

Прогнозирование элементов региональной и муниципальной политики, развития жилищного рынка недвижимости, объемов ипотечных кредитов и других сегментов потребительского рынка сегодня невозможно без объективного исследования тенденций развития народонаселения, а также медико-демографических характеристик его состояния. В статье показаны результаты мониторинга демографического состояния здоровья населения на примере Единого муниципального образования (ЕМО) «г. Норильск».

Состояние здоровья населения: мониторинг демографических показателей

Т. А. АВЕРЬЯНОВА,
кандидат экономических наук,
А. В. КАЛИНИЧЕНКО,
доктор медицинских наук,
ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский
университет Росздрава,
Е. Л. ХРИСТЕНКО,
кандидат медицинских наук,
Управление здравоохранения администрации ЕМО
«г. Норильск»

В 1999 г. население Земли составляло более 6 млрд чел., к 2013–2014 гг., по прогнозам ООН, оно достигнет 7 млрд чел. По данным экспертов, в ближайшее десятилетие ожидается новый виток роста народонаселения, который будет продолжаться до 2050 г. и при стабилизации численности населения в 10–11 млрд чел. приостановится. Основной прирост – около 97% – ожидается в странах «третьего мира».

В настоящее время, по данным международной статистики, большая часть населения Земли проживает в развивающихся странах (в 1950 г. – 2/3, в 1998 г. – 4/5, а к 2050 г., по прогнозам – 7/8), и ожидаемый к 2025 г. прирост населения около 2 млрд чел. произойдет в основном за их счет. За последние 25 лет ежегодные темпы роста населения в Азии составили 7%, в Латинской Америке – 5%. Наименьший прирост населения наблюдался в странах Африки и странах с переходной экономикой.

© ЭКО 2007 г.



Ситуация в России

По данным Госкомстата РФ, доля населения России в мировом сообществе за последние 100 лет снизилась почти вдвое – с 4,3% в 1900 г. до 2,2% в 2004 г. (на 1 января 2005 г. – 143,4 млн чел.). Причина тому – две мировые и гражданская войны, волны репрессий, распад Советского Союза, последствия реформ. Эти факторы и сегодня оказывают существенное влияние на показатели, характеризующие состояние здоровья населения: рождаемость, смертность и миграцию.

Сокращение численности населения России в 1992–2004 гг. составило 10 млн чел. и происходило в большей степени за счет естественной убыли (превышение числа умерших над числом родившихся – в 1,5–1,8 раза) (табл. 1).

Таблица 1

Демографические данные по России в 1992–2005 гг.¹, чел.

Год	Численность населения, тыс. чел.	Число родившихся	Число умерших
1992	148700	1587600	1807441
1993	148700	1379000	2129339
1994	148700	1408200	2301366
1995	147938	1363800	2203811
1996	148000	1304600	2082249
1997	147500	1259900	2015779
1998	146740	1283300	1988744
1999	146328	1214700	2144316
2000	145559	1267000	2225332
2001	144819	1311604	2254856
2002	143954	1396967	2332272
2003	144964	1477301	2365826
2004	144168	1508000	2298100
2005	143474		

Восполнение естественной убыли населения частично компенсировалось миграционным приростом. Статистика

¹ Казначеев В. П., Кисельников А. А., Мингазов И. Ф. Ноосферная экология и экономика человека. Новосибирск: СПК «ДЮНАС», 2005. С. 14–31.

использования иностранной рабочей силы по отраслям экономики России показывает, что в строительстве были заняты 40% иммигрантов, торговле и общепите – 20%, промышленности – 14%, сельском хозяйстве – 6%, коммерческой деятельности и транспорте – по 5%. По данным СМИ, в России постоянно находится от 1,5 до 16 млн чел. незаконных иммигрантов. Наиболее высокий миграционный прирост населения отмечался в 1992–1998 гг., а в целом в 1992–2004 гг. он увеличился на 3,57 млн чел.

По среднему варианту прогноза демографов ООН, к 2050 г. население России уменьшится на 26,7 млн чел. от уровня 1995 г., депопуляционные тенденции в его динамике сохранятся. Ожидается значительное постарение населения: люди старше 60 лет к 2050 г. составят 1/3 населения, а медианный возраст увеличится с 35,1 до 46,1 года. К 2015 г. численность россиян, переступивших пределы трудоспособного возраста, вдвое превысит численность в него вступающих (в 1995 г. доля пожилых людей в составе населения РФ составляла более 20%). Низкая рождаемость и рост ожидаемой продолжительности жизни приведут к увеличению доли лиц старшего возраста в структуре населения: к 2010 г. – до 22%, а к 2016 г. – до 24,4%. К 2010 г. прогнозируется увеличение численности граждан старшего поколения почти на 1 млн чел. по сравнению с 2004 г., а к 2015 г. – на 3,1 млн чел.²

В перспективе демографические факторы будут по-прежнему играть главенствующую роль в развитии территорий, разработке баланса трудовых ресурсов, федеральных, региональных, муниципальных программ и бюджетов.

В настоящее время в основу региональных разработок закладываются четыре группы показателей: состояние рынка труда, экономическую, социальную и демографическую ситуацию. Поэтому разработка методологии оценки медико-демографических показателей на уровне муниципального образования представляется актуальной и практически значимой.

² Казначеев В. П., Кисельников А. А., Мингазов И. Ф. Ноосферная экология и экономика человека. С. 14–31.

Рассмотрим эти проблемы на примере Единого муниципального образования «г. Норильск» (далее – Норильск).

В алгоритм программы исследования «Оценка здоровья населения в ЕМО “г. Норильск”» включалось шесть разделов:

- определение объекта, объема и единиц наблюдения;
- заболеваемость населения;
- здоровье матери и ребенка;
- временная нетрудоспособность, инвалидность;
- санитарно-эпидемиологическое благополучие;
- результаты оценки, прогноз и рекомендации по укреплению состояния здоровья населения.

Результаты оценки использовались как основа для управленческих решений муниципальных органов управления.

Численность и структура населения Норильска

По данным Госкомстата РФ, численность постоянного населения в Норильске на 01.01.2005 г. составляла 220544 чел. За 2004 г. его численность уменьшилось на 1079 чел. За последние два года темпы снижения численности населения значительно увеличились. Постоянное население прогрессивно уменьшалось с небольшими колебаниями в 1991, 1993 и 2002 гг., что связано с социально-экономическими и миграционными процессами, происходящими на территории (сокращение рабочих мест на комбинате, в социальной сфере и пр.). За последние 15 лет численность постоянного населения уменьшилась на 57059 чел., или на 20,6% (рис. 1).

Значительные изменения претерпела структура населения г. Норильска. Характерная особенность – сокращение численности и доли детей до 14 лет. Наблюдается старение населения, что связано со значительным снижением рождаемости во второй половине 1990-х годов. Количество детей до 14 лет с 2000 г. по 2004 г. снизилось на 2085 чел. (4,7%), но в целом доля детей и подростков в общей численности населения осталась на прежнем уровне: 2000 г. – 24,9%, 2004 г. – 24,8%. Численность трудоспособного населения в 1999–2004 гг. уменьшилась на 12003 чел., при этом их доля в общей численности населения незначительно возросла – с 75,2% до 76,4%. Снизилась численность

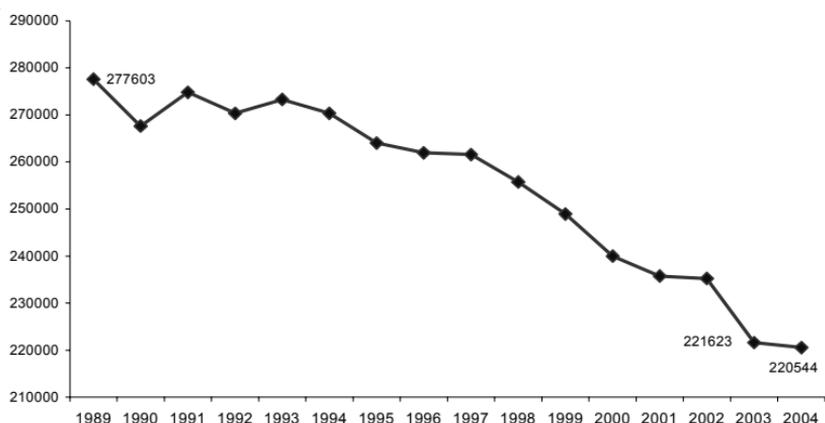


Рис. 1. Численность постоянного населения в г. Норильске в 1989–2005 гг., чел.

населения старше трудоспособного возраста (мужчины старше 60 лет, женщины – старше 55 лет) – с 15185 (6,3%) до 8179 чел. (4,5%).

Половозрастная структура населения характеризуется почти одинаковым количеством мужского (49,9%) и женского (50,1%) населения, с преобладанием числа мужчин в возрасте от 0 до 39 лет и значительным – женщин старше 40 лет. Причем доля женщин в возрасте старше 60 лет выше почти в два раза. В 2004 г. до 20,9% выросла доля лиц моложе трудоспособного возраста (в 2003 г. – 17,9%, 2002 г. – 18,6%, 2001 г. – 19,5%, 2000 г. – 20,3%), что связано с ростом рождаемости в последние годы. Так, коэффициент замещения поколений (КЗП) составил 8,1 (1999 г. – 4,6; 2000 г. – 4,1; 2001 г. – 3,7; 2002 г. – 3,5; 2003 г. – 3,7), что значительно выше средних показателей по Красноярскому краю (1999 г. – 2,14, 2000 г. – 2,06). Это обусловлено резервами, полученными вследствие достаточно высокой рождаемости в 1980-е годы, снижением ее в последующие годы и высокой смертностью мужчин в возрасте 35–55 лет, а также политикой администрации города и ЗАО «Норильский никель», направленной на переселение пенсионеров.

Коэффициент замещения поколений у женщин (соотношение численности девушек 15–19 лет к численности жен-

щин 55–59 лет) имеет более благоприятную тенденцию к росту и за 2004 г. повысился. Показатели по Норильску в 2000 г. составили 2,6; в Красноярском крае – 2,1. Однако доля женщин фертильного возраста имеет четкую тенденцию к снижению: 2000 г. – 32,3%, 2001 г. – 32,2%, 2002 г. – 32,0%, 2003 г. – 27,2%, 2004 г. – 33% (табл. 2). Резкие перепады в количестве определенных групп населения связаны также и с переписью населения, уточнившей данную численность.

Таблица 2

**Коэффициент замещения поколений
в г. Норильске в 2000–2004 гг.**

Жители	2000	2001	2002	2003	2004
Мужчины	4,1	3,7	3,5	3,7	8,1
Женщины	2,7	3,1	2,8	2,4	2,6

Динамика естественного движения населения

В Норильске не регистрировался отрицательный прирост численности населения, ее уровень значительно выше, чем в России и Красноярском крае, что связано с социальными условиями. Однако наблюдались колебания рождаемости, смертности и естественного прироста населения (рис. 2).



Рис. 2. Динамика естественного прироста населения в 1987–2004 гг. на 1000 чел. населения

За последние 10 лет в Норильске наметилась четкая тенденция увеличения естественного прироста населения, чего не наблюдается в Красноярском крае и РФ, где этот показатель остается отрицательным и даже имеет тенденцию к снижению. В 2004 г. показатель рождаемости в Норильске по сравнению с предыдущим годом снизился на 8% и составил 11,4 на 1000 чел. населения, несмотря на четкую тенденцию к росту в последние 10 лет (рис. 3).

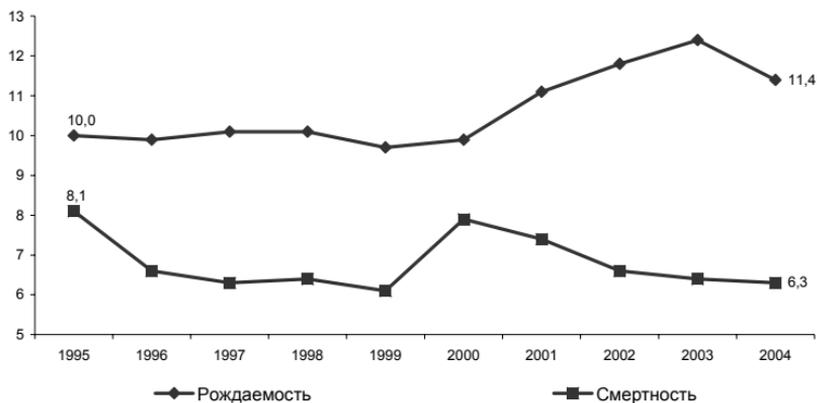


Рис. 3. Рождаемость и смертность в г. Норильске в 1995–2004 гг. на 1000 чел. населения

В 2000–2004 гг. количество женщин фертильного возраста уменьшилось на 6% (с 77429 до 72749), количество родов на 100 женщин – увеличилось с 2,9 в 2000 г. до 3,5 в 2004 г. Следовательно, количество женщин фертильного возраста не является определяющим критерием уровня рождаемости.

В 2004 г. показатель смертности на территории Норильска снизился на 1,6% по отношению к предыдущему году и составил 6,3% на 1000 чел. В последнее десятилетие данный показатель имеет четкую тенденцию к снижению, однако его темп ниже, чем у прироста рождаемости. И если динамика демографических процессов в 1995–1999 гг. характеризовалась позитивными тенденциями, выразившимися в небольшом снижении общей смертности, то в 2000 г.

наблюдался резкий скачок роста смертности с последующим постепенным снижением. Рост смертности среди женщин незначителен, но резко выражен у мужчин, которые умирают в два раза чаще (табл. 3).

Таблица 3

**Смертность населения в г. Норильске в зависимости от пола
в 1997–2004 гг. на 1000 чел. населения**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Мужчины	7,8	8,3	7,7	10,5	10,1	8,6	8,8	8,6
Женщины	4,2	3,9	3,7	4,4	4,4	4,1	4,0	3,9

Причина этой сложившейся на протяжении последних нескольких лет ситуации, по всей видимости, связана с тем, что мужчины в основном заняты на опасных производствах, чаще подвержены вредным привычкам и заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Смертность населения в 1990-е годы имеет ряд особенностей, связанных с социально-экономическими процессами, происходившими в стране. В начале и конце десятилетия отмечался рост смертности, связанный с резким ухудшением экономической обстановки и возрастанием социальной напряженности.

На первом месте среди причин смертности в течение многих лет были и остаются заболевания органов кровообращения: смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы в 2004 г. составила 192,7 на 100 тыс. чел. На втором месте – несчастные случаи, травмы и отравления (144,6 на 100 тыс. чел.); на третьем – болезни органов пищеварения (94,8 на 100 тыс. чел.); на четвертом – новообразования (80,3 на 100 тыс. чел.), из которых 99,5% – злокачественные. На пятом месте – болезни органов дыхания (49,4 на 100 тыс. чел.).

Прогноз средней продолжительности предстоящей жизни рожденных в 2004 г. в Норильске возрос по сравнению с 2003 г. с 66,4 до 67,3 лет. Соответственно, с 61,3 лет до 62,2 лет выросла средняя продолжительность предстоящей жизни у мужчин и с 71,8 до 72,6 лет – у женщин (рис. 4). Продолжительность предстоящей жизни с 2000 г. постепен-

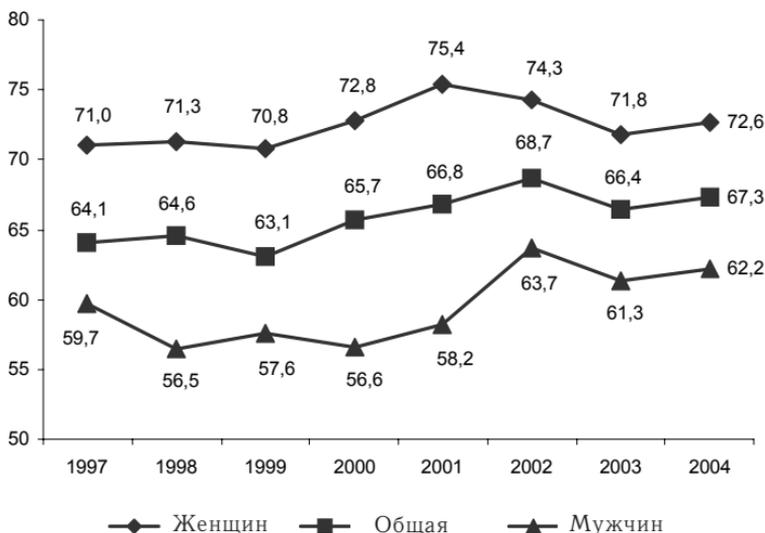


Рис. 4. Показатель продолжительности жизни в г. Норильске в 1997–2004 гг., лет

но увеличивается, и в 2004 г. она превысила средний уровень по Красноярскому краю и России. Данная тенденция, предположительно, может сохраняться до 2010 г., что связано с ростом уровня жизни, повышением рождаемости и снижением смертности, улучшением качества медицинского обслуживания населения.

Выводы

Результаты медико-демографического исследования использовались при разработке системы оказания медицинской помощи населению и определении стратегических приоритетов в охране здоровья населения Норильска. Это снижение заболеваемости и смертности от болезней, угрожающих репродуктивному здоровью и состоянию здоровья матерей и новорожденных, дающих высокие показатели смертности и инвалидности (сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, злокачественные новообразования), представляющих особую угрозу для здоровья населения (наркомания, туберкулез, СПИД/ВИЧ).

Снижения заболеваемости и смертности необходимо добиваться через совершенствование организации и качества медицинской помощи. Так, в муниципальную программу развития здравоохранения в первую очередь были введены направления:

- ❑ совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе создание диагностического центра в г. Норильске;
- ❑ повышение качества стационарной помощи путем приведения коечного фонда в соответствие с потребностями населения, т. е. снижение длительности госпитализации за счет полного догоспитального обследования больных;
- ❑ рациональное и эффективное использование ресурсов здравоохранения (внедрение бюджетирования в систему планирования деятельности Управления здравоохранения);
- ❑ внедрение в практику новых, более эффективных организационных форм и методов выявления, диагностики и профилактики заболеваний.

Следует отметить, что рынок медицинских услуг требует значительно больших финансовых затрат по сравнению с системой здравоохранения, контролируемой государством. В настоящее время необходимо ввести экономические обоснования формируемых на территориях медикосоциальных программ и национальных проектов. Они позволят формировать достаточные бюджеты данных программ и проектов, вести их своевременное финансирование и исполнение государственной властью своих обязательств.

Такой подход требует методов управления, основанных на своевременной, достоверной и полноценной базе данных, характеризующей состояние здоровья населения. Информационное обеспечение в экономике здравоохранения должно способствовать накоплению, обработке и хранению необходимой информации, что также позволит вести адресное финансирование потребностей населения в предоставлении медицинской помощи и лекарственном обеспечении.