

В статье дана оценка социальной эффективности реализации первого этапа (2007–2010 гг.) государственной демографической политики в Мурманской области в сопоставлении с достигнутыми результатами в среднем по России.

Ключевые слова: демографическая политика, индикаторы устойчивости воспроизводства населения, территориальное общественное самоуправление

Государственная демографическая политика: итоги первого этапа (на примере Мурманской области)

В.П. ТОИЧКИНА, *Институт экономических проблем Кольского научного центра РАН, г. Анатумы. E-mail: popova@iep.kolasc.net.ru*

Человек и государство

Человеческий капитал определяет в современной экономике основную долю национального богатства страны, регионов, муниципальных образований, составляя, по расчетам Всемирного банка, в развитых странах 70–80%, в России – лишь около 50%. Основным фактором сохранения и приумножения человеческого капитала является устойчивое демографическое развитие, сопровождаемое государственной политикой, определяющей и отстаивающей национальные интересы страны, представленной в «Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г.»¹. Ее реализация осуществляется в три этапа: первый – 2007–2010 гг., второй – 2011–2015 гг., третий – 2016–2025 гг.

На первом этапе в рамках преодоления сложившихся негативных тенденций демографического развития были осуществлены мероприятия, направленные:

- на снижение уровня смертности населения в результате внешних причин и от сердечно-сосудистых заболеваний;
- на повышение качества оказания медицинских услуг женщинам в период беременности и родов, уменьшающих риск неблагоприятного исхода, и по развитию перинатальных центров;
- на оказание государственной адресной материальной поддержки семьям, имеющим детей, в форме семейного капитала, включая индексацию детских пособий с учетом темпов роста потребительских цен.

¹ «Об утверждении Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г.». Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 / Справочно-правовая база «Консультант плюс».



В Мурманской области на первом этапе была реализована региональная долгосрочная целевая программа «Улучшение демографической ситуации в Мурманской области» на 2007–2010 гг.²

Социальная эффективность первого этапа оценивалась нами по результатам мероприятий, направленных на снижение смертности, рост продолжительности жизни населения и повышение уровня рождаемости. Количественные характеристики определялись демографическими индикаторами, принятыми для диагностирования устойчивости демографического развития, в сопоставлении с базовым уровнем 2006 г., с показателями по РФ в целом и с предельно-критическими значениями индикаторов устойчивого развития, принятыми в мировой практике (табл. 1). Социальная эффективность демографической политики РФ и Программы учитывает вклад от реализации мероприятий в показатели демографического развития, которые не могут быть выражены в стоимостной оценке.

Таблица 1. Индикаторы воспроизводства населения для диагностики устойчивости демографического развития

Индикатор	Предельно-критическое значение, принятое в мировой практике для оценки устойчивости
Условный коэффициент депопуляции (отношение числа умерших к числу родившихся за определенный период*)	1,0**
Коэффициент старения населения (доля лиц старше 65 лет в общей численности населения)	11,0
Младенческая смертность (умершие в возрасте до одного года на 1000 родившихся живыми)	6,0
Ожидаемая средняя продолжительность жизни при рождении, лет (оба пола)	76,7
– мужчин	74,2
– женщин	79,2
Суммарный коэффициент рождаемости*** (среднее число детей, рожденных женщиной в возрасте 15–49 лет)	2,15

Примечания. * Условный коэффициент депопуляции можно рассчитывать и как отношение общего коэффициента смертности к общему коэффициенту рождаемости за определенный период.

** Значение 1,0 соответствует замещающему уровню воспроизводства (нулевому естественному приросту населения).

*** Величина суммарного коэффициента рождаемости не зависит от возрастного состава населения и характеризует средний уровень рождаемости в данный календарный год.

² «О долгосрочной целевой программе “Улучшение демографической ситуации в Мурманской области” на 2007–2010 гг.». Пост. Прав. Мурманской области от 27.09.2007 № 442-ПП/17 (ред. от 21.12.2010) / Справочно-правовая база “Консультант плюс”.

Динамика индикаторов эффективности

Динамика коэффициентов старения населения (доля лиц старше 65 лет в общей численности населения) за 2007–2010 гг. характеризуется незначительным сокращением и в РФ, и в Мурманской области. В Мурманской области значение показателя не превышает предельно-критического (11%), что характеризует возрастную структуру региона как относительно молодую и благоприятную с позиций устойчивого демографического воспроизводства населения (табл. 2).

Таблица 2. Оценка социальной эффективности первого этапа реализации демографической политики в Мурманской области и РФ, 2006–2010 гг.

Индикатор	2006	2007	2008	2009	2010 оценка	2010 к 2006, %
Коэффициент старения населения:						
Мурманская область	8,1	8,4	8,3	8,1	7,9	97,5
Российская Федерация	13,9	14,0	13,8	13,3	12,9	92,8
Условный коэффициент депопуляции:						
Мурманская область	1,30	1,14	1,12	1,11	1,03	79,2
Российская Федерация	1,46	1,29	1,21	1,15	1,13	77,4
Младенческая смертность:						
Мурманская область	10,3	9,5	9,3	7,3	5,2	50,5
Российская Федерация	10,2	9,4	8,5	8,1	7,5	73,5
Суммарный коэффициент рождаемости:						
Мурманская область	1,22	1,28	1,33	1,35	1,43*	117,2
Российская Федерация	1,30	1,41	1,49	1,54	н/д	118,5**
Ожидаемая средняя продолжительность жизни при рождении, лет. Оба пола:						
Мурманская область	65,2	66,7	66,7	67,2	н/д	–
Российская Федерация	66,6	67,5	67,9	68,7	69,0	–
Мужчин:						
Мурманская область	58,9	60,7	60,7	61,2	н/д	–
Российская Федерация	60,4	61,4	61,8	62,8	63,0	–
Женщин:						
Мурманская область	71,7	72,7	72,7	73,0	н/д	–
Российская Федерация	73,2	73,9	74,2	74,7	74,9	–

Примечание. * Оценка ИЭП КНЦ РАН.

** 2009 г. к 2006 г.

Источник: Естественное движение населения (URL: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/population/demography/#>).

Снижение коэффициентов старения населения в РФ и Мурманской области на 7,2% и 2,5% соответственно объясняется тем, что естественные потери в данной возрастной группе в этот

период были выше притока в нее малочисленного поколения рождения периода войны 1941–1945 гг.

Динамика **условных коэффициентов депопуляции** за 2007–2010 гг. характеризуется уровнем выше критического значения (1,0), что свидетельствует о высокой смертности населения в Мурманской области. Позитивная тенденция – снижение условных коэффициентов депопуляции, однако темпы в РФ были выше, чем в Мурманской области: 22,6% и 20,8% соответственно (см. табл. 2).

Более низкие коэффициенты депопуляции в Мурманской области по сравнению с РФ объясняются только молодой возрастной структурой населения региона, а не лучшими показателями воспроизводства населения. Это подтверждается расчетом, показывающим, что при половозрастных показателях смертности в Мурманской области, соответствующих среднероссийскому уровню 2009 г. (которые, в свою очередь, и остаются крайне высокими по сравнению с уровнем развитых стран), уже с 2010 г. в регионе наблюдался бы естественный прирост населения. А условный коэффициент депопуляции составил бы 0,99.

Изложенное позволяет сделать следующий вывод. Условный коэффициент депопуляции, как и общие коэффициенты смертности и рождаемости, на основании которых он рассчитывается, не может быть использован для рейтингового анализа субъектов РФ, поскольку является лишь констатацией факта наличия или отсутствия процесса депопуляции населения в регионе.

Динамика **коэффициентов младенческой смертности** за 2007–2010 гг. характеризуется значительным сокращением по сравнению с уровнем 2006 г., составившим по Мурманской области – 49,5%, по РФ – 26,5%. Младенческая смертность в 2010 г. в области составила 5,2 чел. на 1000 родившихся, что на 13% меньше по отношению к критическому значению (6,0 чел.). Младенческая смертность в среднем по РФ остается выше критического значения устойчивости (2010 г. – 7,5 чел. на 1000 родившихся) и на 44,2% превышает уровень по области (см. табл. 2).

Устойчивость значения индикатора коэффициента младенческой смертности в Мурманской области в 2010 г. во многом определяется практикой оценки младенческой смертности в РФ, не соответствующей международным критериям Всемирной организации здравоохранения. Она частично основана на устаревших критериях регистрации ребенка в качестве родившегося живым или мертвым. В результате уровень перинатальной и младенческой

смертности значительно снижен – по оценкам Евростата, примерно на 40%³.

Минздравсоцразвития РФ планирует с 2012 г. перейти на новые правила регистрации детей, родившихся в сроки беременности от 22 недель с низкой массой тела (от 500 г)⁴. При переходе на международные критерии младенческая смертность в РФ может составить 10,5 чел., в Мурманской области – 7,3 чел. умерших на 1000 родившихся, что на 75,0% и 21,3% соответственно выше критического значения, принятого для диагностирования демографической устойчивости.

Динамика **суммарных коэффициентов рождаемости** за 2007–2010 гг. характеризуется значением ниже критического уровня (2,15 чел., рожденных женщиной в фертильном возрасте) как в РФ (2007 г. – 1,41, 2009 г. – 1,54), так и в Мурманской области (2007 г. – 1,28, 2010 г. – 1,43). Такой уровень характеризует отсутствие простого воспроизводства населения (замещения поколений). Позитивной тенденцией в этот период являлся рост суммарных коэффициентов рождаемости (темпы их роста в РФ были выше, чем в Мурманской области), однако докризисный уровень 1990 г. (РФ – 1,89 чел., Мурманская область – 1,62 чел.) еще не достигнут (см. табл. 2).

Рассматривая проблему низкой рождаемости в развитых странах, П. Макдональд в своих исследованиях констатирует, что «зона безопасности»⁵ является уровень рождаемости, превышающий 1,5 ребенка, рожденных одной женщиной, что подтверждает динамика развития народонаселения отдельных стран. Уровень рождаемости 1,7–2,0 детей на одну женщину можно считать лишь относительно низким, и целесообразно его поддерживать, крайне низкий уровень рождаемости – это менее 1,5 детей, рожденных одной женщиной⁶.

Стратегическим показателем устойчивого демографического развития, обобщающим показатели половозрастной и младенческой смертности, является **ожидаемая продолжительность жизни при**

³ Вишневецкий А.Г., Захаров В.Г. Что знает и чего не знает российская демографическая статистика // Вопросы статистики. – 2010. – № 2. – С. 7–17.

⁴ Никитина С.Ю. Будущее российской демографической статистики после переписи населения 2010 года // Вопросы статистики. – 2010. – № 6. – С. 6–7.

⁵ Суммарный коэффициент рождаемости (среднее число детей, рожденных женщиной в возрасте 15–49 лет); 2,15 детей на 1000 родившихся – уровень простого воспроизводства населения.

⁶ Макдональд П. Низкая рождаемость и государство: эффективность политики // URL: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0285/analit01.php>

рождения. В Мурманской области в 2007–2009 гг. он характеризуется низким уровнем. В 2009 г. ожидаемая продолжительность жизни населения области составила 67,2 лет (предельно-критическое значение – 76,7 лет) и остается ниже уровня РФ (2010 г. – 69,0 лет). Позитивной тенденцией в этот период стал рост ожидаемой продолжительности жизни при рождении, составивший в Мурманской области для всего населения – 2,0; для мужчин – 2,3; для женщин – 1,3 лет. В РФ за 2007–2010 гг. – 2,4; 2,6; 1,7 лет соответственно (см. табл. 2). Однако докризисный уровень 1990 г. по индикатору ожидаемой продолжительности жизни для всего населения (РФ – 69,2 лет; Мурманская область – 70,2 лет) еще не достигнут.

Таким образом, оценка социальной эффективности первого этапа (2007–2010 гг.) демографической политики РФ и реализации долгосрочной целевой программы «Улучшение демографической ситуации в Мурманской области» на 2007–2010 гг. позволяет сделать следующие выводы:

- изменения индикаторов устойчивости воспроизводства населения в сопоставлении с базовым уровнем 2006 г. позитивны;
- количественные значения индикаторов устойчивости воспроизводства населения (за исключением коэффициентов старения населения и младенческой смертности) отстают от среднероссийского уровня, достигнутого за 2007–2010 гг.;
- индикаторы «условный коэффициент депопуляции», «ожидаемая продолжительность жизни при рождении», «суммарный коэффициент рождаемости», «коэффициент младенческой смертности» при условии оценки его по международным критериям Всемирной организации здравоохранения (за исключением «коэффициента старения населения») в высокой степени **не соответствуют** предельно-критическим значениям, принятым в мировой практике.

Несмотря на позитивные тенденции, в демографической сфере Мурманской области остаются актуальными проблемы смертности, низкой ожидаемой продолжительности жизни и крайне низкой рождаемости.

Мировые тенденции

Крайне низкая рождаемость приведет в будущем к острой нехватке рабочей силы, в особенности молодых квалифицированных кадров, при одновременном быстром старении населения, что спровоцирует между странами конкуренцию за привлечение молодых иммигрантов. Поэтому страны, которые не считают сегодня свою семейную политику частью политики в области рынка труда, создают для себя реальную угрозу в условиях глобальной экономической конкуренции.

В настоящее время большинство стран с крайне низким уровнем рождаемости начали это осознать. В 2003 г. 13 стран-участников ОЭСР сообщили ООН о разработке и внедрении политики, направленной на поддержание или повышение уровня рождаемости, в 2006 г. к ним присоединилась и Россия⁷.

Опыт скандинавских государств показывает, что важными детерминантами повышения рождаемости являются:

- «качество» общества, его готовность принять на себя значительную часть ответственности и сопряженных издержек;
- уверенность населения по поводу будущего; молодые мужчины и женщины должны быть уверены в том, что если они вступят в брак и решат завести детей, общество поддержит их в этом решении.

Снижение смертности и увеличение продолжительности жизни невозможны без активности самого населения, направленной на оздоровление образа жизни и среды обитания, заботу о своем здоровье. Также требуется значительное увеличение доли расходов на здравоохранение в ВВП. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, состояние здоровья населения наполовину зависит от образа жизни, и лишь на 20% – от окружающей среды.

Например, пропаганда здорового образа жизни уже давно является одним из важнейших приоритетов политики снижения смертности в странах Северной Европы. Высокая заинтересованность общественности в оздоровлении населения, а также изменения в отношении к проблемам жизни и смерти позволили провести такие непопулярные мероприятия, как повышение личных расходов на медицинскую помощь или ограничение употребления алкоголя (Финляндия).

Антиалкогольная политика Финляндии начала рассматриваться как потенциальный инструмент для улучшения здоровья общества, снижения смертности, заболеваемости и социальных проблем. Государственные органы и неправительственные организации активно проводят просветительскую деятельность по охране здоровья, которая финансируется главным образом из средств муниципальных бюджетов. Кроме того, правительство ежегодно выделяет ассигнования на нужды пропаганды здоровья и санитарного просвещения.

⁷ Послание президента РФ В.В. Путина Федеральному собранию от 10.05.06. / Справочно-правовая база «Консультант плюс».