

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ
РЕГИОНОВ РОССИИ: МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ,
СОСТОЯНИЕ, ТЕНДЕНЦИИ*

Черешнев В.А., Татаркин А.И.**

Рассмотрены основные проблемы развития социально-демографической сферы в России на современном этапе. Приведен понятийно-категориальный аппарат и методический подход к исследованию социально-демографической безопасности территорий. Показано состояние и динамика изменения социально-демографической безопасности в регионах России в период 2000 – 2006 гг., проанализированы основные угрозы и тенденции их изменения. На примере Свердловской области выполнен прогноз основных показателей демографической сферы на период до 2015 г.

Радикальное реформирование экономики России и формирование в государстве новой экономической системы, начатое в начале 90-х годов прошлого века, породило сложные и противоречивые процессы и явления, со многими из которых отечественной науке и практике пришлось столкнуться впервые. Особенно следует выделить период 1990-х гг., когда на подавляющей части территорий России данные процессы носили негативный характер, порождая кризисные явления. В этот период наблюдались спад в экономике, стремительное падение уровня жизни большей части населения, "взлет" инфляции и кризис финансовой системы, рост безработицы и снижение трудовой мотивации, рост преступности и криминализация экономики и т.д.

Упомянутые процессы и явления сильно затронули социальную и демографическую сферы. Так, в социальной сфере уровень жизни и доходы большей части населения страны в настоящее время продолжают оставаться на невысоком уровне и значительно уступают аналогичным показателям не только наиболее развитых, но и многих "среднестатистических" государств мирового сообщества. Остро стоит проблема обеспечения населения жильем. Кроме того, система мер социальной поддержки отдельных категорий граждан (пенсионеры, молодые семьи, женщины, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком, и др.) до последнего времени носила скорее виртуальный характер.

Что касается демографической сферы, то здесь в течение последних 15 лет страна испытывала серьезный демографический кризис. Начиная с 1992 г. и по настоящее время в стране отмечается убыль населения, его численность сокращалась примерно на 800 000 человек в год, причем в отдельные годы реформирования российской экономики величина естественной убыли населения в государстве приближалась к 1 млн. чел. в год (по итогам 2006 г., естественная убыль населения в России составила 689,5 тыс. чел., или 4,8 чел. на 1000 человек населения). Отмечены такие тенденции, как постарение

* Исследования выполнялись при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (проекты № 07-06-00147а, № 05-06-80436а)

** В подготовке статьи принимали участие: от Уральского отделения РАН – акад. РАН В.А. Черешнев; от Института экономики УрО РАН – акад. РАН А.И. Татаркин, д.э.н. А.А. Кузнецов, к.т.н. А.В. Калина, А.В. Черепанова, Е.В. Черепанова; от Правительства Свердловской области – к.м.н. Е.Э. Лайковская; от Уральского государственного технического университета – УПИ – д.т.н. А.Л. Мызин, д.т.н. Л.Л. Богатырев; от ЗАО "Уралмедьстрой" – А.Ю. Фелелова.

населения; снижение коэффициента фертильности; рост уровня смертности во всех возрастных группах, за исключением грудных детей; снижение ожидаемой продолжительности жизни, особенно у мужчин. Такие проблемы в процессах воспроизводства населения представляют угрозу устойчивому развитию государства. Кроме того, показатели распространенности сердечно-сосудистых заболеваний входят в число самых высоких в Европейском регионе ВОЗ. Рост числа случаев ВИЧ-инфицирования в стране является самым высоким в мире. За последние 15 лет наиболее серьезное ухудшение состояния здоровья наблюдается среди мужчин трудоспособного возраста, у которых отмечается наибольший рост показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин, в основном связанных с нездоровым образом жизни и рискованными формами поведения. Следует также отметить, что если в социальной сфере негативные последствия видны и проявляются сейчас, то в демографической сфере они носят долгосрочный характер и основная их тяжесть выпадает не на сегодняшний день, а проявится в долгосрочной перспективе.

В этих условиях очевидна необходимость принятия незамедлительных радикальных мер по противодействию кризисным явлениям в наиболее проблемных сферах и их выводу на траекторию устойчивого развития. Однако для принятия эффективных решений требуется комплексный подход, который позволял бы, с одной стороны, из всего множества мер государственного регулирования выбрать оптимальные, а, с другой стороны, отследить, как проводимые мероприятия влияют на складывающуюся ситуацию. В основу такого подхода, по нашему мнению, должна быть положена комплексная методика диагностики социально-демографической безопасности территорий, которая позволяет отследить влияние различных факторов на ситуацию в социально-демографической и связанных с ней сферах, учесть взаимодействия между различными факторами, наметить программно-целевые мероприятия по нейтрализации отдельных угроз и осуществить их адресную привязку [1].

Проблема социально-демографической безопасности является новой в российской науке и практике. До недавнего времени основной упор в исследованиях большинства российских и зарубежных ученых делался на демографический аспект проблемы (демографическая безопасность), который, в первую очередь, был связан с изучением таких характеристик, как рождаемость, смертность, естественный прирост населения, брачность, разводимость, продолжительность жизни, миграционный прирост и миграционные потоки, возрастной состав и возрастная структура населения и т.д. В то же время при изучении проблемы недостаточно внимания уделялось ее социальным аспектам, хотя, по нашему мнению, именно социальная среда и условия жизни населения являются определяющими в регулировании демографической ситуации в государстве.

Наиболее общим определением демографической безопасности в данном контексте можно считать следующее. **Демографическая безопасность** понимается как защищенность процесса жизни и непрерывного естественного возобновления поколений людей [2].

Другим важнейшим аспектом проблемы социально-демографической безопасности является социальная безопасность и связанные с ней понятия уровня жизни населения, качества жизни, занятости и безработицы, дифференциации доходов населения, безопасности личности и т.д. Во многих работах отечественных и зарубежных авторов вопросы, связанные с социальной безопасностью, так или иначе затрагивали основные демографические показатели и характеристики. Однако в большинстве случаев это были обобщенные показатели демографической сферы, которые не имели четкой связи с

социальной обстановкой, а только отражали тенденции изменения демографической ситуации. Комплексный методический аппарат, учитывающий социальные и демографические показатели в их взаимосвязи и взаимном влиянии, отсутствовал.

Наконец, еще одним направлением изучения проблемы социально-демографической безопасности являются вопросы, связанные со здоровьем населения, которые включают в себя анализ показателей здоровья, общей и первичной заболеваемости, изучение причин смертности и влияния экологических факторов, качества окружающей среды на здоровье населения, оценку состояния системы здравоохранения и др.

В предлагаемом методическом аппарате предлагается комплексный учет упомянутых выше аспектов. При этом различные блоки социально-демографической безопасности равновесны между собой. Поэтому можно дать следующее определение социально-демографической безопасности территории.

Под **социально-демографической безопасностью** понимается такое состояние и тенденции его изменения, при котором на территории (в государстве) обеспечиваются стабильность и устойчивость процессов воспроизводства населения и достойные условия жизни и развития личности, что выражается в следующем:

- возможности постоянно поддерживать на уровне, не ниже минимально допустимых норм, основные показатели, связанные с естественным воспроизводством населения (рождаемость, смертность, естественный прирост населения и др.), что позволит обеспечить устойчивое социально-экономическое развитие территории в перспективный период;
- способности сохранять высокий уровень здоровья населения и не допускать распространения на территории социально опасных заболеваний;
- возможности обеспечивать достойный уровень и качество жизни населения, проживающего на территории, которые удовлетворяют современным мировым стандартам в данной области, что, в конечном итоге, позволит сохранять популяцию и обеспечивать устойчивый экономический рост;
- поддержании и сохранении необходимых параметров качества социальной среды, напрямую влияющих на безопасность личности и возможность ее развития (преступность, безопасность жизнедеятельности и др.);
- способности противостоять миграционному оттоку населения с территории и в допустимых пределах поддерживать миграционный приток.

При этом социально-демографическая безопасность рассматривается как составная часть экономической безопасности территории, основные положения и подробная структура которой рассмотрены в работах авторского коллектива [3 – 5 и др.]. Общая схема анализа социально-демографической безопасности территории представлена на рис. 1.

По аналогии с методикой диагностики экономической безопасности территорий разного уровня, в основу диагностики социально-демографической безопасности положен метод индикативного анализа [3 – 5 и др.]. При этом система индикаторов социально-демографической безопасности охватывает четыре сферы экономической безопасности (сферы жизнедеятельности), а именно сферы уровня жизни населения, рынка труда, демографической безопасности и правопорядка. Состав индикативных показателей социально-демографической безопасности формируется по следующим шести индикативным блокам, отражающим ту или иную сторону ее обеспечения:

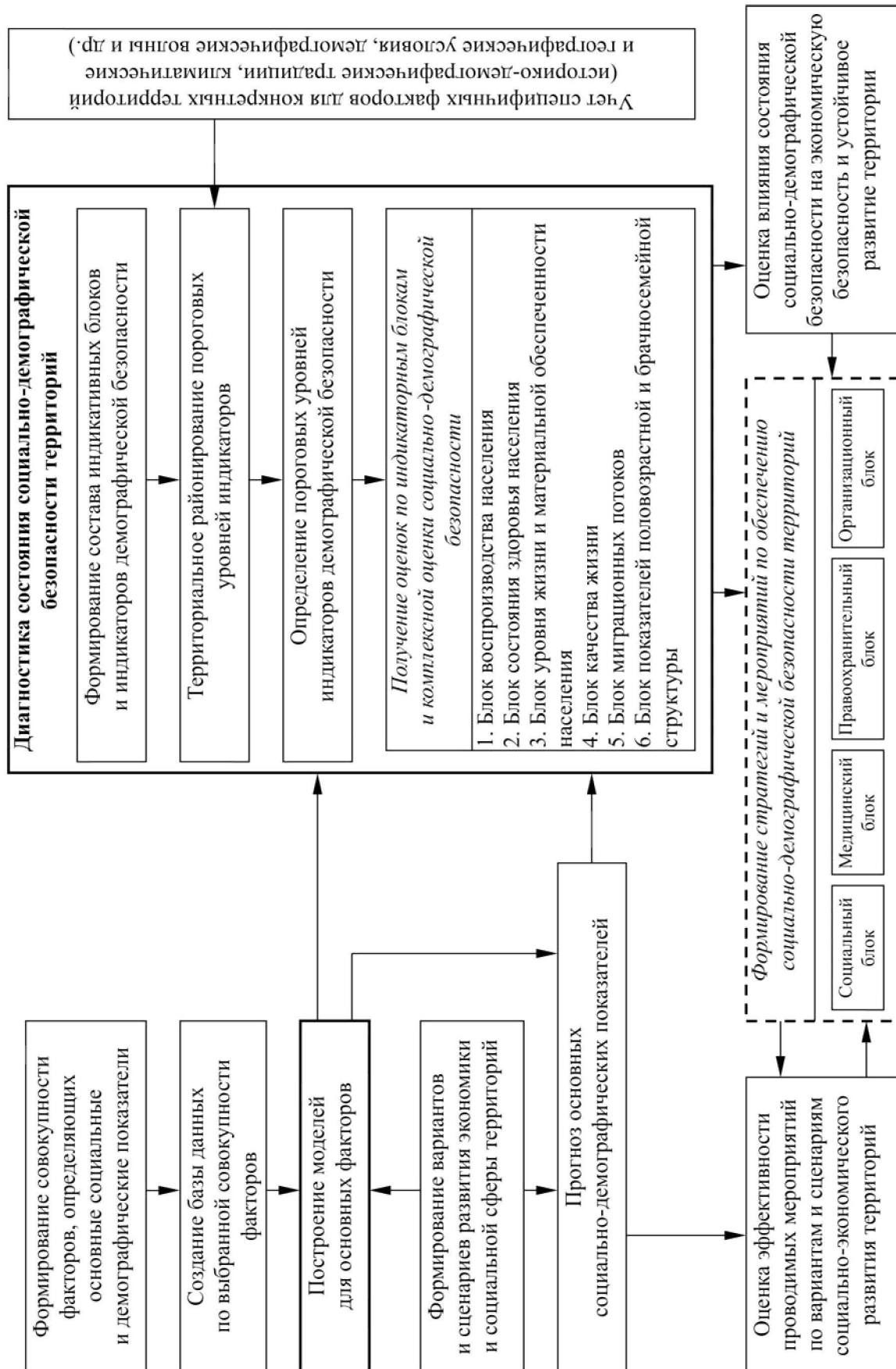


Рис. 1. Схема исследования социально-демографической безопасности территории

1. Воспроизводство населения. Индикативные показатели данного блока интегрально рассматривают показатели рождаемости, смертности, естественного прироста населения, социальную защищенность материнства и младенчества.

2. Состояние здоровья населения. Данный блок разбивается на два подблока. Первый подблок непосредственно характеризует состояние здоровья населения и рассматривает распространенность среди населения основных видов социально значимых заболеваний*, комплексный показатель здоровья детей, смертность населения в трудоспособном возрасте по причине различных заболеваний, инвалидность населения, а также уровень младенческой смертности и патологии. Второй подблок характеризует состояние системы здравоохранения на территории и оценивает показатели финансирования здравоохранения, обеспеченности населения врачами, средним медицинским персоналом и больничными койками.

3. Уровень жизни и материальной обеспеченности населения. В состав блока входят два подблока, соответственно характеризующих уровень денежных доходов населения (показатели данного подблока оценивают величину денежных доходов, дифференциацию доходов, структуру потребительских расходов, уровень бедности) и обеспеченность населения материальными благами (показатели данного подблока оценивают обеспеченность населения жильем, уровень его благоустройства и обеспеченность населения легковыми автомобилями).

4. Качество жизни населения. Индикаторы данного блока характеризуют распространенность социальных аномалий (смертность от самоубийств, травм и отравлений, дорожно-транспортных происшествий, распространенность психических патологий и ожидаемую продолжительность жизни населения), криминогенную ситуацию (в первую очередь, в данном подблоке анализируется уровень преступности и его составляющие) и ситуацию на рынке труда (уровень безработицы и занятости населения, условия труда и производственный травматизм).

5. Миграционные потоки. В первую очередь, индикаторы блока анализируют показатели миграционного прироста и миграционного притока населения, уровень постоянного проживания иностранных граждан и лиц без гражданства с отдельным выделением жителей государств – участников СНГ, уровень преступности среди иностранных граждан.

6. Половозрастная и брачносемейная структура. Индикаторы данного блока характеризуют возрастной состав населения с разбивкой на 3 категории: моложе трудоспособного, трудоспособного и старше трудоспособного возрастов, возрастной состав женского населения с отдельным выделением женщин фертильного возраста, старение населения, брачность – разводимость.

Как видно из описания отдельных блоков диагностики, понятие социально-демографической безопасности включает в себя ряд важнейших характеристик, среди которых следует выделить устойчивость демографических процессов, здоровье населения, уровень и качество жизни населения, качество социальной среды. Поэтому было дано определение этих понятий.

Под устойчивостью демографических процессов понимается способность социально-экономической системы обеспечивать постоянное воспроизводство населения,

* В комплексной методике в качестве основных социально значимых заболеваний рассматриваются следующие: болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, туберкулез, ВИЧ-инфекция и СПИД, вирусные гепатиты, психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.

не допуская отрицательных тенденций в естественном воспроизводстве населения в течение длительных периодов времени.

Здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия при полной адаптации к условиям внешней среды и способности к воспроизводству (ВОЗ).

Состояние здоровья населения – это совокупное понятие, включающее комплекс основных показателей, характеризующих уровень физического развития, частоту врожденных пороков развития, заболеваемость, смертность и инвалидность, особенно в детском и трудоспособном возрасте, распространенность социально значимых заболеваний, а также ожидаемую продолжительность жизни населения.

Заболеваемость населения – это объективное массовое явление возникновения и распространения патологии среди населения в результате взаимодействия настоящих и предшествующих поколений с окружающей средой (Т.М. Максимова, 2000). О заболеваемости судят по данным первичной, общей и накопленной заболеваемости, регистрируемой по обращаемости населения в медицинские учреждения.

Под **уровнем жизни населения** понимается способность экономической системы удовлетворять определенным стандартам в социальной сфере (величина среднедушевого дохода, среднемесячная заработная плата, покупательная способность заработной платы и др.) и комплексу критериев, показывающих обеспеченность населения материальными благами, а также степень удовлетворения его духовных потребностей.

Качество жизни – это соответствие уровня жизни населения комплексу нормативов и стандартов, характеризующих необходимый уровень, комфортность жизни населения, степень доступности различных материальных благ, духовных ценностей и др.

Алгоритмы расчета отдельных индикативных показателей социально-демографической безопасности, а также их привязки к данным статистической отчетности подробно рассмотрены в [1]. При этом используется статистическая информация следующих министерств и ведомств: Федеральной службы государственной статистики, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерства внутренних дел Российской Федерации, паспортно-визовой службы, Министерства юстиции Российской Федерации. Что касается правил и алгоритмов взаимодействия отдельных показателей и получения оценок состояния по индикативным блокам и комплексной оценки состояния социально-демографической безопасности, то они аналогичны комплексной методике диагностики экономической безопасности территорий разного уровня и приведены в [1, 3 – 5 и др.]. При этом так же, как при диагностике экономической безопасности, по каждому из индикаторов социально-демографической безопасности вводятся три класса состояний: нормальное, предкризисное и кризисное.*

Для полноценного представления ситуации по социально-демографической безопасности необходимо дать краткое описание каждого из классов состояний.

Нормальное состояние характеризуется значениями индикативных показателей, которые соответствуют общепринятым нормативам (российским или зарубежным) по тем или иным экономическим процессам и явлениям.

* В свою очередь предкризисная и кризисная зоны разбиваются на 3 подзоны каждая. В предкризисной зоне выделяются начальное (предкризис 1), развивающееся (предкризис 2) и критическое (предкризис 3) состояния; в кризисной зоне выделяются нестабильное (кризис 1), угрожающее (кризис 2) и чрезвычайное (кризис 3) состояния.

Предкризисное состояние кратко можно описать как такое состояние, при котором действие угроз безопасности ощутимо сказывается на жизнедеятельности территории, хотя существенных нарушений или ограничений при этом не наблюдается. В этих условиях устойчивое развитие оказывается под угрозой и возможен переход в кризисное состояние при определенных расчетных ситуациях, связанных как с чрезвычайными событиями, так и с неопределенностью прогнозирования показателей развития, хотя при благоприятном стечении обстоятельств угрозы могут и не проявиться в полной мере. Однако и при сравнительно благоприятных условиях система может перейти в кризисное состояние, если не предпринимать соответствующих специальных мер по ее возврату в нормальное состояние. Предкризисная ситуация также означает такое положение, при котором преодоление негативных последствий действия угроз безопасности, их предупреждение и предотвращение возможны путем мобилизации внутренних материальных, трудовых, финансовых, сырьевых и других ресурсов своей территории и путем соответствующих организационных мероприятий.

В **кризисном состоянии** преодоление негативных последствий возможно, как правило, лишь путем обращения к помощи извне, а собственных ресурсов территории для этого недостаточно. Кризисная ситуация приводит в перспективе к значительному ухудшению состояния территории по безопасности даже при сравнительно оптимистическом прогнозе внешних условий развития.

При использовании метода индикативного анализа принципиальное значение имеют **пороговые уровни индикаторов** социально-демографической безопасности. Для их определения были использованы специальные математические методы, успешно применявшиеся в задачах диагностики экономической безопасности и основанные на методе дискриминантного анализа в сочетании с экспертными оценками [3, 5 и др.]. При этом для упрощения решаемой задачи и расширения размера выборочной совокупности все субъекты Российской Федерации по каждому из индикаторов социально-демографической безопасности объединялись в сходные группы, и пороговые уровни индикаторов определялись едиными для группы. Группировка территорий в сходные группы выполнялась по определенному набору классификационных признаков (для каждого индикатора социально-демографической безопасности набор признаков был индивидуальным), которые отражают географо-климатические условия, специфические особенности расселения населения, половозрастную структуру населения и т.д. В качестве основных классификационных признаков, на основании которых районируются пороговые значения по различным индикаторам социально-демографической безопасности, были выбраны следующие:

1. Возрастной состав населения.
2. Доля женщин фертильного возраста (15 – 49 лет) в общей численности населения.
3. Уровень демографической устойчивости территории.
4. Уровень производственного потенциала территории, степень развития промышленного производства и его структура.
5. Климатические условия.
6. Степень освоенности территорий.
7. Доля городского населения в общей численности населения территории.
8. Обеспеченность населения собственными легковыми автомобилями.
9. Географическое положение территории по отношению к государствам СНГ и Китаю.

Подробное районирование регионов Российской Федерации по условиям формирования пороговых значений индикаторов социально-демографической безопасности представлено в [1].

Отдельным вопросом проведения диагностики социально-демографической безопасности по блоку состояния населения является учет латентных характеристик для различных заболеваний, которые показывают, во сколько раз их реальная распространенность выше, чем учтенная. При этом под **коэффициентом латентности** понимается величина, показывающая, во сколько раз расчетный показатель истинной распространенности явления (заболевания) в популяции превышает статистический показатель зарегистрированной распространенности данного явления (показателя общей или накопленной заболеваемости по обращаемости по данным государственной статистики). О необходимости учета латентных характеристик при исследовании социально-демографической безопасности говорит тот факт, что по многим из рассматриваемых заболеваний истинный уровень распространенности в 2 – 3 и более раз превышает зарегистрированный и неучет данного факта заведомо искажает реальное состояние дел и приводит к принятию неверных управленческих решений.

В основу подхода к формированию коэффициентов латентности является их раздельное определение для каждого вида заболеваний, так как причины возникновения и способы выявления латентных составляющих по различным заболеваниям – различны. Вместе с тем, в рамках рассматриваемого подхода коэффициенты латентности (в силу высокой неопределенности информации) предлагается учитывать не отдельно для каждой территории, а, по аналогии с районированием пороговых уровней по индикативным показателям социально-демографической безопасности, средними по группам территорий. При этом коэффициенты латентности по болезням системы кровообращения, злокачественным новообразованиям, туберкулезу, ВИЧ-инфекции и СПИДу, вирусным гепатитам определялись на основании результатов российских и мировых эпидемиологических исследований [6 – 14 и др.]. Что касается психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, а в первую очередь наркомании, то здесь коэффициенты латентности определялись с помощью специального модельного аппарата, разработанного авторским коллективом. При этом использовались два основных метода:

1. Дискретная математическая модель.* Основана на построении дискретных линейных динамических моделей с неизвестными коэффициентами, связывающих "скрытые" показатели наркомании с показателями статистической отчетности (число зарегистрированных наркозависимых, число употреблений наркотических веществ с вредными последствиями, число лиц, привлеченных к уголовной ответственности за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, и т.п.). Далее, используя метод наименьших квадратов, вычисляются все неизвестные параметры, которые находятся при минимальном значении функции невязки. Подробное описание алгоритмов построения модели и минимизации функции невязки приведено в [15].

2. Нелинейная динамическая модель.* В данной модели распространение наркозависимости рассматривается с позиций сетевого маркетинга. Анализ наркоситуации построен на известных статистических данных (для каждого субъекта) по числу лиц, находящихся под диспансерным наблюдением и состоящих на профилактическом уче-

* Модель разработана под руководством д.ф.-м.н. Э.Г. Альбрехта.

* Модель разработана под руководством к.ф.-м.н. Г.П. Быстрая.

те в наркологических и психиатрических диспансерах с синдромом зависимости от наркотических веществ. В основе процесса распространения наркотиков, как и в случае обычной розничной торговли, находится персональная продажа – сделка купли–продажи, с помощью устного представления товара, но без представления фирмы (как это принято при легальном сетевом маркетинге), через личный контакт продавца и покупателя. При этом продавец, как правило, является и покупателем, а заинтересованный покупатель может стать и продавцом.

При моделировании все лица, употребляющие наркотики, разбиваются на три группы. Первая группа – лица, занимающиеся сетевым маркетингом наркотиков, т.е. употребляющие наркотики и торгующие ими по обычной торговой цепочке. Вторая группа лиц – лица, не занимающиеся сетевым маркетингом, наркотики для них – это средство потребления, от которого, правда, они хотят избавиться, поэтому и встают на учет. Третья группа – лица, которые не принадлежат к первым двум группам. Подробное описание алгоритмов нелинейной динамической модели представлено в [15, 16, 17 и др.].

С использованием разработанного методического аппарата была проведена диагностика социально-демографической безопасности в федеральных округах и субъектах Российской Федерации за период 2000 – 2006 гг. Результаты диагностики ситуации **по блоку воспроизводства населения**, являющемуся результирующим блоком, комплексно учитывающим показатели других блоков социально-демографической безопасности, показывают, что на значительной части территорий России, по итогам 2006 г., сохранились кризисные явления. В первую очередь, такая ситуация является следствием отрицательных тенденций в воспроизводственных процессах, сложившихся в первой половине 1990-х гг. Так, с 1992 г. началось стабильное сокращение численности населения из-за превышения смертности над рождаемостью (естественная убыль населения). В течение последних 15 лет в России ежегодно умирали более 2 млн. человек, что в расчете на 1000 населения в 2 раза больше, чем в Европе и США, в 1,5 раза больше, чем в среднем в мире. Из общего числа умерших почти треть составляют граждане трудоспособного возраста, около 80 процентов из них – мужчины. В этот период рождалось от 1,2 до 1,5 млн. человек в год, что существенно ниже, чем в среднем по России за вторую половину XX века (2 – 2,5 млн. чел.). Показатель рождаемости в среднем по России в 2006 г. составил 10,4 чел. в расчете на 1000 человек населения, что существенно ниже "доперестроечного" периода (13,4 чел. на 1000 человек населения в 1990 г.).

Динамические изменения воспроизводства населения (рис. 2) показывают стабилизацию и даже некоторое (хотя и очень медленное) положительное изменение ситуации в последние несколько лет. В то же время перелома в тенденции изменения воспроизводства населения в направлении ее качественного улучшения не произошло. Дальнейшие перспективы воспроизводства населения России не очевидны. Поскольку рождаемость стабилизировалась на чрезвычайно низком уровне, вероятнее всего ожидать увеличения уровня недовоспроизводства поколений и дальнейшего сокращения численности населения в России. В данной ситуации остается только надеяться, что многочисленные изменения, касающиеся размеров и порядка государственной поддержки материнства, внесенные в законодательство Российской Федерации в рамках реализации национального проекта по улучшению демографической ситуации в стране, окажут положительное влияние на рождаемость. В частности большие надежды возлагаются на Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 256-ФЗ "О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей", вступивший в силу с 1 января

2007 года, в соответствии с которым при рождении второго или последующих детей женщина получает право на получение материнского капитала в размере 250 000 рублей.

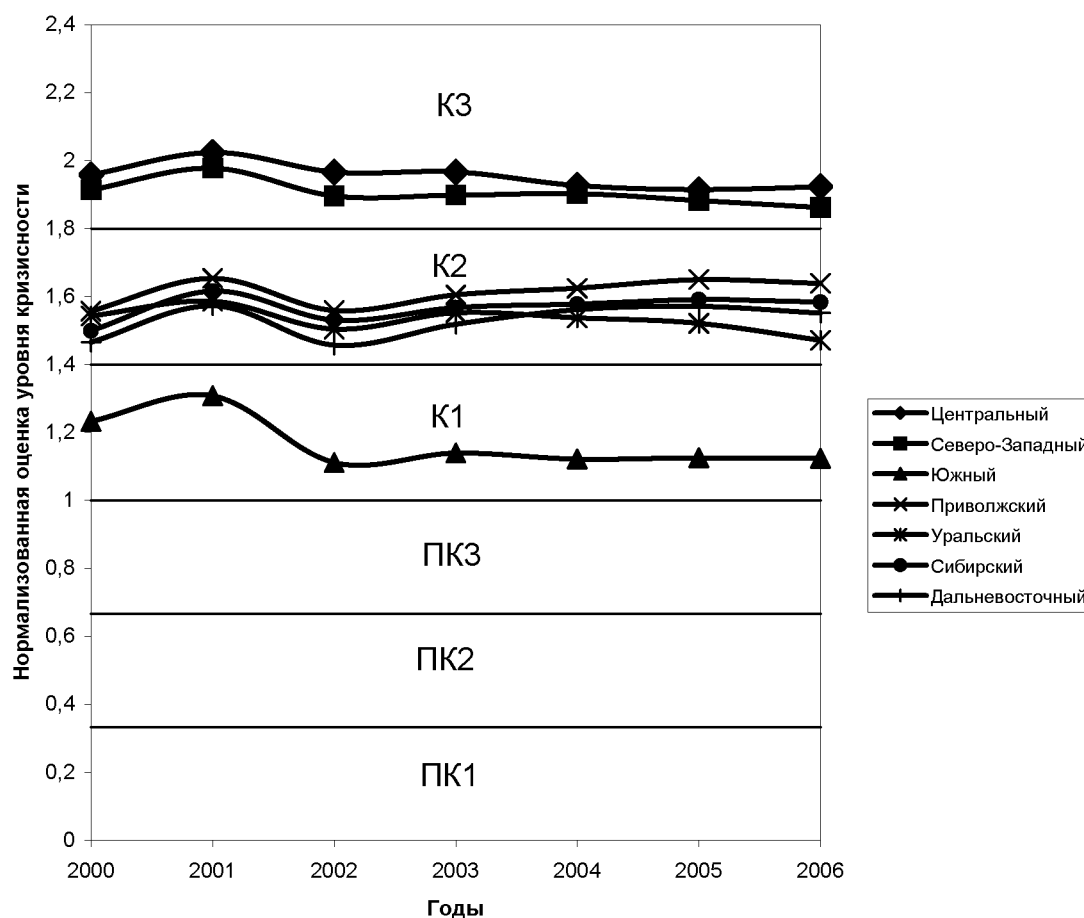


Рис. 2. Динамика изменения ситуации по блоку воспроизводства населения по федеральным округам Российской Федерации в 2000-2006 гг.

Хотя данное условие вряд ли является достаточным для принятия решения о рождении ребенка. Относительно слабая связь генеральных тенденций рождаемости с экономической или политической конъюнктурой и их более глубокая эволюционная обусловленность не позволяют рассчитывать на их скорое изменение в России и на рост рождаемости до уровня, обеспечивающего хотя бы простое замещение поколений (2,1 – 2,2 рождения на одну женщину). Скорее, можно рассчитывать на снижение смертности, что более соответствовало бы мировым тенденциям. Но даже если такого снижения и удастся добиться, оно не может кардинально изменить показатели воспроизводства населения, которое по-прежнему будет оставаться суженным.

Анализируя ситуацию по **блоку состояния здоровья населения**, следует отметить, что, несмотря на низкий уровень обращаемости за медицинской помощью, регистрация заболеваний увеличилась. Наиболее распространенными являются болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения, болезни нервной системы и органов чувств, болезни костно-мышечной системы, органов пищеварения, травмы. Отмечен высокий уровень заболеваемости отдельными инфекционными болезнями, особенно туберкулезом и сифилисом, регистрируется высокий уровень психических расстройств,

особенно алкогольных психозов, более распространенными стали болезни поджелудочной железы, печени и желчного пузыря, сахарный диабет, снижение иммунитета и другие проявления нарастающей экологической нагрузки и несбалансированности питания. Среди психических расстройств все больше внимания привлекают пограничные нервно-психические заболевания, умственная отсталость, проявления длительного стресса, высокая распространенность алкоголизма, в частности, впервые обратившихся за лечением, и его наиболее тяжелого состояния – алкогольного психоза. Все более сложной становится проблема наркомании и токсикомании, особенно в подростковом возрасте, причем оценки действительного распространения этой патологии значительно превышают известные из отчетных данных.

Эти и другие тенденции, а также низкий уровень финансирования здравоохранения, обусловили общую кризисную ситуацию по блоку состояния здоровья населения на подавляющей части территорий России. Кризисным состоянием среди федеральных округов характеризовались 6 округов из 7-ми (исключение составил Центральный округ) и 70 субъектов Российской Федерации.

За период 2000 – 2006 гг. отмечалась положительная динамика по **блоку уровня жизни и материальной обеспеченности населения** (см. рис. 3). Наиболее отчетлива эта динамика для Центрального, Северо-Западного, Приволжского, Уральского и Сибирского округов. В первую очередь, такая ситуация связана с опережающим ростом доходов населения по сравнению с ростом цен на основные виды товаров и услуг.

В то же время уровень жизни большей части населения России продолжает оставаться невысоким. В большинстве регионов России отношение среднедушевых денежных доходов к прожиточному минимуму не превышает 3-х раз, а в ряде регионов составляет менее 2-х раз. Еще более угрожающе положение пенсионеров. Средний размер пенсий на сегодняшний день в большинстве регионов сопоставим с прожиточным минимумом пенсионеров, а во многих случаях не достигает его.

Помимо невысокого уровня доходов населения, следует отметить достаточно напряженную ситуацию с обеспеченностью населения жильем. На сегодняшний день степень доступности жилья очень низка. Как показали результаты диагностики, в 2006 г. значение данного показателя, которое определялось как отношение средней стоимости стандартной однокомнатной квартиры* на вторичном рынке жилья к среднедушевому денежному доходу семьи из трех человек, в большинстве регионов России превышало 4 раза. Другими словами, тратя все свои доходы на покупку жилья, семья из трех человек сможет полностью оплатить стандартную однокомнатную квартиру не ранее, чем через 4 года. А учитывая тот факт, что помимо затрат на покупку квартиры требуются и другие затраты (питание, одежда, коммунальные услуги, отдых) и то, что в настоящее время жилье приобретается в кредит и требуются дополнительные затраты по его обслуживанию, данный срок увеличивается до 12 – 15 и более лет. Кроме того, ситуация усугубляется существенным ростом цен на рынке жилья в последние 2 года. Так, в течение 2006 г. уровень цен на вторичном рынке жилья в ряде крупных городов России вырос в 2 и более раз. По мнению Мартина Шаккума, председателя комитета Госдумы РФ по промышленности, строительству и наукоемким технологиям: "Проблема скорее в том, чтобы законы, принятые Государственной Думой по формированию рынка доступного жилья, работали, а рынок ипотеки стал доступным не только для скудного ко-

* В соответствии с методикой диагностики в качестве стандартной однокомнатной квартиры берется однокомнатная квартира общей площадью 54 м².

личества граждан России. Правительству нужно принять еще множество вспомогательных нормативных актов, чтобы механизмы той же ипотеки могли эффективно развиваться. Проблема в том, что строителям надо строить в разы больше, чтобы удовлетворить растущий спрос на жилье. Банкам нужен вторичный рынок ипотечных бумаг для удешевления кредитов. Ну а людям нужны нормальные зарплаты, чтобы кредит на жилье стал не фантазией, а реальностью".

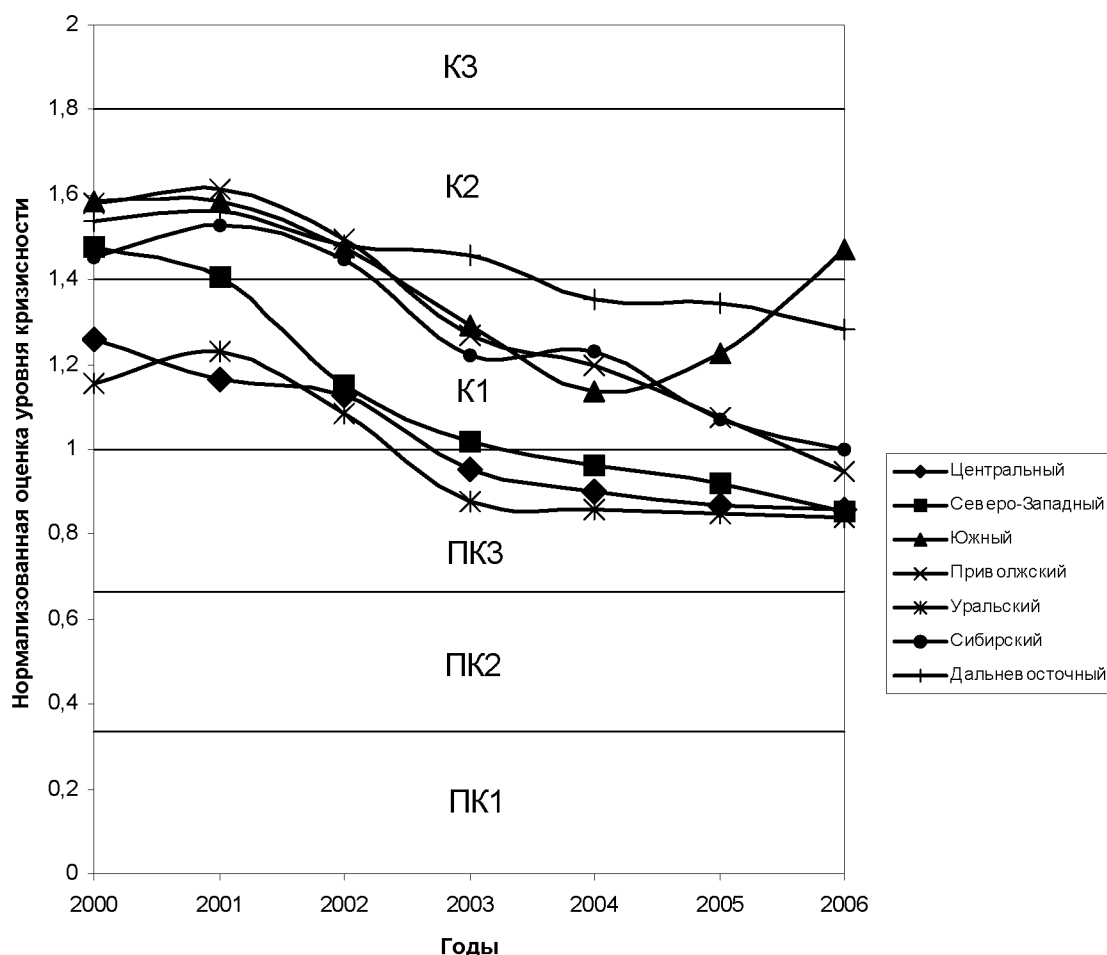


Рис. 3. Динамика изменения ситуации по блоку уровня жизни и материальной обеспеченности населения по федеральным округам Российской Федерации в 2000-2006 гг.

Основными проблемами низкого **качества жизни населения** в регионах России являются: криминогенная обстановка в регионах (уровень преступности на многих территориях превышает 2000 случаев на 100000 человек населения), неудовлетворительные условия труда, что находит свое отражение в высоком уровне производственного травматизма, и как следствие – распространенность среди населения психических отклонений и заболеваний. Так, индикатором, показывающим невысокое качество жизни населения, является достаточно высокий уровень самоубийств, который на многих территориях России в 2006 г. превышал 0,3 случая на 1000 человек населения.

Другим показателем, характеризующим качество жизни населения, является ожидаемая продолжительность жизни населения. В большинстве регионов России по итогам 2006 г. она была менее 70 лет (а для мужчин – менее 60 лет), а в ряде регионов

менее 60 лет, в то время как в развитых государствах мирового сообщества значение данного показателя составляет около 80 лет.

В условиях постоянной убыли населения, наблюдаемой последние 15 лет, главный, а практически единственный адаптационный механизм, который может быть использован для противодействия быстрой убыли населения, – это механизм иммиграции. Однако его возможности безграничны. Прием большого количества мигрантов вообще, особенно же мигрантов иноязычных, связанных с другими культурными традициями, – далеко не безболезненный процесс, а в условиях нынешнего экономического состояния и социального климата в России – не безболезненный вдвойне. Это подтверждает и опыт ряда зарубежных государств, например Франции или бывшей Югославии. Расширение притока мигрантов неизбежно будет наталкиваться на противодействие значительной части общественного мнения и политических сил. Объективная противоречивость последствий крупномасштабной иммиграции в Россию несомненна, и нельзя совершить большей ошибки, чем бездумное отрицание ее негативной и даже опасной стороны. Но в то же время нельзя не видеть и позитивных последствий иммиграции для России, остро нуждающейся в притоке населения, без которого она просто не может обойтись.

Анализируя ситуацию **по блоку миграционных потоков**, следует отметить, что для ряда регионов России проблемой является постоянный миграционный отток населения, усугубляющий проблемы, связанные с воспроизводством населения и сигнализирующий о неблагоприятной ситуации на территории с точки зрения условий и качества жизни для проживающего населения. Среди регионов России, где ситуация с миграционным оттоком населения наиболее остра, следует выделить территории Дальневосточного федерального округа – Республику Саха (Якутия) (в 2006 г. сальдо миграции населения составило -63 человека на 10000 человек населения), Камчатскую (-73), Магаданскую (-120), Сахалинскую (-53) области, Корякский АО (-250) и Еврейскую автономную область (-105), а также, среди других территорий других федеральных округов, республики Бурятию (-50), Калмыкию Хальмг Тангч (-63) и Карачаево-Черкесскую (-91), Архангельскую (-42), Мурманскую (-65) и Курганскую (-52) области, Ненецкий (-39), Таймырский (Долгано-Ненецкий) (-201) и Эвенкийский (-121) автономные округа. Как видно из приведенного списка, практически все из перечисленных территорий являются либо территориями Крайнего Севера с суровыми климатическими условиями, либо территориями с низким производственным потенциалом и уровнем жизни населения.

С другой стороны, большинство территорий России являются привлекательными для притока иностранных граждан, а в первую очередь, граждан государств – участников СНГ. По итогам 2006 г. число постоянно и временно проживающих граждан из государств СНГ в большинстве субъектов Российской Федерации превышало 1% от численности населения, а в ряде субъектов (г. Москва и Сахалинская область) данный показатель превышал 3%. Если на эти цифры наложить число нелегально проживающих граждан, что сегодня является достаточно распространенным явлением, то их значения существенно возрастут. Такую ситуацию следует рассматривать как негативное явление, так как при таком уровне миграции положительные стороны, которые она в себе несет, с избытком компенсируются отрицательными последствиями и явлениями (массовое распространение наркотиков, ввозимых гражданами государств СНГ, обострение криминогенной обстановки и межнациональных конфликтов, распространение опасных инфекционных заболеваний и т.д.). Как подтверждение данного факта можно отметить, что уровень преступности среди иностранных граждан на порядок выше, чем

среди всего населения территории (в 2006 г. число преступлений, совершенных гражданами государств СНГ, составило 94792 случая в расчете на 100000 постоянно проживающих граждан, в то время как общий уровень преступности составлял 2720 случаев на 100000 человек населения).

Наконец, в ситуации по **блоку половозрастной и брачносемейной структуры** основной проблемой является, с одной стороны, существенное снижение доли населения моложе трудоспособного возраста в общей численности населения (за период 1990 – 2006 гг. значение данного показателя сократилось с 24 до 16%, то есть в 1,5 раза, что является прямым следствием низкой рождаемости населения в последние 15 лет); с другой стороны, идет постепенное старение населения и соответствующий рост социальной нагрузки на работающих в экономике. Однако в силу высокой инерционности показателей данного блока последствия по нему носят долгосрочный характер и наиболее сильное их проявление наблюдается через достаточно длительный период времени (20 – 30 лет и более). Поэтому сегодня, когда в экономике в основном работают поколения 1960 – 1980 гг., острота ситуации практически не ощущается. В то же время, через 10 – 15 лет, когда данные поколения начнут достигать пенсионного возраста, без адекватной замены молодыми поколениями ситуация значительно обострится.

Комплексная оценка социально-демографической безопасности, полученная на основании оценок по 6 рассмотренным индикативным блокам, показывает (см. рис. 4), что большинство территорий по параметрам социально-демографической безопасности за период 2000 – 2006 гг. находились в кризисной зоне. Наиболее неблагоприятная обстановка сложилась в Дальневосточном округе, в котором на протяжении всего периода исследования наблюдаются негативные тенденции по показателям здоровья и уровня жизни населения, кроме того, в 2006 г. значительно ухудшилась ситуация с миграционными потоками. Наиболее благоприятная же обстановка почти по всем показателям наблюдается в Южном округе, что обусловлено традиционно высокими показателями рождаемости населения на большинстве территорий региона. Однако здесь низкие показатели уровня жизни и материальной обеспеченности населения, в перспективный период они могут нивелировать эти положительные аспекты. В целом, можно сказать, что с точки зрения социально-демографической безопасности ни в одном из округов РФ ситуацию нельзя назвать приемлемой, особенно острые негативные тенденции были выявлены в показателях, характеризующих процессы воспроизводства населения, а также здоровье и качество жизни населения.

При исследовании социально-демографической безопасности не только была проведена диагностика современной ситуации, но и выполнен укрупненный прогноз основных демографических показателей в перспективный период. Такой прогноз был осуществлен на период до 2015 г. на примере Свердловской области, которая является типовым старопромышленным регионом страны. Прогнозирование демографических показателей включало следующие этапы:

1. Построение регрессионных моделей для показателей рождаемости и смертности населения на основании данных ретроспективного периода.
2. Формирование сценариев изменения внешних условий развития в перспективный период.
3. Расчет прогнозных значений моделируемых показателей в соответствии с построенными моделями и разработанными сценариями; верификация полученных результатов.

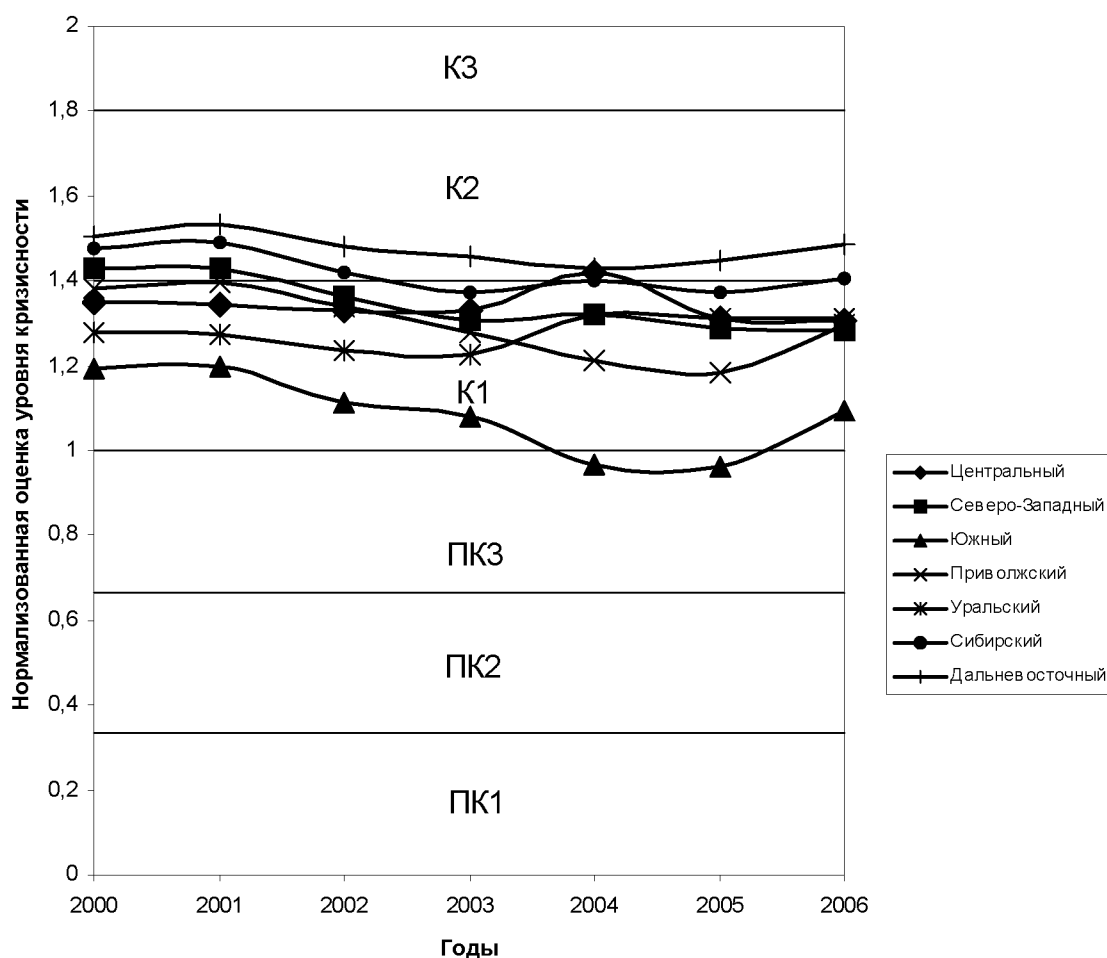


Рис. 4. Динамика изменения комплексной оценки социально-демографической безопасности по федеральным округам Российской Федерации в 2000-2006 гг.

В качестве факторов, рассматриваемых для построения моделей показателей, были выбраны следующие: заболеваемость населения, выбросы загрязняющих атмосферу веществ, отходящих от стационарных источников, обеспеченность населения жильем, общие коэффициенты брачности, общие коэффициенты разводимости, отношение среднедушевого дохода к прожиточному минимуму, число безработных, число выявленных лиц по совершенным преступлениям, численность населения в возрасте 20 – 39 лет. При моделировании все рассматриваемые показатели нормализовались в расчете на 100000 человек населения.

При прогнозировании рассматривались 2 варианта сценариев социально-экономического развития Свердловской области в перспективный период. Первый вариант предполагает менее благоприятную комбинацию внешних и внутренних условий (вероятностный сценарий). Второй вариант ориентирован на инновационный путь развития (благоприятный сценарий).

Согласно полученным прогнозам в период до 2015 г. в Свердловской области будет иметь место тенденция снижения естественной убыли населения до 3,2 чел. на 1000 человек населения при условии реализации вероятностного сценария и до 2,9 чел. на 1000

человек населения при условии реализации благоприятного сценария. Однако, как показывает выполненный прогноз, по обоим вариантам к 2015 г. сохранятся отрицательные тенденции в приросте населения. В результате продолжится тенденция по сокращению численности населения Свердловской области: к 2015 г. она сократится до 4276 тыс. чел. по варианту 1 и до 4284 тыс. чел. по варианту 2. В то же время будет иметь место тенденция роста ожидаемой продолжительности жизни населения с 64,4 до 65,7 года при условии реализации варианта 1 и до 65,8 года при условии реализации варианта 2.

Подводя итог, следует сказать, что угрозы социально-демографической сфере являются одной из главных проблем современного развития России и ее регионов, препятствуют их устойчивому социально-экономическому развитию и ставят под угрозу будущее государства. Это, в свою очередь, требует проведения целенаправленной государственной политики в данной сфере, направленной на нейтрализацию рассмотренных в статье негативных последствий и постепенный переход ситуации на траекторию устойчивого развития и роста. **Приоритетные направления** деятельности государственных органов власти, требующие решения, сегодня, по нашему мнению, таковы:

1. В области социальной защиты:

- создание условий для достойного уровня жизни населения;
- разработка и реализация специальных программ, в т.ч. в рамках национальных проектов (в сфере образования, здравоохранения, доступного жилья, реформа жилищно-коммунального хозяйства и др.);
- реализация мер государственной поддержки и социальных программ, направленных на поддержание института семьи, защиту материнства и младенчества и обеспечение нормального уровня рождаемости населения;
- решение проблемы обеспечения детскими дошкольными учреждениями и др.

2. В сфере здравоохранения:

- реализация мероприятий и программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, снижение смертности, рост продолжительности жизни;
- решение проблемы доступного качественного медицинского обслуживания населения;
- создание "иммунитета нации" к распространению опасных заболеваний и др.

3. В сфере правопорядка:

- проведение правоохранительными органами профилактической и оперативной работы, направленной на снижение преступности, особенно в части преступлений против личности;
- минимизация нелегальной миграции (в первую очередь из стран Средней Азии и Закавказья);
- эффективное противодействие распространению среди населения наркомании и токсикомании и сопутствующих им явлений и др.

4. В организационной и законодательной сферах:

- совершенствование законодательной базы в направлении повышения социальной защищенности граждан, обеспечения качества и доступности медицинского обслуживания, охраны материнства и младенчества, стимулирования рождаемости;
- создание механизмов эффективной реализации национальных проектов;

- обеспечение межведомственной координации всех министерств и ведомств, организаций, занимающихся проблемами обеспечения демографической безопасности государства и его регионов;
- создание системы мониторинга социально-демографической безопасности в России и регионах. В качестве методической базы проведения такого мониторинга предлагается использовать разработанный авторским коллективом методический и модельный аппарат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комплексная методика диагностики социально-демографической безопасности региона / Под ред. акад. РАН А.И. Татаркина, д.э.н., проф. А.А. Куклина. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2007. 156 с.
2. Геополитика и национальная безопасность: Словарь основных понятий и определений / РАЕН. М., 1999.
3. Моделирование состояния и прогнозирование развития региональных экономических и энергетических систем / Э.Г. Альбрехт и др.; Под ред. А.И. Татаркина, А.А. Макарова. РАН, УрО, Ин-т экономики, Ин-т теплофизики, Ин-т энергетических исследований. М.: ЗАО Издательство "Экономика", 2004. 462 с.
4. Комплексная методика диагностики экономической безопасности территориальных образований Российской Федерации (вторая редакция). Ч.1./ А.И. Татаркин, А.А. Куклин, А.Л. Мызин, А.В. Калина и др. Екатеринбург: УрО РАН, 2001. 70 с.
5. Экономическая безопасность Свердловской области / Под ред. Г.А. Ковалевой, А.А. Куклина. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2003. 455 с.
6. Как жить долго и счастливо // АИФ в Белоруссии. – Режим доступа: www.aif.ru/online/belorus/315/bel01_01.
7. Национальная программа профилактики и лечения артериальной гипертензии. Время подводить итоги // Аптека. 01.07.2002. № 26 (347). – Режим доступа: www.apteka.ua/archives/347/17750.html.
8. Конькова В.С. Новые направления в борьбе с артериальной гипертензией // Здоровье Украины. Медицинский портал. – Режим доступа: health-ua.org/article/helth/33.html.
9. Арабидзе Г.Г. Тактика лечения больных с мягкой артериальной гипертензией // Кардиология. – Режим доступа: www.medicus.ru/cardiology/spec/?cont=article&art_id=909&toprint=.
10. Рак. Национальная противораковая программа. Москва, 2002.
11. Федеральная целевая программа "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2011 годы)". Москва, 2006.
12. Harries A.D., Kamenya A., Subramanyan V.R., et al.: Screening pulmonary tuberculosis suspects in Malawi: testing different strategies, Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 1997; 91(4); 416 – 9.
13. Борьба с туберкулезом в тюрьмах: Руководство для руководителей программ // Материалы глобальной программы борьбы с туберкулезом Всемирной организации здравоохранения. М: "Права человека", 2002. 207 с.
14. Обновленные данные о ВИЧ/СПИДе в Европейском регионе. Обеспечение универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке // Материалы Всемирной организации здравоохранения. Технический информационный документ № 01A/06. Копенгаген, 12 сентября 2006 г.

15. Влияние наркомании на социально-экономическое развитие общества / Под ред. В.И. Стародубова, А.И. Татаркина. Москва; Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2006. 381 с.

16. Наркоиммунитет региона: социально-экономический и медико-биологический аспекты / Федер. служба РФ по контролю за оборотом наркотиков, Мин-во здрав. и соц. развития РФ, Центр. науч.-исслед. ин-т организации и информатизации здравоохранения, РАН, УрО, Ин-т экономики; под ред. В.И. Стародубова, А.И. Татаркина. М.: ЗАО "Издательство "Экономика", 2004. 324 с.

17. Проблемы исследования наркотизации регионов России / Куклин А.А., Быстрой Г.П., Калина А.В., Ойхер Д.Я., Комаровская А.А. Препринт. Екатеринбург: ИЭ УрО РАН, 2005. 53 с.