



О.А. Бадов

Олег Александрович Бадов

Северо-Кавказский федеральный университет, аспирант кафедры социально-экономической географии и туризма, Россия, Ставрополь, e-mail: olegbek@list.ru.

Основные демографические показатели и их влияние на состояние здоровья населения России

Аннотация. В настоящей статье исследуется территориальная дифференциация рождаемости и смертности населения России в период 2005-2018 гг. Поскольку статья имеет полимасштабный характер: демографические элементы рассматриваются по федеральным округам России, ее регионам и, отдельно, по регионам Северо-Кавказского ФО.

С целью возможности сопоставления регионов с различными географическо-социальными показателями (площадь, численность населения и т.д.) были применены относительные показатели (число рождений и смертей за год на 1000 жителей).

Результатом исследований явилось выявление территориальной дифференциации основных демографических показателей населения России за 2005-2018 гг. и определение особенностей их влияния на состояние здоровья людей и структуру системы здравоохранения.

Ключевые слова: рождаемость, смертность, естественный прирост, население, здоровье, заболеваемость, территориальная дифференциация, здравоохранение.

Oleg A. Badov

North Caucasus Federal University, postgraduate student of the Department of Socio-Economic Geography and Tourism, Russia, Stavropol, e-mail: olegbek@list.ru.

Main demographic indicators and their influence on the health state of the population of Russia

Abstract. This article examines the territorial differentiation of the birth and death rates of the population of Russia in 2005-2018. Since the article is of a poly-scale nature, demographic elements are considered for the federal districts of Russia, its regions and, separately, for the regions of the North Caucasus Federal District.

In order to be able to compare regions with different geographical and social indicators (area, population, etc.), relative indicators were used (the number of births and deaths per year per 1000 inhabitants).

The result of the research was the identification of territorial differentiation of the main demographic indicators of the population of Russia for 2005-2018 and determining the characteristics of their impact on the health status of people and the structure of the health care system.

Keywords: fertility, mortality, natural growth, population, health, morbidity, territorial differentiation, health care.

Демографический фактор – один из важнейших, оказывающих влияние на показатели состояния здоровья населения. Прежде всего, это обусловлено взаимосвязью между ним и системой здравоохранения. Высокие темпы прироста численности населения либо приводят к напряжению в сфере обслуживания медицинскими услугами и, в конечном счете, к увеличению заболеваемости населения, либо к наращиванию числа койко-мест, численности медицинского персонала и т. д. Сокращение численности населения (как это происходит сейчас во многих регионах России) ведет к увеличению числа койко-мест, росту числа медперсонала на единицу населения, то есть улучшению медицинского обслуживания.

Улучшение качества медицинского обслуживания, строительство современных медицинских центров ведет к увеличению продолжительности жизни человека, росту численности населения.

Таким образом, налицо взаимосвязь между демографическими показателями и структурой здравоохранения.

На показатели здоровья населения оказывает влияние половозрастной состав. Так, в России женщины живут на 10 лет больше, чем мужчины. Для мужчин и женщин характерны «свои», присущие только им заболевания. Среди распространенных женских заболеваний – воспаление половых органов, вагинальный кандидоз, эрозия матки, эндометрит, нарушение менструации, мастопатия. Среди мужских болезней – простатит, подагра, эректильная дисфункция и др. В регионах с молодым населением уровень заболеваемости существенно ниже, чем у старого населения. Кроме того, старому населению присущ свой, своеобразный набор заболеваний. Более широкое распространение получают заболевания сердечно-сосудистой системы, онкологические болезни, болезни Альцгеймера, Паркинсона и др. Так, в «старой» Европе на первые места среди причин смерти выходят онкологические заболевания и болезнь Альцгеймера [1, 6, 7].

Скопление населения в крупных поселениях приводит к формированию многофункциональных

больнично-поликлинических центров с хорошей доступностью для жителей соответствующих и близлежащих поселений. Мелкое редкоселенное расселение предполагает развитие небольших амбулаторий с минимумом врачебных услуг, формирование мобильных аэро- и автокомплексов и т. д.

К основным демографическим показателям, во многом определяющим состояние здоровья населения, относят младенческую смертность и продолжительность жизни людей. Эти показатели взаимосвязаны друг с другом [3, 4].

Обозреваемый период (2005–2018 гг.) в демографическом плане для России весьма противоречивый (хотя и значительно лучший, чем предыдущие 15 лет.) Так, численность населения страны, хотя и незначительно, увеличилась. Во многом (на 67 %) это произошло за счет присоединения Республики Крым и Севастополя, но на 1/3 – за счет роста численности населения на всей остальной территории. Рост численности населения наблюдался в пяти федеральных округах (Центральном, Северо-Западном, Южном, Северо-Кавказском и Уральском). Сокращение численности – в Приволжском, Сибирском и Дальневосточном. Особенно значимые потери наблюдались в Дальневосточном округе. Наибольший прирост численности населения произошел в Южном ФО (опять-таки за счет присоединения Крыма), а реально значительный прирост в Северо-Кавказском федеральном округе. Тем не менее в России существуют две основные территории притока населения извне – Центральный и Южный ФО, куда прибывает население не только из-за рубежа, но и собственно регионов Российской Федерации. В Северо-Кавказском ФО прирост населения наблюдался за счет естественного движения. В то же время в округе наблюдался значительный миграционный отток.

Однако и внутри самих федеральных округов наблюдались регионы, притягивающие население, и

регионы, отталкивающие его. В Центральном ФО это прежде всего г. Москва, Московская область и, в некоторой степени, Белгородская область. В остальных наблюдалось сокращение численности населения. Так, численность населения Москвы за 2005–2018 гг. увеличилась на 1 691 тыс. чел., а Московской области – на 815 тыс.

В Южном ФО главный, и фактически единственный «магнит» – Краснодарский край, численность населения которого выросла на 541 тыс. чел.

На северо-западе «магнитов» больше – г. Санкт-Петербург (+ 671 тыс.), Ленинградская (+ 163 тыс.) и Калининградская (+ 66 тыс.) области.

В Приволжском ФО также имеется своя точка роста – это Татарстан (+ 137 тыс.). Остальные регионы в минусе.

В Уральском ФО главные «магниты» – нефтяные Тюменская (+ 209 тыс.) область с ХМАО (+ 196 тыс.) и ЯНАО (+ 24 тыс.).

В Сибирском ФО численность населения увеличилась в Республике Алтай (+ 17 тыс.), Тыве (+ 21 тыс.), Хакасии (+ 3 тыс.), Красноярском крае (+ 5 тыс.), Томской области (+ 53 тыс.).

В Дальневосточном округе численность населения не увеличилась ни в одном регионе.

В Северо-Кавказском ФО численность увеличилась практически повсеместно, за исключением Северной Осетии и Кабардино-Балкарии. Более всего численность населения возросла в Дагестане (+ 393 тыс.), Ингушетии (+ 81 тыс.), Чечне (+ 305 тыс.).

Таким образом, рост численности населения наблюдался либо в регионах с естественным приростом (северокавказские республики, республики Южной Сибири), либо в регионах с положительным сальдо миграций, которое перекрывало даже естественную убыль населения (Москва, Московская область, Санкт-Петербург и т. д.)

Население привлекали либо экономически состоятельные, либо теплые южные регионы.

Таблица 1

Динамика численности населения федеральных округов РФ в 2005–2018 гг.

	Численность населения, тыс. чел.		Динамика численности населения 2005-2018 гг., %	Плотность населения 2018 г., чел./кв. км	Доля городского населения 2018 г., в %
	2005 г.	2018 г.			
РФ	143236	146781	102,5	8,6	74,6
ЦФО	38109	39378	103,3	60,5	82,3
СЗФО	13716	13972	101,9	8,2	84,5
ЮФО	13837	16455	118,9	36,7	62,7
СКФО	9037	9876	109,2	58,0	49,8
ПФО	30453	29397	96,5	28,3	72,1
УФО	12129	12350	101,8	6,7	81,5
СФО	17404	17173	98,7	3,9	74,3
ДФО	8551	8189	95,8	1,2	72,9

Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2018: Стат. сб./Росстат. – М., 2019. С. 43–44.

Таблица 2

Динамика численности населения по регионам Северо-Кавказского федерального округа в 2005–2018 гг.

	Численность населения, тыс. чел.		Динамика численности населения	Плотность населения	Доля городского населения
	2005 г.	2018 г.	2005-2018 гг., %	2018, чел./кв. км	2018, %
Дагестан	2693	3086	114,6	61,9	45,3
Ингушетия	417	498	119,4	162,4	55,5
Кабардино-Балкария	866	866	100,0	69,6	52,1
Карачаево-Черкесия	455	466	102,4	32,6	42,7
РСО-Алания	707	699	98,9	87,2	64,2
Чечня	1152	1457	126,5	91,5	34,9
Ставропольский край	2747	2795	101,7	42,4	58,6

Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2018: Стат. сб./Росстат. – М., 2019. С. 43.

В Уральском ФО выделились регионы с естественным приростом и положительным сальдо миграций.

В экономически состоятельные регионы прибывает в основном молодое население в фертильном возрасте, которое помимо улучшения миграционной статистики, оказывают положительное влияние и на статистику естественного движения населения. Во-первых, у молодого поколения показатели рождаемости существенно выше, чем у более старшего. Во-вторых, смертность населения у молодых – показатели смертности существенно ниже, чем у старшего. Таким образом, например, ранее старовозрастная Москва превращается в младовозрастную с неплохими демографическими показателями как по линии естественного движения, так и по линии миграционного.

С другой стороны, быстрый рост численности населения оказывает существенное давление на социальную инфраструктуру, в том числе на здравоохранение. Это требует дополнительных вложений, строительство новых больниц, поликлиник, увеличение числа медицинского персонала и т. д.

Пример другого свойства – миграционные регионы-доноры. В которых, в условиях естественного прироста и массовой безработицы, молодое население, получившее определенную квалификацию вынуждено выезжать в другие регионы. Таким образом, регионы-доноры теряют население в фертильном и наиболее трудоспособном возрасте. Это сказывается как на демографических, так и на экономических показателях. Население в этих регионах неминуемо стареет. В них вымывается молодое поколение, нарушается возрастная структура населения. Постарение населения в регионах-донорах опосредованно сказывается на социальной инфраструктуре. Во-первых, в регионы прибывает уже «старое» население, заработавшее на «северах». Во-вторых, остается более старое поколение. Обе группы оказывают двойное давление на систему здравоохранения. Так, по нашим наблюдениям, проведенным в ставропольских поликлиниках в пе-

риод с ноября 2018 по март 2021 г. (поликлиники № 1, 6, 7) 44 % были в возрасте старше 60 лет, 26 % – 50–60 лет, 11% – 40–49 лет, 8 % – 30–39 лет, 11 % – 18–29 лет. При этом самые молодые (18–29 лет) чаще обращались в поликлинику в связи с переводом из детской во взрослую поликлинику, в связи с получением справок при поступлении в учебные заведения, при поступлении на работу и редко – в связи с проблемами со здоровьем.

В негосударственных клиниках возрастная структура обратившихся была несколько иной, с некоторым сдвигом в сторону более молодых. Тем не менее и она показывала существенное преобладание пожилого населения обратившихся.

Как уже указывалось выше, плотность населения оказывает существенное влияние на систему здравоохранения, особенно в части размещения объектов здравоохранения.

Самыми густозаселенными федеральными округами являются Центральный (60,5 % чел./кв. км) и Северо-Кавказский (58,0 чел./кв. км). Плотность населения Центрального ФО в 7 раз выше, чем среднероссийский показатель (8,6 чел./кв. км) и в 50 раз выше, чем плотность Дальневосточного ФО (1,2 чел./кв. км).

Естественно, что в городах-субъектах РФ плотность населения существенно выше, чем в остальных регионах. При этом, плотность населения в Москве, в 1,3 раза выше, чем в Санкт-Петербурге и в 9,5 раз выше, чем в Севастополе.

Из десяти регионов-субъектов РФ (исключая города) с плотностью более 60 чел./кв. км пять расположено в Северо-Кавказском ФО, по одному – в ЦФО, ПФО, СЗФО и два – в ЮФО. Самая высокая плотность в Московской области (173 чел./кв. км)

На другом полюсе – регионы с плотностью менее 2 чел./кв. км. Это, в основном, регионы севера и востока России. Среди них, такие крупные по площади, как Хабаровский и Красноярский края, Якутия и др. Плотность населения Московской области в 2,5 тысячи раз выше, чем Чукотского АО. Таковы реалии Российской Федерации, которые надо учитывать при ее управлении.

Доля городского населения в России весьма высока, различия по федеральным округам малопоказательны, хотя обращает на себя внимание низкий удельный вес горожан в Северо-Кавказском ФО в целом, при относительно высоком весе в других округах. На Северном Кавказе преобладают весьма крупные сельские поселения (иногда около 30 тыс. чел.), и по численности населения бывают больше, чем многие малые города России.

В Северо-Кавказском ФО также наблюдаются существенные различия в показателях плотности населения. Региональная плотность колеблется от 162,4 чел./кв. км (Ингушетия) до 32,6 чел./кв. км (Карачаево-Черкесия). Разница в 4,9 раза. Весьма существенные различия наблюдаются и внутри самих регионов. Так, при среднереспубликанской плотности населения Северной Осетии в 87,2 чел./кв. км, плотность в низкогорном поясе (501–1000 м н. у. м.) 182,8 чел. чел./кв. км, а в высокогорном (выше 2000 м) – 0,4 чел./кв. км. Разница в 457 раз [2].

Такие различия в плотности населения и формах расселения предполагают абсолютно разные формы медицинского обслуживания. Такие формы, как ФАПы, абсолютно невозможны для крупных городов, они здесь неактуальны. Для районов Крайнего Севера, где часто отсутствует понятие «стационарное поселение» (оленоводы передвигаются вслед за оленями) возможны только аэромобильные медицинские группы.

Таким образом, разнообразие в показателях только одной из характеристик населения предполагает существенное различие в формах медицинского обслуживания.

На Северном Кавказе в сельской местности преобладает густое крупноселенное расселение, в Нечерноземье – редкое мелкоселенное. Этот фактор неминуемым образом оказывает влияние на формы медицинского обслуживания. Наличие крупных сел предполагает формирование ФАПов в каждом селе. При редком мелкоселенном расселении наличие ФАПов в каждом поселении практически невозможно. Тем более в настоящее время, в период массовой оптимизации структуры здравоохранения.

За обозреваемый период в стране произошли значительные события в сфере демографии. Принятый в 2006 г. закон о материнском капитале благоприятным образом сказался на повышении рождаемости. Это событие совпало с существенным улучшением социально-экономической ситуации в стране и снижением смертности населения. Таким образом, улучшились показатели естественного движения (прироста-убыли).

Пик рождаемости пришелся на 2014–2015 гг. Затем стали срабатывать негативные факторы. В их числе: ухудшение социально-экономической ситуации в стране и переход в детородный возраст малочисленных когорт населения, родившихся в постсоветский период. Предпринимаемые Правительством меры (в т. ч. реализация программы «Демография») ожидаемых результатов не дали.

Кроме того, в связи с экономическим кризисом начала повышаться смертность. В целом в России только в 2013–2015 гг. наблюдался естественный прирост населения. В остальные годы – убыль. Тем не менее в 2018 г. естественная убыль населения была в 3,7 раза ниже, чем в 2005 г.

Исследование естественного движения по федеральным округам принесло, в целом, ожидаемые результаты. В 2005 г. и в 2018 г. наиболее высокая рождаемость была зафиксирована в Северо-Кавказском ФО (13,9 ‰). Среднюю группу составили Уральский (11,2 ‰), Сибирский (11,5 ‰) и Дальневосточный (11,6 ‰) округа. В группе с низкими ОКР были Центральный (8,7 ‰), Северо-Западный (9,2 ‰), Южный (9,9 ‰) и Приволжский (9,8 ‰) округа. В 2018 г. ситуация практически не изменилась. Наиболее высокий ОКР остался в СКФО (14,4 ‰). В группе со средними ОКР оказались УФО, СФО и ДФО (11,4–11,9 ‰). В группе с низкими ОКР (менее 11 ‰) – ЦФО, СЗФО, ЮФО и ПФО. Тем не менее, заметны более высокие темпы роста ОКР в УФО и СЗФО (более 13 ‰) и снижение рождаемости в Сибирском округе.

Смертность населения в 2005 г. самой низкой была в СКФО (9,4 ‰). Это объясняется, прежде всего, более молодым населением в округе. Самый высокий ОКС наблюдался в СЗФО (17,6 ‰). Отношение между минимальным и максимальным показателями было 1 к 1,9. В других округах показатели были также весьма высокими (более 15 ‰). Исключение – Уральский ФО (14,9 ‰). Однако различия между Северо-Кавказским ФО и другими округами были весьма заметными.

К концу обозреваемого периода смертность снизилась во всех округах. Причем снижение было весьма существенным (на 20 % и более). Самый низкий ОКС наблюдался в Северо-Кавказском ФО (7,5 ‰). Показатели других округов варьировали в пределах 11,9–13,3 ‰. При этом самый высокий ОКС был зафиксирован в Приволжском ФО (13,3 ‰).

Соответственно динамике рождаемости и смертности изменились и коэффициенты естественного прироста (убыли) населения. Как уже отмечалось выше, ОКЕП (У) населения России повышались вплоть до 2015 г., впоследствии они начали снижаться. В федеральных округах они вели себя по-разному. При этом в Центральном, Северо-Западном, Южном и Приволжском округах они никогда не получали положительных значений, в Северо-Кавказском всегда были положительными, а в других округах были положительными в отдельные годы (в Уральском – в 2010–2018 гг., в Сибирском – в 2011–2016 гг., в Дальневосточном – в 2012–2016 гг.).

Тем не менее в ряде округов (Центральный, Южный, Северо-Западный) естественная убыль населения компенсировалась миграционным приростом населения. При этом в подавляющем большинстве случаев качество прибывающего населения было более высоким, чем аборигенного населения. Прибывавшие были в молодом возрасте, часто со средним и высшим образованием.

Они уже готовы к воспроизводству населения и квалифицированному труду. Это относится к прибывающим в Москву, Санкт-Петербург, Краснодар, Подмосковье из других регионов России. К тому же они часто рассматривали пункты прибытия как долговременные места своего проживания. Это коренным образом отличало их от прибывающих из стран Ближнего Зарубежья. Последние чаще всего прибывали с целью заработать определенные суммы денег и отбыть обратно на родину.

Таким образом, отток населения из регионов в центры притяжения можно сравнить с переливанием крови, более молодой и здоровой в увядающие демографические организмы. Но переливание крови полезно для обоих организмов до определенной степени в случае переизбытка переливания организм начинает серьезно болеть. Уже начинают болеть демографические доноры регионов России. У них нарушается половозрастная структура населения, снижается рождаемость, повышаются показатели смертности, нарушаются связи между поколениями и т.д. Фактически, местные вузы и ссузы работают вхолостую.

В России наблюдался существенный разброс показателей рождаемости, смертности и естественного прироста (убыли) населения на региональном уровне.

ОКР в 2005 г. колебался от 7,6 ‰ (Ленинградская область) до 25,1 ‰ (Чечня). Отношение между минимальным и максимальным показателями 1 к 3,3. В группе с очень низкими ОКР (менее 9 ‰) находились Белгородская, Воронежская, Ивановская, Калужская, Курская, Московская, Орловская, Рязанская, Смоленская, Тамбовская, Тульская, Ленинградская, Псковская, Нижегородская, Пензенская и Ульяновская области, Москва, Санкт-Петербург, Мордовия. В группе с очень высоким ОКР (более 15 ‰) – Дагестан, Ингушетия, Чечня, Алтай, Тыва, Чукотка.

Первая группа существенно больше второй. В первую входили регионы Центра, Северо-Запада и Поволжья. Во вторую – национальные регионы Северного Кавказа и Сибири.

В 2018 г. ситуация существенно изменилась в большинстве регионов. Исключение составили регионы – демографические доноры Центра и Северо-Запада. Так, если в большинстве регионов ОКР повысился, то в этих регионах ОКР либо снизился, либо остался на прежнем уровне. В Смоленской, Тамбовской, Костромской, Тверской, Архангельской областях и ряде других ОКР снизился. Никакие демографические программы здесь не помогли. Слишком низкий был демографический потенциал. Кроме того, в этих регионах наблюдался миграционный отток населения в молодых возрастах. Эти же регионы и ряд других оказались в 2018 г. в группе с очень низкими ОКР (менее 9 ‰).

В группе с очень высокими ОКР (более 15 ‰) – регионы Северного Кавказа (Чечня, Дагестан, Ингушетия), Сибири (Тыва, Алтай). В десятку регионов-лидеров вошли новые демографические лидеры

– Бурятия, Ненецкий АО, ХМАО, ЯНАО, Тюменская область. Но практически во всех регионах ситуация резко ухудшилась по сравнению с 2015 г.

В демографическом отношении коэффициенты смертности показали куда лучшие результаты, чем коэффициенты рождаемости: 1) ОКС снизились заметно существеннее, чем повысились ОКР; 2) повышение ОКС за 2015–2018 гг. было не таким заметным, как снижение ОКР.

В 2005 г. в группе с самым низким ОКС (менее 8 ‰) были регионы Северного Кавказа (Дагестан, Ингушетия, Чечня) и ХМАО. На другом полюсе с очень высокими ОКС (более 20 ‰) – регионы Центра (Владимирская, Ивановская, Костромская, Рязанская, Смоленская, Тверская, Тульская, Ярославская области), Северо-Запада (Новгородская и Псковская области), Поволжья (Нижегородская область). Отношение минимума (Ингушетия – 4,3 ‰) и максимума (Псковская – 24,6 ‰) 1 к 5,7. Колоссальные различия для одной страны, даже такой огромной, как Россия.

В 2018 г. в группе с очень низкими ОКС (менее 8 ‰) регионы Северного Кавказа (Дагестан, Ингушетия, Чечня), Уральского ФО (ХМАО, ЯНАО) и Дальневосточного ФО (Якутия). В группе с очень высоким ОКС (более 16 ‰) Тверская, Тульская, Новгородская, Псковская, Ивановская области. Обращает на себя внимание существенное снижение (с 20 ‰ до 16 ‰) верхнего уровня группы с очень высоким ОКС. Отношение минимума (Ингушетия 3,1 ‰) и максимума (Псковская область 17,2 ‰) 1 к 5,5. Как видно, лидеры и аутсайдеры и в 2005 и 2018 гг. одни и те же.

Соответственно показателям рождаемости и смертности вели себя и показатели естественного прироста (убыли) населения. В 2005 г. только 12 регионов имели положительные показатели естественного прироста, в 2018 г. – 21 регион. Но в 2015 г. естественный прирост наблюдался у 41 региона. В 2005г. максимальный ОКЕП наблюдался в Чеченской Республике (20,0 ‰). Худший показатель был у Псковской области (–15,8 ‰). Разница между максимумом и минимумом 35,8 ‰. В 2018 г. максимальный ОКЕП наблюдался в Чеченской Республике (16,3 ‰), минимальный в Тульской и Псковской областях (–7,9 ‰).

В Центральном ФО все регионы за исключением Москвы в 2018 г. имели собственную убыль населения. Аналогичная ситуация наблюдалась в Северо-Западном ФО (исключение Санкт-Петербург). В Южном ФО в двух (из шести) регионах были положительные ОКЕП. В Северо-Кавказском ФО убыль наблюдалась в одном регионе (Ставропольский край). В Приволжском ФО только в Татарстане наблюдался прирост. В Уральском ФО прирост наблюдался ровно в половине регионов (ХМАО, ЯНАО, Тюменская область). В Сибирском ФО прирост наблюдался в двух регионах (Алтай, Тыва). В Дальневосточном ФО прирост был зафиксирован в четырех регионах (Бурятия,

Таблица 3

Естественное движение населения по федеральным округам РФ за 2005–2018 гг., в ‰

	ОКР, ‰		Динамика за 2005–2018 гг., %	ОКС, ‰		Динамика за 2005–2018 гг., %	ОКЕП (У), ‰	
	2005 г.	2018 г.		2005 г.,	2018 г.,		2005 г.	2018 г.
РФ	10,2	10,9	106,9	16,1	12,5	77,6	– 5,9	– 1,6
ЦФО	8,7	9,9	113,8	17,1	12,9	75,4	– 8,4	– 3,0
СЗФО	9,2	10,4	113,0	17,6	12,6	71,6	– 8,4	– 2,2
ЮФО	9,9	10,5	106,1	15,6	12,8	82,0	– 5,7	– 2,3
СКФО	13,9	14,4	103,6	9,4	7,5	79,8	4,5	6,9
ПФО	9,8	10,6	108,2	16,5	13,3	80,6	– 6,7	– 2,7
УФО	11,2	11,9	106,2	14,9	11,9	79,9	– 3,7	0,01
СФО	11,5	11,4	99,1	16,6	13,0	78,3	– 5,1	– 1,6
ДФО	11,6	11,9	102,6	15,5	12,0	77,4	– 3,9	– 0,1

Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2018: Стат. сб./Росстат. – М., 2019. С. 65–78.

Якутия, Забайкальский край, Чукотка). Таким образом, в России можно было выделить 4 группы регионов с естественным приростом населения: 1) крупные агломерации с высоким уровнем социально-экономического развития и широкой сферой приложения труда (Москва, Санкт-Петербург, Краснодар). Вероятнее всего, новая перепись населения покажет значительное омоложение населения в этих городах; 2) регионы – экономические «тигры» России, основа экономики которых – добыча углеводородного сырья (Тюменская область, ХМАО, ЯНАО). Привлекают население высокими зарплатами и развитой инфраструктурой; 3) регионы с благоприятными климатическими условиями и относительно развитой социальной инфраструктурой, местами приложения труда (Краснодарский край, Ростовская и Белгородская области); 4) национальные регионы с традиционно высокой рождаемостью и низкой смертностью населения (Дагестан, Ингушетия, Чечня, Тыва).

В первых трех группах регионов высокий уровень рождаемости обеспечивается за счет пришлого населения; в четвертой группе – за счет коренного.

За 2005–2018 гг. темпы роста численности населения СКФО были в два раза ниже, чем в ЮФО, но в 3,7 раза выше, чем в среднем по России. Плотность населения в 6,7 раза выше, чем среднероссийский показатель. При этом на Северном Кавказе также достаточно мест, неблагоприятных для проживания человека, – около 35 ‰ территории занято горами. По доле городского населения СКФО существенно отстает (в 1,5 раза) от среднероссийского показателя.

Внутри Северного Кавказа самая высокая динамика численности населения наблюдалась в Чеченской республике (126,4 ‰), второй была Ингушетия (119,4 ‰). Минус был только у Северной Осетии (98,9 ‰). Естественный прирост населения не смог восполнить миграционный отток.

В большинстве регионов СКЭР наблюдается весьма высокая плотность населения. Так, в Ингу-

шетии плотность 162,4 чел./кв. км – весьма много, с учетом того, что около 32 ‰ территории занимают труднодоступные горы, за редким исключением, невозможные для расселения. Весьма высокая плотность населения наблюдается в Дагестане, Кабардино-Балкарии, Северной Осетии и Чечне.

Доля городского населения весьма высокая только в Северной Осетии. В ее городских поселениях проживает более 2/3 всего населения. В остальных регионах в городах проживает несколько более половины всего населения. Исключение – Чеченская Республика, в которой в городах проживает около трети всего населения. Однако, в большинстве регионов СКФО есть одна важная черта – очень крупные села, иногда достигающие 20 и более тыс. человек. Эти особенности расселения накладывают свой отпечаток на структуру медицинского обслуживания. В горах, наоборот, поселения весьма мелкие (иногда 1–2 чел.).

Северный Кавказ выгодно отличается от других регионов России показателями естественного движения населения. Так, ОКР в 2005 г. в СКЭР был выше, чем среднероссийский показатель в 1,36 раза, в 2018 г. – в 1,32 раза. ОКС в 2005 г. в СКЭР был ниже среднероссийского в 1,71 раза, в 2018 г. – в 1,67 раза. ОКЕП(У) на Северном Кавказе был выше среднероссийского на 10,4 ‰, в 2018 г. на 8,5 ‰.

Внутри СКЭР в 2005 г. максимальные показатели ОКС были зафиксированы в Чечне (25,1 ‰), а минимальные в Ставропольском крае (9,9 ‰). Соотношение между минимальным и максимальным показателями было 1 к 2,5. По уровню рождаемости регионы СКЭР можно было подразделить на: 1) с очень высоким ОКР (более 20 ‰, ЧР); 2) с высоким ОКР (15–20 ‰, РД, РИ); 3) со средним ОКР (11,1–14,9 ‰, КЧР, РСО); 4) с низким ОКР (менее 11 ‰, КБР, СК).

В 2018 г. минимальный ОКР был зарегистрирован в Карачаево-Черкесии (10,7 ‰), а максимальный – в Чечне (20,7 ‰). Соотношение 1 к 1,9. По уровню ОКР регионы СКЭР можно было подразде-

Таблица 4

Естественное движение населения Северо-Кавказского федерального округа
в 2005–2018 гг., ‰.

	ОКР, ‰		Динамика за 2005-2018 гг., %	ОКС, ‰		Динамика за 2005-2018 гг., %	ОКЕП (У), ‰	
	2005 г.	2018 г.		2018 г., в %	2018 г., в %		2005 г.	2018 г.
Дагестан	15,3	15,6	102,0	5,8	4,8	82,7	9,5	10,8
Ингушетия	15,9	16,3	102,5	4,3	3,1	72,1	11,6	13,2
Кабардино-Балкария	10,3	12,6	122,3	10,4	8,2	78,8	- 0,1	4,4
Карачаево-Черкесия	11,5	10,7	93,0	11,3	9,0	79,6	+ 0,2	1,7
РСО-Алания	11,2	13,1	117,0	12,2	10,2	83,6	1,0	2,9
Чечня	25,1	20,7	82,5	5,1	4,4	86,3	20,0	16,3
Ставропольский край	9,9	11,0	111,1	14,2	11,5	81,0	- 4,3	- 0,5

Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2018: Стат. сб./Росстат. – М., 2019. С. 65–78.

лить на: 1) с очень высоким ОКР (более 20 ‰, ЧР); 2) с высоким ОКР (15–20 ‰, РД, РИ); 3) со средним ОКР (11,1–14,9 ‰, КБР, РСО); 4) с низким ОКР (менее 11 ‰, КЧР, СК).

Таким образом, и в России в целом и в Северо-Кавказском ФО в частности наблюдались существенные территориальные различия в показателях естественного движения населения. Эти

различия оказывают влияние на уровень заболеваемости, причины смертности и территориальную организацию системы здравоохранения. Кроме того, вышеперечисленные показатели существенным образом сказываются на младенческой смертности и ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бадов А.Д. Население Северного Кавказа в современный период // Развитие регионов в XXI веке. Материалы II международной научной конференции. – Владикавказ. 2017. С. 77–80.
2. Бадов А.Д. Формирование, развитие и функционирование расселения в Северной Осетии». – Владикавказ: Изд-во СОГУ, 1993. 174 с.
3. Прохоров Б.Б., Тикунов В.С. Медико-демографическая классификация регионов России // Проблемы прогнозирования, 2005, № 5. С.142–151.
4. Прохоров Б.Б., Тикунов В.С. Общественное здоровье в

- регионах России // География и природные ресурсы, 2005, № 2. С. 26
5. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2018. Стат.сб. / Росстат. – М., 2019. 1162 с.
6. Case, A., & Paxson, C. (2005). Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, 42(2), 189–214. <https://doi.org/10.1353/dem.2005.0011>.
7. Idler, E.L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21–37. <https://doi.org/10.2307/2955359>.

REFERENCES

1. Badov A.D. The population of the North Caucasus in the modern period // Development of regions in the XXI century. Materials of the II International Scientific Conference. Vladikavkaz. 2017. P. 77–80.
2. Badov A.D. Formation, development and functioning of settlement in North Ossetia. " Vladikavkaz: Publishing house of NOSU. 1993, 174 p.
3. Prokhorov B.B., Tikunov V.S. Medico-demographic classification of Russian regions // Problems of forecasting, 2005 № 5. P. 142–151.
4. Prokhorov B.B., Tikunov V.S. Public health in the regions of Russia // Geography and natural resources. 2005, No. 2. P.26
5. Regions of Russia. Socio-economic indicators. 2018. Stat.Comp. / Rosstat. – M., 2019.-162 p.
6. Case, A., & Paxson, C. (2005). Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, 42(2), 189–214. <https://doi.org/10.1353/dem.2005.0011>.
7. Idler, E.L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21–37. <https://doi.org/10.2307/2955359>.