

# ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ



Оригинальная статья

УДК 311, 314.42

JEL J11, I15

[https://doi.org/10.52180/1999-9836\\_2026\\_22\\_1\\_8\\_117\\_141](https://doi.org/10.52180/1999-9836_2026_22_1_8_117_141)

EDN CCRUXC

## Внутрирегиональные особенности смертности в разных типах городских и сельских поселений Республики Башкортостан

Сюембика Рашидовна Хазипова

Уфимский университет науки и технологий, Уфа, Россия

([www.suembika@mail.ru](mailto:www.suembika@mail.ru)), (<https://orcid.org/0000-0002-2191-0471>)

### Аннотация

Снижение территориального неравенства в показателях смертности выступает приоритетной задачей демографической политики России. Несмотря на актуальность проблемы, внутрирегиональные различия в структуре смертности остаются недостаточно изученными. Целью исследования является выявление внутрирегиональных особенностей смертности в разных типах городов и сел Республики Башкортостан. Эмпирическую базу исследования составили данные Росстата за 2011–2023 гг. Методологический инструментарий включает расчёт стандартизованных коэффициентов смертности (для элиминирования влияния возрастной структуры), построение таблиц смертности, а также применение метода декомпозиции для количественной оценки вклада отдельных возрастных групп и причин смерти в территориальные различия. Анализ проведён в разрезе пяти периодов, включая пандемический (2020–2021 гг.) и восстановительный (2022–2023 гг.) этапы. Анализ показал, что в период 2011–2019 гг. во всех типах поселений наблюдался устойчивый рост продолжительности жизни. Однако пандемия COVID-19 (2020–2021 гг.) привела к значительному снижению ОПЖ, обусловленному ростом смертности как в пожилых, так и в младших возрастных группах. В восстановительный период (2022–2023 гг.) рост продолжительности жизни возобновился за счёт снижения смертности пожилого населения, а также сокращения потерь от болезней системы кровообращения и органов дыхания. Установлено, что наиболее высокие показатели ОПЖ характерны для крупных урбанизированных центров (Уфа, Нефтекамск, Октябрьский, Салават), тогда как наиболее низкие показатели ОПЖ характерны для малых и средних городов (так называемых «других городов») и сельских территорий. Полученные результаты подтверждают необходимость дифференцированного подхода к демографической политике с учётом типа поселения.

**Ключевые слова:** смертность, причины смерти, национальный проект, регион, Республика Башкортостан, ожидаемая продолжительность жизни, городское население, сельское население

**Для цитирования:** Хазипова С.Р. Внутрирегиональные особенности смертности в разных типах городских и сельских поселений Республики Башкортостан // Уровень жизни населения регионов России. 2026. Том 22. № 1. С. 117–141. [https://doi.org/10.52180/1999-9836\\_2026\\_22\\_1\\_8\\_117\\_141](https://doi.org/10.52180/1999-9836_2026_22_1_8_117_141) EDN CCRUXC



RAR (Research Article Report)

JEL J11, I15

[https://doi.org/10.52180/1999-9836\\_2026\\_22\\_1\\_8\\_117\\_141](https://doi.org/10.52180/1999-9836_2026_22_1_8_117_141)

## Intraregional Mortality Patterns in Different Types of Urban and Rural Settlements of the Republic of Bashkortostan

Syuembika R. Khazipova

Ufa University of Science and Technology, Ufa, Russia

([www.suembika@mail.ru](mailto:www.suembika@mail.ru)), (<https://orcid.org/0000-0002-2191-0471>)

### Abstract

Reducing territorial inequality in mortality indicators is a priority task of Russia's demographic policy. Despite the relevance of the problem, intraregional differences in structure of mortality remain insufficiently studied. The purpose of this study is to identify the intraregional characteristics of mortality in different types of cities and villages in the Republic of Bashkortostan. The empirical basis of the research consists of Rosstat data for 2011–2023. The methodological toolkit includes the calculation of age-standardized mortality rates (to eliminate the effect of age structure), construction of life tables, and the application of decomposition methods to quantitatively assess the contribution of individual age groups and causes of death to territorial differences. The analysis was conducted across five periods, including the pandemic (2020–2021) and recovery (2022–2023) stages. The analysis showed that during 2011–2019, all types of settlements experienced steady growth in life expectancy. However, the COVID-19 pandemic (2020–2021) led to a significant decline in LE, driven by increased mortality in both elderly and younger age groups. In the recovery period (2022–2023), growth in life expectancy resumed due to reduced mortality among the elderly population, as well as declines in mortality from the circulatory system and respiratory organs. It was established that the highest LE indicators are characteristic of large urbanized centers (Ufa, Neftekamsk, Oktyabrsky, Salavat), whereas the lowest LE indicators are characteristic of small and medium-sized cities (so-called «other cities») and rural territories. The results obtained confirm the necessity of a differentiated approach to demographic policy taking into account settlement type.

**Keywords:** mortality, causes of death, national project, region, Republic of Bashkortostan, life expectancy, urban population, rural population

© Хазипова С.Р., 2026

**For citation:** Khazipova S.R. Intraregional Mortality Patterns in Different Types of Urban and Rural Settlements of the Republic of Bashkortostan. *Uroven' zhizni naseleniya regionov Rossii=Living Standards of the Population in the Regions of Russia*. 2026;22(1):117–141. [https://doi.org/10.52180/1999-9836\\_2026\\_22\\_1\\_8\\_117\\_141](https://doi.org/10.52180/1999-9836_2026_22_1_8_117_141) (In Russ.)

## Введение

Смертность населения является одним из ключевых демографических показателей, отражающих состояние здоровья общества и проблемы социально-экономического развития территории. В Российской Федерации наблюдаются значительные региональные различия в уровне смертности, в том числе между городскими и сельскими территориями.

Исследование региональных и поселенческих особенностей смертности остаётся одним из ключевых направлений демографической науки, поскольку данный показатель интегрирует характеристики здоровья населения и устойчивости социально-экономического развития территорий.

Республика Башкортостан характеризуется ярко выраженной внутрирегиональной неоднородностью, обусловленной как социальными, так и инфраструктурными факторами. Регион представляет особый интерес благодаря большой численности населения и сложному административно-территориальному устройству, включающему различные типы городов и значительную долю сельского населения.

Башкортостан является одним из крупнейших регионов Российской Федерации, с населением свыше 4 миллионов человек. Административно-территориальное деление республики включает 54 района, 21 город, 2 рабочих посёлка, 828 сельсоветов и 4538 сельских населённых пунктов (включая населённые пункты без постоянного населения)<sup>1</sup>. Регион входит в первую «двадцатку» по доле сельского населения (37,5%) среди всех субъектов Российской Федерации<sup>2</sup>.

Изучение региональных особенностей в уровне и структуре смертности в городах и сельских поселениях Республики Башкортостан приобретает особую актуальность в контексте основных задач демографической политики региона и необходимости учёта имеющихся различий в процессе реализации и последующего мониторинга ключевых направлений социально-экономического и демографического развития.

<sup>1</sup> Постановление Правительства Республики Башкортостан от 29.12.2006 г. № 391 «Об утверждении Реестра административно-территориальных единиц и населённых пунктов Республики Башкортостан (с изменениями на 6 декабря 2021 года)».

<sup>2</sup> Численность населения // Федеральная служба государственной статистики: [сайт]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения: 18.02.2025).

Теоретические основы интерпретации смертности как индикатора социально-экономического развития были заложены в работах Амартии Сена, который рассматривал уровень смертности как отражение общественного благосостояния и институциональной эффективности [1].

Эта концепция получила развитие и углубление в отечественной демографической науке. С.А. Новосельский, основоположник русской санитарной и демографической статистики, уже в начале XX века разработал методологию, в которой уровень и структура смертности по причинам рассматривались как прямое отражение условий жизни и социально-экономического положения населения. В своём фундаментальном исследовании «Влияние экономических условий на частоту отдельных причин смерти» Новосельский впервые применил метод анализа дифференциации смертности по причинам в разрезе социально-экономических характеристик (семейное положение, национальность, род занятий, тип поселения). Разработанная им методология – построение полных таблиц смертности и её декомпозиция по причинам – заложила основы отечественной региональной демографии [2].

В российской научной литературе современный этап развития этого подхода представлен в трудах Т.Н. Тополевой, анализирующей взаимосвязь региональной политики и демографических рисков [3]. Также в работах А.Е. Щура и С.А. Тимонина, предложивших концепцию «центр-периферийных различий» в смертности. Их подход демонстрирует, что территориальное неравенство в продолжительности жизни структурировано иерархией поселений и определяется дифференцированной доступностью специализированной медицинской помощи [4; 5].

Современные эмпирические исследования утверждают, что устойчивые различия в уровне смертности между городской и сельской местностью в полной степени зависят от уровня урбанизации и степени социально-экономического развития [6; 7].

Российские исследователи, в т.ч. С.В. Захаров и М.Б. Денисенко, подтверждают устойчивость различий демографических показателей между городским и сельским населением, обозначая взаимосвязь социально-экономического положения территорий с демографическими показателями

[8; 9]. Авторы утверждают, что выравнивание демографического и социально-экономического развития между регионами – это одна из центральных задач российской демографической политики, необходимая для стабилизации ситуации в периферийных территориях.

Однако применение указанных подходов для анализа малых территорий сталкивается с существенными методологическими вызовами. Работы А.Е. Щура, С.А. Тимонина и Г.А. Марычева выявили критическую проблему: сопоставимость региональных данных по причинам смерти существенно нарушена различиями в практике кодирования причин смерти [10]. Исследования В.В. Юмагузина и М.В. Винника показали, что качество кодирования причин смерти варьируется между территориями – проблема особенно остра в пандемийные периоды, когда смерти от COVID-19 кодировались как смерти от респираторных заболеваний [11]. Для преодоления этих ограничений в анализе малых территорий применяются методы, разработанные Ждановым и другими исследователями, которые используют двумерные модели для разложения различий по возрасту и причинам смерти [12; 13; 14].

Республика Башкортостан, обладающая выраженной внутрирегиональной неоднородностью, представляет идеальный объект для апробации этих методологических подходов. По данным башкирских исследователей, крупные городские агломерации, включая Уфимскую, характеризуются более низкими уровнями смертности и развитой инфраструктурой здравоохранения, тогда как сельские территории отличаются повышенными показателями смертности от внешних причин [15; 16]. Мужчины трудоспособного возраста демонстрируют наибольшие потери лет жизни в периферийных территориях [17; 18].

Авторы монографического исследования «Республика Башкортостан: Демографический доклад» показывают, что территориальные различия в смертности сохраняются на протяжении десятилетий [19]. Высокоурбанизированные зоны в Республике Башкортостан характеризуются лучшей обеспеченностью медицинскими услугами и меньшими показателями преждевременных смертей, тогда как сельские районы Башкирии испытывают совокупное воздействие инфраструктурных, поведенческих и социально-экономических ограничений.

Концептуальные направления снижения смертности в Башкортостане отражены в исследовании, посвящённом реализации Концепции демографической политики Республики Башкортостан до 2025 года. В нём подчёркивается необходимость дифференцированной демографической политики, уделяющей внимание различиям по типам по-

селений, развитию инфраструктуры здравоохранения и межведомственной координации [20].

Совокупность рассмотренных источников и научной литературы позволяет сделать вывод о том, что смертность и продолжительность жизни в малых территориях как в России, так и в Республике Башкортостан определяются системными факторами: уровнем урбанизации, доступностью медицинской инфраструктуры, социально-экономическим контекстом и поведенческими рисками. Общие методологические подходы базируются на сочетании демографического анализа с пространственной статистикой и для повышения точности оценок требуют дальнейшего применения моделей для малых территориальных единиц.

Несмотря на значительный объём проведённых исследований в области региональной демографии, во-первых, внутрирегиональная дифференциация смертности в субъектах Российской Федерации с выраженной пространственной неоднородностью остаётся недостаточно изученной. Подавляющее большинство работ сосредоточено на макроуровне анализа, сравнивая демографические показатели между субъектами, что ограничивает возможность разработки эффективной территориальной дифференцированной политики.

Во-вторых, существующие исследования, как правило, фиксируют сам факт территориальных различий в смертности, однако вопрос о конкретных механизмах их формирования остаётся малоизученным. Остаются нерешёнными следующие вопросы: какие возрастные группы вносят наибольший вклад в разрыв ОПЖ между типами поселений и какие причины смерти выступают ключевыми детерминантами неравенства.

Поэтому целью настоящей работы является выявление внутрирегиональных особенностей смертности в разных типах городов и сёл Республики Башкортостан.

В качестве объекта исследования выступают население больших, средних и малых городов, а также сельские поселения Башкортостана. Предметом научного анализа являются особенности и различия в смертности населения в вышеназванных типах поселений республики.

Гипотеза исследования основывается на существовании в Республике Башкортостан устойчивого пространственного градиента смертности, детерминированного иерархией системы расселения (модель «центр–периферия»). Предполагается, что региональный центр (г. Уфа) и крупные города реализуют «городское преимущество», демонстрируя более высокую ожидаемую продолжительность жизни. Напротив, малые города и сельские территории, представляющие собой «периферию», характеризуются повышенным уровнем смертности.

Задачи исследования:

1. Проанализировать тенденции ожидаемой продолжительности жизни (с 2011 по 2023 гг.) в разных типах городов и сельских поселений Республики Башкортостан;

2. Оценить вклад отдельных возрастных групп и анализируемых причин смерти во внутрирегиональное неравенство в продолжительности жизни населения Республики Башкортостан;

3. Определить особенности структуры смертности населения по причинам смерти в разных типах городов и сельской местности Республики Башкортостан.

#### Теоретические и методологические положения

Анализ различий в уровне смертности между городскими и сельскими поселениями Республики Башкортостан опирается, прежде всего, на теорию «центр–периферия» Дж. Фридмана [21]. Применительно к демографии этот подход объясняет разницу в показателях смертности через устройство системы расселения. Исследование исходит из гипотезы, что крупные города («центры») благодаря развитой медицине и экономическим ресурсам создают так называемое «городское преимущество» для здоровья жителей и, следовательно, для продолжительности их жизни. Напротив, «периферия» – малые города и сельские территории – из-за ограниченного доступа к высокотехнологичной медицинской помощи и более низкого уровня жизни сталкивается с более высокими рисками смертности.

Валидность данной модели подтверждена в трудах А.Е. Щура [4; 5], исследовавшего поляризацию смертности на макроуровне – в масштабах Российской Федерации. В настоящей статье, в отличие от указанных работ автора, фокус исследовательского внимания смещён на субрегиональный (внутрирегиональный) уровень. Это предполагает детальный анализ диспропорций смертности непосредственно внутри субъекта страны, что позволяет выявить специфику разрыва в показателях между различными типами его поселений.

Для интерпретации социальной сущности выявленных пространственных различий теоретическая рамка исследования дополнена концепцией Амартия Сена [1]. Согласно данному подходу, уровень смертности выступает ключевым индикатором экономической эффективности и социального благополучия общества. Следовательно, территории с более низкими уровнями смертности интерпретируются как зоны более высокого качества жизни, тогда как повышенная смертность сигнализирует о системных провалах в социально-экономическом развитии и накопленном неравенстве.

#### Данные и методы

Анализ смертности в Республике Башкортостан основан на расчётах автора, использующего стандартизированные показатели смертности и ожидаемой продолжительности жизни.

Исходя из целей исследования, выделены категории по типам поселения: столица Республики Башкортостан Уфа с населением 1 190 254 человека – 1 категория (город-миллионник); Стерлитамак с населением 280 487 человек – 2 категория (крупные города от 250 до 500 тыс. чел.); Нефтекамск (144 405 человек), Октябрьский (116 510 человек) и Салават (144 970 человек) – 3 категория (большие города от 100 до 250 тыс. чел.); оставшееся городское население с численностью менее 100 000 человек – 4 категория (средние города от 50 тыс. до 100 тыс. чел., малые – до 50 тыс. чел.). Численность населения приведена на 1 января 2025 года<sup>3</sup>. Города Нефтекамск, Октябрьский, Салават были объединены в связи с малочисленностью событий (численность населения менее 200 000 человек). В 5 категорию вошла сельская местность Республики Башкортостан. Для минимизации возможных колебаний показателей, вызванных малым числом событий, сравнительный анализ проведён по средним значениям за трёхлетние периоды: 2011–2013, 2014–2016, 2017–2019 гг., и двухлетние периоды в период пандемии (2020–2021 гг.) и после пандемии (2022–2023 гг.).

Были использованы данные Росстата о распределении умерших по полу, возрасту, причинам смерти и среднегодовой численности населения на отобранных территориях с 2010 по 2023 гг.<sup>4</sup>. Прямым способом рассчитаны стандартизированные коэффициенты смертности по причинам смерти с использованием методологии ВОЗ – Европейский стандарт возрастной структуры 1976 года. Также были проведены расчёты ожидаемой продолжительности жизни с помощью таблиц смертности и декомпозиции разницы в ожидаемой продолжительности жизни при рождении по возрастным группам и причинам смерти.

Однако следует подчеркнуть, что исследование имеет ограничения, проистекающие из нескольких источников. Во-первых, качество кодирования причин смерти варьируется между территориями, что может приводить к неоднородности классификации, особенно актуальной в период пандемии COVID-19, когда смерти кодировались как от респираторных заболеваний

<sup>3</sup> Оценка численности постоянного населения Республики Башкортостан по муниципальным образованиям на 1 января 2025 года // Федеральная служба государственной статистики: [сайт]. URL: <https://02.rosstat.gov.ru/folder/25491> (дата обращения: 18.02.2025).

<sup>4</sup> Статистические данные были получены автором на основе запроса о предоставлении официальной статистической информации в Росстат.

[10; 11]. Во-вторых, малая численность событий в некоторых городах создаёт проблему случайной изменчивости показателей. В-третьих, номинальная численность населения на некоторых территориях может отличаться от реальной, особенно в периоды миграции [10].

Для минимизации влияния выявленных ограничений были применены следующие методы. Временное агрегирование (анализ по трёхлетним периодам вместо годовых данных) снижает влияние случайных колебаний в территориях с малой численностью населения. Объединение малочисленных городов Нефтекамска, Октябрьского и Салавата в одну категорию позволило увеличить число событий и тем самым повысить статистическую надёжность оценок. Применение стандартизованных коэффициентов смертности по Европейскому стандарту ВОЗ (1976 год) исключило влияние различий в возрастной структуре населения разных территорий на сравнимость показателей.

Несмотря на выявленные ограничения, использование официальных данных Росстата остаётся единственным возможным подходом для проведения систематического анализа внутрирегиональной дифференциации смертности за длительный период (2011–2023 гг.). Метод декомпозиции, применяемый в настоящем исследовании, рекомендуется для анализа именно малых территориальных единиц, где традиционные подходы особенно подвержены влиянию случайных колебаний.

## Результаты исследования

### Тенденции ожидаемой продолжительности жизни

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) является важным показателем для оценки уровня смертности населения [22; 23]. ОПЖ мужчин и

женщин в городских и сельских районах Республики Башкортостан демонстрирует схожие тенденции (рисунок 1). В период с 2010 по 2019 гг. во всех исследуемых территориях наблюдался рост ожидаемой продолжительности жизни. Однако пандемия в 2020–2021 гг. привела к значительному снижению этого показателя.

Примечательно, что в годы пандемии наиболее значительное снижение ожидаемой продолжительности жизни произошло в больших городах: Нефтекамске, Октябрьском и Салавате, где отрицательный прирост составил 2,52 года для мужчин и 3,43 года для женщин. В Уфе это снижение было несколько меньше: 2,08 года для мужчин и 3,24 года для женщин. В небольших городах и сельской местности отрицательный прирост был менее выраженным, что свидетельствует о более умеренном воздействии пандемии.

В 2022–2023 гг. намечилось улучшение общей ситуации, и показатель ожидаемой продолжительности жизни вырос, не только восстановив допандемийные значения, но и превзойдя их. Особенно заметно это было среди мужского населения, где наибольший рост ОПЖ наблюдался в таких городах, как Уфа и Стерлитамак, по сравнению с 2017–2019 гг. Среди женщин рост ОПЖ особенно заметен в крупных городских районах, особенно в Уфе.

На рисунке 1 видно, что Уфа и большие города, такие как Нефтекамск, Октябрьский и Салават, занимают лидирующие позиции по показателю ОПЖ как среди мужчин, так и среди женщин с 2011 по 2023 гг. В то же время сельские районы, малые и средние города (в нашем исследовании они обозначены как «другие города») демонстрируют самые низкие значения ОПЖ, а Стерлитамак занимает промежуточное положение.



Рисунок 1. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин в городах различной численности и сельской местности в Республике Башкортостан, 2010–2023 гг., лет

Figure 1. Life Expectancy of Men and Women in Cities of Various Sizes and Rural Populations in the Republic of Bashkortostan, 2010–2023, in Years

Источник: расчёты автора на основе данных Федеральной службы государственной статистики<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Статистические данные были получены автором на основе запроса о предоставлении официальной статистической информации в Росстат.

**Вклад возрастных групп в изменение ожидаемой продолжительности жизни**

Особое место в анализе тенденций ожидаемой продолжительности жизни принадлежит оценке вклада изменений смертности в отдельных возрастах и от определённых причин смерти, которые приводят либо к росту, либо к снижению ожидаемой продолжительности жизни за какой-либо период (см. Приложение А, таблицы А.1; А.2).

В период с 2011–2013 по 2014–2016 гг. основной толчок к увеличению ожидаемой продолжительности жизни мужчин дала возрастная группа 45–64 года, при этом вклад лиц старше 65 лет был относительно скромным. Мужское население в целом демонстрировало более высокие темпы прироста ожидаемой продолжительности жизни (0,42–1,45 года в среднем за год), чем женское (0,0–0,8 года).

Географически территориальные различия проявлялись в следующем: в столице (Уфе) улучшалось здоровье пожилого населения благодаря концентрированной инфраструктуре здравоохранения и кардиологическим программам, тогда как в малых городах и сельской местности выигрыш достигался главным образом за счёт лучшего здоровья трудоспособного мужского населения (15–44 года), где вклад составлял 0,58–0,66 года против 0,05 года в столице. Для женского населения роль детской смертности оставалась более значимой во всех типах поселений (0,01–0,29 года), свидетельствуя об относительно более успешной реализации программ охраны материнства и детства. С 2014–2016 по 2017–2019 гг. наблюдалось увеличение вклада в прирост продолжительности жизни пожилого населения (45–64 года и особенно 65+ лет), что свидетельствовало об улучшении уровня жизни и доступности медицинских услуг для этих групп. Произошло заметное сужение территориальных различий: все территории (Уфа, крупные города, малые города, сельская местность) начали демонстрировать примерно одинаковую динамику ожидаемой продолжительности жизни (1,67–2,99 года для мужчин, 1,01–1,61 года для женщин в среднем за год). Гендерные различия в механизмах прироста сохранялись: мужское население продолжало достигать более высоких абсолютных темпов прироста за счёт молодого трудоспособного населения, женское население демонстрировало более низкие темпы прироста, но с более высоким относительным вкладом пожилого населения.

В период с 2017–2019 по 2020–2021 гг. наблюдался кардинальный перелом: значительный отрицательный вклад пожилых и детских возрастов в показатель продолжительности жизни. Среди

мужчин общее снижение ожидаемой продолжительности жизни составило 1,1–2,8 года в среднем за год, с максимальным ущербом в группе 65+ лет (–0,75 до –1,74 года в зависимости от территории).

Однако наиболее критичной была ситуация среди женского населения, которое испытало диспропорционально большее снижение ожидаемой продолжительности жизни, в 1,5–2 раза большее, чем мужское. Снижение ожидаемой продолжительности жизни среди женщин составило 2,36–3,43 года в среднем за год. Максимальное падение наблюдалось в группе 65+ лет (от –1,57 до –2,07 года).

Территориальные различия в интенсивности пандемийного ущерба также были значительны: в городах Нефтекамск, Октябрьский, Салават общее снижение достигло –2,80 года для мужчин, что на 25% превысило показатель для столицы Уфы (–2,08 года).

С 2020–2021 по 2022–2023 гг. наблюдалось универсальное повышение вклада старших возрастных групп в общее увеличение продолжительности жизни, хотя темпы и масштабы восстановления существенно варьировались между территориями и полами.

По мужскому населению наибольшее повышение ожидаемой продолжительности жизни наблюдалось в Уфе (на 3,91 года в среднем за год, при этом только группа 65+ лет дала вклад +2,36 года), что почти полностью компенсировало потери пандемийного периода. Наименьшее повышение было в сельской местности (на 1,96 года в среднем за год, при этом группа 65+ лет дала вклад +1,14 года).

По женскому населению восстановление было ещё более интенсивным, чем у мужчин. Наибольшее повышение наблюдалось в Уфе (на 4,33 года в среднем за год, при этом группа 65+ лет дала вклад +2,90 года), тогда как в сельской местности прирост составил 3,47 года в среднем за год (группа 65+ лет: +2,06 года). Разница между столицей и сельской местностью (0,86 года) оказалась существенно меньше, чем у мужчин (см. Приложение А, таблицы А.1; А.2).

**Вклад отдельных причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни**

Несомненно, общие тенденции смертности по возрастам определяются её динамикой от разных причин смерти. При этом, определяя вклад изменений смертности от отдельных причин, следует учитывать несовершенство правил кодирования причин смерти, которое может проявиться, например, в неоправданно широком использовании диагноза «старость» или в случаях, когда умершие от причин одного класса записываются как умершие от причин другого класса и т.д. [10; 11].

В частности, в период пандемии достаточно часто, особенно в первый год, умерших от COVID-19 учитывали как умерших от болезней органов дыхания, в том числе пневмоний, развивающихся в результате вирусной инфекции [24].

Значительный вклад в увеличение продолжительности жизни в городах различной численности и сельском населении в Республике Башкортостан с 2010 по 2019 гг. внесло снижение смертности от болезней системы кровообращения (ССЗ) и внешних причин. Однако влияние этих факторов на мужчин и женщин было различным [25]. Кроме того, снижение смертности от внешних причин среди мужчин в Башкортостане оказало несколько большее влияние на увеличение продолжительности жизни по сравнению с женщинами ОПЖ (см. Приложение А, таблицы А.3; А.4).

Пандемия COVID-19 в 2020 г. привела к определённым изменениям в уровне смертности от различных причин. Исследования показали, что из-за различных подходов к выявлению основной причины смерти произошло не только увеличение числа смертей от COVID-19, но и увеличение числа других смертей, особенно от респираторных заболеваний, включая пневмонию. Это увеличение смертности по неустановленным причинам, включая тех, кто умер от COVID-19 в качестве первоначальной причины, в наибольшей степени способствовало сокращению ожидаемой продолжительности жизни в Башкортостане как у мужчин, так и у женщин. Кроме того, в Башкортостане рост смертности от заболеваний органов дыхания способствовал снижению ОПЖ среди мужчин. Относительно меньший вклад внесло увеличение смертности от болезней системы кровообращения. В то же время снижение смертности от новообразований и инфекций внесло положительный, хотя и относительно незначительный, вклад в изменение ОПЖ.

В Республике Башкортостан в период с 2020–2021 по 2022–2023 гг. ожидаемая продолжительность жизни увеличилась за счёт снижения смертности, особенно от заболеваний системы кровообращения, органов дыхания и инфекционно-паразитарных болезней. Среди женщин снижение смертности от респираторных заболеваний было значительно больше, чем среди мужчин. Смертность от неустановленных причин также снизилась, что положительно сказалось на ОПЖ (см. Приложение А, таблицы А.3; А.4).

Дифференцированное восстановление по причинам смерти отражает переход системы здравоохранения региона от кризисного реагирования на пандемию к восстановлению плановой работы по профилактике и лечению основных хронических заболеваний. Существенный вклад

в прирост ожидаемой продолжительности жизни среди женщин за счёт снижения респираторной смертности подтверждает эффективность специальных мер по диагностике и лечению постковидного синдрома и осложнений, реализованных в период 2021–2023 гг. Одновременно сохранение значительного вклада болезней системы кровообращения в прирост показателей у обоих полов указывает на признание приоритетности кардиоваскулярной патологии в структуре смертности региона и на необходимость продолжения и усиления соответствующих профилактических программ.

#### **Структура смертности по причинам**

В Республике Башкортостан за период 2011–2019 гг. наблюдалась устойчивая тенденция в структуре заболеваемости и смертности среди различных категорий населения. Сердечно-сосудистые заболевания (БСК) продолжают оставаться ведущей причиной смерти, новообразования (НОВ) занимают вторую позицию, внешние причины (ВП) – третье место. Исключения составляют сельские и небольшие городские территории, где новообразования занимают третье место, а внешние причины – второе.

Болезни органов пищеварения (БОП) среди женского населения занимают четвёртое место, а болезни органов дыхания (БОД) – пятое. Среди мужского населения – наоборот. За исключением мужского населения 2014–2016 гг. в городе Уфа, где БОП занимал четвёртое, а БОД – пятое место в структуре смертности.

С 2020 г. в структуре смертности произошли изменения. И хотя сердечно-сосудистые заболевания и новообразования оставались на прежних позициях, внешние причины переместились на четвёртое место, а болезни органов дыхания поднялись на третье.

Следует отметить, что тенденция 2011–2019 гг. сохранилась среди мужского населения, проживающего в таких городах, как Уфа и Стерлитамак. В этих регионах внешние причины по-прежнему оставались третьей по значимости причиной смертности, в то время как болезни органов дыхания занимают четвёртое место.

В сельских территориях структура причин смертности приобрела совершенно другую картину: в 2022–2023 гг. болезни системы кровообращения у них занимают первую, внешние причины – вторую, новообразования – третью, а болезни органов дыхания – четвёртую позицию в структуре смертности (см. Приложение А, таблицы А.5; А.6). В 2020–2021 гг. очерёдность немного изменяется: БСК, БОД, ВП, НОВ соответственно.

В Уфе, как и в других городах Башкирии, болезни системы кровообращения (БСК) долгое

время вносили значительный вклад в общую смертность [25]. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания (ССЗ) неизменно входят в число ведущих причин смертности от этой категории заболеваний.

Реализация региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»<sup>6</sup> и национального проекта «Здравоохранение»<sup>7</sup> благоприятно отразилась в 2022–2023 гг. на уровне смертности от болезней системы кровообращения (БСК).

Смертность от новообразований долгое время соперничает с внешними причинами смерти. Самые высокие значения смертности от новообразований стабильно наблюдались в Стерлитамаке, а самые низкие – в Нефтекамске, Октябрьском и Салавате. В последние десять лет доля смертности от новообразований в общей структуре смертности увеличилась на 1,8% среди мужчин в городах и на 3,6% среди женщин в сельской местности (см. Приложение А, таблицы А.5; А.6).

Курение является основным фактором риска развития рака и, как следствие, увеличения смертности от рака [26]. Пассивное курение также отрицательно влияет на здоровье людей. Для снижения смертности от новообразований создано 13 центров онкологической амбулаторной помощи в рамках приоритетных задач национального проекта «Здравоохранение»<sup>8</sup> в период с 2019–2024 гг. Также принят Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или никотиносодержащих продуктов» от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ. И хотя правительство приняло регулирующие меры, однако уровень смертности остаётся на высоком уровне.

Следует упомянуть, что во время пандемии 2020–2021 гг. были приняты меры по сдерживанию распространения вируса, включая социальную изоляцию. Учитывая психологическое воздействие изоляции и потенциальный рост курения, не исключено, что распространённость курения среди граждан Республики Башкортостан могла увеличиться.

Смертность от внешних причин в 2022–2023 гг. занимает третье место в структуре смертности (за

исключением городов Нефтекамск, Октябрьский, Салават, где третье место занимают болезни органов дыхания; и кроме сельских поселений, где лидируют новообразования) (см. Приложение А, таблицы А.5; А.6).

Количество потенциальных внешних причин смерти огромно. Однако большинство смертей связано с несколькими лидирующими причинами, которые вносят значительный вклад в общий уровень смертности от внешних причин и поэтому привлекают к себе наибольшее внимание. Список наиболее значимых внешних причин смерти, выявленных в ходе анализа, может незначительно отличаться, но в целом он достаточно последователен. Эти причины включают транспортные происшествия, травмы неопределённого характера, убийства и насильственные смерти, алкогольные и наркотические отравления, самоубийства.

В 2022–2023 гг. в Республике Башкортостан смертность от болезней органов пищеварения занимает четвёртое место среди женского населения в структуре причин смертности, за исключением городов Нефтекамска, Октябрьского и Салавата, где преобладают заболевания органов дыхания, и пятое место среди мужского населения. Однако за последнее десятилетие уровень смертности от данной причины среди мужчин был выше, чем среди женщин. Более того, в разных городах сохраняется неравенство в показателях смертности. Как среди мужского, так и среди женского населения башкирских городов показатели смертности от заболеваний органов пищеварения остаются повышенными по сравнению с остальными городами, рассмотренными в 2022–2023 гг., при этом в Уфе в этом году были зафиксированы самые низкие показатели. До 2021 г. в городских территориях Башкортостана наблюдалась тенденция к росту смертности от заболеваний органов пищеварения. В целях улучшения качества медицинской помощи в Республике Башкортостан был утверждён Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 906н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология"»<sup>9</sup>.

Болезни органов дыхания, как было сказано ранее, до 2019 года не входили в тройку основных заболеваний, влияющих на уровень смертности. Однако в пандемийные годы (2021–2022 гг.) смертность от этой причины выросла: среди мужчин прирост составил от 4% до 8%, среди женщин – от 7% до 13%. Наибольший прирост наблюдался в городе Стерлитамаке, наименьший – в сельских

<sup>6</sup> Постановление Правительства Республики Башкортостан от 28.06.2019 г. № 381 «Об утверждении региональной программы Республики Башкортостан «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

<sup>7</sup> Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 г. № 16).

<sup>8</sup> Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография» // Министерство здравоохранения Российской Федерации: [сайт]. URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie> (дата обращения: 20.02.2025).

<sup>9</sup> Приказ Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 18.01.2017 г. № 84-д «Об организации медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология" в медицинских организациях Республики Башкортостан».

поселениях. Скорее всего, это связано с проблемами кодирования причин смерти в пандемийные годы. На первом месте среди болезней органов дыхания и у мужчин, и у женщин остаются такие заболевания, как пневмония и острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей. В 2022–2023 гг. смертность от этой причины снизилась.

В целом, в 2020–2021 гг. стандартизированные коэффициенты смертности (СКС) увеличились в среднем на 25% по сравнению с предыдущим периодом с 2017 по 2019 гг., предположительно, из-за глобальной пандемии COVID-19. На начальных этапах пандемии COVID-19 показатели смертности среди женского населения в разных регионах были различными. В Уфе наблюдался самый высокий уровень смертности среди мужского населения – 11%, среди женского – 8%. Вероятно, это было связано с высокой плотностью населения и распространённостью вируса в городских районах. С другой стороны, в Стерлитамаке были отмечены самые низкие значения (2% и 3% соответственно).

Последующий анализ данных за период с 2022 по 2023 гг. показал значительное снижение показателей смертности во всех территориальных единицах. В частности, в Уфе уровень смертности снизился до 3%, что свидетельствует о существенном снижении последствий пандемии. На других территориях показатели снизились до 2% и 1%.

#### **Аналитическое значение анализа структуры смертности по причинам и периодам**

Анализ нозологической структуры смертности по временным периодам выявил несколько критически значимых закономерностей, выходящих за рамки прямого воздействия пандемии COVID-19.

Допандемийный период продемонстрировал дифференциацию структуры смертности по типам поселений. В крупных урбанизированных центрах (Уфа, Стерлитамак) болезни системы кровообращения составляли 42–60% от всех смертей и оставались доминирующей причиной. На втором месте находились новообразования (13–19%), на третьем – внешние причины (9–13%), тогда как болезни органов пищеварения и дыхания занимали маргинальные места (по 4–6%).

Структура смертности в малых городах и сельской местности была принципиально иной. Хотя болезни системы кровообращения сохраняли лидерство, их доля снижалась до 34–41% – значительно ниже, чем в крупных центрах. Вместо этого внешние причины занимали вторую позицию (16–19%), почти вдвое превышая показатели в городах, а новообразования – третью (9–14%). Такое перераспределение причин смерти отража-

ло социально-экономическую дезорганизацию и повышенный травматизм в периферийных территориях, где поведенческие риски (алкоголизм, дорожные травмы, производственные несчастные случаи) оказывали доминирующее влияние на структуру смертности.

Пандемийный период 2020–2021 гг. привёл к существенной трансформации структуры смертности во всех типах поселений. Болезни органов дыхания резко возросли до 12–16% от всех смертей и переместили этот класс причин на вторую-третью позицию, вытеснив внешние причины на менее значимые места (6–14%). Такой рост отражал регистрацию смертности от COVID-19 как болезни органов дыхания в официальной статистике.

Примечательно, что смертность от болезней органов дыхания была более выраженной в крупных городах (12–15% у мужчин, 11–16% у женщин) по сравнению с сельской местностью (14% и 12% соответственно). Это свидетельствует о дифференцированном воздействии пандемии на разные типы поселений – вероятно, более интенсивные контакты в городах способствовали более активной циркуляции вируса.

Одновременно доля болезней системы кровообращения снизилась с 36–54% до 34–46%, что отражало перегрузку стационаров (койки для COVID-19 размещали, в том числе, в кардиологических отделениях) и переориентацию диагностики на выявление COVID-19. Однако это снижение доли не означало абсолютного снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Вероятно, происходили недиагностирование и неполноценное лечение сердечно-сосудистых заболеваний из-за перегрузки системы здравоохранения.

Восстановительный период 2022–2023 гг. выявил существенные различия в восстановлении структуры смертности по типам поселений, демонстрирующие асимметричность процесса реабилитации системы здравоохранения. В крупных городах (Уфа и Стерлитамак) структура смертности практически вернулась к допандемийному паттерну: болезни системы кровообращения восстановились до 44–46%, болезни органов дыхания снизились до 5–6%, внешние причины – до 10–11%. Это указывает на нормализацию работы системы здравоохранения, включая поэтапное восстановление плановой работы медицинских организаций, возобновление диспансеризации, снижение числа перепрофилированных коек под COVID и улучшение маршрутизации пациентов.

В сельской местности произошла кардинальная трансформация структуры, которая не вернулась к допандемийному уровню. Болезни системы кровообращения остаются на уровне 33% (значительное снижение с 34–41%), но внешние причи-

ны укрепили вторую позицию (16–17%), новообразования составляют 11–13%, болезни органов дыхания – 10%. Это свидетельствует об усилении роли социально обусловленных факторов смерти в периферийных территориях. В условиях кризиса здравоохранения, вероятно, произошла необратимая переориентация поведения сельского населения.

Данные сдвиги в структуре смертности проявляются дифференцированно в зависимости от пола, что указывает на принципиально различные механизмы её формирования. Гендерные различия в структуре смертности раскрывают принципиально различные механизмы её формирования по полу и позволяют глубже понять территориальное неравенство. Для мужского населения внешние причины составляют существенно большую долю (9–20% в допандемийный период, с максимумом до 20% в сельской местности и малых городах), тогда как среди женского населения смертность от внешних причин остаётся минимальной – всего 3–8% от всех причин смерти. Это ярко отражает поведенческие риски, алкоголизацию и социальную уязвимость мужского населения перед внешними угрозами. Мужчины значительно чаще становятся жертвами дорожно-транспортных происшествий, производственных травм, суицидов и убийств.

Для женского населения структура смертности более гомогенна и концентрирована на болезнях системы кровообращения (35–61%), тогда как у мужчин этот показатель составляет 33–57%, демонстрируя существенно меньшую чувствительность женского населения к экзогенным рискам. Смертность женщин определяется в большей мере хроническими заболеваниями, развивающимися в течение жизни, нежели внешними событиями.

#### *Анализ различий между типами поселений*

Предыдущие разделы описывали общие тенденции смертности и структуру причин смерти. Однако для понимания механизмов территориального неравенства необходимо перейти к систематическому анализу различий между типами поселений, оценить масштабы этого неравенства и выявить ключевые факторы, определяющие разрыв в ожидаемой продолжительности жизни.

Количественный анализ вариативности ожидаемой продолжительности жизни по типам поселений выявляет четырёхуровневую иерархию территориального расселения в Республике Башкортостан. Эта иерархия проявляется не только в абсолютных разрывах показателей, но и в их динамике на протяжении 2011–2023 годов (таблица 1), что свидетельствует о структурности и устойчивости территориального неравенства.

Уфа как столичный центр демонстрирует наибольшее преимущество перед сельской местностью: разрыв в ожидаемой продолжительности жизни составляет 3,4–4,3 года для мужчин и 1,4–2,2 года для женщин. Критически важно, что это преимущество не только сохраняется, но и усиливается в восстановительный период (2022–2023 гг.), достигая исторического максимума в 4,33 года для мужского населения. Такой разрыв объясняется концентрацией в столице всей высокотехнологичной медицинской инфраструктуры региона – кардиохирургических центров, онкологических диспансеров, специализированных реанимационных отделений, способных оказывать помощь при критических состояниях. Эта специализированная помощь критична для лечения острых сердечно-сосудистых заболеваний и онкопатологий, которые доминируют в структуре смертности городского населения.

Стерлитамак, как город второго ранга после столицы, занимает промежуточное положение в иерархии, демонстрируя существенное, но заметно меньшее преимущество перед сельской местностью (2,39–3,03 года для мужчин и 0,77–1,80 года для женщин). Волатильность показателей, особенно выраженная в пандемийный период, указывает на уязвимость его системы здравоохранения к внешним потрясениям. Город имеет стационарную базу районного уровня, но не обладает полным спектром интервенционных методов лечения, требующих длительной подготовки специалистов и дорогостоящего оборудования.

Города третьего ранга (Нефтекамск, Октябрьский, Салават) характеризуются более стабильными показателями с преимуществом в диапазоне 2,40–3,63 года для мужчин и 1,44–3,10 года для женщин. Они занимают промежуточное положение между столицей и малыми городами, сохраняя более стабильные показатели в восстановительный период. Их стабильность в восстановительный период свидетельствует о наличии достаточной стационарной базы и базовых специализированных отделений, что позволяет им более эффективно противостоять кризисам здравоохранения по сравнению с малыми городами.

Малые города Башкортостана (другие города) демонстрируют критическую дисфункцию в организации здравоохранения. Для мужского населения преимущество перед сельской местностью практически исчезает (0,32–0,93 года), а для женского населения наблюдается инверсия – сельская местность показывает лучшие результаты (на 0,14–0,17 года выше). Этот парадокс отражает системный сбой в структуре медицинского обслуживания на этом уровне территориальной иерархии.

Малые города оказались в функциональной ловушке: они слишком крупны для полноценного функционирования только на уровне первичной медико-санитарной помощи, но недостаточно велики для развития специализированных отделений и современного оборудования, необходимых для лечения острых состояний. В результате происходит отток медицинских специалистов в региональные центры, что приводит к прогрессирующей деградации местной системы здравоохранения.

Воздействие пандемии на иерархию неравенства оказалось временным и поверхностным. В 2020–2021 гг. разрывы между типами поселений сократились, поскольку COVID-19 в первую очередь поража́л крупные городские центры с высокой плотностью населения. Однако восстановительный период (2022–2023 гг.) продемонстрировал не просто восстановление, но качественное усиление иерархии – разрывы расширились до исторических максимумов. Это подтверждает, что территориальное неравенство носит фундаментальный, структурный характер, не зависящий от отдельных кризисов и болезней, а кор-

нящийся в организации системы расселения и здравоохранения.

Однако эти общие тренды скрывают глубокие гендерные асимметрии в механизмах смертности. Мужское население демонстрирует выраженную чувствительность к территориальным факторам. К примеру, разрывы в ожидаемой продолжительности жизни между Уфой и сельской местностью составляют 4,33 года против 2,18 года для женщин, что в 2,0–2,5 раза выше. Мужская смертность в большей степени зависит от доступности специализированной помощи (кардиохирургия, травматология) и подвержена влиянию социально-экономических факторов (алкоголизация, производственный травматизм, суициды), требующих экстренной интервенции. Женская смертность, хотя и определяется преимущественно хроническими заболеваниями (БСК), также зависит от типа поселения благодаря различиям в доступности первичной диагностики, медикаментозного обеспечения и медицинского наблюдения, но это влияние менее выражено, поскольку хронические заболевания допускают отсроченное лечение в большей степени, чем острые состояния.

Таблица 1

**Разрыв ожидаемой продолжительности жизни между городскими типами поселений и сельской местностью, 2011–2023 гг., лет**

Table 1

**Gap in Life Expectancy Between Urban Settlement Types and Rural Areas, 2011–2023, in Years**

Сравнение	2011–2013	2014–2016	2017–2019	2020–2021	2022–2023	Тренд
Мужчины						
Уфа vs Сельская местность	3,4	2,82	2,82	2,39	4,33	↑ рост в 2022–2023
Стерлитамак vs Сельская местность	2,39	1,66	1,4	1,57	3,03	↑ восстановление
Нефтекамск, Октябрьский, Салават vs Сельская местность	3,09	2,57	3,28	2,4	3,63	стабильный уровень
Другие города vs Сельская местность	0,62	0,93	0,32	0,86	0,63	минимальный разрыв
Женщины						
Уфа vs Сельская местность	1,43	2,23	2,2	1,31	2,18	↑ колебания
Стерлитамак vs Сельская местность	0,77	1,26	1,66	0,81	1,8	↑ волнообразный
Нефтекамск, Октябрьский, Салават vs Сельская местность	1,56	2,16	2,51	1,44	3,1	↑ увеличение к 2022–2023
Другие города vs Сельская местность	0,05	0,72	0,52	-0,14	-0,17	↓ инверсия – сельская «лучше»

Примечание: положительные значения указывают на преимущество городских территорий, отрицательные – на преимущество сельской местности.

Источник: расчёты автора на основе данных Федеральной службы государственной статистики<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Статистические данные были получены автором на основе запроса о предоставлении официальной статистической информации в Росстат

### **Вклад классов причин смерти в территориальное неравенство ожидаемой продолжительности жизни**

Анализ вклада отдельных классов причин смерти в разрыв ожидаемой продолжительности жизни между типами поселений выявил чёткую иерархию механизмов формирования территориального неравенства (см. Приложение А, таблица А.7). Исследование сравнивает четыре категории городских поселений с сельской местностью: (1) Уфа с сельской местностью; (2) Стерлитамак с сельской местностью; (3) три крупных города (Нефтекамск, Октябрьский и Салават) с сельской местностью; (4) малые города и другие городские поселения с сельской местностью. Такая иерархизация позволяет выявить, как размер и статус поселения влияют на структуру причин смерти и вклад отдельных факторов в территориальное неравенство.

Положительные значения вклада отражают преимущество городских поселений за счёт более низкой смертности от данной причины, отрицательные значения – недостаток городских поселений по сравнению с сельской местностью (т. е. более высокую смертность в городе по данной причине).

Болезни системы кровообращения демонстрируют наиболее сильную связь с размером и административным статусом городского поселения. Рассмотрим их вклад подробно для каждого типа поселения.

Начнём с наиболее существенного фактора – болезней системы кровообращения. Именно эта группа причин смерти в наибольшей степени зависит от размера и статуса города. Болезни системы кровообращения образуют основной механизм территориального неравенства в продолжительности жизни. Вклад этого класса причин в разрыв показателей между городом и селом варьируется в широком диапазоне – от 0,2 года в малых городах до 2,4 года в крупных административных центрах в допандемийный период. Это преимущество определяется конкретной инфраструктурой: наличие в крупных городах кардиохирургических центров и лабораторий интервенционной кардиологии позволяет оказывать высокотехнологичное лечение пациентам с острыми коронарными синдромами и инсультами – состояниями, летальность которых в малых городах и сельской местности существенно выше.

Пандемия COVID-19 привела к временному сокращению преимущества крупных городов вследствие перепрофилирования кардиологических отделений под лечение инфекции. Однако в восстановительный период вклад болезней кровообращения дополнительно снизился во всех типах поселений.

Внешние причины формируют вторичный механизм неравенства, особенно ярко проявляющийся для мужского населения<sup>11</sup>. В допандемийный период вклад внешних причин в разрыв ожидаемой продолжительности жизни варьировал от 0,4 до 1,2 года. Максимально вклад проявлялся в малых городах (1,0–1,2 года), что указывает на социальную дезорганизацию в муниципальных образованиях с убывающей экономической базой, где высокая безработица и низкие доходы способствуют алкоголизации и рискованному поведению. Для женского населения вклад внешних причин минимален (0,0–0,1 года) во всех типах поселений, что отражает меньшую уязвимость женского населения к экзогенным рискам.

Болезни органов дыхания выступают динамическим фактором территориального неравенства, меняющим свою роль в зависимости от периода исследования. В допандемийный период болезни органов дыхания остаются маргинальным фактором в формировании территориального неравенства (0,1–0,3 года), поскольку они слабо дифференцируют типы поселений. В пандемийный период (2020–2021 гг.) болезни органов дыхания, включая COVID-19, приобретают временную значимость (0,8–1,5 года), отражая дифференцированное воздействие инфекции на городские и сельские территории. В восстановительный период (2022–2023 гг.) болезни органов дыхания нормализуются, но остаются выше допандемийного уровня (0,4–0,8 года), указывая на длительные последствия пандемии.

Новообразования, болезни пищеварения, инфекционные и прочие причины практически не дифференцируют типы поселений, с вкладом, варьирующим от –0,2 до +0,3 года. Отсутствие дифференциации по этим причинам отражает реализацию единых региональных программ скрининга новообразований (программы ранней диагностики рака молочной железы, колоректального рака), профилактики инфекционных болезней (вакцинация, санитария), реализуемых независимо от типа поселения (см. Приложение А, таблица А.7).

### **Возрастной анализ территориального неравенства**

Территориальное неравенство в ожидаемой продолжительности жизни распределено неравномерно по возрастным группам. Различные возрастные когорты вносят дифференцированный вклад в формирование территориального разрыва в ожидаемой продолжительности жизни.

<sup>11</sup> Адам Ю.И. Склонность к физическому риску у мужчин: связь с биосоциальной адаптацией на примере российской выборки: дисс ... канд. истор. наук: 03.03.02 / науч. рук. д-р истор. наук, проф., член-корр. РАН Бутовская М.Л.; Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая Российской академии наук, Москва, 2021. 186 с.

Детский возраст (0–14 лет) практически не дифференцирует города и сельскую местность (вклад варьируется от –0,25 до +0,38 года), что указывает на успешность региональных программ по снижению младенческой смертности независимо от типа поселения (см. Приложение А, таблица А.8). Это свидетельствует о том, что система здравоохранения уделяет приоритетное внимание охране здоровья матери и ребёнка, обеспечивая относительно равный доступ к родовспоможению и педиатрической помощи.

Трудоспособное население (15–44 года) критически важно в формировании разрыва ожидаемой продолжительности жизни, особенно для мужчин. Вклад этой возрастной группы варьируется от 0,05 года (Уфа – сельская местность) до 1,56 года (Нефтекамск, Октябрьский, Салават – сельская местность). Максимальный вклад в малых городах указывает на критическую уязвимость мужской молодёжи и молодых мужчин среднего возраста перед травматизмом и смертностью от алкоголя в условиях социальной дезорганизации малых городов. Для женского населения вклад трудоспособного возраста минимален (0,1–0,7 года), что отражает меньшую уязвимость женского населения к экзогенным рискам и поведенческим факторам, независимо от типа поселения.

Профессионально активное население (45–64 года) демонстрирует устойчивый вклад (0,8–1,1 года) во все периоды и модели сравнения поселений. Этот стабильный вклад отражает системные различия в управлении хроническими заболеваниями. Стабильность указывает на устойчивость структурных различий между городскими и сельскими поселениями в медицинском обслуживании и жизненных условиях этой когорты.

Пожилое население (65+ лет) демонстрирует наиболее динамичный паттерн в зависимости от периода исследования. В допандемийный период вклад пожилого населения был минимален (0,2–0,4 года), указывая на относительную однородность смертности пожилых по территориям. В пандемийный период вклад резко возрос до 1,1–2,4 года, отражая избыточную смертность пожилых от COVID-19 в крупных городских центрах, где пожилое население концентрировалось в домах престарелых и учреждениях социального обеспечения. В восстановительный период вклад пожилого населения остался выраженным (1,25–2,36 года), свидетельствуя о переориентации региональной политики на гериатрическую помощь и паллиативное лечение в крупных городах.

Динамика по временным периодам раскрывает трансформацию механизмов неравенства в различные фазы кризиса здравоохранения. Пандемия (2020–2021 гг.) привела к временному

нивелированию возрастных различий между типами поселений за счёт относительно равномерного распределения избыточной смертности от COVID-19 по возрастным группам. Тем не менее, восстановительный период (2022–2023 гг.) продемонстрировал восстановление и трансформацию прежней структуры неравенства (см. Приложение А, таблица А.8). Произошло усиление роли пожилого населения (65+) в формировании городско-сельского разрыва в ожидаемой продолжительности жизни, что указывает на концентрацию гериатрической помощи, специализированного лечения хронических заболеваний и паллиативной помощи именно в крупных городских центрах. Это означает, что после острой фазы пандемии система здравоохранения переосмыслила приоритеты и сосредоточила ресурсы на лечении пожилого населения в городах.

#### **Синтез анализа механизмов территориального неравенства**

Интеграция анализа причин смерти и возрастных групп выявляет многоуровневую иерархическую модель неравенства, которая различается по уровню городской иерархии и половой принадлежности.

Мужское и женское население демонстрируют принципиально различные механизмы формирования неравенства. Мужское население структурируется двумя основными механизмами, отражающими различные уязвимости этой демографической группы. Во-первых, болезни системы кровообращения вносят вклад в разрыв 0,8–1,5 года, что отражает качество специализированной кардиологической помощи. Во-вторых, внешние причины вносят вклад 0,6–1,2 года, отражая поведенческие различия, уровень алкоголизации и социальную дезорганизацию. Суммарный вклад обоих механизмов составляет 1,0–2,7 года – это основной источник разрыва для мужского населения.

Женское население определяется почти исключительно болезнями системы кровообращения (вклад 0,8–1,8 года), при минимальном вкладе внешних причин (0,0–0,1 года). Это отражает то, что женская смертность в большей степени определяется хроническими заболеваниями, лечение которых отчасти возможно на базовом уровне амбулаторной помощи. Вследствие этого разрыв в ожидаемой продолжительности жизни для мужчин в 2–3 раза превышает разрыв для женщин.

Территориальное неравенство проявляется дифференцированно в зависимости от периода исследования. Допандемийный период (2011–2019 гг.) демонстрирует существование устойчивой иерархии территориального неравенства с максимальным разрывом в модели «Уфа–сельская

местность» (3,4–4,3 года), отражающим концентрацию специализированной медицинской инфраструктуры в столице. Неравенство относительно стабильно во времени, подтверждая его структурный характер.

Пандемийный период (2020–2021 гг.) приводит к временному сокращению столичного преимущества вследствие избыточной смертности от COVID-19 в крупных городских центрах, где происходила интенсивная циркуляция вируса. Это привело к сжатию разрывов: городское преимущество сократилось с 3,4–4,3 до 2,4–2,8 года.

Восстановительный период (2022–2023 гг.) демонстрирует не только восстановление исходной иерархии, но и её усиление. Разрывы расширились до исторических максимумов (3,4–4,33 года для мужчин, 1,4–2,2 года для женщин).

Данный паттерн свидетельствует о том, что территориальное неравенство в ожидаемой продолжительности жизни представляет собой не конъюнктурное явление, временно усугубляемое вследствие эпидемиологических кризисов или макроэкономических шоков, а структурный феномен, укорененный в организационной архитектуре системы здравоохранения и воспроизводимый социально-экономическими иерархиями, дифференцирующими центр (столичный регион) и периферию (сельские территории). Указанные диспропорции не элиминируются улучшением макроэкономических показателей и демонстрируют устойчивость к циклическим колебаниям, что определяет необходимость целенаправленных региональных интервенций структурного характера для их редукции.

### Выводы

Проведённое исследование подтверждает гипотезу о существовании в Республике Башкортостан устойчивого территориального градиента смертности, детерминированного иерархией системы расселения (модель «центр–периферия»).

Крупные урбанизированные центры (Уфа, Стерлитамак) демонстрируют преимущество в ожидаемой продолжительности жизни 3,4–4,33 года относительно сельской местности. Болезни системы кровообращения аккумулируют основной вклад в территориальный разрыв (до 2,4 года) как ведущая причина смерти. Данное преимущество опосредовано высокой концентрацией специализированной кардиологической инфраструктуры в крупных центрах. Это различие сохраняет стабильность на протяжении всего периода анализа, указывая на институционализированный характер неравенства.

Однако территориальное неравенство определяется не всеми причинами смерти. Нозологи-

ческий анализ выявляет избирательность вклада: новообразования, болезни органов пищеварения и инфекционные заболевания обнаруживают минимальную дифференциацию по типам поселений (–0,2 до +0,3 года), что указывает на эффективность унифицированных региональных программ скрининга. Болезни органов дыхания продемонстрировали дифференциацию только в пандемийный период (0,8–1,5 года) с последующей нивелировкой.

Вместе с тем территориальное неравенство структурируется не только смертностью от болезней кровообращения. Смертность от внешних причин демонстрирует качественно иную географическую структуру: её максимумы сосредоточены именно в малых городских поселениях (1,0–1,2 года), а не в крупных центрах. Эта инверсия отражает специфические социально-экономические дисфункции промежуточных поселений, детерминируемые высокой распространённостью алкоголизации и травматизма – факторами, которые не находят достаточного противодействия в местной системе здравоохранения. Следовательно, территориальное неравенство в ожидаемой продолжительности жизни структурировано двумя различными механизмами: смертностью от болезней кровообращения (преимущество крупных центров перед периферией) и смертностью от внешних причин (преимущество сельской местности перед малыми городами).

Эта асимметрия причин смерти проявляется дифференцированно по полу. Половозрастная структура смертности обнаруживает существенные гендерные асимметрии: мужское население характеризуется повышенной летальностью от болезней кровообращения (0,8–1,5 года) и внешних причин (0,6–1,2 года), женское – преимущественно от болезней кровообращения (0,8–1,8 года). Вследствие этого территориальный разрыв для мужчин превышает разрыв для женщин в 2–3 раза, указывая на критическую уязвимость молодых мужчин (15–44 лет) в периферийных территориях перед социально детерминированной смертностью.

Именно эти гендерные различия объясняют парадокс, наблюдаемый в малых городах. Модель центр–периферия подвергается деформации в контексте малых городов, где для мужского населения городское преимущество практически элиминируется (0,32–0,93 года), а для женского наблюдается инверсия (сельская местность выше на 0,14–0,17 года). Данное различие обусловлено тем, что мужская смертность в малых городах детерминирована внешними причинами (достигающими там максимальных значений), тогда как женская смертность остаётся зависимой от качества кардиологической инфраструктуры. Эта

аномалия отражает системную уязвимость малых поселений: они слишком крупны для ограничения первичной помощью, но недостаточно развиты для развёртывания полноценной специализированной инфраструктуры. Механизмом деградации выступает отток квалифицированных медицинских кадров в региональный центр, приводящий к парадоксальному снижению показателей ниже периферийного уровня.

Стратификация по возрастным когортам выявляет гетерогенные механизмы неравенства, которые дополняют картину гендерной дифференциации. Для трудоспособного контингента (15–44 года) критическое значение имеет смертность от внешних причин, особенно у мужчин. Профессионально активная когорта (45–64 года) демонстрирует стабильные дифференциалы (0,8–1,1 года), детерминируемые качеством управления хроническими заболеваниями кровообращения. Пожилое население (65+ лет) явилось решающим фактором в восстановительный период (1,25–2,36 года), отражая концентрацию герiatricкой помощи в крупных центрах. Детский возраст демонстрирует слабую дифференциацию,

свидетельствуя об эффективности унифицированных программ профилактики младенческой смертности.

Совокупность выявленных механизмов указывает на структурный характер наблюдаемого неравенства. Стойкость территориального преимущества крупных центров, включая восстановительный период (2022–2023 гг.) с расширением разрывов до исторических максимумов, свидетельствует о том, что территориальное неравенство представляет собой структурный феномен, укоренённый в организационной архитектуре системы здравоохранения и социально-экономических структурах. Выявленная гетерогенность механизмов смертности детерминирует необходимость дифференцированного подхода: для малых городов – переоценка организационных моделей медицинской помощи; для сельских территорий – программы редукции алкоголизации и травматизма среди трудоспособного мужского населения; для крупных центров – укрепление специализированной инфраструктуры при развитии первичной профилактики и геронтологической помощи.

#### Список источников

1. Sen A. Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure. *The Economic Journal*. 1998;108(446):1-25. <https://doi.org/10.1111/1468-0297.00270>
2. Новосельский С.А. Различия смертности городского и сельского населения Европейской России // *Общественный врач*. 1911. №. 4. С. 40–62. EDN LYJRQQ
3. Тополева Т.Н. Приоритеты политики пространственного развития России в условиях новых вызовов: региональный аспект // *Экономика, предпринимательство и право*. 2022. Том 12. №. 10. С. 2641–2654. <https://doi.org/10.18334/err.12.10.116413> EDN DJUIYN
4. Щур А.Е. Различия в ожидаемой продолжительности жизни по типам поселений России // *Демоскоп Weekly*. 2022. № 929-930. С. 31–40. EDN KGUPZ
5. Щур А. Е., Тимонин С.А. Центр–периферийные различия продолжительности жизни в России: региональный анализ // *Демографическое обозрение*. 2020. Том 7. №. 3. С. 108–133. <https://doi.org/10.17323/demreview.v7i3.11638> EDN CCZDJA
6. Fattakhov T.A., Mironova A.A. Population Mortality in the Central Russia Municipalities. *Population and Economics*. 2022;6(3):1–14. <https://doi.org/10.3897/popecon.6.e84005> EDN QTTSMU
7. Chu N., Zhang P., Wu X. Spatiotemporal Evolution Characteristics of Urbanization and Its Coupling Coordination Degree in Russia – Perspectives from the Population, Economy, Society, and Eco-Environment. *Environmental Science and Pollution Research*. 2022;29:61334–61351. <https://doi.org/10.1007/s11356-022-20215-z>
8. Население России 2019: двадцать седьмой ежегодный демографический доклад: [монография] / под ред. С.В. Захарова. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2022. 344 с. ISBN 978-5-7598-2438-1 <https://doi.org/10.17323/978-5-7598-2554-8> EDN FKJKMO
9. Население постсоветских стран: тенденции, прогнозы, межпоколенческие трансферты: [монография] / Г.Т. Абдуллаева, К.Х. Абдурахманов, Д.А. Авдеева [и др.]; под. науч. ред.: М.Б. Денисенко. М.: Прометей, 2024. 752 с. ISBN 978-5-00172-773-6 EDN GROBMZ
10. Марычев Г.А., Щур А.Е., Тимонин С.А. Пространственно-временная сопоставимость структуры смертности по причинам смерти в России: роль региональных практик кодирования причин смерти // *Демографическое обозрение*. 2025. Том 12. № 3. С. 59–105. <https://doi.org/10.17323/demreview.v12i3.28497> EDN ZSLXVA
11. Юмагузин В.В., Винник М.В. Оценка качества статистики смертности по причинам в регионах России // *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2023. № 2(174). С. 282–303. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2023.2.2368> EDN VJNDWS
12. Jdanov D.A., Jasilians D., Shkolnikov V.M. Two-Dimensional Contour Decomposition: Decomposing Mortality Differences into Initial Difference and Trend Components by Age and Cause of Death. *Demographic Research*. 2024;50:1223–1246. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2024.50.41> EDN KXBLHT

13. Zamyatnina E.S., Shkolnikov V.M., Shchur A.E. Associations Between the Mortality Trends by Cause of Death and Hazardous Alcohol Consumption in Russia. The Conveyor Belt Effect in Action? *Population and Economics*. 2025;9(1):214–243. <https://doi.org/10.3897/popecon.9.e127917> EDN UJZHYZ
14. Денисенко М.Б., Кваша Е.А., Хавраева Ю.В. Младенческая смертность в Москве в 1939-1949 гг. // Демографическое обозрение. 2025. Том 12. № 1. С. 57–85. <https://doi.org/10.17323/demreview.v12i1.26577> EDN HAXQEK
15. Основные тенденции демографических процессов в Башкортостане в конце XX – начале XXI века / Г.Ф. Ахметова., И.Б. Утяшева, Я.А. Скрыбина, Ф.Б. Бурханова // Уфимский гуманитарный научный форум. 2024. № 1(17). С. 263–279. <https://doi.org/10.47309/2713-2358-2024-1-263-279> EDN DTWKXM
16. Сафиуллин М.Р. Социально-экономическая роль Уфимской агломерации Республики Башкортостан: проблемы и тренды // Вестник Академии наук Республики Башкортостан. 2022. Том 43. №. 2. С. 11–21. <https://doi.org/10.24412/1728-5283-2022-2-11-21> EDN GODQBV
17. Галин Р.А., Мурзабаева С.Ш., Шаяхметова Р.Р. Здоровье и смертность населения: социально-демографический аспект // Экономика и управление: научно-практический журнал. 2013. № 3(113). С. 16–21. EDN QCDSJL
18. Хилажева Г.Ф., Ягафарова Д.Г., Комлева Р.Н. Естественное и миграционное движение населения в сельских районах Республики Башкортостан // Евразийский юридический журнал. 2019. № 12(139). С. 438–440. EDN GRIFER
19. Республика Башкортостан. Демографический доклад: [монография] / под ред. В.Л. Савичева. Уфа: Уфимский университет науки и технологий, 2023. 304 с. ISBN 978-5-7477-5708-0 EDN RJEPJQ
20. Шамсутдинова Н.К. Концепция демографической политики Республики Башкортостан на период до 2025 года: результаты и перспективы реализации задач в области снижения смертности // Сборник научных статей Института социальных исследований ИнГТУ. Магас: КЕП, 2017. С. 307–316. EDN NQNUFB
21. Friedmann J. Regional Development Policy: A Case Study of Venezuela. USA: MIT Press; 1966. 279 p. ISBN 978-0262060134
22. Osareme J.O., Muonde M., Maduka C.P., et al. Demographic Shifts and Healthcare: A Review of Aging Populations and Systemic Challenges. *International Journal of Science and Research Archive*. 2024;11(01):383-395. <https://doi.org/10.30574/ijrsra.2024.11.1.0067>
23. Андреев Е.М. Действительно ли ожидаемая продолжительность жизни при рождении является наилучшим измерителем уровня смертности населения? // Демографическое обозрение. 2021. Том 8. №. 2. С. 6–26. <https://doi.org/10.17323/demreview.v8i2.12780> EDN GOPPVO
24. Смирнова М.И., Самородская И.В., Драпкина О.М. Вариабельность показателей смертности от болезней органов дыхания в регионах Российской Федерации в период пандемии COVID-19 и три предыдущих года // Профилактическая медицина. 2024. Том 27. №. 4. С. 82–88. <https://doi.org/10.17116/profmed20242704182> EDN HFQOHM
25. Вишневский А.Г., Андреев Е.М., Тимонин С.А. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России // Демографическое обозрение. 2016. Том 3. №. 1. С. 6–34. <https://doi.org/10.17323/demreview.v3i1.1761> EDN WFEIZF
26. Petrie K., Abramson M.J., George J. Smoking, Respiratory Symptoms, Lung Function and Life Expectancy: A Longitudinal Study of Ageing. *Respirology*. 2024;29(6):471-478. <https://doi.org/10.1111/resp.14683>

**Информация об авторе:**

**Сюембика Рашидовна Хазипова** – аспирант, старший преподаватель кафедры социологии и работы с молодёжью, ведущий специалист, младший научный сотрудник научной лаборатории социальных и демографических исследований, Уфимский университет науки и технологий (SPIN-код: 4688-6461) (РИНЦ Author ID: 1155198) (ResearcherID: KAM-5646-2024) Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию 24.10.2025; одобрена после рецензирования 30.01.2026; принята к публикации 10.03.2026.

**References**

1. Sen A. Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure. *The Economic Journal*. 1998;108(446):1-25. <https://doi.org/10.1111/1468-0297.00270>
2. Novoselsky C.A. Razlichiya Smernosti Gorodskogo i Sel'skogo Naseleniya Evropeiskoi Rossii. *Obshchestvennyi Vrach*. 1911;(4):40-62 (In Russ.)
3. Topoleva T.N. Priorities of the Spatial Development Policy of Russia Amidst New Challenges: Regional Aspect. *Ekonomika, predprinimatelstvo i parvo=Journal of Economics, Entrepreneurship and Law*. 2022;12(10):2641-2654. <https://doi.org/10.18334/epp.12.10.116413> (In Russ.)
4. Shchur A.E. Razlichiya v Ozhidaemoi Prodolzhitel'nosti Zhizni po Tipam Poselenii Rossii. *Demoskop Weekly=Demoscope Weekly*. 2022;(929-930):31-40. (In Russ.)
5. Shchur A.E., Timonin S.A. Center-Peripheral Differences in Life Expectancy in Russia: Regional Analysis. *Demograficheskoe obozrenie=The Demographic Review*. 2020;7(3):108-133. <https://doi.org/10.17323/demreview.v7i3.11638> (In Russ.)
6. Fattakhov T.A., Mironova A.A. Population Mortality in the Central Russia Municipalities. *Population and Economics*. 2022;6(3):1–14. <https://doi.org/10.3897/popecon.6.e84005>

7. Chu N., Zhang P., Wu X. Spatiotemporal Evolution Characteristics of Urbanization and Its Coupling Coordination Degree in Russia – Perspectives from the Population, Economy, Society, and Eco-Environment. *Environmental Science and Pollution Research*. 2022;29:61334-61351. <https://doi.org/10.1007/s11356-022-20215-z>
8. Zakharov S.V. (ed.) *Naselenie Rossii 2019: Dvadsat' Sed'moi Ezhegodnyi Demograficheskii Doklad*. Monograph. Moscow: Publishing House of Higher School of Economics; 2022. 344 p. ISBN 978-5-7598-2438-1 <https://doi.org/10.17323/978-5-7598-2554-8> (In Russ.)
9. Denisenko M.B. (sci. ed.), Abdullaeva G.T., Abdurakhmanov K.Kh. *Naselenie Postsovetskikh Stran: Tendentsii, Prognozy, Mezhpokolencheskie Transferty*. Monograph. Moscow: Publishing House Prometheus; 2024. 752 p. ISBN 978-5-00172-773-6 (In Russ.)
10. Marychev G.A., Shchur A.E., Timonin S.A. Spatial-Temporal Comparability of Mortality Structure by Cause of Death in Russia: the Role of Regional Cause-of-Death Coding Practices. *Demograficheskoe obozrenie=The Demographic Review*. 2025;12(3):59-105. <https://doi.org/10.17323/demreview.v12i3.28497> (In Russ.)
11. Yumaguzin V.V., Vinnik M.V. Assessing the Quality of the Cause-Specific Mortality Statistics in Russian Regions. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: ehkonomicheskie i sotsial'nye peremeny=Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. 2023;(2(174)): 282-303. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2023.2.2368> (In Russ.)
12. Jdanov D.A., Jasilions D., Shkolnikov V.M. Two-Dimensional Contour Decomposition: Decomposing Mortality Differences into Initial Difference and Trend Components by Age and Cause of Death. *Demographic Research*. 2024;50:1223-1246. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2024.50.41>
13. Zamyatnina E.S., Shkolnikov V.M., Shchur A.E. Associations Between the Mortality Trends by Cause of Death and Hazardous Alcohol Consumption in Russia. The Conveyor Belt Effect in Action? *Population and Economics*. 2025;9(1):214-243. <https://doi.org/10.3897/popecon.9.e127917>
14. Denisenko M.B., Kvasha E.A., Khavraeva I.V. Infant Mortality in Moscow in 1939–1949. *Demograficheskoe obozrenie=Demographic Review*. 2025;12(1):57-85. <https://doi.org/10.17323/demreview.v12i1.26577>
15. Akhmetova G.F. et al. Main Trends in Demographic Processes in Bashkortostan at the End of the XX – Beginning of the XXI. *Ufimskij Gumanitarny'j Nauchny'j Forum=Ufa Humanitarian Scientific Forum*. 2024;(1(17)):263-279. <https://doi.org/10.47309/2713-2358-2024-1-263-279> (In Russ.)
16. Safullin M.P. Socio-Economic Role of the Ufa Agglomeration of the Republic of Bashkortostan: Problems and Trends. *Vestnik Akademii nauk Respubliki Bashkortostan=Vestnik of the Academy of Sciences of the Republic of Bashkortostan*. 2022;43(2):11-21. <https://doi.org/10.24412/1728-5283-2022-2-11-21> (In Russ.)
17. Galin R.A., Murzabayeva S.Sh., Shayakhmetova R.R. Zdorov'e i Smertnost' Naseleniya: Sotsial'no-Demograficheskii Aspekt. *Ehkonomika i Upravlenie: Nauchno-Prakticheskii Zhurnal=Economics and Management: Scientific and Practical Journal*. 2013;(3(113)):16-21 (In Russ.)
18. Khilazheva G.F., Yagafarova D.G., Komleva R.N. Score and Direction of Internal Labour Migration of the Population of the Republic of Bashkortostan. *Evrazijskij yuridicheskij zhurnal=Eurasian Law Journal*. 2019;(12(139)):438-440 (In Russ.)
19. Savichev V.L. (ed.). *The Republic of Bashkortostan. Demographic Report*. Monograph. Ufa: Publishing House of the Ufa University of Science and Technology; 2023. 304 p. ISBN 978-5-7477-5708-0 (In Russ.)
20. Shamsutdinova N.K. The Concept of Demographic Policy of the Republic of Bashkortostan for the Period up to 2025: Results and Prospects of Implementing Tasks in the Field of Mortality Reduction. In: *Collection of Scientific Papers of the Institute of Social Research of the Ingush State University*. Magas: Publishing House KEP; 2017. P. 307–316. (In Russ.)
21. Friedmann J. *Regional Development Policy: A Case Study of Venezuela*. USA: MIT Press; 1966. 279 p. ISBN 978-0262060134
22. Osareme J.O., Muonde M., Maduka C.P., et al. Demographic Shifts and Healthcare: A Review of Aging Populations and Systemic Challenges. *International Journal of Science and Research Archive*. 2024;11(01):383-395. <https://doi.org/10.30574/ijrsra.2024.11.1.0067>
23. Andreev E.M. Is Life Expectancy at Birth Really the Best Measure of the Mortality Rate of the Population? *Demograficheskoe obozrenie=The Demographic Review*. 2021;8(2):6-26. <https://doi.org/10.17323/demreview.v8i2.12780> (In Russ.)
24. Smirnova M.I., Samorodskaya I.V., Drapkina O.M. Variability of Mortality Rates From Respiratory Diseases in the Regions of the Russian Federation During the Pandemic COVID-19 and Three Previous Years. *Profilakticheskaya meditsina=Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2024;27(4):82-88. <https://doi.org/10.17116/profmed20242704182> (In Russ.)
25. Vishnevsky A.G., Andreev E.M., Timonin S.A. Mortality from Diseases of the Circulatory System and Life Expectancy in Russia. *Demograficheskoe obozrenie=The Demographic Review*. 2016;3(1):6-34. <https://doi.org/10.17323/demreview.v3i1.1761> (In Russ.)
26. Petrie K., Abramson M.J., George J. Smoking, Respiratory Symptoms, Lung Function and Life Expectancy: A Longitudinal Study of Ageing. *Respirology*. 2024;29(6):471-478. <https://doi.org/10.1111/resp.14683>

**Information about the author:**

**Suembika Rashidovna Khazipova** – Research Student, Senior Lecturer at the Department of Sociology and Youth Work, Leading Specialist, Junior Researcher at the Research Laboratory of Social and Demographic Studies, Ufa University of Science and Technology. (SPIN code: 4688-6461) (ResearcherID: CAM-5646-2024)

The author declares that there is no conflict of interest.

The article was submitted 24.10.2025; approved after reviewing 30.01.2026; accepted for publication 10.03.2026.

Приложение А  
Дополнительные статистические данные к анализу смертности  
и ожидаемой продолжительности жизни

Application A  
Additional Statistical Data for the Analysis of Mortality and Life Expectancy

Таблица А.1

Вклад отдельных возрастных групп в прирост ожидаемой продолжительности жизни мужчин  
в среднем за год в трёх периодах: 2011–2016, 2014–2019, 2020–2023 гг., лет

Table A.1

Contribution of Individual Age Groups to the Average Annual Increase in Male Life Expectancy  
in Three Periods, 2011–2016, 2014–2019, and 2020–2023, in Years

Населённые пункты	0–14	15–44	45–64	65+	Все возраста
с 2011–2013 по 2014–2016:					
Уфа	-0,15	0,05	0,45	0,21	0,56
Стерлитамак	-0,15	0,23	0,05	0,30	0,42
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	0,09	-0,01	0,20	0,35	0,63
Другие города	0,20	0,66	0,61	-0,02	1,45
Сельская местность	0,18	0,58	0,46	-0,08	1,15
с 2014–2016 по 2017–2019:					
Уфа	0,23	0,21	0,98	0,87	2,29
Стерлитамак	0,19	0,11	0,92	0,81	2,03
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	0,12	1,56	0,91	0,41	2,99
Другие города	-0,08	1,13	0,40	0,21	1,67
Сельская местность	0,14	1,10	0,68	0,36	2,29
с 2017–2019 по 2020–2021:					
Уфа	-1,32	0,05	-0,06	-0,75	-2,08
Стерлитамак	-1,05	-0,12	0,61	-0,90	-1,47
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	0,01	-0,27	-0,80	-1,74	-2,80
Другие города	0,21	0,13	-0,37	-1,06	-1,10
Сельская местность	-0,08	0,05	-0,67	-0,94	-1,64
с 2020–2021 по 2022–2023:					
Уфа	0,02	0,22	1,30	2,36	3,91
Стерлитамак	0,11	0,09	1,26	1,96	3,42
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	-0,05	0,27	0,80	2,17	3,19
Другие города	0,14	0,12	0,22	1,25	1,73
Сельская местность	0,38	-0,25	0,69	1,14	1,96

Источник: расчёты автора на основе данных Федеральной службы государственной статистики<sup>12</sup>.

Таблица А.2

Вклад отдельных возрастных групп в прирост ожидаемой продолжительности жизни женщин  
в среднем за год в трёх периодах: 2011–2016, 2014–2019, 2020–2023 гг., лет

Table A.2

Contribution of Individual Age Groups to the Average Annual Increase in Female Life Expectancy  
in Three Periods, 2011–2016, 2014–2019, and 2020–2023, in Years

Населённые пункты	0–14	15–44	45–64	65+	Все возраста
с 2011–2013 по 2014–2016:					
Уфа	0,29	0,17	0,22	0,11	0,80

<sup>12</sup> Статистические данные были получены автором на основе запроса о предоставлении официальной статистической информации в Росстат.

Окончание Таблицы А.2

Населённые пункты	0–14	15–44	45–64	65+	Все возраста
Стерлитамак	0,21	0,15	0,12	0,01	0,50
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	0,11	-0,10	0,21	0,38	0,60
Другие города	0,10	0,20	0,46	-0,08	0,67
Сельская местность	0,01	-0,12	0,45	-0,34	0,00
с 2014–2016 по 2017–2019:					
Уфа	0,41	0,21	0,38	0,18	1,18
Стерлитамак	0,09	0,25	0,55	0,72	1,61
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	0,03	0,35	0,42	0,77	1,57
Другие города	0,02	0,45	0,24	0,31	1,01
Сельская местность	0,10	0,32	0,27	0,52	1,21
с 2017–2019 по 2020–2021:					
Уфа	-2,31	0,02	-0,18	-0,78	-3,24
Стерлитамак	0,03	-0,22	-1,00	-2,03	-3,21
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	-0,02	-0,27	-1,08	-2,07	-3,43
Другие города	0,11	-0,33	-0,87	-1,94	-3,02
Сельская местность	0,15	-0,17	-0,77	-1,57	-2,36
с 2020–2021 по 2022–2023:					
Уфа	0,01	0,37	1,05	2,90	4,33
Стерлитамак	0,18	0,50	0,93	2,84	4,46
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	0,15	0,67	1,04	3,27	5,13
Другие города	0,15	0,43	0,80	2,06	3,45
Сельская местность	0,13	0,37	0,91	2,06	3,47

Источник: расчёты автора на основе данных Федеральной службы государственной статистики<sup>13</sup>.

Таблица А.3

**Вклад отдельных причин смерти в рост ожидаемой продолжительности жизни мужчин  
в среднем за год в трёх периодах: 2011–2016, 2014–2019, 2020–2023 гг., лет<sup>14</sup>**

Table A.3

**Contribution of Individual Causes of Death to the Average Annual Increase in Male Life Expectancy  
in Three Periods, 2011–2016, 2014–2019, and 2020–2023, in Years**

Населённые пункты	ИПБ	НОВ	БСК	БОД	БОП	НП	ВП	ПП	Все
с 2011–2013 по 2014–2016:									
Уфа	-0,16	-0,11	0,10	0,05	-0,12	0,38	0,45	0,01	0,56
Стерлитамак	-0,16	0,06	1,21	-0,31	-0,07	-0,40	0,46	0,56	0,42
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	-0,18	-0,11	0,80	0,09	-0,12	-0,17	0,29	0,03	0,63
Другие города	-0,06	0,05	0,73	0,02	-0,16	0,44	0,48	-0,05	1,45
Сельская местность	-0,01	-0,13	0,83	-0,05	-0,24	0,25	0,71	-0,20	1,15
с 2014–2016 по 2017–2019:									
Уфа	0,09	0,04	1,45	0,04	0,17	-0,23	0,83	-0,39	2,29
Стерлитамак	-0,17	-0,13	-0,15	0,49	0,24	0,46	0,87	-0,63	2,03

<sup>13</sup> Статистические данные были получены автором на основе запроса о предоставлении официальной статистической информации в Росстат.

<sup>14</sup> ИПБ – инфекционные и паразитарные заболевания, НОВ – новообразования, БСК – болезни системы кровообращения, БОД – болезни органов дыхания, БОП – болезни органов пищеварения, НП – неопределённые причины, ВП – внешние причины, ПП – прочие заболевания, Все – все причины смерти.

Окончание Таблицы А.3

Населённые пункты	ИПБ	НОВ	БСК	БОД	БОП	НП	ВП	ПР	Все
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	0,07	0,30	0,96	-0,18	0,01	0,92	1,09	-0,18	2,99
Другие города	-0,01	-0,11	0,71	0,00	0,09	0,59	0,96	-0,57	1,67
Сельская местность	-0,11	-0,18	0,57	0,30	0,21	0,80	1,14	-0,45	2,29
с 2017–2019 по 2020–2021:									
Уфа	0,18	0,30	-0,47	-0,90	-0,10	-0,07	0,08	-0,75	-2,08
Стерлитамак	0,09	-0,16	0,02	-0,98	-0,13	0,00	0,37	-0,69	-1,47
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	0,17	0,14	-0,42	-0,90	-0,13	-0,55	-0,07	-1,04	-2,80
Другие города	0,08	0,13	-0,44	-0,65	-0,15	-0,10	0,42	-0,39	-1,10
Сельская местность	0,06	0,11	-0,55	-0,67	-0,23	-0,22	0,38	-0,51	-1,64
с 2020–2021 по 2022–2023:									
Уфа	0,11	0,19	1,49	1,06	0,03	0,12	-0,25	1,15	3,91
Стерлитамак	0,14	0,31	1,75	1,09	0,11	-0,15	-0,30	0,47	3,42
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	0,11	0,32	1,62	1,03	-0,16	-0,15	0,02	0,40	3,19
Другие города	0,12	0,17	0,96	0,61	-0,05	-0,11	-0,50	0,55	1,73
Сельская местность	-0,02	0,12	0,99	0,73	0,04	0,08	-0,58	0,60	1,96

Источник: расчёты автора на основе данных Федеральной службы государственной статистики<sup>15</sup>.

Таблица А.4

**Вклад отдельных причин смерти в рост ожидаемой продолжительности жизни женщин  
в среднем за год в трёх периодах: 2011–2016, 2014–2019, 2020–2023 гг., лет**

Table A.4

**Contribution of Individual Causes of Death to the Average Annual Increase in Female Life Expectancy  
in Three Periods, 2011–2016, 2014–2019, and 2020–2023, in Years**

Населённые пункты	ИПБ	НОВ	БСК	БОД	БОП	НП	ВП	ПР	Все
с 2011–2013 по 2014–2016:									
Уфа	-0,14	-0,08	0,72	0,11	-0,09	0,16	0,12	0,01	0,8
Стерлитамак	-0,12	-0,09	2,08	0,03	-0,09	-1,02	0,31	-0,58	0,50
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	-0,27	0,12	1,09	0,03	-0,14	-0,24	0,07	-0,06	0,60
Другие города	-0,12	0,07	0,82	0,03	-0,14	0,34	0,03	-0,35	0,67
Сельская местность	-0,14	-0,13	1,08	-0,06	-0,26	0,10	-0,05	-0,53	0,00
с 2014–2016 по 2017–2019:									
Уфа	0,04	0,02	1,39	-0,07	0,03	0,13	0,37	-0,72	1,18
Стерлитамак	-0,07	0,29	-0,88	-0,02	0,10	1,63	0,15	0,40	1,61
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	-0,03	0,10	0,18	-0,07	0,09	1,90	0,30	-0,91	1,57
Другие города	0,01	-0,08	0,18	-0,04	0,06	1,71	0,34	-1,17	1,01
Сельская местность	-0,02	-0,21	0,14	0,13	0,15	1,91	0,38	-1,27	1,21
с 2017–2019 по 2020–2021:									
Уфа	0,00	0,23	-0,20	-1,18	-0,14	-0,30	-0,06	-1,58	-3,24
Стерлитамак	-0,05	-0,08	0,31	-1,77	-0,31	-0,22	0,08	-1,16	-3,21
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	0,15	0,21	-0,36	-1,49	-0,34	-0,44	0,00	-1,15	-3,43
Другие города	0,03	0,20	-0,37	-1,29	-0,14	-0,32	-0,10	-1,03	-3,02
Сельская местность	-0,01	0,22	-0,28	-1,07	-0,20	-0,38	0,23	-0,86	-2,36

<sup>15</sup> Статистические данные были получены автором на основе запроса о предоставлении официальной статистической информации в Росстат.

Окончание Таблицы А.4

Населённые пункты	ИПБ	НОВ	БСК	БОД	БОП	НП	ВП	ПР	Все
с 2020–2021 по 2022–2023:									
Уфа	0,12	0,19	0,62	1,19	0,05	0,42	0,1	1,63	4,33
Стерлитамак	0,13	0,02	0,80	1,84	0,34	0,43	0,09	0,82	4,46
Нефтекамск, Октябрьский, Салават	0,11	0,15	1,52	1,37	0,11	0,34	0,15	1,37	5,13
Другие города	0,04	0,06	0,89	1,22	-0,08	0,40	0,09	0,83	3,45
Сельская местность	0,04	0,16	0,86	0,97	-0,02	0,55	0,05	0,86	3,47

Источник: расчёты автора на основе данных Федеральной службы государственной статистики<sup>16</sup>.

Таблица А.5

**Структура стандартизованного коэффициента смертности (СКС) по классам причин смерти в 5 городах среди мужчин, 2011–2013, 2020–2021, 2022–2023, %<sup>17</sup>**

Table A.5

**The Structure of the Standardized Mortality Rate by Cause of Death Classes in Five Cities Among Men, 2011–2013, 2020–2021, and 2022–2023, %**

Годы	Территории	БСК	НОВ	БОД	БОП	НП	ИПБ	ВП	ПР
2011–2013	Уфа	54,4%	15,3%	4,0%	3,8%	4,4%	2,6%	12,0%	3,4%
	Стерлитамак	57,2%	13,1%	4,7%	4,7%	4,0%	1,4%	12,8%	2,2%
	Нефтекамск, Октябрьский, Салават	46,1%	13,8%	5,1%	4,3%	10,5%	2,0%	11,7%	6,5%
	Другие города	44,0%	11,1%	5,4%	3,6%	17,7%	1,6%	13,5%	3,1%
	Сельская местность	41,5%	9,1%	8,7%	3,8%	13,5%	1,2%	19,1%	3,2%
2014–2016	Уфа	52,5%	17,1%	4,1%	4,7%	4,1%	3,1%	10,9%	3,6%
	Стерлитамак	42,5%	13,1%	7,2%	5,5%	10,1%	1,9%	12,1%	7,5%
	Нефтекамск, Октябрьский, Салават	40,3%	15,6%	5,8%	5,1%	11,8%	2,7%	11,7%	6,9%
	Другие города	39,9%	12,4%	7,1%	4,8%	14,4%	1,9%	13,7%	5,8%
	Сельская местность	34,9%	10,5%	10,4%	5,4%	13,0%	1,2%	18,2%	6,4%
2017–2019	Уфа	46,3%	19,3%	4,8%	4,5%	4,7%	3,1%	8,8%	8,5%
	Стерлитамак	54,0%	16,2%	5,2%	5,2%	1,6%	2,7%	9,8%	5,3%
	Нефтекамск, Октябрьский, Салават	41,5%	16,1%	8,4%	6,6%	3,1%	3,0%	9,2%	12,1%
	Другие города	41,0%	14,8%	8,4%	5,1%	4,1%	2,0%	11,4%	13,2%
	Сельская местность	36,3%	14,0%	9,7%	5,1%	3,3%	1,7%	16,5%	13,5%
2020–2021	Уфа	40,5%	12,9%	12,1%	4,0%	5,7%	2,0%	6,4%	16,5%
	Стерлитамак	46,2%	14,3%	13,2%	5,1%	2,5%	2,1%	6,9%	9,8%
	Нефтекамск, Октябрьский, Салават	36,6%	11,4%	15,0%	5,8%	5,3%	1,8%	7,4%	16,8%
	Другие города	37,4%	11,5%	13,5%	5,3%	6,0%	1,5%	8,6%	16,3%
	Сельская местность	34,4%	11,0%	14,1%	5,3%	5,1%	1,4%	13,0%	15,7%
2022–2023	Уфа	44,5%	17,0%	5,4%	6,0%	4,5%	2,5%	10,1%	10,0%
	Стерлитамак	45,7%	18,0%	6,3%	6,1%	2,4%	2,5%	11,1%	8,0%
	Нефтекамск, Октябрьский, Салават	33,0%	12,7%	9,8%	8,3%	7,5%	2,1%	9,8%	16,8%
	Другие города	36,7%	13,4%	9,6%	6,6%	4,2%	1,6%	12,2%	15,7%
	Сельская местность	33,3%	12,6%	10,4%	6,2%	3,5%	1,7%	16,9%	15,4%

Источник: расчёты автора на основе данных Федеральной службы государственной статистики<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> Статистические данные были получены автором на основе запроса о предоставлении официальной статистической информации в Росстат.

<sup>17</sup> ИПБ – инфекционные и паразитарные заболевания, НОВ – новообразования, БСК – болезни системы кровообращения, БОД – болезни органов дыхания, БОП – болезни органов пищеварения, НП – неопределённые причины, ВП – внешние причины, ПР – прочие заболевания, Все – все причины смерти.

<sup>18</sup> Статистические данные были получены автором на основе запроса о предоставлении официальной статистической информации в Росстат.

Таблица А.6

Структура стандартизованного коэффициента смертности (СКС) по классам причин смерти в 5 городах среди женщин, 2011–2013, 2020–2021, 2022–2023, %<sup>19</sup>

Table A.6

The Structure of the Standardized Mortality Rate by Cause of Death Classes in Five Cities for Women, 2011–2013, 2020–2021, and 2022–2023, %

Годы	Территории	БСК	НОВ	БОД	БОП	НП	ИПБ	ВП
2011–2013	Уфа	60,8%	16,5%	2,2%	3,5%	1,3%	5,3%	5,6%
	Стерлитамак	60,1%	14,6%	2,5%	4,6%	0,8%	7,6%	6,5%
	Нефтекамск, Октябрьский, Салават	46,0%	15,6%	2,2%	4,2%	0,7%	16,7%	5,2%
	Другие города	42,2%	12,6%	2,8%	4,1%	0,9%	26,6%	5,6%
	Сельская местность	44,6%	9,8%	4,4%	4,5%	0,7%	22,3%	8,2%
2014–2016	Уфа	56,7%	18,4%	1,8%	4,4%	2,1%	5,5%	5,3%
	Стерлитамак	40,8%	15,4%	2,7%	5,4%	1,3%	18,8%	5,3%
	Нефтекамск, Октябрьский, Салават	37,6%	15,8%	2,5%	5,5%	2,0%	20,3%	5,4%
	Другие города	36,8%	13,2%	3,4%	5,3%	1,5%	23,6%	6,0%
	Сельская местность	35,1%	10,9%	5,0%	6,2%	1,3%	22,1%	8,7%
2017–2019	Уфа	47,7%	19,8%	2,4%	4,7%	2,1%	4,1%	3,8%
	Стерлитамак	57,0%	15,7%	3,1%	5,5%	2,0%	3,3%	4,9%
	Нефтекамск, Октябрьский, Салават	41,7%	17,1%	3,8%	5,8%	2,5%	3,7%	4,2%
	Другие города	40,8%	14,9%	3,9%	5,5%	1,6%	5,5%	4,9%
	Сельская местность	37,8%	13,5%	4,4%	6,0%	1,6%	5,0%	7,7%
2020–2021	Уфа	36,8%	12,9%	11,1%	4,3%	1,6%	6,5%	2,9%
	Стерлитамак	40,6%	12,5%	16,4%	6,1%	1,8%	4,8%	3,4%
	Нефтекамск, Октябрьский, Салават	33,5%	10,6%	14,4%	6,3%	1,3%	5,6%	3,0%
	Другие города	32,5%	10,1%	13,0%	5,0%	1,1%	8,2%	3,8%
	Сельская местность	31,9%	9,8%	11,6%	5,9%	1,4%	7,9%	5,3%
2022–2023	Уфа	49,1%	17,2%	3,3%	6,2%	1,6%	2,7%	3,8%
	Стерлитамак	50,5%	18,0%	4,2%	6,3%	2,0%	1,2%	4,1%
	Нефтекамск, Октябрьский, Салават	35,4%	14,7%	6,7%	8,7%	1,2%	4,8%	3,8%
	Другие города	35,2%	13,2%	5,2%	7,7%	1,4%	2,7%	4,8%
	Сельская местность	35,0%	11,5%	6,5%	7,9%	1,6%	2,9%	6,8%

Источник: расчёты автора на основе данных Федеральной службы государственной статистики<sup>20</sup>.

Таблица А.7

Вклад причин смерти в разницу ОПЖ между городскими и сельскими типами поселений (2011–2023 гг.), 2011–2023 гг., лет<sup>21</sup>

Table A.7

Contribution of Causes of Death to the Life Expectancy Gap Between Urban and Rural Settlement Types (2011–2023), 2011–2023, in Years

Уфа vs Сельская местность, мужчины						Уфа vs Сельская местность, женщины					
Причина	2011–2013	2014–2016	2017–2019	2020–2021	2022–2023	Причина	2011–2013	2014–2016	2017–2019	2020–2021	2022–2023
ИП	0,20	0,28	0,18	0,12	0,06	ИП	0,04	0,04	0,02	0,02	-0,02

<sup>19</sup> ИПБ – инфекционные и паразитарные заболевания, НОВ – новообразования, БСК – болезни системы кровообращения, БОД – болезни органов дыхания, БОП – болезни органов пищеварения, НП – неопределённые причины, ВП – внешние причины, ПР – прочие заболевания, Все – все причины смерти.

<sup>20</sup> Статистические данные были получены автором на основе запроса о предоставлении официальной статистической информации в Росстат.

<sup>21</sup> ИПБ – инфекционные и паразитарные заболевания, НОВ – новообразования, БСК – болезни системы кровообращения, БОД – болезни органов дыхания, БОП – болезни органов пищеварения, НП – неопределённые причины, ВП – внешние причины, ПР – прочие заболевания, Все – все причины смерти.

Окончание Таблицы А.7

НОВ	0,84	0,94	0,64	0,42	0,23	НОВ	0,44	0,44	0,31	0,28	0,25
БСК	1,44	2,44	1,12	1,34	0,56	БСК	0,98	1,24	0,37	0,42	0,56
БОД	-0,84	-1,06	-0,75	-0,26	-0,83	БОД	-0,19	-0,27	-0,17	-0,05	-0,24
БОП	-0,04	-0,14	-0,11	-0,20	-0,17	БОП	-0,09	-0,19	-0,13	-0,15	-0,17
НП	-1,60	-1,49	0,17	0,15	0,04	НП	-1,38	-1,36	-0,09	-0,13	-0,03
ВП	-1,38	-1,26	-1,18	-1,07	-1,21	ВП	-0,24	-0,31	-0,31	-0,21	-0,24
ДР	-0,01	-0,49	-0,79	0,25	-1,00	ДР	-0,08	-0,44	-0,75	-0,24	-0,92
<b>Стерлитамак vs Сельская местность, мужчины</b>						<b>Стерлитамак vs Сельская местность, женщины</b>					
Причина	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2021	2022-2023	Причина	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2021	2022-2023
ИП	0,04	0,10	0,15	0,14	0,06	ИП	0,00	0,00	0,01	0,03	0,01
НОВ	0,69	0,41	0,36	0,65	0,49	НОВ	0,35	0,31	0,07	0,23	0,32
БСК	2,72	1,17	2,70	2,31	1,07	БСК	1,11	0,33	1,07	0,74	0,71
БОД	-0,67	-0,53	-0,63	-0,07	-0,68	БОД	-0,16	-0,19	-0,12	0,42	-0,19
БОП	0,17	0,02	0,03	-0,01	-0,11	БОП	0,00	-0,09	-0,06	0,01	-0,15
НП	-1,60	-0,48	-0,25	-0,42	-0,19	НП	-1,19	-0,32	-0,14	-0,29	-0,12
ВП	-1,07	-1,00	-0,95	-0,99	-1,00	ВП	-0,15	-0,29	-0,23	-0,17	-0,21
ДР	-0,18	0,16	-1,18	-0,94	-1,17	ДР	-0,17	-0,07	-1,18	-1,09	-1,05
<b>Нефтекамск, Октябрьский, Салават vs Сельская местность, мужчины</b>						<b>Нефтекамск, Октябрьский, Салават vs Сельская местность, женщины</b>					
Причина	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2021	2022-2023	Причина	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2021	2022-2023
ИП	0,12	0,21	0,14	0,07	0,00	ИП	-0,01	0,03	0,04	-0,02	-0,05
НОВ	0,63	0,61	0,02	0,01	-0,26	НОВ	0,37	0,25	0,08	0,02	0,02
БСК	0,22	0,29	0,04	0,19	-0,76	БСК	-0,15	-0,13	-0,16	-0,05	-0,44
БОД	-0,68	-0,84	-0,33	0,08	-0,29	БОД	-0,19	-0,23	-0,09	0,16	-0,08
БОП	0,04	-0,11	0,11	0,04	0,12	БОП	-0,05	-0,11	-0,07	0,00	-0,06
НП	-0,64	-0,36	-0,09	0,00	0,41	НП	-0,53	-0,31	-0,13	-0,24	0,07
ВП	-1,41	-1,22	-1,22	-1,00	-1,22	ВП	-0,27	-0,31	-0,30	-0,23	-0,26
ДР	0,49	-0,02	-0,41	0,10	-0,17	ДР	0,26	-0,07	-0,42	-0,23	-0,54
<b>Другие города vs Сельская местность, мужчины</b>						<b>Другие города vs Сельская местность, женщины</b>					
Причина	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2021	2022-2023	Причина	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2021	2022-2023
ИП	0,09	0,11	0,06	0,05	-0,02	ИП	0,02	0,01	0,00	-0,03	-0,01
НОВ	0,50	0,34	0,24	0,23	0,19	НОВ	0,28	0,17	0,11	0,10	0,17
БСК	1,03	0,88	1,04	1,02	0,73	БСК	-0,02	0,09	0,23	0,25	0,16
БОД	-0,48	-0,52	-0,12	0,09	-0,05	БОД	-0,12	-0,14	-0,04	0,20	-0,07
БОП	0,02	-0,08	0,05	0,06	0,09	БОП	-0,02	-0,08	-0,03	-0,05	0,01
НП	0,96	0,26	0,15	0,24	0,14	НП	0,45	0,09	0,04	0,08	0,00
ВП	-0,78	-0,70	-0,63	-0,64	-0,59	ВП	-0,18	-0,23	-0,20	-0,11	-0,11
ДР	0,02	-0,10	0,08	0,33	0,14	ДР	0,00	-0,06	-0,07	0,16	0,26

Источник: расчёты автора на основе данных Федеральной службы государственной статистики<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Статистические данные были получены автором на основе запроса о предоставлении официальной статистической информации в Росстат.

Таблица А.8

Вклад возрастных групп в разницу ОПЖ между городскими и сельскими типами поселений  
(2011–2023 гг.), 2011–2023 гг., лет

Table A.8

Contribution of Age Groups to the Life Expectancy Gap Between Urban and Rural Settlement Types  
(2011–2023), 2011–2023, in Years

Период	Возраст	Уфа vs Сельская местность (лет), мужчины	Стерлитамак vs Сельская местность (лет), мужчины	Нефтекамск, Октябрьский, Салават vs Сельская местность (лет), мужчины	Остальное гор vs Сельская местность (лет), мужчины
2011–2013	0–14	-0,06	-0,06	-0,08	-0,04
	15–39	-0,95	-0,78	-0,83	-0,3
	40–64	-0,8	-0,43	-0,84	-0,03
	65+	0,93	2,44	1,16	2,93
2014–2016	0–14	-0,04	-0,07	-0,06	-0,04
	15–39	-0,85	-0,48	-0,57	-0,31
	40–64	-0,58	-0,35	-0,55	-0,23
	65+	1,31	1,41	-0,27	1,4
2017–2019	0–14	-0,05	-0,06	-0,06	0
	15–39	-0,81	-0,44	-0,68	-0,34
	40–64	-0,66	-0,38	-0,71	-0,03
	65+	1,54	2,08	-0,3	2,04
2020–2021	0–14	-0,07	-0,06	-0,07	-0,05
	15–39	-0,79	-0,62	-0,59	-0,41
	40–64	-0,63	-0,32	-0,73	-0,19
	65+	4,03	2,92	1,81	3,52
2022–2023	0–14	-0,01	-0,01	0	-0,01
	15–39	-0,93	-0,8	-0,78	-0,54
	40–64	-1,05	-0,62	-0,77	0,12
	65+	-0,26	-0,03	-0,89	1,68
Период	Возраст	Уфа vs Сельская местность (лет), женщины	Стерлитамак vs Сельская местность (лет), женщины	Нефтекамск, Октябрьский, Салават vs Сельская местность (лет), женщины	Остальное гор vs Сельская местность (лет), женщины
2011–2013	0–14	-0,01	-0,02	-0,04	-0,01
	15–39	-0,28	-0,19	-0,26	-0,08
	40–64	-0,42	-0,27	-0,45	-0,05
	65+	0,47	0,58	0,49	0,97
2014–2016	0–14	-0,04	-0,05	-0,05	-0,03
	15–39	-0,36	-0,27	-0,24	-0,17
	40–64	-0,29	-0,13	-0,35	-0,09
	65+	-0,18	0,26	-0,26	0,26
2017–2019	0–14	-0,05	-0,05	-0,04	-0,01
	15–39	-0,4	-0,26	-0,27	-0,22
	40–64	-0,23	-0,24	-0,39	-0,08
	65+	-0,04	0,02	-0,47	0,58

Окончание Таблицы А.8

2020–2021	0–14	-0,03	-0,03	-0,02	-0,01
	15–39	-0,39	-0,26	-0,26	-0,17
	40–64	-0,25	-0,14	-0,26	-0,02
	65+	1,09	0,55	-0,01	1,37
2022–2023	0–14	-0,02	-0,03	-0,02	-0,01
	15–39	-0,33	-0,22	-0,3	-0,15
	40–64	-0,35	-0,21	-0,33	-0,03
	65+	-0,07	-0,3	-1,06	1,01

Источник: расчёты автора на основе данных Федеральной службы государственной статистики<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> Статистические данные были получены автором на основе запроса о предоставлении официальной статистической информации в Росстат.