

---

## О ДЕТЕРМИНАНТАХ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

*А.Г. Роговина\**

Обсуждается динамика основных демографических показателей в регионах Крайнего Севера и приравненных к ним территориях в 1998-2009 гг. и факторы, препятствующие их оптимизации.

Ключевые слова: естественное движение населения, миграция, обеспеченность медицинским персоналом, обеспеченность больничными койками, условия жизни, Крайний Север.

Федеральный закон от 19.06.1996 г. № 78-ФЗ «Об основах государственного регулирования социально-экономического развития Севера Российской Федерации» определяет Север как высокоширотную часть РФ, характеризующуюся суровыми природно-климатическими условиями и повышенными затратами на производство продукции и жизнеобеспечение населения. Регионы Крайнего Севера и приравненные к ним местности отличает высокий природный и производственный потенциал. Такой статус имеют 10 самостоятельных субъектов федерации, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа полностью, а также еще 11 субъектов частично. На их территории (11 млн. кв. км – почти две трети страны) на 01.01.2010 г. проживали 10,5 млн. человек – 7,4% общей численности россиян.

Там сосредоточено почти 80% всех полезных ископаемых; добывается более 90% природного газа, 75% нефти, 80% золота, 90% меди и никеля, почти все алмазы, кобальт, платиноиды; производится до 20% ВВП страны, 18% электроэнергии, 20% лесной продукции. На северные территории приходится почти треть сальдированной прибыли предприятий и организаций, а в 2001-2002 гг. их вклад был вдвое выше [1].

Но капитальные вложения в экономику северных регионов стремительно сокращаются. Износ производственных мощностей на ряде предприятий превышает 70%, представляя опасность для окружающих. Частные собственники пренебрегают нормами техники безопасности и санитарии. Свер-

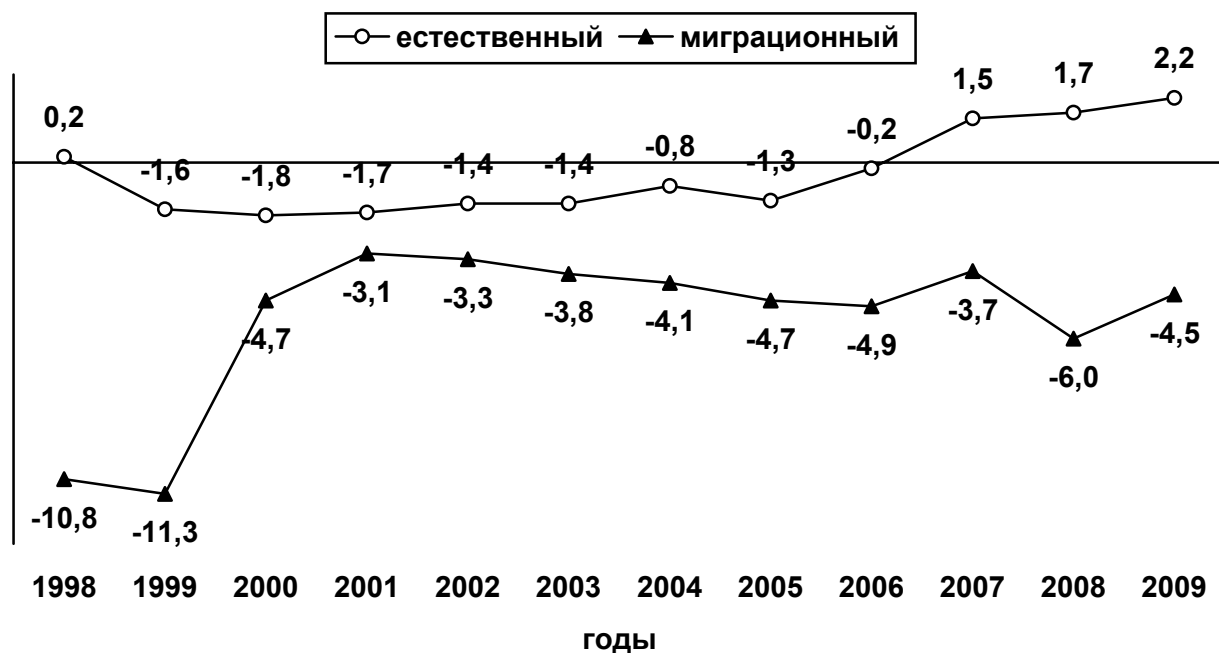
---

\* **Национальный НИИ общественного здоровья РАМН**

Роговина Анна Григорьевна – старший научный сотрудник, (495)917-04-74

тывание производства оставляет без работы трудоспособных жителей, обустройство на новом месте для которых зачастую невозможно.

Миграционная убыль населения Крайнего Севера свелась к минимуму в 2001 г. – 33,4 тыс. В 2008 г. она оказалась почти вдвое выше – 62,7 тыс., а в 2009 г. составила 47,3 тыс. – 45 на 10 тыс. населения (РФ – прирост 18,3) (рис. 1). Но в Ханты-Мансийском АО она зафиксирована только в 1999 и 2005-2006 гг. Максимум естественной убыли северян в 2000 г. составил 1,8‰, а с 2007 г. набирает силу прирост (2009 г. - +2,2‰).



**Рис. 1. Динамика прироста (убыли) населения Крайнего Севера (‰)**

Ни законодательство, ни указы президента, ни постановления правительства, ни федеральные программы не обеспечивают решения социально-экономических проблем Севера. Местные бюджеты не справляются с содержанием населенных пунктов. Тепловые сети, водопровод и канализация изношены более чем на 60%. Доля ветхого и аварийного жилья в 1,7-4,5 раза больше, чем в среднем по России. Благоустройство жилищного фонда в динамике деградирует. В 2009 г. по 24,5%, жилья не было оборудовано центральным отоплением и водопроводом (2005 г. – соответственно, 22,8 и 23,5%), 26,3% - канализацией (2005 г. – 25,1%), 30,6% - ваннами и душем (2005 г. – 29,5%). В районах проживания коренных малочисленных народов Севера (КМНС) эти показатели в 1,4-1,6 хуже. 68,5% жилья не газифицировано (2005 г. - 68,1%). В жилые помещения Чукотского АО, Камчатского

края, Магаданской области и приравненных к Крайнему Северу районов Иркутской области сетевой газ вообще не поступает. Ханты-Мансийский АО – один из флагманов отечественной газодобычи – обеспечивает им всего 24,0% своего жилищного фонда. Из года в год ухудшается снабжение продуктами питания и предметами первой необходимости.

На 10 тыс. населения Крайнего Севера в 2009 г. приходилось 47,5 врачей, в районах проживания КМНС – 39,7 (РФ – 50,1), средних медицинских работников – соответственно, 129,9 и 123,6 (РФ – 106,9), больничных коек – 104,2 и 105,5 (РФ – 96,8) (рис. 2). Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений с 2007 г. составляет 281-283 посещений в смену (РФ – 257-259).

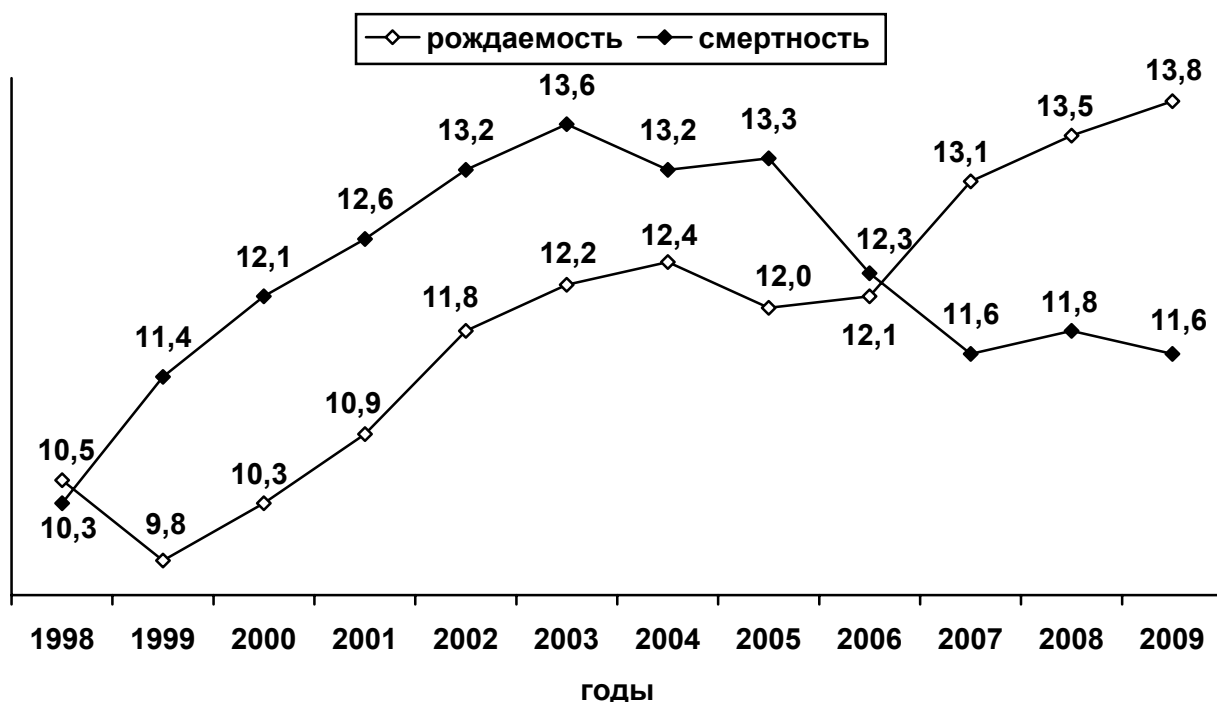


**Рис. 2. Динамика обеспеченности населения Крайнего Севера медицинским персоналом и больничными койками**

Обращаемость северян за медицинской помощью превышает среднероссийский уровень в 3-5 раз. По оценкам физиологов, их биологический возраст больше календарного на 10 лет [3]. Менее 30% заболеваний выявляются на ранних стадиях (РФ – 58,5%) при 34% запущенных случаев (РФ – 13,0%). Отсутствие централизованных систем водоснабжения и канализации способствует распространению кишечных инфекций – дизентерии, гепатита, паразитарных и глистных инвазий. Особые опасения вызывает состояние здоровья КМНС, численность которых сократилась до 176 тыс. человек.

Постсоветские экономические приоритеты гипертрофировали масштабы краткосрочной дальней вахты, срок которой совпадает с пиком адаптационной нагрузки, а перестройка организма прерывается возвращением к месту постоянного проживания. Заболеваемость работников межрегиональной вахты на 37% выше, чем у работников внутренней вахты, и на 10% выше, чем у местного населения [4].

Ввиду низкой интенсивности старения населения Крайнего Севера (доля лиц, миновавших 60-летний рубеж, ограничивается 11,9% против 17,7% по РФ) показатели его воспроизводства сравнительно благополучны (рис. 3): рождаемость заметно превышает среднероссийский уровень с варьированием разрыва от 21,6% в 2002 г. до 11,3% в 2009 г. (13,8 против 12,4‰), а смертность уступает ему от 24,3% в 1998 г. до 17,1% в 2003 г., стабилизировавшись с 2007 г. на уровне 11,6-11,8‰ (РФ – 14,2-14,6‰). В районах проживания КМНС смертность еще на 3-9% выше, рождаемость - на 7-10%.



**Рис. 3. Динамика естественного движения населения (‰)**

Но  $\frac{3}{4}$  беременных женщин имеют значимые отклонения в состоянии здоровья, 70% недополучают необходимые продукты питания, витамины и микроэлементы. В результате развитие 80% детей нарушено еще до рождения [3]. Высока материнская и младенческая смертность. Их снижение после создания в Якутии специализированного роддома для матерей, страдающих алкоголизмом, обернулось ростом детской инвалидности [2].

Описанная ситуация формируется преимущественно экстенсивной эксплуатацией природного и человеческого потенциала северных территорий без оглядки на возможность и необходимость их восстановления. Экстремальные условия многократно повышают уязвимость большинства населения. Истощение доступных месторождений, демографический кризис и неблагоприятная конъюнктура международного рынка определяют актуальность выработки и реализации принципиально иной государственной стратегии в отношении этих регионов, обеспечивающей восходящее выравнивание всех социальных аспектов.

## **Литература**

1. Белоусов А.Р. Развитие российской экономики в посткризисный период (макроэкономический аспект) // Проблемы прогнозирования. - 2003. - № 6. – С. 10.
2. Зубаревич Н. Регионы России: социальная проекция экономического роста. - [demoscope.ru/weekly/2007/0273/print.php](http://demoscope.ru/weekly/2007/0273/print.php).
3. О состоянии здравоохранения в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях в соответствии с задачами национального проекта «Здоровье». – [www.severcom.ru/files/upload/analytics](http://www.severcom.ru/files/upload/analytics).
4. Пчелинцев О.С. с соавт. Социально-демографические процессы в зоне Севера и задачи государственного регулирования. – [demoscope.ru/weekly/2005/0209/print.php](http://demoscope.ru/weekly/2005/0209/print.php).