1,8%	-1,7%	6,5%	-5,6%	6,0
Новосибирская область	4,2%	51,1%	26,1%	20,6%	-4,5%	2,4%	0,0%	4,4
Омская область	9,3%	69,3%	22,5%	2,2%	-1,1%	1,4%	-3,5%	4,0
Томская область	3,9%	46,8%	19,9%	31,4%	-0,3%	0,5%	-2,1%	5,5

Как было продемонстрировано выше – в России существует значительная региональная дифференциация по вкладам причин смерти в рост продолжительности жизни. При этом анализ показал, что существует вероятность того, что те регионы, в которых увеличение продолжительности жизни в большей степени было обусловлено снижением смертности от внешних причин в дальнейшем, аналогичными темпами снижать общую смертность благодаря внешним причинам не получится, так как будет достигнут плато-уровень, и дальнейшее снижение смертности, а следовательно рост продолжительности жизни, потребует вложения в систему здравоохранения, силы которой будут направлены на снижение смертности от болезней системы кровообращения и новообразований. Но данная ситуация маловероятно как минимум в среднесрочной перспективе из-за замедления экономического роста в регионах и России в целом. Те же регионы, которые увеличивали продолжительность жизни за счет снижения смертности от болезней системы кровообращения, при относительно низких показателях смертности от внешних причин смерти смогут испытать значительные трудности в дальнейшем снижении смертности, так как это потребует также значительных финансовых затрат в системе здравоохранения.

Далее представлен региональный анализ роли внешних причин смерти и болезней системы кровообращения на рост продолжительности жизни как в самих регионах, так и в России в целом.

Среди мужского населения, лишь в 30 регионах России снижение смертности от болезней системы кровообращения больше чем от внешних причин. При этом если вычесть регионы Северного Кавказа из-за сомнительного качества статистики, то в целом по России отмечается тенденция превосходства снижения смертности от внешних причин смерти, т.е. рост продолжительности жизни среди мужского населения с 2003 по 2015 гг. обусловлен в большей степени снижением смертности от внешних причин смерти – наименьшим образом зависимые от развития региональной системы здравоохранения. При этом среди женского населения снижение смертности от болезней системы кровообращения во всех регионах превосходит снижение смертности от внешних причин.

Таблица 17. Вклад в изменение роста продолжительности жизни различных классов причин смерти с 2003 по 2015 гг. в регионах, в которых рост продолжительности жизни в большей степени определило снижение смертности от болезней системы кровообращения (мужское население)\*.

Наименование регионов	Новообразова ния	Болезни системы кровообращения	Внешние причины смерти	Другие причины смерти	Инфекционные и паразитарные болезни	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	рост ОПЖ с 2003 по 2015 гг.
Ленинградская область	0,4 (4%)	5,1 (46,8%)	3,8 (35,1%)	0,5 (4,8%)	0,2 (2,1%)	0,7 (6,5%)	0,1 (0,8%)	10,9
Санкт-Петербург	0,5 (5,6%)	4,9 (54,4%)	2,3 (25,1%)	0,8 (9%)	0 (-0,1%)	0,3 (3,9%)	0,2 (2,2%)	9,0
Владимирская область	0,4 (4,2%)	4,8 (57,5%)	3 (35,9%)	0,1 (1,6%)	0,3 (3,1%)	0,5 (5,7%)	-0,7 (-8,1%)	8,3
Ивановская область	0,3 (3,4%)	4,6 (48,4%)	3,5 (36,6%)	0,1 (1,4%)	0,1 (1,5%)	0,9 (9,8%)	-0,1 (-1%)	9,5
Москва	0,7 (8,9%)	4,4 (54,8%)	1,8 (23%)	0,2 (1,9%)	0,1 (1,2%)	0,5 (6,1%)	0,3 (4%)	7,9
Липецкая область	0,3 (4,7%)	4,2 (66,4%)	2,3 (35,6%)	-1 (-15,5%)	0,2 (3,1%)	0,6 (9,1%)	-0,2 (-3,3%)	6,3
Республика Мордовия	0,4 (6,4%)	4,2 (62,3%)	2,1 (30,8%)	-0,5 (-6,8%)	0,2 (2,9%)	0,5 (7,4%)	-0,2 (-3%)	6,7
Смоленская область	0,4 (4,4%)	3,9 (43,5%)	3,6 (41%)	0,3 (3,1%)	0,3 (3,1%)	0,4 (4,9%)	0 (0%)	8,9
Новгородская область	0,4 (4%)	3,7 (41,5%)	3,6 (40,7%)	0,3 (3,8%)	0,4 (4,5%)	0,6 (6,3%)	-0,1 (-0,7%)	8,8
Мурманская область	0,2 (2,9%)	3,6 (47,6%)	1,9 (24,8%)	1,1 (14,2%)	0 (0,2%)	0,8 (10,4%)	0 (-0,1%)	7,6
Псковская область	0,1 (1,3%)	3,6 (39,6%)	3,5 (38,6%)	1,1 (12,4%)	0,2 (2,3%)	0,5 (6%)	0 (-0,2%)	9,1
Тульская область	0,3 (3,9%)	3,5 (43,4%)	2,6 (31,9%)	0,6 (7,4%)	0,4 (4,5%)	0,8 (9,4%)	0 (-0,3%)	8,1
Московская область	0,5 (5,4%)	3,3 (39,5%)	3,3 (39,5%)	0,5 (5,9%)	0,2 (2,4%)	0,5 (6%)	0,1 (1,3%)	8,4
Краснодарский край	0,2 (4%)	3,3 (52,6%)	2,2 (35,4%)	-0,3 (-4,9%)	0,5 (7,3%)	0,3 (4,4%)	0,1 (1,4%)	6,3
Брянская область	0,2 (2,3%)	3,3 (47,4%)	2,5 (36%)	0,2 (2,6%)	0,5 (6,9%)	0,4 (5,7%)	-0,1 (-0,9%)	7,0
Саратовская область	0,4 (5,7%)	3,3 (47,7%)	2,6 (38,4%)	0,5 (8%)	0,1 (0,8%)	0,2 (2,9%)	-0,2 (-3,5%)	6,8
Калужская область	0,4 (5,1%)	3,2 (44,4%)	2,2 (29,9%)	0,8 (11,6%)	0,3 (4,7%)	0,4 (5,6%)	-0,1 (-1,2%)	7,3
Нижегородская область	0,3 (4,6%)	3,1 (43,6%)	2,9 (40%)	0,3 (4,6%)	0,3 (4,1%)	0,4 (6,2%)	-0,2 (-3,1%)	7,2
Республика Адыгея	-0,1 (-2,2%)	3,1 (56,6%)	2,3 (42,6%)	-0,2 (-3,6%)	0,1 (2,5%)	0,3 (5,4%)	-0,1 (-1,4%)	5,5
Ставропольский край	0,4 (4,8%)	3 (39,4%)	2,5 (32,5%)	0,7 (8,9%)	0,5 (6,5%)	0,5 (6,7%)	0,1 (1,1%)	7,6
Самарский край	0,2 (3,5%)	3 (54,6%)	1,5 (28,2%)	1 (18%)	-0,5 (-8,9%)	0,4 (7,5%)	-0,2 (-2,8%)	5,4
Курская область	0,2 (2,7%)	2,9 (46,7%)	1,5 (24,2%)	0,7 (10,6%)	0,4 (6,9%)	0,6 (10,2%)	-0,1 (-1,2%)	6,2
Астраханская область	0,5 (7,1%)	2,8 (37,7%)	2,6 (35,3%)	0,7 (9,1%)	0,5 (6,8%)	0,4 (5,3%)	-0,1 (-1,3%)	7,5
Ростовская область	0,5 (7,6%)	2,7 (41,5%)	1,7 (26,6%)	1 (15,5%)	0,5 (7,1%)	0,2 (3,4%)	-0,1 (-1,8%)	6,5
Волгоградская область	0,2 (3,4%)	2,6 (39,3%)	2,4 (36,5%)	0,5 (8,2%)	0,4 (5,7%)	0,6 (8,5%)	-0,1 (-1,6%)	6,6
Белгородская область	0,1 (1,4%)	2,6 (48,1%)	2,1 (39,5%)	0,1 (2,2%)	0,2 (3,1%)	0,3 (4,7%)	0 (0,9%)	5,3
Воронежская область	0,2 (2,7%)	2,4 (39,5%)	0,1 (2%)	2,8 (46,7%)	0,2 (3,7%)	0,3 (5,6%)	0 (-0,2%)	6,1
Республика Башкортостан	0,1 (1,5%)	2 (43,9%)	1,9 (43,4%)	0,8 (17,5%)	-0,1 (-2,3%)	0,2 (4,9%)	-0,4 (-9%)	4,5
Магаданская область	0,7 (11,4%)	1,9 (32%)	1,6 (28,2%)	0,4 (6,8%)	0,2 (3,7%)	0,8 (14,5%)	0,2 (3,5%)	5,8
Республика Калмыкия	0,3 (4,9%)	1,7 (26%)	1,6 (25,1%)	1,5 (22,5%)	0,6 (8,5%)	0,7 (11,3%)	0,1 (1,6%)	6,5

\* Примечание: значения в таблице: кол-во лет (доля от прироста ОЖ в %)

Таблица 18. Вклад в изменение рост продолжительности жизни различных классов причин смерти с 2003 по 2015 гг. в регионах, в которых рост продолжительности жизни в большей степени определило снижение смертности от внешних причин смерти (мужское населения) \*.

Наименование регионов	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Внешние причины смерти	Другие причины смерти	Инфекционные и паразитарные болезни	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	рост ОПЖ с 2003 по 2015 гг.
Республика Бурятия	0,3 (3,2%)	2,3 (24,4%)	5,6 (60,2%)	0,7 (8%)	0,2 (2,3%)	0,3 (3%)	-0,1 (-1,3%)	9,3
Забайкальский край	0,1 (1,2%)	2,6 (30%)	4,5 (53,1%)	0,3 (3,2%)	0,4 (4,6%)	0,6 (7,6%)	0 (0,4%)	8,6
Республика Алтай	0,2 (1,8%)	2,3 (25,7%)	4,5 (51,5%)	1 (10,8%)	0,2 (2,8%)	0,7 (8,4%)	-0,1 (-1%)	8,8
Иркутская область	0,1 (1,4%)	1,9 (24,7%)	4,5 (57,9%)	0,9 (11,5%)	-0,4 (-5,7%)	0,7 (9%)	0,1 (1,2%)	7,7
Калининградская область	0,4 (3,4%)	3,2 (30,6%)	4,4 (42,6%)	1,2 (11,4%)	0,6 (5,6%)	0,5 (4,9%)	0,1 (1,4%)	10,4
Кемеровская область	0,1 (0,7%)	2,6 (34,8%)	4,4 (59,7%)	0,3 (3,7%)	-0,3 (-4,6%)	0,5 (6,8%)	-0,1 (-1,1%)	7,4
Республика Тыва	0,1 (1,5%)	1,9 (20,4%)	4,4 (46,8%)	1,1 (11,8%)	0,6 (6,6%)	0,8 (8,4%)	0,4 (4,5%)	9,4
Тверская область	0,2 (2,5%)	3,4 (37,7%)	4,4 (48%)	0,5 (5,5%)	0,1 (0,7%)	0,6 (6,1%)	0 (-0,4%)	9,1
Костромская область	0,2 (2,2%)	3,6 (37,1%)	4,2 (44,3%)	0,8 (8,1%)	0,1 (1,2%)	0,7 (6,9%)	0 (0,1%)	9,6
Республика Хакасия	0,2 (2,6%)	2,3 (25,8%)	4,2 (46,7%)	1,1 (12,2%)	0,4 (4,5%)	0,5 (6,1%)	0,2 (2,2%)	9,0
Республика Карелия	0,2 (1,7%)	3,1 (34%)	4,1 (43,8%)	1,2 (13%)	0,2 (2,5%)	0,6 (6,5%)	-0,1 (-1,6%)	9,2
Республика Марий Эл	-0,1 (-1,4%)	2,4 (37,5%)	3,9 (61,7%)	-0,2 (-3,8%)	0,1 (1,6%)	0,6 (9,8%)	-0,3 (-5,4%)	6,4
Кировская область	0,3 (3,1%)	2,6 (32,4%)	3,9 (48%)	0,8 (9,5%)	0,2 (2,4%)	0,6 (7,8%)	-0,3 (-3,2%)	8,0
Вологодская область	0,3 (3,3%)	2,8 (30,6%)	3,8 (42,3%)	1 (11,2%)	0,2 (2,7%)	0,7 (7,7%)	0,2 (2,3%)	9,1
Пермский край	0,2 (3,3%)	2,2 (29,4%)	3,8 (50,3%)	0,9 (12,3%)	-0,3 (-3,4%)	0,8 (10,5%)	-0,2 (-2,3%)	7,5
Ярославская область	0,2 (2,1%)	3,4 (37,8%)	3,7 (40,3%)	0,9 (9,6%)	0,2 (2,1%)	0,7 (7,6%)	0,1 (0,6%)	9,1
Архангельская область	0,2 (2,4%)	3,4 (36%)	3,6 (38,5%)	1,5 (15,4%)	0,3 (3,3%)	0,5 (4,8%)	0 (-0,3%)	9,4
Пензенская область	0,4 (5,5%)	2,5 (32,4%)	3,5 (45,4%)	0,9 (11,8%)	0,2 (2,5%)	0,3 (4,1%)	-0,1 (-1,7%)	7,7
Хабаровский край	0,2 (2,6%)	2,9 (36,9%)	3,5 (44,6%)	0,3 (3,5%)	0,3 (3,7%)	0,5 (6,1%)	0,2 (2,6%)	7,8
Свердловская область	0,2 (3,7%)	2 (30,7%)	3,4 (52,9%)	0,8 (11,8%)	-0,4 (-6,2%)	0,6 (9,1%)	-0,1 (-2,2%)	6,5
Ульяновская область	0,3 (4,8%)	2,3 (37,3%)	3,3 (53,8%)	0,5 (7,6%)	-0,5 (-8,3%)	0,5 (8,4%)	-0,2 (-3,6%)	6,2
Орловская область	0,1 (2,3%)	2 (34,4%)	3,2 (55,5%)	0,1 (1,6%)	0,1 (2%)	0,5 (8,4%)	-0,2 (-4,3%)	5,8
Республика Коми	0,2 (2,1%)	3 (37,9%)	3,1 (40%)	0,9 (12%)	0,2 (1,9%)	0,5 (6,6%)	0 (-0,6%)	7,9
Тамбовская область	0,6 (7,8%)	2,9 (37,3%)	3,1 (41%)	0 (0,6%)	0,3 (3,4%)	0,7 (9,5%)	0 (0,4%)	7,7
Оренбургская область	0,2 (3,6%)	1,6 (32,8%)	3,1 (62,2%)	0,2 (4,2%)	-0,2 (-4,2%)	0,3 (6,3%)	-0,2 (-4,8%)	5,0

Продолжение таблицы 18

Наименование регионов	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Внешние причины смерти	Другие причины смерти	Инфекционные и паразитарные болезни	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	рост ОПЖ с 2003 по 2015 гг.
Приморский край	0,2 (2,7%)	2,7 (37,7%)	3 (41,9%)	0,5 (6,9%)	0,3 (4,6%)	0,5 (6,5%)	0 (-0,3%)	7,2
Рязанская область	0,5 (5,4%)	2,9 (30,1%)	3 (31,1%)	2,1 (21,4%)	0,3 (3,6%)	0,7 (7,3%)	0,1 (1,1%)	9,6
Чувашская республика	0 (0,6%)	2,1 (34,7%)	3 (49,8%)	0,2 (3,2%)	0,2 (3%)	0,8 (13,6%)	-0,3 (-4,9%)	6,0
Республика Татарстан	0,1 (2,3%)	2,9 (47,3%)	2,9 (48,8%)	-0,3 (-4,9%)	0 (0,3%)	0,4 (6,5%)	0 (-0,4%)	6,0
Сахалинская область	0,4 (5%)	2,8 (38,6%)	2,9 (40,7%)	1 (13,7%)	0,2 (3,3%)	0,2 (3,2%)	-0,3 (-4,6%)	7,2
Тюменская область	0,6 (9,2%)	2 (32,7%)	2,9 (46,5%)	0,5 (8,7%)	-0,2 (-2,8%)	0,4 (6,4%)	0 (-0,7%)	6,2
Удмуртская республика	0,2 (3%)	2,4 (34,6%)	2,9 (42,5%)	0,4 (5,8%)	0,2 (2,5%)	0,8 (12,1%)	0 (-0,5%)	6,8
Новосибирская область	0,3 (5,1%)	1,7 (28,4%)	2,9 (48,7%)	1 (16,3%)	-0,3 (-4,7%)	0,3 (4,6%)	0,1 (1,6%)	5,9
Курганская область	0,2 (4,1%)	1,9 (33%)	2,8 (47,6%)	0,6 (9,8%)	0 (-0,3%)	0,5 (8,7%)	-0,2 (-2,9%)	5,9
Республика Саха (Якутия)	0,6 (9,3%)	1,7 (25%)	2,8 (40,6%)	1 (14,8%)	0,2 (3,2%)	0,3 (4,8%)	0,2 (2,3%)	6,9
Амурская область	0,1 (0,8%)	2,7 (39,8%)	2,7 (40,9%)	0,3 (4,5%)	0,6 (9,4%)	0,5 (7,3%)	-0,2 (-2,7%)	6,7
Красноярский край	0 (0,6%)	2,1 (27,9%)	2,7 (35,7%)	1,9 (24,7%)	0,2 (2,2%)	0,5 (6,4%)	0,2 (2,5%)	7,6
Челябинская область	0,2 (3,3%)	2,3 (40,1%)	2,6 (44,6%)	0,6 (9,4%)	-0,4 (-6,4%)	0,7 (11,3%)	-0,1 (-2,3%)	5,9
ХМАО	0,9 (16,2%)	2,2 (38,4%)	2,6 (45%)	0,1 (2,1%)	-0,2 (-3,3%)	0,2 (3,7%)	-0,1 (-2,1%)	5,7
Алтайский край	0,3 (4,9%)	2,4 (44,4%)	2,5 (46,1%)	0,1 (1,6%)	-0,2 (-3,3%)	0,5 (8,8%)	-0,1 (-2,4%)	5,5
Томская область	0,2 (2,8%)	2 (25,4%)	2,5 (31,7%)	2,9 (37,1%)	0,3 (3,3%)	0,1 (1,8%)	-0,2 (-2%)	7,8
Камчатский край	0,3 (5,3%)	1,7 (29%)	2,3 (40,2%)	0,9 (14,6%)	0,3 (4,8%)	0,2 (3,3%)	0,2 (2,7%)	5,8
Ямало-Ненецкий АО	0 (-0,6%)	2,1 (38,4%)	2,3 (41,4%)	1 (17,4%)	-0,1 (-1,5%)	0,3 (5,8%)	-0,1 (-1%)	5,6
Омская область	0,5 (9%)	2,1 (41,1%)	2,1 (41,1%)	0,3 (6,3%)	0 (0,6%)	0,2 (4,8%)	-0,1 (-2,9%)	5,0
Еврейская АО	0,3 (5,5%)	1,7 (36,2%)	2 (42,6%)	0,6 (12,7%)	0,5 (10,7%)	-0,1 (-1,1%)	-0,3 (-6,7%)	4,7

\* Примечание: значения в таблице: кол-во лет (доля от прироста ОЖ в %)

Как было отмечено выше, среди мужского населения основным драйвером роста продолжительности жизни являлось снижение смертности от внешних причин смерти, при этом именно снижение смертности среди мужского населения определило динамику роста продолжительности жизни в России в целом. Помимо различий во вкладе снижения смерти от классов причин смерти различается также и вклад возрастных групп, который в свою очередь и формирует особенности смертности в регионах.

Российские особенности смертности формируются за счет регионов, которые различаются по возрастной и половой структуре населения, а также специфики смертности, которые различаются по структуре причин смерти. Среди мужского населения региональные паттерны декомпозиций по причинам смерти значительно различаются от женского населения, данная особенность формируется из-за разницы уровней смертности сложившийся на данный момент.

На рисунке 1 представлен вклад снижения смертности от основных классов причин смерти в мужском населении по России в целом с 2003 по 2015гг. Из результата декомпозиции видно, что наибольший рост продолжительности жизни был обеспечен за счет снижения смертности от внешних причин смерти, болезней системы кровообращения, и от других причин смерти в младенческом возрасте. При этом незначительный рост смертности наблюдался в возрастах 30-39 от болезней органов пищеварения, а также инфекционных и паразитарных болезней. В возрастах старше 65 лет бал зафиксирован рост смертности вне основных классов причин смерти, в частности наблюдался рост смерти в причинах смерти от неточно определенных состояний, и неустановленные причины смерти (R99.X – код МКБ 10)

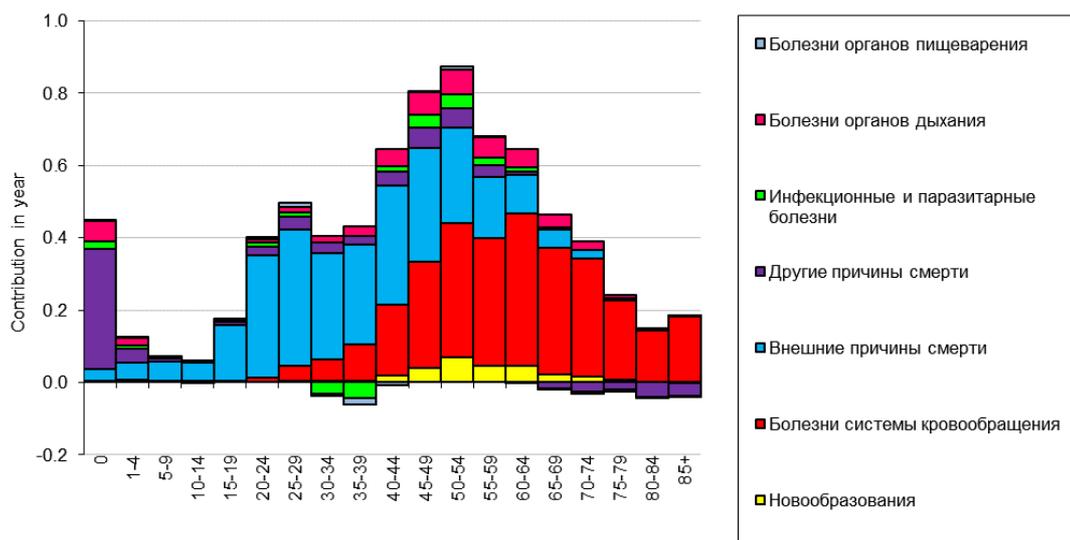


Рис. 1. Распределение вклада снижения смертности от основных классов причин смерти в рост продолжительности жизни мужчин в России по возрастам.

Среди женского населения иная картина распределения вклада снижения смертности от основных классов причин смерти в рост продолжительности жизни за анализируемый период. Большая часть прирост ожидаемой продолжительности жизни была обеспечена снижением смертности в возрастах 50+ от болезней системы кровообращения, также от внешних причин смерти, но это снижение играло гораздо меньшую роль чем среди мужского населения. В то же время обращает на себя внимание тот факт, что за анализируемый период наблюдался рост смертности от неосновных классов причин смерти, причем чем больше возраст, тем больше отрицательный вклад от других причин смерти. Данный феномен, как и среди мужского населения может быть обусловлен качеством определения причин смерти, но также и распространенностью практики среди лиц уполномоченных заполнять медицинские свидетельства о смерти с указанием в качестве основной причины смерти старость, что является нарушением методических рекомендаций.

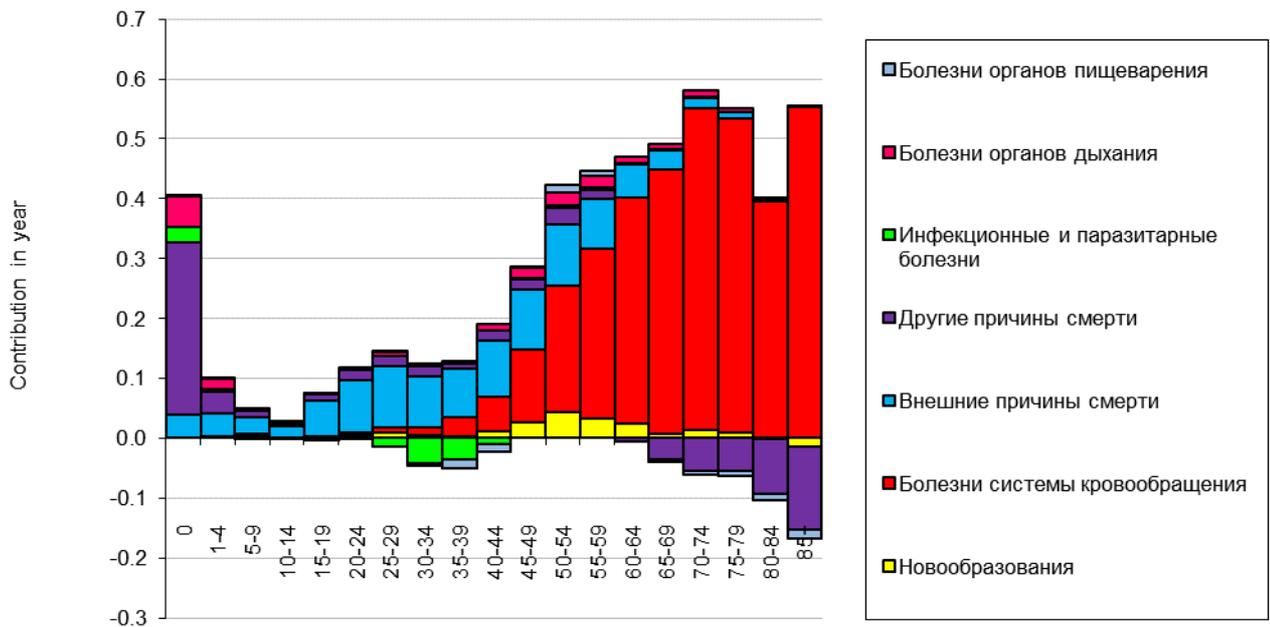


Рис. 2. Распределение вклада снижения смертности от основных классов причин смерти в рост продолжительности жизни женщин в России по возрастам.

Показатели по России формируются за счет различного набора регионов. Среднероссийская структура смертности по причинам смерти и распределению по возрастам присутствует в следующих регионах: Астраханская, Томская и Вологодская областях; в Карелии, Якутии, Хакасии; в Камчатском и Приморском краях. Распределение причин смерти по возрастам в указанных регионах является идентичным среднероссийскому, поэтому в перечисленных регионах картина распределения вклада прироста продолжительности жизни по возрастам идентична тому распределению, представленного на рисунках 1 и 2, различия лишь в уровне вклада при идентичной структуре.

В большинстве регионов представленные распределения имеют один вид, с аналогичными преобладающими причинами смерти, и различаются лишь уровнем значения вкладов каждого класса причин смерти. Однако, как среди мужского, так и женского населения существуют регионы в которых есть свои особенности, которые с одной стороны относятся к качеству формирования статистики естественного движения населения региона, а с другой стороны относятся к особенностям протекания демографических процессов. Поэтому в данной части будет представлено описание регионов, в которых распределение вкладов как по причинам смерти, так и по возрастам является иным, чем в среднем по России.

Отличительная особенность Владимирской области состоит в том, что среди мужского и женского населения отрицательный вклад в рост продолжительности жизни внес рост смертности от болезней органов пищеварения и от других причин смерти.

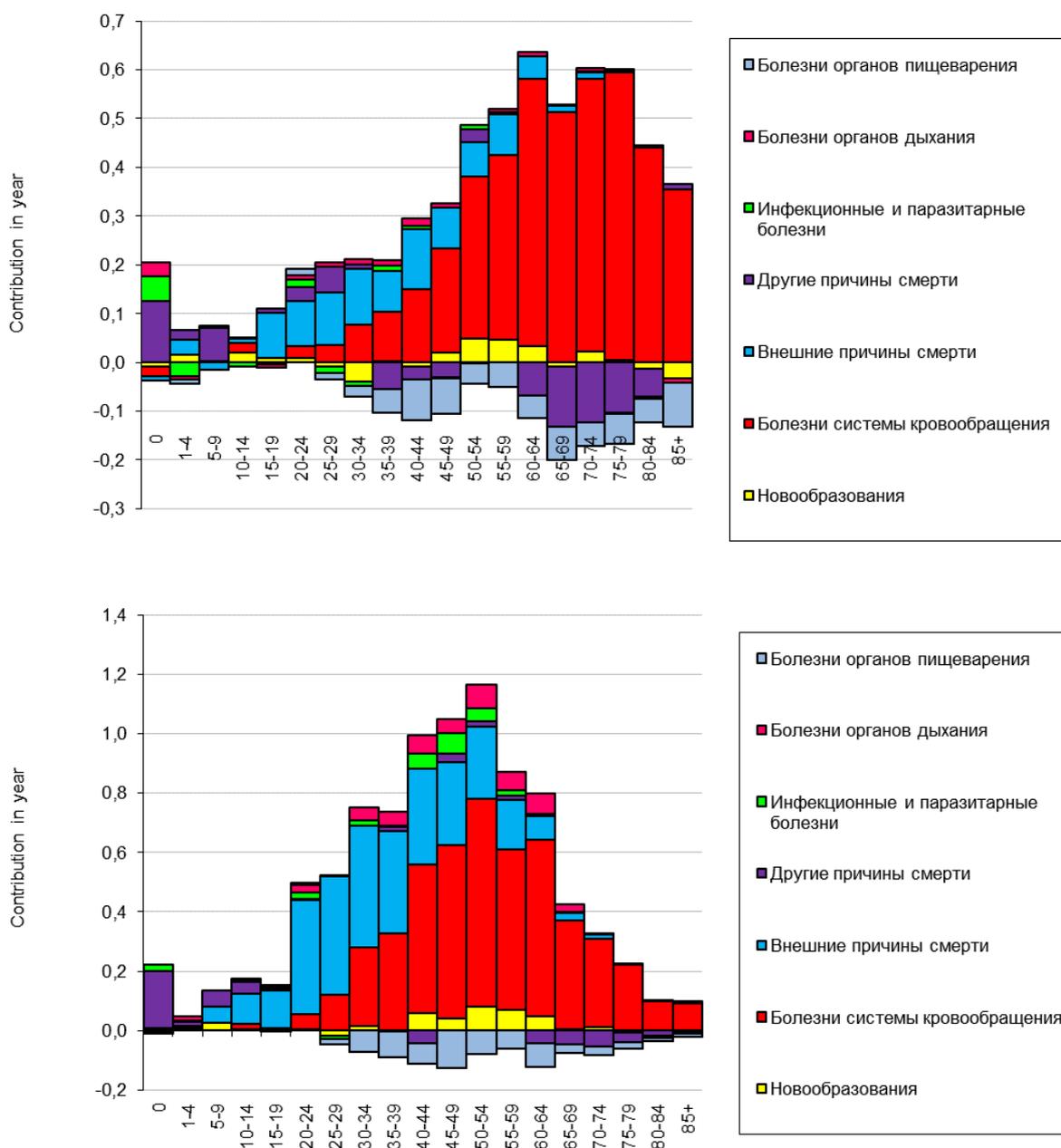


Рис. 3. Распределение вклада снижения смертности от основных классов причин смерти в рост продолжительности жизни мужчин (верхний рисунок)/ женщин (нижний рисунок) во Владимирской области по возрастам.

Анализ общего вклада возрастных групп на увеличение продолжительности жизни в период с 2003 по 2015 гг. во Владимирской области показал, что увеличение смертности от указанных причин смерти в большей степени негативно сказалось на дополнительном

приросте продолжительности жизни (особенно среди женского населения). Прирост ОПЖ среди мужского населения на 82% больше по сравнению с женским населением, и основными возрастными группами прироста являлись возраст от 20 до 64 лет, тогда как среди женского населения эти возрастные группы смещены в более старшие – от 50 до 80 лет (таблица 18).  
Таблица 18. Вклад в изменение продолжительности жизни по возрастам во Владимирской области за 2003-2015 гг. (слева мужское население, справа женское население)

Возраст	Вклад в изменение продолжительности жизни с 2003 по 2015 гг., в годах	Вклад в общий прирост ОПЖ
0	0,21	2,6%
1-4	0,05	0,6%
5-9	0,13	1,6%
10-14	0,17	2,1%
15-19	0,15	1,8%
20-24	0,50	6,0%
25-29	0,48	5,7%
30-34	0,68	8,2%
35-39	0,65	7,8%
40-44	0,88	10,6%
45-49	0,92	11,1%
50-54	1,08	13,1%
55-59	0,81	9,8%
60-64	0,68	8,2%
65-69	0,35	4,2%
70-74	0,24	2,9%
75-79	0,16	1,9%
80-84	0,06	0,8%
85+	0,08	0,9%
<b>Вклад по всем возрастам</b>	<b>8,29</b>	<b>100,0%</b>

Возраст	Вклад в изменение продолжительности жизни с 2003 по 2015 гг., в годах	Вклад в общий прирост ОПЖ
0	0,17	3,7%
1-4	0,02	0,5%
5-9	0,06	1,3%
10-14	0,04	0,9%
15-19	0,10	2,2%
20-24	0,19	4,2%
25-29	0,17	3,7%
30-34	0,14	3,1%
35-39	0,11	2,3%
40-44	0,18	3,9%
45-49	0,22	4,8%
50-54	0,44	9,7%
55-59	0,47	10,3%
60-64	0,52	11,4%
65-69	0,33	7,1%
70-74	0,43	9,4%
75-79	0,43	9,5%
80-84	0,32	7,0%
85+	0,23	5,1%
<b>Вклад по всем возрастам</b>	<b>4,57</b>	<b>100,0%</b>

Также необходимо учитывать, что негативный вклад в рост продолжительности жизни среди мужского населения от болезней органов пищеварения составил 0,7 года, а среди женского населения также 0,7 года от болезней органов пищеварения и 0,2 года от других причин смерти. Как среди мужского, так и среди женского населения, увеличение смертности от болезней органов пищеварения наблюдается во всех возрастах старше 20 лет, тогда как от других причин увеличение смертности в женском населении наблюдается с возрастов старше 35 лет.

Один из значимых вкладов в рост продолжительности жизни среди мужского населения Владимирской области определило снижение смертности от болезней системы

кровообращения (58% или 4,8 лет от прироста), что является нетипичным для большинства регионов.

Среди женского населения 94% или 4,3 года прироста продолжительности жизни было также обеспечено за счет снижения смертности от болезней системы кровообращения. При этом значительные негативные вклады внесли болезни органов пищеварения -15% (-0,7 года) и Другие причины смерти -5,3% (-0,2 года). Внешние причины обеспечили около 21% прироста продолжительности жизни, и прирост наблюдался практически во всех возрастах кроме некоторых подростковых и детских возрастах, но значимость в данных возрастах минимальна. В один кластер с Владимирской областью объединены регионы: Тверская, Белгородская, Брянская, Калужская, Костромская, Омская области; и Хабаровский, Ставропольский край. Данные регионы имеют схожий паттерн распределения вклада в рост продолжительности жизни от снижения основных классов причин смерти, обозначенный на примере Владимирской области.

Особенность смертности в Воронежской области и аналогичных регионах (Смоленская, Сахалинская, Псковская, Новгородская, Амурская, Пензенская областях, а также Чувашская, Удмуртская, республики, республика Калмыкия, Марий Эл и Забайкальский край) на фоне общероссийской картины заключается в невероятно малой роли снижения смертности от внешних причин смерти (около 1%) в общем снижении смертности. При этом значительное сокращение смертности от Других причин смерти, что является странным так как возрастные профили снижения смертности от Других причин смерти идентичны классу внешних причин смерти, а также соответствующим возрастным интервалам (рис.4). Тем самым возникает подозрение, что большую часть внешних причин переписывали в другие классы причин смерти, так как если все другие причины перебросить во внешние, то практически получится среднероссийское повозрастное распределение причин смерти. Описанные тенденции характерны как для мужского, так и для женских населений региона.

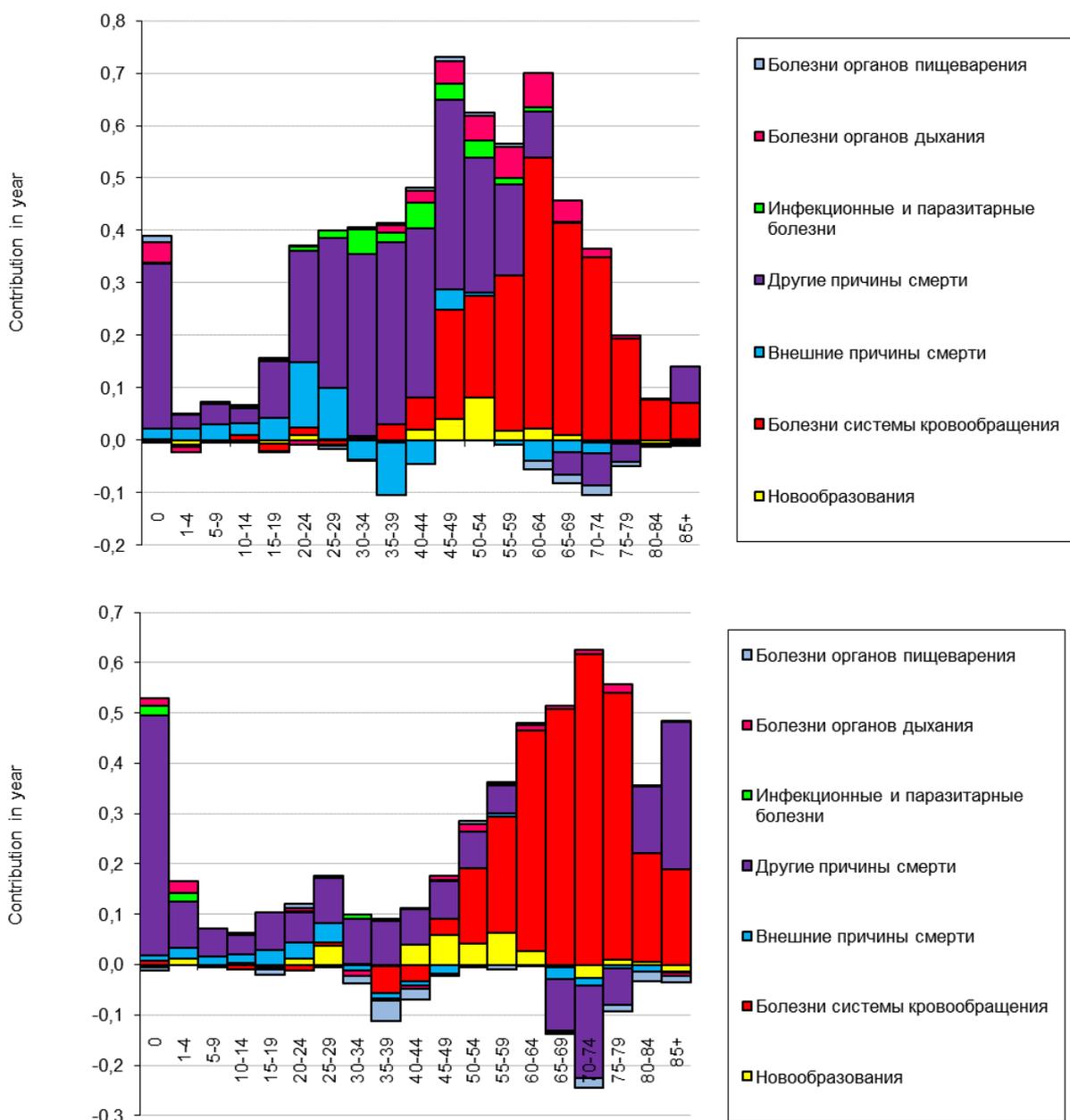


Рис. 4. Распределение вклада снижения смертности от основных классов причин смерти в рост продолжительности жизни мужчин (верхний рисунок)/ женщин (нижний рисунок) в Воронежской области по возрастам.

Анализ общего вклада возрастных групп на увеличение продолжительности жизни в период с 2003 по 2015 гг. в Воронежской области показал, что снижение смертности произошло во всех возрастных группах населения (см. таблицу 19). Прирост ОПЖ среди мужского населения лишь на 35% больше по сравнению с женским населением, и основными возрастными периодами прироста являлись возраст от 20 до 69 лет, тогда как среди

женского населения эти возраста смещены в более старшие – 50+. Также в данном регионе отмечено значительное снижение младенческой смертности, как среди мальчиков, так и девочек. Данный показатель является целевым для системы здравоохранения и значительно зависит от качества работы системы здравоохранения в регионе.

Таблица 19. Вклад в изменение продолжительности жизни по возрастам в Воронежской области за 2003-2015 гг. (слева мужское население, справа женское население)

Возраст	Вклад в изменение продолжительности жизни с 2003 по 2015 гг., в годах	Вклад в общий прирост ОПЖ
0	0,38	6,3%
1-4	0,03	0,5%
5-9	0,07	1,2%
10-14	0,06	1,0%
15-19	0,13	2,2%
20-24	0,36	6,0%
25-29	0,38	6,3%
30-34	0,37	6,0%
35-39	0,31	5,1%
40-44	0,44	7,2%
45-49	0,73	12,0%
50-54	0,62	10,3%
55-59	0,56	9,2%
60-64	0,65	10,6%
65-69	0,38	6,2%
70-74	0,26	4,3%
75-79	0,15	2,5%
80-84	0,07	1,1%
85+	0,13	2,1%
<b>Вклад по всем возрастам</b>	<b>6,08</b>	<b>100,0%</b>

Возраст	Вклад в изменение продолжительности жизни с 2003 по 2015 гг., в годах	Вклад в общий прирост ОПЖ
0	0,517	11,5%
1-4	0,167	3,7%
5-9	0,067	1,5%
10-14	0,055	1,2%
15-19	0,083	1,8%
20-24	0,109	2,4%
25-29	0,171	3,8%
30-34	0,063	1,4%
35-39	-0,023	-0,5%
40-44	0,044	1,0%
45-49	0,153	3,4%
50-54	0,281	6,2%
55-59	0,352	7,8%
60-64	0,477	10,6%
65-69	0,377	8,4%
70-74	0,380	8,4%
75-79	0,463	10,3%
80-84	0,320	7,1%
85+	0,446	9,9%
<b>Вклад по всем возрастам</b>	<b>4,501</b>	<b>100,0%</b>

Как было отмечено, снижение смертности было зафиксировано практически от всех причин смерти, кроме причин смерти связанных с болезнями органов пищеварения, хотя и рост смертности от данных нозологий не является значительным. Как было отмечено выше основным драйвером снижения смертности стали Другие причины смерти, обеспечив рост продолжительности жизни в мужском населении около 47%, при этом внешние причины обеспечили лишь 2% роста. Болезни системы кровообращения определили 40% роста и сокращение смертности от указанной группы наблюдалось

практически во всех возрастах. Среди женского населения основным драйвером сокращения смертности являлись болезни системы кровообращения, которые определили 63% прироста продолжительности жизни в период с 2003 по 2015 гг. Как и среди мужского населения снижение значимое снижение смертности отмечено от других причин смерти (31% всего прироста ОПЖ). Выявленная особенность может являться технической ошибкой при заполнении регионом статистических форм Росстата, но в этом случае возникает масса вопросов относительно причин столь значительного снижения смертности от внешних (Других) причин смерти в предельно старших возрастах 80+ среди женского населения.

Особенность смертности в Липецкой области (также Ивановская, Курская, Московская, Тамбовская, Волгоградская, Кировская, Нижегородская, Тульская области, Краснодарский, Приморский, Хабаровский край, Республики Мордовия и Татарстан, Бурятия) на фоне общероссийской картины заключается в возрастном распределении причин вклада снижения причин смерти в прирост продолжительность жизни с 2003 по 2015 годы. При этом наблюдаются значительные различия в форме распределений по возрастам среди мужского и женских населений. Если среди мужского населения особенностью является рост смертности от Других причин смерти начиная с возраста 25 и старше, то среди женского населения особенностью является несколько моментов: снижение смертности в большей части происходило от болезней системы кровообращения в том числе и в предельно старших возрастах; более половины прироста продолжительности жизни за счет снижения смертности от болезней системы кровообращения был нивелирован ростом смертности от Других причин смерти (рис. 5).

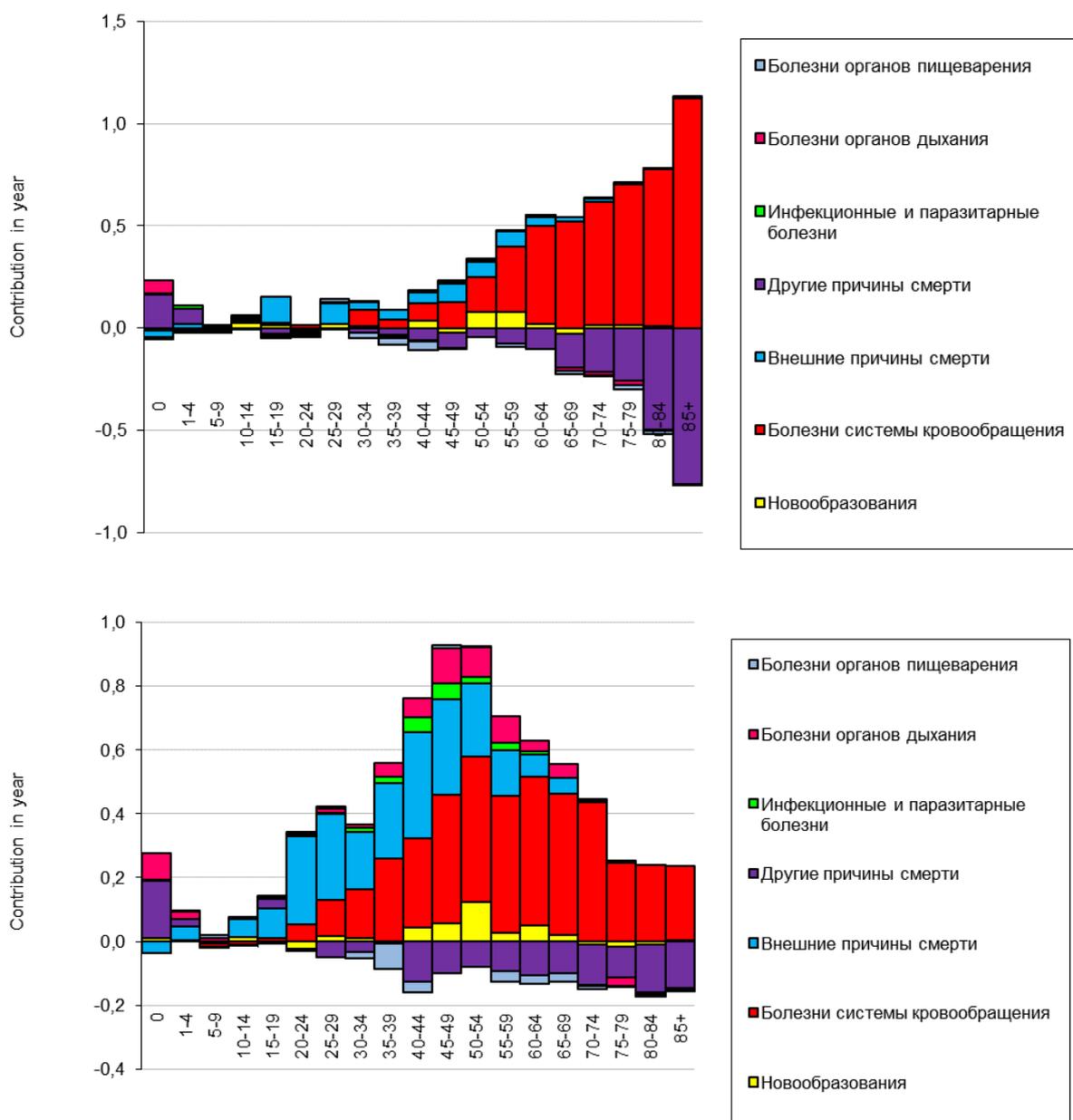


Рис. 5. Распределение вклада снижения смертности от основных классов причин смерти в рост продолжительности жизни мужчин (верхний рисунок)/ женщин (нижний рисунок в Липецкой области по возрастам.

Анализ общего вклада возрастных групп на увеличение продолжительность жизни в период с 2003 по 2015гг. в Липецкой области показал, что снижение смертности произошло практически во всех возрастных группах населения. Прирост ОПЖ среди мужского населения на 74% больше по сравнению с женским населением, что является показателем значительного сокращения разницы продолжительности жизни между мужским населением и женским. Основными возрастными группами прироста являлись возраста от

20 до 69 лет, тогда как среди женского населения эти возраста смещены в более старшие – 50+. Также в данном регионе отмечен рост смертности в возрастах от 5 до 9 лет, а также от 20 до 24 лет среди женского населения (таблица 20).

Таблица 20. Вклад в изменение продолжительности жизни по возрастам в Липецкой области за 2003-2015 гг. (слева мужское население, справа женское население)

Возраст	Вклад в изменение продолжительности жизни с 2003 по 2015 гг., в годах	Вклад в общий прирост ОПЖ
0	0,24	3,8%
1-4	0,10	1,5%
5-9	0,00	0,0%
10-14	0,06	1,0%
15-19	0,14	2,1%
20-24	0,31	4,9%
25-29	0,37	5,9%
30-34	0,31	4,9%
35-39	0,47	7,4%
40-44	0,60	9,5%
45-49	0,83	13,0%
50-54	0,84	13,3%
55-59	0,58	9,1%
60-64	0,49	7,8%
65-69	0,43	6,8%
70-74	0,29	4,7%
75-79	0,11	1,7%
80-84	0,07	1,0%
85+	0,08	1,3%
<b>Вклад по всем возрастам</b>	<b>6,33</b>	<b>100,0%</b>

Возраст	Вклад в изменение продолжительности жизни с 2003 по 2015 гг., в годах	Вклад в общий прирост ОПЖ
0	0,18	4,8%
1-4	0,08	2,3%
5-9	-0,01	-0,4%
10-14	0,06	1,6%
15-19	0,10	2,7%
20-24	-0,03	-0,9%
25-29	0,13	3,5%
30-34	0,07	2,0%
35-39	0,01	0,1%
40-44	0,08	2,1%
45-49	0,12	3,4%
50-54	0,29	8,0%
55-59	0,39	10,6%
60-64	0,45	12,3%
65-69	0,32	8,7%
70-74	0,40	11,0%
75-79	0,40	11,1%
80-84	0,26	7,1%
85+	0,36	9,8%
<b>Вклад по всем возрастам</b>	<b>3,64</b>	<b>100,0%</b>

Липецкая область имеет среднее значение по уровню продолжительности жизни в России и занимает 40 место среди регионов по продолжительности жизни. В данном регионе наблюдается широкий диапазон возрастов со значительным снижением смертности: среди мужского населения этот диапазон возрастов от 35 до 64 лет, что может свидетельствовать о том, что основные причины смерти, являющимися драйверами роста продолжительности жизни – внешние причины смерти и болезни системы кровообращения, аналогичная ситуация и среди женского населения, аналогичная ситуация и среди женского населения.

Наибольшее снижение смертности в мужском населении Липецкой области с 2003 по 2015гг., произошли в возрастах 45-54. Снижение смертности наблюдалось злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, внешних причин смерти, инфекционных и паразитарных причин смерти, а также от болезней органов дыхания и пищеварения. Незначительный отрицательный вклад наблюдался только от «других» других причин смерти. При этом снижение смертности в женском населении распространялось с возрастом, но лишь до возрастов старше 80 лет. Именно в этих возрастах снижение смертности от болезней системы кровообращения практически нивелировалось ростом смертности от «других» причин смерти (см. рис. 5). Также, в целом не произошло никакого снижения смертности от инфекционных и паразитарных болезней среди женского населения, так как успехи в этом направлении отмеченные в одних возрастах полностью нивелировались в других. Аналогичный паттерн распределений доли в увеличение продолжительности жизни отмечен в следующих регионах: Ивановская, Курская, Московская, Тамбовская, Волгоградская, Кировская, Нижегородская, Тульская области, Краснодарский, Приморский, Хабаровский край, Республики Мордовия и Татарстан, Бурятия.

Отличительной особенностью смертности в Орловской области на фоне общероссийской картины является возрастное распределение причин вклада снижения причин смерти в прирост продолжительность жизни с 2003 по 2015 годы среди мужского населения. Возрастное распределение снижения смертности от различных классов причин смерти является типичным практически для всех регионов России кроме регионов Северного Кавказа и некоторых других регионов. При анализе было выявлено, что если для расчета показателей для России в целом пренебречь регионами Северного Кавказа из-за низкого качества статистических данных, то основным драйвером снижения смертности среди мужского населения окажется не болезни системы кровообращения, а внешние причины смерти. Именно на примере Орловской области можно выявить те особенности, которые встречаются в большинстве регионов России, в частности в Костромской, Рязанской, Ярославской, Астраханской, Калининградской областях т.е. в тех регионах, в которых снижение смертности среди мужского населения было выше от внешних причин смерти чем от болезней системы кровообращения (полный список регионов был представлен выше). Среди женского населения иная ситуация, но драйвер снижения смертности уже не внешние причины смерти, а как раз болезни системы кровообращения. Раскладка по причинам смерти, также является типичной для многих

регионов – снижение смертности от всех причин смерти кроме болезней органов пищеварения (рис. 6).

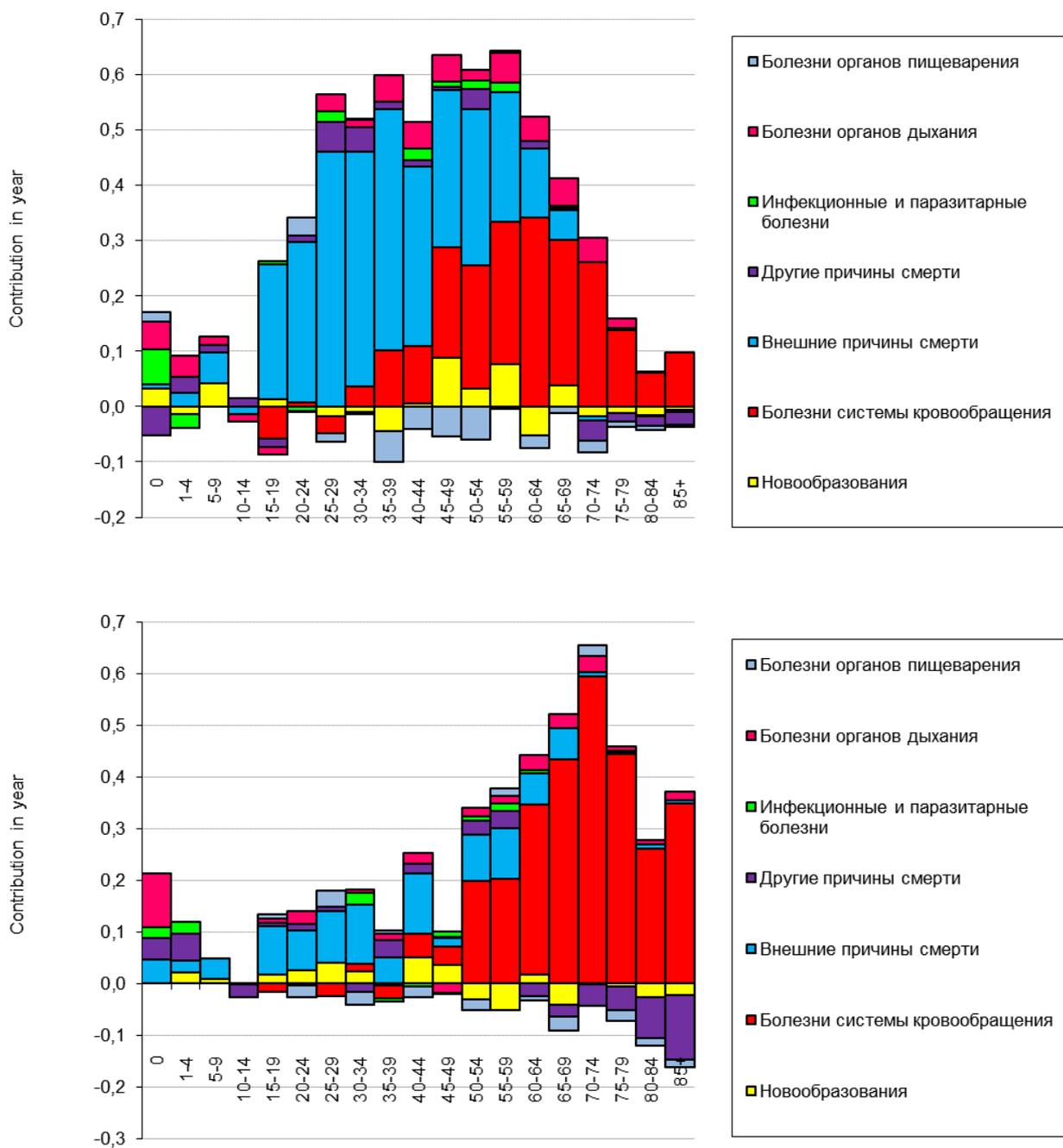


Рис. 6. Распределение вклада снижения смертности от основных классов причин смерти в рост продолжительности жизни мужчин (верхний рисунок)/ женщин (нижний рисунок) в Орловской области по возрастам.

В данном регионе отмечается также неравномерность распределения смертности от Новообразований – в молодых возрастах снижение смертности от данного класса причин

смерти, тогда как в более старших возрастах смертность увеличилась, хотя суммарный вклад не является значимым.

Анализ общего вклада возрастных групп на увеличение продолжительность жизни в период с 2003 по 2015 гг. в Орловской области показал, что снижение смертности произошло практически во всех возрастных группах населения. Прирост ОПЖ среди мужского населения на 43% больше по сравнению с женским населением, что является показателем незначительного сокращения разницы продолжительности жизни между мужским населением и женским. Основными возрастами прироста являлись возраста от 20 до 69 лет, тогда как среди женского населения эти возраста смещены в более старшие – 50+. Также в данном регионе отмечен рост смертности в возрастах от 10 до 14 лет как в мужском, так и в женском населениях (таблица 21).

Таблица 21. Вклад в изменение продолжительности жизни по возрастам в Орловской области за 2003-2015 гг. (слева мужское население, справа женское население)

Возраст	Вклад в изменение продолжительности жизни с 2003 по 2015 гг., в годах	Вклад в общий прирост ОПЖ	Возраст	Вклад в изменение продолжительности жизни с 2003 по 2015 гг., в годах	Вклад в общий прирост ОПЖ
0	0,12	2,0%	0	0,21	5,2%
1-4	0,05	0,9%	1-4	0,12	2,9%
5-9	0,13	2,2%	5-9	0,05	1,2%
10-14	-0,01	-0,2%	10-14	-0,03	-0,6%
15-19	0,18	3,1%	15-19	0,12	2,9%
20-24	0,33	5,7%	20-24	0,11	2,8%
25-29	0,50	8,6%	25-29	0,16	3,8%
30-34	0,50	8,7%	30-34	0,14	3,5%
35-39	0,50	8,6%	35-39	0,07	1,6%
40-44	0,47	8,1%	40-44	0,22	5,5%
45-49	0,58	10,0%	45-49	0,08	2,0%
50-54	0,55	9,4%	50-54	0,29	7,1%
55-59	0,64	11,0%	55-59	0,32	8,0%
60-64	0,45	7,7%	60-64	0,41	10,1%
65-69	0,40	6,9%	65-69	0,43	10,6%
70-74	0,22	3,8%	70-74	0,61	15,0%
75-79	0,12	2,1%	75-79	0,38	9,5%
80-84	0,02	0,3%	80-84	0,16	3,9%
85+	0,06	1,1%	85+	0,21	5,1%
<b>Вклад по всем возрастам</b>	<b>5,81</b>	<b>100,0%</b>	<b>Вклад по всем возрастам</b>	<b>4,07</b>	<b>100,0%</b>

Увеличение продолжительности жизни в Орловской области в период с 2003 по 2015 гг. составило 5,4 года, до 70,3 лет среди женского населения показатель достиг значения в

76,8 лет, среди мужского населения 64 года. Не смотря на рост продолжительности жизни, ее разница между мужским и женским населением остается одной из самых больших в России. Основные приоритеты снижения смертности в данном регионе среди мужского населения – снижение смертности от внешних причин смерти, а также от болезней системы кровообращения. 55% прироста продолжительности жизни среди мужского населения обеспечило снижение смертности от внешних причин смерти, и 34% от болезней системы кровообращения. В данном регионе наблюдается широкий диапазон возрастов со значительным снижением смертности: среди мужского населения этот диапазон возрастов от 35 до 64 лет, что может свидетельствовать о том, что основные причины смерти, являющимися драйверами роста продолжительности жизни – внешние причины смерти и болезни системы кровообращения, аналогичная ситуация и среди женского населения, аналогичная ситуация и среди женского населения. Рост смертности среди мужского населения зафиксирован от болезней органов пищеварения. Тогда как среди женского населения рост смертности дополнился также Другими причинами смерти (рис. 6).

Наибольший кластер регионов, отличительная особенность которого состоит в повышенном уровне смертности в молодых возрастах от 15 до 30 лет от инфекционных и паразитарных болезней, и является не типичным для многих зарубежных стран и для некоторых регионов России. Именно рост смертности от указанных причин смерти в диапазоне возрастов от 15 до 40 лет выделяет крупный кластер регионов, состоящий из 21 региона: Иркутской, Ленинградской, Мурманской областей, Санкт-Петербурга, Республики Башкирия, Республики Татарстан, Пермского края, Оренбургской, Самарской, Саратовской, Ульяновской, Курганской, Свердловской, Тюменской областях, ХМАО, Челябинской, Кемеровской, Новосибирской областях, и Алтайского и Красноярского краев. Более детальный первичный анализ выявил увеличение смертности от причин смерти ассоциированных с ВИЧ в указанных регионах особенно среди женского населения. Особенно настораживает увеличенный возрастной диапазон – от 20 до 49 лет среди женского населения, в котором рост смертности от инфекционных и паразитарных болезней практически нивелировал успехи по снижению смертности от внешних причин смерти. Данная тенденция может иметь неблагоприятные последствия и иметь негативные долгосрочные тенденции.

В качестве примера возрастного распределения причин смерти представлена Иркутская область (рис.7).

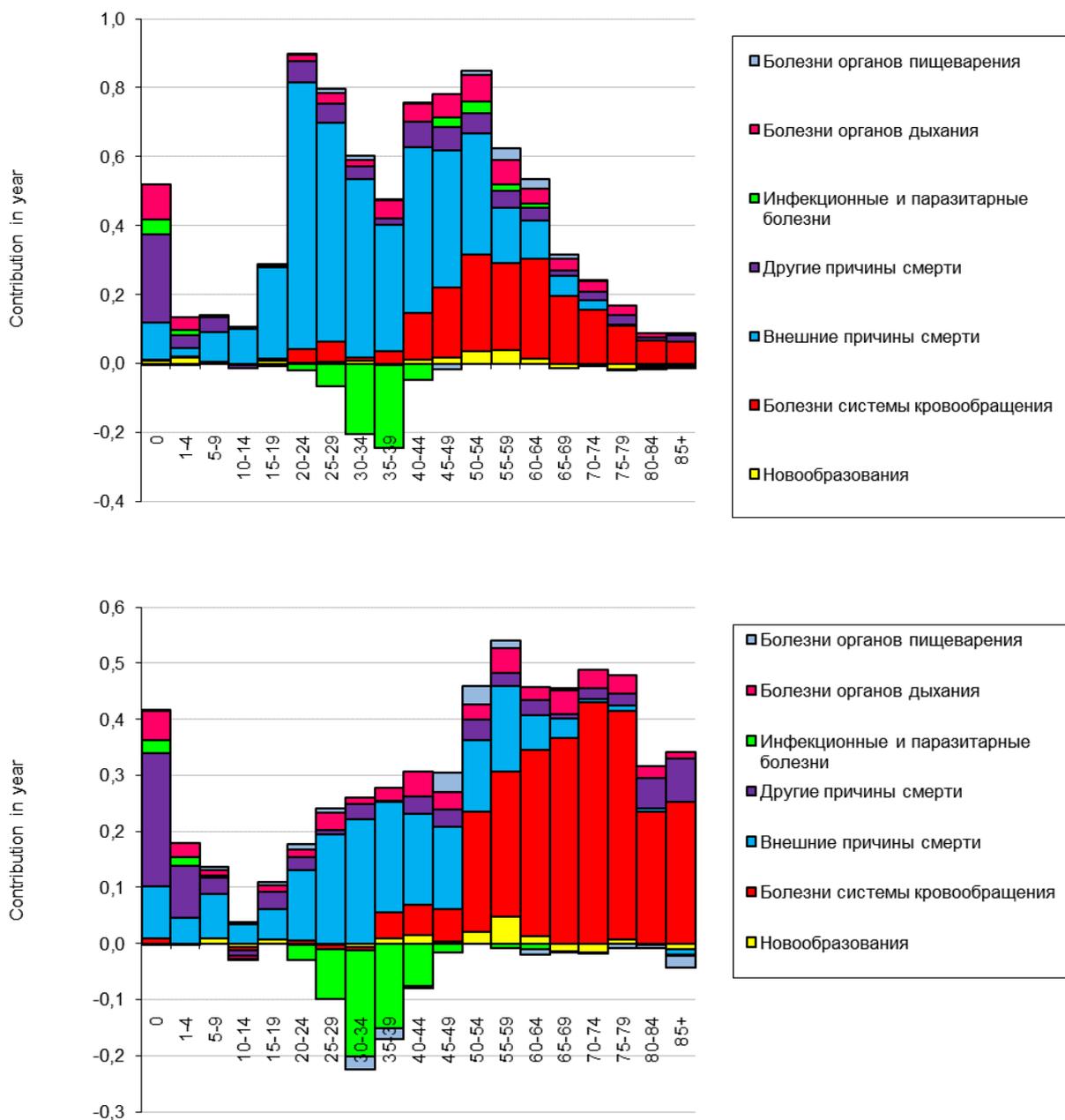


Рис. 7. Распределение вклада снижения смертности от основных классов причин смерти в рост продолжительности жизни мужчин (верхний рисунок)/ женщин (нижний рисунок) в Иркутской области по возрастам.

Анализ общего вклада возрастных групп на увеличение продолжительность жизни в период с 2003 по 2015гг. в Иркутской области показал, что снижение смертности произошло во всех возрастных группах населения. Прирост ОПЖ среди мужского населения на 24% больше по сравнению с женским населением, что является показателем незначительного сокращения разницы продолжительности жизни между мужским населением и женским. Основной причиной данного феномена является замедление темпов прирост продолжительности жизни среди женского населения и в то же время интенсивный прирост среди мужского населения. Основными возрастными группами прироста продолжительности жизни среди мужского населения являлись возраста от 20 до 65 лет, тогда как среди женского населения эти возраста смещены в более старшие – 50+ (таблица 22.).

Таблица 22. Вклад в изменение продолжительности жизни по возрастам в Иркутской области за 2003-2015 гг. (слева мужское население, справа женское население)

Возраст	Вклад в изменение продолжительности жизни с 2003 по 2015 гг., в годах	Вклад в общий прирост ОПЖ	Возраст	Вклад в изменение продолжительности жизни с 2003 по 2015 гг., в годах	Вклад в общий прирост ОПЖ
0	0,52	6,7%	0	0,41	7,9%
1-4	0,13	1,7%	1-4	0,18	3,4%
5-9	0,14	1,8%	5-9	0,14	2,6%
10-14	0,09	1,2%	10-14	0,01	0,2%
15-19	0,28	3,6%	15-19	0,11	2,1%
20-24	0,88	11,4%	20-24	0,15	2,8%
25-29	0,73	9,5%	25-29	0,14	2,7%
30-34	0,40	5,1%	30-34	0,04	0,7%
35-39	0,23	3,0%	35-39	0,11	2,1%
40-44	0,71	9,2%	40-44	0,23	4,3%
45-49	0,76	9,9%	45-49	0,29	5,5%
50-54	0,85	11,0%	50-54	0,46	8,8%
55-59	0,62	8,1%	55-59	0,53	10,2%
60-64	0,53	6,9%	60-64	0,44	8,4%
65-69	0,30	3,9%	65-69	0,44	8,4%
70-74	0,23	3,0%	70-74	0,47	9,1%
75-79	0,15	1,9%	75-79	0,47	9,0%
80-84	0,07	1,0%	80-84	0,31	5,9%
85+	0,07	0,9%	85+	0,30	5,7%
<b>Вклад по всем возрастам</b>	<b>7,71</b>	<b>100,0%</b>	<b>Вклад по всем возрастам</b>	<b>5,21</b>	<b>100,0%</b>

Увеличение продолжительности жизни в Иркутской области в период с 2003 по 2015 гг. составило 7 лет, до 67 лет, при этом данный показатель остается одним из самых низких в России. Значительный рост продолжительности жизни в Иркутской области может быть

сокращен в будущем по мере роста смертности от ВИЧ ассоциированных причин смерти. Основные приоритеты снижения смертности в данном регионе среди населения – снижение смертности от внешних причин смерти, от болезней системы кровообращения, а также от инфекционных и паразитарных болезней смерти при условии сохранения того уровня смертности, который достигнут от других классов причин смерти. 58% прироста продолжительности жизни среди мужского населения обеспечило снижение смертности от внешних причин смерти, и 35% от болезней системы кровообращения, при этом рост от инфекционных причин смерти выразился в 0,5 года в сокращении продолжительности жизни. Среди женского населения наибольшее сокращение смертности наблюдалось от болезней системы кровообращения, что обеспечило 51% рост продолжительности жизни за анализируемый период и 33% от внешних причин (рис. 7). При этом рост смертности от инфекционных болезней сократил продолжительность жизни на 0,53 года, при значительно широком возрастном диапазоне в котором наблюдался указанный рост смертности по сравнению с возрастным диапазоном среди мужского населения

Особого внимания заслуживает анализ смертности в городе Москве, не только по той причине, что Москва является крупнейшим регионом, а также по тому, что демографические процессы, происходящие в крупных регионах в большей степени идентичны. В целом, в Москве наблюдалась позитивная динамика снижения смертности с 2003 года. Продолжительность жизни в Москве выросла на 7 лет и достигла уровня 77 лет, среди мужского населения прирост составил 8 лет и приблизившись к отметке 73 лет. Среди женского населения прирост составил 5,4 года и продолжительность жизни выросла до 80 лет (рис. 8). Не смотря на высокие уровни продолжительности жизни необходимо также учитывать, что в Москве существует проблема переоценки численности населения в предельно старших возрастах от 80 лет. Тем самым завышение численности спровоцировало такой высокий уровень продолжительности жизни. Однако, наиболее важным является не уровень продолжительности жизни сам по себе (так как этот уровень будет скорректирован для всех регионов и большей или меньшей степени после переписи населения 2020 года), как динамика роста продолжительности жизни. При анализе возрастной структуры причин смерти среди мужского населения обращает на себя внимание отрицательный вклад в рост продолжительности смерти в возрастах от 25 до 45 лет. Этот отрицательный вклад сформирован за счет Других причин смерти, но при этом возрастной профиль является идентичным с тем, который наблюдался в Иркутской области, в которой в указанных возрастах отрицательный вклад был сформирован за счет

роста смертности от ВИЧ ассоциированных причин смерти, хотя в данных возрастах также значительное влияние оказывает динамика смертности от внешних причин смерти.

Среди женского населения наибольшее снижение смертности наблюдалось от болезней системы кровообращения, внешних причин смерти и от новообразований.

Анализ общего вклада возрастных групп на увеличение продолжительность жизни в период с 2003 по 2015 гг. в Москве показал, что снижение смертности произошло во всех возрастных группах населения. Прирост ОПЖ среди мужского населения на 48% больше по сравнению с женским населением, что является показателем незначительного сокращения разницы продолжительности жизни между мужским населением и женским (таблица 23). Основными возрастными группами прироста продолжительности жизни среди мужского населения являлись возраста от 40 лет и старше (следует напомнить, что значительное сокращение смертности в других регионах зафиксирована в более молодых возрастах), аналогичные возрастные особенности смертности и среди женского населения, что говорит о минимизации гендерных различий в смертности населения города Москвы.

Таблица 23. Вклад в изменение продолжительности жизни по возрастам в Москве за 2003-2015 гг. (слева мужское население, справа женское население)

Возраст	Вклад в изменение продолжительности жизни с 2003 по 2015 гг., в годах	Вклад в общий прирост ОПЖ
0	0,45	5,7%
1-4	0,08	1,0%
5-9	0,05	0,6%
10-14	0,04	0,5%
15-19	0,05	0,6%
20-24	0,19	2,4%
25-29	0,33	4,1%
30-34	0,13	1,7%
35-39	0,13	1,6%
40-44	0,45	5,7%
45-49	0,74	9,3%
50-54	0,90	11,3%
55-59	0,71	9,0%
60-64	0,73	9,2%
65-69	0,63	8,0%
70-74	0,76	9,6%
75-79	0,57	7,2%
80-84	0,41	5,1%
85+	0,59	7,4%
<b>Вклад по всем возрастам</b>	<b>7,94</b>	<b>100,0%</b>

Возраст	Вклад в изменение продолжительности жизни с 2003 по 2015 гг., в годах	Вклад в общий прирост ОПЖ
0	0,39	7,4%
1-4	0,05	1,0%
5-9	0,01	0,3%
10-14	0,00	0,0%
15-19	0,05	1,0%
20-24	0,10	1,8%
25-29	0,11	2,0%
30-34	0,05	0,9%
35-39	0,10	1,8%
40-44	0,18	3,4%
45-49	0,25	4,7%
50-54	0,40	7,5%
55-59	0,35	6,6%
60-64	0,40	7,5%
65-69	0,37	6,9%
70-74	0,68	12,8%
75-79	0,70	13,0%
80-84	0,48	9,0%
85+	0,67	12,5%
<b>Вклад по всем возрастам</b>	<b>5,34</b>	<b>100,0%</b>

Стоит отметить, что как в Москве, так и в других наиболее крупных регионах, наибольший вклад в рост продолжительности жизни среди мужского населения обусловлен снижением смертности от болезней системы кровообращения 55% прироста ОПЖ и лишь 23% роста ОПЖ обусловлено снижением смертности от внешних причин смерти, одним из факторов данной особенности может являться более старая структура населения крупных городов. Также значительное снижение смертности отмечено от болезней органов дыхания среди мужского населения, при этом снижение среди женского населения незначительное от болезней органов дыхания, при более значительном снижении смертности от новообразований, вклад от которых составил 0,5 года в прирост продолжительности жизни в Москве среди женского населения.

Анализ региональной дифференциации смертности выявил несколько значимых особенностей: основным драйвером в снижении смертности в России (без учета регионов Северного Кавказа из-за неудовлетворительного качества статистических данных) от внешних причин смерти, особенно в мужском населении. В целом, снижение смертности в мужском населении обеспечило больший прирост продолжительности жизни, чем снижение смертности среди женского населения. В большинстве регионов России снижение смертности от внешних причин смерти определило более 50% роста продолжительности жизни. Т.е. по сути рост продолжительности жизни в этих регионах не был связан с развитием системы здравоохранения и ее возможностями. В то же время, дальнейшее такое же интенсивное снижение смертности от внешних причин будет затруднительным и для роста продолжительности жизни в таких регионах придется нацелено снижать смертность от болезней системы кровообращения, которые в свою очередь очень чувствительны к качеству выстроенной системы здравоохранения в регионе. При условии, если за прошедшее время не было выстроено в таких регионах инфраструктуры в системе здравоохранения для снижения смертности от болезней системы кровообращения, дальнейшие задачи по снижению смертности могут быть не достижимы по причине сокращения финансирования здравоохранения и замораживания многих проектов в данной сфере.

В тех же немногочисленных регионах, в которых основным драйвером роста продолжительности жизни в период с 2003 по 2015 гг., являлось снижение смертности от болезней системы кровообращения, может наблюдаться дальнейшее снижение смертности в том числе и с более интенсивной динамикой, но в то же время будет увеличиваться риск роста смертности от новообразований, так как данный класс причин

смерти является лидером в старших возрастах после класса болезней системы кровообращения. Снижение же смертности от новообразований потребует также не меньших усилий со стороны системы здравоохранения.

Также стоит отметить, что в ходе исследования были выявлены значительные изъяны в системе учета демографических событий на примере Москвы в 2015 году. Тем самым может нарастать необходимость пересмотра статистического учета демографических событий согласно современным реалиям, по той причине, что многие демографические показатели являются целевыми, а также индикаторами эффективности работы для руководства регионов, которое будет находить возможности решать проблемы роста демографических показателей с помощью различных подходов к методам учета демографических событий.

#### **4. Выявление и оценка детерминант региональных различий рождаемости**

Детерминанты региональных различий рождаемости могут быть рассмотрены на разных уровнях применительно к различным показателям, характеризующим уровень рождаемости.

В предыдущей главе были рассмотрены различия в динамике возрастных и суммарного (в т.ч. дифференцированно по очередности рождения) коэффициентов рождаемости, которые могут быть детерминированы различиями в результативности реализуемых мер демографической политики.

В этой главе будет оценено влияние возрастных коэффициентов рождаемости и половозрастной структуры населения на региональные различия в общих коэффициентах рождаемости в 2015 г. и на различия в изменении величины этого показателя в субъектах Российской Федерации в 2015 г. по сравнению с 2010 г. Кроме того, будет рассмотрено влияние некоторых факторов на региональные различия в возрастной модели рождаемости, прежде всего, в среднем возрасте матери при рождении первого ребенка.

Наибольшая величина общего коэффициента рождаемости в 2015 г. была в республиках Тыве (23,8 родившихся на 1000 населения) и Чеченской (23,1). Более, чем на 10% выше, чем в целом по России (13,3), величина этого показателя была также в республиках Алтай (18,8), Ингушетии (18,5), Дагестане (18,3), Бурятии (17,3), Саха (Якутии) (17,1), Татарстане (14,7), Хакасии (14,7), Кабардино-Балкарской (14,6) и Удмуртской (14,6), в Забайкальском (15,4) и Пермском (14,7) краях, в Тюменской (16,6) и

Иркутской (15,3) областях, в Ненецком (17,6), Ханты-Мансийском – Югре (16,6) и Ямало-Ненецком (16,6) автономных округах (см. таблицу 24).

С другой стороны, на 10% и более в меньшую сторону от общероссийского уровня в 2015 г. отличалась величина общего коэффициента рождаемости в Смоленской (10,5 родившихся на 1000 населения), Тульской (10,5), Пензенской (10,7), Псковской (11,0), Воронежской (11,1), Рязанской (11,1), Орловской (11,2), Тверской (11,2), Брянской (11,4), Ивановской (11,4), Белгородской (11,5), Волгоградской (11,5), Саратовской (11,5), Владимирской (11,6), Курской (11,6), Липецкой (11,6), Магаданской (11,9), Мурманской (11,9), Новгородской (11,9) и Ульяновской (11,9) областях, в Москве (11,6). Наименьшая величина общего коэффициента рождаемости имеет место в Ленинградской (9,0 родившихся на 1000 населения) и Тамбовской (9,8) областях, в Республике Мордовия (9,7). Обратим внимание, что 14 из 24 этих регионов относятся к Центральному федеральному округу (т.е. почти все регионы ЦФО (14 из 18)).

Таблица 24. Вклад различий в возрастных коэффициентах рождаемости и в половозрастной структуре населения в отличие величины общего коэффициента рождаемости в субъектах Российской Федерации от общероссийского уровня в 2015 г.

Субъекты Российской Федерации	Общий коэффициент рождаемости (число родившихся на 1000 населения) в 2015 г.	Индексы			Вклад (%) в различие общих коэффициентов рождаемости	
		общих коэффициентов рождаемости	различий в возрастных коэффициентах рождаемости	различий в половозрастной структуре населения	различий в возрастных коэффициентах рождаемости	различий в половозрастной структуре населения
Белгородская область	11,5	0,866	0,883	0,981	86,1	13,9
Брянская область	11,4	0,864	0,925	0,934	53,1	46,9
Владимирская область	11,6	0,873	0,969	0,901	23,9	76,1
Воронежская область	11,1	0,835	0,861	0,970	82,2	17,8
Ивановская область	11,4	0,859	0,923	0,930	52,4	47,6
Калужская область	12,6	0,955	1,030	0,927	–	–
Костромская область	12,5	0,942	1,070	0,881	–	–
Курская область	11,6	0,879	0,957	0,919	34,7	65,3
Липецкая область	11,6	0,876	0,949	0,923	39,7	60,3
Московская область	12,9	0,977	0,954	1,024	–	–
Орловская область	11,2	0,848	0,908	0,933	58,0	42,0
Рязанская область	11,1	0,836	0,928	0,902	42,5	57,5
Смоленская область	10,5	0,795	0,855	0,930	67,3	32,7
Тамбовская область	9,8	0,738	0,841	0,877	56,5	43,5
Тверская область	11,2	0,849	0,950	0,894	32,1	67,9
Тульская область	10,5	0,790	0,873	0,905	57,1	42,9
Ярославская область	12,2	0,917	0,967	0,949	39,1	60,9
г. Москва	11,6	0,875	0,822	1,065	–	–
Республика Карелия	12,2	0,924	1,007	0,918	–	–
Республика Коми	13,7	1,034	1,118	0,925	–	–
Архангельская область	12,4	0,939	1,042	0,901	–	–

Субъекты Российской Федерации	Общий коэффициент рождаемости (число родившихся на 1000 населения) в 2015 г.	Индексы			Вклад (%) в различие общих коэффициентов рождаемости	
		общих коэффициентов рождаемости	различий в возрастных коэффициентах рождаемости	различий в половозрастной структуре населения	различий в возрастных коэффициентах рождаемости	различий в половозрастной структуре населения
Ненецкий автономный округ	17,6	1,328	1,400	0,948	–	–
Вологодская область	13,7	1,038	1,094	0,948	–	–
Калининградская область	12,7	0,962	0,989	0,972	28,3	71,7
Ленинградская область	9,0	0,682	0,720	0,948	84,3	15,7
Мурманская область	11,9	0,900	0,964	0,934	35,2	64,8
Новгородская область	11,9	0,898	0,997	0,901	3,1	96,9
Псковская область	11,0	0,832	0,982	0,847	10,8	89,2
г. Санкт-Петербург	13,6	1,024	0,939	1,090	–	–
Республика Адыгея	12,5	0,943	0,956	0,986	76,3	23,7
Республика Калмыкия	13,6	1,025	1,026	0,999	–	–
Краснодарский край	13,5	1,020	1,033	0,988	–	–
Астраханская область	14,5	1,098	1,090	1,007	92,9	7,1
Волгоградская область	11,5	0,868	0,890	0,976	81,9	18,1
Ростовская область	12,1	0,910	0,910	0,999	99,3	0,7
Республика Дагестан	18,3	1,379	1,088	1,267	24,9	75,1
Республика Ингушетия	18,5	1,394	1,109	1,256	29,9	70,1
Кабардино-Балкарская Республика	14,6	1,104	0,969	1,139	–	–
Карачаево-Черкесская Республика	12,3	0,931	0,859	1,084	–	–
Республика Северная Осетия-Алания	14,6	1,099	1,099	1,000	99,5	0,5
Чеченская Республика	23,1	1,740	1,511	1,151	77,2	22,8
Ставропольский край	13,0	0,980	0,915	1,071	–	–
Республика Башкортостан	14,5	1,094	1,104	0,991	–	–
Республика Марий Эл	14,4	1,090	1,125	0,969	–	–
Республика Мордовия	9,7	0,735	0,771	0,952	82,8	17,2
Республика Татарстан	14,7	1,106	1,075	1,029	72,4	27,6
Удмуртская Республика	14,6	1,101	1,133	0,972	–	–
Чувашская Республика	13,8	1,045	1,088	0,960	–	–
Пермский край	14,7	1,110	1,131	0,981	–	–
Кировская область	12,7	0,960	1,090	0,880	–	–
Нижегородская область	12,3	0,927	0,952	0,974	64,8	35,2
Оренбургская область	14,2	1,072	1,126	0,952	–	–
Пензенская область	10,7	0,808	0,873	0,926	63,1	36,9
Самарская область	12,8	0,964	0,972	0,992	77,4	22,6
Саратовская область	11,5	0,868	0,894	0,971	78,4	21,6
Ульяновская область	11,9	0,899	0,971	0,925	27,7	72,3
Курганская область	13,4	1,008	1,184	0,851	–	–
Свердловская область	14,4	1,085	1,099	0,987	–	–
Тюменская область	16,6	1,256	1,160	1,083	65,7	34,3
Ханты-Мансийский автономный округ-Югра	16,6	1,252	1,154	1,084	64,7	35,3
Ямало-Ненецкий автономный округ	16,6	1,253	1,193	1,050	79,4	20,6
Челябинская область	13,9	1,048	1,037	1,010	78,5	21,5
Республика Алтай	18,8	1,416	1,445	0,980	–	–

Субъекты Российской Федерации	Общий коэффициент рождаемости (число родившихся на 1000 населения) в 2015 г.	Индексы			Вклад (%) в различие общих коэффициентов рождаемости	
		общих коэффициентов рождаемости	различий в возрастных коэффициентах рождаемости	различий в половозрастной структуре населения	различий в возрастных коэффициентах рождаемости	различий в половозрастной структуре населения
Республика Бурятия	17,3	1,304	1,255	1,039	86,9	13,1
Республика Тыва	23,8	1,796	1,764	1,018	97,6	2,4
Республика Хакасия	14,7	1,108	1,096	1,010	90,4	9,6
Алтайский край	12,6	0,953	1,004	0,949	–	–
Забайкальский край	15,4	1,164	1,110	1,049	68,9	31,1
Красноярский край	14,4	1,086	1,033	1,051	39,7	60,3
Иркутская область	15,3	1,153	1,115	1,034	76,9	23,1
Кемеровская область	12,5	0,941	0,951	0,989	82,1	17,9
Новосибирская область	14,2	1,071	1,031	1,038	44,6	55,4
Омская область	14,4	1,088	1,074	1,013	85,4	14,6
Томская область	13,6	1,026	0,916	1,120	–	–
Республика Саха (Якутия)	17,1	1,287	1,208	1,065	76,2	23,8
Камчатский край	13,1	0,989	1,038	0,952	–	–
Приморский край	12,7	0,957	0,985	0,972	35,5	64,5
Хабаровский край	14,3	1,078	1,043	1,033	56,5	43,5
Амурская область	13,3	1,007	1,010	0,998	–	–
Магаданская область	11,9	0,897	0,924	0,971	72,8	27,2
Сахалинская область	13,7	1,032	1,111	0,929	–	–
Еврейская автономная область	14,0	1,057	1,080	0,979	–	–
Чукотский автономный округ	13,6	1,027	1,103	0,931	–	–
Республика Крым	12,6	0,954	1,015	0,940	–	–
г. Севастополь	13,5	1,018	1,041	0,978	–	–

Среди субъектов Российской Федерации, в которых в 2015 г. общий коэффициент рождаемости был выше, чем в целом по стране, почти везде это было, в той или иной степени, обусловлено более высокими возрастными коэффициентами рождаемости. Исключение составили только Кабардино-Балкарская Республика, Томская область и Санкт-Петербург, где возрастные коэффициенты рождаемости были ниже общероссийского уровня, но половозрастная структура населения была более благоприятной с точки зрения позитивного влияния на общие показатели рождаемости.

Напротив, в 19 субъектах Российской Федерации, в которых в 2015 г. величина общего коэффициента рождаемости была больше общероссийской, половозрастная структура населения менее благоприятна, чем в целом по стране, с точки зрения влияния на общие показатели рождаемости. В них общий коэффициент рождаемости был выше, чем в целом по России, только за счет более высоких возрастных коэффициентов рождаемости, а половозрастная структура населения сокращала этот перевес. В число

этих субъектов Российской Федерации входят республики Алтай, Башкортостан, Калмыкия, Коми, Марий Эл, Удмуртская и Чувашская, Краснодарский и Пермский края, Амурская, Вологодская, Курганская, Оренбургская, Сахалинская и Свердловская области, Еврейская автономная область, Ненецкий и Чукотский автономные округа, г. Севастополь.

Особо выделим здесь Курганскую область, где индекс возрастных коэффициентов рождаемости (1,184) показывает их перевес над общероссийским уровнем на 18,4%, а индекс различий в половозрастной структуре населения существенно меньше 1 и составляет 0,851 (меньшая величина этого индекса была только в Псковской области). В результате общий коэффициент рождаемости в Курганской области был в 2015 г. выше, чем в целом по Российской Федерации, только на 0,8%.

В 20 субъектах Российской Федерации относительно большая, чем в целом по стране, величина общего коэффициента рождаемости в 2015 г. обеспечивалась за счет как более высоких возрастных коэффициентов рождаемости, так и более благоприятной половозрастной структуры населения.

В Астраханской области, в республиках Северной Осетии–Алании, Тыве и Хакасии более высокая, чем в целом по Российской Федерации, величина общего коэффициента рождаемости в 2015 г. определялась, в основном, более высокими возрастными коэффициентами рождаемости, а положительный вклад более благоприятной половозрастной структуры населения не превышал 10%. При этом величина общего коэффициента рождаемости в Астраханской области, в республиках Северной Осетии–Алании и Хакасии была почти одинаковой (соответственно, 14,5, 14,6 и 14,7 на 1000 населения), а в Республике Тыва – значительно большей (23,8 на 1000 населения).

Свыше 85% составлял вклад более высоких возрастных коэффициентов рождаемости (и, соответственно, менее 15% – вклад более благоприятной половозрастной структуры населения) в перевес величины общего коэффициента рождаемости в 2015 г., по сравнению с общероссийским уровнем, в Республике Бурятия и в Омской области.

Примерно на 3/4 более высокая величина общего коэффициента рождаемости обеспечивалась более высокими возрастными коэффициентами рождаемости и на 1/4 более благоприятной половозрастной структурой населения в республиках Саха (Якутии), Татарстане и Чеченской, в Иркутской и Челябинской областях, в Ямало-Ненецком автономном округе.

Несколько меньшим, но тоже основным вклад более высоких возрастных коэффициентов рождаемости в обеспечение более высокой, чем в целом по Российской Федерации,

Федерации, величины общего коэффициента рождаемости в 2015 г. был в Забайкальском (68,9%) и Хабаровском (56,5%) краях, в Тюменской области (65,7%), в Ханты-Мансийском автономном округе–Югре (64,7%).

В 4 субъектах Российской Федерации более высокая, чем в целом по стране, величина общего коэффициента рождаемости в 2015 г., наоборот, была в большей мере обусловлена не более высокими возрастными коэффициентами рождаемости, а более благоприятной половозрастной структурой населения. В республиках Дагестан и Ингушетия влияние структурного фактора значительно преобладает по сравнению с влиянием более высоких возрастных коэффициентов рождаемости (соответственно, 75,1% против 24,9% и 70,1% против 29,9%). В Красноярском крае вклад более благоприятной половозрастной структуры населения в более высокую, чем в целом по России, величину общего коэффициента рождаемости в 2015 г. составил 60,3%, а вклад более высоких возрастных коэффициентов рождаемости, соответственно, 39,7%. В Новосибирской области вклад двух факторов составил, соответственно, 55,4% и 44,6%.

Теперь о субъектах Российской Федерации, в которых в 2015 г. величина общего коэффициента рождаемости была ниже общероссийского уровня.

В 4 регионах (Карачаево-Черкесская Республика, Ставропольский край, Московская область, г. Москва) более низкая, чем в целом по России, величина общего коэффициента рождаемости полностью обусловлена более низкими возрастными коэффициентами рождаемости, а половозрастная структура населения является более благоприятной, чем общероссийская, с точки зрения общих показателей рождаемости.

В 8 субъектах Российской Федерации (республики Карелия и Крым, Алтайский и Камчатский края, Архангельская, Калужская, Кировская и Костромская области), наоборот, более низкая, чем в целом по стране, величина общего коэффициента рождаемости в 2015 г. связана только с менее благоприятной половозрастной структурой населения, тогда как возрастные коэффициенты рождаемости в них выше общероссийских.

В Республике Карелия и в Алтайском крае индекс влияния различий в возрастных коэффициентах рождаемости на отличие величины общего коэффициента рождаемости в регионе от общероссийского уровня совсем невелик (соответственно, 1,007 и 1,004) и негативное влияние менее благоприятной половозрастной структуры населения существенно перекрывает небольшое позитивное влияние более высоких возрастных коэффициентов рождаемости. С другой стороны, в Костромской области позитивное влияние индекса различий в возрастных коэффициентах рождаемости (1,070) весьма

существенно, но оно значительно перекрывается неблагоприятной половозрастной структурой населения (индекс структурных различий составляет 0,881). Значительный отрицательный вклад в соотношение региональной и общероссийской величины общего коэффициента рождаемости вносит половозрастная структура населения и в Архангельской области (индекс структурных различий – 0,901).

В остальных 31 субъекте Российской Федерации, в которых величина общего коэффициента рождаемости в 2015 г. была ниже, чем в целом по стране, это было обусловлено действием обоих факторов – как более низкими возрастными коэффициентами рождаемости, так и менее благоприятной половозрастной структурой населения.

В большинстве этих регионов преобладающим является действие первого фактора – более низких, по сравнению с общероссийским уровнем, возрастных коэффициентов рождаемости. Исключение составляют Владимирская, Калининградская, Курская, Липецкая, Мурманская, Новгородская, Псковская, Рязанская, Тверская, Ульяновская и Ярославская области, Приморский край.

В Новгородской области менее благоприятная половозрастная структура населения почти полностью (на 96,9%) обусловила более низкую, чем в целом по стране, величину общего коэффициента рождаемости в 2015 г. Отличия же возрастных коэффициентов рождаемости в этом субъекте Российской Федерации от среднероссийского уровня были совсем небольшими. Индекс составил 0,997.

В Псковской области вклад менее благоприятной половозрастной структуры населения в обеспечение более низкой, чем в целом по стране, величины общего коэффициента рождаемости также был доминирующим (89,2%), хотя и немного меньшим, чем в соседней Новгородской области. При этом индекс различий в половозрастной структуре населения с точки зрения влияния на различия в величине общего коэффициента рождаемости между Псковской областью и Россией в целом в 2015 г. составлял 0,847 и был самым низким среди всех субъектов Российской Федерации. Это свидетельствует об относительно очень неблагоприятной половозрастной структуре населения Псковской области с точки зрения ее влияния на общие показатели рождаемости.

Во Владимирской области более низкая, чем в целом по России, величина общего коэффициента рождаемости в 2015 г. на 76,1% определяется менее благоприятной половозрастной структурой населения и на 23,9% более низкими возрастными коэффициентами рождаемости. В Ульяновской области вклад этих факторов составляет,

соответственно, 72,3% и 27,7%, в Калининградской области – 71,7% и 28,3%, в Тверской области – 67,9% и 32,1%, в Курской области – 65,3% и 34,7%, в Мурманской области – 64,8% и 35,2%, в Приморском крае – 64,5% и 35,5%, в Ярославской области – 60,9% и 39,1%, в Липецкой области – 60,3% и 39,7%, в Рязанской области – 57,5% и 42,5%.

Среди субъектов Российской Федерации, в которых в 2015 г. более низкая, чем в целом по стране, величина общего коэффициента рождаемости определялась, в большей степени, более низкими возрастными коэффициентами рождаемости, а менее благоприятная половозрастная структура населения дополняла это негативное влияние, доминирующим влиянием первого фактора было в 14 регионах. В Ростовской области вклад индекса различий в возрастных коэффициентах рождаемости в соотношение величин общих коэффициентов рождаемости в регионе и в целом по России составил 99,3%, в Белгородской области – 86,1%, в Ленинградской области – 84,3%, в Республике Мордовия – 82,8%, в Воронежской области – 82,2%, в Кемеровской области – 82,1%, в Волгоградской области – 81,9%, в Саратовской области – 78,4%, в Самарской области – 77,4%, в Республике Адыгея – 76,3%, в Магаданской области – 72,8%, в Смоленской области – 67,3%, в Нижегородской области – 64,8%, в Пензенской области – 63,1%.

Еще в 5 субъектах Российской Федерации более низкие возрастные коэффициенты рождаемости и менее благоприятная половозрастная структура населения вносили примерно одинаковый вклад в более низкую величину общего коэффициента рождаемости в регионе по сравнению с общероссийским уровнем. Но влияние первого фактора – более низких возрастных коэффициентов рождаемости – все же было несколько большим. В Орловской области вклад этого фактора составил 58,0%, в Тульской области – 57,1%, в Тамбовской области – 56,5%, в Брянской области – 53,1%, в Ивановской области – 52,4%.

Использование индексного метода позволяет оценить и проанализировать детерминацию не только различий в величине общего коэффициента рождаемости (через отличия региональных величин этого показателя от общероссийского) на статическом уровне (выше это было сделано применительно к 2015 г.), но и различий в динамике величины этого показателя. Такой анализ был проведен при сравнении величины общего коэффициента рождаемости в 2015 и 2010 гг.

В большинстве субъектов Российской Федерации величина общего коэффициента рождаемости в 2015 г. была выше, чем в 2010 г. Исключение составили только республики Адыгея, Алтай, Ингушетия, Калмыкия, Карачаево-Черкесская, Тыва, Хакасия и Чеченская, Алтайский и Забайкальский края, Амурская, Архангельская и Кемеровская

области, Чукотский автономный округ. В Кабардино-Балкарской Республике величина этого показателя в 2010 и 2015 гг. была одинаковой.

Наибольшее снижение величины общего коэффициента рождаемости в 2015 г. по сравнению с 2010 г. произошло в республиках Чеченской (на 22,9%), Калмыкии (на 11,4%) и Тыве (на 11,4%). Особо следует выделить Республику Ингушетию, где это снижение составило 31,7% (т.е. почти на треть).

С другой стороны, на 1% и менее величина этого показателя сократилась в Архангельской области и в Алтайском крае.

В республиках Ингушетии, Калмыкии и Чеченской снижение величины общего коэффициента рождаемости в 2015 г. по сравнению с 2010 г. было обусловлено влиянием как сокращения возрастных коэффициентов рождаемости, так и неблагоприятных изменений в половозрастной структуре населения.

В республиках Ингушетия и Чеченской подавляющим был вклад первого фактора, т.е. снижения возрастных коэффициентов рождаемости. Этот вклад в уменьшение величины общего коэффициента рождаемости в 2015 г. по сравнению с 2010 г. в Республике Ингушетии составил 91,9%, а в Чеченской Республике – 80,7%. На долю влияния неблагоприятных изменений в половозрастной структуре населения пришлось, соответственно, 8,1% и 19,3%.

В Республике Калмыкия, наоборот, основным фактором, детерминировавшим сокращение величины общего коэффициента рождаемости в 2015 г. по сравнению с 2010 г., были неблагоприятные сдвиги в половозрастной структуре населения. Они обеспечили 68,6% от общего размера сокращения величины общего коэффициента рождаемости, тогда как на долю снижения возрастных коэффициентов рождаемости приходится 31,4%.

В остальных 11 субъектах Российской Федерации, в которых величина общего коэффициента рождаемости в 2015 г. была меньше, чем в 2010 г., ее снижение было обусловлено ухудшением половозрастной структуры населения.

В большей степени это проявилось в республиках Тыва (индекс структурных сдвигов составил 0,791), Алтай (0,847) и Хакасия (0,889), в Архангельской (0,873), Амурской (0,894) и Кемеровской (0,894) областях, в Забайкальском (0,892) и Алтайском (0,897) краях, в Чукотском автономном округе (0,835). При этом в Архангельской области индекс изменения возрастных коэффициентов рождаемости был относительно большим (1,135). Немногом ниже величина этого показателя в Республике Тыва (1,121)

## **5. Разработка предложений по совершенствованию демографической политики с учетом региональных особенностей демографической динамики**

В последнее десятилетие демографическая ситуация в Российской Федерации существенно улучшилась. На это повлиял целый ряд факторов, в том числе демографическая политика. В то же время перспективы изменения демографических процессов, во многом, будут зависеть от того, как демографическая политика будет развиваться и совершенствоваться.

Необходимость совершенствования демографической политики в отношении рождаемости обусловлена среди прочих причин также и тем, что показатели рождаемости (по крайней мере, по вторым и третьим рождениям) приближаются к уровню, близкому к установкам детности, которые имеют место у большинства семей. Если результат проводимых с 2007 г. дополнительных мер государственной помощи семьям с детьми в заметной степени, по крайней мере в первые годы после начала их осуществления, был связан с реализацией отложенных рождений и эти меры выглядели весьма значимыми на фоне воспринимавшихся неблагоприятными для рождения детей социально-экономических условий жизнедеятельности значительной части семей в предшествующие годы, то сейчас, во-первых, условия жизни в большей степени, чем в 1990-е и начале 2000-х гг., позволяют семьям реализовать свою потребность в детях, а, во-вторых, возник, видимо, эффект привыкания к реализуемым мерам, проявляющийся в восприятии их не как дополнительной помощи, которой раньше не было, а как сложившаяся составная часть формирования уровня жизни семьи.

Поэтому возникает задача разработки и реализации новых дополнительных мер, значимых, на фоне уже реализующихся мер демографической политики, не только с экономической, материальной точки зрения, но и с социально-психологической, т.е. для формирования восприятия семьями, как еще более благоприятного, общественного климата в отношении семей с детьми. При этом необходимы как существенные меры, направленные на оказание помощи семьям в удовлетворении имеющейся потребности в детях, так и меры, направленные на повышение потребности в детях, установок детности семей.

В то же время продолжается и, вероятно, будет продолжаться сдвиг возрастной модели рождаемости к более старшим возрастам. В результате, как было показано выше, происходят тайминговые сдвиги, прежде всего, в отношении откладывания рождения первого ребенка, обуславливающие очень низкую (в большинстве субъектов Российской

Федерации) величину суммарного коэффициента рождаемости по первым рождением. В этой связи актуализируются, по крайней мере, два направления демографической политики: создание молодым семьям условий, помогающих не откладывать рождения первого ребенка, и сохранение репродуктивного здоровья, позволяющего семьям реализовать свои репродуктивные намерения в более старшем возрасте.

В отношении обеспечения благоприятной перспективной динамики снижения смертности и повышения продолжительности жизни, сохранения и улучшения здоровья населения необходимость совершенствования демографической политики, в значительной степени, обусловлена тем, что, как показывает опыт других стран, по мере достижения более низкого уровня смертности и более высокой продолжительности жизни дальнейшее улучшение этих показателей представляет собой более сложную задачу и требует относительно больших усилий.

Кроме того, как в отношении рождаемости, так и в отношении смертности необходимо иметь в виду, что, во-первых, в ближайшие 10-15 лет будут происходить неблагоприятные сдвиги в половозрастной структуре населения (сокращение контингентов женщин репродуктивного возраста и увеличение численности и доли населения в возрасте 70 лет и старше), которые будут способствовать сокращению числа родившихся, росту числа умерших и, следовательно, сокращению численности населения. В этой связи, с одной стороны, реализация демографической политики должна будет способствовать уменьшению очередной «демографической ямы» с целью смягчения ее неблагоприятного влияния на будущую демографическую динамику, а, с другой, в связи с сокращением численности населения может усилиться геополитический аспект в восприятии демографической политики, который имел место в начале 2000-х гг.

Во-вторых, ограничение финансовых ресурсов для проведения демографической политики, по крайней мере в ближайшие годы, актуализирует задачу повышения результативности тех мер демографической политики, которые должны будут реализовываться.

Основными направлениями развития демографической политики, направленной на повышение рождаемости являются:

1. Содействие семьям в улучшении жилищных условий.
2. Улучшение возможностей сочетания профессиональной деятельности и воспитания детей.
3. Усиление адресности помощи семьям с детьми, понимаемой как обеспечение возможности получения каждой семьей именно тех видов помощи, поддержки, в которых

она нуждается, с учетом конкретных жизненных обстоятельств, а не как ограничение числа пользователей той или иной мерой, обусловленное ограниченными финансовыми возможностями.

4. Повышение значимости семейного образа жизни, улучшение психологического климата в семьях.

С целью содействия семьям в улучшении жилищных условий предлагаются следующие меры:

1. Предоставление семьям, имеющим ипотечный кредит, беспроцентной возвратной ссуды для осуществления выплат по кредиту в период нахождения женщины в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет.

Необходимость выплат по ипотечному кредиту существенно влияет на бюджет молодых семей. Особенно существенно это влияние в тот период, когда женщина находится в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет. Понимая это, часть молодых семей откладывает рождение ребенка до окончания выплат по ипотечному кредиту (такое откладывание может происходить и при помощи аборта, что, в свою очередь, создает риск возникновения бесплодия). Реализация данной меры поможет избежать этого.

2. Дифференцированное по размеру предоставление социальной выплаты для погашения кредита участникам программ обеспечения жильем молодых семей при рождении ребенка в зависимости от его очередности.

Эта мера позволит усилить демографическую результативность программ обеспечения жильем молодых семей.

3. Помощь малообеспеченным молодым семьям в оплате найма (поднайма) жилья и др.

Жилищные условия являются важнейшим фактором, влияющим на репродуктивное поведение молодых семей. Они, во многом, определяют условия реализации имеющейся потребности в детях. Данная мера будет способствовать расширению для молодых семей возможности выбора для себя способа улучшения жилищных условий.

Кроме того, необходимо расширять масштабы и совершенствовать программы ипотечного кредитования молодых семей. Целесообразно, видимо, было бы продумать возможности снижения процента за кредит и суммы ежемесячных (или с другой периодичностью) выплат за кредит. Возможно, за счет удлинения срока, на который выдается кредит, для тех семей, кому такой вариант был бы более предпочтителен.

Важно, чтобы при приобретении собственного жилья новым фактором откладывания рождения ребенка не стали непомерно высокие выплаты по кредиту.

С целью улучшения возможностей сочетания профессиональной деятельности и воспитания детей предлагаются следующие меры:

1. Предоставление организациям, предприятиям и учреждениям всех форм собственности налоговых льгот при условии, что все работающие у них женщины, имеющие детей в возрасте до 7 лет, чей характер труда допускает использование дистанционной занятости, имеют возможность такой занятости.

Реализация этой меры будет способствовать более широкому развитию дистанционных форм занятости для родителей, занимающихся дома воспитанием и уходом за маленькими детьми,

2. Предоставление организациям, предприятиям и учреждениям всех форм собственности налоговых льгот при условии, что в коллективных договорах у них предусмотрены существенные дополнительные льготы и/или иные формы поддержки для женщин, имеющих несовершеннолетних детей, по сравнению с теми, которые установлены трудовым законодательством, и отсутствуют жалобы (справедливость которых подтверждена проверкой) на несоблюдение коллективного договора.

Реализация данной меры может стимулировать работодателей к созданию более благоприятных условий для совмещения женщинами профессиональной деятельности и воспитания детей. При этом важно неукоснительное соблюдение коллективного договора, что может быть, отчасти, обеспечено условием прекращения действия налоговых льгот в случае подтвержденного его несоблюдения.

3. Строительство мобильных модульных дошкольных образовательных учреждений.

Мобильные модульные дошкольные образовательные учреждения могут быть построены быстро (в пределах 2-3 месяцев) и сравнительно недорого. В связи с этим их строительство целесообразно, прежде всего, в микрорайонах массовых новостроек. Кроме того, их использование позволяет быстро реагировать на изменение потребности в услугах дошкольных образовательных учреждений как за счет возможности оперативного расширения или сокращения их площади, так и за счет быстрой сборки-разборки.

4. Предоставление женщинам с двумя и более несовершеннолетними детьми возможности бесплатного обучения и получения лицензии для работы воспитателем с группой приходящих детей дошкольного возраста у себя дома, если позволяют жилищные и санитарно-гигиенические условия.

Данная мера, с одной стороны, может рассматриваться как содействие в трудоустройстве женщин с двумя и более несовершеннолетними детьми, а, с другой, профессиональная деятельность этих женщин по воспитанию детей будет способствовать расширению возможностей выбора форм дошкольного воспитания.

5. Предоставление гарантированной возможности бесплатного посещения групп продленного дня (включая помощь воспитателей в подготовке домашних заданий) для учащихся всех классов государственных бюджетных общеобразовательных учреждений.

Эта мера направлена на улучшение возможностей для родителей совмещать профессиональную деятельность и воспитание детей. Кроме того, ее реализация может облегчить родителям принятие решения о рождении еще одного ребенка, так как у них (прежде всего, у матери) будет гарантированно больше времени для занятия с ним при наличии в семье старшего ребенка школьного возраста. Акцент в этой мере следует сделать на гарантированную бесплатность. С одной стороны, оплата этой услуги для части семей может оказаться существенной статьей расходов, что, наряду с другими удорожаниями, обусловит принятие решения об отказе от рождения еще одного ребенка или, по крайней мере, его откладывании. С другой стороны, отказ части родителей (особенно, в так называемых, неблагополучных семьях) от оплаты посещения группы продленного дня обострит проблему безнадзорности и асоциального поведения детей и подростков.

Федеральный закон №273-ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации» (статья 66, пункт 8) предусматривает возможность оплаты посещения группы продленного дня, но не устанавливает ее обязательности: «... за осуществление присмотра и ухода за детьми в группах продленного дня учредитель образовательной организации вправе устанавливать плату, взимаемую с родителей (законных представителей) несовершеннолетних обучающихся, и ее размер, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом. Учредитель вправе снизить размер указанной платы или не взимать ее с отдельных категорий родителей (законных представителей) несовершеннолетних обучающихся в определяемых им случаях и порядке».<sup>6</sup>

Говоря об адресности демографической политики, социальной помощи семьям, следует отметить, что представляется целесообразным рассматривать ее не как сейчас, в

---

<sup>6</sup>

См. [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_140174/66c0c83e63d34f08870033f56479217971de7ae4/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/66c0c83e63d34f08870033f56479217971de7ae4/)

основном, принято – ограничение числа получателей по признаку дохода, а более широко, как возможность получения семьей именно тех видов социальной поддержки, в которых она нуждается, с учетом конкретных жизненных обстоятельств.

С целью усиления адресности помощи семьям с детьми предлагаются следующие меры:

1. Расширение практики использования социального контракта при оказании помощи семьям с детьми.

Оказание помощи на основе социального контракта стимулирует семьи к большей активности в решении проблем своей семьи, создавая, по сути дела, определенные стартовые условия для этого.

2. Ежемесячная выплата в размере половины прожиточного минимума ребенка на второго ребенка в возрасте от 1,5 до 3 лет на основе социального контракта.

Выплата федерального пособия по уходу за ребенком осуществляется до достижения им возраста 1,5 лет. До 3 лет в большинстве регионов осуществляется ежемесячная выплата на третьего или последующего ребенка. Представляется целесообразным распространить ее и на вторых детей, от числа которых, во многом, зависит как уровень и динамика показателей рождаемости, так и потенциальное число третьих рождений. В отличие от третьих рождений ее можно осуществлять на период от 1,5 до 3 лет. Осуществление этой выплаты на основе социального контракта (такая практика, как было показано выше, существует в Республике Саха (Якутия)) окажет семье не только материальную помощь, но и будет способствовать формированию поведения семьи, ориентированного на самообеспечение, поможет одновременно обеспечить адресную социальную помощь семье в решении тех или иных проблем.

3. Создание баз данных по семьям, обращающимся в учреждения социальной помощи семье и детям (на основе анкетирования на добровольной основе), включающих информацию о потребности в тех или видах помощи (бытовая, психологическая, правовая, материальная, помощь в изменении жилищных условий, в трудоустройстве и др.), а также о репродуктивных намерениях.

4. Введение практики ежеквартальных отчетов участковых специалистов по социальной работе с семьей учреждений социальной помощи семье и детям об оказанной помощи семьям, исходя из их потребностей, отраженных в базе данных, и причинах не оказания помощи.

5. Социальное сопровождение женщин, отказавшихся от производства аборта, в дородовой и послеродовой период.

Доабортное психологическое консультирование и социальное сопровождение в дородовой и послеродовой период в случае отказа от намерения сделать аборт будут содействовать предотвращению абортов, созданию более благоприятных условий для рождения и воспитания ребенка и тем самым, позитивно влиять как на возможное принятие женщиной решения о рождении в будущем еще детей, так и на принятие решения женщинами из социального окружения, находящимися или рискующими оказаться в аналогичной жизненной ситуации. Кроме того, предотвращение аборта будет способствовать сохранению репродуктивного здоровья, возможности рождения еще детей в будущем.

6. Рассмотреть вопрос о том, чтобы при определении перечня возможных направлений использования материнского (семейного) капитала написать, что он может быть использован на любые цели, кроме ...». Понятно, что это будет иметь смысл только в том случае, если перечень после «кроме» будет не очень большим. Здесь важно отметить еще и определенный психологический эффект от словосочетания «может быть использован на любые цели».

С целью повышения значимости семейного образа жизни, улучшения психологического климата в семьях предлагаются следующие меры:

1. Проведение ежегодных сочинений на темы «Моя семья» и «Моя родословная» в государственных бюджетных общеобразовательных учреждений.

2. Организация курсов повышения квалификации по семейной проблематике для классных руководителей общеобразовательных учреждений.

3. Проведение в общеобразовательных учреждениях классных часов и других классных мероприятий (в т.ч. в игровой форме) по семейной проблематике.

Проведение таких сочинений поможет возбудить у детей и подростков интерес ко всему, что связано с семьей, семейной жизнью. Изучение своей родословной может способствовать восприятию детьми и подростками себя как связующего звена в поколениях своей семьи, формированию ответственности за продолжение своего рода, а, следовательно, ориентации на рождение детей. Для мальчиков, юношей особенно важно акцентировать внимание на продолжение фамилии, а, следовательно, на том, что обязательно должен быть сын. Эти же цели преследует проведение классных часов и других классных мероприятий.

4. Разработка, тиражирование и бесплатная раздача в общеобразовательных учреждениях на DVD-дисках компьютерных игр, имитирующих семейную жизнь.

Компьютерные игры очень популярны среди детей и подростков. Этим целесообразно воспользоваться, предложив им компьютерную игру, которая будет способствовать формированию у них навыков семейной жизни, восприятию различных семейных ролей. Это может, с одной стороны, способствовать формированию у них ориентаций на благополучную семью с несколькими детьми, осознанию ее значимости, а, с другой, такая компьютерная игра может показывать (и, следовательно, обучать) возможности предупреждения и разрешения конфликтных ситуаций в семье.

5. Создание информационно-пропагандистского сайта, посвященного вопросам семьи и ориентированного, прежде всего, на подростков.

На сайте, в основном, должны быть рассказы деятелей культуры, шоу-бизнеса, спортсменов и др., являющихся кумирами подростков и молодежи, у которых благополучная семейная жизнь, стабильный брак, несколько детей (обязательно должны быть отсылки на статьи Википедии, содержащие подтверждение продолжительных брачных отношений и наличия двоих или более детей). Стремление подражать своим кумирам может распространяться и на сферу семейной жизни. Кроме того, их позиция в отношении семьи, их обращения к своим фанатам, вероятно, будут иметь на значительную часть подростков большее влияние, чем другие каналы информации и воспитания (включая, родителей, учителей и др.). На сайте должна быть предусмотрена возможность обратной связи, т.е. обращения пользователей к своим кумирам. Кроме того, на сайте также следует разместить информацию по вопросам семейной жизни, которая может быть интересна и полезна подросткам и молодежи.

Название сайта должно заинтересовывать пользователей Интернет заглянуть на него, но не раскрывать его содержания до поры, пока они не зайдут на сайт. Сайт должен быть хорошо «раскручен», на него должны быть отсылки с сайтов, пользующихся популярностью у подростков, а также из социальных сетей.

6. Проведение добровольного психологического тестирования будущих супругов при подаче заявления на регистрацию брака с целью выявления зон потенциально возможных конфликтов и оказание консультативной помощи в отношении поведения в тех или иных конфликтных ситуациях.

Мера направлена на предотвращение разводов. Молодые супруги зачастую не способны решать возникающие конфликты. Психолог на основе тестирования сможет выявить потенциально возможные причины конфликтов и проконсультирует вступающих в брак, как себя вести в ситуации возможного конфликта по той или иной причине с учетом особенностей личности супругов.

7. Организация в театрах и концертных залах игровых комнат и/или малых сцен со спектаклями для детей, где они могли бы проводить время, пока их родители находятся на вечернем спектакле, концерте.

Кроме того, как уже отмечалось, в условиях постарения возрастной модели рождаемости необходима реализация мер, направленных на поддержание репродуктивного здоровья, обеспечивающего возможность рождения желаемого числа детей.

Меры, направленные на предотвращение откладывания рождений, торможение сдвигов возрастной модели рождаемости к более старшим возрастам, в наибольшей степени актуальны для тех регионов, где очень низок суммарный коэффициент рождаемости по первым рождениям: Москва, Белгородская, Брянская, Волгоградская, Воронежская, Ленинградская, Орловская, Пензенская, Ростовская, Саратовская, Тамбовская, Томская и Тульская области, Ставропольский край, республики Адыгея, Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкарская, Калмыкия, Карачаево-Черкесская, Мордовия и Северная Осетия–Алания.

В этих регионах имеет место существенный резерв повышения рождаемости, связанный с возможным прекращением тайминговых (календарных) сдвигов в связи с откладыванием рождения первого ребенка. Этим регионам следует обратить особое внимание на профилактику этого откладывания, дополнительную поддержку семей, которые хотели бы родить первенца на более ранних стадиях брака, в более молодом возрасте. Например, более высокое единовременное пособие при рождении ребенка может выплачиваться в том случае, если родители не достигли 30 лет (такая мера существует, например, в Москве). В отношении первого ребенка в качестве возрастного рубежа здесь может использоваться, например, 25 лет.

Откладывание рождения первого ребенка может быть связано с трудностями совмещения учебы и ухода за маленьким ребенком, его содержания в студенческих семьях. Представляется, что для этих семей было бы целесообразно разрабатывать дополнительные меры поддержки, учитывающие специфику этих семей.

В тех регионах, в которых давно получила массовое распространение не просто малодетность, а однодетность (прежде всего, регионы Центрального и Северо-Западного федеральных округов, а также некоторые области Поволжья), надо обратить особое внимание на поддержку именно вторых рождений, предусмотрев в различного рода пособиях и льготах семьям с детьми существенную дифференциацию, ставящую семьи с двумя детьми в заметно более выгодные условия, чем однодетные. Возможна, например,

различная продолжительности отпуска по уходу за первым и вторым ребенком, дифференциация его оплаты для всех, а не только для не работающих или имеющих сравнительно низкую заработную плату, как это имеет место сейчас. Для семей, участвующих в программе «Доступное жилье для молодых семей» или ей подобных, предусмотреть (видимо, за счет бюджета) заметное погашение части кредита при рождении второго ребенка.

Следует усилить пропагандистскую составляющую демографической политики. Например, в отношении того, что отцу обязательно нужен сын, чтобы продолжалась фамилия.

Более существенное повышение суммарного коэффициента рождаемости по вторым и последующим рождением в 2007-2015 гг. может свидетельствовать о том, что население этих регионов в большей степени (по сравнению с жителями других субъектов Федерации) готово реагировать своим репродуктивным поведением на подобные меры в будущем. Это означает, что там, целесообразно развивать те меры, которые уже реализуются или вводить им подобные. Скорее всего, в них семьи будут относительно более активно реагировать на различные формы материальной поддержки. К числу таких регионов, прежде всего, относятся республики Алтай, Бурятия, Ингушетия, Кабардино-Балкарская, Коми, Марий Эл, Саха (Якутия), Тыва, Удмуртская, Хакасия и Чувашская, Пермский край, Кировская, Курганская и Омская области.

Меньшее повышение суммарного коэффициента рождаемости по вторым и последующим детям в 2007-2015 гг. в большинстве других регионов, наоборот, может свидетельствовать о явной недостаточности подобных мер для того, чтобы более или менее заметно повысился уровень рождаемости. Представляется целесообразным сосредоточить в них относительно большие усилия (не забывая и о других мерах демографической политики в отношении рождаемости) на содействии молодым семьям, семьям с несколькими детьми в решении жилищных вопросов.

В тех субъектах Российской Федерации, где относительно высока смертность, связанная с хроническими заболеваниями и от новообразований, целесообразно, повысить результативность проводящейся диспансеризации взрослого населения. С этой целью предлагается:

1. Ежегодная диспансеризация взрослого населения, установление 10%-ной скидки на лекарства (по установленному списку (не только связанных с выявленными заболеваниями)) для прошедших такую диспансеризацию на период до следующей

плановой диспансеризации; полностью бесплатное лечение (и сопутствующие услуги лечебных учреждений) заболеваний, выявленных при диспансеризации.

2. Выезды бригад врачей в сельские населенные пункты для проведения диспансеризации детей, подростков и взрослого населения не реже одного раз в полгода.

3. Повышение ответственности врачей за качество диспансеризации – если в течение месяца после прохождения диспансеризации у человека обнаруживается заболевание, которое, по оценке независимой экспертной комиссии, должно было быть выявлено при диспансеризации, то врачу, обследовавшему больного во время диспансеризации, определяется взыскание; при повторном случае – лишение права работать в учреждениях здравоохранения сроком на 5 лет.

Во многих регионах высок уровень смертности, связанной с дорожно-транспортными происшествиями. Представляется целесообразным, например, чтобы водитель автотранспорта при нарушении правил дорожного движения в состоянии опьянения лишался водительских прав сроком на 3 года; в случае повторного (по истечении этого срока) нарушения в состоянии опьянения – пожизненно.