НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

DOI: 10.48647/ICCA.2026.96.20.002

Д.А. Ананьина, А.М. Ойдопова

«Кризис институциональной адаптации к демографическому старению» в АРВМ КНР

Аннотация. Статья посвящена анализу структурных особенностей демографического тренда, обозначаемого как «кризис институциональной адаптации к демографическому старению» в Автономном районе Внутренняя Монголия (АРВМ) КНР. Цель статьи заключается в выявлении того, как снижение преждевременной смертности и рост продолжительности жизни одновременно порождают новые системные вызовы, связанные со старением населения и адаптацией социальной инфраструктуры. Теоретико-методологическую основу исследования составляют теория эпидемиологического перехода А. Омрана, а также подходы к анализу смертности, чувствительной к эффективности системы здравоохранения (amenable mortality), разработанные в исследованиях Э. Нолте и М. Макки. Методология включает анализ возрастных распределений смертности по данным переписей населения, анализ стандартизированных коэффициентов смертности от основных хронических неинфекционных заболеваний, а также анализ официальной статистики и эпидемиологических исследований. Эмпирическую базу составили материалы 5-й, 6-й и 7-й Всекитайских переписей населения (2000, 2010, 2020 гг.), данные Национального бюро статистики КНР и правительства АРВМ (2000–2022 гг.), включая «Статистический ежегодник здравоохранения АРВМ», а также результаты лонгитюдных и популяционных исследований по региону. Результаты демонстрируют, что во Внутренней Монголии сформировалась модель «кризиса институциональной адаптации к демографическому старению», для которой характерны смещение модального возраста распределения зарегистрированных смертей в старшие возрастные группы, устойчивое снижение стандартизированной смертности от болезней системы кровообращения, новообразований и хронических респираторных заболеваний, сокращение вероятности преждевременной смерти от четырех основных хронических неинфекционных заболеваний. В то же время регион сталкивается с вызовами депопуляции, стремительного старения населения, ограниченного развития медицинского сегмента долговременного ухода и территориальными диспропорциями, усугубляемыми высокой внутренней миграцией. Сделан вывод, что «кризис институциональной адаптации к демографическому старению» требует качественной трансформации системы здравоохранения и социальной защиты.

Ключевые слова: институциональная адаптация, продолжительность жизни, социальная политика, демографические тренды, старение, Внутренняя Монголия.

Авторы: *Ананьина Дарья Александровна*, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, Забайкальский государственный университет, старший научный сотрудник, Забайкальский научный центр ИИАЭ ДВО РАН. E-mail: ananina_1989@mail.ru
Ойдопова Арюна Мункобаировна, кандидат философских наук, доцент кафедры социальной работы, Забайкальский государственный университет. E-mail: karyuna@mail.ru

D·A·阿纳宁娜, A·M·奥伊多波娃

中国内蒙古自治区的“人口老龄化制度适应危机”

*摘要：*本文分析了中国内蒙古自治区“人口老龄化制度适应危机”这一人口趋势的结构特点。文章旨在探讨过早死亡率下降和寿命延长如何同时引发与人口老龄化和社会基础设施适应相关的新的系统挑战。本研究的理论和方法基础是 A·奥姆兰（A·Omran）的流行病学转变理论，以及 E·诺尔特（E. Nolte）和 M·麦基（M. McKee）研究中提出的对卫生系统有效性敏感的死亡率（amenable mortality）的分析方法。研究方法包括基于人口普查数据的死亡率年龄分布分析、主要慢性非传染性疾病标准化死亡率分析，以及官方统计数据和流行病学研究的内容分析。本研究的实证基础包括中国第五次、第六次和第七次全国人口普查（2000 年、2010 年和 2020 年）的数据，及中华人民共和国国家统计局和内蒙古自治区政府的数据（2000-2022 年），其中包括《内蒙古卫生健康统计年鉴》，以及在该地区纵向研究和群体研究的成果。本研究结果表明，内蒙古已出现“人口老龄化的制度适应危机”模式，其特征是：登记死亡的众数年龄向老年群体偏移；心血管疾病、肿瘤和慢性呼吸系统疾病的标准化死亡率持续下降；四种主要慢性非传染性疾病导致的过早死亡概率降低。与此同时，该地区还面临着人口减少、人口快速老龄化、长期医疗护理发展不足以及因大量内部人口迁移而加剧的地区发展不平衡等挑战。本文结论认为，应对“人口老龄化的制度适应危机”需要对医疗卫生和社会保障体系进行根本性改革。

*作者：*达里娅·亚历山德罗夫娜·阿纳宁娜，哲学副博士，外贝加尔国立大学哲学教研室副教授，俄罗斯科学院远东分院历史、考古与民族学研究所外贝加尔学术中心高级研究员。E-mail：ananina_1989@mail.ru
阿留娜·蒙科巴伊罗夫娜·奥伊多波娃，哲学副博士，外贝加尔国立大学社会工作教研室副教授。E-mail：karyuna@mail.ru

Darya A. Ananyina, Aryuna M. Oydopova

“Crisis of Institutional Adaptation to Demographic Aging” in the Inner Mongolia Autonomous Region of the People’s Republic of China

Abstract. This article analyzes the structural characteristics of the demographic trend identified as the “crisis of institutional adaptation to demographic aging” in the Inner Mongolia Autonomous Region (IMAR) of the PRC. The study aims to examine how the decline in premature mortality and the rise in life expectancy simultaneously generate new sys-

temic challenges related to population aging and the adaptation of social infrastructure. The theoretical and methodological framework is based on A. Omran's theory of epidemiological transition and approaches to analyzing "amenable mortality" (mortality sensitive to healthcare system effectiveness) developed by E. Nolte and M. McKee. The methodology involves analyzing age-specific mortality distributions from census data, examining standardized mortality rates for major chronic non-communicable diseases, and conducting a content analysis of official statistics and epidemiological studies. The empirical basis comprises data from the 5th, 6th, and 7th National Censuses of China (2000, 2010, and 2020); data from the National Bureau of Statistics of China and the IMAR government (2000–2022), including the IMAR Health Statistical Yearbook; and results from longitudinal and population-based studies conducted in the region. The findings demonstrate that a "crisis of institutional adaptation to demographic aging" model has emerged in Inner Mongolia, characterized by a shift in the modal age of recorded deaths toward older age groups, a sustained decline in standardized mortality rates from circulatory system diseases, neoplasms, and chronic respiratory diseases, and a reduction in the probability of premature death from the four major chronic non-communicable diseases. At the same time, the region faces challenges such as depopulation, rapid population aging, limited development of the long-term care sector, and territorial disparities exacerbated by high levels of internal migration. It is concluded that the "crisis of institutional adaptation to demographic aging" necessitates a qualitative transformation of the healthcare and social protection systems.

Keywords: institutional adaptation, life expectancy, social policy, demographic trends, aging, Inner Mongolia.

Author: *Darya A. Ananyina*, Candidate of Science (Philosophy), Associate Professor, Department of Philosophy, Trans-Baikal State University; Senior Researcher, Trans-Baikal Scientific Center, Institute of Historical and Ethnographic Studies, Far Eastern Branch of the Russian Academy of Sciences. Email: ananina_1989@mail.ru
Aryuna M. Oydopova, Candidate of Science (Philosophy), Associate Professor, Department of Social Work, Trans-Baikal State University. Email: karyuna@mail.ru

Введение

Автономный район Внутренняя Монголия (далее АРВМ) представляет интерес как аналитически значимый региональный кейс, в котором одновременно развиваются несколько взаимосвязанных демографических процессов, таких как снижение преждевременной смертности, старение населения, сокращение его численности и высокая внутренняя мобильность. В совокупности они формируют новые требования к институциональной адаптации системы здравоохранения. Особую остроту эти вызовы приобретают в приграничных и периферийных районах, где демографическая динамика напрямую влияет не только на региональное развитие, но и на геополитический и экономический потенциал страны в целом. АРВМ представляет собой показательный случай трансформации демографических процессов. С одной стороны, регион демонстрирует устойчивое снижение смертности по ряду показателей общественного здоровья и увеличение ожидаемой продолжительности жизни. С другой стороны, эти успехи сопряжены с новым комплексом проблем, а именно стремительным старением населения, ростом нагрузки хронических неинфекционных заболева-

ний (ХНИЗ) и вызовами, которые быстрорастущая возрастная когорта ставит перед существующей инфраструктурой здравоохранения и социальной защиты. В ответ на эти вызовы государство активно продвигает реформу первичного звена, в частности через создание интегрированных медицинских сообществ на уровне округов, что должно повысить координацию и доступность помощи для сельского и стареющего населения [Guojia Weisheng Jiankang Weiyuanhui, 2023, p. 27–32]. Эти меры являются частью государственной стратегии «Здоровый Китай 2030», которая ставит целью увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 79 лет к 2030 г. и снижение преждевременной смертности от основных хронических заболеваний на 30% [Zhonggong Zhongyang; Guowuyuan, 2016, p. 9–11].

Существующие исследования проблем старения в регионах, подобных Внутренней Монголии, преимущественно сосредоточены на вопросах совершенствования организации медицинской помощи и повышения эффективности системы здравоохранения в рамках государственной концепции «Здорового старения». Этот подход реализуется по двум основным направлениям. Во-первых, операционализация политики через лонгитюдные проекты, такие как IMAGINS (Inner Mongolian Healthy Aging Study), нацеленные на предиктивное управление рисками хронических заболеваний у стареющего населения [Xi.., 2022, p. 5–9]. В рамках этих проектов фиксируются, в частности, низкие показатели осведомленности о лечении и контроле хронических заболеваний в АРВМ, что указывает на необходимость адресных программ [Xi.., 2022, p. 2]. Во-вторых, анализ регионального неравенства в доступности и качестве медицинских услуг, которое связывается с уровнем экономического развития и требует «тонкой настройки» системы [Dai, 2023, p. 8]. Важным дополнением к этому дискурсу выступают геопространственные исследования, показывающие, что традиционные деревни в АРВМ концентрируются в наименее развитых аграрных районах с низкой плотностью дорог, что косвенно подтверждает, как массовый миграционный отток молодежи ведет к «демографическому истощению» и ускоренному старению периферии [Li.., 2023, p. 24–25; Zhou, Feng, 2023, p. 1–2]. Параллельно с этим российские исследователи акцентируют внимание на демографических проблемах Северо-Востока Китая, фиксируя устойчивую депопуляцию, старение населения и отток молодежи из провинций Ляонин, Цзилинь и Хэйлунцзян [Баженова, Островский, 2021, с. 73; Веремейчик, 2011, с. 51–52; Мищук, Линь, 2024, с. 135–136]. Эти процессы, хотя и имеют региональную специфику, обнаруживают типологическое сходство с тем, что происходит во Внутренней Монголии. Однако, при всей глубине разработанности проблемы, сохраняется концептуальное ограничение. Несмотря на значительное число исследований демографического старения, недостаточно внимания уделяется институциональным последствиям изменения возрастной структуры населения. В частности, остается недостаточно исследованным вопрос о том, каким образом увеличение продолжительности жизни и рост доли населения старших возрастов изменяют требования к системе здравоохранения и долговременного ухода. В настоящей статье данный феномен рассматривается как «кризис институциональной адаптации к демографическому старению», т.е. ситуация, при которой достижения общественного здоровья требуют ускоренной адаптации системы здравоохранения и долговременного ухода к изменившейся возрастной структуре населения. Для

преодоления указанного концептуального пробела в данной работе предпринят анализ кейса Внутренней Монголии, реализующей активную социальную политику в условиях периферийного и приграничного положения.

Теоретико-методологические основы исследования

Данное исследование опирается на две взаимодополняющие концепции, каждая из которых операционализирована в конкретных аналитических процедурах. Теория эпидемиологического перехода А. Омрана задает аналитическую рамку для интерпретации изменений структуры смертности населения АРВМ [Омран, 2019, с. 3–4]. В соответствии с этой теорией, одним из индикаторов перехода (от смертности от инфекционных и внешних причин к смертности от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ)) является смещение возрастного профиля смертности в старшие возраста. Для эмпирической верификации этого сдвига в работе анализируются распределения умерших по возрастным группам на основе данных 5-й, 6-й и 7-й Всекитайских переписей населения (2000, 2010, 2020 гг.), визуализируемые с помощью пирамид смертности. Также показатели доли умерших в возрасте до 40 лет, а также 80 лет и старше рассматриваются как дополнительные показатели изменения возрастной структуры смертности. Подход к анализу смертности, чувствительной к медицинской помощи (amenable mortality), разработанный в работах Э. Нолте и М. Макки, используется в настоящем исследовании как методологический инструмент для интерпретации изменений смертности по отдельным причинам, потенциально чувствительным к своевременной и эффективной медицинской помощи. При этом данный подход не отождествляется с концепцией предотвратимой смертности и не рассматривается как исчерпывающая характеристика эффективности системы здравоохранения, поскольку перечень соответствующих причин смерти определяется специальными классификациями. В связи с этим он используется исключительно как дополнительный аналитический инструмент при интерпретации динамики смертности по отдельным категориям причин [Nolte, McKee, 2003, p. 1–4]. В этой связи эмпирический анализ основан не на показателях смертности, которую можно предотвратить, а на опубликованных данных о стандартизированной смертности от четырех основных хронических неинфекционных заболеваний в АРВМ за 2014–2021 гг., включая среднегодовые темпы изменения (AAPC) и вероятности преждевременной смерти (30–69 лет) [Zheng…, 2024, p. 903]. Также в статье анализируется динамика медицинской инфраструктуры АРВМ на основе данных ежегодных статистических отчетов правительства АРВМ и Национального бюро статистики КНР за 2013–2022 гг., включающих сведения о числе медицинских и оздоровительных учреждений, больниц и специализированных клиник. Указанные данные используются для характеристики институциональных изменений системы здравоохранения и пространственного распределения медицинской инфраструктуры региона.

Эмпирическую базу составили три группы источников, включающие данные переписей населения, официальную статистику системы здравоохранения АРВМ, а также результаты эпидемиологических и демографических исследований по регио-

ну, использованные для верификации данных и интерпретации выявленных статистических тенденций. Использование указанных источников предполагает ряд методологических ограничений. Во-первых, используемые статистические материалы различаются по методологии формирования отдельных показателей, временным интервалам наблюдения и уровню статистической агрегации. Во-вторых, показатели числа медицинских учреждений используются в настоящем исследовании исключительно для характеристики институциональных изменений и пространственного распределения медицинской инфраструктуры и не позволяют оценить мощность медицинских организаций, качество оказываемой помощи или количественно определить вклад системы здравоохранения в снижение смертности. В-третьих, при интерпретации демографических показателей необходимо учитывать высокую внутреннюю мобильность населения и особенности регистрационной системы *hukou*. Используемые агрегированные данные не позволяют количественно оценить влияние этих факторов, а также установить строгие причинно-следственные связи между развитием медицинской инфраструктуры, динамикой смертности и другими социально-экономическими процессами. Целью статьи является анализ институциональной адаптации системы здравоохранения АРВМ к демографическому старению населения посредством исследования возрастной структуры смертности, динамики смертности от четырех основных хронических неинфекционных заболеваний и изменений медицинской инфраструктуры региона. Полученные результаты интерпретируются в рамках предложенной аналитической модели «кризиса институциональной адаптации к демографическому старению».

Успехи и новые вызовы демографической политики АРВМ

Автономный район Внутренняя Монголия представляет интерес как регион, в котором демографические изменения последних десятилетий отражают переход от решения задач снижения преждевременной смертности к задачам адаптации системы здравоохранения к старению населения. Анализ демографических тенденций АРВМ позволяет выявить характеристики и противоречия модели «кризиса институциональной адаптации к демографическому старению». Одновременно со старением населения регион сталкивается с тенденцией депопуляции. Сокращение численности населения обусловлено сочетанием низкой рождаемости, естественных демографических изменений и миграционного оттока, характерного для ряда периферийных территорий Китая. В результате институциональная нагрузка определяется не только увеличением доли пожилого населения, но и уменьшением численности населения трудоспособного возраста, что ограничивает кадровые и финансовые возможности системы здравоохранения и ставит под вопрос долгосрочный трудовой потенциал региона. Согласно данным седьмой Всекитайской переписи (2020 г.) за период с 2010 по 2020 г. доля населения в возрасте 60+ выросла на 8,3 п.п., достигнув 19,8%, при одновременном сокращении доли экономически активного населения (15–59 лет) на 8,3 п.п. [Neimenggu zizhiqu tongjiju, 2022, p. 1], тогда как по стране в целом показатель темпов демографического старения достиг 18,70% [Баженова, Островский, 2021, с. 75]. Полученные нами данные о возрастном составе населения АРВМ согласуются с региональными оценками ожи-

даемой продолжительности жизни. По данным исследования Чжан Лэй и Сун Лицзюань, для западного региона Китая (куда входит АРВМ) характерен устойчивый, хотя и замедляющийся в последние годы, рост ОПЖ. При этом разрыв в ОПЖ между западным и восточным регионами в 2020 г. составил 3,5–4,2 года в зависимости от пола [Zhang, Sun, 2023, p. 4]. По оценкам авторов, сама ожидаемая продолжительность жизни в западном регионе Китая в 2020 г. составляла около 73-74 лет для мужчин и около 79 лет для женщин, что отражает общий прогресс, но сохраняет значительный разрыв с восточными провинциями [Zhang, Sun, 2023, p. 7].

Важной особенностью современной демографической ситуации в АРВМ является высокая внутренняя мобильность населения. Согласно данным Седьмой Всекитайской переписи населения 2020 г., почти половина жителей региона (47,7%) фактически проживали вне места своей постоянной регистрации (*hukou*) (таблица 1).

Таблица 1

Население АРВМ по полу и статусу регистрации домохозяйства в 2020 г.

Категория населения	Всего, чел.	Мужчины, чел.	Женщины, чел.	Доля от общего населения, %	Соотношение мужчин/ женщин
Всего население	24 049 155	12 275 274	11 773 881	100,0	1,04:1
в том числе:					
Проживают в данном населенном пункте с регистрацией	12 500 329	6 371 165	6 129 164	52,0	1,04:1
Население, фактически проживающее не по месту регистрации хукоу	11 462 961	5 858 767	5 604 194	47,7	1,05:1
Проживают с временной регистрацией	61 321	32 788	28 533	0,3	1,15:1
Проживают за границей	24 544	12 554	11 990	0,1	1,05:1

Источник: составлено на основе данных Бюллетеня 7-ой национальной переписи населения АРВМ [Бюро статистики КНР].

Масштаб внутренней мобильности свидетельствует о высокой интенсивности пространственных перемещений населения, которые могут быть связаны как с процессами урбанизации, так и с региональной дифференциацией рынка труда. Такая особенность представляет самостоятельный интерес для анализа демографических процессов в регионе и одновременно требует осторожности при интерпретации агрегированных показателей смертности, поскольку используемые статистические материалы не позволяют проследить индивидуальные миграционные траектории и оценить их влияние на демографические показатели.

Одним из важных демографических проявлений современного этапа трансформации смертности в АРВМ является изменение возрастного профиля умерших. Если в 2000 году модальный возраст распределения зарегистрированных смертей приходился на группу 70–74 года (14,4% всех смертей), то к 2020 г. он сместился в группу 80–84 года (16,1%) (таблица 2). Доли умерших в возрасте 85–89 и 90–94 лет увеличились с 3,8% до 11,1% и с 1,0% до 4,0% соответственно.

Таблица 2

Распределение смертности в АРВМ по возрастным группам (% от общего числа умерших).

Возрастная группа	2000 г.	2010 г.	2020 г.	Изменение п.п. (2000–2020)
0 лет	5,10	0,76	0,25	**-4,85**
1–4	0,58	0,33	0,11	**-0,47**
5–9	0,39	0,18	0,08	**-0,31**
10–14	0,49	0,22	0,13	**-0,36**
15–19	0,93	0,49	0,16	**-0,77**
20–24	1,25	0,87	0,25	**-1,00**
25–29	1,84	1,11	0,43	**-1,41**
30–34	2,25	1,28	0,75	**-1,50**
35–39	2,81	2,46	1,13	**-1,68**
40–44	3,51	3,57	1,80	**-1,71**
45–49	4,68	4,91	3,69	**-0,99**
50–54	5,09	6,40	5,46	**+0,37**
55–59	6.26	8,05	7,11	**+0,85**
60–64	10,54	8,51	9,29	**-1,25**
65–69	13,13	10,02	11,77	**-1,36**
70–74	14,40	15,80	12,26	**-2,14**
75–79	12,93	15,73	13,09	**+0,16**
80–84	8,88	11,37	16,13	**+7,25**
85–89	3,82	5,81	11,12	**+7,30**
90–94	0,97	1,71	4,02	**+3,05**
95–99	0,15	0,32	0.84	**+0,69**
100+	0,02	0,08	0,14	**+0,12**

Источник: составлено на основе данных 5-й, 6-й,7 Всекитайских переписей населения (2000, 2010, 2020 гг.). [Бюро статистики КНР]. 普查数据 – 国家统计局

Как видно из таблицы 2, наиболее заметные изменения произошли в старших возрастных группах. Совокупная доля умерших в возрасте 80 лет и старше увеличилась с 13,8 % до 32,2 %, тогда как доля умерших в возрасте до 40 лет сократилась более чем втрое (с 19,0 % до 5,3 %). Подобный сдвиг отражает изменение возрастной

структуры смертности и согласуется с увеличением продолжительности жизни и процессом демографического старения населения. Визуально эта динамика иллюстрируется сдвигом пирамид смертности (рисунок 1).

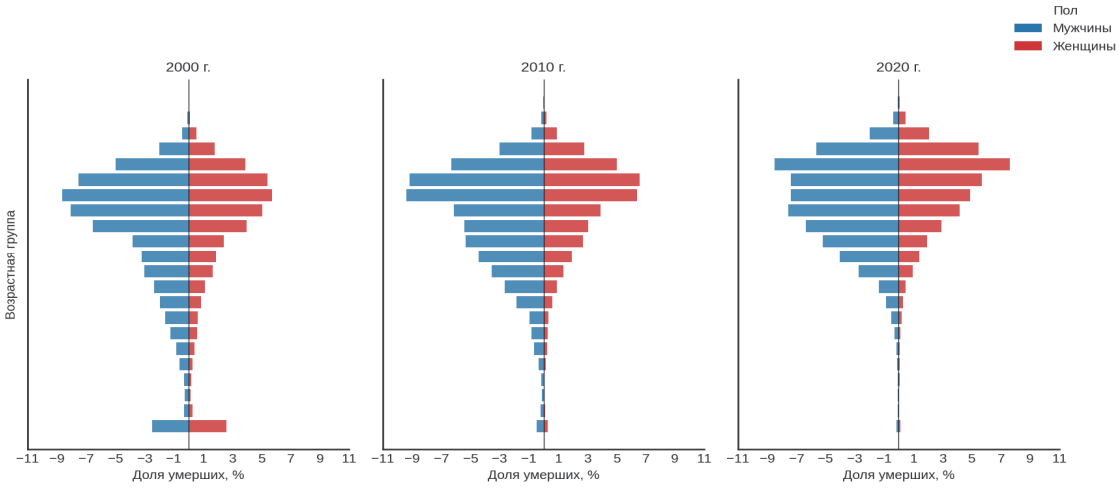

Рисунок 1. Эволюция пирамид смертности АРВМ, 2000, 2010, 2020 гг., в %

Анализ пирамид смертности свидетельствует о «постарении» смертности и смещении основной ее тяжести к старшим возрастам. Если в 2000 г. модальный возраст распределения зарегистрированных смертей приходился на возрастную группу 70–74 года (14,4%), то к 2020 г. он сместился к группе 80–84 года (16,1%). Заметно увеличилась доля умерших в группах 85–89 лет (с 3,82% до 11,12%) и 90–94 года (с 0,97% до 4,02%). Во всех возрастных группах до 60 лет наблюдается сокращение доли умерших, что свидетельствует об улучшении выживаемости населения.

Изменение возрастного распределения зарегистрированных смертей само по себе не является достаточным основанием для вывода о завершении эпидемиологического перехода, поскольку последний предполагает трансформацию структуры причин смерти. Поэтому возрастной анализ в настоящем исследовании дополняется анализом динамики смертности от четырех основных хронических неинфекционных заболеваний, представленной в исследованиях Чжэн, Си, Цяо и Хоу с соавторами [Zheng, Xi, Qiao, 2024, p. 903; Hou, Mu..., 2023, p. 2]. Согласно этим данным, стандартизованные коэффициенты смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований и хронических респираторных заболеваний в 2014–2021 гг. демонстрировали тенденцию к снижению [Zheng, Xi, Qiao, 2024, p. 906]. Несмотря на рост грубых показателей смертности (обусловленный старением населения), стандартизированные коэффициенты демонстрируют устойчивое снижение по ключевым патологиям [Hou, Mu..., 2023, p. 8]. Наиболее значимое снижение стандартизированной смертности наблюдается от сердечно-сосудистых заболеваний (AAPC = -3,97%) и злокачественных новообразований (AAPC = -4,18%), что может свидетельствовать об эффективности политики в области профилактики и ранней диагностики соответствующих заболеваний [Zheng, Xi, Qiao, 2024, p. 906]. При этом для диабета тренд снижения статистически не значим (AAPC = +1,10%), что указывает на растущую нагрузку от этого забо-

левания в условиях старения населения [Zheng, Xi, Qiao, 2024, p. 906]. Дополнительным показателем является вероятность преждевременной смерти от четырех основных хронических заболеваний, по данным Чжэн и соавторов, она снизилась с 19,84% в 2014 г. до 14,59% в 2021 г., то есть примерно на 26,5% (AAPC = −4,69%; p < 0,001) [Zheng, Xi, Qiao, 2024, p. 907]. Таким образом, наряду со снижением стандартизованных коэффициентов смертности наблюдается сокращение вероятности преждевременной смерти от четырех рассматриваемых групп хронических заболеваний.

Таблица 3

Динамика стандартизированной смертности от четырех основных ХНИЗ в АРВМ, 2014, 2021 гг. (на 100 тыс. населения).

Причина смерти	2014 г.	2021 г.	Изменение, %	Годовой тренд (AAPC, %)
БСК	342,5	267,3	- 22,0%	- 3,97
Злокачественные новообразования	144,1	107,5	- 25,4%	- 4,18
Хронические респираторные	49,4	30,8	- 37,7%	- 4,92
Диабет	9,8	9,0	- 8,2%	+ 1,10

Источник: составлено на основе статистических данных, приведенных в работе Zheng J, Xi Y, Qiao L, et al. (2024). Analysis of mortality of major chronic diseases in 2021 and its trend from 2014 to 2021 in Inner Mongolia Autonomous Region. DisSurveill. No. 39(7). P. 902–908.

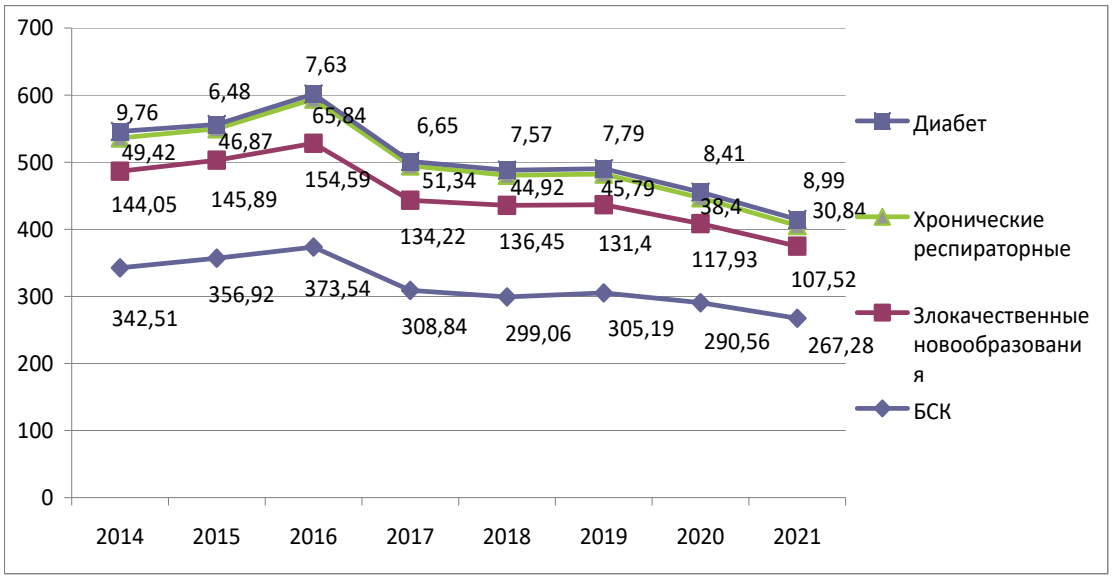

Рисунок 2. Динамика стандартизированной смертности от четырех основных ХНИЗ в АРВМ, 2014–2021 гг.

Источник: составлено на основе статистических данных, приведенных в работе Zheng J, Xi Y, Qiao L, et al. (2024). Analysis of mortality of major chronic diseases in 2021 and its trend from 2014 to 2021 in Inner Mongolia Autonomous Region. DisSurveill. No. 39(7). P. 902–908.

Положительная динамика демографических показателей, в том числе снижение стандартизированных показателей смертности от четырех основных хронических неинфекционных заболеваний, также может быть связана с развитием и укреплением системы здравоохранения АРВМ. За рассматриваемый период в регионе отмечается значительный рост числа медицинских и оздоровительных учреждений. В 2013–2022 гг. число больниц в АРВМ выросло на 43%, а специализированных клиник более чем в два раза (таблицы 4, 5).

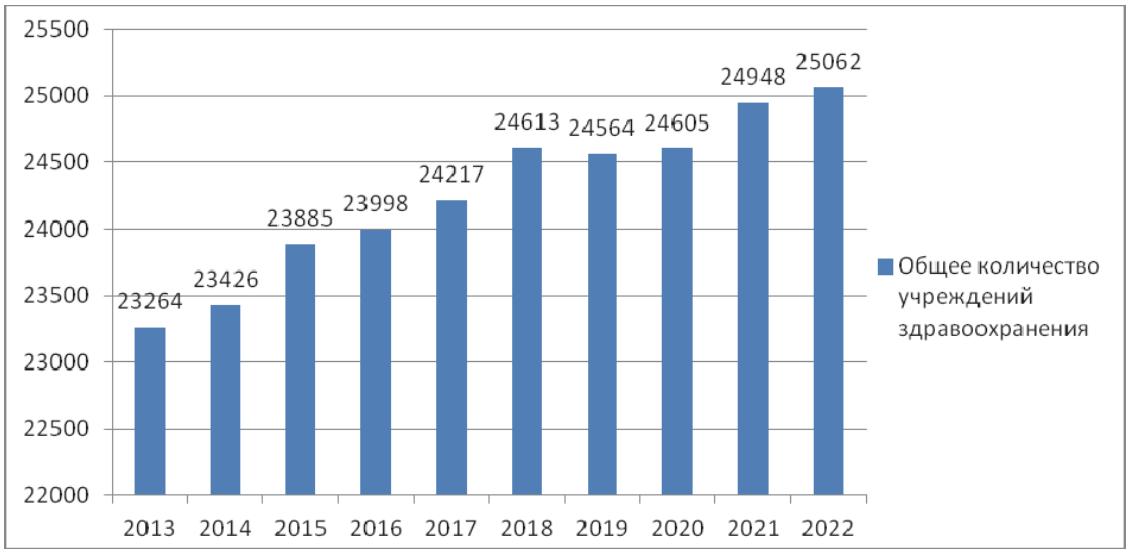

Рисунок 3. Общее количество медицинских и оздоровительных учреждений в АРВМ

Источник: составлено на основе данных Статистического ежегодника здравоохранения Внутренней Монголии за 2023 г. [Комиссия по здравоохранению АРВМ].

Таблица 4

Количество медицинских и оздоровительных учреждений в АРВМ

Год	Общее кол-во	Больница	Больница общего профиля	Больницы традиционной китайской медицины	Специализированные больницы	Первичные медицинские и оздоровительные учреждения	Центр общественного здравоохранения	Городские медицинские центры	Деревенские поликлиники	Поликлиника	Агентство общественного здравоохранения	Профилактические центры	Специализированная лечебно-профилактическая больница	Учреждения здравоохранения матери и ребенка	Управление санитарной инспекции	Другие учреждения здравоохранения
2013	23264	566	353	127	85	219844	1148	1332	14028	4944	620	119	53	116	101	78
2014	23426	639	379	147	111	22053	1180	1335	13835	5218	660	119	53	117	114	74
2015	23885	702	409	164	126	22420	1193	1322	13645	5584	664	119	53	114	114	99
2016	23998	720	402	181	134	22605	1194	1321	13632	5781	599	117	54	113	113	74
2017	24217	775	422	202	145	22868	1195	1312	13625	6029	507	119	51	113	115	67
2018	24613	818	424	228	159	23235	1197	1301	13539	6492	491	118	50	114	116	69
2019	24564	794	397	230	161	23238	1197	1271	13321	6860	466	119	43	114	117	66
2020	24605	777	377	235	159	23334	1200	1257	13087	7790	433	120	29	114	116	61
2021	24948	806	379	247	172	23683	1230	1251	12963	8238	402	121	14	114	117	57
2022	25062	809	377	249	174	23751	1240	1249	12824	8437	430	122	11	116	118	72

Источник: составлено на основе данных Статистического ежегодника здравоохранения Внутренней Монголии за 2023 г. [Комиссия по здравоохранению АРВМ].

Таблица 5

Количество лечебно-оздоровительных учреждений в районах АРВМ в 2022 г.

Область	Общее кол-во	Больницы							Первичные медицинские и оздоровительные учреждения							
		Итого	Больницы общего профиля	Больницы традиционной китайской медицины	Интегрированные больницы традиционной китайской и западной медицины	Этническая больница	Специализированные больницы	Учреждения сестринского ухода	Итого	Центр общественного здравоохранения	Общественная станция здравоохранения	Уличный центр здоровья	Городской медицинский центр	Деревенская поликлиника	Поликлиника	Поликлиники, фельдшерские кабинеты, сестринские посты
Итого	25062	809	377	142	14	93	174	9	23751	346	894	1	1249	12824	854	7583
Хух-Хото	2539	109	52	23	1	5	28	0	2538	38	191	0	78	982	151	918
Баотоу	2169	105	36	20	4	11	32	2	2007	68	113	0	65	447	235	1079
Ухай	315	25	15	2	0	1	6	1	275	13	6	0	3	13	13	227
Чифэн	4823	105	49	22	1	10	20	3	4672	39	76	1	240	3040	32	1244
Тунляо	4276	84	33	14	4	13	20	0	4153	23	156	0	157	3273	37	507
Ордос	1814	97	38	23	1	9	24	2	1670	38	72	0	89	572	101	798
Хулун-буир	1870	67	35	7	1	10	14	0	1746	30	121	0	132	707	116	640
Баян-Нур	1713	58	34	11	0	6	7	0	1626	22	21	0	103	706	36	738
Уланчаб	2119	61	37	11	1	4	7	1	2014	29	92	0	141	1348	14	390
Хинган	1660	35	17	4	0	6	8	0	1597	16	31	0	89	883	84	494
Шилин Гол	1427	45	21	4	1	12	7	0	1328	24	12	0	115	684	31	462
Алашань	337	18	10	1	0	6	1	0	305	6	3	0	37	169	4	86

Источник: составлено на основе данных Статистического ежегодника здравоохранения Внутренней Монголии за 2023 г. [Комиссия по здравоохранению АРВМ].

Анализ динамики медицинских учреждений АРВМ в 2013–2022 гг. показывает структурную перестройку системы здравоохранения. Общее число учреждений выросло на 7,7% (с 23 264 до 25 062), однако за этой динамикой скрываются разнонаправленные тенденции. Количество больниц увеличилось на 43% (с 566 до 809), причем наиболее быстро росли специализированные больницы (+105%) и больницы традиционной китайской медицины (+52% после 2015 г.), тогда как число больниц общего профиля почти не изменилось. Первичное звено трансформировалось таким образом, что количество деревенских поликлиник сократилось на 8,6%, тогда как городских поликлиник стало на 70% больше, что отражает тенденцию к урбанизации. Профилактическое звено в целом остается стабильным, рост центров общественного здоровья составляет 8%, число профилактических центров осталось на прежнем уровне. Вместе с тем официальная статистика системы здравоохранения фиксирует крайне небольшое число учреждений сестринского ухода (护理院), относящихся к медицинской инфраструктуре региона. Следует отметить, что данный показатель не охватывает всю систему долговременного ухода за пожилыми людьми, которая в Китае включает также учреждения системы социального обеспечения (养老机构, 敬老院, 社会福利院 и др.). Поэтому представленные данные не позволяют количественно оценить общую обеспеченность региона инфраструктурой долговременного ухода. Вместе с тем они свидетельствуют о том, что медицинская составляющая системы ухода остается одним из направлений, требующих дальнейшего развития в условиях демографического старения. Это особенно показательно на фоне требований стратегии «Здоровый Китай 2030», которая прямо предписывает «развивать долговременные услуги по уходу для пожилых людей на дому и поощрять создание учреждений, объединяющих медицинскую помощь и уход» [Zhonggong Zhongyang; Guowuyuan, 2016, p. 24–25]. Более того, региональный пятилетний план АРВМ декларирует необходимость «укрепления долгосрочной защиты пожилых людей с инвалидностью» и ставит целевой показатель доли специализированных коек в домах престарелых не менее 55% к 2025 г. [Neimenggu Zizhiqu Renmin Zhengfu, 2021, p. 99–100]. Таким образом, анализ медицинской инфраструктуры показывает, что при декларируемом государством курсе на развитие интеграции медицинской помощи и долговременного ухода, статистика системы здравоохранения отражает ограниченное развитие медицинского сегмента учреждений сестринского ухода. Вместе с тем используемые статистические материалы охватывают только организации, относящиеся к системе здравоохранения, и не позволяют оценить полноту всей системы долговременного ухода за пожилыми людьми, включающей также учреждения социальной защиты. В связи с этим данные результаты характеризуют состояние медицинской составляющей системы долговременного ухода и не могут рассматриваться как исчерпывающая оценка всей инфраструктуры ухода за пожилыми гражданами.

Пятилетний план АРВМ признает наличие территориальных диспропорций и ставит задачу повышения охвата базовыми общественными услугами в приграничных районах [Neimenggu Zizhiqu Renmin Zhengfu, 2021, p. 32]. Представленные статистические данные свидетельствуют о неравномерном территориальном распределении медицинской инфраструктуры. Наибольшее абсолютное число учреждений сосредоточено в наиболее населенных административных единицах региона, тогда как в пе-

риферийных аймаках их значительно меньше. Вместе с тем используемые показатели не позволяют судить об уровне обеспеченности населения медицинской помощью, поскольку не учитывают различия в численности населения и мощности медицинских организаций. Полученные результаты следует интерпретировать как свидетельство пространственной неоднородности размещения медицинской инфраструктуры, что в условиях демографического старения указывает на необходимость дальнейшего изучения и развития механизмов интеграции медицинской помощи и долговременного ухода, особенно в периферийных районах региона.

Заключение

Анализ показывает, что институциональные вызовы региона обусловлены не только старением населения, но и одновременным воздействием депопуляции, роста продолжительности жизни и высокой внутренней мобильности населения. В АРВМ «кризис институциональной адаптации к демографическому старению» проявляется в нескольких взаимосвязанных измерениях. Прежде всего, данные трех переписей (2000, 2010, 2020 гг.) фиксируют сдвиг модального возраста распределения зарегистрированных смертей из группы 70–74 года в группу 80–84 года, сокращение доли умерших до 40 лет более чем втрое (с 19% до 5,3%) и рост доли умерших в возрасте 80+ с 13,8% до 32,2%. Эти количественные маркеры перехода от экзогенных и предотвратимых причин смерти к эндогенным, связанным с накоплением хронической патологии, устойчивы и соответствуют классической модели А. Омрана. Одновременно система здравоохранения АРВМ продемонстрировала высокую эффективность в снижении преждевременной смертности. Стандартизированные коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований и хронических респираторных заболеваний устойчиво снижались в 2014–2021 гг. Снижение смертности происходило на фоне расширения больничной сети (+43%), специализированных клиник (+105%), развития программ ранней диагностики и лонгитюдных проектов, таких как IMAGINS, нацеленных на предиктивное управление рисками хронических заболеваний. Однако имеющиеся данные не позволяют отделить вклад медицинской инфраструктуры от социально-экономических и поведенческих факторов.

Проведенный анализ показывает, что демографическая трансформация АРВМ определяется несколькими взаимосвязанными процессами. Наряду с увеличением продолжительности жизни и старением населения важную роль играют сокращение численности населения трудоспособных возрастов, высокая внутренняя мобильность населения и территориальная неоднородность развития медицинской инфраструктуры. Именно совокупное действие этих факторов формирует описанный в статье кризис институциональной адаптации системы здравоохранения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что реализация целей стратегии «Здоровый Китай 2030» в периферийных регионах требует дальнейшей институциональной адаптации системы здравоохранения. Речь идет не только о развитии профилактики хронических заболеваний, но и о расширении медицинского сегмента долговременного ухода, развитии гериатрической помощи, совершенствовании механизмов интеграции ме-

дицинских и социальных услуг, а также учете высокой пространственной мобильности населения при планировании и статистическом мониторинге. Перспективным направлением дальнейших исследований представляется разработка методологических подходов к оценке влияния внутренней мобильности населения на демографические показатели, сравнительный анализ институциональной адаптации систем здравоохранения быстро стареющих регионов Китая, а также исследование эффективности различных моделей интеграции медицинской помощи и долговременного ухода.

Библиографический список

Баженова Е.С., Островский А.В. (2021). Сколько жителей в Китае? Итоги 7-й Всекитайской переписи населения 2020 года // Проблемы Дальнего Востока. № 4. С. 66–83.

Веремейчик А.С. (2011). Демографическое развитие Северо-Восточного Китая (1949–2010 гг.) // Ойкумена. № 4. С. 46–53.

Мищук С.Н., Линь Цзыюй. (2024). Современная демографическая ситуация в северо-восточных провинциях Китая // Проблемы развития территории. Т. 28. № 6. С. 123–140.

Омран А.Р. (2019). Теория эпидемиологического перехода: взгляд 30 лет спустя // Демографическое обозрение. Т. 6. № 1. С. 177–216.

References

Bazhenova, E.S.; Ostrovskiy, A.V. (2021). Skol'ko zhitelei v Kitae? Itogi 7-i Vsekitaiskoi perepisi naseleniya 2020 goda [How Many People Live in China? Results of the Seventh National Population Census of 2020]. Problemy Dal'nego Vostoka. No. 4. P. 66–83. (In Russian).

Mishchuk, S.N.; Lin, Ziyu (2024). Sovremennaya demograficheskaya situatsiya v severo-vostochnykh provintsiyakh Kitaya [Current Demographic Situation in the Northeastern Provinces of China]. Problemy razvitiya territorii. Vol. 28, No. 6. P. 123–140. (In Russian).

Omran, A.R. (2019). Teoriya epidemiologicheskogo perekhoda: vzglyad 30 let spustya [The Theory of Epidemiological Transition: A View 30 Years Later]. Demograficheskoe obozrenie. Vol. 6, No. 1. P. 177–216. (In Russian).

Veremeichik, A.S. (2011). Demograficheskoe razvitie Severo-Vostochnogo Kitaya (1949–2010 gg.) [Demographic Development of Northeast China (1949–2010)]. Oikumena. No. 4. P. 46–53. (In Russian).

* * *

Dai X., Jiang Y., Li Y., Wang X., Wang R., Zhang Y. (2023). Evaluation of community basic public health service effect in a city in Inner Mongolia Autonomous Region – based on entropy weight TOPSIS method and RSR fuzzy set. Archives of Public Health. Vol. 81, No. 1. P. 149: 1–10.

Guojia Weisheng Jiankang Weiyuanhui 国家卫生健康委员会 (2023). Zhonghua Renmin Gongheguo Guojia Weisheng Jiankang Weiyuanhui Gongbao 中华人民共和国国家卫生健康委员会公报 [Bulletin of the National Health Commission of the People's Republic of China]. No. 12. (In Chinese).

Hou R., Mu Z., Kang W., Liu Z., Na B., Niu W. (2023). Cancer mortality in 2020 and its trend analysis in Inner Mongolia during four time periods from 1973 to 2020. Frontiers in Oncology. Vol. 13. Article 1096968.

Li D., Gao X., Lv S., Zhao W., Yuan M., Li P. (2023). Spatial Distribution and Influencing Factors of Traditional Villages in Inner Mongolia Autonomous Region. Buildings. Vol. 13, No. 11. Article 2807. P. 1–29.

Neimenggu weisheng jiankang tongji nianjian 2023 内蒙古卫生健康统计年鉴 (2023). [Statistical Yearbook of Health of Inner Mongolia 2023]. Hohhot: Inner Mongolia Autonomous Region Health Commission. (In Chinese).

Neimenggu zizhiqu diliu ci quanguo renkou pucha lingdao xiaozu bangongshi; Neimenggu zizhiqu tongjiju**.** (2012). Neimenggu zizhiqu 2010 nian renkou pucha ziliao 内蒙古自治区2010年人口普查资料 [Tabulation on the 2010 Population Census of the Inner Mongolia Autonomous Region]. Beijing: Zhongguo Tongji Chubanshe. (In Chinese).

Neimenggu zizhiqu diqici quanguo renkou pucha lingdao xiaozu bangongshi; Neimenggu zizhiqu tongjiju. (2022). Neimenggu zizhiqu renkou pucha nianjian 2020 内蒙古自治区人口普查年鉴2020 [Population Census Yearbook of the Inner Mongolia Autonomous Region 2020]. Beijing: Zhongguo Tongji Chubanshe. (In Chinese).

Neimenggu Zizhiqu Renmin Zhengfu 内蒙古自治区人民政府 (2021). Neimenggu Zizhiqu guomin jingji he shehui fazhan di shisi ge wunian jihua he 2035 nian yuanjing mubiao gangyao 内蒙古自治区国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要 [Outline of the Fourteenth Five-Year Plan for National Economic and Social Development of the Inner Mongolia Autonomous Region and the Long-Range Objectives through the Year 2035]. Hohhot. (In Chinese).

Neimenggu zizhiqu tongjiju; Neimenggu zizhiqu diwu ci quanguo renkou pucha bangongshi**.** (2002). Neimenggu zizhiqu 2000 nian renkou pucha ziliao 内蒙古自治区2000年人口普查资料 [Tabulation on the 2000 Population Census of the Inner Mongolia Autonomous Region]. Beijing: Zhongguo Tongji Chubanshe. (In Chinese).

Nolte E., McKee C.M. (2003). Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. BMJ. Vol. 327. P. 1129–1132.

Xi Y., Tian Q., Na B., Han K., Duan M., Zhang X., Wang W., Wang Y. (2022). Protocol of the Inner Mongolian Healthy Aging Study (IMAGINS): a longitudinal cohort study. BMC Public Health. Vol. 22. Article 115. P. 1–10.

Zhang L., Sun L. (2023). Life expectancy inequalities between regions of China 2004–2020: contribution of age- and cause-specific mortality. Frontiers in Public Health. Vol. 11. Article 1271469.

Zheng J., Xi Y., Qiao L., Na B., Shang, S., Kang W. (2024). Analysis of mortality of major chronic diseases in 2021 and its trend from 2014 to 2021 in Inner Mongolia Autonomous Region. Disease Surveillance. Vol. 39, No. 7. P. 902–908.

Zhonggong Zhongyang; Guowuyuan 中共中央、国务院 (2016). Jiankang Zhongguo 2030 guihua gangyao《“健康中国2030”规划纲要》 [Outline of the Healthy China 2030 Plan]. Beijing. (In Chinese).

Zhou X., Feng W. (2023). Investigating the Impact of Demographic and Personal Variables on Post-Retirement Migration Intention of Rural Residents: Evidence from Inner Mongolia, China. Sustainability. Vol. 15, No. 19. Article 14050. P. 1–17.

Поступила в редакцию: 13.06.2026. Received: 13 June 2026.
Принята к публикации: 14.07.2026. Accepted: 14 July 2026.