

УДК 94. 312.2 (571.56)

## Региональная дифференциация смертности населения в Республике Саха (Якутия)

В.Б. Игнатьева

Институт гуманитарных исследований и проблем малочисленных народов Севера СО РАН,  
ул. Петровского, 1, Якутск, Республика Саха (Якутия)  
V\_Ignat@mail.ru

Статья поступила 25.11.2019, принята 29.11.2019

*Представлен аналитический обзор естественного движения населения Республики Саха (Якутия) в 2000-е гг. в сравнении с показателями, характеризующими динамику демографических процессов в целом по Российской Федерации и Дальневосточному федеральному округу. Исследованы внутрирегиональные дифференциации смертности населения Якутии, скрытые за среднереспубликанскими показателями, представленными в общенациональной статистике. Рассмотрены особенности смертности современного народонаселения Якутии: различия коэффициентов смертности по административно-территориальным образованиям, типам населенных пунктов (городские – сельские), по полу (мужчины – женщины), отдельным возрастным категориям. Приведена характеристика факторов, определяющих формирование региональной модели смертности, структуры смертности трудоспособного населения, а также пространственной локации неестественной смертности.*

**Ключевые слова:** Якутия; население; смертность; внутрирегиональные различия смертности.

## Regional differentiation of mortality in the Republic of Sakha (Yakutia)

V.B. Ignatyeva

The Institute for Humanities Research and Indigenous Studies of the North of the RAS;  
1, Petrovsky St., Yakutsk, Republic of Sakha  
V\_Ignat@mail.ru

Received 25.11.2019, accepted 29.11.2019

*An analytical review of the demographic development of the Republic of Sakha (Yakutia) in the 2000s is presented in comparison with indicators characterizing the dynamics of demographic processes in the whole of the Russian Federation and the Far Eastern Federal District. The article investigates the intra-regional differentiation of mortality in the population of Yakutia, hidden behind the republic average indicators presented in the national statistics. The features of mortality in the modern population of Yakutia are considered: differences in mortality rates by administrative-territorial entities, types of settlements (urban-rural), by sex (male-female), and individual age categories. The article describes the characteristics of the factors determining the formation of the regional mortality model, the mortality structure of the able-bodied population, as well as the spatial location of unnatural mortality.*

**Keywords:** Yakutia; population; mortality; intraregional differences in mortality.

Рост стратегических интересов государства в сфере геополитики, мировой экономики, внешней торговли, экологии и народонаселения стимулирует усиление восточного вектора государственной политики Российской Федерации. В этой связи высокую значимость приобретают вопросы сохранения и развития человеческих ресурсов азиатской части страны, которые сегодня вышли далеко за пределы собственно демографических проблем и тесно переплетены с задачами обеспечения ее национальной безопасности и устойчивого развития в условиях глобальных вы-

зовов современности. Их эффективное решение предполагает учет многообразия демографических процессов в регионах России: «Территории отныне отличаются друг от друга не только историко-хронологической “развитостью” или “отсталостью” по воображаемой модернизационной шкале, но и своим неповторимым рисунком того, как в них переплетаются включенность в глобальные потоки и следование культурным традициям, социальным устоям» [1]. В указанном контексте необходимость детального изучения региональных преломлений демографической динамики

подтверждается как данными текущей статистики [2; 3], так и сравнительными исследованиями ее географической дивергенции на субнациональном уровне [4–8].

В традиционном послании президента В.В. Путина Федеральному собранию России от 20 февраля 2019 г. подчеркивается ключевое значение для социально-экономического развития страны политики сбережения народа, которая включает в себя повышение рождаемости, рост продолжительности жизни и снижение смертности, непосредственно связанные с преодолением бедности населения [9]. В данном ракурсе, применительно к Республике Саха (Якутия), в центр исследований и управленческих решений выдвигается проблема смертности во всем многообразии ее компонентов, поскольку позитивные сдвиги в ее современной статистике, главным образом, снижение показателей младенческой смертности, свидетельствуют о наличии реальных резервов для минимизации демографических потерь.

Настоящая работа сфокусирована на внутрирегиональной дифференциации смертности, которая сегодня является наименее изученным аспектом демографических процессов в этой республике. В контексте исследования поставлена цель выявить общую картину смертности, региональные различия в смертности, их основные компоненты и причины. Используются данные мониторинга естественного движения населения Якутии, структурирования и анализа статистической информации о рутинной смертности в разрезе административно-территориальных образований, городских и сельских поселений.

По численности населения (967 тыс. чел. на 1 января 2019 г.) Якутия занимает 58 место среди регионов России и 5 место, после Приморского, Хабаровского, Забайкальского краев и Республики Бурятия, в Дальневосточном федеральном округе (ДФО). Будучи самым большим субъектом Федерации (площадь — 3 085,5 тыс. км<sup>2</sup>, 18 % территории страны), Якутия характеризуется слабой заселенностью — 0,31 чел. на 1 км<sup>2</sup>, что значительно ниже, чем в целом по России (8,6 чел.) и ДФО (1 чел.). Меньшую плотность населения имеют только Магаданская область, Ненецкий и Чукотский автономные округа. Существующие параметры современного народонаселения Якутии отражают следующие региональные особенности социально-экономического и демографического развития республики:

1) высокий удельный вес сельских жителей (329,5 тыс. чел., или 34,08 % в общем населении), что выше, чем в среднем по стране (25,4 %) и ДФО (27,09 %). По данным Всероссийской переписи (2010), в сельских населенных пунктах проживают в основном коренные народы Якутии: са-

ха (65,3 %), эвенки (76,9), эвены (69,4), долганы (87,7), юкагиры (61,2), чукчи (72,6 %);

2) крайняя неравномерность в расселении городского населения: каждый второй горожанин (50 %), или каждый третий житель республики (32,9 %), живет в столичном Якутске (318,7 тыс. чел.); в четырех крупных городах — Нерюнгри (56,8 тыс. чел.), Мирном (35,3 тыс. чел.), Ленске (23,2 тыс. чел.), Алдане (19,9 тыс. чел.) сосредоточены 21,2 % городских жителей. Оставшаяся часть (28,8 %) размещена еще в восьми городах и 42 поселках городского типа, преимущественно в Южной и Западной Якутии;

3) постоянный миграционный отток населения: 6,3 тыс. чел. в 2000 г., 7,1 тыс. чел. в 2010 г., 4,6 тыс. чел. в 2017 г. Начиная с 2000 г., в общем объеме миграционного движения преобладает доля внутрирегиональной миграции, на которую в 2017 г. приходилось 63,1 % всех мигрантов. В объемах внешней миграции фиксируются ежегодные колебания как в сторону роста, так и в сторону спада, но неизменным остается превышение числа уезжающих над числом прибывающих из других регионов страны. На фоне малопривлекательности Якутии для мигрирующего населения России отмечается положительное сальдо миграционного обмена со странами СНГ [10]. В частности, в межпереписной период (2002–2010) количество киргизов увеличилось в 3,4 раза; узбеков — в 2,8; таджиков — в 2,4; армян — в 1,3 раза;

4) в этнической структуре численно доминируют саха (49,9 %) и русские (37,8 %); коренные малочисленные народы Севера составляют 3,8 %, а представители более 110 народов России и зарубежных стран — 8,5 % в общем составе населения;

5) преобладающую по численности социально-демографическую группу населения составляют женщины (51,5 %). Диспропорция по полу имеет устойчивый тренд роста: если в 2000 г. на 1 000 мужчин приходилось 1 033 женщины, то в 2018 г. — 1 061. Перераспределение населения в сторону женщин более характерно для городской местности (соответственно с 1 042 в 2000 г. до 1 086 в 2018 г.). Дисбаланс в соотношении полов происходит в трудоспособных возрастных группах (начиная с 40–44 лет) и далее нарастает, достигая максимума в группе 70 лет и старше (разрыв в 2 раза);

6) сохраняется численный перевес трудоспособного населения, несмотря на последовательное уменьшение его численности (с 617,8 тыс. чел. в 2010 г. до 560,2 тыс. чел. в 2018 г.), а также удельного веса во всем населении республики (соответственно с 64,4 до 58,1 %). В трудоспособном возрасте находятся 63,2 % мужчин и 53,3 % женщин [11];

7) углубляющийся процесс старения населения: если в 2002 г. доля лиц в возрасте 65 лет и

старше составляла 5,3 % в общем составе населения, то в 2010 г. — 5,6; в 2018 г. — 7,88 %. По сравнению с горожанами (2002 г. — 4,8; 2010 г. — 5,6; 2018 г. — 7,7 %) сельские жители «стареют» более быстрыми темпами (2002 г. — 6,2; 2010 г. — 5,7; 2018 г. — 8,1 %), что обусловлено их односторонней миграцией в городские поселения Якутии. Свидетельством «старения» также является увеличение среднего возраста населения: если в 2002 г. он составлял 31,4 года, то в 2010 г. — 32,9; в 2018 г. — 34,4 (по России — 39,8; по ДВФО — 38,1).

Основные показатели демографической динамики показывают, что Республика Саха входит в число восьми российских регионов, где сохраняется естественный прирост населения (республики Чечня, Тыва, Ингушетия, Дагестан, Ямало-Ненецкий и Ханты-Мансийский автономные округа в составе Тюменской области, Ненецкий автономный округ в составе Архангельской области). Коэффициент рождаемости (14,5 ‰) превышает аналогичные показатели в среднем по России (11,5 ‰) и по ДВФО (12,1 ‰), что позволяет республике занимать 7 место после республик Чечня, Тыва, Дагестан, Ингушетия, Алтай и Ненецкого автономного округа. Среди дальневосточных регионов страны Якутия характеризуется самым низким уровнем коэффициента смертности — 8,1 ‰ (РФ — 12,4; ДВФО — 12,1 ‰) и младенческой смертности — 5,1 ‰ (по России — 5,6; по ДВФО — 5,8 ‰). Более благоприятная ситуация по уровню смертности населения имеется в пяти регионах — республиках Ингушетия, Чечня, Ямало-Ненецком автономном округе, Дагестане и Ханты-Мансийском автономном округе — Югре. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2018 г. составила 71,68 лет (по России — 72,7; по ДВФО — 70,09 лет).

Сохранение относительно благоприятной демографической ситуации в течение достаточного длительного периода позволило составить прогнозный сценарий развития демографического потенциала республики, который был утвержден 19 декабря 2018 г. Государственным собранием (Ил Тумэн) республики в виде закона «О Стратегии социально-экономического развития Республики Саха (Якутия) до 2032 года с целевым видением до 2050 года». В соответствии с ним к 2032 г. предполагается достичь следующих демографических показателей: суммарный коэффициент рождаемости — 2,3; стандартизированный показатель смертности — 7 случаев на 1 000 чел.; младенческая смертность — 3,7 случая на 1 000 родившихся живыми; ожидаемая продолжительность жизни при рождении — 80 лет [12].

Безусловно, об успешном решении этих амбициозных задач можно говорить в том случае, если республика сумеет трансформировать существующие негативные тенденции в воспроизводстве

населения и достигнет желаемого демографического оптимума. В то же время, обращает на себя внимание тот факт, что практически отсутствует какое-либо научное обоснование региональной демографической политики. Между тем, мониторинг показателей естественного движения населения Якутии показывает постепенное исчерпание возможностей тайминга рождений (*timing of births*) — временного повышения уровня рождаемости в рамках реализации политики демографического национализма, идеологической программы политического класса России, увязавшего свое влияние с ростом численности населения страны. В рамках этой политики были введены политико-правовые меры, направленные на рост рождаемости, усилена общественно-политическая пропаганда в поддержку традиционных (в феминистской терминологии — патриархатных) семейных ценностей [13].

Так, несмотря на все пропагандистские мероприятия, начиная с 2014 г. отмечается повсеместное снижение рождаемости, с 17 010 (17,8 ‰ на 1 000 чел.) до 13 996 (14,5 ‰ на 1 000 чел.) рождений в 2017 г. В городских поселениях республики этот процесс начался чуть раньше (с 16,6 ‰ в 2012 г. до 13,7 ‰ в 2017 г.), чем в сельских (с 22,4 ‰ в 2014 г. до 16 ‰ в 2017 г.). Снижение рождаемости также определяет спад суммарного коэффициента рождаемости, который и ранее имел небольшие значения: в 2010 г. — 2,0 рождения на одну женщину, соответственно в 2017 г. — 1,93, что необходимо для простого воспроизводства населения. Также снижается суммарный коэффициент рождаемости по типу поселений: в городской местности — с 1,89 рождений на одну женщину в 2012 г. до 1,67 в 2017 г., в сельской местности соответственно с 3,47 в 2014 г. до 2,60 в 2017 г. Таким образом, уровень расширенного воспроизводства поддерживается главным образом за счет сельского населения Якутии. В частности, показатели рождаемости в 22 улусах (районах) выше аналогичного среднереспубликанского уровня — от 14,7 до 22,8 ‰ на 1 000 чел.

Динамика рождаемости на уровне простого замещения поколений стимулируется урбанизацией и эволюцией института семьи. В сельской местности происходит постепенный переход от патриархальной семьи к модели семьи современного типа с меньшим числом детей [14]. Учитывая, что в ближайшей перспективе Якутия вряд ли станет привлекательным местом для миграции из других регионов России, а численность ее населения пока поднимается за счет естественного прироста, наметившийся процесс ограничения и откладывания рождений, сдвиг к низким и нестабильным уровням рождаемости рискует стать серьезным барьером для роста народонаселения республики.

Несмотря на некоторую стабилизацию процесса естественной убыли населения, уровень смерт-

ности (8,1 ‰ на 1 000 чел.) остается выше аналогичного уровня периода перестройки (6 ‰ — для городского населения, 8 ‰ — для сельского в 1990 г.) [15]. Проведенный анализ показал, что за относительно благополучными среднереспубликанскими параметрами смертности скрываются существенные региональные различия. Сохраняются дифференциации коэффициента смертности по административным районам, типам поселений и половозрастным категориям населения.

В частности, более благоприятная картина смертности (от 6,4 до 8 ‰ на 1 000 чел.) имеется лишь в девяти из 35 административно-территориальных образований республики — в Якутске, промышленном Мирнинском районе, четырех улусах Центральной Якутии (Амгинский, Горный, Чурапчинский, Намский), двух арктических (Булунский, Анабарский) и Верхневиллюйском улусах. В 26 улусах (районах) Якутии отмечается превышение среднереспубликанского коэффициента смертности: в 11 из 13 районов, входящих в состав арктической зоны России (от 9,5 до 13,9 ‰ на 1 000 чел.); двух северных районах — Оймяконском (12,8 ‰) и Томпонском (10,1 ‰); четырех районах Южной Якутии (Нерюнгринский, Олекминский, Алданский, Усть-Майский — от 8,4 до 15,2 ‰); пяти улусах Центральной Якутии (Усть-Алданский, Таттинский, Мегино-Кангаласский, Кобяйский, Хангаласский — от 8,3 до 10,1 ‰); трех улусах Виллюйской группы (Виллюйский, Нюрбинский, Сунтарский — от 8,6 до 9,6 ‰).

Региональное неравенство в смертности населения Республики Саха становится еще рельефнее в поселенческом разрезе, особенно учитывая, что в 13 улусах (районах) республики нет городских поселений. При этом уровень смертности сельского населения (8,7 ‰ на 1 000 чел.) выше, а городского (7,9 ‰) — ниже среднереспубликанского коэффициента смертности. В сельских населенных пунктах 23 улусов (районов) смертность населения не только превышает указанный показатель, но и варьирует в широком диапазоне — от 8,7 до 15,2 ‰ на 1 000 чел.; только в 12 районах — уровень смертности ниже (от 6,8 до 8,6 ‰). В 13 улусах (районах) республики нет городских поселений, однако смертность городского населения в 18 из 22 улусов (районов) также выше среднереспубликанского уровня — от 8,3 до 15,2 ‰ на 1 000 чел.; лишь в четырех удалось достичь более хороших показателей (от 5,9 до 7,7 ‰). Отметим, что диспропорции в смертности городских (6,3 ‰) и сельских (6,8 ‰) женщин более сглажены, чем у мужчин (соответственно, 9,6 и 10,6 ‰ на 1 000 чел.). Наибольший вклад в повышенную смертность сельских мужчин вносят лица в возрасте 20–24 лет — 3,7 ‰ (1,6 ‰ у мужчин-горожан), 25–29

лет — 4,3 ‰ (2,2 ‰), 30–34 года — 6,6 ‰ (4,2 ‰), 35–39 лет — 8,5 ‰ (6,8 ‰ у мужчин-горожан).

Кроме того, статистически фиксируются различия в смертности по типам населенных пунктов внутри самих административных районов, которые не вписываются в общий тренд смертности городского и сельского населения Якутии. В частности, анализ внутрирайонных различий смертности показывает, что в 11 улусах (районах) коэффициент смертности городских жителей ниже, чем сельских; в 10 — выше, чем у сельских жителей; только в одном Усть-Майском улусе смертность населения в городских и сельских поселениях одинаково высока — по 15,2 ‰ на 1 000 чел.

Таким образом, территориальная стратификация смертности проявляет ее географический градиент, простирающийся с юго-запада на северо-восток и охватывающий северные и арктические территории Якутии с неблагоприятными климатическими условиями для жизни человека, слабо развитой транспортной схемой и системой коммуникаций; с малочисленным населением, рассеянным по изолированным, труднодоступным деревням, с ограниченными на местном уровне финансовыми, материальными, кадровыми и иными ресурсами.

Один из важнейших интегральных показателей, характеризующих социальное и экономическое благополучие общества, часто цитируемый в международной и межрегиональной сравнительной статистике, это младенческая смертность. Наблюдающееся снижение коэффициента младенческой смертности (число детей, умерших в возрасте до 1 года, на тысячу родившихся) с 9,6 ‰ в 2012 г. до 5,1 ‰ в 2017 г. (по России — 5,6; по ДВФО — 5,8 ‰) свидетельствует о позитивных сдвигах в укреплении потенциала общественного здоровья. Вместе с тем, несмотря на намечившееся улучшение, ситуация в области охраны материнства и детства в отдельных улусах еще чрезвычайно далека от достигнутого республикой рубежа. Так, в 17 из 35 административных районов фиксируется превышение среднереспубликанского коэффициента уровня младенческой смертности с большим размахом показателей. Прежде всего это относится к сельскому населению Аллаиховского (25 ‰ на 1 000 детей), Анабарского и Таттинского (по 13 ‰), Усть-Алданского (11,6 ‰), Усть-Майского (10,2 ‰) улусов и городскому населению Усть-Янского (18 ‰) и Оймяконского (10,9 ‰) районов, где уровень смертности детей до 1 года в несколько раз выше, чем в целом по республике.

Особенностью смертности населения Якутии остается ее гендерная дифференциация: значительный разрыв в уровнях смертности мужского (9,9 ‰ на 1 000 чел.) и женского (6,5 ‰) населения, имевшийся и ранее (в 2014 г.: мужчины — 10,6;

женщины – 6,7 ‰), практически не сокращается. Превышение среднереспубликанского коэффициента мужской смертности начинается в группе лиц 45–49 лет, тогда как женские когорты преодолевают аналогичный рубеж в возрасте 55–59 лет. Далее смертность растет с каждой последующей возрастной группой, доходя до наибольших значений у лиц старше 85 лет (у мужчин – 176,3 ‰ на 1 000 чел., у женщин – 156,4 ‰).

Отметим, что коэффициент смертности мужского населения выше, чем у женского, во всех возрастных группах, независимо от места жительства. Небольшие различия в уровне смертности, фиксируемые в детском возрасте (0–14 лет), стремительно нарастают и достигают более чем двукратного разрыва уже в подростковой группе 15–19 лет, главным образом, за счет городских жителей. Однако наибольшие расхождения приходится на лиц трудоспособного возраста: в группе 30–34 года коэффициент смертности мужчин в 4 раза больше, чем у женщин соответствующего возраста; в группе лиц 20–24 года, 25–29 лет, 35–39 лет, 45–49 лет, 55–59 лет – более чем в 3 раза. По типу поселения максимальные различия в смертности наблюдаются: в городской местности – в группе лиц 20–24 года, 30–34 года, в сельской – 25–29 лет, 30–34 года, 35–39 лет, где коэффициенты смертности мужчин в 3–5 раз превышают уровень смертности женщин.

Современная модель смертности народонаселения Якутии начала формироваться в 90-е гг. XX в. [16; 17]. Сопоставление коэффициентов смертности по ее основным причинам показывает, что сегодня в Якутии (как и в России в целом) численно доминирует смертность от болезней органов кровообращения (44,7 ‰), онкологических заболеваний (16,7 ‰), несчастных случаев, отравлений и травм (16,4 ‰). При этом динамика умерших от новообразований характеризуется ежегодным ростом: в 2013 г. – 126,8 на 100 тыс. чел., соответственно в 2014 г. – 128,2, в 2015 г. – 130,1, в 2016 г. – 134,6, в 2017 г. – 136,5, преимущественно за счет жителей сельских населенных пунктов республики. Устойчивость высокого уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний связана не только с процессом старения населения. Вектор изменений в половозрастной структуре умерших свидетельствует о том, что эта патология стала чаще распространяться среди населения трудоспособного возраста. Кроме того, существующую модель смертности населения Якутии можно рассматривать и как признак растущих внутрирегиональных различий в финансировании, доступности и качестве сердечно-сосудистой и онкологии.

Анализ внутрирегионального распределения неестественной смертности, часто связанной со злоупотреблением спиртными напитками, выяв-

ляет ее большую концентрацию в сельской местности Якутии – 157,3 случая на 100 тыс. чел. (в городской местности – 121,1), причем как у мужчин – 267,4 (202,7), так и у женщин – 49,9 (45,9). Кроме того, характерной чертой этого класса смертности остается сверхсмертность мужчин – 225,5 случаев на 100 тыс. чел. (женщины – 47,0). Республика занимает 2 место среди дальневосточных регионов по уровню смертности от убийств – 18,2 случая на 100 тыс. чел. (по России – 6,2, по ДВФО – 12,8), а также от случайных утоплений – 12,8 случая на 100 тыс. чел. (по России – 3,5, по ДВФО – 6,7), уступая Чукотскому автономному округу (соответственно 32,3 и 28,2). По уровню суицида – 27,7 случая на 100 тыс. чел. (по России – 13,8, по ДВФО – 18,2) республика находится на четвертом месте после Еврейской автономной области (41,7), Амурской области (35,7) и Чукотского автономного округа (34,3).

Симптоматично, что в последние годы неуклонно растет число умерших от случайных отравлений алкоголем: в 2015 г. – 4,8, в 2016 г. – 9,3, в 2017 г. – 11,1 случаев на 100 тыс. чел., тогда как в Российской Федерации в целом (10,4 – 9,6 – 8,4) и ДВФО (8,1 – 6,3 – 4,0) постепенно снижается. По уровню смертности населения от указанной причины Якутия является лидером среди регионов ДВФО, многократно превзойдя даже почти двухмиллионный Приморский край (3,6). Особенно выделяется смертность сельских жителей, обусловленная алкоголем (36,7 случаев на 100 тыс. чел.), почти аналогичная показателям горожан (37,8), а также их смертность в результате дорожно-транспортных происшествий (13,5 случаев на 100 тыс. чел.), которая значительно превышает соответствующий показатель городского населения (9,9).

В отличие от модели общей смертности, в структуре основных причин смертности трудоспособного населения Якутии на первой позиции находится смертность от внешних причин – 44,69 ‰, за которой следуют смертность от болезней системы кровообращения (16,75 ‰) и онкологических заболеваний (16,39 ‰). Среди показателей неестественной смертности трудоспособных лиц, охватывающих широкий круг причин смерти, лидируют самоубийства – 40,8 случаев на 100 тыс. чел., убийства – 28,5, травмы всех видов – 16,7, отравления алкогольными суррогатами – 14,8. Согласно статистическим данным, мужская сверхсмертность в республике формируется прежде всего за счет мужчин трудоспособного возраста (300,5 случаев на 100 тыс. чел.), проживающих преимущественно в сельских населенных пунктах – 267,4 (в городских поселениях – 202,7). Компоненты смертности от внешних причин находятся в непосредственной зависимости от социальных и экономических факторов [18–20]. Поэтому вполне обос-

нованна тесная корреляция показателей преждевременной смертности с неравномерным развитием отдельных территорий Республики Саха, неравенством доходов, различиями в уровне и качестве жизни сельских и городских домохозяйств [21].

Анализ связанных данных позволяет выделить отдельные типы административных районов в зависимости от дивергенции/конвергенции демографических тенденций в процессе перехода к новому режиму смертности. Так, в лидирующую группу можно отнести Якутск, Мирнинский и Анабарский районы (алмазодобывающие регионы), а также Верхневиллюйский и Намский улусы, характеризующиеся низкими коэффициентами смертности по всем трем ведущим ее причинам в сочетании с положительным естественным приростом населения. Это наиболее благополучные регионы республики, где уровень благосостояния людей (денежные доходы, жилищная обеспеченность, высококалорийное питание, образование и другие компоненты качества жизни) позволяет им пользоваться услугами государственной и страховой медицины, приобретать дорогостоящие лекарственные средства, получать высокотехнологичную медицинскую помощь, санаторно-курортное лечение и др. Постепенно создаются условия для формирования культуры здоровья и самосохранительного поведения, в частности, в городских поселениях функционируют различные спортивные комплексы, тренажерные залы, фитнес-клубы, бассейны, массажные кабинеты и т. д.; в сельской местности – места массового спортивного и культурного досуга в шаговой доступности.

На противоположном полюсе находится группа северных и арктических улусов – Абыйский, Аллаиховский, Верхнеколымский, Верхоянский, Момский, Нижнеколымский, Среднеколымский, Усть-Янский, Оймяконский, Томпонский, Эвено-Быгантайский, а также Усть-Майский (Восточная Якутия), Алданский и Олекминский (Южная Якутия), Кобяйский и Хангаласский (Центральная Якутия) районы, отличающиеся стабильно высоким коэффициентом смертности по основным ее причинам в сочетании с низким естественным приростом или депопуляцией населения. Большинство арктических и северных территорий относятся к самым неблагоприятным регионам республики, где стрессовый климатогеографический фактор усугубляется слабой инфраструктурой и качеством медицинского обслуживания, неудовлетворительными жилищно-бытовыми условиями, безработицей, низким уровнем заработной платы, недостаточностью организованного отдыха и досуга, что в целом стимулирует траекторию снижения общественного потенциала здоровья [22]. Кроме того, дезадаптация (алкоголизация, рост агрессии и насилия в обществе, личностный

крах и др.), отсутствие жизненных перспектив для многих категорий населения, особенно молодежи, препятствуют формированию культуры здорового образа жизни, заботы о собственном здоровье.

Тот факт, что в данную группу входят территории с относительно благоприятными природными и социально-экономическими условиями жизнедеятельности населения, проецирует общее состояние учреждений здравоохранения, функционирующих в небольших городах, рабочих поселках и сельских районах республики [23]. Вероятно, конвергенция в смертности также отражает некоторое сходство текущих демографических трендов в указанных типах населенных пунктов [24].

Промежуточное положение занимают 14 улусов (районов), которые можно разделить на группы «догоняющих» лидеров (Амгинский, Чурапчинский, Сунтарский, Нерюнгинский, Ленский), где наблюдаются отчетливые тенденции к снижению уровня смертности; вторую группу условно обозначим как «отстающую», где динамика показателей смертности по трем ведущим ее причинам не улучшается и пока не соответствует современному этапу перехода к здоровью.

Территориальная стратификация уровней и тенденций смертности населения Якутии подтверждает, что смертность от внешних причин, прежде всего людей в трудоспособном возрасте, является основным фактором, сдерживающим рост народонаселения и развитие нормальной половозрастной пирамиды. Однако, при формировании и реализации эффективной политики минимизации потерь населения необходимо учитывать не только общие, но и специфические компоненты, про которые пока принято смущенно хранить молчание или даже игнорировать в общественном дискурсе.

Прежде всего это относится к статистике преждевременной смертности представителей коренных малочисленных народов Севера (эвенки, эвены, долгане, чукчи, юкагиры), которая характеризуется длительностью и устойчивостью очень высокой убыли от неестественных причин [25]. Так, число умерших от внешних воздействий в местах их традиционного проживания неизменно превышает среднереспубликанский показатель: в 2012 г. – 302,4 случая на 100 тыс. чел. (по республике – 171,3), в 2014 г. – 259,4 (155,0), в 2017 г. – 220,6 (133,6). Симптоматично, что этот класс охватывает широкий круг причин смерти, но среди них фаворитные позиции занимают число умерших от самоубийств – 68,8 случая на 100 тыс. чел (по республике – 27,7), а также умерших от убийств – 38 случаев на 100 тыс. чел. (18,2) [26].

По определению экспертов *World Health Organization* (ВОЗ), свыше 20 случаев на 100 тыс. населения считается критическим уровнем суи-

цида. По данным Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. Сербского Министерства здравоохранения РФ, в целом по стране пик суицида был зафиксирован в 1994–1995 гг. — 42–43 случая на 100 тыс. чел.; в 2018 г. частота суицидов составила 12,4 на 100 тыс. чел. [27]. Таким образом, по количеству завершённых суицидов среди коренных малочисленных народов Севера Республика Саха превосходит мировой пороговый показатель в 3,4 раза, общероссийский — в 5,5 раз.

Исследования якутских ученых также иллюстрируют проекцию суицидального поведения на другие уязвимые социально-демографические группы — детей и молодежь [28; 29]. В 2014 г. по уровню подросткового суицида Якутия занимала третье место в стране — 46,9 случаев на 100 тыс. чел. (по России — 2,5) после Бурятии (50,4) и Республики Алтай (117,9) [30]. Таким образом, детский суицидальный индекс республики выше средних показателей по стране более чем в 18 раз и почти в 2,3 раза превышает предельные параметры ВОЗ. При этом показатели самоубийств среди детей — саха, эвенов, эвенков и других малочисленных народов Севера в 4 раза превышают уровень суицидальной активности детей некоренного населения Якутии [31].

Сохранение человеческой жизни, наряду с задачей ее продления, относится к числу базовых гуманитарных ценностей современного общества. Необычайно высокая, дифференцированная по этническому и возрастным критериям смертность от самоубийств требует принятия экстренных мер на государственном уровне. Однако именно этот аспект неестественной смертности оказался на периферии существующей политики в сфере охраны здоровья и снижения смертности населения республики. В частности, до сих пор не решен вопрос, инициированный в 2015 г. общественными организациями Якутии при поддержке республиканского уполномоченного по правам ребенка, о необходимости создания специализированного психотерапевтического центра, ориентированного на профилактику деструктивного, аутоагрессивного поведения. Между тем, Республика Тыва, которая длительное время входила в пятерку российских регионов со сверхвысокими показателями суицидов (более 60 случаев на 100 тыс. чел.), еще в 2015 г. достигла умеренного уровня ВОЗ — 12,7 случаев на 100 тыс. чел. Этот факт свидетельствует о том, что здесь удалось наладить качественную работу суицидологической службы по профилактике самоубийств на всей территории этой республики [32].

В числе причин суицидальной активности населения арктических территорий России чаще всего указывают синдром так называемого «полярного напряжения», связанный с такими экологическими стрессами, как холод, значительные

колебания сезонных температур, дефицит солнечного света, недостаток энергетических ресурсов и др. Безусловно, жизнь человека на Севере предполагает повышенные требования к здоровью человеческих популяций. Вместе с тем, согласно концепции ВОЗ, физическое и психическое здоровье является конечным продуктом комплекса факторов и определяется: примерно на 50 % бытовыми условиями и образом жизни, на 20 % — состоянием окружающей среды, на 20 % — генетикой, на 10 % — организацией медицинской помощи. В данном контексте повышается значимость выравнивания социально-экономических условий жизни, что предполагает достижение равенства социальных, демографических, этнических и территориальных групп населения Якутии при разработке и реализации государственных программ охраны здоровья, профилактики заболеваний и преждевременной смертности, а также устранение любых форм дискриминации в доступе к медицинским услугам.

В настоящее время наиболее проблемной зоной в области смертности считаются потери населения вследствие непомерного потребления спиртных напитков. Так, в 2013 г. был принят закон «Об установлении дополнительных ограничений времени, условий и мест розничной продажи алкогольной продукции в Республике Саха (Якутия)» [33]. Для снижения уровня алкоголизации населения и «пьяной» преступности законом был предусмотрен запрет реализации алкоголя с 14.00 до 20.00 часов на всей территории республики. Однако о неэффективности одних ограничительных мер, лишь стимулировавших расцвет бутлегерства, свидетельствуют данные Национального рейтинга трезвости субъектов Российской Федерации, где отражены позиции Республики Саха: если в 1917 г. она занимала 34 место, то в 2018 г. — уже 45-е [34].

В этой связи следует признать, что подобные меры не в состоянии сдерживать неблагоприятные тенденции, равно и как совершенствование работы медицинских учреждений республики. Вопросы снижения смертности непосредственно связаны с материальными возможностями, условиями жизни и труда людей, экологической обстановкой, социальной политикой и др., компенсирующими вредное влияние на здоровье неблагоприятных условий жизни человека на Севере. Кроме того, необходимо обратить внимание на важный нравственный аспект данной проблемы, который требует преодоления в общественном сознании пренебрежительного отношения к здоровью человека. Поэтому задачи повышения благосостояния и качества жизни населения, формирования представлений о жизни человека как о высшей социальной ценности должны стать общим делом государства и общества.

*Литература*

1. Согомонов А.Ю. Глокальность // Глобальность постсоветского общества. М., 2001. С. 134–158.
2. Демографический ежегодник России: 2017: стат. сб. М.: Росстат, 2017. 265 с.
3. Демографический ежегодник Республики Саха (Якутия): стат. сб. Якутск: ТО ФСГС по РС(Я), 2018. С. 262.
4. Vallin J., Andreev E., Meslé F., Shkolnikov V. Geographical diversity of cause-of-death patterns and trends in Russia // Demographic Research. 2005. № 12 (13). P. 323–380.
5. Миллер А.Е., Миллер М.А. Региональные различия демографического развития федеральных округов Российской Федерации // Вестн. Ом. ун-та. Сер. Экономика. 2010. № 4. С. 88–93.
6. Щукина А.С. Географический анализ современных демографических процессов // Вестн. Твер. гос. ун-та. Сер. География и геоэкология. 2015. № 2. С. 44–56.
7. Timonin S., Danilova I., Andreev E., Shkolnikov V. Recent Mortality Trend Reversal in Russia: Are Regions Following the Same Tempo? // European Journal of Population. 2017. № 33 (5). P. 733–763.
8. Пышминцева О.А. Региональная дифференциация смертности трудоспособного населения / Ин-т экономики УрО РАН // Динамика и инерционность воспроизводства населения и замещения поколений в России и СНГ. Т. 2. Демографический потенциал регионов России и СНГ: динамика роста и инерционность изменений. Екатеринбург, 2016. С. 141–146.
9. Путин В.В. Ежегодные послания президента В.В. Путина Федеральному Собранию Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: [www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_99072](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99072) (дата обращения: 05.10.2019).
10. Республика Саха (Якутия): особенности территориальной и социальной мобильности. Якутск: ИГИИ-ПМНС СО РАН, 2018. С.14–30.
11. Труд и занятость в Республике Саха (Якутия): стат. сб. Якутск: ТО ФСГС по РС(Я), 2018. С. 15.
12. О Стратегии социально-экономического развития Республики Саха (Якутия) до 2032 года с целевым видением до 2050 года [Электронный ресурс]: закон РС(Я) // Гарант: информ.-правовой портал. URL: <http://base.garant.ru/48185108/> (дата обращения: 10.10.2019).
13. Майофис М.Л., Кукулин И.В. Новое родительство и его политические аспекты // Pro et Contra. 2010. № 1–2 (48). С. 6–19.
14. Барашкова А.С. Северная семья. Демографический и социально-экономический аспекты. Новосибирск: Наука, 2009. 159 с.
15. Сукнева С.А. Смертность населения в Республике Саха (Якутия) // Вопросы статистики. 2009. № 8. С. 50–55.
16. Field M.G. The health crisis in the former Soviet Union: A report from the “post-war” zone // Social Science and Medicine. 1995. № 41 (11). P. 1469–1478.
17. Сукнева С.А. Влияние основных причин смертности на ожидаемую продолжительность жизни населения Республики Саха (Якутия) // Региональная экономика: теория и практика. 2010. № 16. С. 148–153.
18. Григулевич Н.И. Смертность от внешних причин в регионах России / ИЭА РАН // Этнополитическая ситуация в России и сопредельных государствах в 2012 г.: ежегод. докл. Сети этнологического мониторинга и раннего предупреждения конфликтов. М., 2013. С. 358–263.
19. Антонова О.И. Региональная дифференциация смертности от внешних причин // Вопросы статистики. 2007. № 10. С. 17–21.
20. Akhmedjonov A., Lau M.C.K., Izgi B.B. New evidence of regional income divergence in post-reform Russia. Applied Economics. 2013. № 45 (18). P. 2675–2682.
21. Социальное положение и уровень жизни населения Республики Саха (Якутия): стат. сб. Якутск: ТО ФСГС по РС(Я), 2018. С. 89–94.
22. Васильева О.В., Маклашова Е.Г. Молодежь Арктики: идентичности и жизненные стратегии. Якутск: ИГИИПМНС СО РАН, 2018. С. 115–134.
23. Здравоохранение в Республике Саха (Якутия): стат. сб. Якутск: ТО ФСГС по РС(Я), 2018. 160 с.
24. Смертность населения Республики Саха (Якутия) в 2017 году: стат. сб. № 176/313. Якутск: ТО ФСГС по РС(Я), 2018. 215 с.
25. Семенова Н.Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: утрата ценностей патриархальной семьи // Суицидология. 2018. Т. 9, № 2 (31). С. 3–15.
26. Социально-экономическое положение мест традиционного проживания и традиционной хозяйственной деятельности коренных малочисленных народов РФ на территории РС(Я) за 2012–2017 гг.: стат. сб. Якутск: ТО ФСГС по РС(Я), 2018. С. 21–22.
27. Эксперт сообщил об уменьшении числа суицидов в России среди взрослых [Электронный ресурс] // ТАСС: сайт. URL: <https://tass.ru/obschestvo/6982474> (дата обращения: 15.11.2019).
28. Михайлова А.В., Попова Л.Н. Эвентологический подход к оценке суицидального поведения молодежи // Фундаментальные исследования. 2015. № 7–3. С. 619–624.
29. Семенова Н.Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: смена традиционного образа жизни // Суицидология. 2017. Т. 8, № 4 (29). С. 31–43.
30. Профилактика суицидального риска у детей и подростков: метод. рекомендации для образовательных организаций. Якутск: «СМИК», 2018. С. 35.
31. Яковлева М.В. Особенности суицидальной ситуации в отдельных районах Республики Саха (Якутия) // Вестн. Северо-Восточ. федер. ун-та им. М.К. Аммосова. Сер. Медицинские науки. 2016. № 3 (4). С. 122–124.
32. Об установлении дополнительных ограничений времени, условий и мест розничной продажи алкогольной продукции в Республике Саха (Якутия) [Электронный ресурс]: закон РС(Я) // Ил Тумэн Республики Саха (Якутия): сайт. URL: <http://iltumen.ru/node/11148> (дата обращения: 09.11.2019).
33. Национальный рейтинг трезвости субъектов Российской Федерации [Электронный ресурс] // Сайт проекта «Трезвая Россия». URL: <http://www.trezvovros.ru/calendar/702> (дата обращения: 09.11.2019).