РАНХиГС
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВЛАДИМИРСКИЙ
ФИЛИАЛ

**А. Е. Илларионов, В. Ю. Картухин, В. М. Жамбровский,
А. И. Новиков, И. А. Тогунов**

НАРОДОСОХРАНЕНИЕ И (ИЛИ) СБЕРЕЖЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ: СОЦИАЛЬНЫЕ, ЭКОНОМИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ, МЕДИЦИНСКИЕ И ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Монография

Под редакцией А. И. Новикова

Владимир ▪ 2019

УДК 572.02:614:351.77
ББК 51:65.495
Нарo30

Рецензенты:
Дмитриев Ю. А. – доктор экономических наук, профессор, Владимирский государственный университет имени А. Г. и Н. Г. Столетовых, председатель регионального отделения Вольного экономического общества;
Лапыгин Ю. Н. – доктор экономических наук, профессор, Владимирский филиал РАНХиГС.

Илларионов А. Е., Картухин В. Ю., Жамбровский В. М., Новиков А. И., Тогунов И. А.
Нарo30 Народосохранение и (или) сбережение здоровья людей: социальные, экономические, правовые, медицинские и экологические аспекты: монография / под ред. А. И. Новикова. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2019. – 325 с.
ISBN 978-5-907140-08-0

Настоящая монография посвящена проблеме народосохранения и (или) сбережения здоровья людей. Реализуемая в России социальная политика до последнего времени не затрагивала эти больные для нашего общества вопросы. В монографии ставятся задачи выявить негативные тенденции и предложить комплекс мер, направленных на разрешение демографических проблем, структурных проблем в сфере здравоохранения, совершенствование институтов народосохранения, экологического оздоровления. Современные внешнеполитические вызовы и проблемы в экономике усложняют процессы разрешения этих противоречий, в том числе в плане социальной защиты и снижения уровня бедности.

Книга может быть полезна государственным и муниципальным служащим, научным сотрудникам и преподавателям, аспирантам и студентам вузов, а также широкому кругу эрудированных читателей.

Печатается по решению ученого совета Владимирского филиала РАНХиГС.

УДК 572.02:614:351.77
ББК 51:65.495

ISBN 978-5-907140-08-0 © А. Е. Илларионов, В. Ю. Картухин, В. М. Жамбровский, А. И. Новиков, И. А. Тогунов, 2019
© Владимирский филиал РАНХиГС, 2019

Авторский коллектив

Илларионов Александр Ефимович – кандидат экономических наук, доцент, доцент кафедры менеджмента Владимирского филиала РАНХиГС.

Картухин Вячеслав Юрьевич – кандидат юридических наук, доцент кафедры правового обеспечения государственного и муниципального управления Владимирского филиала РАНХиГС.

Жамбровский Валерий Михайлович – кандидат юридических наук, доцент кафедры правового обеспечения государственного и муниципального управления Владимирского филиала РАНХиГС.

Новиков Александр Иванович – доктор экономических наук, профессор, ведущий специалист научно-исследовательского отдела Владимирского филиала РАНХиГС.

Тогунов Игорь Алексеевич – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры менеджмента Владимирского филиала РАНХиГС.

Содержание

Введение 6

Глава 1. ДИАЛЕКТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ НАРОДОСБЕРЕЖЕНИЯ ИЛИ СБЕРЕЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ 16

1.1. Теоретические и методические аспекты народосбережения и (или) сбережения здоровья людей 17
1.2. Социальные аспекты и нормативно-правовое сопровождение сбережения здоровья людей 24

Глава 2. СФЕРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ КАК ИНСТИТУТ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАЦИИ 36

2.1. Здравоохранение как институт эффективного народосбережения и (или) сбережения здоровья людей 36
2.2. Анализ основных проблем сбережения здоровья людей 42
2.3. Государственная программа развития здравоохранения: региональные аспекты 56
2.4. Особенности развития здравоохранения во Владимирской области 68

Глава 3. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ 81

3.1. Сущность и содержание демографической политики 81
3.2. Основные цели, задачи и методы реализации демографической политики 85
3.3. Демографический кризис в России. Основные тенденции к повышению эффективности демографической политики 87
3.4 Меры по улучшению демографической ситуации в России 94
3.5. Законодательные основы демографической политики Российской Федерации 100
3.6. Основные положения «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» 105
3.7. Демографические модели. Стационарное и стабильное население 120
3.8. Некоторые направления решения демографических проблем (национальный аспект) 129
3.9. Основные направления демографической политики во Владимирской области 139

Глава 4. ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ОЗДОРОВЛЕНИЕ ТЕРРИТОРИЙ, НЕГАТИВНО ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА (ПО МАТЕРИАЛАМ ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ) 162

4.1. Теоретико-методологическое обоснование экологического оздоровления в рамках междисциплинарного подхода 168
4.2. Особенности правовых аспектов в системе экологического оздоровления территории региона 174
4.3. Анализ факторов экологического характера, негативно влияющих на здоровье человека 176

4.4. Исследование воздействия природных и техногенных факторов на состояние здоровья населения Владимирской области 184
4.5. Основные направления стратегического управления процессом экологического оздоровления. Использование вторичных ресурсов 196
4.6. Построение проблемно-управленческой матрицы экологического благополучия в России: региональный аспект 205

Глава 5. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССОМ ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАЦИИ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ 217

5.1. Теоретико-методологическое обоснование мониторинга качества жизни и социальной политики как ключевых факторов народосохранения 217
5.2. Тенденции, закономерности и принципы формирования политики «народосохранения» 228
5.3. Формирование комфортной городской среды: региональные аспекты 238
5.4. Проблемы мотивации граждан к здоровому образу жизни и пути их решения 250
5.5. Опыт формирования и реализации мероприятий, направленных на сбереженье здоровья людей. Владимирская область – территория здорового образа жизни 274

Заключение 287

ПРИЛОЖЕНИЯ
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 293
Основные показатели здоровья населения Владимирской области
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 294
Сравнительные показатели по здравоохранению по районам области
ПРИЛОЖЕНИЕ 3 296
Астма, астматический статус – общая заболеваемость J45
ПРИЛОЖЕНИЕ 4 297
Астма, астматический статус – первичная заболеваемость
ПРИЛОЖЕНИЕ 5 298
Болезни системы пищеварения – общая заболеваемость К00-К93
ПРИЛОЖЕНИЕ 6 299
Болезни системы пищеварения – первичная заболеваемость
ПРИЛОЖЕНИЕ 7 300
Показатели онкологической службы по Владимирской области 2010-2012 год
ПРИЛОЖЕНИЕ 8 301
Показатели онкологической службы по Владимирской области 2013-2015 год

Список использованных источников 304

Введение

Здоровье есть метафизическая сущность. В своей сути здоровье – феномен, относимый к человеческой личности. Здоровье – это субъект, относимый к объекту. Субъектом здесь выступает сам дар, объектом же является человек, жизнь и благополучие которого связаны с этим даром как состоянием, отсюда древнерусский термин «сыдравие» или «здравие».

В Российской Федерации с 2006 года реализуется приоритетный национальный проект «Развитие здравоохранения», который в 2008 году принял форму государственной программы, которая в несколько измененной форме пролонгирована до 2024 года.

Президентом Российской Федерации В. В. Путиным в Послании Федеральному Собранию на 2019 год (20 февраля 2019 г.) в качестве первоочередной ключевой поставлена задача по сбережению народа[1]. Несмотря на серьезные недостатки в сфере здравоохранения России, с начала 2000-х годов до 2018 года ожидаемая при рождении продолжительность жизни, по данным Росстата, увеличилась почти на 8 лет, смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 35%, младенческая смертность – на 60%. Вместе с тем в настоящее время в России существуют нерешенные вопросы в части сбережения здоровья населения, или народосбережения нации. Уровень смертности в России по сопоставимой структуре населения в 1,4 раза выше, чем в развитых странах Западной Европы[2].

В гносеологическом плане (гносеология – от греческого gnosis – познание) народосбережение предполагает определенную модель поведения. Моделью в широком смысле этого слова можно назвать мысленный образ объекта, народа, а моделирование есть неотъемлемое свойство человеческого мозга. Прототипы модельных категорий можно найти еще на заре цивилизации в «идеях» вещей Платона и энтелехии (сущности «души» материальных объектов) Аристотеля[3]. Модель поведения российских граждан в настоящее время определяется «усталостью от всего, что случилось за 100 с лишним лет. От возраста, от бедности, от того, что рано уходят мужчины…»[4].

Но это «не модель думания народа. Это выживание. Когда все подчинено ежедневному размышлению как прокормиться»[5]. Но вся история доказывает, что русская душа - иная. До настоящего времени многие российские граждане интересы государства ставят выше или в одном ряду со своими. Гордятся своим гражданством 2/3 от опрошенных граждан. Представляется, что именно в этом заключается ядро мышления. В настоящей монографии ставится задача рассмотреть

---

[1] Путин В. В. Послание Федеральному Собранию // Рос. газ. – 2019. - № 38 (7796).
[2] Аганбегян А. Г. Демография и здравоохранение в России на рубеже веков. – М. : Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2019. С. 8.
[3] Платон. Избранные произведения. – Минск : Литература, 1988.
[4] Миркин Я. Семейные ценности // Рос. газ. - 2019. - № 48 (7806).
[5] Там же.

вопросы, направленные на изменение модели в поведении человека (усталость и безысходность), и придать импульс положительным динамическим изменениям.

В части проблем сбережения человека и охраны его здоровья заслуживает внимания зарубежная практика. В частности, компания Philips - мировой лидер в сфере разработки решений для здравоохранения, активно внедряющий цифровые технологии, формирует эффективную систему здравоохранения, ориентированную на результаты и потребности пациентов. Реализуемая этой компанией система трансформирована в модель «Индекс здоровья будущего»[6].

По мнению А. Разумова, специалиста в сфере здравоохранения: «Очевидно, что настало время для создания единой стратегии здоровьесбережения и охраны здоровья здоровых»[7].

Компания проводит это исследование с 2016 года. В прошлом году к нему впервые присоединилась и Россия. Ключевым параметром исследования в 2018 году стал показатель ценности здравоохранения, который измеряет входящие в него факторы систем здравоохранения на развитых и развивающихся рынках.

Исследование Philips «Индекс здоровья будущего» здравоохранения определяет три основных фактора:

- доступность помощи, то есть насколько всеобщим и доступным является здравоохранение;

- удовлетворенность медицинскими услугами, в том числе насколько население и медицинский персонал доверяют системе здравоохранения;

- эффективность системы здравоохранения, то есть соотношение затрат к результатам лечения.

Согласно результатам исследования «Индекс здоровья будущего», российский показатель ценности системы здравоохранения находится чуть ниже среднего значения из 16 анализируемых стран (40,90 балла против средней цифры 43,48 по 16 странам). Этот показатель обусловлен достаточно высокой в России доступностью медицинской помощи (63,58 балла против 50,91 в среднем) и в то же время незначительным уровнем удовлетворенности медицинскими услугами (31,75 балла против 52,85).

Согласно результатам исследования, российский показатель ценности системы здравоохранения находится чуть ниже среднего значения по 16 странам.

Работники здравоохранения в меньшей степени удовлетворены тем, насколько российская система здравоохранения отвечает потребностям пациентов (только 28 процентов выразили удовлетворенность), что резко расходится с результатами стран-лидеров - таких как Саудовская Аравия и Сингапур (обе - 82 процента).

---

[6] URL: https://rg.ru/2018/11/18/indeks-zdorovia-budushchego-pomozhet-v-razvitii-sistem-zdravoohraneniia.html (дата обращения: 10.01.2019).

[7] URL: http://www.zdravo-expo.ru/ru/news/digest-2-2018N01/01/ (дата обращения: 10.01.2019).

Сравнительно низкий показатель удовлетворенности медицинскими услугами отмечают и сами россияне - только 25 процентов граждан считают, что система здравоохранения отвечает их потребностям (по сравнению с самым высоким показателем в 65 процентов среди опрошенных в Индии). Только половина опрошенных медицинских работников (51 процент) и всего населения (49 процентов) доверяют российской системе здравоохранения. В Испании этот показатель значительно выше - 91 процент медицинских работников и 72 процента населения доверяют системе здравоохранения.

Эти тенденции свидетельствуют о том, что запросы населения на доступность медицинской помощи и ее качество оказываются неудовлетворенными. Показатель эффективности здравоохранения (т.е. соотношения затрат к результатам лечения) в России примерно равен средним значениям по 16 странам (27,38 балла против 26,69). При этом есть возможности для улучшения результатов лечения. В реальности же высокая позиция нашей страны обусловлена низкими расходами на здравоохранение в процентах от ВВП (7,1 процента против 9 процентов в среднем).

Президент Российской Федерации В. В. Путин на заседании Совета при Президенте по стратегическому развитию и приоритетным проектам (март 2017 г.) в части формирования здорового образа жизни сказал: «За последние годы удалось добиться существенных изменений к лучшему, и ключевой показатель – это, безусловно, рост продолжительности жизни: он сегодня составляет почти 72 года. Создана эффективная система охраны материнства и детства, значительно обновлена материально-техническая база медицинских учреждений, широкое развитие получила высокотехнологичная медицина.

Мы, безусловно, должны и дальше идти вперед. Есть все возможности для того, чтобы к 2025 году увеличить продолжительность жизни в России до 76 лет, значительно снизить смертность в трудоспособном возрасте. Конечно, мы должны смотреть и на длительную перспективу, использовать потенциал отечественной науки и добиваться прорывных результатов в сфере генетики, персональной и биомедицины, обработки больших данных, обеспечить практическое применение передовых разработок на всех уровнях здравоохранения.

И еще одно. Важно не только качество лечения, но и профилактика заболевания, популяризация здорового образа жизни. Здесь также нужно продолжать активную работу»[8].

С точки зрения исследования здоровья, формирования здорового образа жизни в контексте экономических и социальных трансформаций, можно выделить следующие положения, тезисы.

Если снизить коэффициент смертности трудоспособного населения с 2008 по 2020 г. в 2 раза, то в России сохранятся жизни

[8] URL: www.kremlin.ru.

около 2 млн. человек. Дополнительный вклад в ВВП этих людей за указанный период суммарно составит более триллиона руб., а снижение числа дней нетрудоспособности сократится на 25% (с 361 млн. до 270 млн. дней в году). Это обстоятельство позволит увеличить ВВП в размере более чем на 1,2 трлн. руб.

Продление активного трудового возраста мужчин и женщин после наступления пенсионного возраста позволит внести еще дополнительный вклад в ВВП страны. Продление возраста выхода на пенсию особенно важно для наукоемких и инновационных отраслей экономики, где требуются высокообразованные и высококвалифицированные рабочие, инженеры и научные кадры.

Исходя из этого, можно рассчитать рентабельность или окупаемость вложений в сферу здравоохранения. Специалисты Минздрава считают, что эффект от вложений в здравоохранение составит три рубля ВВП России на каждый вложенный рубль.

С точки зрения эффективности вложений заслуживает внимание точка зрения академика А. Камалова: деньги надо вкладывать в человека, а не в болезнь[9]. По его мнению, в рамках приоритетного национального проекта «Развитие здравоохранения» до 2024 года выделяются большие деньги, в этой связи принципиальное значение имеет, в какие отрасли медицины вкладывать эти денежные средства. Одно из направлений – это вложение в профилактику заболеваний, а не в «болезни».

В последние годы стало актуальным обсуждать развитие медицины, в том числе в рамках базовых принципов: четырех «П». Вместо диагностики и стандартизированного лечения заболеваний новая медицина «4П» предлагает досимптоматическое предсказание, профилактику и при необходимости персонализированное воздействие на конкретные причины развития патологий на основе вовлечения пациента в процесс лечения[10]. Это предикция, превентивность, персонализация и партисипативность. Первое «П» - это выявление предрасположенности к заболеванию. Второе «П» - возможность предотвращения болезни. Третье «П» - создание условий индивидуального подхода к лечению. Четвертое «П» - участие пациента в сохранении собственного здоровья. В каждом "П" заложены хорошие предложения, и они, по мнению ученого, заслуживают финансового сопровождения.

Во Владимирской области разработана программа «Развития здравоохранения до 2020 года». Однако, по мнению населения региона (потенциальных пациентов) и представителей ОНФ, здравоохранение в регионе находится в кризисном состоянии, более того, по мнению

[9] Камалов А. Деньги надо вкладывать в человека, а не в болезнь // Рос. газ. – 2019. - № 40 (7798).

[10] Герасименко Н. Ф. 4П-медицина – новое направление развития здравоохранения / Здравоохранение России: Федеральный справочник. Т.13. - М., 2012. – С. 93-96.

представителей врачебной палаты (И. М. Кирюхина), «кризис носит системный характер»[11].

На фоне организационных недостатков в развитии областного здравоохранения в регионе реализуется программа по формированию здорового образа жизни, которая получила поддержку на федеральном уровне. Утверждены мероприятия, объявляющие Владимирскую область территорией здорового образа жизни. Так, губернатор Владимирской области В. Сипягин на торжественном собрании, посвященном 70-летнему юбилею Владимирской областной организации профсоюзов (ноябрь 2018 г.), поблагодарил профсоюзных активистов за вовлечение людей в спортивные мероприятия и заявил: «Важнейшей задачей для профсоюзного движения и членов семей профсоюзных работников является вовлечение людей в регулярные занятия спортом и физической культурой. Я знаю, что профсоюзное объединение участвует в организации спартакиад, соревнований и туристических слетов. Я всячески как человек, который занимается физкультурой, поддерживаю эту инициативу. Я считаю, что Владимирская область должна стать территорией здорового образа жизни. Каждый из нас должен подавать личный пример в этом плане. Призываю всех включиться в это новое движение».

В рейтинге регионов по формированию здорового образа жизни за 2017 год Владимирская область заняла 20-е место из 85. Она набрала, по данным агентства «РИА Рейтинг», 71,6 балла в рейтинге регионов по приверженности населения здоровому образу жизни. Анализ показал, что наиболее спортивными оказались жители Северного Кавказа и Юга России. Меньше за здоровьем следят на Дальнем Востоке и в Восточной Сибири.

Специалисты в процессе составления критериев учитывали следующие показатели:

- занятия физической культурой и спортом;
- расходы на табачные изделия;
- объемы продажи алкогольных напитков;
- число совершивших преступления в состоянии алкогольного и наркотического опьянения;
- смертность от случайных отравлений алкоголем;
- доля занятых на работе с вредными или опасными условиями труда.

Показатели рассчитывались на одного взрослого человека, проживающего в регионе. По каждой характеристике был составлен рейтинговый балл субъекта России от 1 до 100. Авторы исследования заключили, что различия между регионами в приверженности населения ЗОЖ крайне существенны[12].

[11] URL: https://vladimir-smi.ru/item/205403.

[12] URL: https://trc33.ru/news/society/vladimirskaya-oblast-zanyala-20 (дата обращения 20.02.2019).

Степень изученности

Проблема здоровья и здорового образа жизни является предметом внимания специалистов различной направленности: медиков (Ю. П. Лисицын, Н. М. Амосов, А. И. Ильин, И. А. Тогунов и др.), психологов и педагогов (Г. С. Никифоров, Т. А. Ильина, П. А. Виноградов и др.), философов (М. Н. Руткевич, А. П. Бутенко, В. З. Коган, Е. П. Капустин и др.), социологов (А. В. Лисовский, Л. Я. Рубина, И. М. Быховская и др.).

Классические воззрения и методические подходы по проблеме формирования здорового образа жизни изложены в фундаментальных трудах Н. Римашевской, А. Шабуновой, О. Щепина, И. Тогунова и других ученых-медиков. Из ученых смежных наук следует выделить труды А. Берендеевой, А. Новикова, Ю. Быченко, С. Валентей, Н. Лебедевой-Несевря, В. Тапилиной, А. Жиляева, Т. Палачевой и др.

С учетом остроты решаемых проблем заслуживают внимание вопросы институционального сопровождения обеспечения здоровья людей или правовые аспекты народосохранения. В этом плане можно выделить труды А. А. Грушиной, З. И. Мирземетовой, Е. И. Ращупкиной, А. А. Уварова и др.

Однако в последние годы развернулась серьезная дискуссия по поводу несовершенства законодательства в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Это нашло отражение при подготовке материалов и аналитических записок в 2017-2018 годах по заданию федерального правительства, в том числе выполненных с участием ученых Владимирского филиала РАНХиГС[13].

Дело в том, что в понятийном плане нормативно-правовой базы по охране здоровья человека отмечен ряд неточностей, касающихся качества предоставляемой медицинской помощи, своевременного оказания медицинской помощи, степени достижения запланированного результата и применения порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

Здоровью населения должно отводиться одно из центральных мест в перечне важнейших вопросов государственной внутренней политики России, но при этом отмечаются факты недостаточного внимания к этой сфере общественной жизни. «Очевидно, что настало

[13] Новиков А. И. Здоровье человека и лекарственное обеспечение / Актуальные проблемы формирования общественных отношений: экспертный взгляд: сборник научных работ. Выпуск 1 / под ред. А. Е. Илларионова. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2018. – С. 178-203; Новиков А. И. Здоровье человека / Актуальные проблемы формирования общественных отношений: экспертный взгляд: сборник научных работ. Выпуск 1 / под ред. А. Е. Илларионова. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2018. – С. 207-255; Тогунов И. А. Здоровье человека и лекарственное обеспечение / Актуальные проблемы формирования общественных отношений: экспертный взгляд: сборник научных работ. Выпуск 1 / под ред. А. Е. Илларионова. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2018. – С. 203-207.

время для создания единой стратегии здоровьесбережения и охраны здоровья здоровых»[14].

Объект исследования – система государственных и общественных мер по формированию «Здоровья человека (общественного здоровья)».

Предмет исследования - комплекс управленческих решений по созданию условий, возможностей и мотивации населения Российской Федерации по формированию «Здоровья человека (общественного здоровья)».

Цель исследования – обосновать условия, возможности и механизмы мотивации населения Российской Федерации с целью формирования «Здоровья человека (общественного здоровья)» и его охраны.

Задачи исследования

1. В рамках междисциплинарного подхода выполнить теоретико-методологическое обоснование системы по охране здоровья граждан и мотивации населения Российской Федерации по формированию здорового образа жизни.

2. Обосновать системные решения проблем по охране здоровья граждан и мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая питание и отказ от вредных привычек.

3. Определить особенности управленческих аспектов в системе по охране здоровья граждан и мотивации граждан к здоровому образу жизни.

4. Проанализировать социально-экономические аспекты по охране здоровья граждан.

5. Выработать предложения по основным направлениям стратегического управления по охране здоровья граждан и мотивации граждан к здоровому образу жизни, в том числе:

– информационные ресурсы и мониторинг социального самочувствия;

– местные традиции и окружающая среда;

– местные традиции и здоровье человека;

– здоровьесбережение: проблемы и пути решения.

Логическая схема исследования

Народосохранение – это большая, отдельно стоящая группа моделей, посвященная вопросам народонаселения. Сложность причинно-следственных связей проблемы народосохранения в общем контексте народонаселении, помноженная на сложность и неопределенность внешних вызовов и факторов влияния применительно к России, предполагает контроль за этим процессом не только научных, но и общественных институтов. В методологическом плане мы выдвинули несколько блоков показателей, которые, в

[14] URL: http://www.zdravo-expo.ru/ru/news/digest-2-2018N01/01/ (дата обращения: 20.02.2019).

условиях новейшей истории России, являются, с нашей точки зрения, определяющими в вопросах народосбережения.

1. Раскрытие сущности здоровьесбережения:

– что такое здоровый образ жизни;

– стереотип поведения;

– стереотип культурной жизни;

– стереотип привычек;

– стереотип межличностных отношений.

2. Критерии и показатели общественного здоровья:

– совокупность показателей здоровья отдельного человека;

– совокупность показателей здоровья населения отдельной территории.

3. Правовые аспекты охраны здоровья граждан:

- правовые основы охраны здоровья граждан;

- подзаконные нормативные акты Президента РФ и Правительства РФ, которые регулируют отношения в сфере охраны здоровья и определяют правовое положение субъектов, оказывающих медицинские услуги и получающих их;

- нормативные акты, регламентирующие отдельные виды правоотношений в сфере здравоохранения и граничащих с ней сферах общественной жизни: нормативные акты федеральных служб, министерств и ведомств, комитетов, агентств, фондов обязательного медицинского страхования;

- нормативные акты, регламентирующие отдельные виды правоотношений, в том числе от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака и др.

4. Характеристики качества жизни:

– общество потребления и его характеристики;

– общество всеобщего благоденствия;

– общество экономической зрелости;

– общество высокого качества жизни.

5. Основные направления формирования здорового образа жизни:

– создание, развитие, усиление, активизация позитивных для здоровья условий, факторов, обстоятельств;

– правильное питание;

– преодоление низкой физической активности – гиподинамии;

– экологически грамотное поведение;

– преодоление и уменьшение факторов риска здоровью.

6. Предмет науки «санология»:

– наука о здоровье здоровых;

– наука о здоровье больных;

– наука о здоровье группы риска.

7. Предмет науки «валеология»:

– наука об общественном здоровье;

– наука об индивидуальном здоровье;

– наука о здоровье здоровых и влиянии на него образа жизни.

8. Показатели состояния здоровья населения:

– физическое развитие;
– медико-демографические показатели;
– сердечно-сосудистые заболевания;
– инвалидность;
– заболеваемость.

9. Факторы, влияющие на формирование здоровья человека:

– образ жизни;
– психические факторы;
– физические факторы;
– генетика, биология человека;
– внешняя среда человека, экологические, природно-климатические факторы;
– состояние здравоохранения.

10. Факторы риска здоровья:

– бактериальные;
– курение;
– механические факторы;
– злоупотребление алкоголем;
– нерациональное питание;
– гиподинамия;
– химические факторы;
– психоэмоциональный стресс.

Научные результаты

Разработан и обоснован концептуальный взгляд на вопросы народосохранения и (или) сбережения здоровья людей. Приращение научного знания определяется следующими положениями.

1. Раскрыта сущность здорового образа жизни в системе не только межличностных отношений, но и, прежде всего, в модели поведения людей, формируемой государством.

2. Обоснованы основные направления и условия формирования здорового образа жизни, предполагающие усиление, активизацию позитивных для здоровья факторов и различных обстоятельств.

3. Заявлены относительно новые для России науки, это санология и валеология, в предметном и категорийном плане направленные на разрешение проблем здоровья для здоровых и влиянии на него образа жизни по принципу «4П» и аспектов здоровья для больных в рамках модели индивидуального здоровья.

4. Актуализированы факторы риска здоровья, в том числе через исторически сложившиеся проблемы экологического характера.

5. Показан проект регионального масштаба «Владимирская область – территория здорового образа жизни» и раскрыта его сущность через комплекс просветительских мероприятий и

образовательных технологий для школьников, студентов и людей старшего поколения.

6. Разработаны концептуальные основы управления процессом экологического оздоровления территорий, негативно влияющих на здоровье человека.

7. Сформирован и предложен адаптивный теоретико-методологический аппарат, отвечающий сложному объекту управления - глобальной социоэкосистеме «человечество - среда обитания» и основам эффективного управления процессом экологического оздоровления территорий, негативно влияющих на здоровье человека на глобальном, национальном и локальном уровне. Предложен принципиальный методологический аппарат по формированию здоровья населения (здоровья нации) с позиции фактора и продукта общественного развития и инструмента социально-экономического роста.

8. Предложена системно-диалектическая модель проблемы безопасности глобальной социоэкосистемы, раскрывающая экологическое противоречие в виде различия (отклонения) между фактическим состоянием системы и ее целевым экологобезопасным состоянием-аттрактором, раскрывающая организационное поведение природопользователей и регулируемой институциональной оболочки, используемая при анализе и организации процесса управления. Она включает модель здоровья человека, включающую биосоциальную, медицинскую и ценностно-социальную компоненты.

Глава 1. ДИАЛЕКТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ НАРОДОСБЕРЕЖЕНИЯ ИЛИ СБЕРЕЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ

Исследование вопроса народосбережения предполагает использование метода материалистической диалектики, для которой характерно изучение экономических явлений и процессов в постоянном движении, развитии от простого к сложному, от низшего к высшему с переходом к новому качеству. В настоящем исследовании методологическому подходу должны быть присущи свои характерные особенности, связанные с эволюционным мировоззрением, согласно которому все общественные системы находятся в процессе постоянного и причинно-обусловленного изменения, однако с характерными, именно им обусловленными признаками [86, с. 155-161]. Очевидно, что эта характерная обусловленность должна быть связана с главными элементами эволюционного механизма, весьма тщательно и глубоко рассмотренного в эволюционном учении Ч. Дарвина и его последователей в биологии, а именно: с элементами генетического кода - изменчивостью, наследованием и отбором.

В свете новой повестки нельзя не упомянуть последние публикации Юваль Ной Харари «Sapiens. Краткая история человечества» и «Homo Deus. Краткая история будущего»[15]. По его мнению, наука объединяется вокруг всеобъемлющей догмы, которая утверждает, что организмы – это алгоритмы и что жизнь является обработкой данных. В этой связи возникает вопрос: действительно ли организм человека всего лишь алгоритм или нечто большее?

Понятие «здоровье» с точки зрения медицины, гигиены, психологии, санологии, валеологии, датаизма имеет различные трактовки:

– состояние организма человека, когда функции всех органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения;

– биотехнологии дают нам власть над бактериями и вирусами, но они же превращают в беспрецедентную угрозу самих людей;

– состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и физических недостатков (определение ВОЗ);

– здоровье населения – статическое, характеризующееся комплексом демографических показателей: рождаемостью,

[15] Харари Ю. Н. Homo Deus. Краткая история будущего / пер. с англ. А. Андреева. – М. : Синдбад. 2018. – 496 с.

смертностью, средней продолжительностью жизни, а также некоторыми другими социально-биологическими показателями;

– общественное здоровье – здоровье групп (половых, возрастных, профессиональных, социальных) населения, проживающего на определенной территории, в различных странах и регионах; результат социально опосредованных действий, проявляющихся через образ жизни человека, группы людей;

– здоровье популяции – процесс (динамическое состояние) сохранения и развития биологических, физиологических и психических функций, оптимальной трудоспособности, социальной активности при максимальной продолжительности жизни; процесс социально-исторического развития психосоциальной и биологической жизнедеятельности населения в ряду поколений, повышение трудоспособности и производительности общественного труда, совершенствование психофизиологических возможностей человека;

– способность, соответствующая возрасту, устойчивость в условиях резких изменений качественных и количественных параметров триединого потока сенсорной, вербальной и структурной информации;

– в XXI веке будет или нет сделана заявка на бессмертие? Главная задача современной медицины – победить смерть и подарить человечеству вечную молодость.

1.1. Теоретические и методические аспекты народосбережения и (или) сбережения здоровья людей

Понятие и сущность «здорового общества»

В данном исследовании рассматриваются вопросы оздоровления нации через призму инициатив Президента РФ «Здоровое общество». *Понятие «здоровое общество»* пока еще однозначно не определено:

а) в Послании Федеральному Собранию Президент Российской Федерации В. В. Путин (20 февраля 2019 г.) о сбережении народа говорил: «Для нашего общества, для многонационального народа именно семья, рождение детей, продолжение рода, уважение к старшим поколениям были и остаются мощным нравственным каркасом»;

б) представители социо-эколого-экономического направления

народосбережения (А.И. Новиков[16, 17, 18, 19, 20], И.А. Тогунов[21, 22, 23] и др.) рассматривают здоровый образ жизни как составную часть жизни общества в целом;

в) представители психолого-педагогического направления (Г. П. Аксенов, В. К. Бальсевич, М. Я. Виленский, Р. Дитлс, И. О. Мартынюк, Л. С. Кобелянская и др.) рассматривают его с точки зрения сознания, психологии человека и мотивации поведения человека;

г) Э. Фромм и другие рассматривают «здоровое общество» как способ освобождения его от разных социо-психических воздействий на современного человека[24].

Здоровое общество – это общество, в котором действовать по совести считается основным и необходимым качеством и где индивид занимается общественными проблемами так, что они становятся его личным делом. Это общество, в котором такие качества, как алчность, склонность к эксплуатации и обладанию, самолюбование, невозможно использовать для достижения материальной выгоды и роста личного престижа.

Понятие «здоровье» определяют в зависимости от той модели, в рамках которой оно рассматривается. Нами выделяются следующие модели здоровья: медицинская, биомедицинская, ценностно-социальная. Более подробно они рассмотрены в монографии

---

[16] Новиков А. И. Социально-экономические проблемы формирования здоровья // Экономика образования. – 2011. – № 5. – С. 213-215.

[17] Новиков А. И., Шишин М. В. Экологическая, продовольственная и медицинская безопасность как фактор социально-экономического развития региона: коллективная монография по материалам межд. конф. в Ярославле 6 апреля 2012 г. – Ярославль : Аверс Плюс, 2012. – С. 421-428.

[18] Новиков А. И., Чистяков М. С. Валеология как детерминанта развития России / Российская государственность и революция: социально-политические и культурные детерминанты развития России в XX-XXI веках: материалы научно-практической конференции (Калягинские чтения) 14-15 октября 2016 г. / под. ред. Р. В. Евстифеева. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС. – С. 104-112.

[19] Новиков А. И., Анисимова О. К. Специфические факторы развития алкоголизма и наркомании в зонах «101 км» /Алкоголь в России: № 3: материалы третьей межд. науч.-практ. конф. (Иваново, 26-27 октября 2012 г.). – Иваново : Филиал РГГУ, 2012. – С. 80-83.

[20] Новиков А. И. Здоровье человека… С. 207-232.

[21] Тогунов И. А. Аспект личности и отношений в системе обеспечений качества медицинской помощи // Středoevropský věstník pro vědu a výzkum. – 2015. - № 75. - ISSN 2336-3630. С. 190.

[22] Там же. С. 191.

[23] Тогунов И. А. Общественное здоровье как функция управления социальными объектами / Российская государственность в XXI веке: модели и перспективы социально-политического развития: материалы научно-практической конференции. – Владимир : Владимирский филиал РАХиГС, 2017. – С. 284-286.

[24] Фромм Э. Здоровое общество. – М. : АСТ, Астрель, 2011.

«Исследование и анализ социо-эколого-экономической политики через призму государственных и социальных стандартов: национальные и региональные аспекты»[25].

В медицинской модели здоровьем считают отсутствие болезней и их симптомов, при этом упор делается на медицинские признаки и характеристики.

Биомедицинская модель рассматривает здоровье как отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья. Основной акцент делается на природно-биологическую сущность человека. Согласно биосоциальной модели здоровье включает в себя биологические и социальные признаки, которые рассматриваются в единстве, но при ведущей роли последних.

Ценностно-социальная модель предполагает, что здоровье является для человека ценной, необходимой предпосылкой для полноценной жизни. Общепринятым является определение, данное Всемирной организацией здравоохранения, по которому здоровье характеризуется как состояние полного телесного, душевного и социального благополучия.

Болезнь рассматривается как нарушение жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными, морфологическими и иными изменениями организма вследствие возникновения заболеваний.

По данным Всемирной организации здравоохранения, на здоровье человека влияют следующие факторы:

- не менее 50% здоровья человека зависит от образа жизни;
- 20% приходится на наследственность;
- 20% – на влияние внешней среды (экология);
- 10% – на факторы, зависящие от уровня развития здравоохранения (оказание медицинской помощи).

Таким образом, очевидна доминирующая роль образа жизни в обеспечении здоровья человека.

Под образом жизни понимается устойчивый, сложившийся в определенных общественно-экономических условиях способ жизнедеятельности людей, проявляющийся в их труде, быте, досуге, удовлетворении материальных и духовных потребностей, нормах общения и поведения.

У специалистов существуют различные подходы к пониманию здорового образа жизни. Так, Беллок и Бреслау (1965г.) выделили семь факторов, положенных в основу здорового образа жизни[26]: сон (7-8

[25] Новиков А. И., Илларионов А. Е., Тогунов И. А. Исследование и анализ социо-эколого-экономической политики через призму государственных и социальных стандартов: национальные и региональные аспекты: коллективная монография. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2017. – 294 с.

[26] URL: http://seluk.ru/zdorove/219609-1-kompleksnaya-lichnostno-orientirovannaya-

часов), регулярное питание, отказ от дополнительного приема пищи, вес, не превышающий 10% от оптимального (в зависимости от возраста), регулярные занятия спортом и закаливание, ограничение алкоголя, отказ от курения.

Кроме того, здоровый образ жизни предполагает, по мнению Г. С. Никифорова, соблюдение правил личной гигиены, разумное соотношение труда и отдыха, удовлетворенность работой, достаточную медицинскую активность, наличие семьи[27].

По определению Ю. И. Смирнова, понятие «здоровый образ жизни» содержит пять смысловых значений. Во-первых, здоровый образ жизни как конкретный вариант образа жизни есть результат теоретического осмысления реальной жизнедеятельности человека. Во-вторых, здоровый образ жизни как медико-педагогическая система должен соответствовать рациональной жизнедеятельности человека в сфере труда, быта и отдыха. В-третьих, физическая и экологическая культура призваны обеспечить гармоничное развитие личности человека, максимальную реализацию его индивидуального и общественно значимого потенциала. В-четвертых, здоровый образ жизни как реальное и эффективное средство стабилизации здоровья и выживания населения в условиях системного кризиса. В-пятых, здоровый образ жизни есть результат физической активности охраны и улучшения здоровья населения[28].

Традиционно здоровый образ жизни понимается как понятие комплексное, но более узкое, чем собственно образ жизни. Большинство исследователей определяют *здоровый образ жизни как совокупность внешних и внутренних условий жизнедеятельности человеческого организма, при которых все его системы работают долговечно, а также совокупность рациональных методов, способствующих укреплению здоровья, гармоничному развитию личности, методов труда и отдыха*. Кроме того, в рамках здорового образа реализуется наиболее ценный вид профилактики заболеваний – первичная профилактика, предотвращающая их возникновение.

Понятие «здоровый образ жизни» (ЗОЖ) – это здоровый образ жизни человека как устоявшаяся форма его бытия, выражающаяся в убеждениях, сфере интересов, видах деятельности, направленных на поддержание функциональных возможностей организма, улучшение состояния здоровья, для которого ЗОЖ является ключевым фактором. Его определяют различные объективные и субъективные факторы, в том числе: генетические особенности организма; семейные и национальные традиции; природные условия среды обитания;

---

programma-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni-pervichnoy-profilaktiki-nark.ph (дата обращения: 20.02.2019).

[27] Там же.

[28] URL: http://mtsz.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_979829.pdf (дата обращения: 20.02.2019).

материальные возможности; социальное окружение человека, круг общения; воспитание; массовая культура и т. п.

Основы здорового образа жизни. Человек – носитель здорового образа жизни, который одновременно является объектом и субъектом собственной жизнедеятельности. Реализуя ЗОЖ, он действует в собственных интересах (социальных, биологических и пр.). Формирование ЗОЖ проходит на базе возможностей каждого индивида: физических; психических; интеллектуальных; социальных.

Своеобразным итогом социализации людей является культурный уровень. Его составляющей выступает культура ЗОЖ человека, которая объединяет культуру питания, физическую и прочие важные элементы. Культура здорового образа жизни зависит от приоритетности, ценности здоровья граждан в обществе. Чем они выше в социуме, тем большую ценность представляет здоровье для его единицы – человека. Культура здорового образа жизни граждан складывается из отношения каждого к собственному здоровью, идей, устремлений, духовных исканий, связанных с ним.

Основные направления формирования «здорового общества».

Какое же общество соответствует модели «здорового общества» и какова должна быть его структура? Прежде всего, это общество, в котором ни один человек не является средством для достижения целей другого человека, а всегда и исключительно является целью сам по себе; общество, где никто не используется и не использует себя в целях, не способствующих раскрытию человеческих возможностей; где человек есть центр и где его экономическая и политическая деятельность подчинена цели его собственного развития.

Считается, что основное направление оздоровления – это поведение человека или группы людей в определенных условиях, связанных с трудовой деятельностью, отдыхом, организацией быта. Эта деятельность включает:

- долголетие;
- сохранение здоровья;
- укрепление здоровья;
- хорошее самочувствие;
- высокую работоспособность.

Подзадачи направлений формирования здорового общества предполагают:

– создание, развитие, усиление, активизацию позитивных для здоровья условий, факторов, обстоятельств;

- правильное питание;
- преодоление низкой физической активности – гиподинамии;
- экологически грамотное поведение;
- преодоление и уменьшение факторов риска здоровью.

Во многом эти направления здорового общества связаны с

профилактикой заболеваний и включает следующие компоненты:

– предупреждение влияния вредных факторов;
– проведение диспансерных медицинских осмотров;
– вакцинопрофилактику;
– рациональное питание;
– оздоровление окружающей среды;
– целевое санитарно-гигиеническое воспитание.

В этом плане важны аспекты политики, направленной на формирование здорового образа жизни россиян.

Формирование здорового образа жизни с точки зрения системного подхода предполагает соответствующие типы связей.

1. *Экономико-экологические,* включающие природопользование и другие виды воздействия хозяйственной деятельности на окружающую природную среду; влекущие за собой как загрязнение окружающей среды отходами производства, нерациональную добычу и использование природных ресурсов, так и мероприятия по ее оздоровлению и предотвращению экологических ущербов.

2. *Экологические,* проявляющиеся как непосредственные связи природы.

3. *Эколого-экономические,* отражающие воздействие окружающей природной среды на условия общественного воспроизводства; раскрывающие роль природы в обеспечении экономики природными ресурсами.

4. *Эколого-социалъные,* характеризующие природу как среду жизнедеятельности человека, источник пищи и естественных благ; как фактор, определяющий здоровье людей и условия жизнедеятельности человека.

5. *Социально-экологические,* определяющие непосредственное воздействие, проявляющееся в загрязнении окружающей природной среды отходами в результате жизнедеятельности человека.

6. *Социально-экономические,* отражающие непосредственные взаимоотношения людей в сфере производства и потребления благ.

7. *Социальные,* отображающие характер функционирования индивида в обществе, определяющие специфическое отношение личности к динамике общественного процесса.

8. *Экономические,* возникающие вследствие действия законов экономики, описывающих особенности и закономерности развития экономических явлений и отношений.

Если первые три вида связей в научной и научно-публицистической литературе освещены достаточно широко, то последние пять типов связей в российской научной среде освещены в меньшей степени. Это обстоятельство отразилось на выборе и обосновании методов решения задач, в частности: личность – это система, психическое – это, прежде всего, система отношений.

Рассматривая личность как биосоциальный организм, А.Ф. Лазурский подчеркивал в качестве ее главной основы нервно-психическую организацию[29]. Другой ее важной стороной он считал отношение личности к внешней среде (природе, людям, социальным группам, духовным ценностям и др.). А. Ф. Лазурский придавал особую роль отношениям в достижении душевной гармонии личности, под которой понимал разносторонность, полноту и согласие психических функций человека.

Человек проявляет себя как личность лишь в процессе осуществления сознательно поставленных целей и активного воздействия на окружающий мир. Только устойчивость и постоянство активных отношений позволяет личности поддерживать собственную надежность и противостоять воздействиям среды, преодолевать сопротивление внешних условий, бороться с препятствиями и достигать, в конечном счете, поставленных целей, осуществлять реализацию своих намерений.

Преобразуя деятельность, развертывающуюся по тому или иному социальному «сценарию», выбирая различные социальные позиции в ходе жизненного пути, личность все резче заявляет о себе как об индивидуальности, которая своими «личностными действиями» (Д. Б. Эльконин), поступками и деяниями вмешивается в культуру, порой отстаивая себя в культуре, а порой и теряя себя в ней[30].

Психологическое время жизни личности начинается с того момента, когда личность переходит от режима потребления, усвоения культуры в режим созидания и творчества, в этом случае личность способна строить свои планы и воплощать свою жизненную программу в социальном образе жизни данного общества.

В исследованиях Л. С. Выготского, С. Л. Рубинштейна, А. Н. Леонтьева и Д. Н. Узнадзе складывался образ «человека-деятеля», порождаемого жизнью в обществе, стремящегося к достижению целей и отстаивающего своими делами образ жизни.

Рассмотрение вопросов о здоровом обществе касается проблем природной и социальной детерминации человека, а также связанных с этим вопросом факторов социальной среды в развитии как отдельной личности, так и народа.

В связи с этим может быть дана следующая методологическая характеристика психологии личности: «Личность - индивид, это особое качество, которое приобретается индивидом в обществе».

С этой точки зрения проблема личности образует новое психологическое измерение: иное, чем измерение, в котором ведутся исследования тех или иных психических процессов, отдельных от свойств и состояний человека.

---

[29] URL: https://studopedia.org/4-92247.html (дата обращения: 20.02.2019).

[30] URL: https://students-library.com/library/read/61534-socialno-istoriceskij-obraz-zizni-istocnik-razvitia-individualnosti-licnosti (дата обращения: 20.02.2019).

В связи с этим важно сформировать такой образ жизни личности, который стал бы источником ее развития, в ходе жизни личности превращался бы в ее результат.

По нашему мнению, в плане развития личности основа здорового образа жизни человека реализуется по следующим направлениям:

– отказ от саморазрушающего поведения;

– формирование навыков противодействия негативным влияниям среды; формирование жизненных ценностей;

– формирование навыков позитивной коммуникации, умение разрешать конфликты;

– развитие навыков самореализации личности; развитие интеллектуальных способностей;

– духовное совершенствование личности; оптимальный режим дня;

– варианты проведения здорового досуга; методики физического оздоровления.

Осознанность выбора здорового образа жизни является важнейшей характеристикой успешного человека.

1.2. Социальные аспекты и нормативно-правовое сопровождение сбережения здоровья людей

Институциональное сопровождение и реализация программ «За здоровую жизнь»

1. «Волна здоровья» в Женевской штаб-квартире ООН. Активисты «Лиги здоровья нации» приняли участие во Всемирном инвестиционном форуме UNCTAD. Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте – это важнейшая глобальная задача, стоящая перед человечеством в XXI веке. Поэтому здоровье является сферой взаимных интересов и взаимной ответственности государства, общества и человека, где интересы и ответственность личности имеют решающее значение. При этом успешность реализации задач обеспечения ЗОЖ во многом зависит от деятельности структур гражданского общества. Следует учитывать, что различные НКО в современном мире являются обладателями уникального опыта, инициаторами разработки и реализации технологий в социальной сфере; опыт деятельности социально ориентированных НКО, в частности «Лиги здоровья нации», возглавляемой всемирно известным кардиохирургом Лео Бокерией, требует внимательного изучения и распространения[31].

[31] С докладом на тему «Цели устойчивого развития и формы гражданской активности НКО по поддержке ценностей ЗОЖ» выступила руководитель проекта «Лиги здоровья нации» «Волна здоровья - 2017», президент Фонда развития молодежных волонтерских программ, руководитель направления «Добровольчество в образовании» Координационного совета Общественной

2. В 2017 году на базе Центра поддержки некоммерческих организаций штаб-квартиры ООН в Женеве (Швейцария) состоялась IX Международная конференция «Международное сотрудничество: инновации как инструмент социальных и экономических преобразований». Ведущим организатором конференции выступил International Investment Center, НКО со специальным консультативным статусом при Экономическом и Социальном Совете ООН.

В рамках проведенной конференции состоялся диалог и обмен опытом по реализации задач Целей устойчивого развития (до 2030 года), принятых 70-й сессией Генассамблеи ООН в сентябре 2015 года.

3. Из российских общественных организаций, занимающихся вопросами формирования здорового образа жизни, можно выделить «Лигу здоровья нации», которая была учреждена в 2003 году по инициативе выдающихся общественных и государственных деятелей. В те годы создание «Лиги» поддержали специалисты различных областей знания, связанных с охраной здоровья населения, по всей России.

Президентом «Лиги здоровья нации» является выдающийся кардиохирург, директор НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева Лео Антонович Бокерия. В Президиум организации входят: Абрамов С. А., Антюхов В. Н., Велихов Е. П., Глыбочко П. В., Каграманян И. Н., Киселёв Д. К., Кононов Н. В., Катырин С. Н., Онищенко Г. Г., Садовничий В. А., Роднина И. К., Швыдкой М. Е.

Основная задача «Лиги» - улучшение состояния физического и духовно-нравственного здоровья граждан России. «Лига» участвует в развитии российского здравоохранения, физкультурно-спортивного движения, в обустройстве и охране окружающей среды, в популяризации и распространении здорового образа жизни, в воспитании подрастающего поколения.

На Всероссийском форуме «Здоровье нации – основа процветания России» (апрель 2018 года) министр здравоохранения В. Скворцова сказала: «Я хочу напомнить, что "Лига здоровья нации" является нашей крупнейшей общественной организацией». Региональные отделения «Лиги» работают в 65 субъектах Российской Федерации[32].

4. В плане обобщения опыта работы «Лиги здоровья нации» выделим несколько веховых моментов ее развития. В сентябре 2015

палаты РФ, член Совета Ассоциации волонтерских центров Татьяна Арсеньева. В своем докладе она рассказала о своем личном опыте участия в таких проектах «Лиги», как «Волна здоровья», «Моя альтернатива», «Добрая воля, здоровое сердце, чистая страна!», «10 000 шагов к жизни». По ее мнению, потенциал и роль НКО в продвижении ценностей ЗОЖ становится все более значимым и нуждается в серьезной организационной и финансовой поддержке со стороны государств-участников ООН.

[32] URL: https://ligazn.ru/blog/view/VVPutim15y (дата обращения: 20.02.2019).

года медицинская общественность страны отметила 15-летие «Лиги здоровья нации». Президент России Владимир Путин направил поздравление участникам, гостям и организаторам торжественного мероприятия, посвящённого 15-летию «Лиги здоровья нации»[33]. В своем поздравлении Президент РФ В. В. Путин отметил: «Сердечно приветствую вас и поздравляю с 15-летием учреждения "Лиги здоровья нации". За минувшее время Лига выросла в крупную, авторитетную общественную организацию, объединила вокруг своих благородных целей единомышленников во многих регионах России. И сегодня вносит деятельный вклад в продвижение передовых достижений медицинской науки, ценностей физической культуры и активного досуга. Программы, которые вы реализуете, имеют важное значение для увеличения продолжительности жизни людей, улучшения демографической ситуации в стране, решения ключевых задач в сфере экологии. Выражаю глубокую, искреннюю признательность за ваш большой, поистине подвижнический труд, ответственный подход к общему делу. Желаю вам успехов в осуществлении намеченных планов и всего наилучшего».

5. В октябре 2015 г. в Камерном зале Московского международного Дома музыки прошел торжественный вечер, посвящённый 15-летию Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации». Гостям вечера были представлены самые знаковые многолетние проекты организации, такие как: всероссийская благотворительная акция «Прикоснись к сердцу ребенка», всероссийская спортивно-пропагандистская акция «Марафон здоровья», всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России», национальные общественные проекты: «Общество против наркотиков», «Россия без табака», «Безалкогольная Россия», всероссийская оздоровительная акция «Волна здоровья», всероссийская комплексная общественная профилактическая программа «Здоровье населения», Национальный молодежный проект «Моя альтернатива», коалиция «Гражданское общество за здоровый образ жизни».

[33] В праздновании юбилея принимают участие: президент «Лиги здоровья нации», академик Лео Бокерия, уполномоченный при Президенте РФ по правам ребенка Анна Кузнецова, двукратный олимпийский чемпион, депутат ГД РФ Алексей Воевода, олимпийская чемпионка в женском одиночном катании в индивидуальном зачете Аделина Сотникова, генеральный директор российского национального музыкального канала «МУЗ-ТВ» Арман Давлетяров, заслуженная артистка РФ Мария Миронова, советский и российский актёр театра и кино Вениамин Смехов, первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Игорь Каграманян, депутат ГД РФ, академик Геннадий Онищенко, директор ФГБУ «НМИЦ травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Минздрава России, академик Сергей Миронов, директор ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, академик РАН Геннадий Сухих, и др.

За 15 лет мероприятия «Лиги здоровья нации» прошли в большинстве субъектов Российской Федерации, сотни тысяч россиян прошли медицинское обследование и несколько тысяч получили медицинскую помощь в лучших клиниках страны, а более 1 млн. человек приняли участие в проектах и программах организации.

В настоящее время «*Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» является* одним из приоритетов государственной политики. В ней провозглашено сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.

Целями развития здравоохранения являются формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространенности употребления табака до 25% и снижение потребление алкоголя до 9 литров в год на душу населения.

Задачами развития здравоохранения являются создание условий, возможностей и мотивации населения Российской Федерации для ведения здорового образа жизни.

Для *формирования здорового образа жизни* необходимо внедрение системы следующих государственных и общественных мер.

1. Совершенствование медико-гигиенического образования и воспитания населения (особенно детей, подростков и молодежи) через средства массовой информации и обязательное внедрение соответствующих образовательных программ в учреждения образования.

В рамках указанного направления необходимо осуществлять обучение гигиеническим навыкам по соблюдению правил гигиены труда, режима труда (в том числе учебы) и отдыха, режима и структуры питания, своевременного обращения за медицинской помощью и иных норм поведения, поддерживающих здоровье[34].

2. Создание эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками (злоупотребление алкоголем, табакокурение, наркомания и др.). Система мер должна включать просвещение и информирование населения о последствиях употребления табака и злоупотребления алкоголем, содействие сокращению употребления табака и алкоголя, регулирование и раскрытие состава табачных изделий и алкогольной продукции и предоставление полных сведений о составе на упаковке, защита некурящих от воздействия табачного дыма, ограничение

[34] Лисицын Ю. П., Улумбекова Г. Э. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов учреждений высш. проф. образования. – М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2011. – 544 с. [Электронный ресурс]. URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419977.html (дата обращения: 20.02.2019).

употребления алкоголя в общественных местах, регламентирование размещения мест продажи алкогольных напитков, табака и порядка их реализации, а также ценовые и налоговые меры.

3. Создание системы мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях. Это должно обеспечиваться путем популяризации уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья граждан Российской Федерации, формирования моды на здоровье особенно среди подрастающего поколения, внедрение системы медицинского обслуживания здоровых и практически здоровых граждан; ведение разъяснительной работы о важности и необходимости регулярной профилактики и диспансеризации граждан.

4. Создание системы мотивирования работодателей к участию в охране здоровья работников посредством установления льгот по страховым взносам на обязательное медицинское и социальное страхования, стимулирования работающих коллективов к ведению здорового образа жизни.

5. Профилактика факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальное давление, неправильное питание, гиподинамия и т.д.).

6. Создание системы мотивирования руководителей учреждений системы школьного образования к участию в охране здоровья и формированию здорового образа жизни школьников.

Для формирования здорового образа жизни должны быть решены следующие задачи:

- организация школ здоровья по основным факторам риска;

- развитие условий для ведения здорового образа жизни, включая обеспечение мониторинга и современного уровня контроля (надзора) за соответствием продукции, предназначенной для человека, а также факторов среды обитания человека требованиям действующего законодательства[35].

Подцелями вышеуказанных направлений являются:

1) формирование у населения идеологии здорового образа жизни, укрепление физического и духовного здоровья населения;

2) развитие здоровьесберегающих технологий, первичной медицинской профилактики и социальной медицины;

3) уменьшение вероятности и рисков первичной заболеваемости и болезненности населения.

В числе первоочередных направлений являются:

1. Организация и развитие центров здоровья на базе учреждений здравоохранения.

2. Совершенствование деятельности в практической сфере

[35] Фармакотерапия и диетология в педиатрии: материалы научно-практической конференции IV Форума «Лекарства и дети» и II Форума «Питание и здоровье детей». - Иваново, 2008.

первичной медицинской профилактики и мониторинга показателей здоровья населения.

3. Разработка и практическая реализация основных направлений развития и совершенствования региональной службы профилактической медицины.

4. Реализация медико-социальных программ, направленных на предупреждение распространённости социально связанных заболеваний.

5. Совершенствование и реализация методологии здоровьесбережения и формирования здорового образа жизни всех групп населения.

6. Улучшение показателей состояния здоровья населения и социально–психологическая реабилитация населения.

7. Создание сети социального взаимодействия и партнёрства, межведомственного взаимодействия.

8. Поддержка эффективных инициатив в системах муниципального здравоохранения, образования, бизнеса и в общественном секторе.

В целях обеспечения задач по формированию ЗОЖ предусмотрена реализация следующих мероприятий.

1. Обеспечение комплексных отраслевых мер, направленных на повышение уровня знаний населения о здоровом образе жизни, организация просветительской деятельности по формированию здорового образа жизни.

2. Создание и реализация межведомственных проектов, направленных на формирование здорового образа жизни и оздоровление населения, развитие системы медицинской профилактики.

3. Повышение роли первичного звена здравоохранения в формировании здорового образа жизни населения через мероприятия по повышению вовлечение населения в занятия физической культурой, спортом и туризмом. В функциональном плане реализация этих мероприятий предполагает:

- гигиеническое воспитание населения:
- анализ причин спортивного травматизма;
- выдача рекомендаций по двигательным режимам для различных групп населения.

4. Оказание поддержки в организации рационального питания для детей в общеобразовательных учреждениях, в том числе:

– организация системы профилактики через развитие центров здоровья, кабинетов медицинской профилактики, кабинетов здорового ребенка;

– обеспечение доступности знаний населения о состоянии здоровья, мерах по его укреплению, предотвращению заболеваний;

– обучение населения контролю за собственным здоровьем и реализацией персональных программ по его укреплению.

5 Разработка модели и показателей индивидуального и общественного здоровья, проектирование системы мониторинга основных показателей здоровья[36]. Она в себя включает:

- разработку региональных целевых программ по охране здоровья населения;
- анализ причин спортивного травматизма и отклонений в состоянии здоровья спортсменов;
- разработку и обеспечение ЛПУ региона информационными буклетами, посвященными ЗОЖ;
- анализ причин смертности населения;
- выявление факторов риска заболеваемости.

Для этого требуется:

- ведение учетно-отчетной документации;
- индивидуальная подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение;
- участие в реализации программ профилактики и укрепления здоровья населения;
- пропаганда здорового образа жизни в семье;
- обучение родителей правилам организации питания, закаливания, режима сна ребенка и др.

Правовые аспекты народосохранения

Сбережение населения в Российской Федерации есть социально-правовой аспект. Его суть раскрывается через концепцию сбережения населения, право гражданина на здоровье. Е. Н. Богданова и Н. П. Залывский в своих публикациях акцентируют внимание на отдельных «пробелах» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 01.12.2014, с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2015). В частности, это касается целого комплекса понятий, толкование которых является дискуссионным: антиномия «здоровье» и «заболевание», противоречивость понятий «состояние», «медицинская услуга», «медицинская помощь», «медицинское вмешательство», «диагностика», «профилактика», «лечение», «качество медицинской помощи».

Законодательное регулирование институтов сбережения населения, в т. ч. по повышению роли здравоохранения в решении этой задачи, носит комплексный характер. С одной стороны, в него входят правовые нормы разной отраслевой принадлежности – конституционного, административного, финансового, гражданского, трудового и других отраслей права. С другой – оно воплощает отдельные нормы международных нормативно-правовых актов: например, Устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ),

[36] Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов / под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. - М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 655 с.

«Европейская социальная хартия» и пр. Для Российской Федерации крайне актуален региональный уровень решения задач по охране здоровья граждан. Именно на этом уровне нормативно-правовые акты закрепляют полномочия государства и его субъектов по реализации конституционного права граждан на охрану здоровья, создавая возможность выбора различных подходов к решению проблем сохранения населения и охраны его здоровья.

К правовым актам, определяющим фундаментальные принципы и гарантии оказания медицинской помощи и медицинских услуг гражданам, относятся Конституция РФ (1993 г.) и Федеральный закон (ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и др. Вторую группу формируют подзаконные нормативные акты Президента РФ и Правительства РФ, которые регулируют отношения в сфере охраны здоровья и определяют правовое положение субъектов, оказывающих медицинские услуги и получающих их. Третья группа включает нормативные акты, регламентирующие отдельные виды правоотношений в сфере здравоохранения и граничащих с ней сферах общественной жизни: нормативные акты федеральных служб, министерств и ведомств, комитетов, агентств, фондов обязательного медицинского страхования (например, ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» и др.). Особую группу формируют законодательные документы, которые гарантируют право на получение медицинской помощи и пользование медицинскими услугами отдельных категорий граждан, в том числе в силу профессиональной принадлежности: например, ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», ФЗ «О статусе военнослужащих», ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и др. Кроме того, следует отметить нормативно-правовые акты, которые предупреждают факторы, способные нанести вред жизни и здоровью граждан: ФЗ «Об охране окружающей среды», «О транспортной безопасности» и пр.

В субъектах Российской Федерации нормативно-правовое законодательство в сфере охраны здоровья тоже носит многоуровневый характер. Основные положения региональных законодательных актов закрепляют соответствующие конституционному уровню полномочия государственных органов законодательной и исполнительной власти субъектов РФ, а также органов местного самоуправления по обеспечению охраны здоровья населения региона, в том числе вопросы взаимодействия органов управления здравоохранением, их сотрудничества с территориальным фондом обязательного медицинского страхования. Положениями указанных правовых документов закрепляются общие принципы финансовой поддержки организаций здравоохранения, а также обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими

средствами; определяются меры по профилактике заболеваний и выстраиванию здорового образа жизни; содержание информационной политики в сфере охраны здоровья; территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; детализируются виды предоставляемой на региональном уровне медицинской помощи; способы обеспечения донорской кровью и ее компонентами; вопросы охраны здоровья и социальной помощи беременным женщинам, матерям, детям раннего возраста; правовое регулирование предоставления платных медицинских услуг; меры социальной протекции доноров, медицинским, фармацевтическим работникам медицинских учреждений (и членам их семей).

Комплекс мер по охране здоровья включает помимо медицинской деятельности обеспечение санитарно-эпидемиологического, экологического благополучия, медицинское страхование, производство и оборот лекарственных средств, надзор в сфере медицинских услуг и фармакологии, контроль за качеством медицинской помощи, физическую культуру и спорт и т.д. Различные аспекты охраны здоровья реализованы в нормах уголовного, семейного и трудового законодательства. Так, в ст. 236 Уголовного кодекса Российской Федерации установлена уголовная ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание, отравление людей или смерть человека.

Однако практика показывает, что по-прежнему сохраняются противоречивые моменты. Так, в свете указанных документов здоровье определяется как «состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма» (п. 1 ст. 2). Это вполне соответствует толкованию категории «здоровье», закрепленному в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Стоит отметить, что даже в новой редакции Закона, с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 01.01.2015, не устранены противоречия, справедливо отмеченные Е. И. Ращупкиной[37] еще в его старой версии: не устанавливается антонимичность слова «здоровье» термину «заболевание», под которым Закон понимает «возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к

[37] Ращупкина Е. И. О некоторых дефинициях Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» // Сибирский юридический вестник. - 2012. - № 1 (56). - С. 41-46.

изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма» (п. 16 ст. 2).

Кроме того, понятие «здоровье» в определенной степени вступает в конфликт с содержанием определения «состояние» как «изменений организма, возникающих в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующих оказания медицинской помощи» (п. 17 ст. 2). Анализ показывает, что по степени и времени воздействия на человека любых, даже незначительных факторов, можно признать его нездоровым и нуждающимся в оказании медицинской помощи. В то время как в ряде случаев, даже при наличии некоторых состояний организма, медицинскими документами человек признается «практически здоровым»: например, при стойкой ремиссии хронического заболевания, в ситуации, когда это не является основанием, исключающим допуск к отдельным видам деятельности, или некоторых видах дисбактериозов. Таким образом, «создается основа для вариабельности действий системы здравоохранения в зависимости от изменений воззрений на здоровье граждан, а сам документ утрачивает системный характер»[38].

Охрана здоровья (п. 2 ст. 2) в Законе тесно связана с комплексом понятий, толкование некоторых из которых также является дискуссионным: «медицинская услуга», «медицинская помощь», «медицинское вмешательство», «диагностика», «профилактика», «лечение», «качество медицинской помощи» и др. Следует отметить, что понятия «медицинская помощь» и «медицинская услуга» в Законе практически отождествляются, что вступает в противоречие с Конституцией РФ, где в ст. 41 указано: «Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно», и Гражданским кодексом РФ, который определяющим критерием услуги (в том числе медицинской) указывает ее возмездность. В результате п. 5 ст. 84 Закона расходится с нормами ст. 41 Конституции РФ, т.к. правом оказывать платные услуги наделены те организации, которые обязаны предоставлять бесплатную помощь, следовательно, оказывать платные услуги гражданам разрешается только негосударственным медицинским организациям. На несовершенство этого раздела Закона указывают многие исследователи: А. А. Грушина[39], З. И. Мирземетова[40] и др.

В развитие Закона Министерство здравоохранения и социального развития РФ опубликовало проект постановления Правительства РФ

---

[38] Там же.

[39] Грушина А. А. Проблемы реализации Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Среднерусский вестник общественных наук. - 2012. - № 3. - С. 153-155.

[40] Мирземетова З. И. Правовой мониторинг в области охраны здоровья // Современное право. - 2012. - № 10. - С. 37-39.

«Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам», в которых в п. 5 сказано, что платные медицинские услуги государственными и муниципальными медицинскими организациями осуществляются в случае, если это предусмотрено учредительными документами, т.е. это оставлено на усмотрение учреждения или организации.

А. А. Грушина отмечает также, что в Законе отсутствуют «гарантии охраны и защиты достоинства личности при оказании ему и в связи с оказанием ему медицинской помощи» – это будет способствовать созданию условий для нарушений прав и законных интересов пациентов.

Наряду с ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» уделяет большое внимание вопросам качества медицинской помощи. Так, А. Л. Линденбратен говорит о неоднозначности и неточности отдельных формулировок: «своевременность оказания медицинской помощи», «степень достижения запланированного результата», «применение порядков и стандартов оказания медицинской помощи»[41]. Не до конца проясненными в Законе следует признать и вопросы защиты прав потребителей медицинских услуг, т.к. проблема определения качества медицинской услуги связана с предоставлением потребителю достоверной информация о медицинской услуге (помощи), что является сложным в связи со столкновением информированного согласия пациента, аутентичности восприятия пациентом предоставленной информации, формы ее предоставления и врачебной тайны. Проблемной является и ситуация в случае оказания некачественной платной медицинской услуги: предоставление услуг в рамках добровольного медицинского страхования регулируется как специальными законами о медицинском страховании, так и Законом «О защите прав потребителей», который не распространяется на отношения в сфере обязательного медицинского страхования.

Много «белых пятен» содержится в Законе и касательно сферы суррогатного материнства. Как отметил К. Н. Свитнев, появление этого документа не сняло потребности в разработке отдельного комплексного закона о вспомогательных репродуктивных технологиях, т.к. по-прежнему не установлены обязанности суррогатной матери передать ребенка после его рождения родителям, в то же время родители могут отказаться принять недоношенного ребенка и пр.

---

[41] Линденбратен А. Л. Вопросы качества медицинской помощи в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. - 2012. - № 1. - С. 74-77.

Таким образом, можно сделать вывод, что нормативно-правовые акты по регулированию сферы здравоохранения разрознены, ряд норм дублируют друг друга. Это основание для вывода, что необходимо не только дальнейшее совершенствование институционального обеспечения охраны здоровья населения, уточнение ряда дефиниций и устранение противоречивости отдельных положений, но и переосмысление сути представлений об общественном здоровье, которое немыслимо в асоциальной среде жизни, приучающей определенную категорию граждан жить в подвалах, а другую – массового обывателя – не видеть несоответствия институционального предложения спросу граждан на достойное качество общественного бытия.

Все эти наблюдения свидетельствуют о том, что на данный момент для Российской Федерации формирование непротиворечивой государственной социальной политики по охране здоровья как одного из звеньев политики сбережения населения России – не только своевременная, но и первостепенная государственная и общественная задача. Здоровье человека, его жизнь и его моральное удовлетворению ею – это важнейшие материальные и духовные ценности, предопределяющие качество социального государства. В силу такого взгляда авторов не может не тревожить имеющееся в настоящее время сужение сферы государственного регулирования, расширение зон, свободных от прямого вмешательства государства, и будет радовать каждый новый шаг по усилению правовой основы социальной безопасности интересов граждан. Это требует перехода к стратегии реализации конституционного права на здоровьесберегающие технологии, выбора стратегии морально-нравственного подъема граждан как двух взаимобусловливающих направлений по формированию социально-экономической политики, нацеленной на повышение качества жизни и социальное благополучие всех категорий граждан.

Глава 2. СФЕРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ КАК ИНСТИТУТ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАЦИИ

2.1. Здравоохранение как институт эффективного народосбережения и (или) сбережения здоровья людей

В Российской Федерации провозглашено построение и развитие здорового общества в качестве основополагающего принципа государственной политики.

Идеологически возведение здоровья в качестве основополагающей идеи развития государства соответствует установкам Всемирной организации здравоохранения на полное физическое, социальное и психическое здоровье при максимальной продолжительности жизни.

Категорию и сам процесс функционирования здравоохранения следует понимать, с одной стороны, как процесс создания и постоянного совершенствования благоприятных материальных, социально-экономических и культурных условий для жизни людей. С другой стороны - это процесс применения и использования лучших достижений медицинской науки для профилактики и лечения человеческого организма от различных заболеваний. В плане охраны здоровья задействованы медицинская наука и практика, медицинский персонал, лечебные учреждения, предприятия и организации, производящие лекарственные препараты, санаторно-курортные и реабилитационные учреждения.

Таким образом, здравоохранение - это такая отрасль, в которой участвует большинство элементов социальной структуры общества.

Здравоохранение как сфера деятельности реализует важнейшую миссию - максимальное удовлетворение общественных и личных потребностей и интересов в физическом и духовном здоровье людей.

Реализация национального проекта в сфере здравоохранения предполагает решение достаточно большого числа актуальных для большинства регионов проблем. Анализируя паспорт национального проекта «Развитие здравоохранения» в утвержденном виде (на 01.01.2019 г.), решение задач по здоровьесбережению народа, с нашей точки зрения, представляется сомнительным. Это обусловлено не только низким уровнем доступности медицинской помощи в отдельных регионах и территориях, но и реальной, а не формальной организацией работы медицинских учреждений, в том числе в части оказания первичной медико-санитарной помощи, сокращения времени ожидания в очередях при обращении граждан в медицинские организации, формирования системы защиты прав пациентов, доступности к высокотехнологичным технологиям. Без решения задач по формированию пациентоориентированной системы здравоохранения невозможно изменить модель поведения гражданина

от безнадежной в позитивную сторону. *Консенсуса относительно оптимальной для России модели развития здравоохранения на сегодняшний день нет.*

Экономика и здоровье неразрывно связаны друг с другом. Экономическая эффективность здравоохранения проявляется в росте ВВП и других экономических показателях. Но этот рост не всегда согласуется с темпами роста финансирования отрасли здравоохранения, то есть рост экономики не всегда корреспондируется с финансированием или затратами на эту сферу.

В плане индивидуального здоровья задача здравоохранения состоит в том, чтобы помочь человеку не только сохранить данное ему природой здоровье, но и добиться того, чтобы он правильно распоряжался здоровьем в течение всей своей жизни[42].

Система здравоохранения в России в основном ориентирована на больных людей, адресуя им большинство медицинских ресурсов через систему ОМС. Оценка деятельности того или иного лечебного учреждения оценивается в объеме медицинских услуг без учета интересов охраны здоровья конкретного человека. Как исключение можно привести программу по диспансеризации населения, которая предполагает комплексное исследование человека каждые три года.

Материалы форумов, проведенных в 2015-2018 гг. Общественным народным фронтом, Общественной палатой, Врачебной палатой, Союзом пациентов, свидетельствуют о том, что большинство населения страны не удовлетворено медицинской помощью, ее качеством, лекарственным обеспечением[43].

В развитых странах, в условиях уже сложившейся рыночной экономики, принципиальной чертой стало превращение здоровья человека в реальную собственность самого работника, обладающую не только экономической формой товара, но и становящуюся субъективной самоценностью для работающего человека.

В условиях смены парадигм экономического развития предполагается переход от восстановительных задач охраны здоровья к лечебно-профилактическим. В этом случае «здоровье» выступает качественной категорией, характеризующей работоспособность, эффективность и надежность здоровья.

---

[42] Фармакотерапия и диетология в педиатрии: материалы научно-практической конференции IV Форума «Лекарства и дети» и II Форума «Питание и здоровье детей». - Иваново, 2008.

[43] Заслуживают особого внимания материалы международной конференции «Генетика старения и долголетия», которая прошла в Сочи в сентябре 2017 г., на которой обсуждались вопросы, как сохранить бодрость и здоровье. Также в сентябре 2017 г. эксперты Общественной палаты России обсудили проблему борьбы со старением. Специалисты отметили, что на сегодня человек в состоянии прожить 90 - 100 лет.

[43] Оганесян А. А. Реформы здравоохранения Франции как части общественного сектора экономики: дис. ... канд. экон. наук. - М., 2015.

Полисистемная связь здоровья населения с процессом труда порождает необходимость рассматривать его как институт воспроизводства человека.

Это обстоятельство определяет роль здравоохранения в системе всех социальных процессов: в производстве, экономике, общественных отношениях, воспроизводстве и формировании человека. *К сожалению, современная медицина, в отличие от советского периода, превратилась из системы, стоящей на страже охраны здоровья человека, в обслуживающую отрасль для больных людей.*

Функциональное значение здравоохранения в системе общественного производства должно выражаться в производстве и реализации услуг и благ для населения, нацеленных на поддержание нормальной жизнедеятельности человека. Но в условиях современной медицины главное действующее лицо системы здравоохранения - врач, хотя понимает и знает, что надо поменять, но сделать в условиях запущенных процессов продажи медицинских услуг ничего не может.

Здравоохранение непосредственно воздействует на воспроизводство человека как основы рабочей силы через формирование физической способности к труду и является ключевым фактором народосохранения.

Охарактеризовать процесс народосохранения здоровья достаточно затруднительно в силу его правовой и организационной неупорядоченности. Можно лишь выделить ряд принципиальных тенденций, которые в наибольшей степени отражают обострение сложившихся противоречий, обусловленных сложившейся имущественной дифференциацией населения.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» была утверждена Программа государственных гарантий оказания населению РФ бесплатной медицинской помощи, в соответствии с которой должны быть разработаны методические рекомендации о порядке формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий по обеспечению граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью и утвержден порядок исчисления платежей на обязательное медицинское страхование неработающих граждан.

Однако принятие программы не решило проблемы несбалансированности государственных гарантий и их финансового обеспечения в абсолютном большинстве субъектов Российской Федерации. Дефицит финансирования этой программы, по заявлениям практиков, составил 40-50% и стал покрываться вынужденными расходами пациентов на оплату лекарств и медицинских услуг.

Из материалов форума Общероссийского народного фронта, посвященного проблемам здравоохранения (10 сентября 2015 г.), следует, что доля платных медицинских услуг в России возросла с

11,6% в 2011 году до 24,2% в 2014 году. При этом число пациентов, обратившихся за медицинской помощью и не получивших её, поскольку лечение было предложено на платной основе, за тот же период возросло с 16,5% до 20,2%.

По данным центра «Народная экспертиза» Общероссийского народного фронта (ОНФ), 36% пациентов приходится самостоятельно покупать лекарства и расходные материалы для лечения в стационаре, ещё 24% делают это, чтобы получить более дорогие и современные лекарства и медицинские изделия. Только 18% бесплатно получали все необходимые лекарства. По мнению участников форума, людей буквально загоняют в частную медицину. В 2014 году, по опросу Фонда общественного мнения, 46% россиян платили за медицинские услуги. В первом полугодии 2015-го число оплачивавших лечение из собственного кошелька возросло ещё на 13%. Как результат, объём официальных платных медицинских услуг, по словам «фронтовиков», превысил 445 млрд. рублей. Прирост платных услуг составил почти 87 миллиардов. А общая совокупность прямых затрат российских граждан на «бесплатное» здравоохранение, по данным ВОЗ, - аж 3,2 трлн. рублей. Таким образом, они впервые превысили расходы государства на те же цели.

Нарастание платности породило скрытую коммерциализацию государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений. Недостаток средств для оказания бесплатной медицинской помощи стал компенсироваться расходами населения. В 2016 г. платное медицинское обслуживание уже превысило более половины всего объема медицинских услуг и имеет тенденцию к укреплению своих позиций. Это определенным образом сказалось на воспроизводственных процессах в системе общественного здоровья и, по мнению специалистов, тяжелым эхом отзовется в будущем с точки зрения человеческого капитала. Считается, что поколение молодых, родившихся в 90-е годы прошлого века, не способно решать экономические, политические и социальные задачи с учетом внешних вызовов, так как оно выросло в совершенно неприемлемых в медицинском отношении условиях накапливая «глобального бремени болезней». Недоступность отдельным категориям населения медицинской помощи привела к неудовлетворительным показателям состояния здоровья населения[44].

По данным агентства Bloomberg, Россия заняла 95-е место в мировом рейтинге уровня здоровья населения, составленном на основе данных Всемирной организации здравоохранения, отдела народонаселения ООН и Всемирного банка. Место каждой страны в рейтинге определялось с учётом почти двадцати показателей – таких как доступ населения к медицинским услугам, качество медперсонала,

[44] URL: https://www.idelreal.org/a/29789674.html (дата обращения: 20.02.2019).

ожидаемая продолжительность жизни, доступ к чистой воде, риски для здоровья от курения, ожирения и употребления наркотиков.

Россия в рейтинге расположились между Кабо-Верде и Вануату. Выше нашей страны оказались и Белоруссия, которая стала 81-й, и Украина, находящаяся на 93-м месте. При этом по сравнению с прошлым годом Россия поднялась на пять пунктов.

Из этого следует, что продолжительность жизни является обобщающим показателем социального развития. Этот показатель зависит от всей совокупности условий, в которых родился и живет тот или иной человек, то есть это своеобразный синтетический показатель качества жизни и отражает уровень благосостояния всего населения.

В методическом плане продолжительность жизни исчисляется с помощью таблиц смертности, которые ежегодно составляются по каждому году жизни. Например, в возрасте от рождения до года умирает 7 детей на 1000 родившихся живыми. Это значит, что коэффициент дожития составляет 0,993.

Сегодня в структуре заболеваемости взрослого населения России первые места занимают болезни органов дыхания и кровообращения, нервной системы и органов чувств. Нельзя не отметить ухудшение эпидемиологической ситуации, рост числа больных диабетом (больше 8 млн. человек), онкозаболеваниями. Относительно новым для России стал мощный всплеск наркомании. Особой проблемой становится СПИД, носителями вируса которого сегодня являются около 1 млн. человек. Не способствует здоровью населения и экологическая ситуация в стране. По материалам Всероссийского форума правозащитников (июль 2017 г., г. Владимир) до 60 млн. жителей России постоянно находятся в неблагоприятных экологических условиях. Другими словами, чуть ли не половина населения России проживает в отравленной среде обитания.

Поэтому не случаен тот факт, что в России велик уровень общей заболеваемости. Исследования российских врачей выявили новый неблагоприятный фактор, отрицательно сказывающийся на общественном здоровье. Это духовное неблагополучие общества, нравственно-эмоциональный стресс от всевозможных реформ.

Комплекс факторов, влияющих на здоровье населения, отражает показатель средней продолжительности предстоящей жизни и негативной тенденции к резкой дифференциации величины этого показателя у мужчин и женщин в пользу вторых. Если по переписи 1927 г. разница составляла всего 5 лет, то в 1958 г. - 8,5 года. В начале 80-х годов тенденция к увеличению средней продолжительности жизни не сменилась на понижательную тенденцию, а привела к дальнейшему несоответствию продолжительности жизни мужчин и женщин (в 2016 г. она составила соответственно 67,5 года и 76 лет). Причем средняя продолжительность пребывания в рабочем возрасте у российских

мужчин составляет менее 40 лет. Это обстоятельство является одной из причин спора по продлению возраста выхода на пенсию.

По мнению А. Л. Кудрина (руководителя группы разработчиков стратегии социально-экономического развития Российской Федерации до 2035 года), это важнейшие на сегодня социально-демографические проблемы, от решения которых зависит будущее российского общества.

Общая оценка сложившейся неблагоприятной ситуации в России может быть охарактеризована наличием, безусловно, кризисного сегмента - уровня преждевременной смертности.

Во многом это объясняется невозможностью удовлетворения базовых потребностей, в том числе в плане получения медицинской помощи. Маслоу по этому поводу замечал: «Отсутствие удовлетворения базовых потребностей в безопасности и защите, в принадлежности, в любви, уважении, самооценке, идентичности, а также потребности в самоактуализации ведет к нездоровью и дефицитарным болезням».

Для современной России остро стоит проблема регулирования равноправного доступа населения к медицинским услугам, особенно остро стоит проблема доступности получения медицинской помощи среди сельского населения.

Система обязательного медицинского страхования финансирует уже оказанные услуг, а поэтому не имеет механизма преодоления неравенства в возможностях оказания медицинских услуг различными лечебными учреждениями.

Разрушение системы государственной бесплатной медицинской помощи и отсутствие развитой частной медицины привело к формированию в России теневого рынка этих услуг, который приобрел в последнее время угрожающий характер.

Экономические условия оказания населению медицинской помощи стали в 2015-2017 годах предметом специального рассмотрения в институтах, связанных с формированием общественного здоровья (Союз пациентов, Врачебная палата и др.). Более того, ранее Межведомственная комиссия Совета Безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения уже принимала решение «О мерах по предотвращению негативных тенденций в развитии платных медицинских услуг». В этом документе признается, что снижение расходов на здравоохранение является главной причиной увеличения платных медицинских услуг, а недостаточный контроль за организацией предоставления таких услуг приводит к скрытой коммерциализации деятельности медицинских учреждений, расширению теневого оборота в системе здравоохранения.

Большое значение в исследуемых воспроизводственных процессах имеет прикладная часть. Маркерами институционального содержания воспроизводственных процессов можно рассматривать

социологические исследования. Заслуживают внимания материалы по социологии здоровья Исследовательского комитета (Research Committee on Sociology of Health) при Международной социологической ассоциации (International Sociological Association - ISA).

В рамках Европейской социологической ассоциации (European Sociological Association - ESA) функционирует исследовательская сеть «Социология здоровья и болезни» (The ESA Research Network on Sociology of Health and Illness), объединяющая ученых-социологов, занимающихся проблемами влияния социальных, культурных и политических факторов на здоровье населения, изучающих особенности влияния здоровья на общественные отношения.

На XVII Всемирном социологическом конгрессе (организатором выступала Международная социологическая ассоциация, 11 -17 июля 2010 г., Швеция) функционировало 19 секций, обсуждавших социальные аспекты здоровья и болезни. Обратим внимание те секции, которые имеют отношение к институтам воспроизводства человека:

- «Влияние стигмы на здоровье и доступность медицинской помощи» («The impact of stigma on health and access to healthcare»);
- «Социологические аспекты исследования ВИЧ и СПИД» («Sociological aspects of HIV and AIDS»);
- «Женское здоровье и риски здоровью в неравном мире» («Women's health and health risks in an unequal world»);
- «Социальное расслоение и неравенство в сфере здоровья» («Social class and health inequality»), «Поведение в сфере здоровья» («Health behaviours») и др.

Таким образом, в России воспроизводство такой полисистемы как общественное здоровье еще не стало не только самовоспроизводством на расширенной основе, но и самосохранением, а находится пока в хроническом противоречии с общественными потребностями нации и воспроизводством индивида как главного фактора в системе воспроизводства общественных отношений.

2.2. Анализ основных проблем сбережения здоровья людей

В своей обыденной сути здоровье – это субъект, относимый к объекту. Субъектом здесь выступает сам дар, объектом же является сам человек, его жизнь и благополучие, которые связаны с его физиологическим и социопсихическим состоянием.

Сформулируем первостепенные проблемы сферы охраны здоровья и развития системы «Здравоохранение».

1. Территориальная доступность первичной медицинской помощи.

По итогам 2018 года в Российской Федерации 788 населенных пунктов с населением свыше 100 человек находятся вне зоны

доступности медицинских организаций, оказывающих первичную медицинскую помощь[45].

В отечественной научной и публицистической литературе сложилось ошибочное мнение относительно подходов к рассмотрению проблем, связанных со здоровьем человека.

Медики выделяют физиологические аспекты здоровья человека, решая проблемы, обусловленные нарушением нормального состояния здоровья в плоскости медицины или развития здравоохранения. По их мнению, «здоровье» – это предмет изучения медицинской науки как в теоретическом, так и практических аспектах. Однако здоровье в рамках натуральной философии означает, что медицина не создает и никогда не создавала «здоровье» как общественную категорию. Медицина (сфера здравоохранения) занята не здоровьем, он занята «болезнями». Особенно это характерно для частной медицины, для нее чем больше больных, тем она в большей степени процветает. Процесс лечения для нее требует не здорового, а больного человека.

Социологи рассматривают проблемы здоровья человека через призму социального самочувствия, экономисты – через призму экономики здоровья в рамках институциональной и поведенческой экономики, экологи в контексте создания благоприятных условий и устойчивого развития и т.д.

Таким образом, понятие «здоровье человека» предполагает междисциплинарный подход. Рассматривая «здоровье человека» как био-психо-социо-экономическую категорию, следует выделить его первооснову – феномен жизни как самый всеобъемлющий из всех известных.

2. Проблемы системного характера. Произошло разрушение старой советской системы здравоохранения без четких представлений создания новой, реконструкции или модернизации старой. Нарушены баланс, пропорции, связи относительно структур и функций системы здравоохранения.

3. Проблемы методического характера. Антитезные (антитеза – от греч. *antithesis* – противоположение). Принцип «антитезы» предполагает не только противопоставление «здоровья» (состояние) и «болезни» (процесс), но и их объединение через функции, направленные на оздоровление человека. Базовый принцип антитезы лежит в основе методических подходов, часто встречающихся в медицинской литературе: «функциональный антагонизм» и «функциональный синергизм».

В российской медицинской практике сложились две системы – бюджетно-страховая и частная. Следуя логике, они должны идти

[45] Назаров В. С., Авксеньев Н. А., Сисигина Н. Н. Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии. – М. : Издательский дом «Дело», РАНХиГС, 2019. С. 21.

навстречу друг другу (реализация совместных проектов) или идти параллельным курсом. По факту их взаимодействие осуществляется через систему формальных и неформальных отношений, не поддающихся никакому описанию.

4. Существуют проблемы измерения и оценки результатов деятельности как самой системы здравоохранения (проблемы социометрии), так и ее подсистем, так как велика доля действий неформального характера. Из-за проблем социоизмерительного характера делаются ошибочные выводы в части недофинансирования сферы здравоохранения, в том числе относительно доли ВВП (4,7%). На самом деле, по данным зарубежных исследований, расходы на медицину в России из всех источников превышают 7% ВВП[46]. Причина кроется в неэффективном распределении средств и неумелом хозяйствовании. Это наглядно проявляется в области гарантий лекарственного обеспечения. В настоящее время в России при осуществлении государственных закупок лекарственных препаратов применяется достаточно сложный механизм ценообразования. Одним из недостатков используемого механизма является наличие сложностей мониторинга цен на закупаемые лекарственные препараты, особенно за рубежом в силу волатильности рубля и других факторов. Ввиду отсутствия необходимой инфраструктуры и утвержденных методологий существующие модели лекарственного обеспечения, предусматривающие возмещение части стоимости лекарств, ввиду сложности процедуры являются малоэффективным проектом.

На эти проблемы накладывается новая, ситуационного характера, обусловленная кризисными явлениями в экономике страны и снижением доходов и покупательной способности населения в части приобретения медицинских услуг и лекарственных препаратов.

5. Проблемы правового характера. Вал нормативно-правовых документов в сфере здравоохранения свидетельствует о том, что стратегическое решение указанных и прочих проблем современного состояния системы здравоохранения в Российской Федерации представляется в несовершенстве законодательной базы. Его недостатком, по нашему мнению, является то, что законодательство, регулирующее сферу здравоохранения и сферу здоровья, не формирует организационного единства всех звеньев системы. В результате затрагивается развитие множества отдельных, возможно и более чем

[46] По данным зарубежных исследований, расходы на медицину в России из всех источников превышают 7% ВВП. *Индекс покупательной способности* показывает, сколько товаров и услуг можно приобрести за единицу валюты. Покупательная способность рубля определяется в виде индекса, обратного индексу цен и тарифов на услуги: ИПС = 1 / Индекс потребительских цен [Электронный ресурс]. URL: http://www.zdravo-expo.ru/ru/news/digest-2-2018N01/01/ (дата обращения: 20.02.2019).

достаточных направлений, что не позволяет выделить и обеспечить системность, динамичность и целостность процесса управления.

Слабо проработанная система практической реализации федеральных законов усугубляет в определенной степени и без того слабую социальную защиту определенных групп пациентов, в том числе в различных сегментах здоровья.

В последние годы реализован комплекс мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи, проведена модернизация системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Проведена реорганизация сети больниц в сторону их укрупнения и сокращения маломощных и неэффективных подразделений, получил развитие сектор высокотехнологичной медицинской помощи.

Однако при проведении оптимизации сети больничных учреждений, по мнению медицинской общественности, были допущены ошибки, которые отрицательным образом сказались на доступности населения к медицинским услугам, особенно сельского населения.

По данным Росстата, в целом по стране во втором десятилетии было ликвидировано около 60 тыс., а в 2015 г. – 41 тыс. медицинских коек, закрыто 642 ФАПа[47]. Число больничных учреждений государственной формы собственности уменьшилось с 9,5 в 2005 г. до 5,5 тыс. организаций. При этом, если сокращение больничных учреждений составило 9,3%, то коечный фонд сократился на 4,5%, число амбулаторно-поликлинических организаций увеличилось только на 2,5%, а их мощность выросла только на 1,3%; численность врачей в медицинских организациях государственной формы собственности в 2014-2016 гг. уменьшилась всего лишь на 1%, среднего медицинского персонала – на 2,8%, а младшего медицинского персонала – на 12,8%. Это несоответствие привело к структурным перекосам в системе здравоохранения.

За структурными изменениями остро стоят вопросы территориального размещения учреждений здравоохранения: произошло сокращение численности участковых врачей. Это уже проблемы регионального и муниципального характера, которые в условиях дефицита средств привели к масштабным проблемам доступности к медицинским услугам населения городов районного масштаба и сельской местности. По данным Счетной палаты, из 130 тыс. сельских населенных пунктов только в 45 тыс. можно получить медицинскую помощь[48].

---

[47] Федеральная службы государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: www.gks.ru.

[48] URL: http://www.audit.gov.ru/.

Особенности современной ситуации в сфере здравоохранения

В сложных экономических условиях системе здравоохранения удалось обеспечить требуемую динамику сокращения показателей смертности от отдельных причин и увеличения заработной платы медицинским работникам; сохранена доступность бесплатной медицинской помощи для населения; реализован комплекс мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи и повышению её эффективности; проведена модернизация системы обязательного медицинского страхования. По данным хода выполнения госпрограмм фактические значения показателей смертности от отдельных причин и младенческой смертности оказались заметно ниже целевых значений. Но многие важные вопросы совершенствования организации, управления и финансового обеспечения системы оказания медицинской помощи остались нерешёнными.

Очевидные достижения есть в развитии высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), на порядок увеличились общие затраты на оказание ВМП. Вместе с тем общая потребность населения в ВМП, по оценке Минздрава России, еще не достигнута.

Анализ плана реализации государственной программы Российской Федерации «"Развитие здравоохранения" на 2016 г. и на плановый период 2017 и 2018 годов» показал, что не все подконтрольные события выполнены в установленный срок (с учетом корректив, внесённых в госпрограмму (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 22 сентября 2015 г. № 1866-р)).

Экспертно-аналитическим центром РАНХиГС было проведено исследование об общей оценке системы здравоохранения в Российской Федерации[49].

Абсолютное большинство (67%) считает, что «ситуация сложная, многие проблемы не находят решения». Однако пятая часть опрошенных выразила оптимистические настроения («ситуация в целом благоприятна»), что в полтора раза превышает число крайне негативных оценок («ситуация в целом неблагоприятная») (рисунок 1).

[49] В исследовании приняли участие 116 представителей экспертного сообщества. В качестве экспертов выступили представители органов государственной власти, научного сообщества и бизнес-сферы.



Рис. 1. Общая оценка системы здравоохранения РФ

Рассматривая проблемное поле системы здравоохранения Российской Федерации, эксперты выделяют ряд актуальных проблем. Лидирующие позиции занимает проблема финансирования (70%). Находясь в кризисном состоянии, региональные бюджеты стараются покрывать расходы на медицинское обслуживание, а также справиться с экономическими задачами отрасли. Анализируя размер затрат и уровень бюджетного дефицита, можно сказать, что данная деятельность является крайне сложной. Правительство в рамках созданной антикризисной программы[50] выделяет ежегодно около 16-20 миллиардов рублей на лекарственное обеспечение граждан в связи с падением курса рубля, а также возрастанием цен на импортные медицинские изделия и лекарственные средства. Финансовое обеспечение системы здравоохранения напрямую зависит от уровня удовлетворенности населением медицинским обслуживанием.

Еще одной проблемой является «недостаточная обеспеченность врачами», с этим согласны 60% опрошенных экспертов. Происходящие сокращение работников медицинского сектора привели к снижению доступности услуг и снижению качества деятельности государственных и муниципальных медицинских учреждений.

Большое значение имеют проблемы «низкого уровня подготовки медицинских кадров», «низкого уровня оплаты в сфере здравоохранения», данные альтернативы выбрали 59% респондентов. Около половины считают актуальным «недостаточное техническое оснащения медучреждений» (50%) и «высокую стоимость лекарств» (47%), и почти 40% говорят о «недоступности цен на высокотехнологичную медпомощь» (38%) и «недостаток профилактических мер в борьбе с ростом заболеваемости» (40%).

Полученные данные свидетельствуют об актуальности всех перечисленных в опросе проблем сферы здравоохранения, и, несмотря на то, что некоторые из них, по мнению опрошенных, являются более

[50] The anti-crisis program of the Government of the Russian Federation 2015 [Электронный ресурс]. URL: https://ria.ru/spravka/20151021/1304635592.html.

острыми, каждый из поднятых вопросов требует внимания и применения мер по их разрешению (рисунок 2).

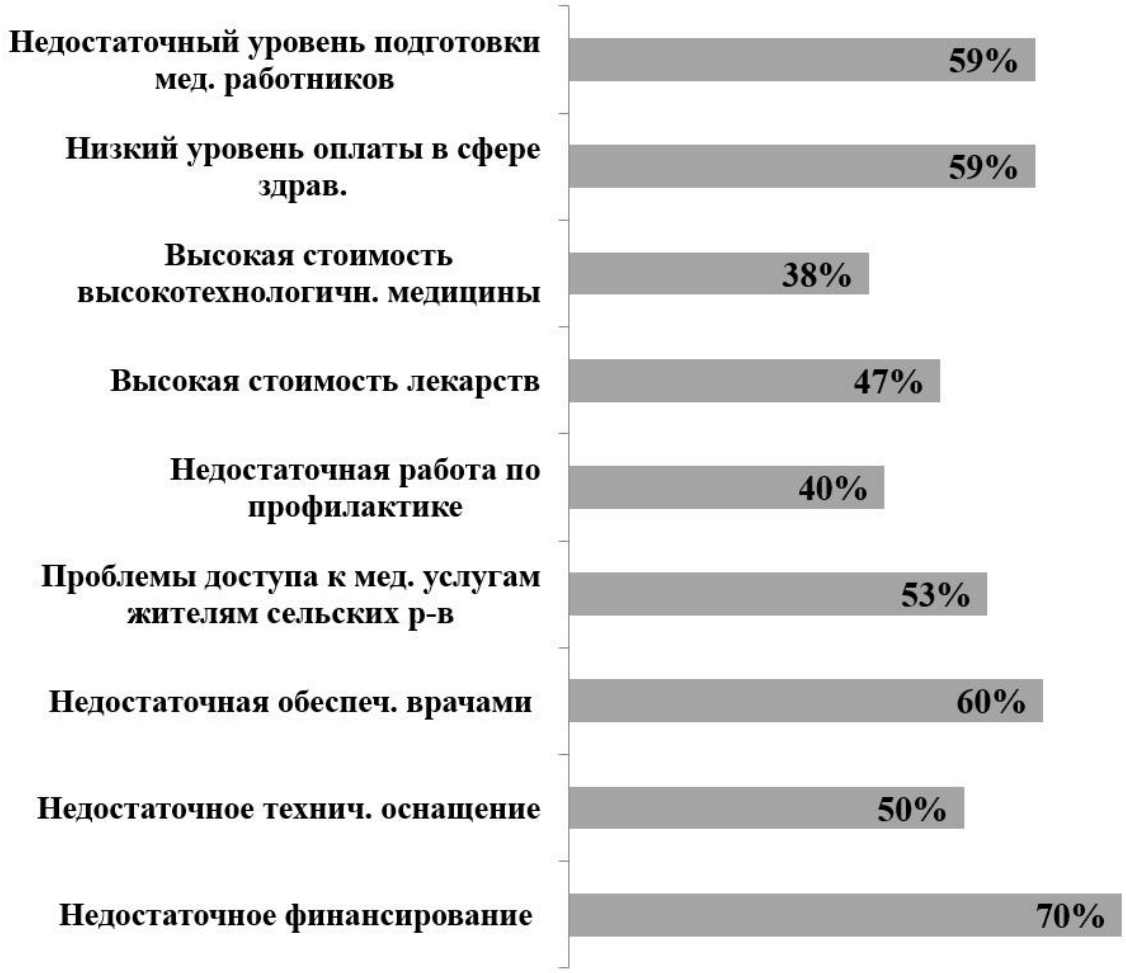


Рис. 2. Оценка наиболее актуальных проблем в сфере здравоохранения

Данные проблемные ситуации обозначены в Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства РФ № 294 от 15.04.2014[51], а пути их решения закреплены в ее подпрограммах.

В рамках программы объем финансирования здравоохранения составляет 26 629,8 млрд. руб. Из них 2451,1 млрд. руб. – федеральный бюджет; 11 079, 4 млрд. руб. – региональные бюджеты; 13 090,2 млрд. руб. – из средств ФОМС Российской Федерации[52]. Представленные цифры выглядят достаточно внушительно, их реализация будет направленна на повышение заработной платы врачей вдвое и

[51] On the Russian Federation's state health development program: Government Resolution № 294 from 15.04.2014 [Электронный ресурс]. URL: https://www.rosminzdrav.ru/news/2014/01/30/1686-gosudarstvennaya-programma-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii.

[52] The Centre for Humanitarian Technologies. Informational and analytical portal [Электронный ресурс]. URL: http://gtmarket.ru/.

увеличение зарплаты среднего и младшего медицинского персонала в период до 2020 г. По предположению Правительства РФ, реализация данной программы (2015-2020 гг.) должна вывести систему здравоохранения РФ из критического состояния.

В таблице 1 представлены объемы государственного финансирования системы здравоохранения, запланированные Минфином РФ и Минздравом РФ[53]. По этим данным видно, что государственные расходы с 2013 по 2020 г. должны вырасти в 1,4 раза, т.е. с 3,7 % до 5,2 % ВВП, что близко к финансированию «новых» стран ЕС.

Таблица 1

Объем государственного финансирования здравоохранения на 2015-2020 гг.

Статьи расходов	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Запланированные расходы на здравоохранение, млрд. руб.	2478,0	2547,6	2764,4	2956,6	3276,7	3630,6	-	-
Необходимые государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП, %	3,7	3,6	4,2	4,2	4,4	4,7	5,0	5,2

Безусловно, самой острой проблемой системы здравоохранения является финансирование, но, несмотря на увеличение его объемов, ряд проблем из года в год продолжает поддерживать ее кризисное состояние.

Так, по результатам исследования, проведенного Экспертно-аналитическим центром РАНХиГС в 2016 г., экспертами были выделены следующие насущные проблемы системы здравоохранения.

1. Кадровые проблемы в системе здравоохранения, такие как:
   - нехватка квалифицированных кадров;
   - наличие проблем в кадровой политике (уровень заработной платы, условия труда);
   - некачественная и деградирующая подготовка современных кадров.
2. Снижение влияния и контроля современной политики.
3. Дефицитное финансирование системы здравоохранения[54].

[53] Marmuleva Y., Shiltsova T. A Public health financing and evaluation of public satisfaction with the health services // Scientific Bulletin YUIM. – 2015. - № 3.

[54] По результатам исследования «Проблемы и перспективы развития системы здравоохранения РФ», проведенного в 2015 г. Экспертно-аналитическим центром РАНХиГС.

Мы видим, что, за вычетом проблем финансирования, по сегодняшний день особой актуальностью обладают проблемы кадрового характера, доступности медицинских услуг, их качества, что говорит об острой необходимости нахождения новых путей решения проблем и перспективных направлений развития системы здравоохранения РФ.

Ориентируясь на самые актуальные проблемы, экспертам было предложено оценить приоритетность направлений сферы здравоохранения с позиции таких параметров, как:

1) финансирование;

2) квалифицированность кадров;

3) внедрение современных технологий.

Так, респонденты считают, что с точки зрения финансового обеспечения наиболее актуальными являются такие задачи, как обеспечение профилактики в сфере здравоохранения и развитие первичной медпомощи (52%), внедрение инноваций (43%) и повышение качества медицинских услуг (40%).

Обратить внимание на повышение квалификационной подготовки кадров и внедрение современных технологий, по мнению половины экспертов, нужно особенно в сфере повышения эффективности оказания специализированной медпомощи (50%), а также в сфере повышения эффективности оказания скорой медицинской помощи (36%).

Решению задачи внедрения инновационных методов диагностики и лечения лучшим образом поспособствует внедрение современных технологий, считают 58% респондентов, что в долгосрочной перспективе приведет к повышению эффективности оказания специализированной медицинской помощи, с этим согласны 53% экспертов.

Наименьшее число экспертов причислило направление «медико-биологическое обеспечение охраны здоровья населения» к приоритетным задачам по трем выбранным для исследования параметрам: ни одна из точек зрения на данную задачу не была выбрана более чем 15% опрошенных. В то время как самым актуальным направлением развития сферы здравоохранения по совокупности параметров стала необходимость повышения эффективности специализированной и высокотехнологичной медпомощи (рисунок 3).

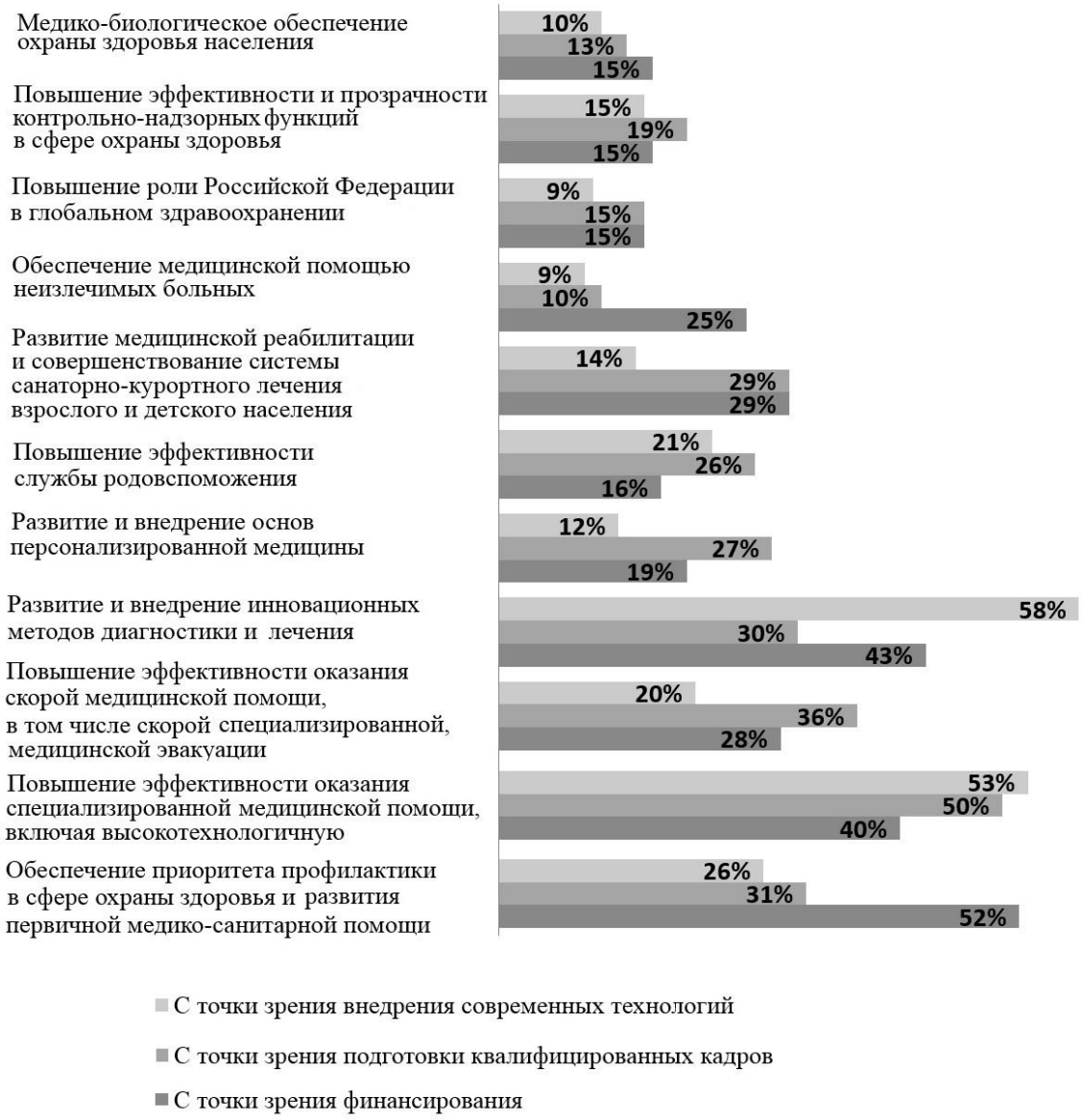


Рис. 3. Оценка приоритетных направлений в сфере здравоохранения

В зависимости от выделенных значимых проблем, с которыми сталкивается медицинский сектор, развивается ряд частных проблем, которые оказывают влияние на качество оказания медицинской помощи. Среди данных проблем эксперты особо выделяют «низкий уровень диагностики заболеваний» (59%), вновь указывают на нехватку высококвалифицированных кадров (67%). Около 40% указывают на «отсутствие необходимого медицинского оборудования» и «невысокое качество оказания первичной медико-санитарной помощи». Остальные проблемы, среди которых были вопросы лекарственного обеспечения и качества оказываемой медпомощи, выбрала примерно треть опрошенных (рисунок 4).

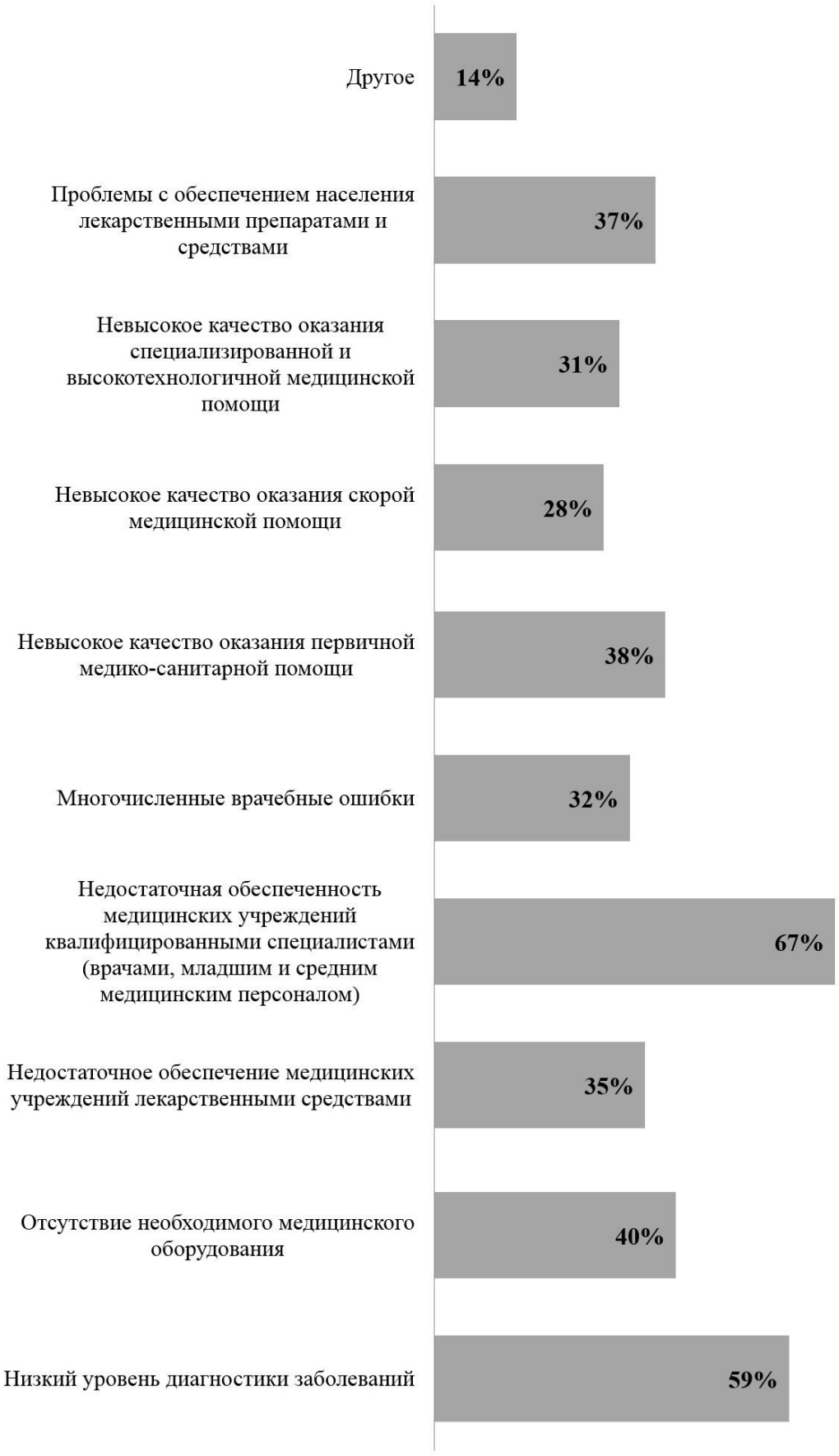


Рис. 4. Оценка проблем, отрицательно влияющих на качество оказания медицинской помощи в РФ

14% экспертов указали ряд дополнительных проблем, которые отрицательно влияют на качество оказания медицинской помощи в РФ:

- недостатки страховой медицины;
- недостаточное финансирование трансляционной медицины;
- низкая дисциплина медицинского персонала из-за низких зарплат, перенагрузки;
- отсутствие четко выстроенной системы контроля качества оказания медицинской помощи;
- недоступность многих современных эффективных препаратов.

В рамках сложившейся ситуации в системе здравоохранения активно развивается система частной медицинской помощи. В результате чего актуализируется финансовый вопрос развития данного сектора медицины: сокращается число граждан, способных позволить себе платные медицинские услуги, большая половина населения вынуждена обращаться в государственные медицинские учреждения, и их процент в условиях социально-экономической нестабильности постоянно увеличивается, что в свою очередь ставит под удар реализацию программ развития отечественной медицины. Подобная ситуация актуализирует вопрос эффективного управления медицинскими учреждениями со стороны частных или государственных структур.

Почти половина опрошенных экспертов (49%) склонны отдавать предпочтение государству как наиболее эффективному управляющему медицинскими учреждениями, треть же уверена в необходимости предоставления им автономии. Передачу медицинских учреждений в управление частным фирмам поддержал лишь каждый десятый респондент (рисунок 5).



Рис. 5. Условия наиболее эффективной работы системы здравоохранения

Относительно будущего государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения половина опрошенных выразила умеренные оценки, считая данный потенциал средним. У второй половины опрошенных мнения диаметрально разделились.

Однако скептические настроения несколько превалируют над оптимистическими: около 19% называют перспективы государственно-частного сотрудничества высокими, в то время как более четверти опрошенных либо оценивают подобный потенциал как низкий, либо вообще его не видят. 6% опрошенных не смогли высказать мнение по данному вопросу (рисунок 6).

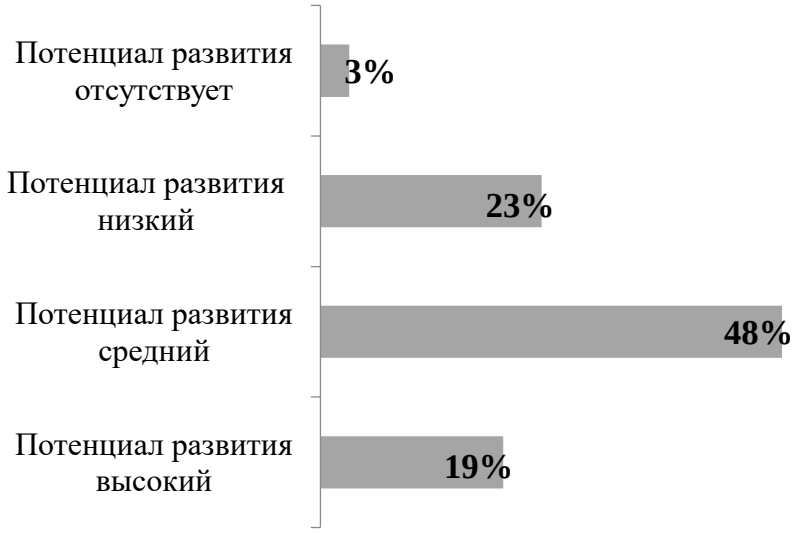


Рис. 6. Оценка потенциала развития государственно-частного партнерства (ГЧП) в сфере в здравоохранения

Одним из важных параметров оценки общего состояния системы здравоохранения является деятельность Правительства РФ. Результаты любой деятельности системы здравоохранения оцениваются по показателям здоровья населения и демографическим показателям.

Экспертами была дана оценка деятельности Правительства РФ по противодействию росту ряда инфекционно-вирусных и паразитных заболеваний. Экспертам было предложено оценить по пятибалльной шкале действия, предпринимаемые правительством, по борьбе с распространением гриппа, лихорадки Эболы, педикулезом и лихорадкой Зика. В каждом из случаев число удовлетворительных оценок колеблется от 25% до 30%. Наиболее положительно эксперты оценивают правительственные меры по борьбе с гриппом и лихорадкой Эбола: варианты «хорошо» и «отлично» выбрали более 50% опрошенных, а четверть действия правительства хотя бы удовлетворяют. В случае с гриппом число недовольных наиболее низкое – около 15% поставили оценку «2» и ниже. Борьбу с Эболой подобным образом оценило лишь на 3% больше респондентов, тогда как негативные оценки правительственных действий по борьбе с

педикулезом и лихорадкой Зика близки к трети от числа опрошенных, а положительные («4» и «5») не превышают 40% (рисунок 7).

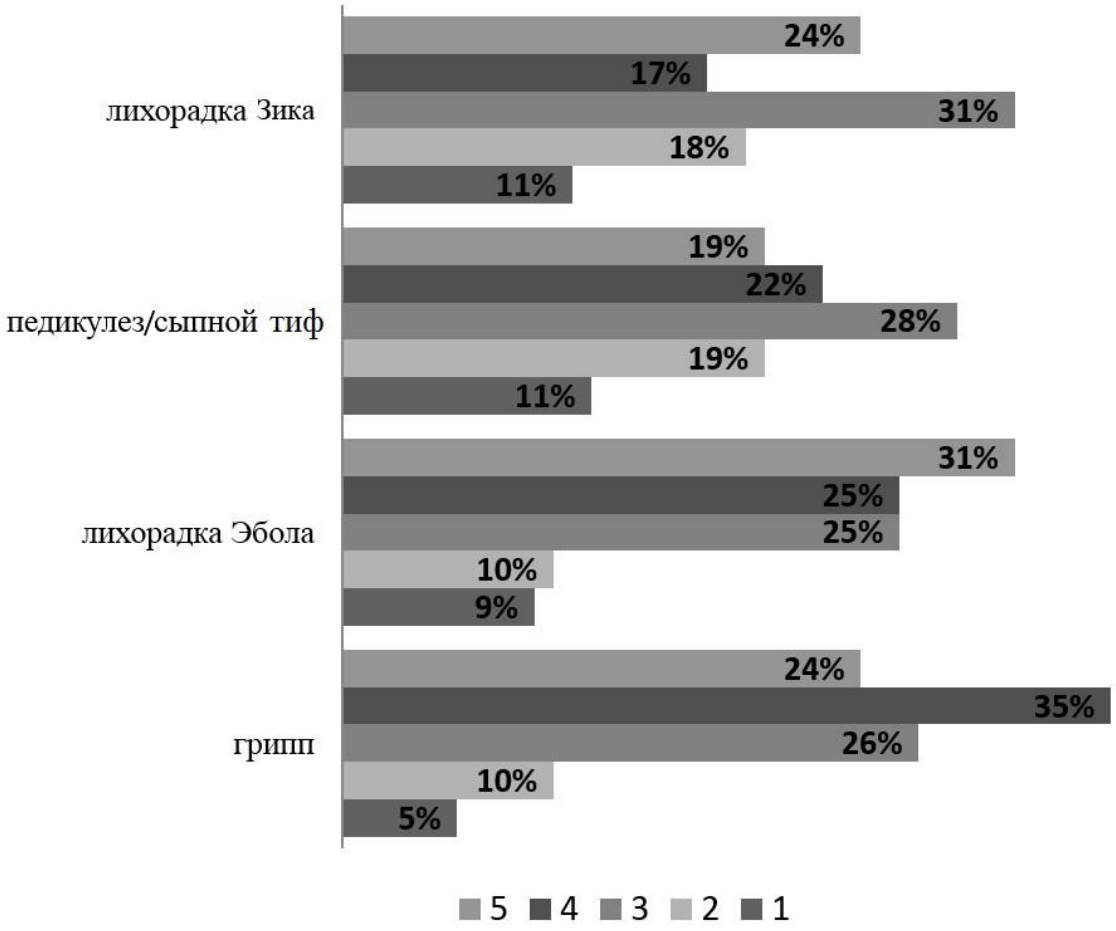


Рис. 7. Оценка действий Правительства РФ в 2015-2016 гг. по противодействию росту заболеваемости по 5-балльной шкале

Учитывая негативные стороны в развитии здравоохранения, большинство экспертов сходятся во мнении, что нынешняя организационная модель не является оптимальной. При этом существуют прямо противоположные мнения относительно перспектив ее развития. Часть экспертов настаивают на возврате к полностью бюджетной модели. В качестве доводов они приводят информацию, что, по существу, роль страховых медицинских организаций сводится к проведению платежей, а аналогичный функционал может быть реализован силами органов управления здравоохранением за меньшую сумму. Другие эксперты предлагают идти по пути совершенствования рыночных отношений. В качестве довода они приводят, что в случае возврата к бюджетной модели будет утрачено единственное осязаемое преимущество – это наличие независимого контроля качества медицинской помощи, а это крайне важно в условиях нарастания недоверия между врачом и пациентом.

2.3. Государственная программа развития здравоохранения: региональные аспекты

Здоровье населения (общественное здоровье), по данным Всемирной организации здравоохранения, не более чем на 20% зависит от «вклада медицины» или развития здравоохранения, а на 80% от организации правильного образа жизни человека, в том числе социальной и экологической среды, культуры питания и т.д. Формулируя проблему здоровья для России на современном этапе развития, необходимо отметить, что в рейтинге стран по уровню здоровья населения Россия в 2016 г. оказалась на 116-м, а по показателю эффективности системы здравоохранения - на 55-м месте. Рейтинги определяются исходя из 17 целей и 169 задач, сформулированных ООН.

Президент Российской Федерации В. В. Путин в своем Послании Федеральному Собранию (20 февраля 2019 г.) отметил: «Уровень доступности медицинской помощи, с одной стороны, вроде как растет, но тем не менее многих граждан не устраивает»[55].

Из Послания Президента Федеральному Собранию в части развития здравоохранения можно выделить проблемы и структурировать задачи по их решению следующим образом.

1. Развитие первичного звена: поликлиник, амбулаторий, ФАПов. В ближайшие 5 лет (2019-2024 гг.) планируется построить и модернизировать 1590 амбулаторий и ФАПов.

2. Организация работы медицинских учреждений по принципу «Бережливая поликлиника», способствующие сэкономить время нахождения пациентов в очередях.

3. Повышение уровня информатизации отрасли здравоохранения.

4. Совершенствование технологического сопровождения и развитие высокотехнологической помощи.

5. Совершенствование процедуры диспансеризации.

6. Отдельно выделены вопросы кадрового обеспечения, развитие онкологической помощи.

В рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» заявлены следующие направления.

1. Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи.

2. Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи.

[55] Путин В. В. Послание Федеральному Собранию РФ // Рос. газ. - 2019. - № 38 (7796).

3. Совершенствование инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины.

4. Совершенствование государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

5. Повышение эффективности службы родовспоможения и детства.

6. Развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей.

7. Обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей.

8. Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами.

9. Повышение роли Российской Федерации в глобальном здравоохранении.

10. Повышение эффективности и прозрачности контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья.

11. Медико-биологическое обеспечение охраны здоровья населения.

12. Обеспечение системности организации охраны здоровья.

13. Повышение эффективности оказания скорой медицинской помощи.

Таким образом, одним из приоритетов государственной политики провозглашено сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.

На основании вышеизложенного нами выделяется шесть компонентов здорового образа жизни.

1. Содержательная сущность и культура здорового образа жизни.

2. Правильное питание[56].

3. Генетическая предрасположенность[57].

---

[56] Среди прочих аспектов сохранения здоровья населения Всемирной организацией здравоохранения особая роль отводится сокращению показателей заболеваемости и смертности, связанных с нездоровым рационом питания и недостаточной физической активностью. Эта проблема озвучена в *«Глобальной стратегии в области рациона питания, физической активности и здоровья»* (2004 г.). Хотя последствия режима питания и уровня физической активности для здоровья зачастую взаимодействуют, особенно в отношении тучности, физическая активность дает дополнительные преимущества для здоровья, которые не зависят от рациона и режима питания. Кроме того, имеются значительные нутриционные риски, которые не связаны с тучностью.

[57] В настоящее время набирает обороты такая наука как эпигенетика. Ученые доказали действие различных факторов на геном человека, в том числе системы питания. Они доказали, как с помощью диеты можно замедлить процесс изменения в генах. В то же время следует учитывать точность расшифровки генома и

4. Спорт и физические нагрузки.

5. Личная гигиена и здоровый сон.

6. Отказ от вредных привычек.

В рамках первой компоненты задачами развития здравоохранения являются создание условий, возможностей и мотивации населения Российской Федерации для ведения здорового образа жизни.

Подцелями вышеуказанных направлений являются:

1) формирование у населения идеологии здорового образа жизни, укрепление физического и духовного здоровья населения;

2) развитие здоровьесберегающих технологий, первичной медицинской профилактики и социальной медицины;

3) уменьшение вероятности и рисков первичной заболеваемости и болезненности населения.

Ключевые направления развития системы народосохранения

Они вытекают из Указа Президента РФ от 7 мая 2018 г. «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» и проектов (программ) по следующим направлениям:

- демография;

- здравоохранение.

Представляется, что следовало бы провозгласить одним из приоритетов государственной политики сохранение и укрепление здоровья населения - это формирование здорового образа жизни и повышение доступности и качества медицинской помощи.

Президент Российской Федерации В. В. Путин на заседании Совета при президенте по стратегическому развитию и приоритетным проектам (март 2017 г.) в части формирования здорового образа жизни сказал: «За последние годы удалось добиться существенных изменений к лучшему, и ключевой показатель – это, безусловно, рост продолжительности жизни: он сегодня составляет почти 72 года. Создана эффективная система охраны материнства и детства, значительно обновлена материально-техническая база медицинских учреждений, широкое развитие получила высокотехнологичная медицина.

Мы, безусловно, должны и дальше идти вперед. Есть все возможности для того, чтобы к 2025 году увеличить продолжительность жизни в России до 76 лет, значительно снизить

связанных с этим обстоятельством рисками. В частности, по данным BRGA Mutations Cancer Risk and Genetic Testing/National Institute of Cancer 2018, точность расшифровки составляет от 6 до 12 тыс. ошибок на геном, при этом повторные результаты сохраняет расхождение до 1/3.

смертность в трудоспособном возрасте. Конечно, мы должны смотреть и на длительную перспективу, использовать потенциал отечественной науки и добиваться прорывных результатов в сфере генетики, персональной и биомедицины, обработки больших данных, обеспечить практическое применение передовых разработок на всех уровнях здравоохранения.

И еще одно. Важно не только качество лечения, но и профилактика заболевания, популяризация здорового образа жизни. Здесь также нужно продолжать активную работу»[58].

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» были определены следующие основные цели:

- укрепление здоровья граждан;
- повышение доступности и качества медицинской помощи;
- развитие первичной медицинской помощи;
- возрождение профилактического направления в здравоохранении;
- обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Подцелями является формирование у населения идеологии здорового образа жизни, укрепление физического и духовного здоровья населения.

С точки зрения исследования здоровья, формирования здорового образа жизни в контексте экономических и социальных трансформаций, можно выделить следующие положения и тезисы:

Если снизить коэффициент смертности трудоспособного населения с 2008 по 2020 г. в 2 раза, то в России сохранятся жизни около 2 млн. человек. Дополнительный вклад в ВВП этих людей за указанный период суммарно составит более одного трлн. руб., а снижение числа дней нетрудоспособности сократится на 25% (с 361 млн. до 270 млн. дней в году). Это обстоятельство позволит увеличить ВВП в размере более 1,2 трлн. руб.

Продление активного трудового возраста мужчин и женщин после наступления пенсионного возраста позволит внести еще дополнительный вклад в ВВП страны. Продление возраста выхода на пенсию особенно важно для наукоемких и инновационных отраслей экономики, где требуются высокообразованные и высококвалифицированные рабочие, инженеры и научные кадры.

Исходя из этого, можно рассчитать рентабельность или окупаемость вложений в сферу здравоохранения. Специалисты Минздрава считают, что эффект от вложений в здравоохранение составит на каждый вложенный рубль три рубля ВВП России.

[58] URL: www.kremlin.ru (дата обращения: 15.10.2018).

Формирование конкурентной среды системы здравоохранения

В современных условиях модернизации системы здравоохранения Российской Федерации крайне актуальной остается проблема поиска модели национальной системы здравоохранения, адекватной современным реалиям общества.

Именно в свете такого стратегического направления в настоящем исследовании представляется ряд тезисов, раскрывающих тему, заявленную в названии.

Прежде всего, необходимо условно охарактеризовать сегодняшнее состояние отечественной системы здравоохранения с точки зрения объективной реальности, не позволяющей на данном этапе развития общества и государства реализовать желаемые принципы маркетинговых взаимоотношений в условиях формирующегося рынка медицинских услуг.

Как известно, рыночная экономика не мыслится без таких понятий как «конкуренция» и «конкурентоспособность».

Основными факторами низкой, порой, абсолютно отсутствующей конкурентоспособности в современной системе здравоохранении России являются:

- революционный переход от административно-плановой системы социалистического здравоохранения к неуправляемому процессу становления маркетинговых отношений в условиях эволюционного формирования рынка медицинских услуг;

- консервативная форма собственности медицинских учреждений, неопределенность становления и развития малого предпринимательства в существующей системе здравоохранения, не соответствующей действию классических экономических законов и условиям конкуренции и конкурентоспособности;

- отсутствие современных менеджеров в системе общественного здоровья, способных грамотно решать организационно-технические и экономико-управленческие проблемы и задачи лечебного учреждения, функционирующего в новых экономических условиях развития общества и государства;

- отсутствие в медицинских образовательных программах (как правило) курсов управления конкуренцией в здравоохранении;

- неоправданная осторожность реализации методов научного планирования (системного анализа, прогнозирования, оптимизации медицинской деятельности и пр.) в условиях формирования рынка медицинских услуг;

- отсутствие политической воли в реализации обоснованных управленческих решений по доведению до логического внедрения в учреждениях здравоохранения современных механизмов, методов и форм постоянного повышения качества медицинской помощи.

В проблеме построения и управления конкурентной средой производства и потребления медицинских услуг следует понять

негативную роль стимулов в системе здравоохранения, способствующих созданию условий отсутствия либо непродуктивной конкуренции.

Некоторые факторы, порождающие обозначенную проблему и не позволяющие в принципе сформировать конкурентную среду в медицине, приведены ниже.

Многоуровневая система потребителей (посредников) медицинских услуг: государство (программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи); федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ОМС) (ограничения объемов медицинских услуг в соответствии с финансовыми возможностями страховщиков); страховые медицинские организации (в российской модели обязательного медицинского страхования – прямая финансовая зависимость от территориальных фондов ОМС); пациенты (относительное включение потребителя медицинских услуг в систему активного влияния на качество медицинской помощи); администрации лечебно-профилактических учреждений (бюрократические директивно-командное регулирование взаимоотношений пациентов и медицинских работников); врачи (принятие решений о лечении своих пациентов и обеспечение этого лечения происходит в конкурентном и экономическом вакууме).

Противоречивые (порой антагонистические с точки зрения экономики) интересы субъектов сферы производства и потребления медицинских услуг.

Плательщики и посредники не несут конечной юридической ответственности за результаты лечения пациентов (суррогатные формы конкурентной борьбы перемещены в область взаимоотношений пациентов и плательщиков, что приводит к конфликту их интересов – плательщик выискивает всяческие способы для отказа по оплате дорогостоящих медицинских услуг, являясь, таким образом, не сторонником пациента, а его антагонистом).

Отсутствие для пациентов, врачей и плательщиков сколько-нибудь объективных показателей качества медицинской помощи. Невозможность установления однозначной взаимосвязи между ценой и качеством предоставленной медицинской услуги.

Специфическая характеристика пациента как потребителя медицинских услуг и отличающая его от потребителей иных (не медицинских) товаров и услуг - это своеобразный абсолютный приоритет сохранения жизни и здоровья, без обращения внимания на возможные расходы.

Отсутствие возможности и крайне недостаточная информированность пациентов о ценах на медицинские услуги у разных врачей. Определенная деликатность в вопросах получения подобной информации непосредственно у лечащего врача.

Все вышеперечисленное подводит исследовательскую мысль к мнению, что в современном состоянии отечественного здравоохранения (точнее – в формирующейся сфере производства и потребления медицинских услуг) отсутствует основополагающая системная структура и, следовательно, соответствующие отношения субъектов такой системы, позволяющие практически реализовать такой механизм повышения качества медицинских услуг, как конкуренция.

В обширной научной литературе, начиная с публикаций исследований Адама Смита до современных авторов, дается множество определений понятия сущности конкуренции в приложении к рыночной экономике. Значительно меньше исследований конкуренции в медицине.

По нашему мнению, конкуренция в здравоохранении - это состояние и процесс взаимоотношений субъектов производства и потребления медицинских услуг в рамках специфической цивилизованной формы соперничества между медицинскими работниками (врачами) по достижению наивысшей степени удовлетворения целевых потребностей пациента.

В сущности понятия «конкуренция» важен не сам термин, не степень точности определения данной категории, а понимание и осмысление некого процесса, функции взаимоотношений субъектов, взаимоотношений, приводящих к определенному положительному результату, характеризующему качество медицинской помощи по достаточному набору конкретно установленных и принятых параметров.

Конкуренция – это своеобразный внутренний механизм, объективная и необходимая функция жизнедеятельности и эволюции рынка медицинских услуг.

В конкурентоспособности, по нашему мнению, могут синтезироваться многие аспекты, стороны, факторы функционирования и развития учреждений здравоохранения и врачебных практик.

Вместе с тем конкурентная среда сама по себе не однозначна и противоречива.

Исследователи выделяют некоторые противоречия, возникающие при функционировании системы конкуренции в здравоохранении.

В частности, к отдельным из них могут быть отнесены:

- противоречие между системой стимулов в здравоохранении и фундаментальными законами конкуренции (высокие цены на медицинские услуги остаются даже при избыточном предложении);

- противоречие между дорогостоящими медицинскими технологиями и всеобщей доступностью в получении медицинской услуги;

- противоречие между реальным наличием пациентов и высокой стоимостью медицинской услуги (без улучшения качества медицинской помощи);

- противоречие, в котором заключена сущность того, что действующая система стимулирования медицинского труда поощряет внедрение инноваций, увеличивает издержки либо повышает качество без соответствующего снижения стоимости медицинской услуги.

Сфера конкуренции подразделяется на определенные уровни. Логично выделение следующих условных уровней конкурентной среды в сфере производства медицинских услуг:

- конкурентоспособность страны, региона;

- конкурентная среда производителей медицинских услуг;

- конкурентная среда однопрофильных учреждений здравоохранения;

- конкурентная среда амбулаторно-поликлинических и госпитальных медицинских учреждений.

Конкуренция и конкурентоспособность – понятия универсальные для любого рынка товаров и услуг. Вместе с тем определенная отрасль хозяйствования накладывает специфические ограничения при формировании конкурентной среды либо оценки конкурентоспособности. Если конкурентоспособность товара потребитель либо эксперт способен оценить непосредственно, то оценка услуги (в частности медицинской), как правило, производится опосредованно.

Некоторые особенности оценки конкурентоспособности медицинских услуг заключены в следующем:

а) объектом оценки является деятельность организации (лечебно-профилактического учреждения, врачебной практики и пр.), предоставляющей медицинские услуги;

б) оценка услуг связана с оценкой качества процесса и технологии обслуживания;

в) оценка деятельности медицинских работников непосредственно потребителем;

г) оценка временных характеристик предоставления медицинской услуги;

д) оценка предоставленной услуги по соответствию стандартов качества обслуживания (условия и культура обслуживания);

е) оценка и интегрирование субъективных мнений пациентов, получивших разовую медицинскую услугу.

Исходя из изложенного, следует заключить, что в эволюционном развитии системы здравоохранения Российской Федерации на этапе первых десятилетий XXI века в сфере предоставления медицинской помощи отсутствует как сама конкурентная среда производства и потребления медицинских услуг, так и реальные условия, позволяющие сформировать такую среду.

Наличие сферы конкуренции в условиях производства и потребления медицинских услуг, повышение конкурентоспособности лечебно-профилактических учреждений и медицинских практик особенно важны при перспективном развитии отечественной системы здравоохранения в условиях глобализации.

Создание условий конкуренции в системе здравоохранения, запуск механизмов цивилизованного соперничества между врачами, наконец, управление конкурентоспособностью медицинских учреждений и врачебных практик – задачи, без осмысления и решения которых невозможны качественные изменения в теперешнем состоянии отечественного здравоохранения. С позиций системности и комплексного подхода конкурентные преимущества медицинских услуг обеспечиваются правовыми, профессиональными, технологическими, рыночными, научными, экономическими, организационными, психологическими и другими аспектами, а также их системным соотношением.

Поле привлекательной и умеренной конкуренции на рынке медицинских услуг может быть сформировано при выполнении ряда обязательных условий формирования конкурентной среды.

Выделяются следующие виды и уровни управления конкуренцией медицинских услуг.

Уровень пациента:

- право свободного выбора врача;
- обеспечение свободного доступа пациентов в медицинские учреждения и во врачебные практики;
- равный гарантированный доступ к выбору поставщиков медицинских услуг;
- защита прав пациентов;
- система медицинского страхования;
- система вневедомственного контроля качества медицинской помощи.

Врачебный уровень:

- лицензирование врачей;
- стандартизация медицинской деятельности;
- право лечебных учреждений и частнопрактикующих врачей зарабатывать и иметь прибыль;
- система фиксированных контрактных гонораров с предварительной оплатой;
- партнерские права медицинского персонала;
- открытый наём медицинских работников;
- принятие профессиональных этических норм.

Уровень медицинского учреждения:

- аккредитация медицинских учреждений;
- повышение качества стратегических управленческих решений;

- свобода приспособления функций и организационной структуры ЛПУ к динамичным рынкам медицинских услуг;
- свобода учреждений здравоохранения на самофинансирование и независимую деятельность;
- система непрерывного обучения кадров.

Научные, экономические и информационные задачи:

- научное обоснование моделей конкуренции в сфере производства и потребления медицинских услуг;
- экономические методы управления медицинскими учреждениями;
- свобода коммерческого инвестирования в сектор здравоохранения;
- информационная открытость рынка медицинских услуг.

Административно-управленческие и организационные мероприятия:

- демонополизация предоставления медицинской помощи;
- устранение административного разделения и вертикального интегрирования медицинских учреждений и служб;
- приватизация медицинских учреждений;
- интеграция служб первичной медико-санитарной помощи;
- реализация оптимальных и функциональных решений по реструктуризации учреждений и служб первичной медико-санитарной помощи;
- открытие ранее закрытых (ведомственных) медицинских учреждений для всех граждан.

Государственное регулирование:

- разработка законодательства, создающего условия, гарантии и стимулы для предпринимательства, конкуренции и структурной перестройки системы здравоохранения;
- переориентация новых программ и проектов в области здравоохранения с вертикально координированных учреждений на уровень центров первичной медико-санитарной помощи;
- регулирование конкурентной среды на рынках медицинских услуг;
- система адресных социальных гарантий в получении медицинской помощи отдельными категориями населения.

Создание условий формирования конкурентной среды в медицине, становление и развитие конкурентоспособности медицинских услуг и медицинского труда - эффективный инструмент на пути качественного изменения производственных отношений в самой отрасли здравоохранения и, самое главное, абсолютно необходимое условие формирования современных маркетинговых отношений между пациентом и врачом.

Маркетинговый сегмент здоровья рынка медицинских услуг

Формирование в современной отечественной системе здравоохранения маркетинговых отношений с приоритетом экономических критериев в оценке деятельности медицинского труда заставляет теоретиков и практиков здравоохранения, в определенной степени, по-новому взглянуть на проблему здоровья, его определения, параметрические составляющие и оценку.

В обыденном понимании каждый знает, что такое чувствовать себя здоровым. Мы говорим: «На этой работе я *потерял здоровье*», «Врач мне *вернул здоровье*», «*Здоровье нельзя купить* ни за какие деньги», «Он на много *здоровее* других» и пр. Каждый из нас порой неосознанно оперирует субъективной шкалой, по которой оценивается физиологическое и психическое состояние организма. На первый взгляд, все это должно говорить об объективной сущности здоровья, а следовательно, и объективных критериях его измерения.

Но, рассматривая категорию «здоровье» с точки зрения поиска научного определения, исследователи сталкиваются с определенными трудностями, не позволяющими до настоящего времени представить медицинской общественности общепринятого однозначного определения и метода измерения здоровья.

В XX столетии проблему определения “здоровья» как категории в основном рассматривали с позиций гносеологии; обосновывали, при прочих равных, функциональный подход к его определению, акцентировали внимание на медико-физиологической сущности здоровья и поиска качественных критериев отличия его от патологического состояния организма (болезни) .

В последнее десятилетие на первый план стали выходить вопросы, рассматривающие проблему изучения категории «здоровье» в связи с усилением социально-экономической сущности здравоохранения.

Современное понимание здоровья выходит за рамки рассуждений на морально-этические темы и является в большей степени экономической категорией. Утверждать подобное – еще не значит доказать правомочность экономической сущности здоровья, вскрыть его маркетинговую глубину. На современном этапе познания сущности здоровья необходимо определение места и роли обозначенного состояния (будь то у индивидуума либо населения в целом) в рамках производства и потребления медицинских услуг.

Возможное решение обозначенной проблемы видится при следующем методологическом подходе.

Как известно, любой рынок характеризуется определенными сегментами, т.е. совокупностью характерных относительно однородных нужд, потребностей и спроса. Исходя из этого, правомерно говорить и о сегментировании рынка медицинских услуг,

с выделением на этом рынке, в частности, *маркетингового сегмента здоровья.*

Опираясь на подобный подход, представляется рациональным соотнести, с одной стороны, определенный сегмент рынка со специфическими функциями врачебного (медицинского) труда, с другой – охарактеризовать эти функции не только с точки зрения гуманитарной миссии здравоохранения (врачевания), но и придать видам и определенному набору медицинских услуг экономические характеристики, соответствующие конкретному сегменту рынка. Подобное сегментирование рынка здоровья представляется обоснованным именно с точки зрения экономической целесообразности, определенной унификации и, в частности, перспективного расчета рентабельности врачебной медицинской деятельности.

В доступной нам литературе не найдено научных разработок приемлемой классификация сегментов рынка медицинских услуг.

Известно, что для потребительского рынка товаров группы клиентов могут формироваться по следующим критериям: географическому, демографическому, психографическому, поведенческому и пр.

Чтобы быть полезным, с экономической точки зрения сегмент рынка должен обладать следующими пятью характеристиками.

1. Должна быть возможность его измерения, т.е. может быть получена информация по принципиальным параметрам потребителя.
2. Сегмент должен быть достаточно широким и/или условно рентабельным, чтобы для него стоило разрабатывать специфический план маркетинга.
3. Возможность доступа, т.е. лечебно-профилактическое предприятие должно иметь возможность эффективно осуществлять свои выгодные усилия в поле выбранного сегмента.
4. Сегмент должен быть действительно специфичным, т.е. отличаться один от другого с точки зрения установленных переменных.
5. Должна быть возможность выполнения лечебно-профилактическим предприятием своего условно выгодного плана.

Специфической особенностью маркетингового сегмента здоровья на уровне системы здравоохранения является сущность и характеристика медицинских услуг, направленных на сохранение и поддержание состояний относительно здорового организма (иммунопрофилактика, диспансеризация и пр., т.е. профилактика заболеваний в широком смысле слова).

Кроме того, необходимо учитывать, что полное удовлетворение нужд потребителей в маркетинговом сегменте здоровья в большей степени связано не с врачебной медицинской деятельностью, а определяется другими индивидуальными, природными и социально-экономическими факторами.

Необходимо заметить, что расширение маркетингового сектора здоровья в конечном итоге сокращает потребности и спрос на медицинские услуги, в частности связанные с болезнями, т.е. сужает предложения по продаже определенных специфических видов медицинских услуг в других секторах рынка здоровья.

Учитывая все это, в поле рыночного многообразия продажи и покупки медицинских услуг, медицинская помощь, направленная на поддержание здоровья, на удовлетворение потребностей по повышению «качества жизни», в современном цивилизованном обществе может и должна характеризоваться высокоэкономической степенью рентабельности. В современных условиях в структуру тарифа таких медицинских услуг, по существу, могут и должны быть заложены экономические издержки медицинского производства, возможные в других сегментах рынка здоровья, например в «маркетинговом сегменте жизни» и «маркетинговом сегменте болезней».

Решение обозначенных проблем и противоречий на рынке медицинских услуг – насущная необходимость современного этапа в развитии систем здравоохранения.

Как показывают исследования, все больше прежние, в основном описательные, статистические и пр., методы изучения и оценки здоровья населения наполняются современным содержанием, при котором используется достаточно высокая степень формализации изучаемого явления, а элементы таких систем относительно просто должны описываться квалиметрическими параметрами, сопоставимыми с экономическими оценками. Возникает насущная необходимость поиска своеобразных единиц, при помощи которых возможно было «измерить» здоровье.

По нашему мнению, такие направления в здравоохранении, как «качество жизни» и «концепция человеческого капитала», объективно подтверждают потребность в определенной степени формализованных методах оценки здоровья. Вместе с тем эти концепции лишь приближают нас к получению желаемого инструментария, с помощью которого можно было с высокой степенью формализации измерять, описывать, давать объективную оценку и прогнозировать с высокой долей вероятности здоровье как индивидуума, так и населения в целом.

2.4. Особенности развития здравоохранения во Владимирской области

Категорию и сам процесс функционирования здравоохранения следует понимать, с одной стороны, как процесс создания и постоянного совершенствования благоприятных материальных, социально-экономических и культурных условий для жизни людей. С другой стороны - это процесс применения и использования лучших достижений медицинской науки для профилактики и лечения

человеческого организма от различных заболеваний. В плане охраны здоровья должны быть задействованы медицинская наука и практика, медицинский персонал, лечебные учреждения, предприятия и организации, производящие лекарственные препараты, санаторно-курортные и реабилитационные учреждения, именно они должны составлять основу кластерных формирований.

Таким образом, формирование политики «охраны здоровья» должно строиться с точки зрения совокупности базисных (экономических и социальных) и институциональных отношений. Это предполагает взаимодействие организационно-экономических и институциональных механизмов, органического единства факторов государственного регулирования и самоорганизации субъектов в медицинской сфере.

Заявленная Президентом РФ В. В. Путиным политика оздоровления нации[59] предполагает полиметодологический подход.

Для формирования и реализации такой политики требуется осуществить решение задач, связанных с удовлетворением потребностей населения в медицинских услугах и лекарственном обеспечении, в том числе будущих, настоящих, на каком качественном уровне удовлетворяются потребности. Эти проблемы носят комплексный характер, поэтому предполагается их формализация, в том числе взаимодействие частной медицины с бюджетным финансированием и страховой медициной.

Успешное функционирование системы здравоохранения в условиях новых экономических отношений требует активного использования принципиально новых форм и методов управления, адекватных сути смешанной экономики: формирование рыночных отношений с учетом государственного участия.

Без решения задач по совершенствованию системы лекарственного обеспечения, особенно в сегменте амбулаторного, приведению тарифов на оплату медицинской помощи в соответствие со своевременными клиническими рекомендациями, увеличению объемов помощи – добиться здоровьесбережения населения или народосохранения как в отдельно взятом регионе, так и в масштабе страны невозможно.

В Российской Федерации предусмотрен комплекс мер по снижению смертности от наиболее распространенных заболеваний, в том числе новообразований и сердечно-сосудистых. В федеральный бюджет начиная с 2019 года заложен трансферт Федеральному фонду обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение оказания медпомощи больным с онкозаболеваниями: в 2019 г. - в размере 70, в 2020 г. - 120, в 2021 г. – 140 млрд. рублей.

[59] Путин В. В. Послание Федеральному Собранию // Рос. газ. - 2019. - № 38 (7796).

Реализация национального проекта в сфере здравоохранения в свете Указа Президента РФ от 12 мая 2019 г. № 204 предполагает решение конкретных проблем по здоровьесбережению населения.

Для достижения поставленных целей, с нашей точки зрения, необходимо проведение мероприятий, направленных на расширение гарантий граждан в области амбулаторного и лекарственного обеспечения, а также на решение структурных проблем в управлении отечественным здравоохранением.

Во Владимирской области разработана и утверждена программа «Развитие здравоохранения» на период 2013-2020 годов. (постановление Губернатора Владимирской обл. от 30.04.2013 № 494 с дополнениями и изменениями). В 2018 г. в свете Указа Президента РФ № 204 от 12 мая 2018 г. внесены изменения и дополнения в программу «Развитие здравоохранения», которая рассчитана на 6 лет - до 2024 года[60]. Анализ реализации программы показал организационные недостатки в этой сфере. Одной из причин этого выступает неудовлетворительная координация действий органов управления здравоохранением во Владимирском регионе и субъектов обязательного медицинского страхования, ослабление функций стратегического и текущего планирования в их деятельности. В целом для эффективного ответа на имеющиеся вызовы в системе здравоохранения предпринимаемых мер пока недостаточно.

В рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» предусмотрены региональные проекты, входящие в национальный проект, см. табл. 2.

Таблица 2

Региональные проекты, входящие в национальный проект «Здравоохранение» во Владимирской области

	Наименование проекта	Объем финансирования (млн. руб.)
1.	Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи	352,17
2.	Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями	178,29
3.	Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры	224,46
4.	Борьба с онкологическими заболеваниями	382,46
5.	Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами	318,39
6.	Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе ЕГИСЗ	130,49
	Итого	1586,26

[60] URL: http://vladimir.tpprf.ru/ru/news/268793/ (дата обращения: 20.02.2019).

На 2019 год предусмотрено финансирование проекта в размере: из областного бюджета – 132,8 млн. руб., из федерального – 219,37 млн. руб.

В ходе анализа выявлены тенденции к изменению основных характеристик здоровья населения и системы здравоохранения, проблемы, с которыми столкнулась данная отрасль в результате перехода к рыночной экономике. Программа предусматривает снижение смертности от болезней системы кровообращения и онкопатологии, продвижение здорового образа жизни, развитие службы скорой медицинской помощи, строительство и ремонт поликлиник, амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов). Реализация программы позволит увеличить продолжительность жизни населения региона за счет повышения качества и доступности медицинской помощи, увеличения охвата диспансеризацией и вакцинацией, открытия гериатрических отделений.

По данным представителей «Народного фронта», численность врачей во Владимирской области составляет всего 27,7 врача на 10 тыс. населения[61]. По этому показателю регион в 2018 г. находился на 3-м месте в антирейтинге. В. 2017 г. этот показатель был равен 29 специалистам на 10 тыс. населения, то есть за год произошло сокращение медицинских кадров[62]. С учетом частной медицины, численность врачей во Владимирском регионе, по данным Росстата, составляет (см. табл. 3):

Таблица 3

Основные показатели здравоохранения (на конец года) (данные Росстата по Владимирской области)

	2013	2014	2015	2016	2017
Численность врачей (чел.):					
Всего	4790	4752	4727	4706	4736
на 10000 населения	33,9	33,8	33,8	33,9	34,4
Численность среднего медперсонала:					
Всего	13070	12932	13830	13737	13563
на 10000 населения	92,5	92,0	99,0	98,9	98,4
Число больничных организаций	84	71	62	62	58
Число больничных коек:					
всего (тыс. ед.)	12,1	11,9	12,0	11,7	11,5
на 10000 населения (ед.)	85	85	86	84	83

[61] URL: https://zebra-tv.ru/novosti/jizn/vladimirskaya-oblast-v-liderakh-po-nekhvatke-vrachey/ (дата обращения: 20.02.2019).

[62] В департаменте здравоохранения Владимирской области, по данным ведомственной отчетности, в 2017 г. было привлечено дополнительно 300 специалистов.

Вышеприведенные данные свидетельствуют о том, что требуются совершенствование организационных структур (медицинских организаций), координация их деятельности и механизма оказания медицинской помощи. Официальные медицинские структуры заняли удобную позицию, заключающуюся в том, что все организационные недостатки пытаются списать на нехватку медицинского персонала. С учетом частной медицины, заявленной «острой нехватки специалистов» во Владимирской области нет. Есть структурные проблемы в части обеспеченности медперсоналом сельских медицинских учреждений и районных медицинских организаций, нехватки узких специалистов в отдельных территориях, связанные предельным (преклонным) возрастом врачей и их заменой (ротацией), низким уровнем профессионального мастерства отдельных врачей и среднего медперсонала.

Среди мер по привлечению медиков во Владимирскую область в департаменте здравоохранения выделяют:

- программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер», в рамках которых каждый врач получает единовременную выплату в 1 миллион рублей, а фельдшеры и акушеры – по 500 тысяч рублей;
- единовременную компенсационную выплату в размере 100 тысяч рублей молодым специалистам;
- ежемесячную компенсацию за наем жилых помещений врачам и медицинским работникам среднего звена;
- ежемесячную плату за содержание и ремонт жилья, услуг теплоснабжения (отопления) и энергоснабжения врачам и медицинским работникам среднего звена;
- выделение муниципального и служебного жилья;
- программу льготного ипотечного кредитования для медицинских работников.

В 2019 году во Владимирской области планируется построить 13 ФАПов за счет средств, которые выделяются из федерального бюджета. Кроме того, в 2020 году служба санитарной авиации региона должна быть оснащена вертолетом для экстренной госпитализации пациентов в ведущие областные и федеральные медицинские центры.

За время реализации проекта «Развитие первичной медико-санитарной помощи» планируется дополнительно приобрести 16 передвижных медицинских комплексов для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов, в которых живет до 100 человек. К 2024 году на территории области будут работать 29 мобильных медицинских комплексов.

В рамках подпрограммы «Борьба с онкологическими заболеваниями» будут организованы 5 центров амбулаторной онкологической помощи на базе Городской больницы города Гусь-Хрустальный, Александровской районной больницы, Центральной городской больницы города Коврова, Муромской городской больницы

№ 3 и Городской клинической больницы № 5 города Владимира. Эти лечебные учреждения получат современное лабораторное, рентгеновское оборудование. Областной клинический онкологический диспансер будет дооснащен оборудованием на сумму 1 млрд. рублей.

Подпрограмма «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» предусматривает переоснащение медицинских организаций городов Владимира (Областной клинической больницы и Городской больницы № 4), Коврова, Мурома и Александрова современным оборудованием на общую сумму более 1 млрд. рублей.

Анализ показывает, что имеющиеся ресурсы системы здравоохранения используются с низкой эффективностью.

Системное объединение государственного и предпринимательского секторов системы здравоохранения перспективно может быть обеспечено управленческими решениями в рамках интегрированной структурно-функциональной модели, предполагающей научно обоснованный процесс управления, который позволит сформировать организационное единство всех звеньев системы здравоохранения при многоукладности форм социально-экономических и корпоративных отношений.

В подпрограмму «Развитие детского здравоохранения» включены следующие показатели:

- снижение младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей);

- смертность детей в возрасте 0-4 года на 1000 родившихся живыми, промилле (0,1 процента);

- смертность детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детей соответствующего возраста, число случаев – 60;

- доля посещений детьми медицинских организаций с профилактическими целями, %, - 43;

- доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0-17 лет с впервые в жизни установленным диагнозом болезней органов пищеварения, %, - 60.

Это комплекс мер, направленных на формирование системы мотивации детей и их родителей к ведению здорового образа жизни, включая здоровое питание, защиту от табачного дыма, снижение потребления алкоголя.

Региональный проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения» направлен на создание к 2024 году условий для активного долголетия, качественной жизни граждан пожилого возраста, мотивации к ведению гражданами здорового образа жизни.

Для укрепления кадрового потенциала с 2019 по 2024 год 20 врачей-гериатров должны повысить свою квалификацию, также пройдут повышение квалификации 52 медицинские сестры по программе помощи людям старшего поколения.

В августе 2018 года на базе железнодорожной больницы города Коврова уже открылось первое в регионе гериатрическое отделение на 30 коек, работающее по системе ОМС.

Стационарная помощь по профилю «гериатрия» к 2021 году будет оказываться на базе Владимирского областного госпиталя ветеранов войн, Вязниковской районной больницы (пос. Никологоры). В 2022 году будет открыто отделение на базе Петушинской районной больницы в городе Костерево. А к концу 2024 года будет открыт гериатрический центр в Областной клинической больнице.

К 2020 году амбулаторная помощь по профилю «гериатрия» будет оказываться в Городской больнице №5 города Владимира, Центральной городской больнице города Коврова, Александровской районной больнице и Судогодской центральной районной больнице.

К концу 2021 года будет открыто 4 гериатрических кабинета в Собинской и Суздальской районных больницах, а также в Гусь-Хрустальной городской больнице и Муромской городской больнице №3. В 2022 году планируется открыть 4 кабинета врача-гериатра в Вязниковской, Гороховецкой и Петушинской районных больницах и в Городской больнице ЗАТО города Радужный. В 2023 году планируется открыть 4 кабинета врача-гериатра в Меленковской, Киржачской, Селивановской и Камешковской районных больницах.

Несмотря на принимаемые меры, по мнению депутатского корпуса, в сфере здравоохранения региона выделяются следующие первоочередные проблемы: платная диагностика и анализы, ограничения записи к врачу через сервис «Госуслуги». Например, к отоларингологу запись производится только в порядке живой очереди. Депутаты требуют сделать диагностики бесплатными в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В Областном перинатальном центре не хватает оборудования для акушерского стационара и штатных должностей заведующих в консультативно-диагностическом и акушерском отделениях и неонатологическом стационаре. А также недостаточно врачей, медицинских сестер и санитаров. Также там не выполняются предписания областной прокуратуры, которая требует открыть там специализированные отделения. Не ясно, есть там второй этап выхаживания недоношенных детей или нет. Из-за этого всего рожениц и новорожденных отправляют во взрослую и детскую владимирские клинические больницы.

Депутаты требуют оснастить стационар в соответствии с заявленными нормами, либо переименовать перинатальный центр в родильный дом.

В Областной детской клинической больнице отсутствует инфекционный корпус, а также запись на прием к врачу отоларингологу ведется за две недели. В микрорайоне Заклязьменский

в детской поликлинике в небольшом тесном помещении требуется ремонт.

В детской поликлинике в Энергетике наблюдается дефицит специалистов, нужен ремонт. В Городской клинической больнице скорой медицинской помощи низкая квалификация отдельных фельдшеров.

В горбольнице № 2 города Владимира плесень на стенах, нет косметического ремонта и электронной очереди, в стационаре тараканы, за переработку часов предлагают отгулы, во время которых другая медсестра несет двойную нагрузку без доплаты.

В Юрьевце в больнице № 6 не хватает терапевтов и узких специалистов, потому что микрорайон постоянно растет. В Оргтруде в больнице нет специалистов, закрываются стационары.

Роль профилактики в системе сохранения здоровья

Одной из важнейших качественных характеристик той или иной цивилизации или государственного устройства является здоровье населения и продолжительность жизни. Разница между наивысшей возможной и фактической величиной средней продолжительности жизни составляет величину «недожития», которую можно объяснить невысоким уровнем жизни, состоянием окружающей среды и положением в экономике.

По заключению отечественных специалистов, в России, в силу сложившихся обстоятельств, за последние четверть века (переход на модель рыночной экономики) состояние здоровья населения наряду с социальными условиями преимущественно определялось культурой питания и качеством окружающей среды.

Изменение факторов, формирующих среду обитания человека, приводит к нарушениям состояния здоровья и снижению продолжительности жизни населения. Между здоровьем человека и экологическим состоянием территории существует корреляционная связь. Снизить уровень заболеваемости от негативного влияния экологических рисков можно через систему профилактических мер.

Среди традиционных методов, используемых медицинской географией, широко используется сравнительный метод, или сопоставление различных географических процессов и явлений применительно к здоровью населения. Медико-экологическая оценка может трактоваться как научно обоснованное определение роли и степени интенсивности воздействия того или иного фактора и среды конкретной территории или их сочетания на уровень здоровья населения, на характер распространения различных заболеваний с целью организации профилактической работы.

Профилактика (происходит от греческого *prophylaktikos* – предохранительный) в медицине – это система мер по предупреждению

болезней, сохранению здоровья и продлению жизни человека. Выделяют следующие виды профилактики:

- местная;
- общая;
- индивидуальная;
- общественная;
- первичная;
- вторичная;
- третичная.

В последние десятилетия остро дискутируются вопросы методологии и принципов первичной профилактики широко распространенных хронических неинфекционных заболеваний, в том числе обусловленных негативных влиянием плохой экологии. Это язвенная болезнь, рак легкого и ишемическая болезнь сердца и др. Клиническая медицина без достаточного методологического обоснования рекомендует осуществлять первичную профилактику распространенных хронических неинфекционных заболеваний путем коррекции модифицируемых факторов риска.

Общеизвестно, что профилактический принцип отечественного здравоохранения, служивший примером для подражания во всех странах мира до перестройки в 90-е годы прошлого века социально-экономической политики Российского государства, так и не завоевал статус приоритетного. Сегодня, как никогда, нужен реальный приоритет первичной профилактики, необходимо переходить от лозунговой, рекламной профилактики к методологически обоснованной стратегии массовой первичной профилактики, заложенной ещё российской земской медициной и доказавшей высокую эффективность в деле массового предупреждения развития и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний.

Несовершенство профилактической деятельности отечественной системы здравоохранения уже привело к резкому ухудшению здоровья населения России, а соответственно и к увеличению финансовых, материальных и социальных затрат на те виды медицинской помощи, которые фактически обеспечивают только поддерживающую терапию.

Одной из немаловажных причин несовершенства отечественной системы здравоохранения, по нашему мнению, является отсутствие единой методологически обоснованной концепции первичной массовой профилактики заболеваемости, смертности и инвалидизации населения.

Медицинская профилактика в системе отечественного здравоохранения находится в начальной стадии организации. В стране практически не организована профилактика в медицинской сфере по коррекции поведения различных групп населения с целью оздоровления.

Фактически медицинская профилактика в современном

представлении предполагает комплекс мероприятий, направленных на изменение образа жизни населения.

Однако стратегия медицинской профилактики, ограниченная рамками формирования здорового образа жизни, недостаточно полна с методологической точки зрения, так как образ жизни – это условие, т.е. пассивный причинный фактор. А первичная массовая профилактика, возможна только в том случае, если наличествует экологический паспорт территории, известны все очаги негативного воздействия экологических факторов на здоровье человека. Массовая первичная профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний осуществима за счет строгого санитарно-гигиенического контроля качества среды обитания в соответствии с действующими санитарными нормами и правилами.

Для этого требуется:

1) провести эколого-гигиеническое нормирование главного «пускового» причинного фактора;

2) организовать санитарно-гигиенический контроль за соблюдением эколого-гигиенических нормативов;

3) осуществлять необходимые меры по охране окружающей среды от загрязнения.

В соответствии с нормативными документами эти мероприятия возлагаются на санитарную службу Роспотребднадзора. У этой службы, в качестве основных функций выступает процесс «здоровье↔болезнь». Следует восстановить систему санитарно-эпидемиологического надзора, доказавшую свою эффективность в первичной профилактике инфекционных и паразитарных болезней человека и животных.

Рыбина С.Н. исследовала влияние природных и техногенных факторов на состояние здоровья населения Владимирской области[63].

В рамках своего исследования она осуществила комплексную медико-экологическую оценку и районирование территории Владимирской области и отдельных районов с целью выявления как наиболее неблагополучных, так и комфортных зон для разработки научно обоснованной политики социально-экономической защиты населения.

Решение этой проблемы весьма актуально и для промышленного развития Владимирского региона, где подобные комплексные исследования ранее не проводились, но в то же время уже более 20 лет наблюдается опережающий рост смертности по сравнению с общероссийскими показателями (в том числе и детской) и снижение темпов роста в экономике и продолжительности жизни.

В результате проведенного исследования С. Рыбиной определены:

---

[63] Рыбина С. Н. Влияние природных и техногенных факторов на состояние здоровья населения Владимирской области: автореф. дис. … канд. биол. наук. – М. : РУДН, 1999.

- ранжирование территории Владимирской области по комплексу природно-климатических факторов с определением комфортности среды для проживания и здоровья населения;

- взаимосвязи между гидрогеохимическими параметрами среды и рядом нозологий у населения региона;

- влияние качества питьевой воды на характер стоматологических заболеваний взрослого и детского населения.

Государственные профилактические программы по сохранению и укреплению здоровья населения Владимирской области

Таблица 4

Самооценка состояния здоровья в зависимости от возраста

Возрастные группы	Состояние здоровья				
	Очень хорошее	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Очень плохое
15 - 19	3,5	35,6	49,0	10,7	1,2
20 - 24	12,8	66,3	19,7	1,0	0,1
25 - 29	11,6	67,3	24,3	1,2	0,2
30 -34	7,5	66,8	31,1	1,3	0,3
35 - 44	5,9	61,1	42,6	1,8	0,3
45 - 54	3,5	50,9	61,8	6,2	0,5
55 - 59	1,7	29,8	70,6	10,9	0,8
60 – 69	0,9	16,9	71,6	17,9	1,1
70 и старше	0,3	9,1	50,8	39,9	6,2

С давних времен сохранилась старинная заповедь – болезнь легче предотвратить, чем лечить. Для того чтобы не только медицинские работники были заинтересованы в сохранении здоровья граждан, государство и его органы на местах должны создавать условия для развития профилактики, понятную и убедительную систему мотивации граждан сохранять свое здоровье, здоровье своих детей. К этой работе необходимо привлекать и работодателей. Только информирование, обучение и убеждение населения смогут обеспечить желаемый результат.

Каждый житель Владимирской области должен сознавать: главная ответственность за свое здоровье лежит именно на нем. Это обстоятельство приобрело особое значение в условиях ограниченного доступа к отдельным медицинским услугам. Нужна многофакторная мотивация каждого человека, чтобы он озаботился состоянием своего здоровья. Следует также предпринять необходимые меры для

сохранения и укрепления собственного здоровья, продления активной трудовой и творческой жизни.

Осознавая свою ответственность за сохранение и укрепление здоровья жителей нашего региона, профессионально понимая глубину и последствия этой проблемы, с нашей точки зрения, заслуживает внимание обращение представителей Врачебной палаты региона к руководителям муниципальных образований, населению Владимирской области в части проекта «Владимирская область – территория здорового образа жизни». В рамках этого проекта разработан «золотой стандарт здоровья жителя Владимирской области», которым следует руководствоваться для достижения оптимальных параметров здоровья.

С 1 декабря 2009 года в Российской Федерации, в том числе и во Владимирской области (ул. Нижегородская, д. 163), открыты новые медицинские учреждения – Центры здоровья – в целях реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребление алкоголя и табака. Создание Центров здоровья регламентировано приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 597 от 19 августа 2009 года «Об организации Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

Центр здоровья создается на базе государственных учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждений здравоохранения муниципальных образований, включая учреждения здравоохранения для детей. Работу Центра здоровья, осуществляемую по 2-сменному графику в часы работы ЛПУ, возглавляет заведующий, назначаемый и освобождаемый от должности руководителем ЛПУ, в составе которого организован Центр.

Структурами здравоохранения, обеспечивающими профилактику заболеваний, сохранение и укрепление здоровья населения, являются:

- отделение (кабинет) медицинской профилактики медицинской организации;
- врачебно-физкультурный диспансер;
- Центр медицинской профилактики;
- Центр здоровья.

Основными направлениями деятельности таких центров являются:

- организация и проведение мероприятий в области гигиенического воспитания и обучения населения;
- обеспечение организационно-методического руководства и координации (в том числе и межведомственной) деятельности муниципальных ЛПУ по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья населения;

- информационное обеспечение лечебно-профилактических учреждений и населения по вопросам профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья населения;

- участие в реализации городских, областных и национальных целевых программ по вопросам профилактики заболеваний и укрепления здоровья;

- участие в проведении подготовки медицинских работников и специалистов других ведомств (работников системы образования) по актуальным проблемам профилактики заболеваний, охраны и укрепления здоровья населения;

- организация и проведение массовых профилактических мероприятий.

Правила организации деятельности отделения медицинской профилактики[64].

1. Отделение организуется в медицинской организации (ее структурном подразделении), оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Отделение профилактики включает в себя следующие структурные подразделения:

- анамнестический кабинет;
- кабинет функциональных (инструментальных) исследований;
- кабинет пропаганды здорового образа жизни;
- кабинет централизованного учета ежегодной диспансеризации;
- кабинет медицинской помощи при отказе от курения.

Основными функциями отделения являются:

- участие в организации и проведении диспансеризации;

- участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров;

- раннее выявление заболеваний и лиц, имеющих факторы риска развития заболеваний;

- контроль и учет ежегодной диспансеризации населения;

- подготовка и передача врачам медицинской документации на больных и лиц с повышенным риском заболеваний для проведения дополнительного медицинского обследования, диспансерного наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий;

- санитарно-гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни (борьба с курением, алкоголизмом, избыточным питанием, гиподинамией и другие).

[64] Приложение № 7 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н.

Глава 3. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ

3.1. Сущность и содержание демографической политики

Демографическая политика – это целенаправленная деятельность государственных органов и иных социальных институтов в сфере регулирования воспроизводства населения, призванная сохранить или изменить тенденции динамики его численности и структуры. Иными словами, это политика, воздействующая на процессы рождаемости, смертности, брачности, разводимости, на возрастную структуру населения. В широком смысле демографическую политику иногда отождествляют с политикой в области народонаселения, а в узком рассматривают как одну из ее составляющих. Она тесно связана с социальной и экономической политикой, но имеет свои особенности. В качестве ее объекта могут выступать страны, отдельные районы, а также отдельные группы населения.

История демографической политики восходит к временам глубокой древности. Она нашла отражение во многих правовых и законодательных актах древности, особенно в случаях перенаселения стран или, напротив, больших людских потерь. В средние века, в условиях повышенной смертности из-за войн и эпидемий, некоторые демографические меры, большей частью стихийные, были направлены на сохранение высокого уровня рождаемости. В новое время первой страной, где демографическая политика, стимулировавшая рождаемость, получила вполне отчетливое оформление, была Франция. Затем такую политику стали проводить некоторые другие страны Европы. В последующем ее отчасти сменила политика, направленная на сдерживание темпов прироста населения. Такая же смена приоритетов – в зависимости от фазы демографического перехода – характерна и для новейшего времени.

Наибольшее развитие и распространение демографическая политика получила во второй половине XX в. Многие политики и ученые увидели в ней едва ли не главное средство сдерживания или ускорения роста населения в зависимости от ситуации в стране.

Настоящая работа направлена на необходимость решения методологических, теоретических и практических проблем совершенствования демографической политики регионального уровня за счет создания необходимых условий, возможностей и механизмов мобилизации внутренних резервов территории.

Опираясь на концепцию системного подхода, демографические проблемы и демографическую политику регионального уровня необходимо рассматривать в неразрывной связи с объективными характеристиками эволюции народонаселения в целом, научно обоснованными методами воспроизводства человеческой популяции, в

неразрывной связи с политическим, социально-экономическим развитием общества, конкретными управленческими решениями в области демографической политики и пр.

В историческом плане демографическая проблема волновала умы многих ученых. Не углубляясь в исторический экскурс, мы выделим несколько направлений.

1. Введение в демографическую науку понятия «стационарного населения» (ввел английский ученый Э. Галей в конце XVII в.)[65].

2. Эволюционная демографическая теория Р. Пресса[66].

3. Использование математического аппарата при моделировании демографических процессов (А. Лотка, Ф. Шарп и др.).

4. Связь демографических процессов с экономическим развитием (Р. Харрод и Е. Доммар, Мюрдель и др.).

Из советских и российских ученых по решению задач демографического характера следует выделить труды Б. Урланиса, В. Борисова, Г. Брынцева, А. Волгина, Ф. Игебаевой и др.

К числу основных научных результатов, определяющих **новизну** настоящего исследования, относятся следующие.

Население – основное богатство любой страны, без него жизнь государства невозможна. Но на протяжении уже нескольких десятилетий демографические процессы, происходящие в нашей стране, имеют ярко выраженный негативный характер. Во второй половине первого десятилетия XXI века произошло некоторое улучшение демографической ситуации в России по основным демографическим показателям.

В России реализуются различные социальные программы, направленные на поддержку населения, на увеличение рождаемости, сокращение смертности и улучшение здоровья нации. За период 2010-2016 гг. наблюдался процесс небольшого прироста населения Российской Федерации. Это стало свидетельством стабилизации общей экономической и социальной ситуации в стране, эффективности проводимой демографической политики, постепенного улучшения уровня здравоохранения. Однако в последующем эта положительная тенденция к приросту населения изменила вектор. Численность населения России стала снижаться, в основном за счет естественной убыли населения, а прирост происходит за счет увеличивающегося с каждым годом притока мигрантов.

---

[65] Модель стационарного населения предполагает совокупность людей, в которой неизменны интенсивность рождений и порядок вымирания при отсутствии миграции. Следовательно, она предполагает равенство рождений и смертей, т.е. естественный прирост, равный нулю, а численность населения отдельных возрастных групп постоянную. Такая модель не имеет аналогов ни в одном известном обществе.

[66] Его перу принадлежит книга «Народонаселение и его изучение».

По мнению Президента Российской Федерации В.В. Путина, «Россия вошла сейчас в очень сложный демографический период. Рождаемость, как вы знаете, снижается. Уже говорил, что причины здесь чисто объективные. Они связаны с теми огромными людскими потерями, провалами, которые понесла наша страна в XX веке, во время Великой Отечественной войны и в драматичные годы после распада СССР. Но это не значит, что мы должны принять такую ситуацию, смириться с фактом. Конечно, нет. Мы смогли переломить негативные демографические тенденции в начале 2000-х годов, а тогда страна была в очень сложном положении, тогда казалось, что это вообще сделать невозможно. Но мы это сделали, и убеждён, что вновь способны это сделать: на рубеже 2023-2024 годов добиться возобновления естественного прироста населения»[67].

По предварительным данным Росстата о численности населения, в России убыль населения составила 87 тыс. человек. При этом т.н. естественная убыль прогнозируется в пределах 200 тыс. человек, часть которой компенсировал миграционный прирост, но не до конца, как видно по общим цифрам.

В рамках общей безрадостной картины начавшегося длительного периода вымирания российского народа, а вымирание отдельно взятого русского народа и не прекращалось все эти 27 постсоветских лет, полезно взглянуть отдельно на ситуацию по регионам и федеральным округам. Начнем с Центрального (ЦФО).



Источник: URL: burckina-new.livejournal.com.

Рис. 8. Динамика численности населения в ЦФО в 2018 г. (тыс. чел.)

[67] Путин В. В. Послание Федеральному Собранию // Рос. газ. – 2019. - № 38 (7796).

Из рисунка 8 видно, что во всех регионах наблюдается сокращение численности населения, кроме Москвы и Московской области. Причина такого положения тоже предельно понятна: молодежь и мигранты едут туда, где есть работа и деньги. Где работы и денег нет - там вымирание.

Следуя этой логике, в соответствии с прогнозом Госкомстата Российской Федерации, численность населения России к 2050 году снизится и достигнет отметки в 100 млн. человек.

Проблемы рождаемости и смертности в России

Расширенное воспроизводство населения начинается с коэффициента 2,16. В России общий коэффициент рождаемости составляет, по данным Росстата, (2017 г.) 1,777. По уровню рождаемости наша страна находится в середине списка высокоразвитых стран. У многих государств (Скандинавские и др.) коэффициент рождаемости составляет 1,3-1,5. Однако у них на порядок ниже смертность, в среднем – 9 человек на 1000 человек населения, в России этот показатель в отдельных регионах превышает 13 человек. Анализ государственного регулирования рождаемости за рубежом показывает, что общие расходы на стимулирование рождаемости, по мнению А. Аганбегяна, должна быть не ниже 1% ВВП[68].

Считается, что причины высокой смертности населения зависят от уровня экономического и социального развития той или иной страны. Но в отношении России эта связь явно не просматривается. По уровню экономического развития Россия занимает 43-е место (ВВП на душу населения), по уровню социального развития – 45-е место, а по показателям смертности – на 90-м месте. В России смертность населения происходит от болезней системы кровообращения, онкозаболеваний. Высокие показатели смертности объясняются внешними причинами, алкоголизмом и др. факторами. По статистике, в России делают коронографию и устанавливают стенты в несколько раз меньше, чем в западных странах, так как не обследуют пациентов заранее.

По данным ВОЗ, на миллион жителей рекомендуется примерно тысяча операций шунтирования на сердце, в России в 3-4 раза меньше. В последние годы организована работа многих высокотехнологических центров, в том числе кардиологических, однако по причине недофинансирования оборудование в них простаивает.

[68] Аганбегян А. Г. Демография и здравоохранение России на рубеже веков. – М. : Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2019. С. 61.

3.2. Основные цели, задачи и методы реализации демографической политики

Цели демографической политики заключаются в формировании желательного режима воспроизводства населения, сохранении или изменении тенденций в области динамики численности и структуры населения, темпов их изменений, динамики рождаемости, смертности, семейного состава, расселения, внутренней и внешней миграции, качественных характеристик населения.

В развивающихся странах, еще находящихся на стадии демографического взрыва, основная цель демографической политики заключается в снижении уровня рождаемости и естественного прироста населения. Рождаемость уменьшается в результате санитарного просвещения, консультирования по вопросам планирования семьи, пропаганды преимуществ малодетной семьи, популяризации и распространении контрацептивов, а также стимулировании малодетности при помощи разного рода экономических и административных мер. Некоторые страны в качестве одной из таких мер не только допускают, но и всячески приветствуют добровольную стерилизацию мужчин и женщин.

Наиболее яркий пример осуществления демографической политики являют собой развивающиеся страны Азии. Там она охватывает подавляющее большинство жителей. В первую очередь это относится к странам с самой большой численностью населения — Китаю, Индии, а также к Индонезии, Пакистану, Бангладеш, Малайзии, Таиланду, Филиппинам. Однако в остальных частях развивающегося мира, в особенности в мусульманских странах, она пока еще получила незначительное распространение.

В большинстве экономически развитых стран, вступивших в полосу демографического кризиса, осуществляют демографическую политику, преследующую цель повышения коэффициентов рождаемости и естественного прироста. В первую очередь это относится к странам Европы.

В России, когда она была в составе Советского Союза, демографическая политика сводилась в основном к поощрению многодетности и осуществлению комплекса мер, обеспечивавших материальное и моральное стимулирование семьи. В конце 80-х годов, когда началось падение рождаемости и естественного прироста, эти меры были усилены и дополнены рядом новых мер по защите семей с детьми в связи с трудностями перехода к рынку. В новой, независимой, России разразился настоящий демографический кризис, и началась довольно быстрая убыль населения. Одной из причин и одновременно одним из следствий этого кризиса стало увеличение числа абортов, по общему количеству которых (3,5-4 млн. в год в первой половине, 2,5 млн. во второй половине 90-х годов) Россия занимает первое место в

мире. России необходима последовательная, четкая и научно обоснованная демографическая политика, которая позволила бы ей хотя бы возвратиться к простому воспроизводству населения. Именно такая «Концепция программы действий по выводу Российской Федерации из демографического кризиса» была подготовлена в конце 90-х годов. Эта концепция была рассчитана на срок до 2015 г.

Основные задачи демографической политики заключаются в следующем:

- повышение или понижение уровня рождаемости (в зависимости от демографической ситуации в стране);
- снижение уровня смертности;
- увеличение продолжительности жизни;
- укрепление семьи;
- оптимизация миграционных процессов.

Демографическая политика основывается на комплексе различных мер.

1. Экономические:

– оплачиваемые отпуска; различные пособия при рождении ребёнка, часто в зависимости от их количества;

– возраст и состояние семьи оцениваются по прогрессивной шкале;

– ссуды, кредиты, налоговые и жилищные льготы – для повышения рождаемости;

– преимущества для малодетных семей – для повышения рождаемости.

2. Административно-правовые:

– законодательные акты, регулирующие возраст вступления в брак, разводимость, отношение к абортам и контрацепции, имущественное положение матери и детей при распаде брака, режим труда работающих женщин.

3. Воспитательные, пропагандистские:

– формирование общественного мнения, норм и стандартов демографического поведения;

– определение отношения к религиозным нормам, традициям и обычаям;

– политика планирования семьи;

– половое образование молодёжи;

– гласность по вопросам половых отношений.

Особенность демографической политики заключается в воздействии на динамику демографических процессов не прямо, а через человеческое поведение, принятие решений в сфере брака, семьи, рождения детей, выбора профессии, сферы занятости, места жительства. Цели и системы мер по регулированию воспроизводства населения определяются господствующими идеологическими

концепциями, типом государственного управления, уровнем экономического развития и ресурсными возможностями, качеством жизни, культурными и религиозными нормами и традициями.

Следует особо подчеркнуть, что к проблемам воспроизводства населения, и в частности демографической политики, необходим системный подход, учитывающий как естественные закономерности эволюции человеческой популяции как биологического вида, так и социально-экономические факторы и активные методы разумного управления обозначенными процессами на всех уровнях общественного устройства начиная с личности, семьи, укладов, общественных институтов, государственных органов и др.

В конечном итоге, в исследовательской деятельности в области демографии предполагается вскрытие определенных закономерностей в процессах движения населения, установление связей между элементами и характеристиками, определяющими эти процессы, и построение вероятностной научно обоснованной модели равновесного соотношения всех возможных составляющих, в той либо иной степени характеризующих состояние, уровни и динамику демографических процессов в обществе.

Обозначенное методологическое направление настоящего исследования рассмотрено нами в главе «Демографические модели. Стационарное и стабильное население».

3.3. Демографический кризис в России. Основные тенденции к повышению эффективности демографической политики

Постперестроечный период в России ознаменовался демографической катастрофой, получившей название «русский крест». С 1987 г. по 1993 г. рождаемость в стране сократилась с 2 до 1,3 ребенка на женщину (или с 17,2 до 9,4 родов на 1000 чел.). С 1986 по 1994 г. смертность в России выросла с 10,4% (смертей на 1000 чел. в год) до катастрофического и аномального для сколь-нибудь развитых стран уровня 15%. В 1991-1992 гг. смертность сравнялась с рождаемостью, а вскоре и значительно превысила ее. Это означает убыль населения России, не компенсируемую иммиграцией. По европейским меркам уровень рождаемости в России нельзя назвать беспрецедентно низким, столь же низкая рождаемость наблюдается и во многих развитых странах Запада (да и не только Запада, в Гонконге она, например, 7,1% (родов на 1000 чел. в год), а в современной России - 10,5%). Однако уровень смертности в России (и некоторых других восточноевропейских странах) действительно аномально высок. Подобные показатели смертности (более 15%) встречаются только в пораженных ВИЧ странах тропической Африки.

Для анализа необходимо провести статистику о демографической ситуации в стране на 2018 год.

1. *Численность населения России на январь 2018-го с учетом Крыма*: 146 млн. 880 тысяч 432 гражданина (9-е место по численности в мире после Китая, Индии, США, Индонезии, Пакистана, Бразилии, Нигерии и Бангладеш).

Динамика численности населения России представлена на рисунке 9.

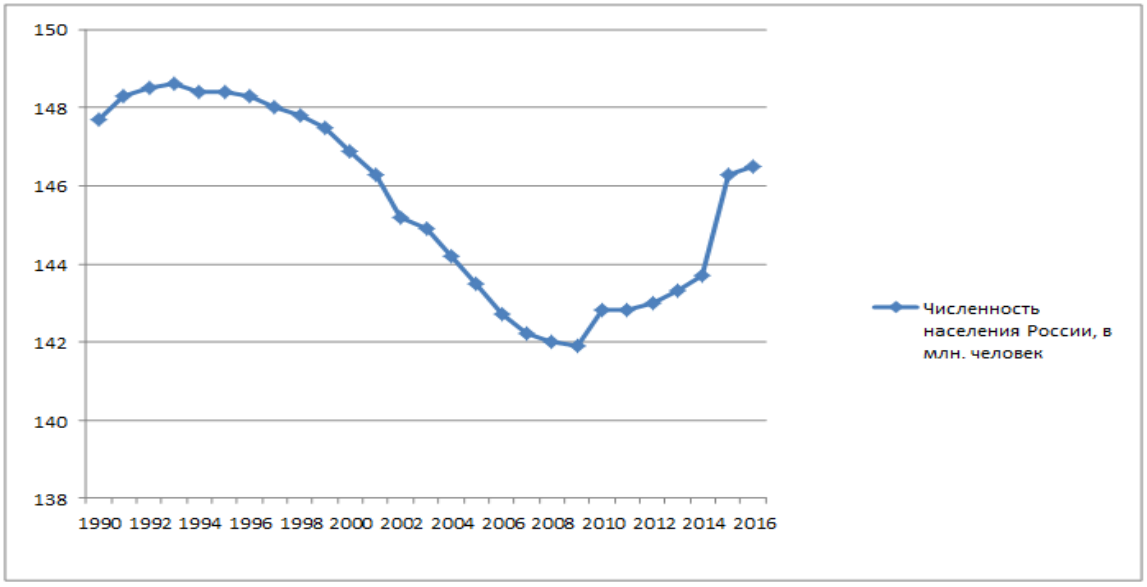


Рис. 9. Численность населения России 1990-2016 гг., млн. человек

2. *Количество мигрантов*, постоянно или большую часть года находящихся в РФ: около 10 млн. (по данным на 2016 год), из которых около 4 млн. находится в стране нелегально. Из них около 50% находятся в Москве или Питере.

3. *Распределение по «материковому» делению*: около 68% граждан проживают в Европейской части страны, с плотностью 27 человек на 1 км^2. Остальная часть проживает в Азиатской части страны, с плотностью 3 человека на 1 км^2.

4. *Распределение по типам населенных пунктов*: 74,43% живут в городах.

5. *Основные данные про населенные пункты*: 15 городов в РФ имеют численность более 1 млн., 170 городов – более 100 тысяч.

6. *Количество национальностей*: более 200. Основная часть – русские (81%), татары (3,9%), украинцы (1,4%), башкиры (1,1%), чуваши и чеченцы (по 1%), армяне (0,9%).

7. *Соотношение пенсионеров и работоспособных граждан*: 1:2,4 (то есть на 10 пенсионеров приходится 24 работающих человека). По этому показателю РФ входит в десятку худших стран. Для сравнения: в Китае он составляет 3,5 (35 работающих на 10 пенсионеров), в США – 4,4, в Уганде – 9.

8. *Разделение по полу* (по данным на 2016 год): около 67 млн. 897 тысяч мужчин и около 78 млн. 648 тысяч женщин.

9. *Разделение по возрасту*: пенсионеров – около 43 млн. (по состоянию на 2016-й), работоспособных – 82 млн. (по состоянию на 2018-й), детей до 15 лет включительно – около 27 млн., или 18,3% от общей численности граждан (по данным на 2017-й).

Немногочисленное превышение рождаемости над смертностью (естественный прирост) зарегистрировано только в 2013-2015 гг. Общее же число умерших и родившихся снижается. В 2017 году зафиксирована самая низкая рождаемость за последнее десятилетие (1,69 млн. детей).

Статистика смертности в России за 2017 год гласит, что число умерших превысило количество появившихся на свет на 8%. Для сравнения, статистика 2016 показала эту разницу всего в десятую долю процента.

С начала текущего года убыль населения идёт значительно быстрее, чем его воспроизводство. Но в то же время про смертность в России 2018-го статистика говорит обнадёживающе: она минимальна за последние четверть века. Тем не менее смертность в Российской Федерации до сих пор остается одной из самых важных проблем, которую необходимо решить.

Общественная дискуссия относительно демографического кризиса в современной России нередко идет в русле обсуждения перспектив приема мигрантов из ближнего и дальнего зарубежья либо мер по увеличению рождаемости. Проблема миграционной политики действительно важна, однако обсуждение ее не должно заменять собой дискуссию о поиске путей выхода России из демографического кризиса.

Можно выделить две основные группы гипотез относительно причин столь высокой смертности в нашей стране.

1. Чрезвычайно высокая смертность в России − результат ухудшения уровня жизни после распада Советского Союза: экономический кризис, низкий уровень медицины, неблагоприятная экологическая ситуация, неудовлетворенность жизнью, социальный стресс и т.д.

2. Основными фактором сверхсмертности россиян является высокий уровень потребления алкоголя и других наркотических токсичных веществ.

Попробуем проверить эти гипотезы, сопоставив их с имеющимися данными.

«Кризисные» гипотезы высокой смертности россиян

1. Экологический фактор.

Рассмотрим влияние экологического фактора. После распада Советского Союза, когда смертность россиян резко выросла до аномального уровня, в связи с глубоким кризисом промышленности

экологическая ситуация улучшилась. Так, объемы выбросов вредных веществ в атмосферу и окружающую среду в целом существенно сократились. Определенную положительную роль здесь сыграло и внедрение экологически более безопасных современных технологий. И все это происходило на фоне катастрофического роста смертности! Нет сомнения, что в ряде российских населенных пунктов неблагоприятная экологическая ситуация негативно сказывается на здоровье населения. Однако, в целом, очевидно, что улучшившаяся после распада Союза экологическая ситуация не является фактором, объясняющим феномен российской сверхсмертности 1990-х и 2000-х годов.

2. Кризис медицины.

Экономическая ситуация в стране, как правило, сильнейшим образом отражается на состоянии медицины и системы здравоохранения в целом. Ряд исследователей указывали именно на кризис российской медицины в качестве основного фактора катастрофической смертности в России. Однако «вопреки тому, что кажется очевидным, Россия избежала резкого снижения расходов на здравоохранение в 1992−1995 гг. Согласно двум независимым оценкам, их снижение, с учетом поправок на инфляцию, составило около 10%». Количество больничных коек и врачей на душу населения почти не уменьшилось. Таким образом, «обвала» не произошло.

Е. М. Андреев с соавторами сопоставили смертность от излечимых болезней в России и Великобритании и пришли к выводу, что если бы результативность российского здравоохранения была такой же, как в Великобритании, это увеличило бы продолжительность жизни российских мужчин на 1,7 года, а женщин − на 1,5 года. Однако разница между продолжительностью жизни россиян и британцев превышает 12 лет, а для мужчин − 16 лет. Следовательно, лишь небольшую часть российской сверхсмертности можно отнести на счет состояния российской медицины. Учитывая колоссальный разрыв между уровнем финансирования медицины в России и Великобритании, очевидно, что даже вливание в здравоохранение сотен миллиардов рублей сможет лишь в небольшой степени способствовать решению проблемы российской сверхсмертности (это, конечно, не значит, что российская система здравоохранения не нуждается в кардинальном совершенствовании и в том числе радикальном улучшении ее финансирования; это значит лишь, что одного этого для того, чтобы остановить процесс катастрофического вымирания России, совершенно недостаточно).

Состояние медицины должно отражаться, прежде всего, на новорожденных как наиболее слабых членах общества. Действительно, экономические кризисы, как начала 2000-х, так и 1998 г., приводили к определенному росту младенческой смертности. Однако следовавшее за этим оживление экономики немедленно благоприятно сказывалось на динамике младенческой смертности, что свидетельствует о

положительных изменениях в российской медицине. На этом фоне заметное снижение младенческой смертности после 1999 г. находится в разительном контрасте с продолжавшимся ростом общей смертности россиян.

Таким образом, практически все гипотезы, связывающие сверхсмертность россиян, прежде всего, с постперестроечным социально-экономическим кризисом, не выдерживают проверки. Чем же это может объясняться? Ведь связь между благосостоянием народа и продолжительностью жизни представляется самоочевидной.

3. Алкогольная гипотеза.

Между тем основные характеристики российской смертности указывают на алкоголь как ее важнейший фактор. Уже само распределение демографических показателей указывает на важность этого фактора, поскольку Россия, Эстония и другие постсоветские европейские государства, в отличие от Закавказья, Средней Азии и Северного Кавказа, имеют тяжелые алкогольные проблемы.

Потребление алкоголя увеличивает риск смерти от цирроза печени и панкреатита, а также рака полости рта, горла, пищевода, желудка, прямой кишки, легких, молочной железы и печени. Если гипотеза о положительном воздействии малых доз алкоголя (до 10−20 г спирта в день) на сердечно-сосудистую систему обсуждается в научных кругах, то воздействие более серьезных доз, как показывают многочисленные исследования, является однозначно негативным. Алкоголь увеличивает вероятность умереть от ишемической болезни сердца, повышенного кровяного давления, инсульта, аритмии, кардиомиопатии и тромбоза. Огромен вклад алкоголя в смертность от внешних причин: отравления алкоголем, убийств, самоубийств, ДТП, травм, несчастных случаев.

Неблагоприятные демографические тенденции начались в Советском Союзе еще в середине 1960-х гг., когда продолжительность жизни мужчин начала снижаться, а женщин − стагнировать на фоне реальных успехов советского здравоохранения и практически повсеместного роста продолжительности жизни в других регионах мира. Важный вклад в изучение вклада алкоголя в уровень смертности внесло изучение последствий антиалкогольной кампании в Советском Союзе в 1984-1987 гг. (к которой, согласно поросу ВЦИОМ, 58% россиян относятся положительно). Тогда реальное потребление алкоголя сократилось приблизительно на 27%, что привело к падению смертности на 12% среди мужчин и на 7% среди женщин. Смертность от алкогольных отравлений понизилась на 56%. Смертность среди мужчин от несчастных случаев и насилия понизилась на 36%, от пневмонии на 40%, от других заболеваний дыхательной системы на 20%, от инфекционных заболеваний на 20%, а от сердечно-сосудистых заболеваний на 9%. После сворачивания антиалкогольной кампании показатели смертности, в особенности мужской, резко выросли.

Как показали А. Г. Вишневский и В. М. Школьников, и в советские годы, и после перестройки основными поставщиками избыточной смертности в России являются смерти от болезней системы кровообращения и от внешних причин (случайные отравления алкоголем, убийства, самоубийства, ДТП, несчастные случаи и т. п.). Эти две группы смертей вносят определяющий вклад в вымирание россиян. Оба класса причин являются алкоголезависимыми. Именно поэтому эти виды смертности особенно живо «откликнулись» на антиалкогольную кампанию, отход от нее и либерализацию производства и реализации алкоголя.

Вклад алкоголя в смертность от внешних причин гораздо выше, доля алкогольных смертей в этой категории приблизительно равняется 60%. Более 80% убийц и 60% убитых нетрезвы в момент убийства. В нетрезвом виде погибают более половины самоубийц, значительная часть которых не совершила бы роковой шаг, если бы не состояние опьянения. Алкоголь – главная причина высокого уровня преступности в России, где в каждый конкретный момент один из восьмидесяти мужчин отбывает срок заключения. Ежегодно десятки тысяч россиян совершают в состоянии алкогольного опьянения преступления, которые не собирались совершать или могли бы не совершить: убийства, изнасилования, грабежи, разбои, кражи, угоны машин и т.д. (Отметим, что движение за разрешение ношения огнестрельного оружия смотрится особенно неуместно в стране, где среднестатистический мужчина выпивает 180 бутылок водки в год.) Многочисленные «пьяные» и в этом смысле случайные преступления наносят огромный урон обществу. Сами же преступники расплачиваются за них не только годами неволи, но и годами своей жизни, поскольку физические и социально-психологические условия содержания в российских исправительных учреждениях не способствуют долголетию.

Решающий вклад в российскую сверхсмертность вносят смерти мужчин трудоспособного возраста. Согласно проведенному в Удмуртии исследованию, доля умерших в состоянии алкогольного опьянения среди этой группы превышает 60%. В большинстве случаев наличие алкоголя в крови не фиксируется в официальных актах о смерти (видимо, из этических соображений), что приводит к колоссальной недооценке алкогольной смертности. По подсчетам одного из основоположников изучения алкогольной смертности в России А. В. Немцова, приблизительно каждая третья смерть в России имеет прямой или косвенной причиной алкоголь, а абсолютные потери достигают 750 тыс. в год. А ведь это именно та треть, на которую смертность в России больше, чем рождаемость, и которая приводит к прогрессирующему вымиранию россиян.

4. Наркомания.

Алкогольная смертность, принявшая характер гуманитарной

катастрофы, сосуществует в России с другой угрозой: смертоносными наркотиками. С точки зрения смертоносности наркотики делятся на инъективные наркотики и все остальные. Хотя все наркотики так или иначе разрушают организм человека и увеличивают его шансы умереть рано, смертность от инъективных наркотиков особенно высока.

Зависимость от инъективных наркотиков вырабатывается чрезвычайно быстро, после трех-пяти инъекций, а в случае кустарно изготовляемых препаратов амфетаминовой группы - с одной инъекции, и крайне тяжело поддается излечению. Ведущие наркологические клиники добиваются лишь того, что меньшинство прошедших курс лечения не возвращаются к наркотикам в течение одного года. Эксперты Всемирной организации здравоохранения полагают, что этот показатель составляет 6-7%, экспертная оценка А. В. Надеждина для современной России - 20-30%. Многие из бывших наркоманов возвращаются к наркомании в течение последующих лет.

По потреблению наркотиков в целом Россия, к счастью, отстает от стран Запада, а по смертности от наиболее смертоносных наркотиков страна на 2018 год занимала 9-е место. Управление Организации Объединенных Наций опубликовало статистику по странам с наибольшим числом смертей на 1 000 000 жителей, связанных с передозировкой наркотиков. Согласно исследованию, в США – самый высокий показатель смертности, связанной с передозировкой наркотиками, на 1 миллион жителей. Исландия, Сальвадор и Швеция – следующие страны в списке по уровню смертности.

Согласно данным опросов, в России регулярно потребляют наркотические средства 13,9% молодежи 11-24 лет, что ниже, чем в среднем на Западе. Однако не менее 4,2% потребляют чаще 2 раз в месяц героин, препараты амфетаминовой группы 0,8%. Стоит иметь в виду, что далеко не все наркозависимые готовы признаться в ходе опроса, что принимают наркотики. Таким образом, минимум 5% российской молодежи обречены умереть в молодом возрасте, не оставив детей только в результате наркомании. В реальности потери выше, т.к. вклад в наркотическую смертность вносят не только инъективные наркотики, но и все остальные. И хотя от водки и самогона в России умирает на порядок большее количество человек, чем от наркотиков (более 700 тыс. против более 70 тыс.), наркомания выбивает заметную часть молодежи, т.е. как раз той части общества, которая обладает наибольшим репродуктивным потенциалом, а потому она также является одной из основных угроз демографическому развитию России.

Как показывают расчеты, избыточная мужская смертность сама по себе является фактором снижения рождаемости. Выбывание молодого мужского населения репродуктивного возраста автоматически увеличивает процент неполных семей, в результате чего

растет процент одиноких женщин, отказывающихся от заведения второго или даже первого ребенка. Кроме того, большой разрыв между продолжительностью жизни мужчин и женщин означает, что высокий процент женщин имеет таких брачных партнеров, относительно которых у них нет и не может быть уверенности в том, что они смогут оказать своим женам ту поддержку, которая им неизбежно потребуется в течение значительного времени после рождения ребенка. В подобной ситуации высокий процент женщин не решится родить.

Вторая половина первого десятилетия XXI века ознаменовалась заметным улучшением демографической ситуации в России по основным демографическим показателям. За последние годы произошло увеличение рождаемости, снижение смертности во всех возрастах, рост продолжительности жизни.

Темпы сокращения рождаемости и увеличения смертности значительно снизились, ситуация, известная как «русский крест», постепенно меняется в сторону улучшения, что говорит об улучшении и стабилизации общей экономической и социальной ситуации в стране, об эффективности проводимой демографической политики, о постепенном улучшении уровня здравоохранения.

Тем не менее численность населения России все еще продолжает снижаться, имеет место естественная убыль населения, а прирост происходит за счет увеличивающегося с каждым годом притока мигрантов. Большинство семей в нашей стране имеют 2 детей, и намечается тенденция к сокращению среднего числа детей до 1 в семье, что не может обеспечить естественный прирост населения, достаточный для простого воспроизводства.

В России реализуются различные социальные программы, направленные на поддержку населения, на увеличение рождаемости, сокращение смертности и улучшение здоровья нации, в том числе: программа «Обеспечение жильем молодых семей», Федеральный закон «О повышении пенсий и детских пособий», Федеральный закон «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» и т.д.

3.4 Меры по улучшению демографической ситуации в России

В условиях демографического кризиса, когда нарушен нормальный режим замещения поколений и не обеспечивается даже простое воспроизводство населения, политика народонаселения вынуждена сконцентрироваться на цели демографической политики. А поскольку демографический кризис обычно является проявлением общего социально-экономического кризиса, для реализации практических мер политики народонаселения за пределами целей восстановления простого воспроизводства населения общество не в состоянии выделить значимых ресурсов.

В разработке демографической политики выделяют следующие основные этапы.

Первый этап – определение текущего состояния объекта управления, то есть современной демографической ситуации, и ее характеристик.

Второй этап – определение параметров желательной (оптимальной) демографической ситуации.

Третий этап – разработка методов воздействия на демографические процессы, то есть инструментов демографической политики, реализация которых позволит обществу перейти от существующего режима воспроизводства населения к желательному режиму.

Четвертый этап – разработка методов контроля за динамикой демографической ситуации в ходе реализации ее мероприятий.

Как отмечено в документе ООН «Рекомендации для последующего Всемирного плана действий в области народонаселения»[69], главным направлением демографической политики является планирование семьи, которое понимается как добровольная деятельность по достижению семьей желаемого числа детей на основе сознательного материнства. Семья имеет социальную ценность не только в связи с репродуктивным поведением супругов. В семье осуществляется воспитание детей, их ориентация на определенные нормы социального поведения, определенные образовательные цели, на вид будущей профессиональной деятельности. Поэтому семья, рождение детей, здоровье, воспитание и образование детей являются центром демографической политики.

Государственная помощь, семьям с детьми, поддержка института семьи и брака, стимулирование рождаемости выступают приоритетными направлениями демографической политики. Их реализация должна сопровождаться обеспечением осуществления права человека свободно и ответственно решать вопросы о числе своих детей и о частоте их рождения. Свобода человека и семьи в формировании своей репродуктивной ориентации — главное ограничение в демографической политике.

Как известно, в Российской Федерации наблюдалась тенденция к резкому снижению рождаемости, и, естественно, данная проблема не могла остаться без внимания высшего руководства страны, побудила принять ряд мер по развитию уровня рождаемости в Российской Федерации, а именно:

– Федеральный закон «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», принятый 12.10.2006 года Государственной Думой, согласно которому на индивидуальные счета женщин, родивших с 1 января 2007 года второго

[69] URL: https://www.un.org/un70/ru/index.html.

ребенка, будет начисляться сумма в размере 250 тысяч рублей. Ежегодно эта сумма индексируется из расчета инфляции. Размер материнского капитала на данный момент составляет 453,026 тыс. руб. Эти деньги можно потратить на приобретение жилья или оплату образования ребенка. Неизрасходованные суммы направляются в Пенсионный фонд РФ и приплюсовываются к будущим пенсиям матерей. Это побудит многие семьи завести второго ребенка и тем самым не только удовлетворить свои собственные интересы, но и обеспечить прирост населения государства;

– подпрограмма «Обеспечение жильем молодых семей» федеральной целевой программы «Жилище» на 2002 - 2010 годы, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. № 865.

Основная идея программы и ее обоснование заключаются в том, что с 2002 года в период рождения первого ребенка вступало поколение 1982-1986 годов, т.е. поколение самой высокой численности за прошедший период, при этом, согласно результатам статистического наблюдения, 80 процентов детей в Российской Федерации рождается у родителей в возрасте до 30 лет.

По данным государственного статистического наблюдения, в Российской Федерации молодежь в возрасте от 20 до 30 лет составляет 20,7 млн. человек.

Действующей системой государственного статистического наблюдения не установлено понятие молодой семьи. На основе выборочных обследований и экспертных оценок в Российской Федерации насчитывается около 10 млн. молодых семей из общего числа семей (49,9 млн.). Из них большая часть (примерно 6 млн. молодых семей) нуждается в улучшении жилищных условий.

В современных условиях, когда большинство молодых семей не имеет возможности решить жилищную проблему самостоятельно, требуется продуманная и реалистичная политика в отношении оказания государственной поддержки молодым семьям в приобретении или строительстве жилья, что, в свою очередь, позволит повлиять на репродуктивное поведение молодежи.

Для решения данной проблемы требуется участие и взаимодействие органов государственной власти всех уровней, а также органов местного самоуправления и других организаций, что обусловливает необходимость применения программных методов.

Государственная поддержка молодых семей, нуждающихся в улучшении жилищных условий, осуществляться путем: предоставления субсидий молодым малообеспеченным семьям на приобретение жилья; компенсации части затрат на приобретение или строительство жилья в случае рождения (усыновления) ребенка; выделения строительных материалов для индивидуального жилищного строительства (в первую очередь в сельской местности);

предоставления многодетным малообеспеченным семьям жилых помещений из государственного и муниципального жилищных фондов по договорам социального найма; воссоздания или организации в отдельных субъектах Российской Федерации новых форм содействия решению жилищных проблем молодежи, подобных молодежным жилищным комплексам и жилищно-строительным кооперативам. Решение жилищных проблем будет оставаться одним из основных социально значимых приоритетов. Обеспечение жильем граждан в соответствии с Федеральными законами «О ветеранах» и «О социальной защите граждан в Российской Федерации» будет осуществляться в объемах, которые возможно учесть в федеральном бюджете исходя из задач оптимизации. Предусматриваются бюджетные ассигнования на обеспечение постоянным и служебным жильем военнослужащих;

– Федеральный закон «О повышении пенсий и детских пособий», согласно данному закону, с 1 января 2008 года изменились социальные выплаты для многодетных семей – пособия получают все многодетные семьи вне зависимости от своего материального положения. Пособие начисляется с учетом возраста детей. В 2010 году пособие по уходу за ребенком до 1,5 года рассчитывалось исходя из среднего заработка женщины за последние 12 месяцев. С 2011 года пособие по уходу за ребенком до 1,5 года, а также пособие по беременности и родам начисляется исходя из среднего заработка за последние два года, предшествующие отпуску по уходу за ребенком до 1,5 года. Ежемесячное минимальное пособие по уходу за ребенком до 1,5 года в 2011 году на первого ребенка составляло – 2 194,33 рубля. Ежемесячное минимальное пособие по уходу за ребенком до 1,5 года в 2011 году на второго ребенка и последующих детей составляло – 4 388,67 рубля.

На данную сумму минимального пособия по уходу за ребенком до 1,5 года в 2011 году применялись повышающие районные коэффициенты в районах и местностях, где они установлены.

С 1 февраля 2018 года введена система индексации некоторых пособий, в частности «детских».

К «детским» пособиям принято относить выплаты, касающиеся рождения детей. Список таких выплат содержится в Федеральном законе от 19.05.1995 № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей». Чаще всего работодателям приходится сталкиваться с расчетом и выплатой следующих видов «детских» пособий:

- пособие за постановку на учет в ранние сроки беременности;
- единовременное пособие при рождении ребенка;
- ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 года;
- пособие по беременности и родам.

Перечисленные виды пособий выплачивает своим сотрудникам работодатель. При этом на выплаченные социальные пособия можно уменьшить страховые взносы в ФСС или получить из фонда необходимое возмещение.

Стоит заметить, что в некоторых регионах действует пилотный проект, в рамках которого пособия выплачиваются не работодателями, а напрямую из ФСС. Территориальные органы ФСС в «пилотных» регионах сами начисляют и выплачивают «детские» пособия.

Начиная с 2018 года детские пособия будут индексироваться ежегодно – только с 1 февраля. Коэффициент индексации утверждается Правительством РФ (Федеральный закон от 19.12.2016 № 444-ФЗ.) Индексация касается следующих выплачиваемых работодателем пособий:

- единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности;
- единовременное пособие при рождении ребенка;
- ежемесячное пособие по уходу за ребенком.

С 1 января по 1 февраля 2018 года «детские» пособия выплачивались в следующих размерах (таблица 5).

Таблица 5

Размер «детских» пособий

Вид пособия	Размер с 01.01.2018 года (руб.)
Пособие за постановку на учет в ранние сроки беременности	613,14
Единовременное пособие при рождении ребенка	16 350,33
Минимальное ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 года	3795,60

Однако с 1 февраля 2018 года действует коэффициент индексации детских пособий – 1,025 (постановление Правительства Российской Федерации от 26.01.2018 № 74 «Об утверждении размера индексации выплат, пособий и компенсаций в 2018 году»).

Одновременно возрастает сумма, по которой будет оплачиваться больничный лист, а также выплаты по беременности и родам. Это связано с грядущим переходом от существующего на сегодня единого страхового налога (ЕСН) на систему страховых взносов во внебюджетные фонды. Сумма, которая планируется на следующий год, является максимальной. Она будет зависеть от величины отчислений страховых взносов, сделанных за данного работника за определенный период. В 2010 году общий процент отчислений страховых взносов был равен ЕСН, то есть 26%. Но уже с 2011 года тариф вырос до 34%. Эта сумма распределена между Пенсионным фондом (26%), Фондами

социального (2,9%) и медицинского (2,1%) страхования. Оставшиеся 3% получают территориальные фонды ОМС. Отчисления в страховые фонды будут производиться с годового дохода не более 415 тыс. руб.

Деньги за предъявленный больничный лист будут начислены, так же, как и выплаты по беременности и родам, из расчета суммы отчислений за данного работника. Максимальный размер пособий увеличивается до 34 583 тыс. руб.

В таблице 6 приведены размеры действующих пособий.

Таблица 6

Сводная таблица размеров пособий

Пособие	Размер пособия с 1 февраля 2018 года
Единовременное пособие женщинам при рождении ребенка	16 759,08 руб. (16 350,33 × 1,025)
*Минимальное ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 года (на первого ребенка)	3 795,60 руб. (МРОТ × 40%)
Минимальное ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 года (на второго и последующего ребенка)	6284,65 руб. (6131,37 × 1,025)
Максимальное ежемесячное пособие по уходу за ребенком	24 536,57 руб.
Пособие на ребенка, переданного на воспитание в семью (усыновление, опека и попечительство)	16 759,08 руб. (16 350,33 × 1,025)
Пособие на ребенка-инвалида или ребенка в возрасте от 7 лет (или нескольких детей, которые приходятся друг другу братьями или сестрами), переданного на воспитание в семью (усыновление, опека и попечительство)	128 053,07 руб. (124 929,83 × 1,025)
По беременности и родам *Максимальный размер:* Для расчета максимальной суммы пособия нужно учитывать максимальный размер среднедневного заработка, который на 2018 год составил 2017,80 руб. ((718 000 руб. + 755 000 руб.) / 730) *Минимальный размер:* Для расчета минимальной суммы пособия необходимо учитывать МРОТ, который на 2018 год составил 9489 руб.	*Минималка* Беременность без осложнений – 43 675,39 руб. Осложненные роды при одноплодной беременности – 48 667,32 руб. Осложненные роды при многоплодной беременности – 60 522,18 руб. *Максималка* Беременность без осложнений – 282 493,40 руб. Осложненные роды при одноплодной беременности – 314 778,08 руб. Осложненные роды при многоплодной беременности – 91 454,80 руб.

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности	628,46 руб. (613,14 × 1,025)
Пособие беременной женщине военнослужащего по призыву	26539,76 руб. (25892,45 × 1,025)
Пособие на ребенка военнослужащего, проходящего службу по призыву	11374,17 руб. (11096,76 × 1,025)
Пособие на ребенка военнослужащего по потере кормильца	2287,64 руб. (2231,85 × 1,025)
Ежемесячная выплата на ребенка, проживающего в чернобыльской зоне от рождения до 1,5 года	3241,05 руб. (3162,00 × 1,025)

3.5. Законодательные основы демографической политики Российской Федерации

Организационно-правовые основы обеспечения демографической безопасности Российской Федерации определены в Конституции РФ, Концепции национальной безопасности РФ, Стратегии национальной безопасности РФ до 2020 г., в действующем законодательстве и нормативных правовых актах органов государственной власти.

В частности, организационные основы обеспечения демографической безопасности связаны с распределением властных полномочий в целях противодействия угрозам безопасности в социальной и пограничной сферах:

- угрозы безопасности России в социальной сфере создают: глубокое расслоение общества на богатых и малообеспеченных граждан. По данным Росстата, 73% россиян отнесены к нуждающимся и малообеспеченным. Согласно ежегодному отчету Clobal Wealth за 2011 г., Россия – пятая страна по числу сверхбогачей (561 семья имеет доход более 100 млн. долл.) после США, ФРГ, Саудовской Аравии и Великобритании. В группы «наиболее нуждающихся» (доход до 4600 руб./чел. в месяц) и «низкообеспеченных» (доход до 13 800 руб./чел. в месяц) в России попали 20,5 и 52,9% соответственно, а 22,5% социологи отнесли к категории «обеспеченных ниже среднего уровня» (верхняя граница доходов этой категории – 32 200 руб./чел. в месяц). «Среднеобеспеченных» и «высокообеспеченных» россиян – чуть больше 4% (Бобков В. Н., Алиев У. Т., Куница С. М. и др.). Неравенство в распределении доходов и уровне бедности населения: межстрановые сопоставления[70], увеличение удельного веса людей, живущих за чертой бедности, рост безработицы. Отсюда признаки социального кризиса: резкое сокращение рождаемости и средней продолжительности жизни в стране, деформация демографического и

[70] Вопросы статистики. - 2001. - № 6. - С. 47-54.

социального состава общества, подрыв собственных трудовых ресурсов, ослабление фундамента общества – семьи, снижение духовного, нравственного и творческого потенциала людей и др. При этом угрозы физическому здоровью нации составляют: кризис систем здравоохранения и социальной защиты населения, рост потребления алкоголя и наркотических веществ;

- угрозы безопасности и интересам России в пограничной сфере обусловлены экономической, демографической и культурно-религиозной экспансией сопредельных государств на российскую территорию. В связи с этим переход к высокоэффективной и социально ориентированной рыночной экономике должен осуществляться путем формирования оптимальных механизмов организации производства и распределения товаров и услуг в целях роста благосостояния общества и каждого гражданина. Страна нуждается в эффективных механизмах поддержания жизнедеятельности и экономического развития кризисных регионов и районов Крайнего Севера, в тарифной политике, обеспечивающей единство ее экономического пространства.

В области охраны и укрепления здоровья граждан необходимо усиление внимания общества, органов власти к развитию государственной (федеральной и муниципальной) страховой и частной медицинской помощи, осуществление государственного протекционизма в отечественной медицинской и фармацевтической промышленности, реализация федеральных программ в области санитарии и эпидемиологии, охраны здоровья детей, оказания скорой и неотложной медицинской помощи, медицины катастроф.

По итогам разработки проекта Концепции государственной демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. 9 октября 2007 г. вышел Указ Президента РФ № 1351, в котором нашли отражение следующие основные положения.

Россия ориентирована на постепенную стабилизацию численности населения и формирование предпосылок к последующему демографическому росту на основе создания условий, благоприятных для повышения рождаемости, снижения смертности и совершенствования государственной миграционной политики.

К приоритетным направлениям демографической политики России на период до 2025 г. отнесены:

- повышение рождаемости путем укрепления семейно-брачных отношений, стимулирования семей к рождению детей (особенно второго ребенка), пропаганды семейных ценностей;
- снижение смертности от неестественных причин, улучшение состояния здоровья людей, увеличение ожидаемой продолжительности жизни;
- совершенствование государственной миграционной политики в области привлечения в Россию трудящихся-иммигрантов и соотечественников, оптимизации расселения людей внутри страны.

Для стабилизации численности населения страны и повышения эффективности государственного регулирования демографических процессов в число основных задач вошли: создание благоприятных условий для повышения рождаемости, укрепления института семьи.

Для этого необходимо:

1) создать условия для обеспечения семьи жильем;

2) изменить у людей систему семейных ценностей, повысить престиж материнства и отцовства;

3) проводить политику в области занятости и заработной платы, позволяющую обеспечить содержание и воспитание детей;

4) обеспечить доступность услуг детских дошкольных учреждений, воспитывающих и развивающих детей;

5) усилить и расширить систему государственной материальной поддержки семей с детьми.

Для укрепления здоровья, создания условий для увеличения ожидаемой продолжительности жизни людей, в том числе за счет снижения их сверхсмертности в трудоспособном возрасте, необходимо:

- снизить смертность от неестественных причин (травматизма, убийств, автокатастроф, алкогольных и прочих отравлений);
- сократить смертность в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения и новообразований, органов дыхания и пищеварения;
- снизить младенческую и детскую смертность;
- усилить борьбу с болезнями социального характера (туберкулез, гепатит, ВИЧ-инфекция, алкоголизм, наркомания и др.);
- усилить профилактическую направленность системы здравоохранения, обеспечить доступность и высокое качество оказываемой медицинской помощи людям независимо от места их проживания.

В сложившейся демографической ситуации необходимо создать оптимальные условия для сохранения здоровья женщины-матери и обеспечения рождения здорового ребенка, для формирования у людей установок на здоровый образ жизни, внедрения сохраняющих здоровье технологий в образовательных учреждениях, разработки и реализации профилактических программ, включая программы рационального питания и физического развития, антиалкогольные программы и др.

Приоритетом демографической политики Российской Федерации необходимо сделать трехдетную семью. Начиная с рождения третьего ребёнка, каждая семья должна быть выделена в особую категорию лиц стратегического государственного значения, и каждому члену многодетной семьи должно быть назначено персональное пособие в размере средней заработной платы, а матери – просторный дом или иное оптимальное жилище и персональный государственный оклад в

размере, увязанном с количеством детей (например, трое детей – 30 тыс. рублей, четверо детей – 40 тыс. рублей и т.д.).

При этом государство должно осуществлять тактичный контроль за качеством ухода за детьми в этих семьях и, в случае безответственных действий, применять к родителям определённые законом меры воздействия.

Для этого наряду с национальной программой «Демографическое развитие России в 2006–2050 гг.» необходим национальный проект «Трёхдетная семья». В настоящее время до 15% российских семей имеют трёх детей, а по отдельным регионам – до 22%. При этом большая часть российской молодёжи убеждена, что в семье должно быть два–три ребёнка. Одного ребёнка, по опросам, хотели бы иметь 15% населения, двоих детей – 66% населения, троих – 17%. В общей сумме желание иметь двоих–троих детей достигает 84%.

Важнейшим аспектом улучшения состояния здоровья людей должна стать реализация мер по профилактике социально обусловленных заболеваний (инфекционных и массовых неинфекционных) и снижению воздействия неблагоприятных факторов среды обитания на человека.

С учетом степени риска причинения вреда здоровью необходимо установить требования санитарно-эпидемиологической безопасности среды обитания для человека, продукции, процессов производства эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, в том числе:

– усовершенствовать информационно-пропагандистскую систему в целях личной и общественной профилактики инфекционных болезней;

– усилить ответственность работодателей за сокрытие информации о риске для здоровья работающих во вредных и опасных условиях труда;

– усовершенствовать механизмы экономической заинтересованности работодателей в улучшении условий и охраны труда, включая страхование от производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

Решение проблемы снижения травматизма и смертности от ДТП обеспечивается ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 гг.» через улучшение дорожных условий, повышение качества и оперативности оказания первой медицинской помощи пострадавшим, ужесточение мер ответственности при нарушениях правил дорожного движения, пропаганду безопасного дорожного движения.

Необходимо разработать систему мер, направленных на снижение уровня потребления алкогольной и спиртосодержащей продукции. Доступность спиртосодержащей продукции, легкость ее приобретения в любое время суток и низкая цена определяют высокую

степень распространенности алкоголизма, в том числе среди молодежи. Для сокращения потребления алкоголя: установить административную ответственность лиц за распитие в общественных местах алкогольных напитков с содержанием этилового спирта менее 12%, выделить средства на разработку образовательных антиалкогольных программ для внедрения их в образовательные учреждения; спецучреждения для детей с отклонениями в развитии, детей-сирот и др.

Снижение смертности от самоубийств требует усиления профилактической работы с группами риска. Необходимо формирование системы связи доверия, совершенствование работы психиатров, психологов, психотерапевтов, социальных работников, медицинских сестер. Профилактикой укрепления здоровья людей и снижения их смертности являются формирование установок на здоровый образ жизни, создание условий для занятий физической культурой и спортом для всего населения вне зависимости от места проживания.

Данная задача была решена через ФЦП «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006-2015 гг.», которой предусматривалось: а) развитие спортивной инфраструктуры по месту жительства (особенно для детей, подростков и молодежи); б) развитие массового спорта в образовательных учреждениях и по месту жительства; в) организация пропаганды физической культуры и занятия спортом как составляющей части здорового образа жизни.

Ниже приведены отдельные законодательные акты, методические и статистические материалы по проблемам демографической политики Российской Федерации.

1. План мероприятий по реализации в 2016 - 2020 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.
2. Письмо Минтруда России № 12-6/10/В-6220 от 31 августа 2015 г. «Об анализе ситуации в области рождаемости и мерах, принимаемых субъектами Российской Федерации по сохранению позитивной динамики».
3. Рекомендации по оценке потенциальной результативности мер демографической политики в отношении рождаемости.
4. Примерный план мероприятий субъекта Российской Федерации по повышению рождаемости на период 2015-2018 годов.
5. Методические рекомендации по доработке Плана мероприятий по повышению рождаемости субъекта Российской Федерации на 2015–2018 годы.
6. Электронная таблица расчета плановых показателей рождаемости (по каждому региону).
7. Методические рекомендации по разработке региональных программ демографического развития.

8. Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

9. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

10. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации».

11. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 октября 2012 г. № 1112 «Об утверждении правил предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при назначении ежемесячной денежной выплаты, предусмотренной пунктом 2 указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 606 "О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации"».

12. Разработанные Минвостокразвития России показатели демографического развития.

13. Протокол совещания у первого заместителя министра труда и социальной защиты Российской Федерации А. В. Вовченко.

14. Примерный план мероприятий субъекта Российской Федерации по повышению рождаемости на период 2017-2020 годы.

3.6. Основные положения «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»

Главное условие выхода России из демографического кризиса большинство россиян (60%) видят в повышении рождаемости коренного населения страны.

Пятая часть опрошенных (20%) возлагает надежды на сокращение смертности, десятая часть (10%) - на прекращение утечки русского населения за рубеж. И лишь 4% респондентов высказываются за привлечение квалифицированных работников из других стран как за способ решения демографической проблемы.

Респонденты 60 лет и старше чаще опрошенных молодого и среднего возраста фиксируют внимание на важности сократить смертность в России (для сравнения: 16% в группе 18-24 лет и 24% в группе "60+").

Молодежь 18-24 лет чаще респондентов старшего возраста делает акцент на эмиграции русского населения (16% в молодёжной группе против 7-11% в других возрастных группах).

Именно эти и другие направления решения проблем демографии определены в «Концепции демографической политики Российской

Федерации на период до 2025 года», утверждена Указом Президента Российской Федерации № 1351 от 9 октября 2007 года.

В Концепции дается оценка современной демографической ситуации в Российской Федерации и тенденций ее развития, определяются принципы демографической политики Российской Федерации (основу которых составляют комплексность решения демографических задач, выбор по каждому направлению демографического развития наиболее проблемных вопросов, учет региональных особенностей демографического развития, координация действий законодательных и исполнительных органов государственной власти на федеральном, региональном и муниципальном уровнях), а также основные задачи демографической политики Российской Федерации.

В целях консолидации усилий федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления муниципальных образований, организаций и граждан Российской Федерации по обеспечению условий для устойчивого демографического развития страны Указ, в частности, постановляет:

1. Утвердить прилагаемую Концепцию демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.

2. Федеральным органам государственной власти, органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления муниципальных образований руководствоваться положениями Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года при решении задач в области народонаселения.

3. Правительству Российской Федерации в 3-месячный срок утвердить план мероприятий по реализации в 2008-2010 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.

Основные задачи демографической политики Российской Федерации.

К числу основных отнесены следующие задачи:

• сокращение уровня смертности граждан, прежде всего в трудоспособном возрасте;

• сокращение уровня материнской и младенческой смертности, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков;

• сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни, существенное снижение уровня заболеваемости социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями, улучшение качества жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями, и инвалидов;

• повышение уровня рождаемости;

• укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений;

• регулирование внутренней и внешней миграции, привлечение мигрантов в соответствии с потребностями демографического и социально-экономического развития, с учетом необходимости их социальной адаптации и интеграции.

Концепцией также определены комплексные меры, осуществляемые в три этапа, следствием которых должно стать улучшение демографической ситуации в стране.

Такими мерами, в частности, являются:

• формирование у различных групп населения, особенно у подрастающею поколения, мотивации для ведения здорового образа жизни;

• проведение профилактических мероприятий в целях раннего выявления нарушений состояния здоровья;

• ранняя диагностика заболеваний с применением передовых технологий;

• повышение доступности и качества оказания бесплатной медицинской помощи;

• улучшение материально-технического и кадрового обеспечения учреждений здравоохранения;

• применение новых инновационных технологий лечения и развитие высокотехнологичной медицинской помощи;

• внедрение комплексных оздоровительных и реабилитационных программ;

• пропаганда ценностей семьи, усиление государственной поддержки семей, имеющих детей;

• создание условий для интеграции иммигрантов в российское общество.

К основным положениям «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» относится следующее.

Общие положения демографической политики России

Демографическая политика Российской Федерации направлена на увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, рост рождаемости, регулирование внутренней и внешней миграции, сохранение и укрепление здоровья населения и улучшение на этой основе демографической ситуации в стране.

Настоящей Концепцией, разработанной в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права в области народонаселения и с учетом отечественного и зарубежного опыта, определяются цели, принципы, задачи и основные направления политики Российской Федерации в области народонаселения на период до 2025 года.

Современная демографическая ситуация в России и тенденции ее развития

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации в значительной степени обусловлена социально-экономическими процессами, происходившими в XX веке. Во второй половине прошлого века в Российской Федерации ежегодно рождались 2-2,5 млн. детей, умирали 1-1,5 млн. человек. Продолжительность жизни граждан постоянно увеличивалась и приближалась к показателям европейских стран. Средняя продолжительность жизни в 1990-1991 годах составляла 68 лет.

С 1992 года началось стабильное сокращение численности населения из-за превышения уровня смертности над уровнем рождаемости (естественная убыль населения). За период 1992 – 2007 гг. до введения материнского капитала в России ежегодно умирали более 2 млн. человек, что в расчете на 1000 человек в 2 раза больше, чем в европейских странах и США, в 1,5 раза больше, чем в среднем в мире, а ежегодно рождались в этот период 1,2-1,5 млн. человек.

По показателю ожидаемой продолжительности жизни населения, особенно мужчин, Россия все больше отставала от экономически развитых стран: в 2006 году ожидаемая продолжительность жизни в Российской Федерации составила в среднем 66,7 года, в том числе мужчин – 60,6 года, женщин – 73,1 года.

Основной причиной низкой продолжительности жизни населения в Российской Федерации является высокая смертность граждан трудоспособного возраста. Из общего числа умерших почти треть составляют граждане трудоспособного возраста, около 80 процентов из них – мужчины. Смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы, составляющая 55 процентов смертности от всех причин, в России в 3-4 раза выше, чем в европейских странах. Среди причин смерти в трудоспособном возрасте значительную долю (более 30 процентов) составляют внешние причины – случайные отравления, самоубийства, убийства, транспортные происшествия, прочие несчастные случаи.

Показатель младенческой смертности, рассчитанный по действующей в Российской Федерации системе, несмотря на его снижение с 18 на 1000 родившихся живыми в 1992 году до 10,2 в 2006 году, был примерно в 2 раза выше, чем в развитых европейских странах, Канаде и США (по расчетам в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения).

Уровень смертности обусловлен также высоким уровнем заболеваемости населения, распространенностью алкоголизма, наркомании, табакокурения. Не созданы условия, побуждающие людей бережно относиться к собственному здоровью и здоровью своих детей. Недостаточно развиты формы досуга, способствующие ведению здорового образа жизни (физическая культура, спорт, туризм, активный отдых и другие).

Начиная с 2000 года в Российской Федерации отмечается рост рождаемости. Вместе с тем уровень рождаемости все еще недостаточен для обеспечения воспроизводства населения.

На рождаемость отрицательно влияют: низкий денежный доход многих семей, отсутствие нормальных жилищных условий, современная структура семьи (ориентация на малодетность, увеличение числа неполных семей), тяжелый физический труд значительной части работающих женщин (около 15 процентов), условия труда, не отвечающие санитарно-гигиеническим нормам, низкий уровень репродуктивного здоровья, высокое число прерываний беременности (абортов).

Низкий уровень рождаемости ведет к демографическому старению населения. Если в 1992 году численность женщин в возрасте старше 55 лет и мужчин в возрасте старше 60 лет составляла 19,3 процента всего населения, то в 2006 году – 20,4 процента.

Наряду с общими демографическими тенденциями, характерными для Российской Федерации в целом, имеются значительные различия между регионами.

В ряде субъектов Российской Федерации демографическая ситуация требует незамедлительного реагирования. За последние 30 лет более чем на 20 процентов сократилась численность населения в Республике Коми, Камчатском крае, Архангельской, Магаданской, Мурманской и Сахалинской областях. На 10-15 процентов сократилась численность населения в Республике Карелии, Республике Мордовии и Республике Саха (Якутия), Приморском и Хабаровском краях, Амурской, Владимирской, Ивановской, Кировской, Костромской, Курганской, Курской, Новгородской, Псковской, Рязанской, Смоленской, Тамбовской, Тверской, Тульской и Читинской областях.

По пессимистическому варианту прогноза предположительной численности населения Российской Федерации, рассчитанному на основе динамики демографических процессов в 2000-2005 годах без учета программ по улучшению здоровья населения, сокращению уровня смертности и увеличению уровня рождаемости, население России сократится к 2015 году на 6,2 млн. человек (4,4 процента) и составит 136 млн. человек, а к 2025 году – 124,9 млн. человек. Ожидаемая продолжительность жизни уменьшится до 64,5 года, более чем на 18 процентов уменьшится численность женщин репродуктивного возраста, увеличится доля граждан старше трудоспособного возраста.

Развитие ситуации по данному сценарию помимо демографических потерь неблагоприятно скажется на основных показателях социально-экономического развития страны, прежде всего на темпе роста валового внутреннего продукта и обеспеченности трудовыми ресурсами, потребует структурных и качественных изменений в системе оказания медицинской и социальной помощи с учетом увеличения доли граждан старшего возраста.

Цели, принципы, задачи и основные направления демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года

Целями демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года являются стабилизация численности населения к 2015 году на уровне 142-143 млн. человек и создание условий для ее роста к 2025 году до 145 млн. человек, а также повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2015 году до 70 лет, к 2025 году – до 75 лет.

Достижение целей демографической политики Российской Федерации в значительной степени зависит от успешного решения широкого круга задач социально-экономического развития, включая обеспечение стабильного экономического роста и роста благосостояния населения, снижение уровня бедности и уменьшение дифференциации по доходам, интенсивное развитие человеческого капитала и создание эффективной социальной инфраструктуры (здравоохранение, образование, социальная защита населения), рынка доступного жилья, гибкого рынка труда, улучшение санитарно-эпидемиологической обстановки.

В основу демографической политики Российской Федерации положены следующие принципы:

- комплексность решения демографических задач – мероприятия в этой сфере должны охватывать направления демографического развития (смертность, рождаемость и миграцию) в их взаимосвязи; концентрация на приоритетах – выбор по каждому направлению демографического развития наиболее проблемных вопросов и применение эффективных механизмов их решения;
- своевременное реагирование на демографические тенденции в текущий период;
- учет региональных особенностей демографического развития и дифференцированный подход к разработке и реализации региональных демографических программ;
- взаимодействие органов государственной власти с институтами гражданского общества;
- координация действий законодательных и исполнительных органов государственной власти на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Основными задачами демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года являются:

- сокращение уровня смертности не менее чем в 1,6 раза, прежде всего в трудоспособном возрасте от внешних причин;
- сокращение уровня материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков;
- сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение

продолжительности активной жизни, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни, существенное снижение уровня заболеваемости социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями, улучшение качества жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями, и инвалидов;

• повышение уровня рождаемости (увеличение суммарного показателя рождаемости в 1,5 раза) за счет рождения в семьях второго ребенка и последующих детей;

• укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений;

• привлечение мигрантов в соответствии с потребностями демографического и социально-экономического развития, с учетом необходимости их социальной адаптации и интеграции.

Решение задачи по сокращению уровня смертности населения, прежде всего граждан трудоспособного возраста, включает в себя:

• сокращение уровня смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы за счет создания комплексной системы профилактики факторов риска, ранней диагностики с применением передовых технологий, внедрения образовательных программ, направленных на предупреждение развития указанных заболеваний;

• улучшение материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения, оказывающих помощь, в том числе экстренную, больным, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, оснащение и кадровое обеспечение учреждений здравоохранения в соответствии со стандартами, создание необходимых служб в муниципальных и региональных учреждениях здравоохранения, повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи указанным больным, а также развитие системы восстановительного лечения и реабилитации этих больных;

• сокращение уровня смертности и травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий за счет повышения качества дорожной инфраструктуры, дисциплины на дорогах, организации дорожного движения, а также за счет повышения оперативности, качества оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на всех ее этапах;

• сокращение уровня смертности и травматизма от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний за счет перехода в сфере охраны труда к системе управления профессиональными рисками (включая информирование работников о соответствующих рисках, создание системы выявления, оценки и контроля таких рисков), а также за счет экономической мотивации для улучшения работодателем условий труда;

• сокращение уровня смертности от самоубийств за счет повышения эффективности профилактической работы с гражданами из групп риска, направленной на предупреждение суицидов;

• сокращение уровня смертности от онкологических заболеваний за счет внедрения программ профилактики, а также за счет скрининговых программ раннего выявления онкологических заболеваний;

• сокращение уровня смертности от ВИЧ/СПИДа и туберкулеза за счет совершенствования программ профилактики и лечения этих заболеваний, а также за счет применения новых инновационных технологий лечения;

• внедрение специальных программ для населения старших возрастных групп;

• повышение доступности медицинской помощи для жителей сельской местности и отдаленных районов.

Решение задач по сокращению уровня материнской и младенческой смертности, укреплению репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков включает в себя:

• повышение доступности и качества оказания бесплатной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, их новорожденным детям за счет развития семейно ориентированных перинатальных технологий, снижающих риск неблагоприятного исхода беременности и родов, укрепления материально-технического и кадрового обеспечения службы материнства и детства в соответствии со стандартами оснащения родовспомогательных учреждений, развития высокотехнологичной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным детям;

• обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи по восстановлению репродуктивного здоровья, в том числе вспомогательных репродуктивных технологий, снижение доли рабочих мест с тяжелыми, вредными и опасными условиями труда в целях сохранения репродуктивного здоровья;

• проведение профилактических мероприятий в целях раннего выявления нарушений состояния здоровья детей и подростков, обеспечение доступности первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям, совершенствование системы оказания реабилитационной помощи детям и подросткам, восстановительной медицины, усиление профилактической работы по предупреждению алкоголизма, наркомании, табакокурения, нежелательной беременности;

• развитие системы оказания медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях, организация качественного горячего питания школьников и учащихся учреждений начального профессионального образования, в том числе бесплатного питания для детей из малообеспеченных семей, обязательность занятий физической культурой во всех типах образовательных учреждений.

Решение задач по укреплению здоровья населения,

существенному снижению уровня социально значимых заболеваний, созданию условий и формированию мотивации для ведения здорового образа жизни включает в себя:

• формирование у различных групп населения, особенно у подрастающего поколения, мотивации для ведения здорового образа жизни путем повышения информированности граждан через средства массовой информации о влиянии на здоровье негативных факторов и возможности их предупреждения, привлечения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, организации отдыха и досуга независимо от места жительства, а также разработку механизмов поддержки общественных инициатив, направленных на укрепление здоровья населения;

• разработку мер, направленных на снижение количества потребляемого алкоголя, регулирование производства, продажи и потребления алкогольной продукции, осуществление в образовательных учреждениях профилактических программ, направленных на недопущение потребления алкоголя и табачных изделий детьми и подростками;

• создание эффективной системы профилактики социально значимых заболеваний, предупреждения факторов их развития;

• обеспечение безбарьерной среды обитания для лиц с ограниченными возможностями, развитие реабилитационной индустрии, направленной на обеспечение максимальной социализации инвалидов;

• внедрение комплексных оздоровительных и реабилитационных программ по сокращению сроков восстановления здоровья после перенесенных заболеваний и травм, развитие услуг, предоставляемых санаторно-курортными организациями и оздоровительными учреждениями;

• разработку мер, направленных на сохранение здоровья и продление трудоспособного периода жизни пожилых людей, развитие геронтологической помощи.

Решение задачи по повышению уровня рождаемости включает в себя:

- усиление государственной поддержки семей, имеющих детей, включая поддержку семьи в воспитании детей, для чего необходимо:

- развивать систему предоставления пособий в связи с рождением и воспитанием детей (включая регулярные пересмотр и индексацию их размеров с учетом инфляции);

- усилить стимулирующую роль дополнительных мер государственной поддержки семей, имеющих детей, в форме предоставления материнского (семейного) капитала, расширяя в связи с этим рынок образовательных услуг для детей и масштабы строительства доступного жилья для семей с детьми;

- создать механизмы оказания дополнительной поддержки

неполных семей с детьми и многодетных семей с низкими доходами, семей, принимающих на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей, а также семей, имеющих детей-инвалидов, включая изменение размеров налоговых вычетов для работающих родителей в зависимости от дохода семьи и количества детей, формирование государственного заказа на оказание организациями различной организационно-правовой формы социальных услуг семьям с детьми;

- обеспечить потребность семей в услугах дошкольного образования на основе развития всех форм дошкольных образовательных организаций (государственных, частных), повышения доступности и качества их услуг, в том числе на основе принятия стандартов оказываемых услуг, стимулирования развития гибких форм предоставления услуг по уходу и воспитанию детей в зависимости от их возраста;

- создать в городах и сельской местности среду обитания, благоприятную для семей с детьми, включая установление соответствующих требований к градостроительным решениям, а также к социальной и транспортной инфраструктуре.

Необходимость реализации направления по созданию условий для повышения доступности жилья для семей с детьми, в первую очередь для молодых семей с детьми, может быть обеспечена за счет:

• развития ипотечного кредитования, внедрения новых кредитных инструментов, расширения строительства доступного жилья, отвечающего потребностям семей, с одновременным строительством объектов социальной инфраструктуры, необходимых семьям с детьми;

• реализации региональных программ обеспечения жильем молодых семей, разработки системы дополнительных мер, направленных на обеспечение жильем малоимущих граждан с детьми, нуждающихся в жилых помещениях, включая меры по расселению семей с детьми из неприспособленных и ветхих жилых помещений, первоочередному предоставлению жилья детям, оставшимся без попечения родителей, по окончании их пребывания в образовательных и иных учреждениях, в семьях опекунов (попечителей), приемных семьях, а также по окончании службы в Вооруженных Силах Российской Федерации;

• развития системы адресной помощи при оплате жилищно-коммунальных услуг в зависимости от состава и материального положения семьи;

• реализацию комплекса мер по содействию занятости женщин, имеющих малолетних детей, в целях обеспечения совмещения родительских и семейных обязанностей с профессиональной деятельностью, в том числе:

создание для женщин, выходящих из отпуска по уходу за ребенком, условий, способствующих их возвращению к трудовой

деятельности, организацию системы повышения их квалификации и переобучения профессиям, востребованным на рынке труда;

расширение использования гибких форм занятости (в том числе надомный труд, частичная занятость), позволяющих совмещать работу с выполнением семейных обязанностей;

разработку специальных программ, позволяющих женщинам получить новые профессии в случае их перевода (высвобождения) с рабочих мест с вредными и тяжелыми условиями труда на новые рабочие места.

Решение задач по укреплению института семьи, возрождению и сохранению духовно-нравственных традиций семейных отношений включает в себя:

- развитие системы консультативной и психологической поддержки семьи в целях создания благоприятного внутрисемейного климата, профилактики семейного неблагополучия, социальной реабилитации семей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, подготовки и комплексного сопровождения семей, принимающих на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей;
- пропаганду ценностей семьи, имеющей нескольких детей, а также различных форм семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей, в целях формирования в обществе позитивного образа семьи со стабильным зарегистрированным браком супругов, имеющих нескольких детей или принимающих на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей;
- реализацию комплекса мер по дальнейшему снижению числа преждевременного прерывания беременности (абортов);
- повышение обязательств родителей по обеспечению надлежащего уровня жизни и развития ребенка;
- создание специализированной системы защиты прав детей, включая дальнейшее развитие института уполномоченных по правам ребенка в субъектах Российской Федерации, внедрение в работу органов исполнительной власти и судебных органов современных технологий профилактики правонарушений, защиты прав детей, социальной реабилитации и последующей интеграции в общество несовершеннолетних правонарушителей и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Решение задачи по привлечению мигрантов в соответствии с потребностями демографического и социально-экономического развития включает в себя:

- содействие добровольному переселению соотечественников, проживающих за рубежом, на постоянное место жительства в Российскую Федерацию, а также стимулирование возвращения в Российскую Федерацию эмигрантов;
- привлечение квалифицированных иностранных

специалистов, в том числе выпускников российских высших учебных заведений, на постоянное место жительства в Российскую Федерацию, привлечение молодежи из иностранных государств (прежде всего из государств – участников Содружества Независимых Государств, Латвийской Республики, Литовской Республики и Эстонской Республики) для обучения и стажировки в Российской Федерации с возможным предоставлением преимуществ в получении российского гражданства по окончании учебы;

• совершенствование миграционного законодательства Российской Федерации;

• разработку социально-экономических мер по повышению миграционной привлекательности территорий, из которых происходит отток населения и которые имеют приоритетное значение для национальных интересов, разработку и внедрение федеральных и региональных программ, направленных на создание благоприятных условий для адаптации иммигрантов к новым условиям и интеграции их в российское общество на основе уважения к российской культуре, религии, обычаям, традициям и жизненному укладу россиян;

• создание условий для интеграции иммигрантов в российское общество и развития терпимости в отношениях между местным населением и выходцами из других стран в целях предотвращения этноконфессиональных конфликтов.

Информационное обеспечение реализации настоящей Концепции

Информационное обеспечение реализации настоящей Концепции предполагает использование данных государственной статистики, итогов переписей населения и данных социологических исследований.

Для получения достоверных сведений о состоянии населения Российской Федерации необходимо создать систему государственного статистического наблюдения, соответствующую современным информационным потребностям и международным рекомендациям в области демографического развития.

Необходимо обеспечить информационную поддержку проведения демографической политики Российской Федерации, расширить социальную рекламу в средствах массовой информации, выпуск тематических теле- и радиопрограмм, газет и журналов, разработку учебных программ, шире информировать население о возможных опасностях для жизни и здоровья, связанных с наиболее распространенными заболеваниями, эпидемической обстановкой, стихийными бедствиями и техногенными авариями, с появлением на рынке опасных для здоровья товаров, а также о мерах, позволяющих предупредить их вредное воздействие на здоровье человека.

Следует разработать нормативно-правовую базу для проведения

государственной информационно-просветительской кампании, направленной на понимание ценностей материнства и отцовства, повышение статуса родительства, на переход от малодетной семьи к семье, имеющей не менее двух детей.

Механизмы реализации демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года

Реализацию демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года предполагается осуществлять путем:

• дальнейшего совершенствования законодательства Российской Федерации в сфере семейного, налогового и жилищного права, здравоохранения, образования, социального обеспечения, трудовых отношений, миграционной политики с учетом мер по реализации демографической политики, общепризнанных норм международного права и международных обязательств Российской Федерации, направленных на создание системы экономических стимулов для населения в сфере демографического развития;

• включения задач и мероприятий, призванных улучшить демографическую ситуацию, в федеральные и региональные программы социально-экономического развития;

• учета задач демографической политики при формировании федерального и региональных бюджетов, бюджетов внебюджетных фондов, концентрации финансовых и материальных ресурсов для реализации основных задач демографической политики, привлечения дополнительных внебюджетных средств на эти цели;

• методического обеспечения деятельности органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления муниципальных образований, направленной на управление демографическими процессами;

• постоянного мониторинга и анализа демографических процессов и корректировки на их основе конкретных мер демографической политики;

• развития научных исследований в сфере народонаселения.

Основные этапы и ожидаемые результаты реализации демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года

Реализация демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года будет осуществляться в три этапа.

На первом этапе должны быть реализованы меры, направленные на преодоление сложившихся негативных тенденций демографического развития, в том числе осуществлена основная часть мероприятий по снижению уровня смертности населения в результате дорожно-транспортных происшествий и от сердечно-сосудистых заболеваний, по повышению качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, по развитию перинатальных технологий, уменьшающих риск неблагоприятного

исхода беременности и родов, по оказанию государственной адресной материальной поддержки семьям, имеющим детей, включая проведение индексации пособий с учетом темпов роста потребительских цен, по подготовке к приему в семью ребенка, оставшегося без попечения родителей, по психолого-педагогическому и медико-социальному сопровождению и материальной поддержке замещающих семей.

Предусматривается разработать специальные меры по профилактике и своевременному выявлению профессиональных заболеваний, улучшению условий труда, содействию занятости женщин, имеющих малолетних детей, и повышению их конкурентоспособности на рынке труда, по развитию инфраструктуры дошкольного образования, обеспечению местами в дошкольных образовательных учреждениях в приоритетном порядке детей работающих женщин, а также разработать долгосрочные программы, направленные на популяризацию здорового образа жизни, повышение миграционной привлекательности важных в геополитическом отношении регионов Российской Федерации.

На первом этапе в субъектах Российской Федерации будут также разработаны региональные демографические программы, направленные на улучшение демографической ситуации, учитывающие специфику каждого региона (долю сельского населения, сложившуюся модель семьи, обычаи и традиции) и согласованные с реализуемыми мероприятиями приоритетных национальных проектов в сфере образования, здравоохранения, жилищной политики и сельского хозяйства.

При разработке указанных программ первоочередное внимание будет уделяться наиболее острым проблемам народонаселения, характерным для конкретного региона субъекта Российской Федерации. Программы должны быть обеспечены необходимым финансированием, методическим и информационным сопровождением.

На первом этапе будут созданы условия, позволяющие уменьшить остроту демографического кризиса, сформировать правовую, организационную и финансовую базу для наращивания дальнейших усилий по поддержке и закреплению позитивных тенденций к началу 2011 года.

В результате реализации мероприятий первого этапа предполагается снизить темпы естественной убыли населения и обеспечить миграционный прирост.

На втором этапе будет продолжено осуществление мероприятий по стабилизации демографической ситуации. Основной акцент будет сделан на внедрении программы здорового образа жизни, реализации специальных мер по содействию занятости женщин, имеющих детей, проведении мероприятий по профилактике и своевременному выявлению профессиональных заболеваний, осуществлении программы поэтапного сокращения рабочих мест с вредными или

опасными для репродуктивного здоровья населения условиями труда.

В связи с реализацией с 2010 года дополнительных мер государственной поддержки семей, имеющих детей, в форме предоставления материнского (семейного) капитала будут разработаны меры по расширению строительства доступного семейного жилья, развитию дополнительных образовательных услуг.

По итогам реализации второго этапа предполагается:

• стабилизировать численность населения на уровне 142-143 млн. человек;

• увеличить показатель ожидаемой продолжительности жизни до 70 лет;

• увеличить в 1,3 раза по сравнению с 2006 годом суммарный коэффициент рождаемости, на треть снизить уровень смертности населения;

• уменьшить отток квалифицированных специалистов, увеличить объемы привлечения на постоянное место жительства в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом, квалифицированных иностранных специалистов и молодежи, обеспечить на этой основе миграционный прирост на уровне не менее 200 тыс. человек ежегодно.

На третьем этапе предусматривается на основе оценки влияния реализуемых проектов и программ на демографическую ситуацию проводить мероприятия по упреждающему реагированию на возможное ухудшение демографической ситуации в стране.

В связи со значительным уменьшением к началу третьего этапа численности женщин репродуктивного возраста потребуется принять дополнительные меры, стимулирующие рождение в семьях второго и третьего ребенка.

В целях замещения естественной убыли населения в результате возможного сокращения уровня рождаемости предстоит активизировать работу по привлечению на постоянное место жительства в Российскую Федерацию иммигрантов трудоспособного возраста.

К 2025 году предполагается:

• обеспечить постепенное увеличение численности населения (в том числе за счет замещающей миграции) до 145 млн. человек;

• увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 75 лет;

• увеличить в 1,5 раза по сравнению с 2006 годом суммарный коэффициент рождаемости, снизить уровень смертности в 1,6 раза;

• обеспечить миграционный прирост на уровне более 300 тыс. человек ежегодно.

Таким образом, стратегическими целями обеспечения безопасности России в области повышения качества жизни российских граждан являются: снижение уровня социального и имущественного неравенства россиян, в среднесрочной перспективе – стабилизация их численности, в долгосрочной перспективе – коренное улучшение демографической ситуации в стране.

3.7. Демографические модели. Стационарное и стабильное население

В демографическую науку понятие стационарного населения было введено английским ученым Э. Галеем еще в конце XVII в.

Модель стационарного населения предполагает совокупность людей, в которой неизменны интенсивность рождений и порядок вымирания при отсутствии миграции.

Следовательно, она предполагает равенство рождений и смертей, т.е. естественный прирост, равный нулю, а численность населения отдельных возрастных групп постоянную. Такая модель не имеет аналогов ни в одном известном обществе.

Однако в современном прогнозировании развития населения она играет в определенных условиях не только абстрактную, но и значительную практическую роль. Ее значение увеличивается в связи со стремлением к саморегулированию процесса воспроизводства населения и возможностью образования такого типа населения.

Известный французский демограф Р. Пресса в книге «Народонаселение и его изучение» пишет: «Вполне очевидно, что в действительности никогда не было населения, полностью соответствующего стационарной модели: но можно думать, что эволюция некоторых групп населения в определенные периоды их истории близка к модели стационарного населения».

По таблицам смертности можно построить модель стационарного населения по числу доживающих от возраста x до возраста $x + 1$. Если принять табличные числа женщин, доживающих до возраста $x + 1$, за основные значения, то соответствующие числа мужчин можно рассчитать умножением на постоянный коэффициент, выражающий соотношение полов среди новорожденных. В больших совокупностях населения эти соотношения постоянны. Необходимость корректировки объясняется тем, что при построении таблиц смертности за основу, как для мужчин, так и для женщин, принимается 100 000, в то время как отношение числа родившихся мальчиков к числу родившихся девочек больше единицы.

Если принять ежегодное число рождений за 7V, в том числе pN – мальчиков и $(1 – P)N$ – девочек, то число лиц, доживающих до возраста x, составит L_{xy}, что свидетельствует о необходимости опираться при расчете на среднюю численность населения в возрасте x-лет, для которого производится расчет.

Общую численность стационарного населения можно рассчитать по формуле:

$$S = \sum L_x = N \times e_0^0,$$

где L_x – число живущих в возрасте x лет, e_0^0 – средняя продолжительность предстоящей жизни новорожденных в популяции.

Общие коэффициенты смертности и рождаемости в стационарном населении обратно пропорциональны ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении:

$$n = m = \frac{1}{e_0^0},$$

Таким образом, в стационарном населении рождаемость есть величина, обратная средней продолжительности предстоящей жизни новорожденных.

Поскольку в стационарном населении коэффициент смертности равен коэффициенту рождаемости, то общее годовое число рождений должно равняться годовому числу смертей. Следовательно, для построения этой модели необходимы таблицы смертности, определяющие число доживающих до возраста *x,* и коэффициент, отражающий отношение числа мальчиков к числу девочек среди новорожденных. Для расчета необходимо знать также среднее число живущих, вычисляемое по соотношению чисел доживающих:

$$L_x = \frac{l_x + l_{x+1}}{h} \div 2.$$

Если содержатся данные для пятилетних возрастных групп, то пользуются средними величинами из чисел доживающих:

$$\sum L_x = 5 \sum_{x<0}^{100} L_{x/x+4}.$$

Пример расчета стационарного населения приведен в табл. 7. В ней исходная совокупность условно принята за 100 000. Соотношение числа новорожденных мальчиков к числу новорожденных девочек принимаем на уровне 1,070. Используя это соотношение, рассчитываем возрастную структуру стационарного мужского населения.

Таблица 7

Стационарное население молодых возрастов

Возраст, лет	Среднее число живущих (по таблицам смертности), чел.		Стационарное население, чел.	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
0-1	490 384	493 366	524 711	493 366
5-9	488 319	492 446	522 501	492 446
10-14	487 343	492 015	521 457	492 015
15-19	484 374	490 935	518 281	490 935
20-24	479 254	489 073	512 802	489 073

Таким образом, модель стационарного населения позволяет определить его общую численность и численность живущих мужчин и женщин с распределением их по возрастным группам. Поскольку идея стационарного населения предполагает неизменность рождаемости и смертности, а следовательно, и нулевой прирост населения, то наблюдаемые показатели воспроизводства сохранятся и в будущем. Ни численность населения, ни его структура не изменятся.

Модель стабильного населения предполагает совокупность людей, в которой неизменны интенсивность рождений и порядок вымирания (с постоянным уровнем в отдельных возрастных группах) при отсутствии миграции, означает, что численность населения либо постоянно растет, либо постоянно снижается. Если рождаемость превышает смертность, то население растет. Поскольку высокие рождаемость и смертность определяются их «естественным уровнем», т.е. не происходит планирования (ограничения роста) семьи, модель стабильного населения применима при расчете возрастной структуры и параметров его естественного движения в развивающихся странах. Однако и в развитых странах наблюдается стабилизация процесса воспроизводства населения. Поэтому модель стабильного населения имеет большое значение для демографии.

В 1911 г. в одной из первых работ А. Лотка вместе с Ф. Шарпом доказал одну из центральных в математической демографии теорему: закрытое население, в котором возрастные интенсивности рождаемости и смертности с определенного момента времени стали постоянными, со временем будет иметь неизменную возрастную структуру, постоянные общие коэффициенты рождаемости и смертности и коэффициент естественного прироста.

В стабильном населении коэффициенты рождаемости, смертности и естественного прироста в большей степени зависят от фактической возрастной структуры населения. Если доказать, что данное население стремится к определенному уровню рождаемости и смертности, то возрастная структура населения будет зависеть только от этих двух факторов (исключаются нарушения лет войны).

Необходимо, однако, чтобы для установления зависимости между коэффициентами естественного движения населения и стабилизацией его возрастной структуры прошло некоторое время. А. Лотка определил его в пределах 50-100 лет, но последние наблюдения свидетельствуют о том, что для этого достаточно средней продолжительности жизни одного поколения (длины женского поколения).

Общие коэффициенты рождаемости n и смертности m стабильного населения постоянны, их можно выразить формулами:

$$m = \sum_{x=0}^{w} m_x \times s_x \, , n = \sum_{x=0}^{w} f_x \times s_x,$$

где ms_x – возрастные коэффициенты рождаемости; m_x – возрастные коэффициенты смертности; s_x – доля лиц в возрасте от x до $x + 1$ лет; f_x – функция продолжительности жизни.

Из постоянства этих возрастных характеристик рождаемости, смертности и возрастного состава в стабильном населении вытекает постоянство общих коэффициентов рождаемости и смертности.

Коэффициент естественного прироста стабильного населения также постоянен. Стабильное население изменяется по экспоненциальному закону (или в геометрической прогрессии). Числа родившихся и умерших в стабильном населении изменяются также по экспоненциальному закону

$$n_i = n_0 \times e^{r \times t}, \qquad m_i = m_0 \times e^{r \times t},$$

где n_i – коэффициент рождаемости в момент времени K, m_i – коэффициент смертности в момент времени r, n_0 – коэффициент рождаемости в момент времени 0; m_0 – коэффициент смертности в момент времени 0; r – коэффициент естественного прироста стабильного населения.

Каждой комбинации возрастных распределений смертности и рождаемости соответствует единственное стабильное население с определенной возрастной структурой, общими коэффициентами рождаемости и смертности, а также коэффициентом естественного прироста. Модель стабильного населения опирается на возрастную структуру модели стационарного населения, коэффициент стационарного населения и коэффициент естественного прироста А. Лотки, представляющий собой предельную величину вследствие стабилизации коэффициентов рождаемости и смертности. Такой метод применим для анализа роста населения стран, в которых идет процесс стабилизации естественного движения населения.

Наиболее важный параметр модели стабильного населения, истинный коэффициент естественного прироста (А. Лотки) имеет следующую формулу

$$r = \sqrt[\bar{T}]{R_n} - 1 \text{ или } r = \frac{\ln_{R_n}}{\bar{T}} = \frac{2{,}3026 \lg_{R_n}}{\bar{T}},$$

где R_n – нетто-коэффициент воспроизводства; ln – логарифм с основанием e; lg – логарифм с основанием 10; T – длина женского поколения.

Коэффициент естественного прироста А. Лотки рассчитывается по формуле, основанной на длине женского поколения T и нетто-коэффициенте воспроизводства (число девочек, рожденных одной женщиной, доживших до возраста родившей их матери) R_n. Под

средней длиной поколения T в демографической статистике понимают средний интервал времени, разделяющий поколения родителей и их детей (матерей и дочерей, отцов и сыновей). В стабильном населении средняя длина поколения T определяется как интервал времени, в течение которого численность поколения изменится в R_n раз. Длиной женского поколения T служит и среднее, или медианное, число лет женщин, родивших первого ребенка.

Квазистабильным считается население, в котором после длительного периода неизменности возрастных интенсивностей рождаемости и смертности начинается снижение смертности. Возрастная структура в таком населении остается неизменной. Фактически модель квазистабильного населения описывает ранние стадии демографического перехода.

При проведении демографического анализа полученные показатели модели стабильного населения сравниваются с показателями реального населения. Общие коэффициенты рождаемости и смертности, коэффициент естественного прироста стабильного населения свободны от влияния возрастной структуры. Поэтому с их помощью можно лучше понять демографические особенности развития конкретного населения.

Общеизвестна взаимосвязь экономических и демографических процессов, проявляющаяся во влиянии социально-экономических процессов через ряд опосредующих звеньев на демографические характеристики населения и на социально-экономическое развитие.

Одними из первых были модели Р. Харрода и Е. Доммара, в которых демографические процессы рассматривались в качестве одного из основных факторов экономического развития. В дальнейшем развитие экономико-демографических моделей шло в направлении определения взаимосвязей между тенденциями уровня рождаемости и показателями уровня жизни.

Работы американских ученых А. Коула и Э. Гувера, основанные на исследовании тенденций экономических и демографических процессов в Индии, явились примером неокейнсианского подхода к проблемам населения. Построенная имитационная модель позволила авторам сделать вывод о крупных экономических издержках высокой рождаемости. При гипотезе низкой рождаемости, согласно этой модели, душевой доход через 20 лет оказывается на 10-15%, а через 30 лет – на 25-40% больше.

Однако Г. Мюрдель, рассматривая положения исследования А. Коула и Э. Гувера, отметил, что для того чтобы модели были адекватными, они должны учитывать значительно больше взаимосвязей.

Зависимость между ростом населения и уровнем среднедушевого дохода явилась предметом рассмотрения ряда моделей, авторами которых явились представители неоклассической школы – Р. Нельсон,

Х. Лейбенштейн, Э. Фелпс. Р. Нельсон предполагал, что рабочая сила пропорциональна населению, а такие факторы производства, как земля и капитал, взаимозаменяемы. Динамика численности населения коррелирует с уровнем дохода и капиталовложений. Рост уровня дохода влияет на снижение смертности до тех пор, пока доход не достигнет определенной величины, после чего его воздействие на уровень смертности начинает нивелироваться. При одновременном росте доходов и численности населения увеличение дохода на душу населения возможно лишь в том случае, если темпы формирования капитала превысят темпы роста численности населения. Лишь интенсивное накопление капитала позволит избежать «ловушки равновесия на низком уровне». Вывод о том, что равновесие на низком уровне может быть стабильным лишь при небольших изменениях капиталовложений, а при больших экономика становится нестабильной, получил название *минимального критического усилия.*

Ключевое положение концепции Х. Лейбенштейна заключалось в том, что квазистабильность населения, характерная для отсталой экономики, может быть преодолена лишь при изменении уровня накопления капитала, техническом прогрессе, что приводит к увеличению доходов, а следовательно, к росту численности населения, росту потребления и демографическому давлению на ресурсы. В результате этого вновь происходит снижение доходов, и экономика возвращается к равновесному состоянию с минимумом средств существования. В рамках данной концепции между смертностью и доходом существует обратная связь, так как в результате повышения доходов улучшается питание, условия жизни, что приводит к снижению смертности. Рождаемость же начинает снижаться в условиях, когда происходит уменьшение выгоды от увеличения числа детей в семье и при росте расходов, связанных с рождением ребенка.

Идеи Р. Нельсона и Х. Лейбенштейна впоследствии поддержали Х. Майнт и Е. Хаген, утверждавшие, что в условиях развивающейся экономики рост населения может лишь снизить среднедушевой доход.

В начале 70-х гг. для нужд развивающихся стран были разработаны модели системы Бече. Над ними работала группа экспертов Международной организации труда (МОТ) под руководством Р. Блэнди, Р. Анкера, Р. Веди, М. Гопкинса в связи с разработкой программы занятости. В модели различаются три подсистемы: демографическая, экономическая, подсистема распределения доходов и рынка труда. В частности, модель, конкретизированная для Филиппин, содержала около 750 демографических и 1000 экономических переменных, сведенных в 250 уравнений. Стабильное состояние экономики может быть достигнуто на основе изменений во взаимодействии экономических и демографических переменных. Согласно выводам модели, государственное управление экономикой должно быть направлено на

максимизацию валового внутреннего продукта в долгосрочной перспективе при условии сбалансированности всех звеньев экономики страны.

Модель Ст. Энке утверждает, что эффективность затрат на программы планирования семьи в 100-500 раз выше затрат на экономический рост.

Неоклассическая школа в процессе экономико-демографического моделирования использовала производственную функцию Кобба – Дугласа для анализа экономического роста как функции труда и капитала.

Модель Солоу, в частности, устанавливает отрицательный характер зависимости между ростом численности населения и производительностью. Согласно модели Э. Фелпса, динамика общих коэффициентов рождаемости и смертности определяет динамику рабочей силы. Чем ниже постоянный коэффициент рождаемости, тем выше постоянный доход на душу населения.

Впервые была предпринята попытка рассмотреть зависимость между ростом численности населения и экономическим развитием с помощью метода системной динамики в модели Дж. Форрестера.

Для эффективного регулирования экономического развития необходимы экономико-демографические модели. Их можно использовать для оценки социальной и экономической эффективности демографических программ, ряда социальных мероприятий. Крупномасштабные экономико-демографические модели целесообразно использовать при составлении государственных программ развития образования, здравоохранения, занятости, жилищного строительства, распределения доходов, ценообразования.

В экономико-демографических моделях рассматривается та часть населения, которая непосредственно участвует или готова включиться в производство товаров и услуг. Для расчетов используются повозрастные коэффициенты трудовой активности для возрастных групп населения в трудоспособном возрасте. Для исследования рынка рабочей силы большое значение имеет учет таких социальных факторов, как здоровье и уровень образования населения.

В современном экономико-демографическом моделировании применяются статические и динамические модели. При этом последние получили наиболее широкое распространение. Однако к их недостаткам можно отнести отсутствие стабильности при принятых допущениях.

Одной из главных проблем экономико-демографического моделирования является учет и соотношение темпов роста численности населения и экономического развития страны. Основной вывод многих моделей заключался в том, что высокие темпы роста численности населения в развивающихся странах экономически не оправданны.

С одной стороны, создание новых методов и технологий производства служит фактором роста населения, а с ростом населения растут рынки сбыта товаров. Однако, анализируя влияние демографического фактора на экономику, важно учитывать и такие его составляющие, как воздействие на окружающую среду, потребление природных ресурсов.

Основные условия моделей краткосрочного влияния демографических изменений на рынок труда сводятся к следующему:

• в течение жизни одного поколения существующие тенденции рождаемости не оказывают влияния на предложение новой рабочей силы, но изменяют мотивацию к труду у мужчин и женщин при рождении детей;

• смертность населения в трудоспособном возрасте непосредственно влияет на численность рабочей силы. В России, в частности, повышенная смертность мужчин в возрасте 20-40 лет, особенно от несчастных случаев, травм и отравлений, влияет на половозрастные коэффициенты занятости;

• миграция оказывает значительное влияние на изменение качества и количества рабочей силы;

• изменение половозрастных коэффициентов занятости обусловливается в основном экономическими причинами.

В ходе экономико-демографического моделирования была установлена устойчивая связь между колебаниями деловой активности и воспроизводственными характеристиками населения. На основе данных о коэффициентах иждивенчества – отношением численности нетрудоспособного населения к его трудоспособной части – и колебаниях доли сбережений в доходе семьи с учетом композиционного эффекта можно установить динамику личных сбережений в экономике.

Исследования, проведенные учеными, свидетельствуют, что в первой половине XX в. 80% инвестиций в частной сфере предпринимательства были осуществлены из внутренних источников самой сферы производства. На современном этапе развития рыночной системы эта доля понизилась до 60-70%, а в России, по косвенным данным, она составляет 30-40%. Сбережения же населения в большинстве случаев составляют жилые постройки, страховые и пенсионные взносы.

При прочих равных условиях более высокие темпы роста населения ведут к повышению уровня частнопредпринимательского накопления. Демографические изменения оказывают влияние на уровень инвестиций в стране через оценку предпринимателями потенциальной прибыли от инвестиций на основе ожидаемого спроса.

Рост добавочного предложения труда также существен для снижения издержек производства. Однако в настоящее время для России проблемой выступает сокращение численности населения и его трудоспособной части, старение населения.

Экономико-демографические модели представляют собой структурно, функционально и математически формализованную концепцию функционирования экономической системы как единого целого.

Экономико-демографические модели показывают, в какой степени взаимодействие демографического фактора с другими переменными экономического процесса определяет темпы роста экономики, что позволяет получить количественную оценку роли отдельных переменных в тенденциях развития экономической системы.

Модели позволяют понять, какие основные характеристики и элементы демографической сферы являются основополагающими для достижения определенного числа населения, каковы связи между этими характеристиками и элементами. Подобная формализация понятий демографической сущности позволяет визуально представить взаимоотношения природной составляющей изменения состава и численности человеческой популяции и социально-экономических факторов, влияющих в той либо иной степени на численность и воспроизводства населения.

Модель позволяет представить логичные соотношения отдельных элементов и их групп, понять равновесную природе процессов, определяющих, в конце концов, реальную численность населения в конкретный социально-экономический период.

Один из вариантов такой экономико-демографической модели представлен на рисунке 10.

К характеристикам в экономико-демографической модели относятся: демографическая нужда, природная (естественная) потребность числа популяции, социальная (желаемая) потребность числа населения, биосоциальная устойчивость популяции, социально-экономическая изменчивость числа населения, естественная репродуктивная деятельность, деятельность в области воспроизводства населения, демографическая модель, соответствующая демографическим нуждам.

К элементам в экономико-демографической модели относятся: вероятностная модель воспроизводства популяции, прогностическая модель воспроизводства населения, демографический уклад, демографический уровень, демографическая политика, границы обитания популяции, биосоциальный уровень числа популяции, социально-экономическая уровень числа населения, открытость воспроизводства населения («демографические свободы»), жизненные блага, демографическое законодательство, общественно-социальные и государственные институты демографии, число родившихся, общественные (материальные, финансовые и пр.) ресурсы.

В настоящем исследовании не приводится полный анализ представленной модели, не рассматриваются ее динамические

преобразования во времени и пространстве, лишь подчеркивается наличие своеобразного инструмента для понимания глубинных процессов естественного движения населения, см. рис. 10.

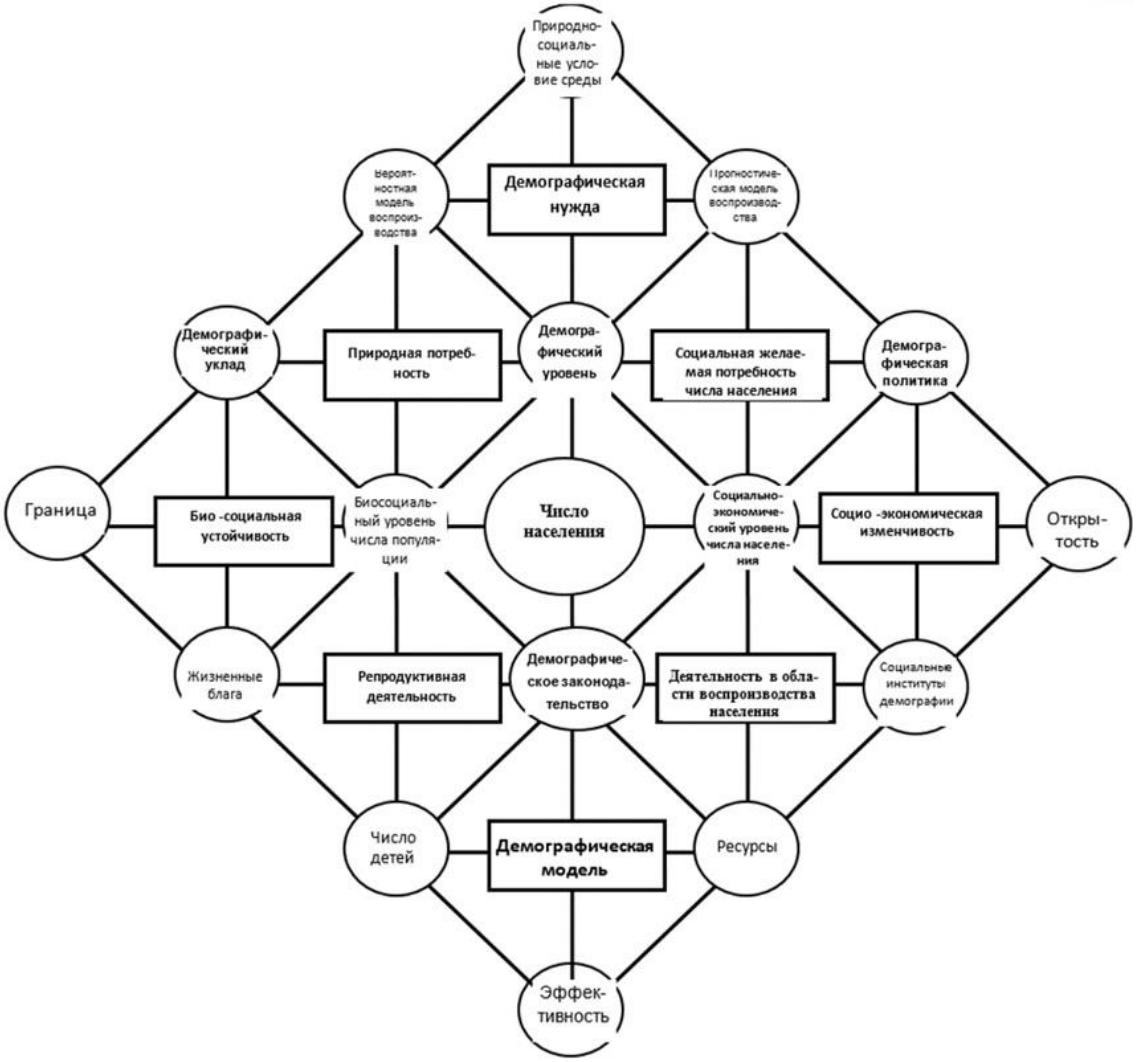


Рис. 10. Концептуальная экономико-демографическая модель

3.8. Некоторые направления решения демографических проблем (национальный аспект)

К 2050 году, согласно прогнозам ООН, население Российской Федерации составит от 112 млн. человек (по оптимистическому сценарию) до 92 млн. человек (по пессимистическому сценарию). Это будет в том случае, если ничего не предпринимать.

Население развитых стран, по прогнозу ООН, составит 75 млн. человек (с 316 млн. в 2000 г. до 391 млн. в 2050-м), а по оптимистическому сценарию – все 196 млн. человек. То есть в Северной Америке за полвека прибудет не менее 75 миллионов

человек, а у нас убудет не менее 34 миллиона человек, а то и все 54 миллиона.

Таким образом, очевидно, что сохранение и безопасность России невозможны вне быстрого и эффективного решения демографической проблемы, что требует в ближайшие десятилетия чрезвычайных и нестандартных мер.

Демографической сверхзадачей страны должны стать остановка снижения численности населения и обеспечение перехода к положительному и естественному, основанному на собственном населении, демографическому росту, результатом которого должна стать примерно 200-миллионная численность населения Российской Федерации к 2050 году.

Решение данной количественной сверхзадачи и следует считать путём к решению демографической проблемы.

Достижение показателя в примерно 200 млн. человек к 2050 году требует уже к 2010 году резко снизить уровень смертности – с нынешних 16,5 смерти на 1000 человек до 10, а в 2015 году – до 7, и повысить рождаемость до 2 млн. детей к 2010 году, и до 2,8–3,4 млн. к 2020 году.

С 2000 г. наблюдается небольшое увеличение рождаемости в стране – с 1,4 до 1,5 млн. детей в год, что обусловлено, скорее, не пресловутым «ростом экономики» и реальных денежных доходов граждан, а вступлением в активный детородный возраст женщин, рождённых в начале – середине 1980-х гг. – во время пика рождаемости на излёте СССР. Однако для дальнейшего простого воспроизводства требуется дополнительно еще минимум 800 тыс. новорождённых в год. Для расширенного воспроизводства необходимо стремиться к тому, чтобы в Российской Федерации ежегодно рождалось не менее 2,4–3 млн. детей.

Необходимо добиться того, чтобы особый вклад в повышение рождаемости был внесён теми женщинами, которые хотят, но в данное время не могут иметь детей или вынашивать детей полный срок. В этих целях организуется национальный проект «Здоровое материнство», в рамках которого реализуется весь спектр мер по обеспечению здоровья женщин-матерей в целом.

Реализация демографической сверхзадачи требует разработки проекта и теории демографического «взрыва» или демографической «волны» – т.е. системы мер по прекращению вымирания страны и перехода к ускоренному положительному демографическому росту. В основу проекта и теории можно положить гипотезу о существовании в истории демографических циклов Вильгельма Абеля и Майкла Постана, которые не только описали на примере истории Европы и Китая парадоксальное увеличение численности населения в отдельные эпохи, но и выдвинули идею о том, что внешне неожиданный и поразительно быстрый рост населения связан с культурой и

определяется так называемыми великими, или фундаментальными, открытиями.

Фундаментальными являются открытия, которые приводят к цивилизационному сдвигу, к появлению принципиально новых методов и систем деятельности, позволяющих, как это формулируют историки, «расширять экологическую нишу этноса». Это могут быть открытия в области производства пищи – например, доместикация растений или одомашнивание животных, или иные технические, организационно-управленческие открытия, позволяющие увеличить плотность населения в десятки раз. Эффект фундаментальных открытий таков, что они дают народу-первооткрывателю абсолютное преимущество перед другими народами и государствами мира.

В настоящее время до 15 процентов российских семей имеют трёх детей, а по отдельным регионам – до 22 процентов. При этом, как показывают социологические опросы, большая часть российской молодёжи убеждена, что в семье должно быть два–три ребёнка. Одного ребёнка, по опросам, хотели бы иметь 15 процентов населения, двоих детей – 66 процентов населения, троих – 17 процентов. В общей сумме желание иметь двоих–троих детей достигает 84 процентов.

Не менее половины от этого количества, возможно, могут принять решение в пользу третьего ребёнка. Таким образом, задачей страны и государства должно стать доведение числа трёхдетных семей к 2015 году до 30 процентов, а к 2025 году – до 50 процентов.

В среднем на одну женщину в стране приходится 1,2 рождения, хотя минимально необходимый для простого воспроизводства населения уровень составляет 2,15 рождения.

Типичная семья в Российской Федерации является малодетной – до двух детей – и неустойчивой, подверженной распаду. Малодетность связана и с отсутствием традиции или «моды» на число детей более двух, откладыванием рождения первого ребёнка и значительным числом внебрачной рождаемости. Неустойчивость семьи (на тысячу браков только официально в среднем регистрируется 700 разводов) связана с резким падением ценности семьи, с отсутствием устойчивых социально-культурных укладов, что даёт возможность молодым парам достаточно легко отказываться от официальной регистрации брачных отношений и выбора совместной жизни с молодости до старости, до смерти.

Объявление трёхдетной семьи национальным приоритетом позволит сделать семью с тремя детьми (и вообще многодетные семьи) модными и интересными с точки зрения жизненных схем молодых людей.

Одним из важных факторов, определяющих низкую рождаемость, является отсутствие у молодёжи и молодых семей достойных жилищных условий и перспективы их улучшения по мере рождения детей.

Данная ситуация имеет свои причины. В советский период семья обеспечивалась жилищем преимущественно в среднем возрасте, поскольку предоставление жилья рассматривалось в качестве своего рода вознаграждения за трудовой вклад семьи. В постсоветский период молодая семья также оказывается необеспеченной жильём, поскольку ипотечные схемы предусматривают в качестве обязательного условия фактически невозможные для молодой семьи ситуации: наличие значительных денежных средств для первого взноса и стабильное высокооплачиваемое место работы.

Преодоление демографической катастрофы требует кардинального изменения данных схем в пользу обязательного и гарантированного государственного обеспечения каждой молодой семьи полноценными для воспитания детей жилищными условиями.

В настоящее время на федеральном и региональном уровнях имеется чрезвычайно важный и полезный опыт реализации особой жилищной политики по отношению к молодым семьям в виде программ «Молодой семье – доступное жильё», «Доступное жильё молодой семье» и т.п.

Данный опыт должен быть проанализирован, и на его основе приняты меры, результатом которых должно стать гарантированное обеспечение молодых семей жильём – в частности, домом для каждой молодой семьи с двумя и более детьми в 2012 году, а с 2015 года – для каждой молодой семьи. Реализация данной задачи требует перехода к альтернативной урбанизации и является реалистичной в рамках национальной программы «Дом в России».

Привязка демографического развития к жилищным и коммунальным программам (например, через освобождение молодых семей от жилищно-коммунальных платежей в зависимости от количества детей) позволит выходить на комплексное решение главных проблем страны в целом и обеспечить гуманитарное измерение любых проводимых реформ.

Логика демографического развития требует гарантированного обеспечения перспективного и безопасного детства для каждого без исключения российского ребёнка. Каждый российский ребёнок является национальным достоянием, и качество его жизни должно быть достаточным для реализации стратегических задач страны как мировой державы.

Перспективность определяется, прежде всего, обеспечением лучших в мире систем образования, здравоохранения, безопасности, социальной защиты и профессионализации для каждого без исключений российского ребёнка.

Для реализации данной задачи в стране необходимо ввести персональный патронат перспективности и безопасности детства каждого ребёнка.

В рамках персонального патроната должна быть произведена

системная интеграция российской школы, сферы образования, социальной работы и культуры в целом, что должно обеспечить каждому российскому ребёнку личную перспективу, его уникальный вектор продвижения личностного роста. Следует изначально вводить подрастающее поколение в приоритетные сферы развития страны и стратегические виды труда и занятости, поскольку только они обеспечивают нефиктивную перспективность.

Мужчин в стране меньше, чем женщин: на тысячу мужчин в России приходится 1147 женщин. И данный показатель будет оставаться таким, пока будет сохраняться низкая рождаемость в стране и ранняя смертность мужчин – ожидаемая продолжительность жизни мужчин в настоящее время опустилась до отметки 58,5 года, т.е. на 13 лет меньше, чем женщин (71,9 года).

Не очень серьёзный, как казалось, призыв 1980-х гг. «Берегите мужчин!» в наши дни оказывается точной постановкой одной из центральных задач решения демографической проблемы. Кризис мужского населения напрямую ведёт к тому, что половина российских женщин оказываются не замужем, и большинство из них вообще никогда не состояли в браке. В основе высокой смертности мужчин и нежелания или невозможности мужчин заводить семью лежит утеря значительной частью мужчин в стране ясности мужского призвания и уверенности в себе и своей способности быть главой семьи и отцом нескольких детей.

В этой ситуации мужественность должна стать объектом целенаправленного культивирования и роста. Необходимо вернуть уважение к мужчинам и самоуважение у самих мужчин. Необходимо объявить своего рода мужской призыв – т.е. возвращение мужчин к роли фундамента семейной жизни в стране.

При этом необходимо исходить из того, что мужское достоинство определяется не количеством клиник «Эрос», а воспитанием каждого мальчика в качестве защитника Родины, наличием перспективной высококвалифицированной и достойно оплачиваемой работы для каждого мужчины и возможностью для молодой семьи жить в своем доме или удобной квартире.

Демографическое развитие может осуществляться в обществе, сам строй которого гарантирует достойную жизнь. Именно для этого необходимо продвижение цивилизации личности в России.

Интегральным выражением достоинства жизни населения является качество жизни.

В 1960-1970-е гг. в СССР качество жизни было сопоставимым с мировым качеством жизни наиболее развитых стран мира. И сегодня как важнейшее условие демографического развития должна быть поставлена задача достижения мирового качества жизни.

В целях гарантии каждому жителю страны достойной жизни необходимо также создание федеральной системы социальной

безопасности (social security), функцией которой является обеспечение минимальных персональных стандартов качества жизни каждому гражданину России.

Как примеры решения демографической проблемы в России можно привести следующие возможные методы:

1) разработка всех новых и изменение старых нормативно-правовых актов сквозь призму демографии. Например, внесением изменений в Закон «О воинской обязанности и военной службе» была исключена отсрочка от службы в армии при наличии ребёнка или даже факта беременности жены потенциального призывника. Многие создавали семьи именно потому, что была возможность избежать службы в армии. Замена призывника пособием в несколько тысяч рублей не может компенсировать отсутствие кормильца семьи целый год;

2) обеспечение жильём именно молодых семей, которые имеют от двух детей на крайне льготных условиях, отличных от всех других ипотечных программ;

3) увеличение материального поощрения при рождении второго ребёнка и последующих;

4) анализ деятельности организаций по планированию семьи, пересмотр программы по половому воспитанию школьников;

5) возрождение традиционных семейных ценностей;

6) увеличение средней продолжительности жизни населения;

7) более взвешенная миграционная политика, направленная в сторону привлечения именно русскоязычного населения.

Индикаторы управленческой деятельности по улучшению демографической ситуации (региональный аспект)

Воспроизводство численности населения является условием выживания человечества вообще и страны, региона в частности.

Демографический кризис в России в 1990-е гг. и его социальные, экономические причины, факторы являются в настоящее время предметом исследования демографов, социологов, экономистов. Анализируется состояние общественного здоровья населения в регионах, дифференциация регионов по медико-демографическим характеристикам. Делаются расчеты экономического ущерба от потерь общественного здоровья. Ставится вопрос о формировании статистики репродукционного процесса.

В связи с этим актуально изучение состояния демографического потенциала области и определение перспектив его качественного улучшения.

В последние годы отмечается негативная тенденция – *смертность населения в трудоспособном возрасте.* Повышенный ее уровень оказывает неблагоприятное воздействие на формирование и состав трудовых ресурсов области.

Несмотря на снижение в последние годы числа умерших от несчастных случаев, отравлений и травм, смертность населения трудоспособного возраста от этой причины остается высокой и занимает одно из первых мест среди всех причин смерти.

Основные причины смертности трудоспособного и всего населения совпадают: это болезни системы кровообращения, несчастные случаи, отравления и травмы, а также новообразования.

Особенно неблагоприятна ситуация со смертностью трудоспособных в возрастном отношении мужчин.

В немалой степени неблагополучие связано с распространением *пьянства и алкоголизма.*

Данным проблемам уделяется серьезное внимание в исследованиях смертности населения. Смертность населения РФ от причин, связанных с употреблением алкоголя, в 2005 г. была следующей (число умерших на 100 000 населения): случайные отравления алкоголем - 28,6, алкогольная кардиомиопатия – 26,6, алкогольная болезнь печени – 10,8, хронический алкоголизм – 3,6 и др., всего умерших от вышеперечисленных причин – 73,1.

Ежемесячные потери от снижения производительности труда в результате злоупотребления алкоголем в 2004 г. составили примерно 7 тыс. руб. на одного занятого.

Негативное положение со смертностью населения в трудоспособном возрасте повлекло сокращение *ожидаемой продолжительности жизни*, особенно у мужчин.

Из-за существенных различий в уровне смертности между мужчинами и женщинами отмечается значительная разница в продолжительности жизни между ними. Поэтому на данном этапе особое внимание должно уделяться социальным мерам профилактики заболеваний, укреплению здоровья населения, пропаганде здорового образа жизни.

Одной из важных характеристик возрастной структуры служит показатель *среднего возраста* населения, устойчивая тенденция к росту которого говорит о процессе его старения.

Наблюдается *гендерная диспропорция* населения. Причем в сельской местности мужчины по численности доминируют в возрастных группах до 50 лет.

Следствием низкой рождаемости является *старение* населения области. Вследствие старения населения растет давление на государственный бюджет, острой является проблема финансирования систем пенсионного обеспечения и социальной защиты населения. Рост числа лиц престарелого возраста требует развития службы социальной помощи одиноким пожилым людям, расширения сети домов-интернатов и пансионатов. Увеличение доли лиц пожилого возраста с более высокими потребностями в лечении приводит к росту нагрузки на учреждения здравоохранения.

Следствием снижения численности населения в трудоспособном возрасте является нехватка рабочих рук, а увеличение доли старших возрастных групп в трудоспособном населении может отразиться на способности работников воспринимать инновации, осваивать новые технологии.

Сокращение рождаемости в нашей стране, и особенно во Владимирской области, со всеми прочими причинами, напрямую связано со снижением уровня жизни, массовой бедностью населения, неуверенностью в будущем для себя и своих детей.

Поэтому важна экономическая, политическая и социальная стабильность в обществе, повышение уровня и качества жизни.

Необходимо решение жилищной проблемы, развитие малоэтажного жилья. Семьи, живущие в усадьбах, как правило, имеют больше детей. В таком доме проще создать условия для патронатной, приемной семьи, опекунов и попечителей. Проживание в своем доме в какой-то степени влияет и на образ жизни. Дети, воспитывающиеся в своем доме, меньше вовлекаются в «подъездные» компании, приучаются к труду, социально ответственны и добры.

Сегодня очевидно, что полная семья из двух-трех-четырех детей является гарантией стабильного функционирования и развития общества, поскольку обеспечивает демографический баланс и успешное функционирование всех институтов в обществе, здоровье нации. Снижение смертности населения напрямую зависит от социально-экономического положения в стране, регионе, семье, наличия/отсутствия кризисных явлений в экономике.

Репродуктивные процессы необходимо стимулировать.

Исследование репродуктивных установок[71] показало, что сокращение рождаемости связано, с одной стороны, с проблемой ценностных ориентаций современного человека. На фоне роста значимости образования, материального успеха, карьеры, личной свободы и т.д. постепенно ослабевают ценности детей и семейного образа жизни. Поэтому важно возрождать семейные ценности, повышать социальный статус матери и отца, семьи с 3-4 детьми, формировать у молодежи репродуктивные установки, ориентированные на увеличение желаемого числа детей и создание условий для реализации этих установок. В своем Послании Федеральному Собранию страны Президент В. В. Путин отметил, что «проблему низкой рождаемости невозможно решить без изменения отношения всего общества к семье и ее ценностям... И мы должны восстановить наши старинные ценности бережного отношения к семье, родному очагу»[72]. Важно сотрудничество с Русской православной церковью.

Безусловно, важную роль в поддержке семьи играют меры

[71] Гаврилюк В. В., Трикоз Н. А. Динамика ценностных ориентаций в период социальной трансформации (поколенный подход) // Социологические исследования. – 2002. - № 1. – С. 96-105.

[72] Путин В. В. Послание Федеральному Собранию // Рос. газ. – 2019. - № 38 (7796)

демографической политики, осуществляемые с 2006 г. в нашей стране (базовый материнский капитал, различные пособия, помощь семьям опекунов и попечителей и др.).

Но, как отмечают исследователи, кризис традиционной семьи может разворачиваться на фоне интенсивного экономического роста и повышения уровня и качества жизни населения.

Более того, совершенствование социальной системы, развитие государственных и частных программ медицинского и пенсионного обеспечения могут, как это ни парадоксально, способствовать ослаблению семейного уклада, т. к. общество, беря на себя заботу о больных, безработных, престарелых и т. д., как бы обесценивает традиционную роль семьи.

Важно культивировать здоровый образ жизни, личностную и общественную культуру здорового организма.

Необходимо не ослаблять внимания к проблемам здравоохранения, и в частности в реализации мер по сокращению младенческой смертности, обращая внимание, что вместе с тем для сокращения младенческой смертности необходимо повышать культурный и материальный уровень жизни семей.

Важен переход здравоохранения на другой уровень, способный бороться не только с экзогенными (внешними), но и с эндогенными (внутренними) причинами смертности новорожденных. Важен характер ухода за детьми, гигиеническая культура, перестройка менталитета людей, прежде всего, на состояние своего здоровья и отношения к нему, т. е. повышение культурного уровня.

С учетом старения населения в регионе необходимо создание комфортных условий жизнедеятельности людей пожилого возраста, применение механизмов активизации личностного потенциала пожилых, разнообразных социальных, рекреационных, коммуникативных, образовательных практик интеграции пожилых людей в социальную жизнь, включая трудовую деятельность (по опыту развитых стран).

Важно формировать позитивный имидж старости, позволяющий воспринимать пожилых людей как носителей культурных традиций, профессионального и жизненного опыта. Это особенно важно с учетом одиночества многих лиц старшего возраста. Кроме того, в задачи муниципальной власти входит организация жизнедеятельности пожилых людей, включая предоставление им социальных услуг (здесь встают задачи доступности и качества, в том числе минимизация очередей). Старение современного общества – это объективная, долговременная тенденция, требующая качественных изменений в экономических, политических, социальных и культурологических системах, которые оказались не готовыми ответить на данный вызов.

Кардинальный пересмотр позиции государства, федеральных, региональных и муниципальных органов управления по отношению к гражданам старшего возраста предполагает не только усиление его

защитных функций по отношению к ним, но и вовлечение последних в активную деятельность. В европейских государствах активно обсуждаются возможные стратегические преобразования базовых *институтов,* связанных с доходами населения, продлением трудовой жизни и регулированием режима найма рабочей силы, увеличением пенсионного возраста, развитием систем негосударственного пенсионного обеспечения и личного страхования и др.

Эффективно взаимодействие с общественными объединениями, особенно благотворительной ориентации по оказанию услуг пожилым гражданам.

Определенная доля демографических проблем семьи и общества лежит в области внимания к физическому и социальному здоровью детей и подростков.

Ухудшаются показатели заболеваемости *подростков.*

Все более массовый характер приобретает употребление подростками алкогольных напитков и психоактивных веществ, что также впоследствии окажет влияние на состояние их репродуктивного здоровья. Растет число подростков, находящихся на профилактическом учете в связи с указанными болезнями. Исследования показывают, что для подростков оптимальной на сегодня (с учетом российского менталитета и др.) является программа «Здоровье» в школе, в которой одним из разделов (а не вся программа) является половое воспитание.

Важность этих вопросов еще неглубоко осознана нашим обществом.

Как отмечают специалисты, проблемы общественного здоровья носят ярко выраженный региональный аспект, поэтому важна эффективная деятельность в этом направлении региональных властей. Большую роль играет взаимодействие власти и бизнеса, поддержка социально ответственного бизнеса, социальных программ в частном секторе и тех предприятий, которые сохраняют и создают новые рабочие места, создают условия для баланса социальных ролей женщины и мужчины (как работников и как родителей).

Демографическое развитие может осуществляться в обществе, сам строй которого гарантирует достойную жизнь. Именно для этого необходимо продвижение цивилизации личности в России. Интегральным выражением достоинства жизни населения является качество жизни. Сегодня как важнейшее условие демографического развития должна быть поставлена задача достижения мирового качества жизни. В целях гарантии каждому жителю страны достойной жизни необходимо также создание федеральной системы социальной безопасности (social security), функцией которой является обеспечение минимальных персональных стандартов качества жизни каждому гражданину России.

3.9. Основные направления демографической политики во Владимирской области

Состояние демографической ситуации во Владимирской области в целом отражает сложившиеся тенденции демографического развития в Российской Федерации.

Для Владимирской области, как и для других старопромышленных регионов, характерны негативные тенденции, обусловленные общероссийским тенденциями пространственного развития, а именно уменьшением численности населения, его старением и естественной убылью.

Так, по данным Росстата по Владимирской области, численность населения на 01.01.2018 г. уменьшилась до 1378,3 тыс. чел., по сравнению с данными переписи населения (1989 г. и 2010 г.) оно сократилось соответственно на 16,4% и 6,0%, см. табл.8.

Таблица 8

Численность населения Владимирской области

Годы	Все население, тыс. чел.	В том числе, тыс. чел.		В общей численности населения, %	
		городское	сельское	городское	сельское
1989	1648,8	1302,4	346,4	79,0	21,0
2002	1524,0	1213,9	310,1	79,7	20,3
2010	1444,6	1121,4	323,2	77,6	22,4
2014	1413,3	1097,8	315,5	77,7	22,3
2015	1405,6	1093,7	311,9	77,8	22,2
2016	1397,2	1089,0	308,2	77,9	22,1
2017	1389,6	1084,7	304,9	78,1	21,9
2018	1378,3	1077,3	301,0	78,2	21,8

В области наблюдается устойчивая тенденция к естественной убыли населения (таблица 9) и увеличению коэффициента смертности (таблица 10).

Таблица 9

Общие коэффициенты естественного движения населения

Годы	На 1000 населения			Число детей, умерших в возрасте до 1 года, на 1000 родившихся
	родившихся	умерших	Естественный прирост (убыль /-/)	
2013	11,1	16,7	-5,6	7,4
2014	11,2	16,6	-5,4	7,0
2015	11,6	16,5	-4,9	6,6
2016	11,2	16,5	-5,3	6,4
2017	9,7	15,7	-6,1	5,5

Таблица 10

Коэффициенты смертности по основным классам причин смерти (число умерших на 100000 населения)

	2013	2014	2015	2016	2017
Умершие от всех причин	1669,0	1655,9	1649,6	1646,9	1572,7
в том числе:					
от болезней системы кровообращения	980,9	818,0	798,7	826,5	812,3
от новообразований	259,6	269,3	238,5	249,9	239,9
от болезней органов пищеварения	103,3	153,0	171,6	136,5	117,0
от внешних причин	142,1	147,7	131,4	124,9	116,0
из них:					
от транспортных травм (всех видов)	26,1	27,8	26,9	22,1	22,3
от случайных отравлений алкоголем	13,3	17,0	14,5	14,7	20,4
от случайных утоплений	5,1	6,8	4,5	5,7	3,7
от самоубийств	23,0	23,5	20,7	20,7	17,3
от убийств	9,3	11,0	8,0	9,8	10,5
от болезней органов дыхания	53,5	64,1	62,6	61,7	50,0
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	12,8	10,6	11,8	10,9	12,0

Демографическая ситуация во Владимирской области в январе-июне 2018 года продолжает характеризоваться увеличением естественной убыли населения по сравнению с аналогичным периодом прошлого года на 472 человека, или на 10,3%.

Число родившихся уменьшилось на 4,3% и составило 6311 человек, умерших увеличилось на 1,7 % (11376).

Число умерших превысило число родившихся в 1,8 раза. Коэффициент естественной убыли по области – 7,4 на 1000 человек населения (в январе-июне 2017 года – 6,7).

Коэффициент рождаемости уменьшился на 3,1% и составил 9,3, смертности увеличился на 2,5% (16,7).

Увеличение смертности наблюдалось от болезней нервной системы на 22,4%, системы кровообращения – на 6,4%, новообразований – на 5,8%.

Отмечено снижение смертности от внешних причин на 13,7%, болезней органов дыхания – на 10,5%, некоторых инфекционных и паразитарных болезней – на 7,2%, органов пищеварения – на 0,3%.

Коэффициент детской смертности увеличился на 10,7% и составил 6,2 умершего на 1000 родившихся (в аналогичном периоде прошлого года – 5,6).

На фоне сокращения количества жителей во Владимирской области, разумеется, сокращается и количество заключаемых браков. По сравнению с первой половиной 2017 года в регионе создано на 7,6% меньше новых семей (таблица 11).

Таблица 11

Браки и разводы

Годы	Тысяч ед.		На 1000 населения	
	браков	разводов	браков	разводов
2013	11,4	6,9	8,1	4,9
2014	11,5	6,8	8,2	4,8
2015	10,7	5,9	7,6	4,2
2016	8,9	5,6	6,4	4,0
2017	9,2	5,8	6,6	4,2

Свой вклад в сокращение населения Владимирской области вносят и мигранты, в массовом порядке покидающие вымирающий регион. По данным Владимирстата, миграционная убыль населения в первом полугодии 2018 года увеличилась на 17,3%. За полгода Владимирскую область покинуло 1 372 человека.

За прошедшую четверть века как в России, так и во Владимирской области сложилась своеобразная модель социальной политики, которая затрагивает основные сферы жизнедеятельности человека. Это коснулось, прежде всего, рынка труда, который заметно отличается от модели, характерной для большинства развитых стран. Его основная особенность состоит в том, что увеличение зарплаты и доходов населения в России происходит за счет интенсификации труда и продолжительности рабочего времени, а не за счет повышения ее энерговооруженности.

Медико-демографическая структура населения Владимирской области

Нами была проанализирована медико-демографическая структура населения Владимирской области (табл. 12).

Таблица 12

Численность населения по полу и отдельным возрастным группам на 1 января (чел.)

Возраст (лет)	*2011*			*2012*		
	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины
Всего	**1443693**	**650141**	**793552**	**1431932**	**645290**	**786642**
в том числе:						
0 - 2	44239	22710	21529	45123	23189	21934
3 - 5	40183	20802	19381	42205	21787	20418
6	13240	6781	6459	13048	6714	6334
7	13204	6729	6475	13231	6802	6429
8 - 13	70478	35981	34497	72569	36982	35587
14 - 15	25015	12767	12248	23571	12080	11491
16 - 17	27598	14008	13590	26205	13411	12794
18 - 19	35963	19653	16310	29402	15485	13917
20 - 24	114142	59330	54812	106901	56472	50429
25 - 29	112907	57582	55325	114892	58936	55956
30 - 34	105647	53015	52632	105586	53186	52400
35 - 39	99606	48814	50792	100966	49492	51474
40 - 44	91508	43547	47961	91152	43661	47491
45 - 49	108690	50160	58530	101440	46905	54535
50 - 54	121890	53962	67928	120917	53764	67153
55 - 59	110251	46261	63990	111927	46858	65069
60 - 64	88600	35336	53264	93953	37372	56581
65 - 69	47238	16321	30917	43870	15648	28222
70 и старше	173294	46382	126912	174974	46546	128428
Из всей численности населения						
0	14707	7522	7185	15498	7941	7557
0 - 14	193421	99184	94237	197518	101356	96162
15 -17	40536	20594	19942	38434	19609	18825
моложе трудоспособного (0 -15)	206359	105770	100589	209747	107554	102193
трудоспо-собного (мужчины 16-59, женщины 16-54)	864212	446332	417880	844319	438170	406149
старше трудоспо-собного	373122	98039	275083	377866	99566	278300
фертиль-ного возраста (15-49)	-	-	356304	-	-	345027

Источник: Росстат по Владимирской области [Электронный ресурс]. URL: http://vladimirstat.gks.ru/.

Современные изменения уровня жизни носят не только количественный, но и качественный характер. В результате создаются предпосылки для изменений в структуре различных видов жизнедеятельности, происходят изменения качества жизни, изменения в демографическом поведении (ориентация на меньшее число детей в семье). Это сказывается и на численности населения в регионе, см. табл. 13.

Таблица 13

Численность населения во Владимирский области

Годы	Все население, тыс. чел.	В том числе, тыс. чел.		В общей численности населения, процентов	
		городское	сельское	городское	сельское
1970	1509,9	1021,0	488,9	67,6	32,4
1979	1585,6	1185,1	400,5	74,7	25,3
1989	1648,8	1302,4	346,4	79,0	21,0
2002	1524,0	1213,9	310,1	79,7	20,3
2010	1444,6	1121,4	323,2	77,6	22,4
2014	1413,3	1097,8	315,5	77,7	22,3
2015	1405,6	1093,7	311,9	77,8	22,2
2016	1397,2	1089,0	308,2	77,9	22,1
2017	1389,6	1084,7	304,9	78,1	21,9
2018	1378,3	1077,3	301,0	78,2	21,8

Снижение рождаемости обусловлено воздействием двух основных причин: неблагоприятным изменением возрастного состава населения и экономическими причинами.

Появились такие понятия, как «русский крест» (1987 г.), заключающийся в превышении смертности над рождаемостью; «демографическая яма» – отрицательная динамика рождаемости на протяжении нескольких лет.

Во Владимирской области отмечаются высокие показатели как детской, так и взрослой заболеваемости, см. табл. 14.

Таблица 14

Заболеваемость населения по основным классам болезней (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

	Всего, человек				
	2013	2014	2015	2016	2017
Все болезни	1309789	1288138	1314023	1315624	1228385
в том числе:					
инфекционные и паразитарные болезни	66323	69420	65613	51469	46847
новообразования	15169	15792	17058	15477	16860

болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	15894	16426	22714	17677	16845
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	3251	4043	3534	3821	3933
болезни нервной системы	17531	16699	17040	18558	16620
болезни глаза и его придаточного аппарата	59322	63227	58254	49200	49537
болезни уха и сосцевидного отростка	50811	47364	45516	44304	46177
болезни системы кровообращения	40605	38096	31185	37933	38536
болезни органов дыхания	602338	598466	619401	649139	627115
болезни органов пищеварения	61721	46349	62604	56174	36661
болезни мочеполовой системы	72373	65452	65045	67710	61942
осложнения беременности, родов и послеродового периода	19777	22875	24453	20091	15741
болезни кожи и подкожной клетчатки	95388	99189	93916	93201	75175
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	37236	33284	31858	29949	27498
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	2173	3539	2427	2939	1840

травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	134542	134230	139355	144112	133881
	На 10 000 человек населения				
	2013	2014	2015	2016	2017
Все болезни	9239,9	9139,2	9376,6	9441,9	8875,8
в том числе:					
инфекционные и паразитарные болезни	467,9	492,5	468,2	369,4	338,5
новообразования	107,0	112,0	121,7	111,1	121,8
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	112,1	116,5	162,1	126,9	121,7
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	22,9	23,4	25,2	27,4	28,4
болезни нервной системы	123,7	118,5	121,6	133,2	120,1
болезни глаза и его придаточного аппарата	418,5	448,6	415,7	353,1	357,9
болезни уха и сосцевидного отростка	358,4	336,0	324,8	318,0	333,7
болезни системы кровообращения	286,4	270,3	222,5	272,2	278,4
болезни органов дыхания	4249,2	4246,0	4419,9	4658,7	4531,3
болезни органов пищеварения	435,4	328,8	446,7	403,1	264,9
болезни мочеполовой системы	510,6	464,4	464,1	485,9	447,6
осложнения беременности, родов и послеродового периода[73]	596,1	704,2	767,7	642,3	…

[73] В расчете на 10000 женщин в возрасте 15-49 лет.

болезни кожи и подкожной клетчатки	672,9	703,7	670,2	668,9	543,2
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	262,7	236,1	227,3	214,9	198,7
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	15,3	25,1	17,3	21,1	13,3
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	949,1	952,3	994,4	1034,3	967,4

На эти показатели значительное влияние оказывают демографические проблемы и уровень заболеваемости населения. Уровень заболеваемости населения во Владимирской области по сравнению с другими регионами достаточно высокий. На первом месте болезни органов дыхания (прирост заболеваемости составляет 0,2-5,6% в год); на втором – болезни системы кровообращения; на третьем – болезни нервной системы и органов чувств. В структуре заболеваемости взрослого населения особое место занимают массовые и социально значимые заболевания. Взрослые в основном страдают болезнями органов дыхания, затем органов кровообращения, нервной системы, органов пищеварения. В последние годы отмечается резкое ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу.

Заболеваемости детей так же, как и взрослых, подразделяются по преобладающему виду заболеваний. Более половины всех болезней – это заболевания органов дыхания (ОРЗ, бронхиальная астма), каждый ребенок болеет за год 2-3 раза. Среди других заболеваний преобладают болезни нервной системы, органов пищеварения, инфекционные и паразитарные. За последние годы по всем видам заболеваний у детей возросло количество хронических болезней.

Практически во всех районах наблюдается постоянное уменьшение численности населения, кроме районов, граничащих с Московской областью (Александровский, Киржачский, Петушинский). В этих районах на численность населения оказывает влияние миграционный фактор.

По данным Росстата[74], с 1990 года во Владимирской области

[74] URL: http://vladimirstat.gks.ru/.

коэффициент естественного прироста населения становится отрицательным в результате роста смертности и снижения рождаемости.

Таким образом, вышеуказанные факторы свидетельствуют о существенном влиянии природно-климатических факторов на здоровье населения региона, а динамические изменения свидетельствуют о неустойчивости природной среды в целом.

Данные статистической отчетности позволяют осуществить ранжирование районов области по комплексу демографических показателей – плотности населения, рождаемости, заболеваемости, общей и детской смертности. Для расчетов можно использовать эмпирический индекс демографической напряженности, учитывающий также степень урбанизованности территории. Максимальные значения данного показателя наблюдаются в Меленковском, Ковровском и Петушинском районах, минимальные – в Муромском, Юрьев-Польском, Кольчугинском.

Во Владимирской области одним из операторов реализации демографической политики определен департамент соцзащиты администрации Владимирской области. По данным этого департамента, в 2019 году планируется потратить сотни миллионов рублей на стимулирование рождаемости. В частности, на особом контроле находится финансовая поддержки семей при рождении детей[75]. С января 2018 года получали ежемесячные выплаты в связи с появлением первого ребенка 2,3 тысячи семей. Из федерального бюджета на эти цели поступило 154 миллиона рублей. Выплата за рождение третьего и последующих детей предусмотрена в размере 8607 рублей. Такую поддержку в 2018 году во Владимирской области получили 9,6 тысячи семей — это порядка 750 миллионов рублей. Ежемесячно получают дополнительные выплаты на детей 5627 многодетных семей Владимирской области, а региональный материнский капитал за рождение второго ребенка в 2018 году получили 1932 семьи. В 2018 году количество рожденных третьих детей в семьях увеличилось на 1,1%. В целом за последние пять лет число многодетных семей в регионе возросло в 2 раза и на 01.01.2019 г. составляет 11673.

Предложения по повышению эффективности демографической политики во Владимирской области

В соответствии с национальным проектом «Демография» предусмотрено финансирование из всех источников в объеме более 2 млрд. руб., в том числе в разрезе отдельных направлений, см. табл. 15.

[75] URL: https://zebra-tv.ru/novosti/vlast/poluchitsya-li-zavalit-millionami-rubley-demograficheskuyu-yamu/.

Таблица 15

Региональные проекты, входящие в национальный проект «Демография» во Владимирской области

	Наименование проекта	Объем финансирования (млн. руб.)
1.	Финансовая поддержка семей при рождении детей	1156,81
2.	Содействие занятости женщин – создание условий дошкольного образования для детей в возрасте до 3 лет	321,14
3.	Старшее поколение	401,7
4.	Укрепление общественного здоровья	0
5.	Спорт – норма жизни	205,36
	Итого	2085,01

Этими региональными проектами предусмотрено:

- увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет;
- увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,7 на одну женщину;
- увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни;
- увеличение до 55% доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом.

Анализ показал, что мероприятия, предусмотренные в региональных проектах по демографии, не решают вопросы народосохранения, в этой связи нами предлагаются следующие меры.

Среди основных направлений демографической политики во Владимирской области приоритетными являются повышение жизненного уровня, увеличение рождаемости и снижение смертности населения. Необходимо создать условия, при которых уровень рождаемости будет соответствовать уровню простого воспроизводства или превышать его.

Достижение целей демографической политики в области зависит от успешного решения задач и создания эффективной социальной инфраструктуры (здравоохранение, образование, социальная защита населения), рынка доступного жилья, гибкого рынка труда, улучшения санитарно-эпидемиологической обстановки.

Усиление миграционных процессов, увеличение миграционного прироста населения не являются панацеей в решении проблем демографической динамики. Но в условиях существенной естественной убыли населения миграционная политика может способствовать сокращению масштабов убыли населения области, омоложению его возрастного состава.

Повышение жизненного уровня населения области, занятости

трудоспособных граждан, рост доходов семей и обеспечение установленных законодательством социальных гарантий.

Цель - повышение жизненного уровня населения области, обеспечение занятости трудоспособных граждан, рост доходов семей и обеспечение установленных законодательством социальных гарантий.

Задачи:

- создание условий для роста доходов населения и снижения бедности;
- обеспечение населения области доступным жильем;
- снижение численности незанятого населения в трудоспособном возрасте;
- формирование на областном и местном уровнях системы минимальных социальных стандартов и социальных гарантий;
- адресная социальная поддержка нуждающихся семей, исходя из их материального положения.

Первоочередные меры:

- реализация мероприятий по поддержке молодых семей в улучшении жилищных условий путем предоставления им социальных выплат на приобретение (строительство) жилья;
- обеспечение государственных гарантий по предоставлению мер социальной поддержки отдельным категориям граждан;
- развитие системы социального контракта при оказании адресной социальной помощи;
- предоставление безработным женщинам, имеющим несовершеннолетних детей в возрасте до трех лет, и женщинам, находящимся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет, государственной услуги по профессиональному обучению и дополнительному профессиональному образованию;
- предоставление родителям, имеющим несовершеннолетних детей, в том числе родителям, имеющим детей-инвалидов, государственных услуг в сфере занятости населения;
- создание условий для повышения уровня обеспеченности жильем молодых семей;
- привлечение в жилищную сферу внебюджетных источников, в том числе финансовых средств молодых семей;
- создание механизмов оказания государственной поддержки молодым семьям в решении жилищного вопроса;
- укрепление семейных отношений в молодежной среде и обеспечение повышения авторитета многодетности.

Цель - повышение рождаемости до уровня, обеспечивающего простое воспроизводство населения (2,10 - 2,15 рожденного ребенка в среднем на одну женщину или 2,4 - 2,5 в среднем на одну супружескую пару репродуктивного возраста), и сокращение числа разводов до уровня 20 - 25 на 100 браков.

Задачи:

- переход от господствующих социальных норм малодетности к социальным нормам среднедетности (3 - 4 ребенка в семье), повышение престижа благополучной семьи;
- создание для семей условий жизнедеятельности, обеспечивающих возможность воспитания в них нескольких детей;
- реальное повышение общественной значимости труда родителей по воспитанию детей;
- формирование гражданской, патриотической позиции в отношении необходимости повышения рождаемости;
- повышение ценности семьи и брака, значимости семейных ценностей, традиций;
- повышение доступности и качества медицинской помощи.

Первоочередные меры:

- повышение доступности и качества оказания бесплатной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, их новорожденным детям за счет развития перинатальных технологий, снижающих риск неблагоприятного исхода беременности и родов, укрепления материально-технического и кадрового обеспечения службы материнства и детства, развития высокотехнологичной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным детям;
- повышение доступности и качества медицинской помощи по восстановлению репродуктивных технологий;
- проведение профилактических осмотров в целях раннего выявления нарушений состояния детей и подростков, обеспечение доступности и повышения качества медицинской помощи детям, совершенствование системы реабилитационной помощи детям и подросткам, восстановительной медицины, усиление профилактической работы по предупреждению алкоголизма, наркомании и табакокурения, нежелательной беременности;
- усиление государственной поддержки семей, имеющих детей, включая индексацию ее размера с учетом инфляции;
- развитие системы консультативной и психологической поддержки семьи в целях создания благоприятного внутрисемейного климата, профилактики семейного неблагополучия, социальной реабилитации семей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- повышение роли учреждений культуры в воспитании уважения к семейным ценностям.

На текущий момент на региональном и муниципальных уровнях реализуются научно-обоснованные и экспертно-выверенные управленческие решения по направлению демографической политики во Владимирской области. Разработано и принято достаточное количество концепций для системного решения многих вопросов по

демографии, направленных на снижение смертности, повышение рождаемости, улучшение уровня жизни.

Были предприняты такие изменения, как увеличение минимального прожиточного минимума в области, закупка нового медицинского оборудования, увеличение количества машин скорой помощи, что в свою очередь значительно снизило смертность младенцев и людей трудоспособного возраста, что особо ценно, т.к. это самая главная и движущая сила любой страны для улучшения блага и уровня жизни.

К основным направлениям демографической политики в регионе следует отнести следующие принципиальные направления деятельности органов управления: повышение жизненного уровня населения области, занятости трудоспособных граждан, рост доходов семей и обеспечение установленных законодательством социальных гарантий.

Цель – повышение жизненного уровня населения области, обеспечение занятости трудоспособных граждан, рост доходов семей и обеспечение установленных законодательством социальных гарантий.

Задачи:

– стабилизация и постепенное преодоление дисбаланса в размещении производительных сил по территории области и выравнивание социально-экономических потенциалов районов;

– разработка и осуществление мер, направленных на снижение уровня и глубины бедности семей, в первую очередь семей с детьми, территориальных контрастов уровня жизни и отраслевой дифференциации доходов;

– сдерживание процессов имущественного расслоения населения;

– снижение численности незанятого населения в трудоспособном возрасте;

– формирование на областном и местном уровнях системы минимальных социальных стандартов и социальных гарантий населению;

– адресная социальная поддержка нуждающихся семей, исходя из их материального положения.

Первоочередные меры:

– разработка мер по повышению уровня заработной платы, ликвидации задолженности по выплате заработной платы, снижению численности населения, имеющего доходы ниже прожиточного минимума;

– разработка приоритетных направлений государственной политики в области занятости, способствующих улучшению демографической ситуации;

– оказание полного спектра услуг органами занятости населения безработным гражданам и незанятому населению, содействие предпринимательской инициативе безработных граждан;

– разработка и осуществление целевых мероприятий для обеспечения занятости безработных женщин, молодежи, а также по отношению к безработным в сельских районах с неблагополучной ситуацией на рынке труда;

– обеспечение развития временной занятости, гибких графиков рабочего времени, надомного труда для граждан, имеющих малолетних детей;

– разработка мер, направленных на снижение оттока трудоспособного населения, в первую очередь молодежи, из сельской местности;

– создание условий предоставления гарантий материальной поддержки наиболее слабо защищенным семьям для качественного медико-социального обслуживания, дифференцирование размеров, форм и периодичности оказания социальной помощи в зависимости от причин нуждаемости граждан (временное отсутствие работы, болезнь, ограничение трудоспособности, низкие доходы и др.);

– разработка мероприятий по улучшению материального положения малообеспеченных многодетных, неполных семей, семей, имеющих детей-инвалидов, хронически больных детей, созданию условий для воспитания в семье и социализации в обществе детей-инвалидов, совершенствованию системы профессионального обучения детей с ограниченными возможностями, профилактике детской беспризорности и безнадзорности.

Повышение рождаемости и укрепление семьи.

Цель – повышение рождаемости до уровня, обеспечивающего простое воспроизводство населения (2,10-2,15 рожденного ребенка в среднем на одну женщину или 2,4-2,5 в среднем на одну супружескую пару репродуктивного возраста), и сокращение числа разводов до уровня 20-25 на 100 браков.

Задачи:

– переход от господствующих социальных норм малодетности к социальным нормам среднедетности (3-4 ребенка в семье), повышение престижа благополучной семьи;

– создание для семей условий жизнедеятельности, обеспечивающих возможность воспитания в них нескольких детей;

– реальное повышение общественной значимости труда родителей по воспитанию детей;

– формирование гражданской, патриотической позиции в отношении необходимости повышения рождаемости;

– повышение ценности семьи и брака, значимости семейных ценностей, традиций.

Первоочередные меры:

– сохранение и укрепление репродуктивного здоровья мужчин и женщин: развитие службы планирования семьи и формирование благоприятных личностных установок и общественного мнения в отношении обращения в нее; содействие семьям, желающим иметь детей, но не имеющим такой возможности из-за бесплодия или

проблем невынашивания ребенка; создание специализированной службы детских урологов-андрологов;

– разработка стратегии и осуществление семейной политики, ориентированной не только на социальную помощь семьям с детьми, но и на содействие в формировании и реализации внутреннего потенциала семей, способных успешно выполнять свои основные функции;

– усиление комплексной социальной поддержки молодых семей: улучшение их жилищных условий, помощь им в приобретении и строительстве жилья, развитие системы льготного кредитования семей при покупке и строительстве жилья, приобретении предметов длительного пользования; развитие негосударственных услуг в сфере дошкольного воспитания и образования; подготовка детей и молодежи к семейной жизни; развитие инфраструктуры семейного досуга и отдыха;

– повышение эффективности расходования бюджетных средств, направленных на решение социальных проблем, с использованием механизма муниципального социального заказа и др.;

– содействие доступности рынка жилья, прежде всего для многодетных семей, в т.ч. введение дополнительных гарантий в решении жилищных проблем;

– обеспечение трудящимся, имеющим детей, благоприятных условий для сочетания трудовой деятельности с выполнением семейных обязанностей путем предоставления новых дополнительных форм поддержки;

– дальнейшее развитие системы социального обслуживания семей с детьми: расширение сети учреждений, объема и совершенствование качества услуг (психологических, медицинских, педагогических, юридических);

– организация работы по созданию социальной рекламы, направленной на пропаганду семейного образа жизни, семейных ценностей и положительного опыта жизнедеятельности благополучных семей с несколькими детьми;

– усиление взаимодействия с религиозными организациями в вопросах духовного и нравственного просвещения населения (прежде всего, молодежи и женщин), формирования репродуктивной ориентации и укрепления семьи, предупреждения абортов;

– объединение и координация действий органов государственной власти всех уровней, общественных объединений, религиозных и благотворительных организаций по пропаганде здорового образа жизни и возрождению системы массового санитарно-гигиенического просвещения при активной поддержке прежде всего средств массовой информации.

Снижение смертности и увеличение продолжительности жизни.

Цель – повышение средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни до 58,3 года у мужчин и 73,1 года у женщин.

Задачи:

– развитие ответственного отношения людей к здоровью, повышение престижа здорового человека, пропаганда здорового образа жизни семьи;

– дальнейшее снижение уровня младенческой смертности;

– снижение смертности трудоспособного населения;

Первоочередные меры:

– разработка и распространение информационных, коммуникативных и образовательных программ, печатных и электронных материалов, социальной рекламы, направленных на формирование моделей здоровьесберегающего поведения с учетом специфики различных половозрастных и профессиональных групп населения;

– диспансеризация населения;

– дальнейшее развитие системы профилактики и службы диагностики заболеваний системы кровообращения;

– развитие системы ранней диагностики злокачественных новообразований;

– совершенствование системы профилактики смертности населения от внешних причин (несчастных случаев, травм и отравлений), в первую очередь, по обучению методам и приемам оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях в трудовых коллективах, учебных заведениях, курсах водителей, работников органов внутренних дел;

– развитие различных форм психологической и психотерапевтической помощи населению;

– профилактика курения, алкоголизма и наркомании (запрещение курения в общественных местах, рекламы табачных изделий, алкогольных напитков; регулирование торговли алкоголем и табаком; создание условий для развития физкультуры и спорта и т.п.);

– создание условий для занятий физической культурой и спортом для различных групп населения.

Оптимизация миграционных процессов.

Цель – повышение миграционного прироста до величины, равной естественной убыли населения, при доминировании среди прибывающих желательных для области контингентов мигрантов.

Задачи:

– содействие активизации миграционных процессов, способствующих демографическому развитию области;

– обеспечение интересов демографического развития при разработке и реализации на территории области миграционных программ и мероприятий;

– регулирование миграционных потоков с учетом социально-экономического развития и демографической обстановки в районах области, национальной совместимости, специфики психологии мигрантов и особенностей мест расселения;

– создание условий для приема и размещения мигрантов, в

первую очередь в сельских районах с напряженной демографической ситуацией, стимулирование личного участия мигрантов в процессе адаптации к существующему социально-экономическому положению; анализ и оптимизация внутриобластной миграции;

– улучшение социально-бытовых условий пребывания беженцев и вынужденных переселенцев на территории области;

– развитие межнациональных отношений, национальных культур, языков, средств массовой информации, поддержка межнациональных браков.

Первоочередные меры:

– создание необходимых условий для прибывающих мигрантов, в том числе беженцев и вынужденных переселенцев;

– контроль за миграционными потоками на территории области, в том числе внутриобластными и межрегиональными;

– внедрение механизма общественного и экономического стимулирования процессов внутриобластной и межрегиональной миграции с целью привлечения населения к возрождению малообжитых территорий и аграрного сектора;

– оказание содействия в переподготовке и повышении квалификации мигрантов, обучении основам предпринимательства и самозанятости;

– разработка механизма обеспечения прибывающих в область семей с детьми жильем для временного и постоянного проживания, в том числе за счет средств мигрантов, средств бюджетов на строительство и приобретение готового жилья, жилищных субсидий.

Ожидаемые результаты государственной программы Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014 - 2020 годы» представлены в таблице 16.

Таблица 16

Индикаторы результатов реализации Программы

Индикаторы результатов реализации Программы	Реализация Программы позволит: - своевременно и оперативно оценивать демографическую ситуацию; - переориентировать сознание граждан на традиционные семейные ценности и популяризировать многодетность в качестве нормы преуспевающей семьи; - повысить уровень рождаемости до 11,7 на 1000 человек населения; - повысить суммарный коэффициент рождаемости; - снизить смертность до 11,4 на 1000 человек населения; - сократить коэффициент естественной убыли населения до 3,5; - увеличить ожидаемую продолжительность жизни населения до 75 лет за счет сохранения и улучшения здоровья и качества жизни населения

Предварительный анализ отдельных параметров, заложенных в программу, и сравнение этих индикаторов с фактическими статистическими данными по отдельным годовым периодам показывает абсолютное их несоответствие и отклонение в сторону неблагоприятной динамики, что говорит о несовершенстве методов прогнозирования демографических процессов (таблица 17).

Таблица 17

Сравнительные характеристики прогнозируемых и фактических показателей рождаемости и смертности во Владимирской области

Годы	На 1000 населения			
	Родившихся		Умерших	
	Индикаторы Программы	Факт	Индикаторы Программы	Факт
2014	11,5	11,2	16,2	16,6
2015	11,5	11,6	15,5	16,5
2016	11,6	11,2	14,9	16,5
2017	11,6	9,7	12,1	15,7

Система мер по улучшению демографической ситуации на территории Владимирской области представлена в главе «Индикаторы управленческой деятельности по улучшению демографической ситуации (региональный аспект)».

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы.

Наибольшее развитие и распространение демографическая политика получила во второй половине XX в. Многие политики и ученые увидели в ней едва ли не главное средство сдерживания или ускорения роста населения в зависимости от ситуации в стране.

Цели демографической политики заключаются в формировании желательного режима воспроизводства населения, сохранении или изменении тенденций в области динамики численности и структуры населения, темпов их изменений, динамики рождаемости, смертности, семейного состава, расселения, внутренней и внешней миграции, качественных характеристик населения.

Основные задачи демографической политики заключаются в следующем:

- повышение или понижение уровня рождаемости (в зависимости от демографической ситуации в стране);
- снижение уровня смертности;
- увеличение продолжительности жизни;
- укрепление семьи;
- оптимизация миграционных процессов.

Направления реализации демографической политики:

1. Экономические.

2. Социальные.

3. Административно-правовые.

4. Воспитательные, пропагандистские.

Постперестроечный период в России ознаменовался демографической катастрофой, получившей название «русский крест». С 1987 г. по 1993 г. рождаемость в стране сократилась с 2 до 1,3 ребенка на женщину (или с 17,2 до 9,4 родов на 1000 чел.). *Численность населения России на январь 2018 с учетом Крыма*: 146 млн. 880 тысяч 432 гражданина (9-е место по численности в мире. *Разделение по возрасту*: пенсионеров – около 43 млн. (по состоянию на 2016-й), работоспособных – 82 млн. (по состоянию на 2018-й), детей до 15 лет включительно – около 27 млн., или 18,3% от общей численности граждан (по данным на 2017-й).

Причины демографических проблем

Признаки социального кризиса: резкое сокращение рождаемости и средней продолжительности жизни в стране, деформация демографического и социального состава общества, подрыв собственных трудовых ресурсов, ослабление фундамента общества – семьи, снижение духовного, нравственного и творческого потенциала людей и др. При этом угрозы физическому здоровью нации составляют: кризис систем здравоохранения и социальной защиты населения, рост потребления алкоголя и наркотических веществ.

Экономическая ситуация в стране сильнейшим образом отразилась на состоянии медицины и системы здравоохранения в целом. Состояние медицины отразилось прежде всего на новорожденных как наиболее слабых членах общества.

В условиях демографического кризиса, когда нарушен нормальный режим замещения поколений и не обеспечивается даже простое воспроизводство населения, политика народонаселения вынуждена сконцентрироваться на цели демографической политики. А поскольку демографический кризис обычно является проявлением общего социально-экономического кризиса, для реализации практических мер политики народонаселения за пределами целей восстановления простого воспроизводства населения общество не в состоянии выделить значимых ресурсов.

В России в первом десятилетии была разработана и утверждена «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (утверждена Указом Президента Российской Федерации № 1351 от 9 октября 2007 г.).

В основу принципов демографической политики Российской Федерации были положены комплексность решения демографических задач, выбор по каждому направлению демографического развития наиболее проблемных вопросов, учет региональных особенностей демографического развития, координация действий законодательных и исполнительных органов государственной власти на федеральном,

региональном и муниципальном уровнях, а также основные задачи демографической политики Российской Федерации.

В последние три года демографическая ситуация в России обострилась. Современная демографическая ситуация в Российской Федерации в значительной степени обусловлена социально-экономическими процессами, происходившими в XX веке. Во второй половине прошлого века в Российской Федерации ежегодно рождались 2-2,5 млн. детей, умирали 1-1,5 млн. человек. Основной причиной низкой продолжительности жизни населения в Российской Федерации является высокая смертность граждан трудоспособного возраста.

Уровень смертности обусловлен также высоким уровнем заболеваемости населения, распространенностью алкоголизма, наркомании, табакокурения. Не созданы условия, побуждающие людей бережно относиться к собственному здоровью и здоровью своих детей.

Поэтому Россия ориентирована на постепенную стабилизацию численности населения и формирование предпосылок к последующему демографическому росту на основе создания условий, благоприятных для повышения рождаемости, снижения смертности и совершенствования государственной миграционной политики.

К приоритетным направлениям демографической политики России на период до 2025 г. отнесены:

- повышение рождаемости путем укрепления семейно-брачных отношений, стимулирования семей к рождению детей (особенно второго ребенка), пропаганды семейных ценностей;

- снижение смертности от неестественных причин, улучшение состояния здоровья людей, увеличение ожидаемой продолжительности жизни.

Достижение целей демографической политики Российской Федерации в значительной степени зависит от успешного решения широкого круга задач социально-экономического развития, включая обеспечение стабильного экономического роста и роста благосостояния населения, снижение уровня бедности и уменьшение дифференциации по доходам, интенсивное развитие человеческого капитала и создание эффективной социальной инфраструктуры (здравоохранение, образование, социальная защита населения), рынка доступного жилья, гибкого рынка труда, улучшение санитарно-эпидемиологической обстановки.

Решение задачи по привлечению мигрантов в соответствии с потребностями демографического и социально-экономического развития включает в себя:

- содействие добровольному переселению соотечественников, проживающих за рубежом, на постоянное место жительства в Российскую Федерацию, а также стимулирование возвращения в Российскую Федерацию эмигрантов;

- привлечение квалифицированных иностранных специалистов, в

том числе выпускников российских высших учебных заведений, на постоянное место жительства в Российскую Федерацию, привлечение молодежи из СНГ.

Для Владимирской области, как и для других старопромышленных регионов, характерны негативные тенденции, обусловленные общероссийским тенденциями пространственного развития, а именно уменьшением численности населения, его старением и естественной убылью.

Демографическая ситуация во Владимирской области в январе-июне 2018 года продолжает характеризоваться увеличением естественной убыли населения по сравнению с аналогичным периодом прошлого года на 472 человека или на 10,3%. По данным Владимирстата, миграционная убыль населения в первом полугодии 2018 года увеличилась на 17,3%.

Одной из причин этого выступает неудовлетворительная координация действий органов управления здравоохранением и всех субъектов обязательного медицинского страхования, ослабление функций стратегического и текущего планирования в их деятельности. В целом для эффективного ответа на имеющиеся вызовы системе здравоохранения предпринимаемых мер пока недостаточно, и требуется сформулировать предложения по повышению эффективности, качества и доступности медицинской помощи и лекарственного обеспечения в регионе.

Среди основных направлений демографической политики во Владимирской области приоритетными являются повышение жизненного уровня, увеличение рождаемости и снижение смертности населения.

Необходимо создать условия, при которых уровень рождаемости будет соответствовать уровню простого воспроизводства или превышать его.

При уровне рождаемости ниже рубежа простого воспроизводства населения никакая даже самая низкая смертность не обеспечит прекращение убыли населения и стабилизацию его численности.

В то же время затормозить сокращение численности населения может снижение смертности и повышение продолжительности жизни.

Усиление миграционных процессов, увеличение миграционного прироста населения не являются панацеей в решении проблем демографической динамики. Но в условиях существенной естественной убыли населения миграционная политика может способствовать сокращению масштабов убыли населения области, омоложению его возрастного состава.

На текущий момент на региональном и муниципальных уровнях реализуются научно обоснованные и экспертно выверенные управленческие решения по направлению демографической политики во Владимирской области. Разработано и принято достаточное

количество концепций для системного решения многих вопросов по демографии, направленных на снижение смертности, повышение рождаемости, улучшение уровня жизни.

Были предприняты такие изменения, как увеличение минимального прожиточного минимума в области, закупка нового мед. оборудования, увеличение количества машин скорой помощи, что в свою очередь значительно снизило смертность младенцев и среди работающего населения, ведь это самая главная и движущая сила любой страны для улучшения блага и уровня жизни.

Основные причины смертности трудоспособного и всего населения региона совпадают: это болезни системы кровообращения, несчастные случаи, отравления и травмы, а также новообразования. Особенно неблагоприятна ситуация со смертностью трудоспособных в возрастном отношении мужчин. В немалой степени неблагополучие связано с распространением *пьянства и алкоголизма.*

Как показывают социологические исследования, репродуктивные процессы необходимо стимулировать. Исследования репродуктивных установок показало, что сокращение рождаемости связано, с одной стороны, с проблемой ценностных ориентаций современного человека.

Следствием низкой рождаемости является *старение* населения области.

Следствием снижения численности населения в трудоспособном возрасте является нехватка рабочих рук. Сокращение рождаемости в нашей стране, и особенно во Владимирской области, со всеми прочими причинами, напрямую связано со снижением уровня жизни, массовой бедностью населения, неуверенностью в будущем для себя и своих детей.

К 2050 году, согласно прогнозам ООН, население Российской Федерации составит от 112 млн. человек (по оптимистическому сценарию) до 92 млн. человек (по пессимистическому сценарию). Это будет в том случае, если ничего не предпринимать.

Таким образом, очевидно, что сохранение и безопасность России невозможны вне быстрого и эффективного решения демографической проблемы, что требует в ближайшие десятилетия чрезвычайных и нестандартных мер.

Демографической сверхзадачей страны должны стать остановка снижения численности населения и обеспечение перехода к положительному и естественному, основанному на собственном населении, демографическому росту, результатом которого должна стать примерно 200-миллионная численность населения Российской Федерации к 2050 году.

Решение данной количественной сверхзадачи и следует считать путём к решению демографической проблемы. Достижение показателя в примерно 200 млн. человек к 2050 году требует уже к 2020 году резко

снизить уровень смертности – с нынешних 16,5 на 1000 человек до 7 и повысить рождаемость до 2,8–3,4 млн. человек к 2020 году.

Реализация демографической сверхзадачи требует разработки проекта и теории демографического «взрыва» или демографической «волны» – т.е. системы мер по прекращению вымирания страны и перехода к ускоренному положительному демографическому росту. В основу проекта и теории можно положить гипотезу о существовании в истории демографических циклов Вильгельма Абеля и Майкла Постана, которые не только описали на примере истории Европы и Китая парадоксальное увеличение численности населения в отдельные эпохи, но и выдвинули идею о том, что внешне неожиданный и поразительно быстрый рост населения связан с культурой и определяется так называемыми великими или фундаментальными открытиями.

Перспективность определяется, прежде всего, обеспечением лучших в мире систем образования, здравоохранения, безопасности, социальной защиты и профессионализации для каждого без исключения российского ребёнка. Воспроизводство численности населения является условием выживания человечества вообще и страны, региона в частности. В наших реалиях есть все шансы, чтобы перейти из уровня развивающейся страны в развитую, и каждая из областей, которая включена в состав Российской Федерации, в том числе и наша, будет прекрасно этому способствовать.

Глава 4. ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ОЗДОРОВЛЕНИЕ ТЕРРИТОРИЙ, НЕГАТИВНО ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА (ПО МАТЕРИАЛАМ ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ)

Президентом Российской Федерации в Послании Федеральному Собранию 20 февраля 2019 г. были поставлены следующие задачи экологического характера.

«1. Вопросы экологической безопасности. Полигоны превратились в настоящие горы хлама вблизи жилых кварталов. Эти вопросы трудны, конечно, но ведь и трудные вопросы обязательно надо решать.

2. Реализация новой системы обращения с твердыми коммунальными отходами. Надо сформировать цивилизованную, безопасную систему обращения с отходами, их переработки и утилизации. В ближайшие два года должно быть закрыто и рекультивировано 30 крупных проблемных свалок в черте городов, а за шесть лет - и все остальные. При этом надо повысить долю обработки отходов с сегодняшних 8-9 процентов до 60, чтобы не накапливать новые миллионы тонн мусора.

3. Необходимо переводить на более чистые экологические решения предприятия ЖКХ, энергетики, транспорта. В том числе призываю бизнес активнее участвовать в проектах по развитию рынка газомоторного топлива, инвестировать в создание сети заправок и топливных систем, использующих, в частности, сжиженный природный газ. У нас его достаточно, так, как ни в одной стране мира. Да, это вообще на самом деле непростой и финансово ёмкий проект, но нужно это делать, он принесет результаты, принесет результаты и по бизнесу, и людям.

4. Переход промышленности на наилучшие доступные технологии, на строгие природоохранные стандарты»[76].

Все процессы в биосфере взаимосвязаны. Человечество – лишь незначительная часть биосферы, а человек является лишь одним из видов органической жизни - Homo sapiens (человек разумный). Человек на протяжении веков стремился не приспособиться к природной среде, а сделать ее удобной для своего существования. Теперь мы осознали, что любая деятельность человека оказывает влияние на окружающую среду, а ухудшение состояния биосферы опасно для всех живых существ, в том числе и для человека. Всестороннее изучение человека, его взаимоотношений с окружающим миром привели к пониманию, что здоровье – это не только отсутствие болезней, но и физическое, психическое и социальное благополучие человека. Здоровье – это капитал, данный нам не только природой от рождения, но и теми условиями, в которых мы живем.

[76] Путин В. В. Послание Федеральному Собранию // Рос. газ. – 2019. - № 38 (7796).

Причины глобального экологического кризиса связаны с демографическим взрывом и необходимостью удовлетворения растущих материальных потребностей людей, что обусловливает расширение масштабов хозяйственной деятельности и приводит к увеличению антропогенной нагрузки на окружающую среду. Как следствие обостряются проблемы глобального загрязнения окружающей среды, глобального изменения климата, истощаются природные ресурсы планеты, растет число техногенных катастроф, возрастает вероятность потери устойчивости биосферы.

Огромный фактологический материал, приведенный на Парижском экологическом форуме в 2015 г., свидетельствует о том, что в результате взаимодействия общества и природы постепенно вызрело фундаментальное экологическое противоречие, диалектическое разрешение которого может либо дать новый мощный импульс развитию общества, либо привести его к гибели. Суть этого противоречия заключается в растущем различии между жизненно важными потребностями общества в самосохранении и жизнеобеспечении с перспективой развития и возможностями природы в удовлетворении этих потребностей.

Проблема безопасности глобальной социоэкосистемы является чрезвычайно сложной системной проблемой.

Сформировавшаяся негативная тенденция к возрастанию экологической опасности не только не ослабевает в последнее время, а, наоборот, усиливается, поскольку отсутствует в достаточной мере адекватная реакция со стороны мирового сообщества на вышеназванные проблемы. Примером тому может служить выход США в 2018 г. из экологического соглашения[77].

Ускоренное нарастание экологических противоречий в социо-эколого-экономических системах различных уровней диктует необходимость формирования соответствующих систем управления процессом обеспечения не только экологической безопасности, но и экологического оздоровления.

В настоящее время на передний план выходит проблема эффективного управления в социоэкосистеме «человечество – среда обитания», включая глобальный, национальный, региональный, местный уровни этой системы, а также уровень хозяйствующего субъекта. Все более усложняющаяся объективная взаимосвязанность и взаимозависимость вышеназванных уровней глобальной социоэкосистемы обусловливает новые условия хозяйствования и качественно новые требования к системам управления.

Для практики важна оптимизация управленческих решений на основе экономического, экологического и социального критериев, позволяющая осуществлять экономический рост, удовлетворяя

[77] URL: https://ria.ru/usa-climate-exit-01062017/.

социальные потребности людей, и, одновременно, проводить в жизнь эффективную природоохранную политику. В этом плане перспективным является создание методологических проектов системного решения актуальных проблем в сфере управления природопользованием и охраны окружающей среды в русле идей устойчивого развития. Потенциал теоретико-методологических разработок должен быть ориентирован на создание систем управления «нового поколения» на всех уровнях глобальной социоэкосистемы, которые способны обеспечивать приемлемый уровень ее безопасности.

В настоящее время наиболее значительной проблемой в сфере природопользования является производство продуктов питания.

Ученые Гуэлфского университета пришли к выводу, что рекомендации Министерства сельского хозяйства США, согласно которым следует употреблять низкокалорийную пищу с небольшим содержанием насыщенных жиров, невыполнимы для всего человечества. Причиной исследователи называют острую нехватку плодородных земель, и глобальный переход на здоровое питание вызовет продовольственный кризис. Исходя из нынешних сельскохозяйственных практик, страны восточного полушария должны значительно увеличить площадь используемых земель, тогда для западных стран и Океании уменьшение потребления мяса и переход к зерновому рациону позволил бы сэкономить на уже существующих сельскохозяйственных угодьях[78].

Исследователи сравнили количество здоровой пищи, рекомендуемое для питания, с тем количеством, что производится сельским хозяйством, и обнаружили значительное несоответствие. Оказалось, что пищевая промышленность производит чрезмерные объемы зерна, жиров и сахаров, однако фруктов, овощей и белковых продуктов недостаточно для удовлетворения потребностей населения. Согласно рекомендациям, рацион питания каждого человека должен на 50 процентов состоять из фруктов и овощей, на 25 процентов – из цельных зерен, а на последние 25 процентов – белок, жиры и молочные продукты.

Ученые пришли к выводу, что в настоящее время на человека производится 12 порций зерна вместо рекомендуемых 8, 5 порций фруктов и овощей вместо 15, 3 порции масла и других жирных продуктов вместо 1 и 3 порции белка вместо 5. Исследователи подсчитали, сколько потребуется сельскохозяйственных земель для всех людей на Земле и скорректировали этот показатель для предполагаемой численности населения мира в 2050 году, равной 9,8 миллиарда человек.

Нечто подобное авторы данных материалов исследовали на примере конкретного региона и пришли к выводу, что население

[78] URL: https://seregalab.livejournal.com/912505.html.

Ивановской области не обеспечено нормальным уровнем питания. Недополучение энергии и белка в 2004 г. составило 20% от нормы при уровне потребляемой энергии примерно 2000 ккал/сут.[79].

По мнению исследователей, изменение производства в соответствии с диетическими рекомендациями приведет к уменьшению требуемой площади сельскохозяйственных земель на 50 миллионов гектаров[80].

Другой проблемой является качество продуктов питания и их обогащения необходимыми микронутриентами[81]. Ученые Научно-исследовательского института при детской больнице в Окленде (США) пришли к выводу, что оптимальный уровень ряда витаминов, минеральных веществ и других соединений способен уменьшить риск преждевременной смерти, продлить жизнь и обеспечить здоровое старение. По данным исследователей, жители развитых стран испытывают нехватку в одном или нескольких важных для организма веществах. Хотя дефицит витаминов не настолько силен, чтобы вызвать цингу или рахит, ученые уверены, что недостаток имеет долгосрочные последствия. Так, витамин D, омега-3-ненасыщенные жирные кислоты и магний являются необходимыми компонентами ферментов, которые участвуют в восстановлении ДНК, обеспечивают здоровье кровеносных сосудов и предотвращают окислительный стресс. При дефиците витаминов и минеральных веществ организм вынужден тратить их ограниченное количество для поддержания жизненно важных функций и репродуктивного здоровья за счет остальных потребностей. Показано, что у людей, страдающих от хронического недостатка витамина К и селена, вырабатывается меньше ферментов, способствующих здоровью артерий, из-за чего повышается риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Для обеспечения высокой продолжительности жизни необходимы такие соединения как таурин, эрготионеин, пирролохинолинхинон, а также каротиноиды лютеин, зеаксантин, ликопен, α- и β-каротин, β-криптоксантин и астаксантин. Добавление этих молекул в рацион питания и здоровая диета помогут предотвратить развитие хронических заболеваний и преждевременное старение.

Поэтому одним из ключевых принципов устойчивого развития человечества в XXI веке следует признать приоритет экологического образования всех слоев общества и подрастающего поколения в первую очередь с целью ответственного отношения к природной среде как к общественной и личной ценности[82].

---

[79] Новиков А. И. Развитие агропродовольственного сектора депрессивного региона в условиях вступления России в ВТО // Международный сельскохозяйственный журнал. - 2005. - № 3. – С. 3-8.

[80] URL: https://lenta.ru/news/2018/10/29/deficit/?utm_source=yxnews& (дата обращения: 15.02.2019).

[81] URL: https://lenta.ru/news/2018/10/17/longevity/ (дата обращения: 15.02.2019).

[82] URL: http://www.dissercat.com/content/upravlenie-ekologicheskoi-bezopasnostyu-sotsioekosistem-teoretiko-metodologicheskie-osnovy#ixzz5UvreyDZk.

Методологическая и теоретическая оценка современного состояния и развития системы «человек – природа - общество» позволяет сделать вывод о том, что на современном этапе развития цивилизации очевидно несоблюдение равновесия в развитии этой сложной системы. С одной стороны, прогрессивные силы человечества в соответствии с современным пониманием сущности экологического императива все более активизируют свои действия, с другой стороны, представители бизнес-структур всячески торпедируют эти действия, так как экологическая компонента «утяжеляет» экономику.

Экологическое оздоровление территории возможно только в условиях цивилизованного развития.

Современное состояние цивилизации можно охарактеризовать следующими положениями.

1. Жестокий экологический кризис, который осознают еще не все политики (пример – выход США из Парижского соглашения в 2018 г.) и не все население планеты.

2. Нарастающий социальный кризис со всеми атрибутами: рост числа бедных и голодных, кроме того, с каждым годом увеличивается число жителей на планете, ощущающее недостаток в качественной воде.

3. Демографический кризис, в результате которого на арену выходит огромная масса молодых людей, требующих своего места и своей доли благ (поход на США жителей Гватемалы, 2018 год).

4. Духовный кризис человека, его «конфессиональная шизофрения» (пример – создание нескольких течений православия на Украине и т.д.).

Восемь держав входят в некое сообщество, которое определяет основные экологические тенденции. Это Китай и Индия (страны с самым большим населением), США (самая мощная экономика, самый большой выброс углерода), Бразилия (обладающая самым большим биологическим многообразием), Россия (страна, самая богатая в плане природных полезных ископаемых и водных ресурсов), Япония и Германия (самые передовые технологии), Индонезия (как динамично развивающаяся страна с высоким уровнем рисков природных катаклизмов).

По сути, речь идет о формировании нового типа эколого-гуманистически ориентированного мировоззрения, базу которого составляет система научно-предметных знаний, постоянно обновляющихся новыми компонентами значимой экологической информации. Нужна полная ясность в понимании законов развития биосферы, взаимодействия различных сфер человеческой деятельности с природой, негативного влияния процессов нарушения экологического равновесия на здоровье человека и др. С учетом степени экологической деградации сегодня решение одной экологической проблемы рождает новые смежные проблемы в самых

разнообразных экономических процессах, влияющих на устойчивость биосферы.

Повышенный интерес к проблемам окружающей среды в научной среде обусловлен ухудшением экологической обстановки, истощением традиционных энергетических и сырьевых ресурсов, нарушением естественных экологических балансов, негативным влиянием экологии на генетическую составляющую человека и др.

Рассматриваемая проблема является системной и многоаспектной, носит междисциплинарный характер, включает методологическую и предметную составляющие, которые в той или иной мере рассматривались в работах отечественных и зарубежных авторов.

В развитии общенаучных методов, системного и синергетического подходов из зарубежных авторов следует отметить труды Белла Дж., Берталанфи Л. Ф., Блэр Т., Брауна Л., Джона А. Батлин, Лизелота Лихтвера, Медоуз Д. Х., Реймерса Н. Ф., Ричарда Грейса, Вайцзеккера Э., Вебера А. Б. и др.

Поиску решений проблем глобального управления и безопасности, разработке проблематики устойчивого экологически безопасного развития посвящены работы Вернадского, Гранберга А. Г., Данилова-Данильяна В. И., Иноземцева В. Л., Коптюга В. А., Кузнецова В. Н., Кузьмина И. И., Моисеева Н. Н., Урсула А. Д., Яковца Ю. В. и др.

Отдельные ученые (А. И. Субетто и др.) склонны считать современное положение дел в природе как экологический апокалипсис и предрекают конец человечества, если не будут приняты кардинальные меры[83]. Он доказывает, что сложившаяся власть финансовой капиталократии объективно неизбежно ведёт к гибели человечества и его экономики. Обосновано, что эта власть уже привела к первой фазе глобальной экологической катастрофы. Мировой рынок превратился в механизм экологического самоубийства человечества. Автор показывает, что устойчивое развитие принципиально невозможно в рамках капиталистической системы, что необходим ноосферный, экологический социализм.

Следует выделить работы советского и российского периодов в медико-экологической литературе по проблемам медико-экологического районирования, дифференциации территории (Келлер А. А., Прохоров Б. Б. и др.).

---

[83] Приведены материалы статей под ред. А. И. Субетто, д.э.н., д.ф.н, к.т.н., профессора, заслуженного деятеля науки, с которым велись дискуссии на различных площадках.

В плане поиска оптимальных схем использования вторичных ресурсов и организации работы с населением по этому вопросу заслуживают внимание научные труды А. Новикова[84, 85, 86].

Обобщение научной литературы позволило установить, что в настоящее время получили дальнейшее развитие исследования окружающей природной среды, направленные на изучение биосферы в целом, на раскрытие факторов ее эволюции, разработку методов биологического и экологического прогнозирования, глобального моделирования мирового экономического и социального развития. В передовых странах совершенствуются способы мониторинга, в том числе космического[87].

4.1. Теоретико-методологическое обоснование экологического оздоровления в рамках междисциплинарного подхода

Экологические факторы – свойства среды обитания, оказывающие какое-либо воздействие на организм.

Экологический портрет – совокупность генетически обусловленных свойств и морфофункциональных признаков, характеризующих специфическую адаптацию человека к конкретным факторам среды обитания.

Природно-экологический каркас включает все виды зеленых насаждений, государственные памятники природы, пойменные растительные комплексы, озелененную овражно-балочную сеть, водные объекты и т.д.

Генетический код питания человека – определяет процессы пищеварения через контролируемые им ферменты и белки. Человеческий организм имеет целый ряд генетических маркеров, которые регулируют метаболизм жиров, отвечают за усвоение минеральных компонентов питания, контролируют кровяное давление и множество других показателей, которые учитываются при составлении *персональной «генетической» диеты.* Такая модель

---

[84] Новиков А. И. Стратегическое управление трансакционными издержками заготовительно-перерабатывающего комплекса потребительской кооперации: дис. … канд. экон. наук. – Мичуринск, 2001.

[85] Новиков А. И. Модели реструктуризации заготовительных и перерабатывающих предприятий системы потребительской кооперации / Модели экономических систем и информационные технологии: сборник научных трудов, вып. II. – М., 2000.

[86] Новиков А. И. Анализ факторов, влияющих на оптимизацию транзакционных издержек в заготовительно-перерабатывающем комплексе потребительской кооперации: сборник научных трудов. - М., 2001.

[87] URL: http://www.dissercat.com/content/upravlenie-ekologicheskoi-bezopasnostyu-sotsioekosistem-teoretiko-metodologicheskie-osnovy#ixzz5UvroSSXD (дата обращения: 20.02.2019).

питания рассматривается более естественной для человека и человеческого общества, нежели калориевая концепция и система усредненных норм питания. В научно-методическом плане это означает, что питание каждого человека должно быть построено таким образом, чтобы реакция организма на пищевые элементы была сугубо положительной и обеспечивала бы идеальное состояние здоровья.

Персональный водно-пищевой оптимум (ПВО) – это набор вод, напитков и пищевых продуктов, каждый из которых при раздельном тестировании способствует ликвидации заболеваний и покрывает тот или иной дефицит в питании организма данного человека, то есть лежит в основе здорового образа жизни человека.

Пищевой паспорт человека – это набор пищевых продуктов, обусловленный индивидуальными особенностями организма человека и соответствующий генетическому коду питания.

Индивидуальная потребительская продовольственная корзина (ИППК) – набор вод, напитков и пищевых продуктов, соответствующих пищевому паспорту человека.

Кислотная нагрузка пищи. Она складывается из соотношения в пище компонентов, которые в ходе метаболизма образуют либо кислоту, либо щелочь (кислотная нагрузка (КН) измеряется по принципу: кислота минус щелочь)[88].

Дефицитно-избыточный тип питания (ДИП), при котором в организм систематически не вводится то, что ему нужно для нормальной жизнедеятельности всех его клеток, органов и систем (дефицитность), а вводится то, что ему для этого не нужно (избыточность).

Представление о единстве природного мира и деятельности людей в согласии с его законами получило развитие еще в древнекитайской мифологии и философии, а именно возможности рационального осмысления и решения коренных мировоззренческих проблем отношения человека к миру и мира к человеку, рационального познания бытия.

Античная философия развивала учение о космосе – гармонично устроенной Вселенной (Марк Аврелий о природе; Аристотель о космосе). Их учения основывались на определении понятий меры, порядка, ритма, гармонии, выявлении и классификации особенностей, отличающих человека и общество от природных явлений.

Классические и постклассические представления о взаимоотношении человека и природы. Они связаны с деятельностью мыслителей немецкой классической философии: И. Кант, Г. Гегель, Л. Фейербах. В частности, ими обоснован тезис о тождественности отношения человека к природе и человека к человеку в ситуации квалификации человеческого поведения как соответствующего нормам

[88] Американский журнал клинического питания. – 2002. – № 76 (6). – С. 1308-1316.

морали. Ими раскрыта сущность понимания природы как ступени в развитии Мирового разума.

Марксистская философия (К. Маркс и Ф. Энгельс). Теоретически обосновали предположение об отрицательных последствиях происходящих процессов, которые получат свое продолжение в несбалансированности социоприродной целостности.

Формирование и развитие идей социоприродной целостности в отечественной философско-культурологической традиции

Нами выделяется несколько идей взаимосвязи человека и природы, человека и ноосферы.

1. Русский космизм. Неразрывная взаимосвязь человека и космоса, соразмерность природного и человеческого бытия. Она раскрывается через космологические взгляды К. Циолковского, А. Л. Чижевского, Л. Н. Гумилева («Концепция этногенеза в сопряженном развитии биосферы и общества»), В. С. Соловьева («Концепция всеединства»), П. Ф. Флоренского, С. Н. Булгакова, Н. А. Бердяева, пытавшихся обосновать зависимость судьбы человека от судьбы природы и космоса, предупреждали относительно ответственности человека за весь строй природы.

2. Ноосферная теория. Ноосферные идеи В. И. Вернадского, Н. Н. Моисеева, А. Д. Урсула и др. В рамках поставленных задач заслуживает внимание учение В. Вернадского о переходе биосферы в ноосферу. Биосфера – это естественная сфера обитания человека, но она является внешней оболочкой между землей и космосом; космический характер биосферы влияет на развитие человеческого познания: влияние космоса (и его отражение) преломляется в биосфере, что дает возможность человеку постигать все мироздание, исходя из своей органической связи с природой.

3. Антропологическое измерение глобальных проблем современности имеет свои особенности. Это:

- «равновесие и устойчивость биосферы»;
- «цивилизационные разнообразия»;
- глобальный (общепланетарный) конфликт в истории антропогенеза: столкновение цивилизаций;
- первая промышленная революция и т.д.

В соответствии с заявленной темой акцент сделаем на обосновании экологического императива, который заключается в ограничениях воздействия на природу и альтернативных технологиях и возможности восстановления равновесия в природной среде. В этом заключается суть «экологического императива» Н. Н. Моисеева. По его мнению, наблюдается опасность беспредельного наращивания насилия общества над природой в целом и над природой человека

Сущность экологической опасности и её влияние на социальное развитие

Понятие экологическая опасность или «социоэкологический кризис» проявляется:

- в необратимости ряда процессов и состояний;
- в истощении невозобновимых ресурсов и искажении природных круговоротов;
- в изменениях в физиологии ныне живущих людей и воздействии на наследственные механизмы человека.

Индикаторы устойчивого развития включают в себя движущую силу – состояние – возможную реакцию. Под движущей силой понимается человеческая деятельность, процессы и модели, которые способствуют устойчивому развитию. Выделяют 4 категории индикаторов: социальные, экономические, институциональные, окруженческие.

Взаимообусловленность здоровья человека и окружающей среды

При изучении состояния здоровья населения выделяют 5 групп:

первая группа – здоровые;

вторая группа – практически здоровые (лица с функциональными и некоторыми другими морфологическими изменениями, т.е. лица у которых отсутствует какая-либо хроническая болезнь, но которые имеют различные функциональные нарушения и состояния после перенесенных заболеваний, травм и т.д.);

третья группа – больные с длительно текущими (хроническими) заболеваниями при сохранении в основном функциональных возможностей организма (компенсированное состояние);

четвертая группа – больные с длительно текущими (хроническими) заболеваниями (субкомпенсированное состояние);

пятая группа – тяжёлые больные, находящиеся на постельном режиме, инвалиды I – II групп (декомпенсированное состояние).

Существует классификация типов жизнедеятельности (М. Вебер, М. Лантис и Р. Андерсона, Н. Занько, В. Ретнев и др.). Выделяют 4 типа жизнедеятельности людей:

1) простое – выживание;
2) отсутствие болезней и нетрудоспособности;
3) надёжная и эффективная работоспособность;
4) полноценная, здоровая жизнь.

Существует модель влияния внешней среды на здоровье человека. В ней учитываются различные факторы внешней среды и здоровье отдельного индивидуума, отдельных групп населения и всего населения. При этом изучаются причинно-следственные связи между факторами среды и состоянием здоровья.

Для этого проводится тестирование отдельных показателей, характеризующих здоровье. Параллельно проводится первичная профилактика болезней. При необходимости, т.е. при выявлении

скрытых патологических изменений, проводится вторичная профилактика. При наличии первых внешних проявлений заболевания в стадии синдромов проводится эффективное лечение. При позднем выявлении заболеваний для предупреждения и профилактики хронических заболеваний применяется реабилитация.

Для оценки угрозы здоровью от воздействия того или иного экологического фактора введено понятие «риск». Рекомендации ВОЗ (1978) определяют риск как «ожидаемую частоту нежелательных эффектов, возникающих от воздействия загрязнителя». Американское Агентство по охране окружающей среды (EPA US) характеризует это понятие, как «вероятность повреждения, заболевания или смерти при определённых обстоятельствах».

Оценка риска включает несколько последовательных стадий:

- идентификацию опасности (учёт тех факторов, которые способны оказывать неблагоприятное воздействие);
- оценку воздействия (определение концентрации загрязняющего вещества: времени, частоты, продолжительности и путей поступления; идентификация среды, которая переносит загрязняющие вещества, и др.);
- дозовую зависимость эффекта (насколько токсично воздействие);
- расчёт конкретного риска (насколько велик риск появления той или иной патологии).

В настоящий момент в мировой медицине для оценки влияния окружающей среды на здоровье населения принимают во внимание следующие показатели:

1) заболеваемость;
2) инвалидность;
3) смертность;
4) наличие факторов риска.

Различная чувствительность к действию экологических факторов связана с:

- различием в белках, связанных с метаболизмом;
- различиями в репаративной способности ДНК;
- сопутствующими заболеваниями;
- половыми различиями;
- различиями в пищевом статусе.

Взгляд на окружающую среду и здоровье человека через призму оздоровления нации

Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства РФ

от 26 декабря 2017 года № 1640[89], затрагивает вопросы питания в подпрограмме «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни».

В ведомственном проекте «Организация современной модели долговременной медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста на принципах междисциплинарного взаимодействия («Территория заботы») предусмотрены некоторые мероприятия в плане «Повышение культуры здорового питания».

Существует приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 августа 2016 г. № 614 «Об утверждении Рекомендаций по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающих современным требованиям здорового питания»[90]. Нормы представляют собой среднедушевые величины основных групп пищевых продуктов, а также их ассортимент в килограммах на год в расчете на одного человека. Они учитывают химический состав и энергетическую ценность пищевых продуктов, которые обеспечивают расчетную среднедушевую потребность в пищевых веществах и энергии, а также разнообразие потребляемой пищи.

Однако эти нормы не привязаны ни к одной из территорий страны и тем более не предполагают обогащение продуктов питания необходимыми микронутриентами или биологическими добавками. Можно выдвинуть гипотезу, что налицо конфликт между целеполаганием и теми задачами, которые реализует Правительство Российской Федерации в плане оздоровления общества и увеличения продолжительности жизни.

Несмотря на отсутствие нормативной и законотворческой базы, вопросы оздоровления вызывают огромный интерес не только на уровне личности, но и всего общества в целом. Если на общественном уровне это проявляется через формирование здорового образа жизни, куда входит аспект сбалансированного питания, то на уровне личности это проявляется через конкретные формы и культуру питания, в том числе «здоровую еду». В газетах «Аргументы недели», «Российская газета»[91] и др. появилась серия статей в форме интервью со специалистами, в том числе академиками Бузиашвили, Скрябиным, Тутельян и др. по проблемам здорового питания и его влияния на

---

[89] Развитие здравоохранения: Государственная программа Российской Федерации: утв. постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2017 года № 1640 // СПС «КонсультантПлюс».

[90] Об утверждении Рекомендаций по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающих современным требованиям здорового питания: приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 августа 2016 г. № 614 [Электронный ресурс]. URL: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71385784/.

[91] Аргументы недели [Сайт]. URL: http://argumenti.ru/; Российская газета [Сайт]. URL: https://rg.ru/.

здоровье человека (по разным оценкам, здоровье человека до 50% определяется системой питания человека).

В России проживает более 33 миллионов человек старше трудоспособного возраста. Это 23 процента населения страны. По прогнозам, к 2025 году доля этих граждан составит 28 процентов.

4.2. Особенности правовых аспектов в системе экологического оздоровления территории региона

Институциональные аспекты в системе экологического оздоровления территории региона

В Российской Федерации вопросы экологического оздоровления территорий регулируются постановлением Правительства от 30 марта 2018 г. № 379[92].

Данным постановлением утвержден паспорт программы по охране окружающей среды и в рамках этой программы паспорт подпрограммы «Приоритетный проект «Чистая страна». Определены участники этого проекта, сформулирована цель и определены программно-целевые инструменты. В частности, цель проекта определена как снижение первоочередных экологических рисков и рисков возникновения чрезвычайных ситуаций, вызванных нарушением природных систем, подвергшихся негативному антропогенному и техногенному воздействию в результате прошлой экономической и иной деятельности. Задачами выступают:

- снижение негативного воздействия объектов накопленного экологического ущерба на качество жизни населения;
- снижение негативных факторов воздействия накопленного экологического ущерба на окружающую среду.

В соответствии с Основами государственной политики в области экологического развития Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденными Президентом Российской Федерации 30 апреля 2012 г.[93], одной из центральных задач государственной политики в области экологического развития является восстановление нарушенных естественных экологических систем. Решение такой задачи предусматривает использование различных механизмов, направленных на минимизацию негативного воздействия на окружающую среду и ликвидацию накопленного вреда окружающей среде.

---

[92] О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации "Охрана окружающей среды" на 2012 – 2020 годы: Постановление Правительства РФ от 30 марта 2018 г. № 379 [Электронный ресурс]. URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71816270/.

[93] Основы государственной политики в области экологического развития Российской Федерации на период до 2030 года: утв. Президентом РФ 30.04.2012 // СПС «КонсультантПлюс».

Ликвидация накопленного вреда окружающей среде является одним из условий ее улучшения и создания благоприятных экологических условий для жизни человека. Решение проблем ликвидации накопленного вреда окружающей среде определено в числе приоритетных мер в свете Указа Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204.

В Основах государственной политики в области экологического развития Российской Федерации на период до 2030 года экологическая ситуация в Российской Федерации характеризуется высоким уровнем антропогенного воздействия на природную среду и значительными экологическими последствиями прошлой экономической деятельности.

Поэтому приоритетом государственной политики является снижение негативного воздействия объектов накопленного вреда окружающей среде на качество жизни населения и снижение негативных факторов воздействия накопленного вреда окружающей среде.

Программа содержит разделы по опережающему развитию приоритетных территорий Российской Федерации. Мероприятия, реализуемые в рамках вышеуказанной программы на приоритетных территориях Российской Федерации, направлены на улучшение качества жизни путем снижения негативного воздействия на окружающую среду и сохранения природных экологических систем. В ней предусмотрено финансирование экологического оздоровления отдельных территорий Российской Федерации.

Финансирование направлено на осуществление работ и оказание услуг в целях сохранения природных комплексов и объектов, расположенных на территориях заповедников и национальных парков, изучение уникальных и типичных природных комплексов и объектов, генетического фонда растительного и животного мира, экологическое просвещение населения, разработку и внедрение научных методов охраны природы, осуществление экологического мониторинга, а также создание условий для регулируемого туризма и отдыха.

В Законе РФ «Об охране окружающей природной среды»[94] обязательность преподавания экологических знаний в учебных заведениях обозначена как один из важнейших принципов государственной экологической политики России.

В России существуют серьезные недостатки институционального сопровождения в части обеспечения безопасности населения от неблагоприятного влияния ТКО.

1. В декабре 2016 г. Президентом РФ В.В. Путиным был подписан Указ от 20 декабря 2016 г. № 696 «Об утверждении Основ

[94] Об охране окружающей среды: федеральный закон от 10.01.2002 № 7-ФЗ // Рос. газ. – 2002. - № 6.

государственной политики Российской Федерации в области гражданской обороны на период до 2030 года».

2. Принято постановление Правительства РФ от 30.05.2016 № 484 «О ценообразовании в области обращения с твердыми коммунальными отходами». В нем утверждены правила регулирования тарифов и основы ценообразования в сфере обращения вторичных ресурсов.

3. Утвержден Федеральный закон от 29.12.2014 г. № 458-ФЗ «О внесении изменений в федеральный закон «Об отходах производства и потребления», вступивший в действие с 01.01.2016 г., в котором отражаются принципиально правила организации деятельности по обращению, хранению, обезвреживанию и утилизации твердых коммунальных отходов.

На официальном интернет-портале правовой информации Правительства РФ появилась информация о том, что 30 января 2018 г. премьер-министр РФ Д.А. Медведев утвердил «Стратегию развития промышленности по обработке, утилизации и обезвреживанию отходов производства и потребления на период до 2030 года»[95]. К сожалению, в этой Стратегии отсутствуют обязательный раздел по сравнению с аналогичными зарубежными проектами – «Использование вторичных ресурсов».

С нашей точки зрения, следовало бы в первом разделе отразить проблемы и решение задач по использованию вторичных ресурсов.

4.3. Анализ факторов экологического характера, негативно влияющих на здоровье человека

Все процессы в биосфере взаимосвязаны. Всестороннее изучение человека, его взаимоотношений с окружающим миром привело к пониманию, что здоровье – это не только отсутствие болезней, но и физическое, психическое и социальное благополучие человека. Здоровье – это капитал, данный нам не только природой от рождения, но и теми условиями, в которых мы живем.

Загрязнение окружающей среды негативно сказывается на здоровье человека. Кроме того, города имеют свои особые социальные условия и уровень медицинского обеспечения, которые тоже влияют на здоровье человека.

Экологические факторы – это свойства среды обитания, оказывающие какое-либо воздействие на организм. Экологические факторы отличаются значительной изменчивостью во времени и пространстве. Один и тот же фактор среды имеет разное значение в жизни совместно обитающих организмов.

Классификации экологических факторов:

[95] URL: http//static.government.ru›media/files/pdf (дата обращения: 04.02.2018).

а) по характеру воздействия:

- прямо действующие – непосредственно влияющие на организм, главным образом на обмен веществ;

- косвенно действующие – влияющие опосредованно, через изменение прямо действующих факторов (рельеф, экспозиция, высота над уровнем моря и др.);

б) по происхождению:

- абиотические – факторы неживой природы:

- климатические – годовая сумма температур, среднегодовая температура, влажность, давление воздуха;

- эдафические (эдафогенные) – механический состав почвы, воздухопроницаемость почвы, кислотность почвы, химический состав почвы;

- орографические – рельеф, высота над уровнем моря, крутизна и экспозиция склона;

- химические – газовый состав воздуха, солевой состав воды, концентрация, кислотность;

- физические – шум, магнитные поля, теплопроводность и теплоёмкость, радиоактивность, интенсивность солнечного излучения.

- биотические – связанные с деятельностью живых организмов:

- фитогенные – влияние растений;

- микогенные – влияние грибов;

- зоогенные – влияние животных;

- микробиогенные – влияние микроорганизмов;

в) антропогенные (антропические):

- физические – использование атомной энергии, перемещение в поездах и самолётах, влияние шума и вибрации;

- химические – использование минеральных удобрений и ядохимикатов, загрязнение оболочек Земли отходами промышленности и транспорта;

- биологические – продукты питания; организмы, для которых человек может быть средой обитания или источником питания;

г) социальные – связанные с отношениями людей и жизнью в обществе;

д) по расходованию:

- ресурсы – элементы среды, которые организм потребляет, уменьшая их запас в среде (вода, CO_2, O_2, свет);

е) по направленности:

- векторизованные – направленно изменяющиеся факторы: заболачивание, засоление почвы;

- многолетние-циклические – с чередованием многолетних периодов усиления и ослабления фактора, например, изменение климата в связи с 11-летним солнечным циклом;

- осцилляторные (импульсные, флуктуационные) – колебания в обе стороны от некоего среднего значения (суточные колебания температуры воздуха, изменение среднемесячной суммы осадков в течение года).

Факторы, влияющие на здоровье и продолжительность жизни человека

По заключению ученых в сфере общественного здоровья, на здоровье населения влияет комплекс факторов, которые можно классифицировать по 4 направлениям, блокам:

- образ жизни;
- генетика (биология) человека;
- внешняя среда;
- развитие отрасли здравоохранения.

По мнению специалистов, наибольшее влияние на состояние здоровья оказывает образ жизни. Второе место по влиянию на здоровье занимает состояние среды (сферы) жизнедеятельности человека (не менее одной трети заболеваний определяется неблагоприятными воздействиями окружающей среды). Наследственность обусловливает примерно 20% болезней.

Сохранение оптимальной жизнедеятельности человека при взаимодействии с окружающей средой определяется тем, что для его организма существует определенный физиологический предел выносливости по отношению к любому фактору среды, и за границей предела этот фактор неизбежно будет оказывать угнетающее влияние на здоровье человека. Например, как показали испытания, в городских условиях факторы, влияющие на здоровье, делятся на пять основных групп:

- жилая среда;
- производственные факторы;
- социальные факторы;
- биологические факторы;
- индивидуальный образ жизни.

Действие экологических факторов на организм

Факторы среды воздействуют на организм не по отдельности, а в комплексе, соответственно любая реакция организма является многофакторно обусловленной. При этом интегральное влияние факторов не равно сумме влияний отдельных факторов, так как между ними происходят различного рода взаимодействия, которые можно подразделить на четыре основных типа.

1. Монодоминантность – один из факторов подавляет действие остальных, и его величина имеет определяющее значение для организма. Так, полное отсутствие либо нахождение в почве элементов минерального питания в резком недостатке или избытке препятствуют нормальному усвоению растениями прочих элементов.

2. Синергизм – взаимное усиление нескольких факторов, обусловленное положительной обратной связью. Например, влажность почвы, содержание в ней нитратов и освещённость при улучшении обеспечения любым из них повышают эффект воздействия двух других.

3. Антагонизм – взаимное гашение нескольких факторов, обусловленное обратной отрицательной связью: увеличение популяции саранчи способствует уменьшению пищевых ресурсов и её популяция сокращается.

4. Провокационность – сочетание положительных и отрицательных для организма воздействий, при этом влияние вторых усилено влиянием первых. Пример: чем раньше наступает оттепель, тем сильнее растения страдают от последующих заморозков.

Влияние факторов также зависит от природы и текущего состояния организма, поэтому они оказывают неодинаковое воздействие как на разные виды, так и на один организм на разных этапах онтогенеза: низкая влажность губительна для гидрофитов, но безвредна для ксерофитов; низкие температуры без вреда переносятся взрослыми хвойными умеренного пояса, но опасны для молодых растений.

Факторы могут частично замещать друг друга: при ослаблении освещённости интенсивность фотосинтеза не изменится, если увеличить концентрацию углекислого газа в воздухе, что обычно и происходит в теплицах.

Результат воздействия факторов зависит от продолжительности и повторяемости действия их экстремальных значений на протяжении всей жизни организма и его потомков: непродолжительные воздействия могут и не иметь никаких последствий, тогда как продолжительные через механизм естественного отбора ведут к качественным изменениям.

Основными факторами экологического и техногенного характера, оказывающими негативное влияние на здоровье, является химическое и физическое загрязнение окружающей среды.

Химические загрязнения среды и здоровье человека

В настоящее время хозяйственная деятельность человека все чаще становится основным источником загрязнения биосферы. В природную среду попадают газообразные, жидкие и твердые отходы производств. Различные химические вещества, находящиеся в отходах, попадая в почву, воздух или воду, переходят по экологическим звеньям из одной цепи в другую, попадая в конце концов в организм человека.

Вещества, загрязняющие природную среду, очень разнообразны. В зависимости от своей природы, концентрации, времени действия на организм человека они могут вызвать различные неблагоприятные последствия. Кратковременное воздействие небольших концентраций таких веществ может вызвать головокружение, тошноту, першение в горле, кашель. Попадание в организм человека больших концентраций токсических веществ может привести к потере сознания, острому отравлению и даже смерти. Примером подобного действия могут являться смоги, образующиеся в крупных городах в безветренную погоду, или аварийные выбросы токсичных веществ промышленными предприятиями в атмосферу.

Реакции организма на загрязнения зависят от индивидуальных особенностей: возраста, пола, состояния здоровья. Как правило, более уязвимы дети, пожилые и престарелые, больные люди.

При систематическом или периодическом поступлении в организм сравнительно небольших количеств токсичных веществ происходит хроническое отравление.

Признаками хронического отравления являются нарушение нормального поведения, привычек, а также нейропсихического отклонения: быстрое утомление или чувство постоянной усталости, сонливость или, наоборот, бессонница, апатия, ослабление внимания, рассеянность, забывчивость, сильные колебания настроения.

При хроническом отравлении одни и те же вещества у разных людей могут вызывать различные поражения почек, кроветворных органов, нервной системы, печени.

Сходные признаки наблюдаются и при радиоактивном загрязнении окружающей среды.

Высокоактивные в биологическом отношении химические соединения могут вызвать эффект отдаленного влияния на здоровье человека: хронические воспалительные заболевания различных органов, изменение нервной системы, действие на внутриутробное развитие плода, приводящее к различным отклонениям у новорожденных.

Медики установили прямую связь между ростом числа людей, болеющих аллергией, бронхиальной астмой, раком, и ухудшением экологической обстановки в данном регионе. Достоверно установлено, что такие отходы производства, как хром, никель, бериллий, асбест, многие ядохимикаты, являются канцерогенами, то есть вызывающими раковые заболевания. Еще в прошлом веке рак у детей был почти неизвестен, то сейчас он встречается все чаще и чаще. В результате загрязнения появляются новые, неизвестные ранее болезни. Причины их бывает очень трудно установить.

Огромный вред здоровью человека наносит курение. Курильщик не только сам вдыхает вредные вещества, но и загрязняет атмосферу, подвергает опасности других людей. Установлено, что люди, находящиеся в одном помещении с курильщиком, вдыхают даже больше вредных веществ, чем он сам.

К основным физическим факторам окружающей среды, оказывающим негативное воздействие на здоровье человека, относятся шум, вибрация, электромагнитные излучения, электрический ток.

Биологическая характеристика экологических факторов

Биологические загрязнения и болезни человека.

К биологическим загрязнителям относятся: болезнетворные микроорганизмы, вирусы, гельминты и т.д. Они могут находиться в атмосфере, воде, почве, в теле других живых организмов, в том числе и в самом человеке.

Наиболее опасны возбудители инфекционных заболеваний. Они имеют различную устойчивость в окружающей среде. Одни способны жить вне организма человека всего несколько часов; но находясь в воздухе, в воде, на разных предметах, они быстро погибают. Другие могут жить в окружающей среде от нескольких дней до нескольких лет. Для третьих окружающая среда является естественным местом обитания. Для четвертых - другие организмы, например, дикие животные, являются местом сохранения и размножения.

Часто источником инфекции является почва, в которой постоянно обитают возбудители столбняка, ботулизма, газовой гангрены, некоторых грибковых заболеваний. В организм человека они могут попасть при повреждении кожных покровов, с немытыми продуктами питания, при нарушении правил гигиены.

Болезнетворные микроорганизмы могут проникнуть в грунтовые воды и стать причиной инфекционных болезней человека. Поэтому воду из артезианских скважин, колодцев, родников необходимо перед питьем кипятить.

Особенно загрязненными бывают открытые источники воды: реки, озера, пруды. Известны многочисленные случаи, когда загрязненные источники воды стали причиной эпидемий холеры, брюшного тифа, дизентерии.

При воздушно-капельной инфекции заражение происходит через дыхательные пути при вдыхании воздуха, содержащего болезнетворные микроорганизмы. К таким болезням относится грипп, коклюш, свинка, дифтерия, корь и другие. Возбудители этих болезней попадаю в воздух при кашле, чихании и даже при разговоре больных людей.

Особую группу составляют инфекционные болезни, передающиеся при тесном контакте с больным или при пользовании его вещами, например, полотенцем, носовым платком, предметами личной гигиены и другими, бывшими в употреблении больного. К ним относятся венерические болезни (СПИД, сифилис, гонорея), трахома, сибирская язва, парша. Человек, вторгаясь в природу, нередко нарушает естественные условия существования болезнетворных организмов и становится сам жертвой природно-очаговых болезней.

Люди и домашние животные могут заражаться природно-очаговыми болезнями, попадая на территорию природного очага. К таким болезням относят чуму, туляремию, сыпной тиф, клещевой энцефалит, малярию, сонную болезнь.

Особенностью природно-очаговых заболеваний является то, что их возбудители существуют в природе в пределах определенной территории вне связи с людьми или домашними животными. Одни паразитируют в организме диких животных-хозяев. Передача возбудителей от животных к животному и от животного к человеку происходит преимущественно через переносчиков, чаще всего

насекомых и клещей. Человек может заразиться при попадании в его организм воды, загрязненной выделениями грызунов.

Такие болезни, как чума, орнитоз, передаются воздушно-капельным путем. Находясь в районах природно-очаговых заболеваний, необходимо соблюдать специальные меры предосторожности.

Влияние климата на самочувствие человека

Климат оказывает серьезное воздействие на самочувствие человека, воздействуя на него через погодные факторы. Погодные условия включают в себя комплекс физических условий: атмосферное давление, влажность, движение воздуха, концентрацию кислорода, степень возмущенности магнитного поля Земли, уровень загрязнения атмосферы.

До сих пор еще не удалось до конца установить механизмы реакций организма человека на изменение погодных условий. А она часто дает себя знать нарушениями сердечной деятельности, нервными расстройствами. При резкой смене погоды снижается физическая и умственная работоспособность, обостряются болезни, увеличивается число ошибок, несчастных и даже смертельных случаев.

Большинство физических факторов внешней среды, во взаимодействии с которыми эволюционировал человеческий организм, имеют электромагнитную природу.

Хорошо известно, что возле быстро текущей воды воздух освежает и бодрит. В нем много отрицательных ионов. По этой же причине нам представляется чистым и освежающим воздух после грозы.

Наоборот, воздух в тесных помещениях с обилием разного рода электромагнитных приборов насыщен положительными ионами. Даже сравнительно непродолжительное нахождение в таком помещении приводит к заторможенности, сонливости, головокружениям и головным болям. Аналогичная картина наблюдается в ветреную погоду, в пыльные и влажные дни. Специалисты в области экологической медицины считают, что отрицательные ионы положительно влияют на здоровье, а положительные – негативно.

Изменения погоды не одинаково сказываются на самочувствии разных людей. У здорового человека при изменении погоды происходит своевременное подстраивание физиологических процессов в организме к изменившимся условиям внешней среды. В результате усиливается защитная реакция, и здоровые люди практически не ощущают отрицательного влияния погоды.

У больного человека приспособительные реакции ослаблены, поэтому организм теряет способность быстро подстраиваться. Влияние погодных условий на самочувствие человека связано также с возрастом и индивидуальной восприимчивостью организма.

Экологический портрет и его характеристики

Экологический портрет – совокупность генетически обусловленных свойств и морфофункциональных признаков, характеризующих специфическую адаптацию человека к конкретным факторам среды обитания.

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что проживание людей в привычных условиях среды обитания определяет внешний облик, специфические морфофункциональные характеристики и особенности жизнедеятельности организма в целом, а также культурные черты.

На структурно-физиологическую организацию людей оказывают влияние следующие факторы:

- своеобразие климата (в основном температурный режим),
- рельеф местности,
- магнитные аномалии,
- радиационный фон,
- геохимическая ситуация,
- характер питания.

Наиболее наглядно действие факторов внешней среды различных климатогеографических зон проявляется в морфофункциональных характеристиках и антропологических показателях. За внешней же стороной строения тела скрываются не менее выраженные различия в структуре белков, изоферментов, антигенной структуры тканей, генетическом аппарате клетки.

Все эти особенности определяют специфику протекания адаптационных процессов, что позволяет оптимально адаптироваться к конкретным условиям постоянной среды обитания. Исследование морфофизиологической, биохимической и популяционоой структуры аборигенов конкретных регионов позволяет создать своеобразный экологический портрет населения для определённой среды обитания с характерными природно-климатическими, геохимическими и геофизическими параметрами среды обитания.

Часть людей на Земле приспособилась к проживанию в экстремальных условиях. Например, проживание в высокогорных районах с низким парциальным давлением кислорода и других атмосферных газов. Ещё одним из неблагоприятных условий является высокая влажность тропических лесов (95% ночью и 60-70% днём) на фоне средней температуры +28°С. Ветры в тропических лесах очень слабые, а воздух насыщен углекислым газом и полон испарений (уровень испарений выше в 3 раза средних показателей планеты в целом). Рост и вес живущих здесь людей (144 см и 39,8 кг) значительно меньше, чем у жителей саванны (189 см и 62,5 кг). По сравнению с другими группами населения у них наблюдается потребление кислорода при физической нагрузке выше среднего, а также объём лёгких и частота пульса.

Адаптация к экстремальным условиям Севера, аналогичным ледниковому периоду, происходит по-разному у людей и животных. Звери приспособили свой организм к пониженной отдаче энергии. У некоторых это вызывает необходимость зимней спячки. Адаптация же эскимосов основывается на вазомоторно-нервной регуляции с повышенной отдачей энергии. Для повышенной отдачи энергии необходимо употреблять пищу с высоким содержанием жира. Такая пища, как например сырое подкожное сало, может оказаться совершенно несъедобной и неподходящей для людей из других климатических регионов.

Признаки, определяющие экологический портрет, сохраняются и при миграции в новые регионы, определяя функциональное состояние и общую работоспособность в новой среде. В настоящий момент расселение людей по планете происходит без учёта индивидуальных конституционных свойств, генетических и экотипических особенностей человека. В то же время современной науке хорошо известно, что для нормального роста, развития, существования и размножения каждого организма необходимо определённое оптимальное сочетание условий среды обитания.

Социальная деятельность делает человека менее зависимым от окружающих природных условий. Однако в новой среде обитания люди должны приспосабливать к ней свой образ жизни, распорядок дня и сезонную цикличность жизнедеятельности. Знание экологического портрета каждого человека позволяет выбрать соответствующий регион, где экзогенная экологическая обстановка будет соответствовать эндогенной среде организма.

4.4. Исследование воздействия природных и техногенных факторов на состояние здоровья населения Владимирской области

Комплексная оценка экологической напряженности и медико-экологическое районирование Владимирской области[96]

На основе сопряженного анализа показателей (демографической напряженности, плотности населения, уровня урбанизации, промышленной нагрузки, техногенной нагрузки на водные ресурсы, загрязнения воздуха, образования и размещения отходов особенно 1-4-го классов опасности, устойчивости экосистем) можно осуществить ранжирование территории Владимирской области по степени экологической напряженности. На основании материалов исследования С. Рыбиной коэффициент корреляции между общей заболеваемостью всего населения (с диагнозом, впервые установленным, на 10000 чел.) и суммарной балльной оценкой степени напряженности составил 0,6.

[96] Данные статистики приведены в приложениях.

Медико-санитарное зонирование территории Владимирской области[97]

Рекомендуется выделять следующие виды заболеваний.

1. Минимальная общая заболеваемость населения (доминируют: мочекаменная, сердечно-сосудистая заболеваемость, кариес зубов).

2. Умеренная общая заболеваемость населения (доминируют: кариес зубов, бронхиальная астма).

3. Повышенная общая заболеваемость населения, доминируют: терио-токсикоз с зобом и без него, бронхиальная астма, бронхит и эмфизема легких.

4. Эндемичные виды заболеваний: сердечно-сосудистая заболеваемость, бронхиальная астма, бронхит и эмфизема легких, мочекаменная болезнь.

5. Заболевания, обусловленные преимущественно техногенным характером.

В итоге при медико-экологической оценке территории выявлен ряд районов, где:

- природно-климатические факторы оказывают благотворное влияние на здоровье;
- природно-климатические факторы неблагоприятны для проживания и здоровья;
- техногенные факторы оказывают неблагоприятное влияние на здоровье населения;
- техногенные и природно-климатические показатели оптимальны для проживания и здоровья населения.

Анализ факторов экологического характера, негативно влияющих на здоровье человека (Владимирская область)

Преобладание в секторе экономики экологически «грязных» производств, концентрация промышленных объектов в крупных городах и промышленных центрах, растущее количество автотранспортных средств, низкий уровень технической оснащённости предприятий, постоянное увеличение площадей для размещения отходов производства и потребления создают условия для эскалации негативного воздействия на окружающую среду и как следствие – снижения продолжительности жизни, ухудшения здоровья населения.

Значительную роль в обеспечении экологической безопасности играет решение вопроса хранения, переработки и утилизации отходов.

Наиболее актуальной проблемой для Владимирской области по-прежнему является обеспечение экологической безопасности при

---

[97] Использованы материалы: Рыбина С. Н. Исследование комфортности территории Владимирской области на основании климатических показателей / Атмосфера и здоровье человека: тез. докл. Всероссийской конф. - СПб. : Гидрометеоиздат, 1998. С. 122.

обращении с отходами производства и потребления, в том числе с муниципальными твёрдыми коммунальными отходами (ТКО).

11 августа 2015 года губернатор Владимирской области С. Ю. Орлова и генеральный директор Фонда содействия реформированию жилищно-коммунального хозяйства К. Г. Цицин провели рабочее совещание на тему создания на территории Владимирской области современного комплекса переработки твёрдых коммунальных отходов.

В 2015 году было подписано соглашение с Фондом о сотрудничестве в области обращения с твёрдыми коммунальными отходами на территории Владимирской области. Как отметила С. Ю. Орлова, в особом приоритете – создание в регионе сети современных заводов по переработке мусора. Также стоит задача – уменьшить объёмы захоронения отходов на полигонах. Здесь тесно сплетены вопросы экологии, экономии и экономики.

«Мы готовы к инвестициям в эту сферу. Уже подписано несколько соглашений с инвесторами о сотрудничестве. В этом направлении мы тесно будем работать также с корпорацией «Ростех», здесь большое поле для деятельности в русле импортозамещения», – сообщила губернатор области.

С 1 января 2017 года вступил в силу запрет на захоронение отходов, содержащих полезные компоненты, подлежащие утилизации.

«Наша задача – создать масштабированную модель переработки твёрдых коммунальных отходов. Кроме того, необходимо из практики понять, какие законодательные инициативы нам нужны», – сказал генеральный директор Фонда содействия реформированию ЖКХ К. Г. Цицин.

Первый заместитель губернатора Владимирской области по развитию инфраструктуры, ЖКХ и энергетики Л. Ф. Смолина[98] сообщила, что «В каждом городском округе и муниципальном районе предстоит построить объекты по обработке отходов. При этом на территориях с наибольшими объёмами их образования нужны мощные мусороперерабатывающие заводы, на других территориях – станции сортировки и перегрузки, откуда отходы будут направляться на перерабатывающие заводы. Таким образом, будет охвачена вся территория региона. Неутильные фракции мусора планируется размещать на пяти полигонах: в Камешковском, Муромском, Александровском, Петушинском и Киржачском районах. Кроме того, планируется построить еще новый полигон в Александровском районе, в остальных случаях – это модернизация существующих мест размещения отходов», – сообщила Л. Ф. Смолина.

По мнению Губернатора Владимирской области С. Ю.

[98] До ноября 2018 года исполняла обязанности первого заместителя Губернатора Владимирской области.

Орловой[99], «на мусор давно пора посмотреть как на сферу для выгодных инвестиций. Нам необходимо разработать своё оборудование, свою логистическую схему. Это позволит обеспечить дополнительную загрузку наших предприятий».

В настоящее время все технологические процессы, связанные с управлением обращения с твёрдыми бытовыми отходами, постоянно усложняются. Усложняется качество сбора и утилизации возникающих отходов. Это связано с различными причинами, основными из которых являются рост объёма отходов, связанный как с увеличением качества жизни современного человека, так и с их большим разнообразием.

Первопричиной этих процессов является общий рост экономики, идущий в последние десятилетия, который имеет и оборотную сторону, заключающуюся в том, что возрастающее количество различных потребительских товаров имеет определённый срок эксплуатации и со временем неизбежно становится мусором. Всё больше и больше товаров – всё больше и больше мусора. Поэтому проблема мусора является ключевой во Владимирской области.

В этой связи задачей областных и местных органов власти является формирование и реализация единой государственной экологической политики, направленной на охрану окружающей среды и рациональное использование природных ресурсов, ликвидацию накопленного экологического ущерба.

В 2016 году департаментом природопользования проведены выездные мероприятия по обследованию территорий муниципальных образований в рамках Плана проведения проверок по выявлению несанкционированных мест размещения отходов производства и потребления на территории муниципальных образований и в придорожных полосах автомобильных дорог.

Проведён государственный мониторинг окружающей среды муниципальных образований городов Гусь-Хрустального, Коврова, округа Муром, Александровского, Гороховецкого, Гусь-Хрустального, Петушинского, Камешковского, Киржачского, Ковровского, Кольчугинского, Меленковского, Муромского, Вязниковского, Судогодского, Селивановского, Юрьев-Польского районов.

В результате обследования территорий обнаружено 102 несанкционированные стихийные свалки, из них более 60% выявлены повторно в местах, ранее ликвидированных органами местного самоуправления. Общая площадь выявленных в 2016 году объектов незаконного складирования отходов составила 25,98 га, объём отходов – 27,4 тыс. м^3.

За отчётный период силами органов местного самоуправления на территории области в добровольном порядке ликвидировано 19

[99] Орлова Светлана Юрьевна – Губернатор Владимирской области с 2013 года по октябрь 2018 года.

несанкционированных стихийных свалок на площади 4,7 га, объёмом 2,7 тыс. $м^3$. В адрес 35 исполнительных органов местного самоуправления направлены письма-предписания о принятии исчерпывающих мер по ликвидации несанкционированных мест складирования отходов, установлены конкретные сроки их исполнения. По итогам проверки по 10 свалкам информация направлена в адрес прокуратуры Судогодского района для принятия мер прокурорского реагирования. В отношении трёх индивидуальных предпринимателей вынесены постановления о привлечении к административной ответственности по ст. 8.2 КоАП РФ, общая сумма вынесенных штрафов составила 130 тыс. руб.

Вопросы санитарной очистки территорий ежеквартально рассматриваются на областной межведомственной комиссии по обеспечению выполнения норм и правил, установленных органами государственной власти и органами местного самоуправления Владимирской области в сфере соблюдения чистоты и порядка.

Таким образом:

1. Медико-демографическая структура населения Владимирской области за последние четверть века (переписи населения 1989 и 2010 годы) характеризуется устойчивым уменьшением численности населения, особенно в сельской местности. С 1989 года коэффициент естественного прироста населения отрицателен в результате роста смертности (в том числе детской) и снижения рождаемости. Районы области существенно различаются по показателю индекса демографической напряженности.

2. Ранжирование территории по комплексу природно-климатических факторов позволило определить комфортность окружающей среды для проживания и здоровья населения. Прямая корреляционная связь выявлена между степенью увлажненности территории и заболеваемостью бронхитом. Резкие перепады атмосферного давления, влажности и температуры в ряде районов области способствуют развитию бронхиальной астмы.

3. Установлены взаимосвязи между гидрогеохимическими параметрами среды и определенными нозологиями у населения. Низкое содержание кальция в питьевой воде (менее 10 мг/л) является одним из этиологических факторов сердечно-сосудистых заболеваний. В то же время содержание кальция, превышающее 47 мг/л, способствует развитию гипертонии.

При невысокой концентрации фтора в питьевой воде (0,2 - 0,5 мг/л) достоверно увеличивается стоматологическая заболеваемость населения. Повышение концентрации фтора до 1,5 - 2,5 мг/л вызывает появление эндемичного флюороза даже у детей в возрасте 2-4 лет.

Проведенный расчет экономической эффективности от внедрения локальных установок по фторированию молока показал возможность в сжатые сроки резко сократить заболеваемость детей кариесом и снизить затраты на санацию зубов у детей на 40%.

5. Установлено, что восемь из шестнадцати районов характеризуются минимальной и умеренной общей заболеваемостью населения, в пяти районах наблюдается повышенная заболеваемость с доминированием териотоксикоза с зобом и без него, бронхиальной астмой, бронхитом и эмфиземой легких, два района отнесены к эндемичным по сердечно-сосудистым заболеваниям, бронхитам и мочекаменной болезни.

Влияние техногенных факторов на возникновение заболеваний у населения Владимирской области

Влияние интенсивного загрязнения территории населенных пунктов на здоровье их жителей сегодня является общепризнанным фактом. Современной гигиенической наукой накоплен обширный материал о причинно-следственных зависимостях между воздействием на организм отдельных факторов окружающей среды и показателями здоровья населения. Тем не менее проведение медико-экологических исследований, целью которых является оценка одномоментного воздействия на население множества факторов, причин и условий, представляет собой сложную задачу. Ее решение требует проведения комплексных исследований, включающих сбор данных об инфраструктуре территории, источниках загрязнения окружающей среды, показателях здоровья жителей и т.п.

Структура и устойчивость экосистем. Неустойчивость природной среды проявляется достаточно остро.

Отрицательные факторы антропогенного воздействия губительны не только для экосистем, они снижают резервы здоровья на индивидуальном и популяционном уровнях, вызывают увеличение специфической патологии и появление новых форм болезней. Одной из наиболее распространенной на сегодняшний день «экологически обусловленной» болезнью считаются *новообразования.*

В мире на каждые 100 тыс. человек приходится около 2 тысяч раковых больных. Как показывают данные статистики, число онкозаболеваний выросло в городах и регионах, где сильно развита промышленность и есть большое количество заводов и фабрик.

Для установления влияния неблагоприятных экологических факторов на рост новообразований воспользуемся методиками, предложенными учеными соседней Нижегородской области. Специалистами Росстата по Нижегородской области были проведены исследования причин заболеваемости злокачественными образованиями от различных факторов, в том числе экологического характера[100].

Многие тенденции, характерные для Нижегородской области, имеют прямое отношение и к Владимирской области.

---

[100] Богаткова Л. В. Заболеваемость нижегородской области злокачественными новообразованиями / Статистика, факты, комментарии. – 2012. - № 2. – С. 35-57.

Во-первых, зонирование территории позволило установить связь онкозаболеваний с экологическими факторами.

Во-вторых, опережающий рост числа онкозаболеваний в городах.

В-третьих, рост числа онкозаболеваний по основным локализациям. Отмечается рост числа заболеваний почек, что связано с качеством воды.

В-четвертых, наблюдается уменьшение числа онкозаболеваний среди детей (0-14 лет) и (15-19 лет) и более высокие показатели смертности от раковых заболеваний у мужчин (20-29 лет) и женщин (30-34 года).

Во всем мире 4 февраля считается днем борьбы против рака. Чаще всего люди болеют раком легких, печени, толстой и прямой кишки, желудка и молочной железы. От болезни умирают каждый год миллионы людей по всему миру. В основном злокачественные опухоли развиваются от вредных привычек: алкоголя, курения, плохого питания или от отсутствия физических нагрузок. Тем не менее рак также может возникать от различных инфекций, например, от ВИЧ или гепатита В, С. Во Владимирской области показатели по онкозаболеваниям и смертности от них наиболее удручающие среди всех регионов России[101], см. табл. 18, 19.

Таблица 18

Статистика заболевания раком по регионам России, а также смертность на 100 тысяч человек[102]

Название края или области	Число умерших раком на 100 000 человек населения
Республика Ингушетия	50
Республика Дагестан	69
Чеченская республика	78
Ямало-Немецкий автономный округ	89
Республика Тыва	98
Москва	199
Ивановская	208
Московская	232
Рязанская	233
Ярославская	239
Костромская	254
Владимирская	**269**
Курганская	277
Севастополь	280
ВСЕГО	15966

[101] URL: https://oncoved.ru/common/statistika-onkozabolevaniy (дата обращения: 25.12.2018).

[102] Приведены регионы по 5 с лучшими и худшими показателями, а также для сравнения соседние регионы, граничащие с Владимирской областью.

Ежегодно в России умирает примерно 160 000 человек от злокачественных новообразований. По данным Росстата, Владимирская область находится на 82-м месте по показателям смертности от рака из 85 регионов Российской Федерации.

Области с самой большой смертностью от раковой опухоли:

1-е место — Севастополь;

2-е место — Курганская область;

3-е место — Владимирская область;

4-е место — Псковская область;

5-е место — Новгородская область;

6-е место — Санкт-Петербург;

7-е место — Костромская область;

8-е место — Тульская область;

9-е место — Калужская область;

10-е место — Республика Карелия.

По данным департамента здравоохранения Владимирской области, в регионе показатель общей заболеваемости онкопатологией в 2017 году на 100 тыс. населения составил 433,3. Уровень смертности от злокачественных новообразований за тот же период – 225,5 на 100 тыс. населения, см. табл. 18.

Для сравнения: в 2014 году он составлял 264,1. За последние семь лет (2010-2017 гг.) во Владимирской области доля пациентов с выявленными I и II стадиями онкопатологии увеличилась с 41,5% (2010 год) до 51% (2017 год). Только за один 2017 год в ходе профилактических медицинских осмотров было выявлено 1420 онкозаболеваний. Для сравнения: в 2014 году этот показатель был равен 574.

Таблица 19

Основные причины смерти населения во Владимирской области

	Всего умерших			2017	На 100 тыс. чел. населения		
	2017, чел.	2016, чел.	Динамика (+), (-)	в % ко всем умершим	2017	2016	2017/2016, в %
Всего умерших	21759	22908	-1149	100	1570,6	1643,8	95,5
В том числе без внешних причин	20422	21205	-783	93,9	1474,1	1521,6	96,9
Умерших от:							
Болезней системы кровообращения	11127	11589	-462	51,1	803,2	831,6	96,6
Новообразований	3124	3433	-309	14,4	225,5	246,3	91,6
Болезней органов пищеварения	1585	1877	-292	7,3	114,4	134,7	84,9
Внешних причин смерти	1337	1703	-366	6,1	96,5	122,2	79,0
Болезней нервной системы	967	621	+346	4,4	69,6	44,6	156,5
Болезней органов дыхания	669	861	-192	3,1	48,3	61,8	78,2
Инфекционных и паразитарных болезней	141	151	-10	0,6	10,2	10,8	94,4

Наибольшее снижение смертности произошло от болезней органов дыхания (на 21,8%) и внешних причин (на 21%). Увеличение смертности наблюдается от болезней нервной системы (на 56,5%).

Злокачественные новообразования представляют значительную социально-экономическую проблему, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости, смертности и инвалидизации населения.

На основании анализа причинами роста онкозаболеваний являются следующие.

1. Высокий уровень загрязнения водных ресурсов.

2. Загрязнение воздушного бассейна. Наибольшие уровни загрязнения характерны для районов, где сосредоточены большие энергетические мощности (Ковровский, Кольчугинский, Суздальский, Муромский и др. районы).

3. Санитарно-гигиеническое состояние почв. Проблема утилизации отходов и их захоронения, в т. ч. Промышленных, в области практически не решается. Наблюдается тенденция к увеличению количества свалок, главным образом несанкционированных, интенсивно загрязняющих почвы. Наиболее проблемной территорией является Александровский район вследствие поступления отходов из Москвы, около 1000 $м^3$ в сутки.

4. Влияние техногенного загрязнения па состояние здоровья населения специфических производств. В г. Владимире выявлены пять очагов максимального загрязнения среды на территории города (район химзавода, «промзона», условно называемый «Собачий поселок», район рокадной дороги и др.).

В соответствии с постановлением администрации Владимирской области утверждена программа по снижению уровня заболеваемости новообразованиями и утверждена маршрутизация онкобольных[103].

В рамках данной программы утверждена маршрутизация больных с онкопатологией на территории области, организованы первичные онкологические кабинеты и оснащены диагностические службы амбулаторно-поликлинического звена медицинских учреждений в районах, что позволило увеличить показатель выявляемости злокачественных новообразований на ранних стадиях с 45,4 в 2011 г. до 47,3 в 2017 г. Однако, несмотря на улучшение данного показателя, он остается ниже общероссийского, а из-за ьнеукомплектованности кадрами первичного звена многие мероприятия остаются нерешенными.

Структура онкологической службы области.

1-й уровень (первичные онкологические кабинеты во всех районах области - 24 кабинета, в том числе межрайонные кабинеты): ГБУЗ

[103] О внесении изменений в приложение к постановлению губернатора области от 30.04.2013 № 494: постановление администрации Владимирской области от 25.01.2017 № 47 // СПС «КонсультантПлюс».

ВО "Городская поликлиника № 1 г. Владимира"; "Городская клиническая больница № 5 г. Владимира" (2 кабинета); "Городская больница № 2 г. Владимира"; "Городская больница № 6 г. Владимира"; "Городская больница № 7 г. Владимира"; "Киржачская районная больница"; "Кольчугинская центральная районная больница"; "Юрьев-Польская центральная районная больница"; "Собинская районная больница"; "Суздальская районная больница"; "Камешковская центральная районная больница"; "Судогодская центральная районная больница"; "Вязниковская центральная районная больница"; "Гороховецкая центральная районная больница"; "Гусь-Хрустальная центральная городская больница"; "Селивановская центральная районная больница"; "Меленковская центральная районная больница"; "Петушинская районная больница".

2-й уровень (межрайонные онкологические кабинеты и отделения):

1) ГБУЗ ВО "Александровская центральная районная больница" (онкологический кабинет);

2) ГБУЗ ВО "Центральная городская больница г. Коврова" (консультативный онкологический кабинет);

3) ГБУЗ ВО "Муромская городская больница № 1" (онкологический кабинет);

4) ГБУЗ ВО "Ковровская городская больница № 2" (онкологический кабинет);

5) ГБУЗ ВО "Муромская городская больница № 1" (отделение на 30 коек);

6) ГБУЗ "Центральная городская больница г. Коврова" (отделение на 42 койки).

3-й уровень (региональный):

1) ГБУЗ ВО "Областной клинический онкологический диспансер" (поликлиника, стационар на 289 коек, дневной стационар на 10 коек);

2) ГБУЗ ВО "Областная клиническая больница" (кабинет консультативного приема врача-гематолога, гематологическое отделение на 35 коек);

3) ГБУЗ ВО "Областная детская клиническая больница" (кабинет консультативного приема, 6 детских онкологических коек).

В области функционируют 2 онкологических кабинета в негосударственных учреждениях здравоохранения, укомплектованных штатами врачей-онкологов.

В 31 ЛПУ области организовано 46 смотровых кабинетов, из них 12 - в центральных районных больницах. Штатными должностями специалистов кабинеты укомплектованы на 95%, без учета совместителей - на 74,9%.

Стационарная помощь онкологическим больным оказывается на 402 круглосуточных койках.

Штатных должностей врачей-онкологов в амбулаторно-поликлиническом звене - 21,0; занятых - 18,0.

Физических лиц основных работников - 7, совместителей - 14, всего врачей, ведущих амбулаторный прием, - 21.

Укомплектованность штатами - 85,7%, коэффициент совместительства - 2,6.

ГБУЗ ВО "Областной клинический онкологический диспансер" оснащено диагностическим и лечебным оборудованием, средствами компьютерной техники и телекоммуникаций и имеет возможность осуществлять диагностику и лечение большинства злокачественных новообразований (ЗНО) с использованием хирургического, радиологического и химиотерапевтического методов.

Диагностическая служба диспансера представлена современным лабораторным (клинико-диагностические исследования, цитологические, патогистологические, иммуногистохимические исследования), рентгенодиагностическим (9 действующих аппаратов, включая 2 маммографа, 3 компьютерных томографа, 1 МР-томограф), ультразвуковым (6 аппаратов), эндоскопическим оборудованием (15 аппаратов), позволяющим проводить современные методики обследования больных с целью выявления онкологической патологии.

Оснащение операционных, отделения анестезиологии и реанимации позволяет выполнять операции на органах брюшной полости, торакальные операции, операции на органах женской половой сферы, мочеполовой системе, коже, молочной железе.

С 2012 года внедряются 14 стандартов оказания медицинской помощи больным с онкологической патологией, новые диагностические технологии с целью раннего выявления злокачественных новообразований, современные подходы к хирургическому, комбинированному и комплексному лечению, что позволило повысить уровень медицинского обеспечения данной группы пациентов.

Предусмотрена маршрутизация больных злокачественных новообразованиями (ЗНО) в федеральные учреждения здравоохранения для получения высокотехнологичной медицинской помощи:

- ФГБУ "Российский научный центр хирургии имени академика Б. В. Петровского" РАМН, г. Москва;
- ФГБУ "Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина" РАМН, г. Москва;
- ФГБУ "Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена", г. Москва;
- ФГБУ "Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова", г. Москва;
- ФГБУ "Институт хирургии им А.В. Вишневского", г. Москва;
- ФГБУ "Государственный научный центр колопроктологии", г. Москва;

- ФГБУ "Российский научный центр рентгенорадиологии", г. Обнинск Московской области;

- ФГБУ "НИИ урологии", г. Москва;

- ФБУЗ "Приволжский окружной медицинский центр ФМБА", г. Нижний Новгород.

Таким образом, Владимирская область характеризуется высокими показателями заболеваемости злокачественными образованиями и смертности от них. В связи с этим первоочередными задачами совершенствования онкологической помощи населению являются следующие.

1. Совершенствование материально-технической базы медицинских учреждений онкологического профиля: реконструкция поликлиники и строительство хирургического корпуса областного онкологического диспансера с открытием специализированных профильных отделений (онкоурологии, опухолей головы, шеи) и увеличение коечного фонда до 360 за счет коек вновь открываемых отделений и отделений химиотерапии и рентгенохирургии.

С этой целью требуется:

- оптимизация сети первичных онкологических кабинетов в учреждениях здравоохранения Владимирской области – увеличение первичных онкологических кабинетов в учреждениях здравоохранения Владимирской области к 2020 году до 35;

- улучшение качества ранней диагностики, развитие диагностической службы в районах; внедрение современных методик морфологической диагностики онкологических заболеваний на молекулярном уровне (Her-2 статуса при опухолях молочной железы и желудка);

- внедрение стандартов диагностики злокачественных новообразований, обязательных для выполнения на уровне первичного звена оказания медицинской помощи;

- внедрение новых методов лечения ЗНО (оперативное лечение первичных опухолей и метастатического поражения печени, мочевого пузыря, а также опухолей головы и шеи, с 2013 г. – методики органосохраняющего лечения по поводу предрака шейки матки с помощью малоинвазивной радиохирургии); выполнение органосохраняющей эндоскопической резекции патологически измененной слизистой тела матки (электрорезекция эндометрия с помощью гистерорезектоскопа);

- развитие паллиативной медицинской помощи в лечебных учреждениях Владимирской области.

4.5. Основные направления стратегического управления процессом экологического оздоровления. Использование вторичных ресурсов

Во всем мире вследствие роста населения, повышения уровня жизни и увеличения потребления товаров отмечается резкое возрастание количества твердых бытовых отходов. В разных странах количество ТКО, приходящихся на душу населения, составляет от 150 до 1000 кг в год. В России, по последним данным, состав ТКО представлен органическими веществами - 38% (33% пищевых отходов), бумагой - 23-30%, металлами, пластмассой, текстилем, деревом, резиной, кожей, которые составляют от 2% до 7%, стекло составляет от 5% до 8%. Состав ТКО в разных регионах РФ различен и зависит от социальных и физико-географических условий. В Москве ежегодно образуется 2,5 млн. т отходов, на одного человек приходится 1 $м^3$ отходов, или 200 кг по массе.

В Московской области в год на полигоны сбрасывают 8 млн. т отходов, из них 4 млн. – ТКО, 0,5 млн. – строительные, 2 млн. – промышленные, остальные – иловые осадки или загрязненный грунт. В области 58 санкционированных полигонов (самый крупный – Тимохово – занимает 118,8 га и рассчитан на 26915 тыс. т отходов). В современной практике переработки ТКО используют методы их складирования (захоронения), переработки, утилизации и сжигания.

Складирование ТКО. В мировой практике до настоящего времени подавляющее количество ТБО все еще продолжают вывозить на свалки (полигоны): в СССР на свалки вывозили 97% образующихся ТБО, в США - 73%, Великобритании - 90%, ФРГ - 70%, Швейцарии - 25%, Японии - около 30%. Экологические последствия складирования ТБО на свалках: большая потребность в земле, сложность организации новых свалок в связи с отсутствием свободных земельных участков, загрязнение окружающей среды, потенциальная опасность распространения инфекций, повышенная пожароопасность, потеря ценных компонентов.

Полигонные свалки (санитарные свалки) должны оборудоваться по специальным технологиям. Дно свалки планируется с небольшим уклоном, выстилается прочной полиэтиленовой пленкой. Отходы уплотняются и засыпаются слоем песка или глины, затем уплотняются, сверху накладывается новый слой пленки и т.д. Свалки имеют сток в сборник жидкостей, фильтрующихся из отходов и грунта, которые по мере наполнения вывозятся на переработку. После заполнения последних слоев проводится планировка рельефа и другие рекультивационные работы, через несколько лет на месте санитарных свалок можно играть в гольф. Существует несколько методов промышленной переработки ТКО:

- термическая обработка (в основном сжигание);

- биотермическое аэробное компостирование (с получением удобрения или биотоплива);

- анаэробная ферментация (с получением биогаза);

- сортировка (с извлечением тех или иных ценных компонентов для последующего вторичного использования).

В европейских странах сжиганием перерабатывают 20-25% объема городских отходов, в США - около 15%, в Японии - около 65%. Судя по зарубежным данным, технология прямого сжигания ТБО представляет экологическую опасность вследствие токсичных выбросов (тяжелые металлы, дибензодиоксины, дибензофураны и др.) и является самой дорогостоящей среди альтернативных технологий переработки ТКО.

Государственная экологическая политика РФ в области технологий переработки отходов состоит в том, чтобы не допустить превращения России в большой полигон по переработке отходов других стран. Большинство проектов новых технологий, разработанных за рубежом, предлагается для внедрения в РФ при условии переработки отходов, поставляемых из этих стран.

Чтобы не допустить проникновения в Россию грязных технологий, существует механизм экологической экспертизы техники и технологий. Этой экспертизой был отклонен проект строительства на Дальнем Востоке мусороперерабатывающих заводов, так как предполагалось, что на этих заводах (75% мощности) будет перерабатываться мусор из Калифорнии.

В основе технологии должна быть сортировка (в том числе на основе селективного отбора). При этом повышается не только доля рецикла ряда компонентов ТКО как прибавки к сырьевому балансу страны, но и во многом решается вопрос удаления опасных бытовых отходов и балластных компонентов. Предварительная сортировка улучшает и ускоряет процесс компостирования органических веществ ТКО, облегчает очистку компоста от примесей, снижает потребную производительность мусоросжигательного оборудования, улучшает состав отходящих газов, существенно повышает уплотняемость свалок неутилизируемых отходов и как следствие уменьшает их объем и количество проникающих в почву фильтрационных вод. В США с 1991 г. действует закон о запрещении поставки ТКО без предварительной сортировки на свалки и мусоросжигательные заводы.

Технологии комплексной переработки ТКО предусматривают извлечение тех или иных ценных компонентов и их использование в качестве вторичного сырья, удаление балластных компонентов с термической переработкой (сжигание, пиролиз) лишь неутилизируемой и представляющей значительные трудности для отбора части ТКО.

Вторично используются черные и цветные металлы (металлургическое производство), легкая фракция (энергетическое

использование), органическая фракция (получение компоста и биогаза), шлаки сжигания (производство материалов для малоэтажного строительства). Комплексная переработка ТКО наиболее соответствует современным экологическим и ресурсным требованиям, обеспечивает извлечение ценных компонентов для вторичного использования и получения новой товарной продукции (компост повышенного качества и топливные брикеты).

Технологическая схема переработки ТКО в общем виде должна представлять комбинацию процессов селективного отбора (обязательно – отработанные люминесцентные лампы, возможно – батарейки и стеклобой), механизированной сортировки (извлечение металлов, выделение текстильной и крупногабаритной фракции, частичное удаление стеклобоя и батареек), термической обработки отходов обогащения с утилизацией продуктов сжигания (шлаков и тепла отходящих газов). При этом все вопросы селективного отбора и переработки собранного вторичного сырья должны решаться на стадии проектирования. По-видимому, получать компост из органической фракции ТБО применительно к регионам Севера и Сибири нецелесообразно. Более рационально биотермическое компостирование использовать в южных и средних регионах России.

В целом биотехнологии являются наиболее экологичными технологиями переработки промышленных отходов.

В настоящее время на всех уровнях поднимаются проблемы о вредных производствах, о загрязнении окружающей среды, но это не даст большого эффекта. Поэтому оздоровление, или реабилитация, территорий является одной из приоритетных проблем современной экологии. Это возможно при использовании современных технологий экологической реабилитации.

Для этого необходимо знать основные технологии и приемы реабилитации. Несмотря на принятие множества экологических программ, масштабы проведения этой работы свидетельствуют о том, что рассчитывать в скором времени на проведение действенной политики экологической безопасности не приходится.

В настоящее время в среднем на каждого жителя планеты в год добывается около 20 т сырья, которое с использованием 800 т воды и 2,5 кВт энергии перерабатывается в продукты потребления и примерно 90-98% идет в отходы.

В этой связи большое значение имеет создание экологического каркаса той или иной территории. Так, в октябре 2018 г. органы государственной власти г. Владимира и Владимирской области инициировали обсуждение вопроса относительно создания зеленого пояса вокруг Владимира[104].

[104] URL: https://trc33.ru/news/society/vladimir-sipyagin-rabotayu-za-troikh/ (дата обращения: 15.02.2019).

Природно-экологический каркас включает все виды зеленых насаждений, государственные памятники природы, пойменные растительные комплексы, озелененную овражно-балочную сеть, водные объекты и т.д.

Мероприятия по развитию и размещению зеленых насаждений направлены на формирование единой системы зеленых насаждений. Основы экологического каркаса территорий заключаются в следующем:

– максимальное сохранение и восстановление зеленых насаждений всех видов пользования;

– безусловное сохранение государственных памятников природы; обеспечение соблюдения режимов охраны, проведение работ по регенерации зеленых насаждений;

– реабилитация существующих и создание новых крупных городских парков как площадных элементов экологического каркаса, особенно в районах новой застройки;

– формирование на вновь осваиваемых и реконструируемых территориях участков зеленых насаждений, планировочно взаимосвязанных с массивами городских лесов и лесными массивами пригородной зоны.

Решение экологических проблем требует неотложных совместных усилий государства, бизнес-структур и общественности.

Экологическое оздоровление предполагает не только систему профилактических мер, но и систему экологической реабилитации. В этой связи важное значение имеет позиция Министерства природных ресурсов и экологии, в частности позиция министра Д. Кобылкина[105].

Экологическая реабилитация предполагает переработку твердых бытовых отходов (полигоны ТКО), обезвреживание и захоронение токсичных промышленных отходов (полигоны промышленных отходов).

С 1 января 2019 года предусмотрен переход на новую систему обращения с отходами. По данным Министерства природных ресурсов и экологии, планируется собрать в 2018 г. 2,5 млрд руб. экологического сбора, сформировать систему управления опасными отходами и разработать новые льготы для инвесторов в переработку отходов. В ближайшее время предстоит практически с нуля создать промышленные мощности по переработке так называемых бытовых отходов.

В этом процессе должны участвовать как юридические, так и физические лица. В этом плане принципиальное значение имеют вопросы институционального сопровождения и механизмы и инструменты экономического воздействия. Поэтому важен как

[105] URL: http://www.energovector.com/portrait-bezothodnaya-situatsiya.html (дата обращения: 15.02.2019).

мировой, так и отечественный опыт, в том числе советского прошлого, см. рис. 11.

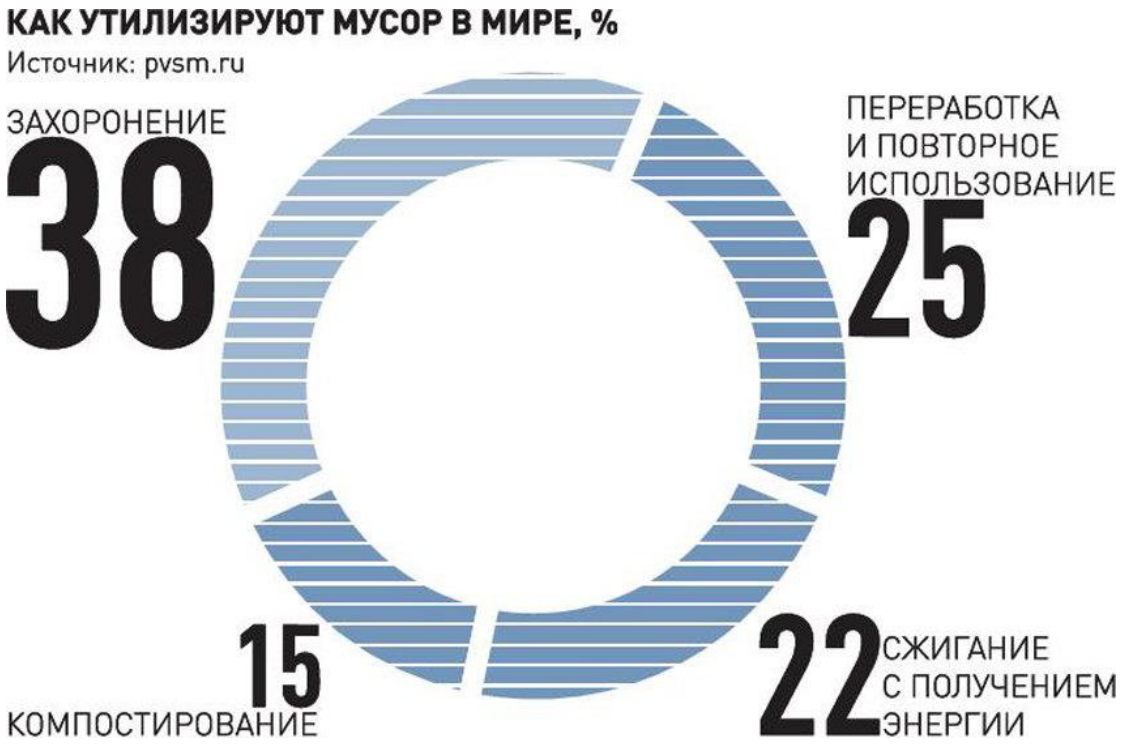


Рис. 11. Мировая практика работы с отходами

Исходя из мирового опыта, остановимся на каждом из направлений работы с отходами.

Мы предлагаем отойти от получившей в последнее время развитие концепции работы с мусором, а в рамках воспроизводственного подхода выделить отдельно цикл «вторичное использование ресурсов». В настоящее время во всем мире остро стоят вопросы охраны окружающей среды. Доказательством этого является утверждение Всемирного дня рециклинга или Всемирного дня вторичной переработки (15 ноября), который впервые в 2017 г. отмечался в России. Главная цель такой даты в экологическом календаре заключается в привлечении внимания властей, общественности и бизнеса к этой теме. Переработка отходов, обеспечивая комплексное решение проблем ограниченности ресурсов, снижения стоимости готовой продукции за счет использования более дешевого сырья и борьбы с загрязнением окружающей среды, является одной из ключевых проблем развития экономики как в стране, так и в регионах. Это свидетельствует о важности рассматриваемой темы.

В научном плане особенно остро стоят вопросы снижения негативного влияния развития производства на жизнедеятельность человека, также особо актуальными является вопрос рационального использования существующих ресурсов. Одним из приоритетов

выступает решение задач возможности вторичного использования отходов производства и вопрос рационального обращения с неиспользуемыми отходами производственной деятельности.

Зарубежная практика управления в сфере обращения твердых коммунальных отходов (ТКО)[106]

Директивы ЕС определяют приоритеты управления в сфере обращения твердых коммунальных отходов (ТКО). В качестве приоритетов выступают, см. табл. 20:

- комплекс мероприятий по предотвращению отходов;
- подготовка отходов к вторичному использованию;
- рециклинг или вовлечение отходов в повторный цикл – переработка;
- энергетическая утилизация или сжигание мусора;
- захоронение отходов с соблюдением всех правил.

На специализированные площадки (полигоны для захоронения) отправляется: в США – 55% от общего объема отходов, в европейских странах – 40%, в России – 81%. Сжигание отходов в США достигает 12,5%, в европейских странах – 20%, в России – 13%. Переработка твердых бытовых отходов в России составляет всего 6%, в то время как в США этот показатель составляет 32,5%, а в странах Европейского союза доходит до 40% (табл. 20).

Таблица 20

Переработка твердых коммунальных отходов в европейских странах - лидерах отрасли (% от массы отходов)

Страна	Произведено отходов (кг/чел.)	Рециклинг	Компости-рование	Сжигание (термическое обезвре-живание)	Захоронено
Германия	617	47	17	35	1
Швейцария	702	34	17	49	0
Австрия	578	24	35	37	4
Голландия	526	24	26	49	1
Швеция	458	33	16	50	1
Бельгия	439	34	21	44	1
Дания	747	28	17	54	1
Норвегия	496	24	16	58	2

Источник: Стратегия развития промышленности по обработке, утилизации и обезвреживанию отходов производства и потребления на период до 2030 года: утв. Распоряжением Правительства РФ от 25.01.2018 № 84-р [Электронный ресурс]. URL: http://static.government.ru/media/files/y8PMkQGZLfbY7jhn6QMruaKoferAowzJ.pdf.

[106] Цит. по: Новиков А. И., Астахин А. С. О механизмах управления в сфере обращения твердых коммунальных отходов в контексте обеспечения безопасности населения // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2017. - № 5. - Т. 4. - С. 59-65.

Одним из лидеров мировой отрасли переработки отходов является Япония. Для решения данной проблематики в Японии на государственном уровне были внедрены механизмы, обеспечивающие реализацию концепции «Ноль отходов» – ZeroWaste.

Решением проблемы сокращения количества утилизируемых отходов является переработка и использование этих ресурсов для производства товаров, в том числе рециклинг[107], регенерация[108] и рекуперация[109]. Одной из стран-лидеров по этому направлению является Германия. Большинство экспертов признают Германию лидером в сфере рециклинга и рекуперации, в том числе за счет существующего в стране законодательства и положительной практики его применения.

В рамках эволюционной теории требуется анализ и оценка советского опыта по переработке и последующему рециклингу отходов. С одной стороны, это обусловлено природно-биологическими и экономическими циклами, с другой - обязательствами России в рамках ООН по охране окружающей среды.

В методологическом плане важна практика политэкономического и институционального подходов при решении задач управления социо-эколого-экономической системой:

а) в рамках первого подхода можно было бы решать задачи воспроизводственного характера, то есть возвращение ресурсов с фазы распределения в производство (в СССР наряды на получение полиэтиленовой пленки выдавались лишь при условии сдачи вторсырья – отходов б/у пленки). В рамках фазы обмена действовали залоговые цены, которые стимулировали возврат вторичного сырья в производственный процесс (стеклобутылка стоила 12 коп., хлеб ржанопшеничный – 14 коп.). На стадии потребления были определены две структуры, занимавшиеся использованием вторичных ресурсов. Это структуры Госснаба, работавшие с промышленными предприятиями, и потребительской кооперации, работавшей с субъектами домашней экономики;

б) в рамках институционального подхода заслуживает внимания советский опыт привлечения пионерии в процесс по сбору бытового металлолома, макулатуры и т.д. или практика обмена дефицитной литературы на макулатуру.

С учетом вышеизложенного выскажем свою точку зрения по формированию концепции по использованию вторичных ресурсов.

---

[107] Процесс возвращения отходов, сбросов и выбросов в процессы техногенеза.

[108] Действие, приводящее к восстановлению отходов до уровня вторичного сырья или материала для вторичного использования по прямому или иному назначению, в соответствии с действующей документацией и существующими потребностями.

[109] Деятельность по технологической обработке отходов, включающая извлечение и восстановление ценных компонентов отходов, с возвращением их для повторного использования.

1. Требуется уточнение терминологических составляющих деятельности с точки зрения предметно-ориентированной декомпозиции управления вторичными материальными ресурсами как сложным и уникальным объектом.

2. Требуется методика оценки управления процессом использования вторичных материальных ресурсов и применения инновационных технологий при их переработке. Она учитывает факторы внешней и внутренней среды процесса преобразования ресурсов в промежуточный или конечный продукт и управления производственно-экономической деятельностью. С одной стороны, объектами выступают ресурсы производимых продуктов, а с другой – производственный процесс, в котором ресурсы преобразуются в продукт. И то и другое становится предметом оценки управления использования вторичных материальных ресурсов.

3. Необходим механизм управления социо-эколого-экономической системой в рамках организующего типа развития региона, формирующего и совершенствующего выявленные преимущества эколого-экономических связей для выбранного биосферосовместимого пути функционирования территории с учетом использования вторичных ресурсов.

4. Необходима модель межмуниципального сотрудничества по использованию и переработке вторичных материальных ресурсов, представляющая собой синтез базовой системы государственного регулирования и институциональной среды, обеспечивающей ее эффективное функционирование, ранее не изученная взаимосвязь функций биосферосовместимого пути развития территории и социальных и экологических эффектов, способствующих стабильному развитию муниципальной и региональной экономики.

Механизм и инструментарий экономического регулирования

1. Использование ценового механизма при оплате за утилизацию мусора. Например, в Испании два евро платят человеку, который разделяет мусор. Семь евро платит тот, кто не разделяет. Как узнают, какой пакет и в какой контейнер он бросил? Стоят камеры, за этим следит управляющая компания.

2. Организация рециклинга вторичных ресурсов. Суть этого проекта заключается в том, что во всех микрорайонах должны создаваться центры приема вторичных ресурсов. За сдачу вторичных ресурсов население должно получать талоны определенной номинальной стоимостью, которые пойдут в уменьшение сборов за утилизацию вторичного сырья. Пока что государство в работе со вторичными ресурсами занимает странную позицию. Так, по данным Академии коммунального хозяйства, на утилизацию бытовых отходов государство тратит 3 тыс. руб. за тонну, а при переработке их – 2 тыс. руб. за тонну.

3. Освоение технологий по переработке вторичных ресурсов. В

общей сложности ко вторичным ресурсам можно отнести 32 наименования отходов. Однако, чтобы их переработать, требуется около 200 технологических производств. В этой связи становится актуальной тема межмуниципальной кооперации, развитие малого бизнеса и использование промышленного потенциала уже существующих производств.

4. Подготовка кадров для переработки вторичных ресурсов. Как ни странно, практически ни одна экологическая программа не ставит задачи подготовки таких кадров, а это уже не экологический мониторинг, а реальные производства специфического характера.

5. Вопросы инвестиций и формирование механизмов государственно-частного партнерства. Переработка вторичных ресурсов относится к долгосрочным инвестициям, которые в России не приветствуются. Поэтому процесс привлечения частных инвестиций во многом будет зависеть от государственной политики. Если у нас будет возможность регулирования налогооблагаемой базы, можно говорить, например, о налоговых льготах, вариантах грантового участия – в первоначальном взносе того или иного завода или софинансирование после запуска предприятия.

6. Требуется разработка технологий и производства оборудования для переработки вторичных ресурсов. К сожалению, в России, кроме простейших прессовых установок, ничего не производится. Оборудование должно быть специфичным, рассчитанным на агрессивную среду. В перспективе будут востребованы лизинговые схемы.

7. Организация работы по переработке отходов во многом зависит от региональных операторов. Опыт Владимирской области свидетельствует о том, что, еще не приступив к работе, региональный оператор в 2018 г. не может реализовать свои полномочия.

8. Тарифная политика. Региональные власти во втором полугодии 2018 года активно обсуждают вопрос тарифов, связанных со сбором мусора. Складывается впечатление, что государство старается уйти из этой сферы, переложив все расходы, в плане бытового мусора, на плечи народа. По данным «Российской газеты», предлагаемые тарифы колеблются от 100 руб. до 600-800 рублей с человека в месяц[110]. Но есть регионы, в которых плата в многоквартирных домах будет начисляться от площади, а в частном секторе – с человека.

9. Более сложные проблемы связаны с использованием промышленных отходов, так как это затрагивает формирование федеральной системы управления опасными отходами (I-II класса опасности). Такие отходы требуют строгой системы учета и контроля. На сегодня объективной информации об объеме и видах поступающих отходов нет. Поэтому обращение с опасными отходами требует отдельного регулирования – по аналогии с химическими и радиоактивными.

[110] Жандарова И. Денег что грязи // Рос. газ. – 2018. - № 233 (7696).

4.6. Построение проблемно-управленческой матрицы экологического благополучия в России: региональный аспект

Характеристика проблем достижения экологического благополучия в России

Понятия «человек», «общество», «окружающая среда» отражают ряд взаимосвязанных проблем, решение которых в настоящее время приобрело особую актуальность не только в масштабе какой-либо страны, но и в мире в целом, о чем свидетельствуют материалы Парижского соглашения 2015 года[111].

По данным Министерства природных ресурсов и экологии, в Российской Федерации накоплено более 30 млрд т отходов человеческой деятельности, 55 млн человек проживают в неблагоприятных экологических условиях[112]. В стране потепление идет быстрее, чем в остальном мире. В свете его последнего сценария «неотвратимые последствия принесет таяние вечной мерзлоты».

В широком понимании нарушение экологического равновесия в стране воспринимается через образование мусорных свалок. Свалки – это не только эпидемиологическая опасность, они неизбежно становятся мощным источником биологического загрязнения.

В 103 городах России, где проживает более 50 млн человек, предельно допустимые концентрации вредных веществ в выбросах в атмосферу превышаются в 10 и более раз. Экологический ущерб наносится буквально на всех уровнях народного хозяйства. Самым тяжелым и опасным его проявлением является ухудшение состояния здоровья населения.

Наиболее проблемными с точки зрения образования отходов являются крупные города, в первую очередь мегаполисы. В России население Москвы превысило 12 млн. человек, а вместе с приезжими численность составляет более 15 миллионов. Каждый год Москва выбрасывает около 10 миллионов кубометров мусора (бытовых отходов, осадков водопроводной, канализационной сети и ливневоочистных сооружений). Вокруг Москвы насчитывается более 200 полигонов для мусора. Самые большие по площади – это свалки в районе Тимохово, Хметьево, Саларьево, Щербинка. В Москве и Московской области под полигоны для мусора на десятки лет отчуждены значительные территории. Кроме санкционированных часто образуется множество так называемых самовольных свалок. В Московской области свалки занимают свыше 800 гектаров. Очень

[111] URL: https://ria.ru/20171212/1510681570.html.

[112] URL: http://www.meteorf.ru/upload/iblock/d0c/GP-ohrana-okr-sredy.pdf (дата обращения: 05.09.2018).

дорого обходится рекультивация закрытых и уже не действующих полигонов. А под Санкт-Петербургом образовалась свалка объемом более 2 млн. т ядовитых отходов[113].

Крупные мегаполисы стараются решать свои экологические проблемы за счет близлежащих регионов, в частности Москва за счет ряда территорий Владимирской, Ярославской, Тверской и других областей.

Сегодня в России органами государственной власти, представителями «Общероссийского народного фронта» выявлено более 22 тысяч свалок. Ставится первоочередная задача решения этой проблемы, в первую очередь, хотя бы убрать их в черте городов.

Анализ показал, что нынешняя деятельность человека таит в себе опасность необратимой деградации окружающей среды не только на локальном уровне, но и в глобальных масштабах.

Сложности в решении многочисленных экологических проблем, которые невозможно полностью устранить с помощью технических средств или каких-либо дополнительных мер, предполагают перестройку нашей системы хозяйствования.

Таким образом, в настоящее время экологическая проблема является не только и не столько проблемой загрязнения окружающей среды, но она стала отражением методов и уровня хозяйствования в той или иной стране.

Следует отметить, что твердые отходы представляет особую экологическую опасность. Во-первых, наиболее распространенной проблемой в России является организация несанкционированных свалок. За 2015-2016 гг. в стране было установлено наличие 55 тыс. свалок площадью около 18 тыс. гектаров. Во-вторых, накопления промышленных и бытовых отходов, объем которых растет ускоренными темпами. Если в 2005 году образовалось 3 млрд. тонн отходов производства и потребления, то в 2014 году – уже более 5 млрд. тонн, то есть увеличение более чем на 60%[114].

Вследствие выбросов в атмосферу вредоносных газов с мусорных полигонов Подмосковья в 2017-2018 годах имели место случаи массового отравления населения в городских округах Балашихе и Волоколамске. В марте, апреле 2018 года власти Подмосковья стали лихорадочно искать решение этих проблем, включая приглашение специалистов из Голландии для воздухоотведения вредоносных, огнеопасных газов со свалок и мусорных полигонов.

Последствия утилизации мусора на свалках негативно воздействуют на водную и воздушную среду, оказывая негативное влияние на все живое. Последствия массового отравления приобрели

---

[113] URL: https://www.gazeta.ru/social/2018/09/18/11973325.shtml (дата обращения: 20.09.2018).

[114] Информация представлена по данным Росстата за 2014 год.

общественный характер, так как жители Волоколамска инициировали перекрытие федеральных трасс. В 2017-2018 годах конфликты населения с представителями властных структур имели место в г. Киржаче Владимирской области в части строительства полигона по утилизации мусора.

В России насчитывается 389 предприятий-переработчиков вторичных материальных ресурсов, из них только 243 единицы – это комплексы по переработке твердых отходов, 53 единицы – это комплексы по сортировке, остальные предприятия – термические заводы по сжиганию мусора.

В Послании Федеральному Собранию Президент Российской Федерации В. В. Путин заявил, что полной ясности достижения экологического благополучия по-прежнему нет. Наше понимание как характера, так и масштабов воздействия традиционных систем хозяйствования на окружающую среду в течение нескольких последних десятилетий постоянно расширялось. По словам Президента, «мы ужесточили сейчас экологические требования к предприятиям, что, безусловно, снизит промышленные выбросы. С 2019 года на экологичные, наилучшие доступные технологии должны перейти 300 промышленных предприятий, оказывающих значительное негативное воздействие на окружающую среду, а с 2021 года это должны сделать все предприятия с высокой категорией риска для окружающей среды. Мы много раз «подходили к этому снаряду», и представители промышленности всё время ссылались на трудности, с которыми они сталкиваются. Всё, дальше отступать уже некуда. Хочу, чтобы все знали: никаких переносов больше не будет»[115].

В соответствии с посылом Президента РФ активизировалось обсуждение вопросов в части обращения коммунальных отходов. Есть точка зрения по этому вопросу Минстроя, который предлагает «установить льготный тариф для населения домов, где собственники на общем собрании решат самостоятельно сортировать и сдавать на переработку часть мусора»[116]. Однако, по мнению Д. Миронова[117], «такая схема невыгодна региональному оператору по вывозу ТКО вследствие некачественных территориальных схем и программ обращения с отходами»[118].

Анализ диссертационных исследований в этой сфере, выполненных во Владимирском государственном университете им. А. Г. и Н. Г. Столетовых и Санкт-Петербургском экономическом университете, показал, что большинство мусоросортировочных

---

[115] URL: https://rg.ru/2018/03/01/stenogramma-vystupleniia-vladimira-putina-pered-federalnym-sobraniem.html (дата обращения: 15.09.2018).

[116] Манаева И. Прибавка на подогрев // Рос. газ. – 2018. - № 243 (7706). - Региональное приложение. Экономика Центрального округа.

[117] Координатор проекта Народного фронта «Генеральная уборка».

[118] Там же.

комплексов (далее – МСК) в Российской Федерации осуществляют отбор компонентов посредством ручного труда. В лучшем случае такие комплексы используют магнитную сепарацию для отделения металлического лома. В 2011 году в стране появился первый МСК, использующий автоматизированную систему отбора компонентов на основе оптического механизма в г. Саратове. Второй подобный комплекс введён в эксплуатацию в 2013 году в г. Костроме.

Анализ влияния неблагоприятных экологических факторов на здоровье человека на примере Владимирской области показал, что государство не справляется со своей основной обязанностью: обеспечение безопасности населения. Достоверно установлена связь между развитием целого ряда хронических заболеваний и загрязнением окружающей среды различными вредными для человека химическими и другими веществами. Более подробное влияние отдельных факторов на здоровье человека приведено в табл. 21.

Таблица 21

Влияние отдельных факторов на здоровье человека

Факторы, влияющие на здоровье	Показатели и степень влияния их на здоровье человека, %
Жилая среда	
Химическое загрязнение воздуха	6,0
Шум	4,0
Суммарное влияние жилой среды	16,5
Производственные	
Контакт с химическими вредностями	5,5
Шум	5,0
Профессиональный стаж	6,0
Сменность и характер труда	2,0
Суммарное влияние производственных факторов	18,5
Суммарное влияние факторов	100,0

Источник: Протасов В. Ф. Экология, здоровье и охрана окружающей среды в России: учебное и справочное пособие. - 3-е изд. - М. : Финансы и статистика, 2001. С. 498.

Относительно масштабов негативного влияния окружающей среды на здоровье человека и отдельных экологических факторов можно судить по следующим материалам, см. табл. 22.

Владимирская область по ряду показателей и видов заболеваний превышает средние показатели по стране, особенно это касается заболеваемости населения злокачественными новообразованиями. В 2015 г. во Владимирской области был зарегистрирован 33541 случай заболеваний новообразованиями, из них почти 30% - с впервые в жизни установленным диагнозом. По сравнению с предыдущими годами в регионе наблюдается рост таких заболеваний (в 2014 г. - 31834 случая).

Таблица 22

Основные показатели, характеризующие воздействие хозяйственной деятельности на безопасность населения

	2012	2013	2014
Выбросы загрязняющих атмосферу веществ - всего, млн. т:	32,5	32,1	31,2
Улавливание и обезвреживание загрязняющих атмосферу веществ, отходящих от стационарных источников, млн. т	56,8	54,4	54,1
Забор воды из природных водных источников для использования[119], млрд. м^3 [120]	64,0	61,0	63,2
Потери воды при транспортировке[121], млрд. м^3	7,5	7,0	7,7
Оборотное и последовательное использование воды, млрд. м^3	142,3	138,5	136,6
Удельный вес населения, обеспеченного недоброкачественной питьевой водой, в общей численности населения, %	7,6	7,5	6,8
Сброс загрязненных сточных вод, млрд. м^3	15,7	15,2	14,8
Образование отходов производства и потребления[122], млн. т:	5008	5153	5168
в том числе опасных	114	117	124
Использование и обезвреживание отходов производства и потребления, млн. т	2348	2044	2357

Среди муниципальных районов области наибольшее число заболеваний новообразованиями зарегистрировано в Гусь-Хрустальном, Собинском, Вязниковском, Камешковском и Петушинском районах, то есть неблагополучных в экологическом отношении. В 2017 году администрация Владимирской области, без глубокой экологической экспертизы и без согласования с населением подписала инвестиционный проект о возможном строительстве мусороперерабатывающего завода рядом с селом Филипповское Киржачского района. Согласно документу, финансирование составит более 1,2 млрд рублей. В год предприятие должно перерабатывать до 150 тысяч тонн отходов, в том числе из Москвы – 100 тысяч тонн, из Владимирской области – 50 тысяч тонн.

Плохая экология негативно отражается на здоровье

[119] Федеральное агентство водных ресурсов [Электронный ресурс]. URL: http://voda.mnr.gov.ru/.

[120] Федеральная служба по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды [Электронный ресурс]. URL: http://www.meteorf.ru/; Федеральное агентство водных ресурсов [Электронный ресурс]. URL: http://voda.mnr.gov.ru/.

[121] Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека [Электронный ресурс]. URL: http://www.rospotrebnadzor.ru/.

[122] Федеральная служба по надзору в сфере природопользования [Электронный ресурс]. URL: http://rpn.gov.ru/.

новорожденных региона. В некоторой степени это обусловлено негативным влиянием экологии на качество сельскохозяйственной продукции, выращиваемой в регионе и используемой для питания.

Концептуальный взгляд на решение вопросов достижения экологического благополучия

Принцип экологической безопасности предполагает создание в экологическом плане качественных пространств, которые способны обеспечить человеку минимальное число рисков с точки зрения сокращения потенциальных источников экологической напряженности. Пока что в теоретическом и методическом плане экологическое благополучие достигается на относительно высоком уровне абстракции в отличие от реального положения дел в этой сфере.

На основании вышеизложенного можно сформулировать концептуальный взгляд на проблему безопасности населения в сфере обращения ТКО. Он основан на принципах многомерности и дополнительности и заключается в синтезе политэкономического и институционального подходов, что позволяет построить каркас кластера по переработке отходов и вовлечению их в хозяйственный оборот. К сожалению, по данным конкурсной комиссии по отбору совместных проектов участников промышленных кластеров заявок в этой сфере практически нет.

С народнохозяйственных позиций основными задачами достижения экологического благополучия являются разработка и обоснование мероприятий, направленных на комплексное использование естественных ресурсов, вовлечение в оборот вторичных ресурсов, отходов производства и потребления, создание малоотходных технологий, их экономическое обоснование.

На примере одного из неблагополучных в экологическом отношении регионов – Владимирской области – прогресса в работе с коммунальными отходами пока что нет, а реальные процессы в этой сфере принципиально расходятся с утвержденной схемой обращения с отходами. В регионе просматривается тенденции к увлечению нормотворческой, а не практической деятельностью. В частности, во Владимирской области за последние 3 года приняты пять постановлений в сфере обращения с твердыми коммунальными отходами, а реальных механизмов их исполнения нет.

В результате конкурсы на вывоз мусора, объявляемые назначенным региональным оператором «ВладЭкоТехПром Владимир» отменяются, а на уровне региональной администрации никак не издадут постановление, позволяющее региональным властям корректировать утвержденные ранее территориальные схемы[123]. А в ранее утвержденной схеме реальных потоков вывоза и обращения отходов просто нет. Этот документ предусматривает только

[123] URL: http://vladimironline.ru/politica/id_133395/ (дата обращения: 10.01.2019).

перспективную картину работы – такой, какая она должна быть. Она содержит несуществующие сортировки, несуществующие пункты перегрузки и т.д.

Существуют серьезные недостатки институционального сопровождения в части обеспечения безопасности населения от неблагоприятного влияния ТКО.

Утвержден Федеральный закон от 29.12.2014 г. № 458-ФЗ «О внесении изменений в федеральный закон "Об отходах производства и потребления"», вступивший в действие с 01.01.2016 г., в котором отражаются принципиально новые правила организации деятельности по обращению, хранению, обезвреживанию и утилизации твердых коммунальных отходов.

В 2016 году были предусмотрены разработка и утверждение территориальных схем обращения с отходами производства и потребления, в том числе с твердыми коммунальными отходами, региональных программ в сфере обращения с отходами.

В январе 2018 г. была утверждена «Стратегия развития промышленности по обработке, утилизации и обезвреживанию отходов производства и потребления на период до 2030 года»[124]. Объем финансирования мероприятий по реализации указанной Стратегии экспертами оценивается в размере не менее 5 трлн рублей. Реализация Стратегии предусматривает два этапа: на 2018-2021 годы и на 2022-2030 годы. Одними из важнейших результатов реализации Стратегии ее авторы называют создание отрасли по обработке, утилизации и обезвреживанию отходов, «обеспечивающей максимальное вовлечение отходов в хозяйственный оборот», а также создание конкурентоспособной отечественной технологической базы, позволяющей выпускать всё необходимое для переработки оборудование.

Остро стоит вопрос лицензирования этого вида деятельности.

Лицензирование деятельности по работе с отходами

Вся деятельность, связанная с размещением, складированием, захоронением и уничтожением отходов, лицензируется. Экологическое обоснование лицензий должно содержать:

- информацию о предприятии: место размещения, занимаемая площадь, технологические схемы (способы складирования, размещения, захоронения, утилизации), отходы технологического оборудования, его производственные мощности, мощности очистных сооружений, степень их загрузки, наличие проекта предприятия, утвержденного в установленном порядке;

- сведения об отходах: перечень принимаемых отходов, их количество (объем), ежегодное поступление, физико-химическое состояние, токсичность, опасность;

[124] URL: http static.government.ru›media/files/….pdf (дата обращения: 04.02.2018).

- обоснование нормативов образования отходов (в соответствии с технологией производства);

- краткую характеристику состояния природной среды в районе размещения предприятия;

- разрешения на выброс загрязняющих веществ в атмосферу, водопользование и сброс сточных вод;

- экологические ограничения по складированию (размещению, захоронению) отходов, исходя из экологического состояния территории и опасности ее загрязнения;

- сведения о фактических сбросах, выбросах и отходах;

- мероприятия по соблюдению экологических ограничений, нормы и правила;

- сведения о действиях в условиях чрезвычайной ситуации; предложения лицензиата по снижению токсичности отходов.

По мнению Правительства Российской Федерации, это позволит к 2030 году повысить долю утилизированных и обезвреженных отходов с 59,6% в 2016 году до 86% к 2030 году. При этом доля твердых коммунальных отходов (ТКО) в этом объеме должна вырасти в 10 раз: с 8,9% в 2016 году до 80% к 2030 году. Предполагается, что количество комплексов по обработке, утилизации и обезвреживанию отходов увеличится с шести (в 2016 году) до 226 единиц, а количество мусоросортировочных комплексов ТКО – с 60 до 310. С 2018 по 2025 год уровень образования отходов ежегодно будет снижаться на 1,8-1,9%, а к 2030 году снижение составит 3,7%[125].

Важная особенность институтов развития в сфере обращения коммунальных отходов состоит в регулирующей роли государства в их функционировании. По нашему мнению, эффективность их функционирования в значительной степени возрастет с участием в их деятельности механизмов и инструментов ГЧП. Действующая в настоящее время российская система институтов развития, включающая в той или иной степени механизмы ГЧП, представлена тремя уровнями: федеральными институтами, региональными отделениями и институтами развития регионов. Из них более 70% принадлежит федеральному уровню.

По нашему мнению, существующая практика формирования институтов ГЧП в сфере обращения ТКО требует реализации дополнительных мероприятий по предотвращению негативных последствий, пока они в социально-эколого-экономическом плане малоэффективны.

В этой связи нами предлагается матрица для решения вышеуказанных проблем для достижения экологического благополучия в свете Указа Президента РФ «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (в редакции Указа Президента Российской Федерации от 19.07.2018 г. № 444), см. табл. 23.

[125] URL: http://tass.ru/ekonomika/4915866 (дата обращения: 25.01.2018).

Таблица 23

Проблемно-управленческая матрица экологического благополучия в России

Характеристика экологической проблемы	Концептуальный взгляд на решение проблемы	Институциональное сопровождение	
		Административные меры	Экономические меры
Обращение с отходами производства и потребления, включая ликвидацию всех выявленных на 1 января 2018 г. несанкционированных свалок в границах городов	Применение всеми объектами, оказывающими значительное негативное воздействие на окружающую среду, системы экологического регулирования, основанной на использовании наилучших доступных технологий	Лицензирование Стандартизация Сертификация Экологический аудит	Плата за загрязнение Налоги на загрязнение
	Формирование комплексной системы обращения с твердыми коммунальными отходами, включая ликвидацию свалок и рекультивацию территорий, на которых они размещены		Плата за загрязнение Экологическое страхование Налоги на загрязнение Субсидирование Купля-продажа свободных лицензий на негативное воздействие на окружающую среду
	Создание и эффективное функционирование во всех субъектах Российской Федерации системы общественного контроля, направленной на выявление и ликвидацию несанкционированных свалок	Экологический мониторинг	Плата за загрязнение Экологическое страхование Налоги на загрязнение
	Создание условий для вторичной переработки всех запрещенных к захоронению отходов производства и потребления	Общественное поощрение	Субсидирование Купля-продажа свободных лицензий на негативное воздействие на окружающую среду

Продолжение таблицы 23

Кардинальное снижение уровня загрязнения атмосферного воздуха в крупных промышленных центрах, в том числе уменьшение не менее чем на 20 процентов совокупного объема выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух в наиболее загрязненных городах	Создание современной инфраструктуры, обеспечивающей безопасное обращение с отходами I и II классов опасности, и ликвидация наиболее опасных объектов накопленного экологического вреда	Стандартизация Сертификация Экологический аудит	Купля-продажа свободных лицензий на негативное воздействие на окружающую среду
	Реализация комплексных планов мероприятий по снижению выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух в крупных промышленных центрах с учетом сводных расчетов допустимого в этих городах негативного воздействия на окружающую среду		
Повышение качества питьевой воды для населения, в том числе для жителей населенных пунктов, не оборудованных современными системами централизованного водоснабжения	Экологическое оздоровление водных объектов, включая реку Волгу, и сохранение уникальных водных систем, включая озера Байкал и Телецкое	Общественное поощрение	Субсидии
	Повышение качества питьевой воды посредством модернизации систем водоснабжения с использованием перспективных технологий водоподготовки, включая технологии, разработанные организациями оборонно-промышленного комплекса	Стандартизация Сертификация Экологический мониторинг	Субсидии Налоги на загрязнение

Окончание таблицы 23

	Экологическая реабилитация водных объектов, в том числе реализация проекта, направленного на сокращение в три раза доли загрязненных сточных вод, отводимых в реку Волгу, устойчивое функционирование водохозяйственного комплекса Нижней Волги и сохранение экосистемы Волго-Ахтубинской поймы		Субсидии Система аукционов Система залогов Экологическое страхование
Сохранение биологического разнообразия, в том числе посредством создания не менее 24 новых особо охраняемых природных территорий	Сохранение биологического разнообразия, включая увеличение площади особо охраняемых природных территорий на 5 млн гектаров, реинтродукцию редких видов животных, создание инфраструктуры для экологического туризма в национальных парках, а также сохранение лесов, в том числе на основе их воспроизводства на всех участках вырубленных и погибших лесных насаждений	Лицензирование Общественное поощрение	Субсидии Система аукционов Система залогов Экологическое страхование

Процесс достижения экологического благополучия характеризуется высокой динамичностью, поэтому повышается роль выбора и принятия управленческих решений по решению задач в сфере экологии.

Экологические платежи должны включать в себя не только компенсацию экологического ущерба, но и его последствия. Практика применения налогов за загрязнение окружающей среды в России пока несовершенна и требует дальнейшего совершенствования. Страхование является одним из перспективных методов управления риском в природопользовании. Его задача состоит в перераспределение потерь среди большой группы физических и юридических лиц, подвергшихся однотипному риску. Заслуживает внимание такой метод, как купля и продажа свободных лицензий на негативное воздействие на окружающую среду. Этот метод позаимствован из зарубежной практики, который себя оправдал.

Таким образом, достижение экологического благополучия в России требует комплексного подхода и умелого использования всего набора инструментария в области регулирования экологических отношений.

Глава 5. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССОМ ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАЦИИ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

5.1. Теоретико-методологическое обоснование мониторинга качества жизни и социальной политики как ключевых факторов народосохранения

Выход России в положительную фазу делового цикла в 2017-2018 гг. и адаптация к возникшим в предыдущие годы внешним шокам делают исключительно актуальным переход к новому качеству социально-экономического развития.

Настоящая монография отражает некоторые итоги осмысления вызовов и реалий в сфере социальной политики, которые порождены сменой экономической модели и механизмов экономического развития страны и региона в условиях внешних вызовов и внутренней институциональной недостаточности.

Период нестабильности объективно влечет за собой (и уже повлек) изменения моделей социально-экономического поведения населения, направленные на адаптацию к формируемой в настоящее время реальности. Очевидно, эти изменения касаются и механизмов социальной динамики.

Социальная политика охватывает многообразные формы воздействия государства на воспроизводство населения, миграционные процессы, трудовые отношения, распределение доходов, жилищную обеспеченность, функционирование сфер образования, здравоохранения, социальной поддержки и культуры.

За прошедшую четверть века в России сложилась своеобразная модель социальной политики, которая затрагивает основные сферы жизнедеятельности человека. Это коснулось, прежде всего, рынка труда. Его основная особенность состоит в том, что увеличение зарплаты и доходов населения в России происходит за счет интенсификации труда и продолжительности рабочего времени, а не повышения ее энерговооруженности. В России наблюдается процесс хронического недоинвестирования в профессиональные навыки и знания и т.п. Принципиальное значение имеют вопросы мотивации работников, их найма и выбытия, баланс заработной платы и производительности труда.

При рассмотрении проблем и мер политики в жилищной сфере проведен анализ современной среды для жизни, обновления городской среды и инфраструктуры, основных показателей жилищной обеспеченности и доступности жилья, которая измеряется критериями возможности приобретать жилые помещения или участвовать в программах улучшения жилищных условий.

Выявлены тенденции к изменению основных характеристик

здоровья населения и системы здравоохранения, проблемы, с которыми столкнулась данная отрасль в результате перехода к рыночной экономике. Особое внимание уделено вызовам последних лет, обусловленным структурными изменениями и бюджетными ограничениями. Показано, что в целом для эффективного ответа на имеющиеся вызовы системе здравоохранения предпринимаемых мер пока недостаточно, и требуется сформулировать предложения по повышению эффективности, качества и доступности медицинской помощи и лекарственного обеспечения.

В фокусе исследования благосостояния населения находится сфера образования. В данном исследовании проанализированы проблемы в разрезе дошкольного, школьного, профессионального и дополнительного образования. Модернизация инфраструктуры школьного образования должна стать приоритетом при рассмотрении вопросов воспитания детей и подростков.

Актуальность проблемы для данной отрасли знаний

В условиях существующих ныне внешних вызовов сравнительным преимуществом российской экономики способен служить, в первую очередь, человеческий капитал. Решающее влияние на него оказывает именно социальная политика. Соответственно она является основным драйвером не только социального, но и экономического развития, а расходы на нее - наиболее перспективной частью государственных инвестиций.

В Послании Федеральному Собранию, с которым выступил Президент РФ В. В. Путин, заявлено: «В основе всего лежит сбережение народа России и благополучие наших граждан. Именно здесь нам нужно совершить рывок»[126].

Неотъемлемой чертой новой модели социальной политики должен стать дифференцированный учет потребностей и возможностей различных социальных слоев населения, чтобы минимизировать последствия деформаций распределительных отношений. Не только неэффективно, но и крайне несправедливо применять одни и те же подходы к тем, для кого актуальны повышение пособий и доступ к общераспространенным услугам, и к тем, кто хотел бы тратить деньги на приобретение высококачественных услуг социального характера в России, а не за рубежом.

В исследовании показано, что в условиях экономического спада (2014-2017 гг.) обострились проблемы социальной защиты уязвимых слоев населения, поддержка которых требует больших ресурсов. В Послании Федеральному Собранию Президентом В. В. Путиным были озвучено, что из-за последствий экономического кризиса бедность в

[126] URL: http://www.kremlin.ru/events/president/news/56957 (дата обращения: 20.02.2019).

России вновь подросла. Сегодня с ней сталкиваются 20 млн. граждан[127]. Несмотря на принимаемые меры, в России так и не удалось решить проблему бедности безработных и семей с детьми.

Сохраняющееся преобладание программ социальной поддержки отдельных категорий населения формирует барьеры для развития эффективных программ социальной защиты, функционирующих на основе контроля доходов и выступающих в период затяжного кризиса одним из главных инструментов государственной политики борьбы с бедностью.

Степень изученности вопроса

Тема социальной политики крайне популярна среди отечественных и зарубежных исследователей. Из специалистов в области социальной политики и близкой проблематики можно выделить таких зарубежных ученых, как У. Джевонс, А. Пигу, В. Парето и др.[128]

Среди советских и российских ученых, исследовавших проблемы благосостояния населения, следует отметить: А. Берендееву, Н. Бузляка, Г. Гутман, О. Дигилину, Н. Римашевскую, В. Рутгайзера и др. Аспекты потребительского плана изучали в России Е. Антосенков, В. Кряжев, Т. Малева, А. Новиков, А. Ревайкин, И. Тогунов и др. Проблемы повышения качества жизни исследовали А. Берендеева, В. Бобков, Н. Волгин, В. Жеребин, В. Колесов, А. Романов, С. Шишкин и др.

В настоящее время разрабатываются новые общероссийские всевозможные классификаторы, которые используются в рейтинговой системе.

Формулируемые проблемы определили структуру настоящего раздела[129].

---

[127] Там же.

[128] Social Policy [Социальная политика] / Ed. by N. Manning. - Oxford University Press, 2006; Social Policy and Social Justice [Социальная политика и социальная справедливость]: Reader / Ed. by J. Franklin. – Cambridge : Polity, 2007; Readings in Social Welfare. Theory and Policy [Хрестоматия по социальному благосостоянию. Теория и политика] / Ed. by R. E. Kuenne. – Oxford : Blackwall Publishers, 2015; Geyer R. R. Exploring European Social Policy [Исследование европейской социальной политики]. – Cambridge : Polity, 2008; The Welfare State Reader [Хрестоматия по государству благосостояния] / Ed. by K. Pierson, F. Casteles. – Cambridge : Polity, 2013, и др.

[129] **Объектом социального управления** могут быть общество в целом, отдельные его сферы. Различаются и такие масштабы управления: национальный, региональный, муниципальный. Сам объект социального управления, как правило, носит системный, многоуровневый характер - от общества в целом, его основных подсистем до социальных групп, слоев и страт.

Субъектом социального управления являются лица, занятые в специализированных государственных или общественных организациях и службах, наделенных функциями по осуществлению управления.

Теоретическая и методологическая основа исследования включает совокупность общенаучных и частных подходов и методов.

Общенаучные подходы. В работе использовались диалектический подход, а также методы анализа и синтеза, индукции и дедукции, сравнения, моделирования, обобщения, классификации, интервьюирования, экспертных оценок[130].

Частные методы и подходы к решению поставленных задач.

Использована абстрактно-логическая конструкция формирования социальной политики, основывающейся на совершенствовании распределительных отношений (РО). В ее основе заложена:

1) теория распределения в «чистом виде» (идеальная схема – социальные стандарты). Она лежит в основе решения следующих задач:

- совершенствование структуры социальной системы;
- развитие и совершенствование функций;
- формирование интегративного пространства в виде взаимосвязи экономического, социального и институционального пространств;

2) исследование механизмов деформаций социальных стандартов как реакция на рыночные аспекты и бюджетную зависимость с учетом уровня бюджетной обеспеченности.

Теоретико-методологическое обоснование мониторинга качества жизни и социальной политики

Социальная политика является не только элементом политики, проводимой государством, но и имеет междисциплинарный характер при постановке и решении задач в этой сфере.

Она отражает специфику социальных процессов в обществе, характер социального развития современного российского общества, социально-экономическую ситуацию в стране, институциональную структуру общества, определяющие современную общественную ситуацию.

Органы, которые управляют, называются субъектами управления, а органы, на которые направлены их действия, объектами управления.

Как всякое взаимодействие, управление может быть в самом общем виде представлено как совокупность двух составляющих - прямой и обратной связи, воздействия управляющей стороны на управляемую и, наоборот, воздействия управляемой стороны на управляющую.

[130] Особенности исследования систем социального управления. **Исследовательская функция** проявляется в раскрытии процессов самоорганизации сложных систем, закономерных тенденций социального развития, динамики различных социальных явлений и событий. В научном познании социальной жизни активно применяются мониторинговые исследования. Именно они обеспечивают получение новых репрезентативно обоснованных знаний о социальной действительности, служат важной предпосылкой для понимания и объяснения комплексного развития общества и его основных тенденций.

Исследования в сфере социальной политики отличаются необходимостью формирования исследовательских блоков:

- благосостояние домохозяйств;
- социальная структура общества;
- рынок труда и трудовые отношения;
- социальное страхование, социальная сфера (здравоохранение, образование, культура, жилищно-коммунальная сфера) и др.

Социальная политика по своей природе должна соответствовать своему времени.

Последние три года (2015-2018 годы) население России живет в состоянии социальной апатии. Это проявляется в снижении реальных доходов большинства населения и безысходности и отсутствии перспектив для многих категорий населения. Люди понимают, что возможности страны в условиях обостряющейся конфронтации ограничены. В этих условиях граждане чаще стали задумываться относительно того, насколько российская модель хозяйствования или внутренняя политика согласуется с интересами народа. Поэтому любые структурные реформы в социальной сфере люди пропускают через призму критического осмысления и недоверия к властным структурам.

Происходит отчуждение народа от властных структур, растет недовольство, разочарование. На бытовом уровне все чаще поднимается вопрос относительно архетипа нашего общественного устройства.

Работающие люди сознают, что с каждым годом вместо выбора различных траекторий развития и движения социальных групп с разным социальным капиталом политика унифицируется и сужается под один стандарт. Так, если процесс реформирования пенсионной системы до 2018 года включал в себя персонифицированную модель, то последний вариант предполагает унифицированный подход. В этой связи социальный идеал по принципу немецкой нации в России становится недостижимым.

Именно в этом кроется ответ относительно результатов выборов губернатора во Владимирском регионе, а именно голосование в пользу кандидатуры Сипягина В.В.

Предыдущий губернатор Орлова С. Ю. проиграла выборы по причине того, что она олицетворяла собой представителей властной элиты, которая деморализует социальный идеал достойной жизни. Раскручиваемые в средствах массовой информации проекты, реализация которых предполагает приток больших денег в регион, народ воспринял критически. Он сознает, что финансовые ресурсы проходят стороной и не достаются местным бизнесменам, за которыми стоят рабочие места и поддержание благополучия в регионе.

Воспроизводство народонаселения в широком смысле - постоянное возобновление поколений людей, один из главных процессов воспроизводства общества, совокупность естественного,

пространственного (миграция) и социального (социальная мобильность) движения народонаселения.

Качество жизни *– это* совокупная характеристика уровня и объективных и субъективных условий жизни населения, определяющих физическое, ментальное, социально-культурное развитие человека или группы людей.

Качество жизни населения страны, данной территории может выражаться как совокупностью показателей, так и иными характеристиками, не всегда поддающимися количественной оценке; оно определяется рядом экономических, социальных, демографических, экологических, природно-географических, техногенных, политических, моральных и других факторов. Среди них основной - уровень жизни, отражающий доходы населения, потребление продуктов питания, жилищные условия и т.д. К объективным факторам относятся условия труда и уровень занятости, развитие сферы услуг, образования, социального обеспечения и др., к субъективным - удовлетворённость работой и жизненными условиями, материально-финансовым положением семьи, отношениями в семье и на работе и т.п.

Современная концепция качества жизни включает все аспекты взаимодействия человека и окружающей среды, особое место в ней занимает качество трудовой жизни (то есть совокупность свойств, характеризующих условия и организацию труда - производства, быта, отдыха с позиций наилучшей реализации способностей работника).

Большинство стран длительное время использовали классификацию показателей качества жизни населения, подготовленную экспертами ООН в 1961 году. Классификация ООН охватывает все страны (высоко-, среднеразвитые, развивающиеся, наименее развитые), поэтому на 1-е место в ней поставлено потребление продуктов питания, далее - здоровье населения, уровень образования. В соответствии с классификацией Европейской экономической комиссии ООН выделяется 8 групп показателей качества жизни: здоровье (1-е место), потребление (2-е), образование (3-е) и т.д. В шведской модели качества жизни, разработанной в конце 1960-х - начале 1970-х годов, на 1-м месте - труд и его условия, экономические и политические возможности человека; её разработчики стремились учесть в концепции качества жизни влияние социально-экономической политики, проводимой различными правительствами, на условия жизни различных слоёв населения.

К важнейшим показателям качества жизни, позволяющим проводить межстрановое сравнение, относятся младенческая смертность, ожидаемая продолжительность жизни, структура пищевого рациона населения. Для характеристики качества жизни особое значение имеет система социальных показателей, разработанная Организацией экономического сотрудничества и

развития (ОЭСР), которая охватывает 8 основных аспектов жизнедеятельности: здоровье, развитие через образование, занятость и качество трудовой жизни, досуг и отдых, состояние потребительского рынка товаров и услуг, окружающей среды, личная безопасность, социальные возможности и социальная активность. В свою очередь эти основные аспекты содержат более двух десятков различных социальных и социально-экономических характеристик.

Все показатели, дающие количественную оценку различных составляющих качества жизни, можно условно разделить на две группы. К первой группе относятся такие многомерные показатели, как ВВП на душу населения, уровень заболеваемости населения, продолжительность рабочей недели, число килокалорий, потребляемых на душу населения, и т. д.

Повышение качества жизни в постиндустриальных странах заключается в росте потребления товаров длительного пользования и экономии за счёт этого времени и затрат домашнего труда, расширении свободного времени, значительного роста расходов на услуги, отдых, культурный досуг, туризм и путешествия.

В конце XX – начале XXI века важнейшими параметрами качества жизни становятся: уровень экологической безопасности (сохранение окружающей среды, природного разнообразия, чистоты продуктов питания), уровень информированности населения, доступность информации независимо от места проживания, степень гражданских и политических свобод и т.д. Социальное благополучие семьи, являющееся одним из индикаторов качества жизни, после достижения определённого уровня благосостояния связывается современным обществом в большей мере с психосоциальным и духовно-нравственным аспектами жизни населения.

Даже в условиях роста экономической и деловой активности отдельные слои населения могут ощущать ухудшение качества жизни. Это связано с различным вкладом в качество жизни экономических и социальных показателей и низким уровнем информированности общества о социальных процессах.

Для более полного отражения социальных проблем в развитых странах строятся различные агрегированные показатели. При определении качества жизни в социально-экономической статистике всё более важное значение стал приобретать учёт гендерного фактора - равенства между полами в базовых возможностях и ключевых областях экономической и политической жизни. В соответствии с Платформой действий Всемирной конференции по положению женщин в обществе (Пекин, 1995) национальные статистические службы обеспечивают статистические данные, отражающие вопросы, связанные с положением мужчин и женщин в обществе, а индекс развития человеческого потенциала в Программе развития ООН стал рассчитываться с учётом гендерного фактора.

Для полной характеристики качества жизни важны как объективные показатели, так и оценки субъективного характера. Особенно необходимо это для стран с высоким уровнем экономического развития, так как постоянный рост экономических возможностей может сочетаться с уменьшением удовлетворённости человека ростом своего благосостояния и качеством жизни в целом.

Для индивидуума очень важно соответствие потребностей и возможностей его ожиданиям, поэтому в концепции качества жизни важное место занимают такие характеристики, как удовлетворённость трудом, возможность развивать свои профессиональные способности, чувство своей индивидуальности, социальная активность. В этой связи в концепции качества жизни занятость рассматривается не только как источник доходов, но и как участие в общественной жизни, а безработица - как социальная изоляция.

Достойное качество жизни остаётся острой проблемой и для России, а именно доступа к базовым социальным услугам, считающимся в современном мире минимально необходимыми для перехода качества жизни их населения к цивилизованному уровню: всеобщему базовому образованию, базовому медицинскому обслуживанию, достаточному питанию, репродуктивному здоровью, дешёвому безопасному водоснабжению и санитарии.

Для полиэтнического общества (например, Российской Федерации, где по переписи 2002 года идентифицировано около 200 национальностей) большое значение для роста качества жизни имеет сохранение национальных языков и этнокультурных традиций, при этом этническое разнообразие является важнейшей характеристикой качества жизни в стране в целом, а его сохранение - условием социального и экономического прогресса.

С учетом целеполагания раскроем свойства социальной политики. Социальную государственную политику, как и социальную сферу, рассматривают в широком и узком смысле. В *широком смысле* социальная политика охватывает все аспекты жизнедеятельности человека: улучшение условий труда и быта, удовлетворение материальных и духовных потребностей, социальную защиту, осуществление принципа справедливости. Другими словами, *социальная политика направлена на создание нормальных условий жизни и благоприятных возможностей для развития и самореализации всех членов общества.* Социальная политика в *узком смысле* - это *система государственных мер по поддержке тех групп и слоев общества, которые в силу различных причин оказались в трудном положении, страдают от специфических обстоятельств и не могут только своими силами улучшить благосостояние.*

Социальную политику государства отличает ряд особенностей. Она имеет дело непосредственно с *человеком* и ориентирована на него. Социальная политика связана со *сферой распределения и потребления*

общественного продукта. Способ распределения определяется способом производства, но распределительные отношения, будучи относительно автономными, могут тормозить либо способствовать процессу производства, быть фактором повышения общественной производительности труда. В то же время специфика экономической политики заключается в ориентации на экономический рост и умножение материального богатства.

Отсюда следует, что так же, как социальная сфера общества неотделима от экономики, социальная политика государства неотделима от экономической политики, они тесно связаны между собой. Их диалектическая взаимосвязь объясняется тем, что *цель экономической политики — регулирование деятельности людей по созданию материальных благ и услуг* как важнейшего условия роста народного благосостояния, а *социальная политика воздействует на отношения между людьми* в потреблении ими материальных благ и услуг, направлена на улучшение условий жизни и всестороннее совершенствование всех членов общества, исходя из *принципа социальной справедливости.* Другими словами, то, что для одной политики является итогом, для другой - исходным пунктом.

С учетом структурирования задач и включения региональных моментов выделим аспекты региональной социальной политики. Она заключается в способности областных и муниципальных властей поддержать своих предпринимателей с помощью экономических льгот, используя налоговые скидки, субсидирование процента, льготы по аренде помещений и др. Существенную роль может сыграть областной и муниципальный заказ. Необходимо развивать экологически чистое сельское хозяйство с организацией в пределах региона переработки сельхозпродукции и ее реализации в своем и близлежащих регионах (с учетом подмосковного положения региона). Это актуализирует тему агропромышленной интеграции.

Существует потенциал развития Владимирского региона как рекреационной зоны. Дополнительное количество рабочих мест может создать сфера строительства. Необходимо приложить усилия для укрепления и развития производственной базы строительных организаций, что, в свою очередь, предполагает формирование рабочих мест для приложения квалифицированного труда. Есть немало людей (работающих вахтовым методом в других населенных пунктах), которых можно вернуть и в города Владимирской области, и в поселения (через создание рабочих мест с достойной зарплатой).

Жилищное строительство с учетом мультипликационного эффекта выступает как сфера приложения труда (с опорой на местные материалы стройиндустрии). Необходимо усиление ориентации региональной экономики на вывоз и экспорт, повышение доли в вывозе и экспорте продукции с высокой долей добавленной стоимости. Необходима продуманная и целенаправленная, ориентированная на

многие годы вперед социальная политика в регионе. Долговременный успех вышеобозначенных мероприятий должен опираться на стратегию развития Владимирского региона, план размещения и развития производительных сил.

Наряду с занятостью важной характеристикой социальных свойств экономики региона мы рассматриваем распределительные отношения. При этом мы выходим за рамки традиционного анализа доходов населения и расширяем круг анализируемых проблем и показателей, рассматривая денежные доходы и заработную плату, уровень бедности, прирост денежных доходов и его расходование, фактическое конечное потребление домашних хозяйств, ВРП на душу населения.

Мы вводим понятие «общественный договор» и увязываем его с уровнем регионального оптимизма, социального самочувствия, состоянием и эффективностью работы региональной инфраструктуры, экономическим положением работника на производстве. Мы даем оценку мотивационному механизму применительно к условиям Владимирской области и делаем вывод о несовершенстве региональной социальной политики.

«Социальная политика» как категория остается пока что весьма дискуссионным и не устоявшимся в своем содержании понятием. Так, по мнению М. П. Бочарова, социальная политика - это «способ организации социальных взаимодействий институтов государства и гражданского общества, характеризующийся равенством сторон или доминированием управляемых над постоянными профессиональными управляющими. Организация общественной жизни в социальном государстве характеризуется тем, что действия ее субъектов организуются в максимально возможной мере в рамках координации и той разновидности субординации, при которой верхнюю позицию занимают управляемые (референдум, выборы), а обычная, административно-командная субординация применяется лишь в минимально необходимых пределах и к тому же умеряется гарантированно наказуемой, поощряемой реорганизацией»[131].

Представляется, что приведенное определение представлено в слишком идеальном понимании этого феномена, который основан «на взаимодействии институтов государства и гражданского общества», где «верхнюю позицию занимает управление, а обычная, административно-командная субординация применяется лишь в минимально необходимых пределах», и что эта управляющая сила «умеряется гарантированно наказуемой, поощряемой реорганизацией».

Отталкиваясь от воззрений М. Бочарова, обозначим свою

[131] Бочаров М. П. От социальных ценностей к социальному государству. - М. : Луч, 1997. С. 164.

позицию в вопросах эволюции социальной политики. Авторы Толкового словаря под общей редакцией Н. А. Волгина считают, что «социальное государство – государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. Основные направления, по которым реализуется принцип социальной политики, - охрана труда и здоровья людей, установление гарантированного минимального размера оплаты труда, обеспечение государственной поддержки семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развитие системы социальных служб, установление государственных пенсий, пособий и иных гарантий социальной защиты»[132].

В данном определении авторы исходят из создания «условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека». Современный этап трансформации российского общества к новой общественно-политической системе его устройства, сопровождающийся кризисными явлениями в экономике, политике, идеологии и приведший к резкому снижению уровня и качества жизни населения, не мог не породить ностальгии по «добрым старым временам» с их уравнительным распределением, общественными фондами потребления, бесплатным образованием, здравоохранением и убеждениями.

По мнению Ю. Е. Волкова, социальным может быть признано и государство, существовавшее у нас и в ряде других стран в рамках основанной на марксистской идеологии модели общественного устройства, покоившейся на тотально огосударствленной экономике, которую можно именовать системой государственного социализма, государство в обществе так называемого «реального социализма», хотя и было, несомненно, социальным, оно реализовало свои функции в области материального обеспечения социальных потребностей населения более слабо, в более ограниченных масштабах, чем социальное государство, утверждавшееся и функционировавшее примерно в тех же временных рамках в странах со свободной рыночной экономикой (пример: Швеция, Дания и др. страны).

В России идет формирование институтов гражданского общества, что оставляет государству монопольные властные функции[133]. В этой связи становится актуальным вопрос «благоприятного социального климата».

Следует признать, что реализуемая в настоящее время в России социальная политика государства основана на тесной увязке и взаимодействии экономических и социальных процессов. При этом мы

---

[132] Социальная политика. Толковый словарь / общ. ред. Н. А. Волгина. - М. : РАГС, 2002. С. 19.

[133] Волгин Н. А., Гриценко Н. Н., Шарков Ф. И. Социальное государство: учебник. - М. : Дашков и К, 2004. С. 48-49.

далеки от утверждений безусловного влияния роста экономики на рост социального благополучия людей, поскольку опыт первого десятилетия XXI века как наиболее стабильного периода развития России свидетельствует о том, что и при экономическом росте проблемы бедности сохраняются. Это приводит к выводу, что взаимосвязь экономики и социальных процессов не прямая, не линейная, а опосредованная целым рядом обстоятельств, в том числе и институционального характера.

В то же время и социальная сфера оказывает на экономику и ее процессы активное влияние посредством социальной политики государства, затрат на ее реализацию, эффективности формируемого социального капитала и т. д. Причем это влияние может быть как позитивным, так и негативным, в зависимости как от меры предъявляемых требований экономики к результатам деятельности социального комплекса государства, так и от способности самой социальной сферы выполнять свои функциональные обязанности перед обществом.

Согласно современной доктрине управления в системе управления проявляют свое действие три существенных фактора - люди, финансы и техника. Иерархия их сегодня такова, что на первом месте стоят люди. Среди господствующих целей управления (направленность на людей и направленность на дело) преобладает человеческий фактор. В сущности, современное управление — это очеловеченная система управления. Именно такая система лучше всего подходит для формирования и реализации социальной политики.

Именно человеческий капитал ныне является краеугольным камнем конкурентоспособности и эффективности.

Таким образом, социальная политика должна быть построена на принципах, обеспечивающих справедливое использование производимого богатства (большого или малого) в интересах всех членов общества. Д. Белл утверждает: «Экономическая политика может быть эффективной в качестве средства. Но она может быть лишь настолько справедливой, насколько ей позволяет система ценностей той культуры, под влиянием которой она приобретает свои очертания».

5.2. Тенденции, закономерности и принципы формирования политики «народосохранения»

Б. В. Струве, относящий себя к новым марксистам, выделил такие понятия, как «социальный атомизм» и «социальный универсализм»[134]. Если социальный атомизм подчеркивает превосходство, приоритетность человека, то социальный универсализм

[134] Струве П. Б. Хозяйство и цена / Духовные основы общества. – М., 1992. С. 38 [Электронный ресурс]. URL: https://studfiles.net/preview/514745/page:22/.

исходит из первичности общества. Многие современные исследователи оперируют этими категориями, в результате на многие вызовы современности в социальной сфере нет ответа, в том числе относительно пенсионной реформы в России в 2018 году. Поэтому обратимся к трудам К. Маркса, который отмечал: «Общество не состоит из индивидов, а выражает сумму тех связей и отношений, в которых эти индивиды находятся друг к другу»[135].

Поэтому важное значение имеет формулирование актуальных задач социальной политики, вычленение вектора социального реформирования, формирование институтов развития и поддержки, обеспечение баланса социальных структур.

Процесс выявления тенденций и закономерностей в сфере социального устройства общества рассмотрим через призму решения следующих задач.

Развитие социальных институтов и социальная политика

В эволюционном плане общество в ходе своего развития вырабатывает такие социальные формы, институты, организации, нормы, которые смягчали бы остроту отношений между членами общества и сдерживали столкновения. То есть общество создает определенные правила жизни в нем. Благодаря общественным институтам, нормам общения возможно существование социального бытия в целом[136].

Обратимся к Посланию Президента РФ В. В. Путина Федеральному Собранию (1 марта 2018 г.) в части решения вопросов развития социальных институтов и формирования социальной политики. В своем докладе он заявил: «Нам важен и ценен каждый человек, чтобы он чувствовал свою востребованность, прожил долгую и, главное, здоровую жизнь, радовался внукам, правнукам, чтобы дети выросли и стали успешными в сильной, динамичной, успешной стране, которая выходит на новые рубежи развития».

Исходя из этого нами определены следующие цели настоящего раздела исследования. **Цели –** гармонизация рынков, государства, семьи, социальных институтов и инфраструктуры по повышению уровня и качества жизни населения, созданию в России общества равных возможностей.

Достижение этих целей требует комплексного подхода. Для этого требуются специальные программы системной поддержки и повышения качества жизни людей. Учитывая это обстоятельство, основополагающие разделы социальной политики в части демографии, развития здравоохранения, образования и культуры будут представлены отдельно.

---

[135] Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. – 2-е изд. – М. : Госполитиздат, 1955-1986. - Т. 46. - Ч. 1. С. 214.

[136] Цанн-Кай-Си философия как творческое мировоззрение: курс лекций. - 2-е изд. – Владимир : Транзит-Икс, 2009. С. 241.

В рамках реализации *государственной программы «Социальная поддержка граждан», по данным за 2016 год*, были предоставлены меры социальной поддержки и услуги социального обслуживания инвалидам, ветеранам, гражданам, имеющим детей, и другим категориям граждан. Реализуемые меры при этом оказывали влияние на следующий ключевой показатель уровня государственной программы: «Доля граждан, получивших социальные услуги в учреждениях социального обслуживания населения, в общем числе граждан, обратившихся за получением социальных услуг в учреждения социального обслуживания населения» (2013 г. – 98,1%, 2014 г. – 99,9%, 2015 г. – 99,4%, 2016 г. – 99,4%).

Увеличилась заработная плата социальных работников. Вместе с тем, согласно отчетным данным, несмотря на то, что фактическое значение показателя соотношения средней заработной платы социальных работников, включая социальных работников медицинских и образовательных организаций, со средней заработной платой в регионе за 2016 год (66,2 %), превысило фактическое значение предыдущего года на 1,8 п.п., установленное плановое значение на 2016 год в размере 79 % достигнуто не было.

Уменьшилось количество зданий стационарных учреждений социального обслуживания, требующих реконструкции, зданий, находящихся в аварийном состоянии, ветхих зданий (план – 3,5 %; факт – 2,8 %), что было обусловлено проведением в субъектах Российской Федерации мероприятий по приведению зданий учреждений социального обслуживания в надлежащее состояние и уточнению статистической информации по данным учреждениям.

Выросло количество негосударственных организаций, участвующих в оказании социальных услуг в сфере социального обслуживания. Увеличился объем социальных услуг, оказываемых социально ориентированными некоммерческими организациями, и выросло количество граждан, принимающих участие в деятельности социально ориентированных некоммерческих организаций.

В соответствии с поставленной целью и показателями исполнения государственной программы планируется решение следующих задач.

Первый блок задач.

1. Улучшение социального климата в обществе, снижение уровня бедности.

2. Поддержка семьи и улучшение положения детей.

3. Улучшение социального обслуживания лиц старших возрастов, реабилитация и интеграция инвалидов.

4. Развитие сектора негосударственных коммерческих организаций.

5. Реализация молодежной политики.

Второй блок задач.

1. Развитие рынка труда.

2. Развитие инфраструктуры рынка труда, повышение темпов роста занятости и эффективности использования труда.

3. Повышение гибкости рынка труда, в том числе для категории рабочей силы предпенсионного возраста.

4. Создание условий, отвечающих требованиям охраны труда.

5. Обеспечение контроля за миграцией рабочей силы.

6. Повышение доступности жилья.

7. Создание условий для роста предложений на рынке жилья.

8. Создание условий для повышения спроса и доступности жилья.

9. Формирование комфортной городской среды.

Бюджеты социальных фондов на 2019 год (федеральный уровень).

Планируется возобновить индексацию материнского капитала, в 2020 году он увеличится до 470, а в 2021 году – до 489 тыс. рублей.

В бюджете на 2019 год предусмотрено обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации.

Около 16 млрд руб. предусмотрено на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности.

Страховая пенсия по старости неработающим пенсионерам должна увеличиваться на 1000 руб. ежегодно и в 2019 г. ее средний размер составит 15 тыс. руб., в 2020 г. – 16 тыс. руб., в 2021 г. – 17 тыс. руб. и в 2024 г. вырастет до 20 тыс. рублей.

Улучшение социального климата в обществе, снижение уровня бедности.

Алгоритм решения данной задачи предполагает исследование и учет следующих аспектов:

1) усиление социальной поддержки отдельных категорий населения, включая повышение размера пенсий и социальных пособий;

2) повышение адресности пособий;

3) выравнивание доходов через расширение налоговых вычетов.

По данным правительственных источников, главным, ключевым фактором развития благополучия людей является достаток в российских семьях. По данным федерального правительства, в 2000 году за чертой бедности находились 42 миллиона человек, это почти 30 процентов – 29 процентов населения страны. В 2012 году этот показатель был снижен до 10,7 процента. Из-за последствий экономического кризиса бедность населения к 2017 году возросла до 13,2%[137]. В настоящее время с ней сталкиваются 20 миллионов граждан. Поставлена задача приравнять минимальный размер оплаты труда к прожиточному минимуму. Эта норма стала действовать с 1 мая

[137] Медведев Д. А. Россия – 2024: стратегия социально-экономического развития // Рос. газ. - 2018. - № 225 (7688).

2018 года, что позитивно сказалось на доходах около четырёх миллионов человек. Это важный шаг, но не фундаментальное решение проблемы. В числе первоочередных мер решение проблем бедности – это перевод системы социальной защиты на принципы справедливости и адресности. Её должны получать граждане, семьи, которые действительно нуждаются.

Ниже приводятся основные показатели, отражающие уровень жизни населения конкретного региона – Владимирской области в динамике за период 2013-2017 гг., см. табл. 24-26.

Таблица 24

Основные социально-экономические индикаторы уровня жизни населения Владимирской области

	2013	2014	2015	2016	2017
Фактическое конечное потребление домашних хозяйств (в текущих рыночных ценах), млн. руб.	264359,0	290569,9	310163,5	323184,7	…
на душу населения, руб.	186493	206156	221326	231942	…
Среднедушевые денежные доходы населения (в месяц), руб.	18796,4	20569,3	23729,2	22865,8	24002,5[1)]
Реальные располагаемые денежные доходы, процентов к предыдущему году	106,9	99,2	100,5	89,5	100,6
Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников организаций, руб.	20927,3	22580,6	23870,6	25134,7	26974,9
Реальная начисленная заработная плата, процентов к предыдущему году	106,3	98,4	91,0	99,2	103,6
Средний размер назначенных месячных пенсий, на 1 января следующего года, руб.	9874,2	10685,6	11870,9		13093,2
с учетом ЕВ-2017[138]				17207,2	
без учета ЕВ-2017				12207,2	

[138] С учетом ЕВ-2017 - единовременной денежной выплаты, произведенной в январе 2017 г. в соответствии с Федеральным законом от 22 ноября 2016 г. № 385-ФЗ в размере 5 тысяч рублей на общую сумму 2358 млн. рублей [Электронный ресурс] // Росстат по Владимирской области [Сайт]. URL: http://vladimirstat.gks.ru/.

Реальный размер назначенных месячных пенсий, процентов к предыдущему году	102,3	95,5	103,3		
с учетом ЕВ-2017				138,3	74,6
без учета ЕВ-2017				98,1	105,1
Величина прожиточного минимума (в среднем на душу населения):					
руб. в месяц	6920	7770	9344	9269	9467
процентов к предыдущему году	109,8	112,3	120,3	99,2	102,1
Соотношение с величиной прожиточного минимума, процентов:					
среднедушевых денежных доходов	271,6	264,7	254,0	246,7	253,5
среднемесячной номинальной начисленной заработной платы	279,0	267,8	235,5	249,9	262,0
среднего размера назначенных месячных пенсий	168,6	159,7	158,5		170,5
с учетом ЕВ-2017				224,4	
без учета ЕВ-2017				159,2	
Численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума:					
тыс. человек	192,4	190,6	198,1	199,8	189,1
процентов от общей численности населения	13,5	13,5	14,1	14,3	13,6
процентов к предыдущему году	89,6	99,1	104,0	100,9	94,6
Дефицит денежного дохода малоимущего населения:					
млн. руб. в месяц	385,9	423,6	524,5	518,8	501,8
процентов от общего объема денежных доходов населения	1,4	1,5	1,6	1,6	1,5
Коэффициент фондов (коэффициент дифференциации доходов), раз	12,0	11,4	10,9	10,4	10,6
Минимальный размер оплаты труда (на конец года), руб. в месяц	5205	5554	5965	7500	7800

Обращает на себя внимание дефицит денежных доходов малоимущего населения, коэффициент дифференциации доходов (раз) – 10,6. А численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума составляет 190 тыс. человек и за анализируемый период практически не сократилась.

В рейтинге субъектов Российской Федерации Владимирская область находится в третьем десятке. Обращает на себя внимание факт увеличения доходов по статье «доходы от собственности». Это свидетельствует о наличии абсолютной ренты как категории в формировании ВРП региона.

Таблица 25

Состав денежных доходов населения Владимирской области

	2012	2013	2014	2015	2016
Млн. рублей					
Денежные доходы – всего	277869,4	319733,6	347900,2	399046,6	382329,8
в том числе:					
доходы от предпринимательской деятельности	20930,2	24417,8	26905,8	28030,1	27608,2
оплата труда	114105,3	127160,5	133094,8	136964,5	143235,6
социальные выплаты	73465,8	80998,8	84938,3	94263,5	101125,5
доходы от собственности	9693,5	13517,4	14902,8	19710,3	23783,0
другие доходы	59674,6	73639,1	88058,5	120078,2	86577,5
Проценты					
Денежные доходы – всего	100	100	100	100	100
в том числе:					
доходы от предпринимательской деятельности	7,5	7,6	7,7	7,0	7,2
оплата труда	41,1	39,8	38,3	34,3	37,5
социальные выплаты	26,4	25,3	24,4	23,6	26,5
доходы от собственности	3,5	4,2	4,3	5,0	6,2
другие доходы	21,5	23,1	25,3	30,1	22,6

Таблица 26

Состав денежных расходов населения Владимирской области

	2012	2013	2014	2015	2016
Млн. рублей					
Денежные расходы и сбережения – всего	277869,4	319733,6	347900,2	399046,6	382329,8
в том числе:					
покупка товаров и оплата услуг	207461,0	234150,1	257587,1	274548,7	280394,6
обязательные платежи и разнообразные взносы	31921,5	37371,3	40889,4	40182,2	41548,2
приобретение недвижимости	4576,6	5329,3	7512,2	4725,7	4352,4
прирост финансовых активов	33910,2	42883,0	41911,5	79590,1	56034,7
из него прирост, уменьшение (-) денег на руках у населения	13109,3	9021,0	4672,4	1799,0	4150,2
Проценты					
Денежные расходы и сбережения – всего	100	100	100	100	100
в том числе:					
покупка товаров и оплата услуг	74,7	73,2	74,1	68,8	73,3
обязательные платежи и разнообразные взносы	11,5	11,7	11,7	10,1	10,9
приобретение недвижимости	1,6	1,7	2,2	1,2	1,1
прирост финансовых активов	12,2	13,4	12,0	19,9	14,7
из него прирост, уменьшение (-) денег на руках у населения	4,7	2,8	1,3	0,5	1,1

Анализ эмпирической базы в части состава денежных доходов и расходов населения Владимирской области характеризует социальный климат как период выживания. В этой связи социальное реформирование предполагает поиск новых ориентиров в социальной политике и переход от тактики выживания к стратегии развития. Новые ориентиры связаны с регулированием минимального размера оплаты труда в сторону увеличения, формированием адресной социальной защиты, повышением качества профессионального образования,

совершенствованием системы государственных гарантий в сфере здравоохранения и принципиальным увеличением масштабов социального жилья не только для нужд сирот, но и приглашенных в регион высококвалифицированных специалистов, в том числе в социальную сферу.

Улучшение социального обслуживания лиц старших возрастов, реабилитация и интеграция инвалидов

Алгоритм решения данной задачи предполагает исследование и учет следующих аспектов:

- совершенствование форм предоставления услуг социального обслуживания;
- формирование сети комфортных пансионатов;
- совершенствование сети учреждений социального обслуживания.

По мнению Президента Российской Федерации В. В. Путина, «наш нравственный долг – всемерно поддержать старшее поколение. Мы должны добиться увеличения размеров пенсий, обеспечить их регулярную индексацию, причём выше темпов инфляции»[139].

Поддержка пенсионеров имеет нравственную окраску, и наш долг заключается во всемерной поддержке старшего поколения. У пожилых людей должны быть достойные условия для активного, здорового долголетия.

Поддержка лиц пенсионного и предпенсионного возраста предполагает следующее.

1. Люди, достигшие пенсионного и предпенсионного возраста, освобождаются от уплаты налога на имущество в отношении объекта, который не используется для извлечения дополнительных доходов.
2. Другая льгота предоставляется по земельному налогу. А именно уменьшение налоговой базы на величину кадастровой стоимости земельного участка, площадью 6 соток, находящегося в собственности пенсионера или лица предпенсионного возраста.
3. В большинстве регионов, в том числе во Владимирской области, сохранены льготы для лиц предпенсионного возраста.
4. Для лиц предпенсионнного возраста увеличен максимальный размер пособия по безработице и составляет 11280 рублей.

В числе первоочередных задач стоят: увеличение размеров пенсий, обеспечить их регулярную индексацию, причём выше темпов инфляции; повышение качества медицинского и социального обслуживания пожилых людей.

Согласно отчету в результате реализации *государственной программы «Доступная среда на 2011-2020 годы»* в 2016 году были осуществлены мероприятия по обеспечению доступности

[139] Послание Президента В. В. Путина // Рос. газ. - 2018. - № 46 (7509).

приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения (по итогам 2016 года дооборудованы 18 тыс. приоритетных объектов; доля доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения приоритетных объектов социальной, транспортной, инженерной инфраструктуры в общем количестве приоритетных объектов достигла 51,3 %, что выше уровня 2015 года), в том числе проведены работы по созданию универсальной безбарьерной среды и оснащению общеобразовательных организаций специальным оборудованием (422 дошкольные образовательные организации, 261 общеобразовательная организация, 88 организаций дополнительного образования), оснащены учреждения спортивной направленности по адаптивной физической культуре и спорту спортивным оборудованием, экипировкой, спецоборудованием. Реализованы мероприятия по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации (далее – ТСР), обеспечено ТСР около 1,6 млн. инвалидов.

Во Владимирской области насчитывается 29 учреждений социального обслуживания. Единый Реестр государственных учреждений социального обслуживания, в которых проживают престарелые, инвалиды во Владимирской области, представлен в прил. 1. Однако их мощность не решает вопросы создания достойных условий для пожилых людей, требуется совершенствование стационарозамещающих технологий. В области необходимо активизировать проекты «50 ПЛЮС», «жить достойно, жить дома» и др.

Развитие сектора негосударственных коммерческих организаций

В 2018 году был объявлен в России Годом добровольца, и символично, что этот год начался с принятия закона, который устанавливает обязанность всех уровней власти оказывать содействие волонтёрам. Сегодня деятельные, неравнодушные граждане, социально ориентированные НКО активно участвуют в решении важнейших задач. Именно вовлечённость людей в дела страны и гражданская активность, как и культурные, нравственные, духовные ценности, делают нас единым народом, способным к достижению больших целей.

С учетом реформирования пенсионной системы появилась потребность в «серебряных волонтерах» с целью вовлечения в волонтерскую деятельность граждан пожилого возраста.

Исходя из вышеизложенного, считаем необходимым предложить следующее.

1. Требуется внесение изменений в нормативно-правовые документы в части установления права на социальную помощь с учетом социального статуса: многодетности, наличия в семье детей-инвалидов и размера душевого дохода.

2. Исходя из стандартов социальной помощи необходимо

упростить механизм и процедуры оформления в части определения статуса бюджетоносителя и размера помощи.

3. В целом поддержка семей с детьми имеет под собой два момента, а именно снижение бедности и стимулирование рождаемости. Следовательно, социальную помощь семьям с детьми надо воспринимать через воспроизводственный фактор.

4. Требуется модернизация системы пособий. Она должна идти по пути унификации с учетом усиления принципов ее адресности.

5. Требуется имплементация элементов системы поддержки бедного населения. Пассивный характер программ социальной поддержки способствует росту иждивенческих настроений.

5.3. Формирование комфортной городской среды: региональные аспекты

Формирование комфортной городской среды[140]

В соответствии с Посланием Президента РФ Федеральному Собранию от 1 марта 2018 г. обновление городской среды должно базироваться на широком внедрении передовых технологий и материалов в строительстве, современных архитектурных решениях, на использовании цифровых технологий в работе социальных объектов, общественного транспорта, коммунального хозяйства, что в том числе позволит обеспечить прозрачность и эффективность системы ЖКХ, чтобы граждане получали качественные услуги и не переплачивали за них.

По мнению Президента, «нам нужно создать современную среду для жизни, преобразить наши города и посёлки. При этом важно, чтобы они сохранили своё лицо и историческое наследие. У нас уже есть успешный опыт обновления городской среды и инфраструктуры. От этого хочу сейчас оттолкнуться. Этот опыт есть и в Казани, во Владивостоке, в Сочи. Меняются многие региональные столицы и малые города. Мы в принципе научились это делать.

Предлагаю развернуть масштабную программу пространственного развития России, включая развитие городов и других населённых пунктов, и как минимум удвоить расходы на эти цели в предстоящие шесть лет.

Особое внимание будем уделять социальному, инфраструктурному развитию сельских территорий. Российский

[140] Проект «Формирование комфортной городской среды» рассчитан на 5 лет. Он стартовал 17 ноября 2016 года и должен быть реализован до 2022 года. Цель проекта – создание условий для системного повышения качества и комфорта городской среды на всей территории России. С инициативой сделать программу благоустройства придомовых территорий общефедеральной в сентябре 2016 г. выступил премьер-министр Дмитрий Медведев на встрече Президента Владимира Путина с фракцией «Единая Россия» в Государственной Думе.

агропромышленный комплекс уже стал глобально конкурентной отраслью. Такой же современной должна быть и жизнь людей, которые своим трудом обеспечивают этот успех».

Представляется, что обновление городской среды должно базироваться на создании по-настоящему домашнего уюта в городах и населенных пунктах Владимирской области, комфортных условий для жителей и гостей.

В соответствии с Указом Президента России Владимира Путина «О национальных целях и стратегических инициативах развития Российской Федерации на период до 2024 года» от 7 мая 2018 г. № 204 Минстрой России разработал проект паспорта национального проекта «Жилье и городская среда». Он предполагает увеличение в 2019 году объема финансирования проекта «Комфортная городская среда» из федерального бюджета почти в 2 раза, с 25 млрд. до 50 млрд. рублей. Кроме того, его реализацию планируется продлить до 2024 года.

В соответствии с планом мероприятий «Благоустройство территорий муниципальных образований Владимирской области на 2018-2022 годы» в 2018 году во Владимирской области планировалось изменить к лучшему, благоустроить 178 дворовых территорий в 37 муниципальных образованиях, 47 общественных территорий в 38 муниципалитетах и 4 парка. На эти цели выделено 449,8 млн. рублей, из них 351,7 млн. рублей - из федерального бюджета, 43,5 млн. рублей - из областного бюджета и 54,6 млн. рублей - из местных бюджетов.

В своем ежегодном Послании Федеральному Собранию Президент В. В. Путин отметил важность вопроса благоустройства, он был определен как одно из приоритетных направлений работы. По инициативе партии «Единая Россия» на создание комфортной городской среды в федеральном бюджете было заложено 20 миллиардов рублей.

Из этих средств Владимирской области выделено:

- на формирование современной городской среды – 282 млн. рублей;

- на обустройство мест массового отдыха населения (городских парков) – 11,9 млн. рублей.

В феврале 2017 года администрацией Владимирской области были подписаны необходимые соглашения с Минстроем России о предоставлении субсидии. Кроме этого в целях реализации указанного проекта в области разработана государственная программа «Благоустройство территорий муниципальных образований Владимирской области в 2017 году», которой предусмотрено софинансирование из областного бюджета в размере 49,7 млн. рублей на формирование современной городской среды и 2,1 млн. рублей на городские парки.

В рамках организационного плана требуется усиление лицензионного контроля и жилищного надзора за содержанием

жилищного фонда. В целях осуществления контроля и координации за ходом выполнения государственной программы и муниципальных программ по благоустройству в 2017 году Указом Губернатора № 20 от 26.02.2017 создана межведомственная комиссия под руководством Губернатора области, куда вошли кроме органов исполнительной власти и органов местного самоуправления представители политических партий, общественных организаций, объединения предпринимателей, «Общественный народный фронт», «ЖКХ-контроль», Счетная палата, представитель Президента РФ в ЦФО.

В соответствии с рекомендациями Минстроя по распределению субсидии во Владимирской области в реализации проекта в 2017 году приняли участие 13 муниципальных образований, в том числе: г. Владимир, г. Гусь-Хрустальный, г. Ковров, о. Муром, г. Вязники, г. Гороховец, г. Курлово, г. Камешково, г. Кольчугино, г. Меленки, п. Ставрово, г. Суздаль и ЗАТО Радужный.

Цель проекта - создать гражданам комфортные условия для проживания, и поэтому 2/3 от субсидии, предназначенной на формирование современной городской среды, должно быть направлено на благоустройство дворовых территорий. Необходимо отметить, что проект реализовался при непосредственном участии жителей области.

Ход выполнения государственной программы Российской Федерации «Обеспечение доступным и комфортным жильем и коммунальными услугами граждан Российской Федерации» представлен в приложении 2.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 07.03.2018 г. № 237 обеспечить участие владимирских структур во Всероссийском конкурсе лучших проектов создания комфортной городской среды.

В части поддержки спроса на жилье мощным двигателем жилищного строительства является ипотечное кредитование. В то же время сдерживающими факторами развития ипотеки являются отсутствие долгосрочного финансирования в условиях ограничений доступа к внешним рынкам и недостаточная капитализация банковской системы.

Последствия влияния указанных факторов привели к тому, что покупательская активность населения снизилась, а объемы кредитования застройщиков сократились.

Также отмечается сокращение финансирование за счет средств федерального бюджета ряда мер государственной поддержки граждан в обеспечении жильем. Указанные обстоятельства привели в совокупности к снижению объемов ипотечного кредитования в 2016 году и недостижению отдельных показателей в части мероприятий по обеспечению жильем граждан, финансирование которых было сокращено.

Эффективность деятельности Минстроя России оценивается на

уровне 58,3 процента. Итоговая интегральная оценка эффективности реализации Госпрограммы № 5 в 2016 году составляла 56,8 процента.

Повышение доступности жилья

Цель – обеспечение доступности жилья для всех категорий населения, отвечающего требованиям комфортности.

Задачи

1. Создание условий для роста предложений на рынке жилья.

Методы реализации:

- обеспечение участков массового строительства жилья необходимой инфраструктурой;
- внедрение инновационных технологий возведения жилья;
- стимулирование малоэтажной застройки.

2. Создание условий для повышения спроса и доступности жилья.

Методы реализации:

- совершенствование жилищной ипотеки;
- повышение доступности ипотечных кредитов для граждан;
- создание жилищного фонда социального использования.

Основными вызовами современной жилищной политики являются следующие.

1. Достигнутые объемы жилищного строительства не могут удовлетворить высокий спрос населения на жилье. Масштабы потенциального рынка жилищного строительства в России определяются огромным объемом потребности населения в улучшении жилищных условий. Уровень обеспеченности жильем пока еще остается недостаточным (в среднем 23 м^2 на человека) по сравнению со многими другими западными странами. Чтобы выйти на показатель 35 м^2 общей площади жилья на человека, России требуется увеличить объем жилищного фонда в 1,5 раза, а если принять во внимание необходимость замещения аварийного и ветхого жилищного фонда, реконструкции или замены морально устаревшего и недостаточно благоустроенного жилья, то потребность в новом жилищном строительстве составит около 75% от существующих объемов жилищного фонда.

За период 2000-2012 гг. произошло существенное увеличение обеспеченности населения общей площадью жилья - на 22% в целом по России, в том числе на 21% в городской местности. Следует отметить, что одним из факторов увеличения обеспеченности жильем в рассматриваемый период явилось уменьшение численности населения Российской Федерации со 146,9 млн. человек (на 1 января 2000 г.) до 141,9 млн. человек (на 1 января 2012 г.), т.е. на 2,6% (без учета прироста населения за счет Крыма). Если бы численность населения осталась неизменной, то при существующем жилищном фонде в 2012 г. средний уровень обеспеченности общей площадью жилья составлял бы 22,8 м^2

на человека и соответственно увеличение обеспеченности по сравнению с 2000 г. составило бы 19%, а не 22%. Таким образом, увеличение обеспеченности общей площадью жилья на 14% определяется фактором снижения численности населения Российской Федерации и на 86% - факторами роста объема жилищного фонда в России.

Отставание предложения от спроса обусловило существенный рост цен на рынке жилья, особенно в период до кризиса 2008-2009 гг., что отрицательно сказывается на показателях доступности жилья. Анализ рынка недвижимости показал, что в период 2010-2014 гг. темпы прироста цен незначительно колебались вокруг показателей инфляции. В 2016 году цены на жилую недвижимость в реальном выражении начали снижаться. В последующие годы до середины 2018 года цены росли.

Однако это может не привести к улучшению показателей доступности жилья из-за ожидаемого сокращения доходов населения и снижения доступности ипотечных кредитов. Низкая эластичность предложения жилья связана с тем, что рынок жилищного строительства по-прежнему отличают высокая степень зависимости от административных органов, низкий уровень развития конкуренции, высокие административные барьеры, высокие риски и низкая прозрачность для инвестирования и кредитования, ориентация на устаревшие технологии и архитектурно-проектные решения.

Анализ показал, что если в 50–70-е годы прошлого века в среднем в России строилось, вводилось порядка 60 миллионов квадратных метров жилья в год, к концу 80-х годов эта цифра приблизились к 70 миллионам, то сейчас в России ежегодно строится около 80 миллионов квадратных метров.

В рамках *государственной программы «Обеспечение доступным и комфортным жильем и коммунальными услугами граждан Российской Федерации»,* согласно представленным отчетным данным, в 2016 году фактический объем ввода жилья составил 79,8 млн. м^2, в том числе жилья экономического класса 39,9 млн. м^2. Таким образом, фактическое значение указанного показателя за 2016 год снизилось относительно уровня 2015 года на 6,4% (с 85,3 до 79,8 79,8 млн. м^2). Количество единиц жилья, введенных в эксплуатацию в 2016 году, составило 1156 тысяч штук, что на 3,4% меньше. Отклонение показателя обусловлено кризисными явлениями в экономике Российской Федерации, которые определили общее снижение инвестиционных расходов компаний, в том числе в сфере строительства. Коэффициент доступности жилья (соотношение средней рыночной стоимости стандартной квартиры общей площадью 54 м^2 и среднего годового совокупного денежного дохода семьи, состоящей из 3 человек) при этом составил 2,6.

В 2016 году общий объем средств федерального бюджета, направленных Минстроем России в Фонд ЖКХ, предусмотренных на предоставление финансовой поддержки субъектам Российской

Федерации для реализации мероприятий по переселению граждан из аварийного жилищного фонда в 2016 году, составил 23,75 млрд. рублей. Жильем обеспечено 176,02 тыс. человек, переселенных из 2,76 млн. м^2 аварийного жилья (показатель «Общая площадь аварийного жилищного фонда, из которого должно быть осуществлено переселение граждан»: план – 2,63 млн. м^2; факт – 2,76 млн. м^2).

Вместе с тем следует отметить, что в годовом отчете за 2016 год система показателей Минстроем России была приведена в соответствие с новой редакцией государственной программы, предусматривающей существенное сокращение показателей, в том числе отражающих достижение показателей, содержащихся в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 600.

Президентом Российской Федерации В. В. Путиным поставлена задача увеличить объём строительства с 80 до 120 миллионов квадратных метров в год. Цель весьма амбициозная, но это согласуется с новой концепцией социально-экономического развития Российской Федерации до 2024 года. Такие масштабы жилищного строительства позволят 5 миллионов семей в год получать новое жильё.

В 2017 году три миллиона семей в России улучшили свои жилищные условия. Ставится задача стабильно выйти на уровень, когда ежегодно не менее пяти миллионов семей улучшают свои жилищные условия.

Люди, которые вкладывают свои деньги в строительство жилья, должны быть надёжно защищены. От долевого строительства нужно поэтапно переходить на проектное финансирование, когда риски берут на себя застройщики и банки, а не граждане.

Ипотечное кредитование. В 2017 г. произошло восстановление ипотеки до докризисного уровня – за год было выдано более 1 млн. ипотечных кредитов, что на 7,3% больше, чем в 2014 г. Объемы предоставленных кредитов составили 2 трлн. руб., на 15% превысив аналогичные цифры 2014 г. Рост относительно показателей предыдущего года – на 27% по количеству выданных ипотечных кредитов и на 37% по объему – был восстановительным после значительного спада в 2015 г.

Объем задолженности населения перед банками по ипотечным кредитам на 1 января 2018 г. составил 5,2 трлн. руб., увеличившись на 15% к предыдущему году и на 47% относительно 2014 г. (на 01.01.2015). Проблема просроченной задолженности, доля которой достигала 1,7% всей задолженности населения по ипотеке в 2015 г. и 1,6% в 2016 г., на фоне роста выдачи кредитов стала менее заметной: по итогам 2017 г. просроченная задолженность составила 1,3%, как и в 2014 г. Вместе с тем в предыдущий экономический кризис доля просроченной задолженности по ипотеке достигала 3,7% (в 2010 г.), что свидетельствует о развитии и росте устойчивости сектора за последние годы.

Когда в декабре 2014 – первом квартале 2015 г. ставки по кредитам резко возросли, для ипотечного кредитования наступили

сложные времена. Программой государственного субсидирования ставок был поддержан и платежеспособный спрос населения на новостройки, и банковский сектор, и жилищное строительство. Программа была адресована покупателям жилья на первичном рынке, готовым не менее 20% стоимости жилья оплатить собственными средствами и заключить кредитный договор с банком по льготной ставке 12% годовых с государственной поддержкой.

С января 2018 г. в Российской Федерации начала действовать новая программа льготной ипотеки под 6%. Она доступна только семьям, в которых с 1 января родится второй или третий ребенок. Как и предыдущая программа, она также нацелена на покупку жилья на первичном рынке. Министерство строительства и ЖКХ РФ на основе опросов населения прогнозирует, что программа дополнительно привлечет в ипотеку 620 тыс. семей, кроме этого еще около 730 тыс. семей смогут воспользоваться рефинансированием ранее выданных кредитов в рамках данной программы. Программа рассчитана на срок по 31 декабря 2022 г. и предусматривает возмещение недополученного кредитными организациями дохода по кредитам в общей сумме до 600 млрд. рублей.

Жилищное строительство во Владимирской области

Базовым документом, регулирующим жилищное строительство во Владимирской области, является постановление Губернатора Владимирской области от 17.12.2013 № 1390 «Об утверждении государственной программы Владимирской области "Обеспечение доступным и комфортным жильем населения Владимирской области"». Это постановление имеет восемь приложений. Как само постановление, так и приложения к нему неоднократно корректировались, в том числе и в 2018 и 2019 годах.

В соответствии с этой программой планируется увеличение годового объема ввода жилья к 2020 году до 760 тыс. кв. метров; рост удельного веса введенной общей площади жилых домов по отношению к общей площади жилищного фонда; рост уровня обеспеченности населения жильем до 29,0 кв. метра на человека к 2020 году; повышение доступности жилья, выражаемое в снижении коэффициента доступности жилья, до 2,5 года к 2020 году; повышение доступности жилья, выражаемое в росте доли семей, имеющих возможность приобрести жилье с помощью собственных и заемных средств, до 50 процентов к 2020 году; снижение цены на жилье, в том числе на жилье экономического класса, по отношению к ценам 2012 года на 20%.

По итогам 2017 года объем жилищного строительства увеличился на 6,7 процента: на территории региона введено в эксплуатацию 695 тыс. кв. метров, или 8256 новых квартир.

В части возведения социальных объектов. В 2017 году на их строительство и реконструкцию направлено 2,6 млрд. рублей из бюджетов разных уровней, что на 7 процентов больше уровня 2016 года. Это позволило ввести в эксплуатацию новый современный дом-

интернат для престарелых и инвалидов в Вязниках. Построены новые школы в посёлке Великодворский Гусь-Хрустального района и в микрорайоне 8-ЮЗ города Владимира. Введены в эксплуатацию водозаборные и очистные сооружения в моногороде Камешково. Кроме того, построено около 80 км инженерных сетей и 6 фельдшерско-акушерских пунктов в сельской местности, а также завершён второй этап реконструкции комплекса «Патриаршие сады» в г. Владимире.

В 2018 году продолжалась реконструкция средней школы в Петушках, строительство школ в Кольчугино и Собинке. В ближайших планах - строительство крупных спортивных объектов во Владимире, Петушках, Александрове и Судогде.

Во Владимирской области растет объём ипотечного кредитования, его рост в 2017 г. составил 31 процент, что выше, чем в аналогичный период прошлого года. А в денежном выражении рост составляет 38 процентов. Ипотека становится более доступной для работающих граждан, для молодых специалистов, для работников бюджетной сферы, а также для многих категорий граждан, которые обеспечены дополнительными социальными гарантиями.

Приобретение жилья на рынке с помощью ипотечных кредитов сегодня доступно лишь 27% семей, при этом прогнозируемые параметры увеличения доходов населения и улучшения условий ипотечного кредитования позволяют планировать повышение доступности приобретения жилья до 50% к 2018-2020 гг.

Таким образом, в обозримой перспективе даже при реализации благоприятных прогнозных сценариев значительная часть населения не будет иметь возможности самостоятельного жилищного обеспечения при помощи рыночных механизмов. Объемы строительства жилищного фонда социального использования по-прежнему чрезвычайно малы. В результате практически вне рамок государственной жилищной политики остаются значительные группы населения.

В краткосрочной перспективе динамика показателей доступности жилья будет характеризоваться крайней неопределенностью в связи с одновременным действием ряда разнонаправленных факторов:

- ожидаемое снижение рыночной цены жилья будет способствовать увеличению доступности приобретения жилья;

- снижение доходов населения и рост процентных ставок по ипотечным кредитам будут способствовать снижению доступности жилья;

- дефицит текущих инвестиций в жилищной сфере (капитальный ремонт, реконструкция, строительство новых жилых зданий взамен снесенных, ветхих) увеличился с 55% необходимого ежегодного объема таких инвестиций, или 1,1% ВВП, в 2000 г. до 70%, или 1,6% ВВП, в 2012 г., в том числе дефицит инвестиций в восстановление жилищного фонда увеличился с 64 до 75% в год, а в восстановление

коммунальных сетей - с 36 до 44% в год. Обусловлено это тем, что темпы увеличения жилищного фонда опережали темпы роста объема восстановительных инвестиций в этой сфере.

Таким образом, жилищная проблема во Владимирской области по-прежнему остается острой, а решение ее - актуальным. По ряду оценок одна из основных причин сокращения населения заключается в отсутствии перспектив решения жилищной проблемы населения репродуктивного возраста, то есть в основном молодого населения. Молодежь не менее, чем другие возрастные группы населения нуждается в жилье, так как именно в этом возрасте создаются семьи, это наиболее благоприятный детородный возраст. Отсутствие жилья для молодой семьи является главной причиной разводов, ведет к снижению рождаемости. В связи с этим решение жилищной проблемы молодежи является важнейшей социальной задачей государства.

По состоянию на 1 января 2016 года, согласно данным Владимирстата, в области нуждались в улучшении жилищных условий 3027 молодых семей, по состоянию на 1 января 2015 года их число составляло 3269, на 1 января 2014 года - 3433 молодые семьи. Динамика изменения данного показателя свидетельствует об эффективности принимаемых в области мер по оказанию помощи молодым семьям в улучшении жилищных условий.

Региональные программные мероприятия по обеспечению жильем молодых семей предусматривают создание системы государственной поддержки молодых семей в улучшении жилищных условий в целях стимулирования и закрепления положительных тенденций в изменении демографической ситуации во Владимирской области.

Продуманная и реалистичная политика в отношении семьи, расширение экономической поддержки семьи, и в частности помощь в приобретении и строительстве жилья, может серьезным образом повлиять на репродуктивное поведение молодежи.

В 2014-2016 годах 801 молодая семья Владимирской области получила социальные выплаты на улучшение жилищных условий, в том числе с использованием ипотечных жилищных кредитов и займов, при оказании поддержки за счет средств бюджетов всех уровней. В том числе: в 2014 году - 266 семей, 2015 году - 287 семей, в 2016 году - 248 семей. При этом с 2014 года первоочередным правом на получение социальных выплат пользуются многодетные семьи. В 2016 году 69 многодетных семей получили социальные выплаты в рамках подпрограммы, из предоставленных молодым семьям в 2016 году 248 жилищных свидетельств на приобретение (строительство) жилья в течение 2016 г. были реализованы все свидетельства на сумму 173 млн. руб. Кроме того, были оплачены 4 свидетельства, выданные и нереализованные молодыми семьями в 2015 году, см. табл. 27-29.

Таблица 27

Жилищный фонд Владимирской области (на конец года; общая площадь жилищ)

	2013	2014	2015	2016	2017
Весь жилищный фонд:					
всего, млн. м^2	36,2	37,6	38,0	38,6	39,5
в среднем на одного жителя, м^2	25,6	26,8	27,2	27,8	28,7

Таблица 28

Приватизация жилищного фонда Владимирской области

	2013	2014	2015	2016	2017	Всего с начала приватизации (1989г.) по состоянию на 01.01.2018 г.
Число приватизированных жилых помещений, тысяч	8,8	4,1	5,1	2,5	1,7	418,5
Общая площадь приватизированных жилых помещений тыс. м^2	407,9	157,4	231,3	107,2	72,2	18713,3

Таблица 29

Объем финансовых ресурсов, направленных на подпрограмму «Обеспечение жильем молодых семей» в 2014-2016 годах (тыс. рублей)

Источники финансирования	Всего в 2014-2016 гг.	В том числе по годам		
		2014	2015	2016
Федеральный бюджет	187 498,570	57 784,351	67 856,079	61 858,140
Областной бюджет	197 482,251	68 379,361	65 489,062	63 613,828
Местные бюджеты	185 909,812	69 286,785	68 953,419	47 669,608
ИТОГО:	570 890,633	195 450,497	202 298,56	173 141,576
Получили свидетельства о праве на социальные выплаты, кол-во семей	801	266	287	248

В 2017 году населением за счёт собственных и заёмных средств введено в эксплуатацию 201,6 тыс. м^2 жилья (1482 квартиры), что на 7,9% больше, чем в 2016 году. Доля этих домов в общем объёме введённого жилья составила 75,7%.

В 11 городских округах и муниципальных районах области объёмы построенного жилья превысили уровень предыдущего года. Среди них округ Муром, г.г. Владимир, Гусь-Хрустальный, районы: Собинский, Камешковский, Вязниковский, Гороховецкий, Юрьев-Польский, Петушинский и другие.

В соответствии с Законом Владимирской области от 28.12.2016 № 149-ОЗ «Об областном бюджете на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» и проектом Реестра объектов капитального строительства и капитального ремонта на 2017 год на финансирование объектов предусмотрены в 2017 году бюджетные ассигнования в сумме 3007,7 млн. рублей.

В области большое внимание уделяется вопросам ликвидации аварийного жилищного фонда.

Обеспечение жильем многодетных семей

Во Владимирской области особое внимание уделяется решению жилищных проблем многодетных семей. По данным Владимирстата, на учете в качестве нуждающихся в улучшении жилищных условий по состоянию на 1 января 2016 года состояло 1267 многодетных семей, на 1 января 2015 года - 1061 многодетная семья, на 1 января 2014 года - 926 многодетных семей. Динамика изменения данного показателя свидетельствует о том, что несмотря на принимаемые меры, проблема улучшения жилищных условий многодетных семей остается острой, а ее решение актуальным.

С 2014 года в области разработана и реализуется подпрограмма «Обеспечение жильем многодетных семей Владимирской области». В соответствии с условиями подпрограммы ее участникам - многодетным семьям предоставляются социальные выплаты на строительство индивидуального жилого дома в размере 35 процентов от расчетной средней стоимости жилья. Условием участия в подпрограмме является признание семьи нуждающейся в улучшении жилищных условий, наличие у многодетной семьи собственных или заемных средств.

Администрацией области принимаются меры по совершенствованию организационно-правового механизма реализации подпрограммы в целях повышения доступности данной меры социальной поддержки для многодетных семей. В 2016 году в подпрограмму внесены изменения, позволяющие увеличить размер социальной выплаты, семьям предоставлена возможность использовать выплату не только на строительство, но и на реконструкцию индивидуального дома, увеличен срок ввода в эксплуатацию строящихся и реконструируемых домов за счет предоставленной выплаты с 2 до 3 лет.

В 2014-2016 годах социальные выплаты на строительство индивидуального жилого дома были перечислены 81 многодетной семье, в том числе в 2014 году - 20 многодетным семьям, в 2015 году - 30 многодетным семьям, в 2016 году - 31 многодетной семье. В 2016 году на реализацию подпрограммы были направлены средства областного бюджета в сумме 17 973,9 тыс. руб., из местных бюджетов на эти цели использовано 2 942,1 тыс. руб., предоставлены жилищные свидетельства 34 многодетным семьям, из них 31 семья улучшила жилищные условия в 2016 году. Еще 3 свидетельства оплачены в 2017 году.

На обеспечение жильем отдельных категорий граждан, установленных Федеральными законами от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах» и от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов РФ», направлено 10,9 млн. рублей, выплаты предоставлены 18 гражданам. На мероприятия по обеспечению жильем граждан, уволенных с военной службы и приравненных к ним лиц, выделено 12 млн. рублей. Предоставлена 1 единовременная денежная выплата.

На предоставление жилищных субсидий государственным гражданским служащим Владимирской области и работникам государственных учреждений муниципальным образованиям перечислены средства областного бюджета в сумме 13,8 млн. рублей. Жилищные условия улучшили 34 человека.

Из областного бюджета на обеспечение жильем многодетных семей выделены средства в сумме 18,4 млн рублей, выплаты предоставлены 55 многодетным семьям.

На обеспечение жильем молодых семей муниципальным образованиям направлены средства в сумме 117,3 млн. рублей. Предоставлены жилищные свидетельства 226 молодым семьям.

В целом по стране ипотека преодолела кризисный спад. За 2017 г. населению было выдано более 1 млн. ипотечных кредитов, что на 7% больше чем в 2014 г. Объем выданных кредитов вырос на 15% к 2014 г.

Доля просроченной по ипотечным кредитам задолженности снизилась по итогам 2017 г. до 1,3% (как и в 2014 г.). Программа субсидирования государством ставок до 12% годовых по кредитам на новостройки в 2015-2016 гг. обеспечила 35% количества и 37% объема выдачи ипотечных кредитов населению. Программа прекратила свое действие в связи со снижением ключевой ставки ЦБ РФ до 8,5% в сентябре 2017 г.

Предложения

В рамках проекта формирования городской среды необходимо укреплять институты демократии, местного самоуправления, структуры гражданского общества. Для этого требуются развитие и поддержка института сельских старост, популяризация механизма софинансирования из областного бюджета мероприятий по благоустройству территорий, инициаторами которых являются сами

жители и при этом вносят посильный денежный вклад. Большое значение имеет оказание правового содействия развитию территориального общественного самоуправления в муниципальных образованиях области. Продолжить и расширить действие проекта по обмену лучшими практиками управления на муниципальном уровне на базе Владимирского филиала РАНХиГС при Президенте РФ.

Требуется расширить границы обсуждения вопросов градостроительных решений в рамках проведения публичных слушаний, привлечения Общественной палаты и представителей «Народного фронта» к решению первоочередных вопросов формирования городской среды.

5.4. Проблемы мотивации граждан к здоровому образу жизни и пути их решения

В соответствии с национальным проектом «Демография» предусмотрен региональный проект «Старшее поколение» и его финансирование из всех источников в размере 401,7 млн. руб. В рамках этого предусмотрено:

- не менее 23,5% грпраждан должны быть охвачены профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию;
- не менее 53,5% лиц старше трудоспособного возраста, у котрых выявлены заболевания и патологическое состояние, должны находиться под диспансерным наблюдениепм;
- для доставки лиц, проживающих в сельской местности, в медицинские организации должно быть приобретено 22 единицы автотранспорта.

1. Проект «Здоровое долголетие для всех»

Совет по общественному здоровью и проблемам демографии реализовал проект «Здоровое долголетие для всех».

При реализации проекта используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 17.01.2014 № 11-рп и на основании конкурса, проведенного Общероссийской общественной организацией «Лига здоровья нации», а также внебюджетные средства.

В числе мероприятий можно отметить следующие:

– организацию и проведение в 2015 г. конференции «Государственная политика по развитию биомедицинских технологий для профилактики старения и возраст-зависимых заболеваний». Целью данной конференции было знакомство участников с новейшими научными разработками, направленными на продление здорового периода жизни людей;

– создание в 2015 г. Российского альянса за продление жизни. В частности, в марте 2015 г. состоялся круглый стол «Развитие

биомедицинских технологий для профилактики и компенсации старения в Российской Федерации: проблемы и перспективы», где прошла дискуссия по первым результатам опроса стейкхолдеров биомедицинской индустрии о регуляторных барьерах, препятствующих разработке и внедрению технологий для защиты от дегенеративных процессов старения;

– инициирование обсуждения вопросов в части реализации мероприятий проекта активного долголетия в Общественной палате РФ и в «Общероссийском народном фронте»;

– в апреле 2015 г. вопросы активного долголетия обсуждались на VIII Конгрессе Международной ассоциации геронтологов и гериатров по Европейскому региону (the International Association of Gerontology and Geriatrics European Region 8th Congress 2015) в Дублине, Ирландия, в том числе от российской делегации был заявлен доклад «Старение как актуальная проблема общественного здравоохранения»;

– в 2018 году в России состоялся съезд геронтологов и гериатров с участием международных экспертов.

2. Здоровье человека и качество жизни

В основе поведения граждан к здоровому образу жизни лежат поведенческие аспекты. Они связаны с общественными процессами, состоянием экономики, уровнем социальной защиты и т.д., то есть с показателями качества жизни.

Здоровье человека является основой жизни, бодрости, оптимизма. Качество жизни населения – это обобщающая социально-экономическая категория, посредством которой оценивается уровень потребления населением товаров и услуг, возможность удовлетворять интеллектуально-нравственные потребности, а также здоровье населения, продолжительность жизни, условия среды, окружающей человека, морально-психологический климат, душевный комфорт и др. Эта категория носит и субъективный характер, поскольку определяет удовлетворенность конкретного человека[141]. Здоровый и больной человек по-разному смотрят на мир. Их желания, потребности и возможности могут существенно различаться, даже если они будут иметь одинаковый уровень благосостояния. Качество жизни больных (особенно хронических) значительно ниже, чем здоровых людей. А. Сен отмечает, что неравенство может проявляться не только в доходах, но и в состоянии здоровья[142].

---

[141] Важнейшими индикаторами качества жизни выступают условия труда и быта, отдыха, уровень здоровья населения, развития здравоохранения, образования, организации сферы обслуживания и др. Таким образом, «качество жизни» — это не какой-либо один показатель, а обобщающее понятие (см.: Бобков В. Н. О задачах повышения уровня и качества жизни населения России / В. Н. Бобков // Общество и экономика. - 2000. - № 2. С. 43; Жеребин В. М., Романов А. П. Уровень жизни населения. - М. : ЮНИТИ, 2002. С. 38).

[142] Социальная справедливость и развитие: Доклад о мировом развитии, 2006.

Любая общность граждан (государства, региона), отличающаяся высоким качеством жизни, одновременно характеризуется и высоким качеством здоровья как всеобъемлющим индикатором условий уровня их жизни. Фактор здоровья все больше становится показателем достигнутого уровня качества жизни людей, социально-экономического развития общества.

Выгоды человека от хорошего здоровья также заключаются в способности выполнить репродуктивную функцию. Как показывает статистика, дети сегодня рождаются менее здоровыми, чем раньше[143]. Проблемы здоровья являются причинами разногласий в каждой десятой семье[144].

В экономике постоянно подчеркивается увеличивающаяся роль человека как основного фактора производства. Существует взаимозависимость экономических отношений по поводу здоровья на всех уровнях, фазах воспроизводства, сферах человеческой деятельности. В структуре экономических отношений по поводу здоровья можно выделить следующие группы отношений.

1. Первая группа связана с формированием здорового образа жизни в быту, во внетрудовой деятельности людей, что связано с материальным положением индивида и его семьи, уровнем доходов, с обеспечением здоровых жилищно-бытовых условий, рациональным питанием, рациональным использованием внерабочего времени, организацией здорового отдыха, развитием физической культуры, спорта и т.д.

2. Во вторую группу входят отношения, связанные с занятостью, а также с использованием рабочей силы непосредственно в процессе производства. Колоссальная масса отношений и связей, возникающих по поводу общественного здоровья, которые подлежат исследованию, связана с трудовым периодом. В этот период возникают отношения по поводу получения профессии, повышения квалификации, занятости, миграции. Во многом определяется уровнем здоровья возможность приобщения к труду и использование его как источника материального благосостояния. Выбор занятия во многом определяется состоянием здоровья человека. Подходящей считается работа, которая соответствует профессиональной пригодности работника не только с учетом его профессиональной подготовки, опыта работы, но также и состояния здоровья.

Обзор. – Вашингтон : Всемирный банк, 2006.

[143] Это подтверждается строгой корреляцией между снижением здоровья женщин, прежде всего беременных, и увеличением рождения уже больных детей. По данным Росстата в2014 г. 32% беременных страдало анемией и более трети детей родились уже больными.

[144] Например, члены семьи могут быть здоровы физически, но не здоровы нравственно. К каким это последствиям может приводить, показывает анализ подростковой преступности, количества разводов. В то же время нездоровая атмосфера в семье может подорвать морфофизиологическое здоровье ее членов.

3. В третью группу включены вопросы быта и моральной атмосферы, в которых человек воспроизводится не только как биологическое существо, но и как активный член общества. Таким образом, особый слой отношений возникает по поводу оптимизации не только труда, но и отдыха работающих. Общественное развитие не может быть эффективным, если оно осуществляется в ущерб социальной сфере.

4. В четвертую группу входят отношения, связанные со средой обитания человека. Важнейшими условиями сохранения и улучшения здоровья населения являются охрана окружающей среды от загрязнения и рациональное природопользование. В настоящее время возник ряд крупных экологических проблем, которые приобрели глобальный характер[145]. Достоверно установлена связь между развитием целого ряда хронических заболеваний и загрязнением окружающей среды различными вредными для человека химическими и другими веществами.

В четвертую группу входят отношения, характеризующие социально-экономическую устойчивость человека в обществе. Это, прежде всего отношения, связанные с безработицей, уровнем жизни. Встают проблемы социальной безопасности личности, бедности[146].

Б. Б. Прохоров характеризует общественное здоровье как «основной признак, основное свойство человеческой общности, ее естественное состояние, отражающее индивидуальные приспособительные реакции каждого сочлена общности людей и способность всей общности в конкретных условиях наиболее эффективно осуществлять свои социальные и биологические функции»[147].

Состояние здоровья в целом зависит от биологических, психологических и наследственных свойств человека; природных воздействий (климат, погода, флора, фауна и др.); состояния окружающей среды (загрязнение химическими, физическими, биологическими агентами и др.); социально-экономических, политических и прочих факторов, обычно действующих через условия труда и быта; состояния служб здравоохранения, кадров, уровня медицинской науки[148].

---

[145] В 103 городах страны, где проживает более 50 млн человек, предельно допустимые концентрации вредных веществ в выбросах в атмосферу превышаются в 10 и более раз. Экологический ущерб наносится буквально на всех уровнях народного хозяйства. Самым тяжелым и опасным его проявлением является ухудшение состояния здоровья населения. В начале 90-х годов в стране примерно 20 % всех заболеваний были непосредственно вызваны загрязнением окружающей природной среды.

[146] Жилина Ж. А., Новиков А. И., Цветков С. А. Защита от бедности: проблемы и пути решения // Вестник ВлГУ. Серия «Экономика». - 2016. - № 2 (3). - С. 85-92.

[147] Прохоров Б. Б., Горшкова И. В., Шмаков Д. И., Тарасова Е. В. Общественное здоровье и экономик. - М. : МАКС Пресс, 2007. - 288 с. С. 38.

[148] Новиков А. И., Чистяков М. С. Валеология как детерминанта развития России / Российская государственность и революция: социально-политические и

В нашем понимании общественное здоровье предстает как система отношений, которая складывается по поводу индивидуального здоровья, и как здоровье нации, выступающее в качестве среды.

Физическое (психофизиологическое) здоровье трактуется как отсутствие психических и физиологических заболеваний, как способность человека нормально выполнять свои жизненные функции (продолжение рода; трудовые функции, воспитательные; социальные задачи; нормальное общение). Физическое здоровье характеризуют следующие показатели: смертность, заболеваемость, инвалидность, ожидаемая продолжительность жизни.

Духовно-нравственное здоровье человека выступает как система духовно-нравственных ценностей, способствующих формированию целостной, гармонично развитой личности. Ценности должны отвечать таким критериям, как гуманность, самоценность жизни, самосохранительное поведение и здоровый образ жизни, и соответствовать определенным, принятым в данном обществе нормам[149].

Здоровье человека нельзя определить и понять в отрыве от конкретной среды, в которой он живет. Образ жизни индивидуума – это слепок социальных отношений, господствующих в обществе в целом. Социальное здоровье как здоровье нации предлагаем рассматривать в качестве совокупности факторов, непосредственно (или опосредованно) влияющих на социальную активность населения, на ее интенсивность и продолжительность, предполагающих: 1) раскрытие человеческого потенциала; 2) социальное благополучие; 3) активное долголетие.

Характеристика социального здоровья предполагает выделение следующих взаимосвязанных факторов: экологическая составляющая, жилищные и транспортные условия жизни, содержание и условия трудовой деятельности (охрана труда), качество общения между людьми, качество питания и обеспеченность необходимыми предметами для нормальной жизни, уровень социальных болезней, девиантное поведение, включая преступность.

Говоря о социальном благополучии, можно отметить, что многие обращают внимание на культурную составляющую в рамках социального благополучия, т.е. на достижение санитарно-гигиенической культуры (медицинская грамотность, экологическая

культурные детерминанты развития России в XX-XXI веках: материалы научно-практической конференции (Калягинские чтения) 14-15 октября 2016 г. / под. ред. Р. В. Евстифеева. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС. – С. 104-112.

[149] Новиков А. И., Краснова В. П., Грязнова М. В. Медико-психологические проблемы алкоголизации населения Ивановской области / Алкоголь в России: № 3: материалы третьей межд. Науч.-практ. конф. (Иваново, 26-27 октября 2012 г.). – Иваново : Филиал РГГУ, 2012. – С. 92-95.

грамотность), а также на необходимость особо выделить *проблему образа жизни.*

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы. На страницах исследования мы даем авторское понимание общественного здоровья, которое понимаем как здоровье человека (психофизиологическое и духовно-нравственное) и здоровье нации или социальное здоровье (как социальная среда). Авторское видение заключается в разграничении темы общественного здоровья по принципу: «здоровье индивида - здоровье нации». При этом физическое или психофизиологическое здоровье трактуется как отсутствие психических и физиологических заболеваний, как способность человека нормально выполнять свои жизненные функции (продолжение рода, трудовая и воспитательная деятельность; социальные обязательства, бытовое общение). В числе показателей, характеризующих физическое здоровье, мы называем: заболеваемость, инвалидизацию, смертность, ожидаемую продолжительность жизни. Духовно-нравственное здоровье определяется нами как система духовно-нравственных ценностей, способствующих формированию цельной, гармонично развитой личности. В числе показателей духовно-нравственного здоровья мы особо выделяем следующие: заболеваемость и смертность населения от социальных болезней, часто связанных с образом жизни, уровень самоубийств, отравлений, уровень преступности и др.

В свою очередь, социальное здоровье как здоровье нации мы предлагаем рассматривать в качестве совокупности элементов, непосредственно или опосредованно определяющих социальную активность населения, ее интенсивность и продолжительность. В данном контексте общественное здоровье рассматривается как устойчивое триединство - «социального благополучия, развития человеческого потенциала и активного долголетия».

3. Наука «Санология» в модели формирования здорового образа жизни

В конце XX века Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предложила некую интегральную концепцию развития медицины, основная идея которой заключается в том, что в XXI веке медицина должна перейти от «защитно-оборонительных» позиций к «социально-конструктивным», связанным с созиданием самого здоровья и активного долголетия людей.

При этом принципиально должна измениться и роль врача. Из «лечащего болезни» он должен стать «конструктором здоровья», а «медицина болезней» должна превратиться в «медицину здоровья»[150].

Реализуя поставленные задачи, отечественная медицина уже с

[150] URL: http://www.kashitsev.ortox.ru/biblioteka-izbrannoe/view/id/12757 (дата обращения: 15.02.2019).

70-х годов ведет разработки в подобном направлении. В эти же годы академик Ю. П. Лисицын, возглавлявший исследования этого направления, предлагает определить его понятием «санология» («санус» – лат. здоровый).

Он пишет: «Санология – это наука об общественном здоровье, которое мы рассматриваем с двух позиций: 1) здоровья населения или санитарного состояния, измеряемого медико-статистическими общепринятыми показателями; 2) общеисторической (социологической), отражающей одно из состояний, качество общества, его функцию по охране и улучшению здоровья людей»[151].

Вряд ли целесообразно оспаривать значение санологии для любого государства, особенно государства демократической ориентации, которое связывает свое существование с решением одной из основных задач – обеспечением здоровья населения с помощью создания государственной общественной системы здравоохранения, призванной проводить санитарно-гигиеническую, профилактическую и лечебную работу. Именно показатели состояния здоровья населения – статистика детской и взрослой смертности, параметры заболеваний, продолжительность жизни – являются показателями благополучия страны или государства.

Одним из принципиальных достижений санологии является выявление того, что из всего многообразия факторов, определяющих здоровье человека (наследственность, экология, медицинское обслуживание и т.д.), самым значимым, определяющим фактором оказался фактор «образа жизни» человека. Правда, само понятие «образ жизни» затем в санологии сводили, как правило, к показателям экономико-материального уровня (объем жилплощади, характер труда, размер доходов на члена семьи и т. п.).

Санология - наука (концепция, учение) о здоровье здоровых, его охране, укреплении, умножении, воспроизводстве, о здоровье как общественном богатстве и потенциале общества - общественном здоровье. Сформулированы следующие принципы развития санологии:

- санология формирует ответ на вопрос о сущности двух основных медицинских категорий - здоровья и болезни, опираясь на естественнонаучные знания, философские и социологические понятия;

- санология рассматривает здоровье как проявление жизнедеятельности человека в оптимальных условиях, а болезнь - как проявление жизнедеятельности в условиях стесненной, нарушенной, ограниченной свободы, ведущей к нарушениям естественных жизненных функций;

- санология утверждает обусловленность здоровья как факторами внешней среды (природными и социальными), так и внутренними

[151] Лисицын Ю. П. Санология-валеология и некоторые концепции формирования здоровья. – М. : Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010.

факторами (генетическими, конституциональными, онтогенетическими);

- санология опирается на изучение образа жизни и связанных с ним факторов риска возникновения болезней;

- санология исходит из плюриализма значительного числа хронических заболеваний, которые связаны с образом жизни в экономически развитых странах («болезней цивилизации»);

- санология опирается на представления о существовании единых, фундаментальных механизмов саногенеза и патогенеза, реализация которых определяет развитие, течение и исход разных патологических состояний;

- санология придает исключительную роль адаптации как процессу обеспечения жизнедеятельности организма;

- санология исходит из представления о сложной иерархической системе управления процессами патогенеза и саногенеза[152].

Предмет науки «санология» есть:

а) наука о здоровье здоровых;

б) наука о здоровье больных;

в) наука о здоровье группы риска.

Различные состояния человека. Структура здоровья. Структура курса «санология»

Как указывает академик Ю.П. Лисицын, до сих пор существует тенденция определять здоровье населения, в т.ч. детей и подростков, через понятие «нездоровье». А это значит, что медицина остается во власти патологии.

Санология (от *sanitas* – здоровье) – термин, предложенный акад. Ю.П. Лисицыным, означает направление медицины (здравоохранения) здоровья, в отличие от традиционной науки и практики врачевания, лечения.

Санология – теория и практика охраны и укрепления, умножения, воспроизводства здоровья здоровых людей.

В самом общем определении – это теория и практика об общественном здоровье, именно о здоровье, а не о патологии (болезнях, заболеваемости и пр.), которой испокон веков в основном занимается медицина с ее теориями и практикой, несмотря на заявления о роли профилактики, достижения в предупреждении заболеваний, прежде всего эпидемических, инфекционных.

Санология – концентрация знаний и практических приемов, в том числе используемых медициной (особенно в области индивидуальной профилактики, санэпидмероприятий) на promotion of health, т. е. формировании, сбережении, умножении – воспроизводстве здоровья (индивидуального и общественного, группового). Используя научные данные об этиологии, патогенезе, санология стремится к созданию средств управления здоровьем, к формированию *саногенеза*.

[152] URL: http://ponjatija.ru/node/13013 (дата обращения: 15.02.2019).

Санология не только научное направление, но и идеология социальной политики в области охраны и укрепления здоровья населения. Санология предлагает теоретические обобщения как векторы практики и методы внедрения наиболее эффективных приемов оздоровления в практическую медицину и социальную политику. Сказанное выше относительно обусловленности общественного здоровья и санологии можно рассматривать, с одной стороны, как конкретные достижения медицины XX века, претворяемые с успехом на практике в ряде стран, в том числе в России. С другой – как крупное теоретическое обобщение, касающееся формулировки и решения основного вопроса медицины – от чего (кого) непосредственно зависит здоровье, приведшее к расчету и доказательству, так сказать, формулы или модели обусловленности здоровья, в которой решающая роль принадлежит факторам образа жизни[153].

Основные задачи данной работы заключаются в общем рассмотрении таких явлений отечественной науки, как санология и валеология, а также основных подходов к рассмотрению категории здоровья.

Валеология как детерминанта развития России

Наука «Валеология» в модели формирования здорового образа жизни

Здоровье – это системное образование, что проявляется в зависимостях и связях здоровья общественного и индивидуального. Классическая медицина никогда не выходила на уровень создания теории индивидуального здоровья. И это не случайно. Современные специалисты признают, что «в медицинской науке нет общепринятого определения «здоровья» и его детерминирующих факторов»[154], имеется в виду здоровье индивидуальное.

Исключение составляет точка зрения специалистов ВОЗ, которая была принята в 1946 г. в проекте Устава международной организации, который вступил в силу в 1948 году. Здоровье определялось как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней или физических дефектов» (Устав ВОЗ).

Валеология – это наука, которая изучает сущность, механизмы и проявления индивидуального здоровья, методы его диагностики и прогнозирования, а также коррекции путем оптимизации механизмов здоровья с целью повышения его уровня, улучшения качества жизни и социальной адаптации индивида.

Предмет исследования валеологии: индивидуальное здоровье, его механизмы, возможности управления ими.

Объект валеологии: индивиды, находящиеся во всем диапазоне здоровья.

---

[153] Лисицын Ю. П. Здравоохранение в XX веке. – М. : Медицина, 2002. – 216 с.

[154] Левин Я. И. Клиническая сомнология: проблемы и решения // Неврологический журнал. - 2004. - № 9 (4). - С. 4-13.

Теоретические основы валеологии как науки

1. Валеология рассматривает индивидуальное здоровье как самостоятельную социально-медицинскую категорию, сущность которой может быть количественно и качественно охарактеризована прямыми показателями.

2. Между состоянием здоровья и состоянием болезни выделяются переходные состояния, характеристика которых определяется соотношением механизмов здоровья и болезни.

3. Здоровье рассматривается как более широкая категория по сравнению с болезнью. Предболезнь и болезнь – частный случай здоровья, когда уровень его снижен или имеются его дефекты.

4. Уровень структурной организации, исследуемый в валеологии – преимущественно организменный, подход – холистический (целостный).

Основные задачи валеологии

1. Разработка и реализация представлений о сущности индивидуального здоровья, поиск моделей его изучения, методов оценки и прогнозирования.

2. На основе количественной оценки здоровья индивида разработка систем скрининга и мониторинга за состоянием здоровья населения.

3. Формирование «психологии здоровья».

4. Разработка методологии и методов формирования, сохранения и укрепления индивидуального здоровья.

5. Обеспечение первичной и вторичной профилактики заболеваний путем повышения уровня здоровья.

6. Разработка программ повышения уровня здоровья популяций через индивидуальное здоровье[155].

В конце XX в. валеологии как научному направлению, поставившему в центр своих научных интересов индивидуальное здоровье, исполнилось 20 лет. В 1980 г. И. И. Брехман впервые высказал идею о необходимости выделения здоровья индивида в качестве предмета исследования. Пережив период непризнания, сегодня валеология стала популярной. Ей посвящены тысячи публикаций и несколько десятков монографий, термин «валеология» известен врачам, педагогам, психологам и психиатрам, специалистам по физическому воспитанию и др. Появившись в медицине, валеология быстро перешагнула рамки медицинской науки и стала метанаукой, сформировав несколько научных направлений со своими собственными предметами исследования. В медицине – это механизмы индивидуального здоровья, возможности управления этими механизмами, в педагогике – закономерности вовлечения личности в

[155] Брехман И. И. Валеология – наука о здоровье. – 2-е изд., доп., перераб. – М. : Физкультура и спорт, 1990. – 186 с.

процесс собственного здравостроительства. Именно это обстоятельство – наличие своего предмета исследования – явилось основанием для выделения медицинской и педагогической валеологии в самостоятельные научные дисциплины. На стадии оформления находится и психовалеология.

Предмет науки «валеология»:

а) наука об общественном здоровье;

б) наука об индивидуальном здоровье;

в) наука о здоровье здоровых и влиянии на него образа жизни.

Индивидуальное здоровье человека как предмет валеологии

Конкретизация сущности индивидуального здоровья – основная методологическая проблема валеологии.

Базовым принципом общественного здоровья может служить тезис: «здоровье индивида - здоровье нации». При этом физическое или психофизиологическое здоровье трактуется как отсутствие физиологических и психических заболеваний, как способность человека нормально выполнять свои жизненные функции (продолжение рода, трудовая и воспитательная деятельность, социальные обязательства и т.д.).

В числе показателей, характеризующих физическое здоровье, мы называем: заболеваемость, инвалидизацию, смертность, ожидаемую продолжительность жизни и пр. Духовно-нравственное здоровье определяется нами как система духовно-нравственных ценностей, способствующих формированию цельной, гармонично развитой личности. В числе показателей духовно-нравственного здоровья мы особо выделяем следующие: заболеваемость и смертность населения от социальных болезней (пьянство, наркотики), часто связанных с образом жизни; уровень самоубийств, отравлений; уровень преступности и др.

Состояние здоровья в целом зависит от биологических, психологических и наследственных свойств человека. На общественное здоровье влияют экзогенные и эндогенные факторы. По мнению В. Колесова, улучшение уровня общественного здоровья неразрывно связано с охраной природной и социальной среды, оздоровлением условий труда и повсеместным распространением здорового образа жизни[156].

В рамках данной статьи остановимся на решение третьей проблемы, связанной с системой обучения «здоровью».

Здоровье как нечто «данное» при рождении есть особый базовый элемент существования человека, витальная ценность, необходимый ресурс жизнедеятельности, поэтому в рамках общественных интересов

[156] Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса: учебное пособие / под общ. ред. проф. В. П. Колесова. - 2-е изд., доп. и перераб. – М. : Права человека, 2008. С. 221-222.

нуждается в скрупулезной заботе на всем жизненном пути человека.

В условиях глобального технологического развития, вовлечения человека чуть ли не с рождения в непрерывный обучающий процесс выделим ритмико-биологические аспекты, влияющие на физиологическое состояние человека. Это может быть использовано в прикладном плане с целью формирования биоритмологической информационной базы в анализе эффективности компенсационных и адаптационно-приспособительных функций человека.

Ввиду того, что биологические ритмические колебания различного генеза способствуют наиболее гармоничному и рациональному выстраиванию взаимоотношений с внешней средой, данный *биоритмологический подход* фокусирует наши знания в русло сохранения как индивидуального здоровья, так и его влияния на общественное здоровье в целом.

Рассмотрим физиологическую деятельность организма и присущие ему биоритмические циклы с точки зрения эволюции и системного подхода.

Во-первых, происходящие в организме процессы в определенные промежутки времени (сутки, месяцы, годы) были известны задолго до современной биологической науки, описаны в старинной рукописи «Книга перемен» (IV-III в. до н.э.).

Во-вторых, Концепция о так называемом биологическом времени была выдвинута В. И. Вернадским еще в 1932 г. Многие ученые признают, что биоритм отражает течение времени в живой системе. И получила развитие в трудах других авторов. По отношению к человеку несомненный интерес представляет изучение того, как им воспринимается время. Следует иметь в виду, что течение времени в биологических системах «преломляется» через закономерности их временной организации[157].

По длительности биоритмов их различают:

- высокочастотные биоритмы (доли секунды - 30 минут) – физиологические процессы в нейронах, сердечно-сосудистой системе, перистальтика кишечника и стенок мочевого пузыря;

- среднечастотные ритмы (30 минут - 28 часов) – гормональная активность, периодичность в повышении и понижении работоспособности;

- ритмы, входящие в диапазон от 28 часов до 7 суток, – колебания температуры тела, объем форменных элементов крови;

- группа биоритмов с периодом более 3 недель (от 21 дня до года) – циклические процессы в репродуктивной системе женщины);

- биоритмы, охватывающие период от нескольких лет до десятилетий.

---

[157] Комаров Ф. И., Романов Ю. А., Моисеева Н. И. Хрономедицина – новое направление в медико-биологической науке и практике / Хронобиология и хрономедицина. - М. : Медицина, 1989. С. 5-17.

Здоровый организм характеризуется четко организованной системой суточных биологических колебаний физиологических процессов. Изменение показателей биоритмов свидетельствует о процессах, которые можно охарактеризовать как «хаотизация ритмов». Это есть серьезный сигнал, который свидетельствует о патологических процессах в организме.

Нарушения временной организации физиологических процессов, дисбаланс биологических ритмических колебаний в организме носит название *десинхроз.* Синхронизация постоянства внутренней архитектуры биологических ритмов осуществляется через так называемые времязадатели (или синхронизаторы ритма), которые подразделяются на физические и социальные.

Циклическая смена света и темноты является первостепенным физическим времязадателем, проявляемым через чередование сна и бодрствования. Свет является естественным активатором к психофизиологической деятельности, темнота – к ее угнетению и покою.

Социальными времязадателями являются проявления современной цивилизационной действительности, осознаваемые человеком: трудовая и бытовая действительность, атрибуты мегаполисов, временной хронометраж в деятельности большинства элементов социума и т.д.

Сон и бодрствование – основные состояния человека, циклически повторяющиеся каждые сутки в рамках циркадных ритмов и сопровождающиеся изменениями физиологических функций и поведения. Нарушение сна сказывается на дневном функционировании организма, поскольку определенные стадии и фазы сна обеспечивают восстановительную функцию, переработку и сохранение в памяти информации, полученной в период бодрствования, оптимизацию функций внутренних органов[158].

Фундаментальной медициной доказано влияние закономерностей ритмических биологических процессов на эффективную деятельность человека, разработаны оптимальные схемы воздействия биоритмов с лечебной и профилактической целью. Данный раздел хронобиологии носит название хрономедицина (включает хронофизиологию и хропатологию) и изучает сезонные заболевания. Немаловажную роль в деятельности организма как целостной саморегулируемой системы играет *хронотип человека.*

Хронотип человека является индивидуальной особенностью организма, он не подчиняется законам и правилам живой природы. Выделяют три хронотипа человека, условно названные «жаворонки», «совы» и «голуби». Градация к определенному типу зависит от степени активности человека в определенный промежуток дня – в утренние или вечерние часы.

[158] Левин Я. И. Указ. соч. С. 4-13.

Существует множество подходов и мнений о влиянии различных факторов (биологических, социальных) на принадлежность того или иного человека к определенному хронотипу. При устойчивой, устоявшейся системе «сон-бодрствование», режима трудовой деятельности, отдыха, питания весь комплексный механизм биоритмов имеет строго регламентированный и упорядоченный характер. Тем не менее у каждого индивидуума биоритмологические циклы изменений активности органов и систем носят специфический характер.

«Жаворонки» (≈ 20-25% от общей численности) рано засыпают, легко пробуждаются в утренние часы, имеют высокую работоспособность и достаточно энергичны именно в утренние часы. У данного хронотипа вечером трудоспособность снижена, усиливается тенденция к засыпанию.

«Совы» (≈ 30-40%) поздно отходят ко сну, просыпаются позднее, актианость проявляется во второй половине дня и наблюдается до поздней ночи. В утренние часы биоритмы активности низкие, что проявляется в вялости и определенной заторможенности.

Третий хронотип, к которому относится большинство людей (≈ 35-50%), не характеризуется четко очерченными признаками двух ранее описанных хронотипов – у них нет пика активной деятельности в утренние или в вечерние часы. Для них характерна иная особенность биологических ритмов – наибольшая работоспособность у них выражена в 10-12 и 16-18 часов, самой низкой точкой активности у них является период с 2 до 5 часов.

Установлено, что работоспособность изменчива не только в суточный период, но и в течение всей недели. В понедельник умственная и физическая работоспособность минимальна, максимального пика достигает в среду и в четверг, в пятый день недели работоспособность начинает снижаться. Неоспорим факт социальной природы недельного ритма активности и работоспособности человека.

Наиболее остро в современном обществе стоит вопрос хронического недосыпания. Сокращение нормальной длительности сна, ухудшение его качества отражаются на его распределении по физиологически выверенному периоду суточного цикла, что влечет за собой *хроническое недосыпание*, проявляемое в хронической усталости, различных заболеваниях, приводящих (в исключительных случаях) к тяжким последствиям. Данная опасная тенденция является побочным следствием всех тех благ и издержек, которые несет в себе современная цивилизация.

Специальная общественная комиссия США «Сон, катастрофы и социальная политика» еще в 1988 году пришла к выводу, что быт и характер производственной деятельности человека в условиях научно-технической революции (управление автомобилем, «общение» с компьютером и т.д.) диктуют необходимость постоянного поддержания бодрости и высокого уровня алертности (готовности к

действию) большую часть времени суток. Необходимой предпосылкой этому является строгое соблюдение жестких требований гигиены сна, включая вопросы эргономики кровати, дивана и т.д.

В то же время образ жизни современного человека плохо согласуется с этими требованиями (залитые электрическим светом ночные города – так называемый «эффект Эдисона», постоянный шум, поздние передачи по телевидению и пр.). В результате, как осознано в настоящее время мировой медицинской и научной общественностью, возникают такие явления, как сонливость и утомление, вызванные в том числе и хроническим недосыпанием. Это чревато весьма серьезными последствиями в производственной сфере, на транспорте и т. п., и даже может быть одной из важнейших причин (скрывающихся за неопределенным термином «человеческий фактор») целого ряда инцидентов и катастроф. В числе последних западные источники называют аварии на атомных электростанциях (пример Чернобыля в СССР) и др. Таковы *социальные* последствия недосыпания ночью и избыточный сонливости днем.

С точки зрения медицинской науки – некачественный сон на протяжении длительного времени индуктирует дневную сонливость, активирует патофизиологический процесс, повышает риск возникновения сердечно-сосудистых, онкологических и неврологических заболеваний.

Биологические часы – универсальный внутриклеточный механизм на молекулярной основе и функционирующий в автономном режиме. Важнейшей частью биологических часов является *мелатонин* – «гормон темноты», вырабатываемый эпифизом. Яркий свет моментально блокирует синтез мелатонина, пребывание же в темноте провоцирует выброс гормона в биохимическую среду организма. Однако у человека повышение уровня мелатонина не означает безоговорочное наступление процесса засыпания. Мелатонин обладает мягким седативным действием, способствует общей миорелаксации, снижает реактивность на обычные общие раздражители.

Мелатонин играет значительную роль в пробуждении. Именно пробуждение после восхода солнца и наступления светового дня является необходимым физиологическим процессом в цепочке последовательных элементов хорошего самочувствия человека, оптимального функционирования всех систем организма. Искусственное же прерывание сна через опережение естественной событийности хронологических процессов приводит к нарушению физиологии сна. При тенденции к постоянному нарушению баланса «сон – бодрствование» данное обстоятельство является катализатором наступления патологических процессов в нервной, сердечно-сосудистой, иммунной системах, оказывает пагубное влияние на перспективное состояние здоровья человека.

Таким образом, проблема здоровья индивида и здоровья всего

общества должна выступать базовой установкой с точки зрения эволюции социально-политических и культурных детерминант. Социальная политика государства должна акцентироваться не столько на эффективности использования светового дня в трудовом процессе, сколько на нивелировании или минимизации всевозможных «факторов-нарушителей» сна и ночного покоя сограждан. А это положительно скажется как на снижении уровня промышленных катастроф и транспортных аварий, так и на росте производительности труда.

Питейная политика в России в аспекте сохранения национальной идентичности[159, 160]

«Питейная» политика в России полна противоречий и отличается непоследовательностью, непостоянством, крайностями принимаемых государственных решений. В России политические деятели «рапортуют» о снижение потребления алкоголя, заявляют о здоровых тенденциях в обществе, не пытаясь установить причинно-следственную связь этих процессов.

По данным Росстата, продажа алкоголя в стране за 2014-2015 гг. действительно сократилась, в том числе продажа водки сократилась на 7,5%, виски – на 7,5%, пива на 2,5%, соответственно сократилось и потребление спиртных напитков.

В свете национального проекта «Демография» для Владимирского региона утверждены следующие показатели употребления алкоголя:

- розничные продажи алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола или литрах чистого спирта) – 7,1 л;
- смертность мужчин в возрасте 16-59 лет (на 100 тыс. населения) – 843,2;
- смертность женщин в возрасте 16-54 года (на 100 тыс. населения) – 239,8.

В качестве доказательной базы приведем данные традиционного исследования «РосИндекс» компании Ipsos Comcon[161] (в исследовании принимали участие граждане старше 21 года, которые проживают в городах с населением более 100 тыс. человек). По данным этой компании, общие тенденции к снижению потребления алкоголя следующие, если в 2006 г. 74% россиян потребляли алкоголь хотя бы раз в квартал, то в 2015 г. - только 69%. В абсолютных цифрах это чуть

---

[159] Новиков А. И., Анисимова О. К. Специфические факторы развития алкоголизма и наркомании в зонах «101 км» / Алкоголь в России: № 3: материалы третьей межд. науч.-практ. конф. (Иваново. 26-27 октября 2012 г.). – Иваново : филиал РГГУ, 2012. – 232 с.

[160] Новиков А. И. Проблема созависимости в развитии алкоголизма в России / Алкоголь в России: мат-лы пятой межд. науч.-практ. конф. (Иваново, 24-25 октября 2014 г.). – Иваново, 2014. – 148 с.

[161] URL: https://www.ipson.com/documents/2017/09/20.

более 38 млн. человек, употреблявших алкоголь в 2006 году, и менее 36 млн человек в 2015 году. То есть за это время число любителей спиртного сократилось на 2,1 млн. человек. Однако аналитики алкогольного рынка не разделяют столь радужные перспективы в части оздоровления населения. Известно, что страна вступила в демографическую яму по причине негативных последствий снижения рождаемости в 90-е годы прошлого века. По нашему мнению, именно этим объясняется снижение потребления алкоголя в абсолютных количествах, так как прирост потенциальных потребителей алкоголя снизился примерно вдвое.

В рамках предвыборной кампании и выборов в Государственную Думу 2016 года практически все партии касались в той или иной степени вопроса монополии на спиртосодержащие напитки и предлагали разную систему мер по борьбе с незаконным оборотом алкоголя на российском рынке. Вопросы монополизации связывали с формированием доходной части бюджета как существенной потерей в экономике страны.

Практические действия Правительства Российской Федерации дают нам основание заявить о том, что на отечественном рынке алкоголя происходит квазирегулирование, но никак не борьба с пьянством и оздоровление населения.

За период с 2012 по 2017 г. на территории Российской Федерации зарегистрировано 301 182 случая острых отравлений от спиртосодержащей продукции, в том числе 81 226 случаев - с летальным исходом (27,0%).

В 2017 году показатель острых отравлений от спиртосодержащей продукции составил 32,0 случая на 100 тыс. населения (2016 г. - 32,9; 2015 г. - 34,6; 2014 г. - 33,6; 2013 г. - 36,4; 2012 г. - 38,8), в том числе с летальным исходом 0,082 случая на 1 тыс. населения (в 2016 г. - 0,089; в 2015 г. - 0,098; в 2014 г. - 0,097; в 2013 г. - 0,095; в 2012 г. - 0,101 случая на 1 тыс. населения) (табл. 30).

Таблица 30

Динамика острых отравлений от спиртосодержащей продукции населения РФ

Показатель	2012		2014		2015		2016		Темп прироста показателя к 2012 г., %		
	всего (чел.)	на 100 тыс. нас.	всего (чел.)	на 100 тыс. нас.	всего (чел.)	на 100 тыс. нас.	всего (чел.)	на 100 тыс. нас.	всего (чел.)	на 100 тыс. нас.	по всего (чел.)
Острые отравления	55 365	38,8	48 807	33,6	50 463	34,6	47 898	32,9	46 620	32,0	-17,5
из них с летальным исходом	14 334	0,101	14 041	0,097	14 250	0,098	13 004	0,089	12 008	0,082	-20,0

Приведенные показатели свидетельствуют о пассивности структур государственного регулирования обращения винно-водочных

изделий. А Правительство РФ больше волнуют вопросы получения акцизов и налогов от их производства и продажи.

Достаточно привести спор Министерства экономики и Министерства финансов, которые в своих мероприятиях предусматривали разные подходы по формированию акцизного налога, в частности, первое министерство ратовало за снижение цены на водку, второе – за увеличение акцизного налога и естественное увеличение цен на нее.

При рассмотрении проекта бюджета на 2017 и плановый период 2018, 2019 годов Губернатор Владимирской области С. Ю. Орлова в условиях сокращения бюджета на здравоохранение предложила налог на подакцизный алкоголь передать субъектам Российской Федерации. Из этого предложения вытекает, чем активнее будем «спаивать» народ в регионах, тем больше средств останется на местах на здравоохранение и другие социальные программы.

Отсюда вытекает, что «питейная» политика в России непредсказуема, тогда как проблема пьянства еще крайне острая.

Согласно утверждениям наркологов (данные за 2014 г.), более 3 миллионов населения России страдают от алкогольной зависимости; на 2,5 миллиона российских граждан приходится 100 000 алкоголиков; на каждую 1000 подростков приходится более 25 детей, страдающих от алкоголизма; 76% населения России употребляет спиртные напитки каждый день; 20% девушек и 30% парней не отказываются от алкоголя во время праздников или других мероприятий.

Потребление спиртных напитков составляет в среднем 10 литров в год на душу населения, при том, что опасная доза алкоголя составляет 8 литров в год; более полумиллиона россиян умирает от отравления спиртными напитками каждый год.

И все же процесс относительно стабильного социально-экономического развития в первом десятилетии XXI века положительно сказался на социальном оздоровлении общества, сокращение доли маргинальных групп и т.д. Однако в условиях внешних вызовов, кризисных явлений в экономике страны в 2014-2016 годах произошло падение жизненного уровня населения, обострились социопсихические процессы в обществе. Отрицательные примеры 90-х годов прошлого века должны напоминать нам о таких явлениях, как бездомные, безработица, бедность, причем с тенденцией угрожающего разрыву между бедными и богатыми. В этих условиях населению приходится приспосабливаться. Часто данный процесс протекает через «алкогольную адаптацию», что может привести к становлению определенной «культуры бедности». По мнению Ю. А. Левады, данное явление можно назвать «разрушающей адаптацией»[162].

[162] Левада Ю. А. Человек приспособленный // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. - 1999. - № 5. - С. 5-17.

В современной научной литературе накоплен обширный опыт изучения проблематики алкоголизации населения, представляющей собой значительную научно-методологическую и практическую проблему. Алкоголизм по своей сути является мультифакторным заболеванием, т.е. его течение определяется сочетанием различных факторов, имеющих взаимное влияние друг на друга. Для подобного рода мультифакторных патологий применяется термин «подверженность». Данная дефиниция отражает врожденную предрасположенность к развитию алкогольной зависимости, иными словами – восприимчивость, уязвимость, наследственную предрасположенность в сочетании с воздействием внешних факторов, определяющих вероятность в большей или меньшей степени возникновения подобного рода недуга. По мнению В. Д. Москаленко, подверженность – это вероятность заболевания, которая детерминирована всей совокупностью внешне- и внутрисредовых факторов[163].

В значительной степени пусковым механизмом развития алкогольной зависимости является особенность действия алкоголя, которая заключается в том, что в больших дозах он подавляет психическую активность, а в малых – стимулирует ее, снимая сознательное торможение и давая выход подавленным желаниям и импульсам. Таким образом, с помощью алкоголя эффективно снимается состояние тревожности. Имеются данные о том, что алкоголь изменяет взаимоотношения структур головного мозга вследствие стрессогенного эффекта, в частности межполушарные взаимоотношения, и алкоголизация протекает по-разному у лиц с различным латеральным профилем[164]. По мнению ряда авторов, к злоупотреблению алкоголем предрасположены недостаточно организованные личности, неспособные справиться с тревогой, напряжением социально приемлемыми путями; внушаемость, ранимость, тревожность, неприспособленность к практической жизни, инфальтильность предрасполагает к алкоголизму[165].

Ряд авторов считают, что адаптивная функция алкоголя носит субъективный и иллюзорный характер. Псевдоадаптивные свойства алкогольной продукции неизбежно приводят к органичному включению индивида в субкультуру низшего класса, вычленению его из полноценной общественной жизни, т.е. приводят его к поэтапной маргинализации. Необходимо заметить, что алкогольная зависимость

---

[163] Москаленко В. Д. Психическая предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (личностные, социальные, семейные факторы риска) [Электронный ресурс]. URL: https://www.narcom.ru/cabinet/online/44.html.

[164] Chukhrova M. G., Krivoschekov S. G. Functional brain asymmetry in ancoholism // International Journal of Psychophysiology. – 1998. – V. 30. - № 1-2.

[165] Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я. Алкоголизм (социально-гигиенические аспекты). – М. : Медицина, 1983.

хоть и классифицируется с точки зрения медицинской науки как заболевание, ее причины носят зачастую социально-экономический характер.

Особая роль в сдерживании алкоголизации населения должна принадлежать социальным факторам, а именно – уровню образования, особенностям микросреды, во многом формирующим отношение к употреблению алкоголя. В особенности в данном контексте предотвращения формирования стойкой алкогольной зависимости необходимо выделить семейную атмосферу. Главенствующим элементом социальной детерминанты и обеспечения социальной безопасности является политика государства по данной проблематике. По мнению А. Б. Савельева, «прогрессирующее снижение уровня здоровья, и в том числе процесс алкоголизации, является одним из основных угрозообразующих факторов во внутриполитической сфере России»[166], противоречащим национальным интересам и подрывающим национальную безопасность. Известный политолог Н. А. Баранов считает, что реализация национальных интересов «возможна только на основе устойчивого развития экономики. Поэтому национальные интересы России в этой сфере являются ключевыми»[167]. В связи с этим заслуживает особого внимания ущерб экономическому потенциалу РФ, наносимый нарастающей алкоголизацией населения. Избыточное и бесконтрольное потребление алкоголя является значительным сдерживающим экономическим бременем, т.к. имеет прямую связь с затратами на лечение патологий, возникших из-за пагубного злоупотребления алкогольной продукцией, со снижением производительности труда из-за болезней, с инвалидизацией из-за травм в состоянии алкогольного опьянения и последующими мерами по социальной адаптации инвалидов, расходами, связанными с ликвидацией чрезвычайных ситуаций, повреждением собственности и другими материальными убытками.

Среди множества мнений о деструктивном влиянии избыточного оборота этилового спирта на российскую экономику и государственное управление интересна точка зрения известного российского психолога и психотерапевта Р. Р. Гарифуллина, который считает, что чиновник, наделенный властными полномочиями, имеющий пристрастие к алкоголю, причиняет вред российскому государству и обществу из-за «…их неадекватной, патопсихологической, социальной активности»[168].

---

[166] Савельев А. Б., Маруев А. Ю. Геополитические ориентиры новой России: внутренние угрозы и ресурсы // Обозреватель – Observer. - 2009. - № 12. – С. 6-15.
[167] Баранов Н. А. Национальная безопасность и военная политика России (лекция 30) / Политические отношения и политический процесс в современной России: курс лекций. В 3 ч. – СПб. : БГТУ, 2004 [Электронный ресурс] // Сайт политолога Н. А. Баранова [Сайт]. URL: http://nicbar.narod.ru/lekziya30.htm.
[168] Гарифуллин Р. Р. Концепция российской психологической безопасности. – Казань : ООО «Диалог-компьютнрс», 2001. – 25 с.

Определенную угрозу национальной безопасности представляет потребление «горячительных напитков» в Вооруженных силах и силовых структурах, создающее «брешь» в обеспечении военной безопасности и сохранении правопорядка на микроуровне. Как указывают А. И. Шилов и Ю. П Оноколов, «число офицеров, употребляющих спиртные напитки, составляет 94,3% от опрошенных. Практически все они хотя бы один раз в неделю употребляли спиртное в течение последнего месяца: около 60% - 1 или 2-3 раза в месяц, 28 – примерно один раз в неделю, 10 – 2-3 раза в неделю и около 2% - практически ежедневно. Таким образом, каждый десятый офицер злоупотребляет спиртными напитками, а около 2% - переступили черту алкоголизма»[169].

Тема злоупотребления алкоголем населением предполагает освещение проблем общественной безопасности в силу всестороннего распространения этой пагубной привычки во все слои и структуры общества, что значительно затрудняет процесс надзора и контроля над алкогольной преступностью. Данное обстоятельство подрывает возможности государства по обеспечению прав личности на защиту от криминальных элементов, находящихся в состоянии алкогольной и наркотической эйфории. Как отмечается в докладе Общественной палаты Российской Федерации «Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия», по данным пресс-службы МВД, около 80% убийц в России нетрезвы в момент убийства.

Очень серьезной для нашей страны является также тема «неосторожных преступлений», которые совершаются в состоянии алкогольного опьянения. Ю. М. Антонян, рассматривая проблему в данном аспекте, подчеркивает, что значительная часть неосторожных преступлений совершается людьми, для которых не характерна та или иная степень криминогенной деформации и антиобщественной установки, поскольку причинами неосторожных правонарушений являются именно социальные явления и процессы[170].

Н. А. Барановский в своих публикациях пишет: «уровень алкоголизации и наркотизации населения продолжает стремительно ухудшаться, что в ближайшем будущем неизбежно окажет отрицательное воздействие на количественные и качественные показатели преступности и породит новую волну увеличения преступности»[171]. Одно из положений Стратегии национальной

---

[169] Шилов А. И., Оноколов Ю. П. Проблемы алкоголизма и наркотизма в вооруженных силах Российской Федерации // Человек: преступление и наказание. – 2010. - № 3. – С. 70-73.

[170] Антонян Ю. М. Проблемы неосторожной преступности // Вестник Воронежского института МВД России. – 2011. - № 1. – С. 4-9.

[171] Барановский Н. А. Социальная профилактика наркомании среди молодежи [Электронный ресурс]. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnaya-profilaktika-narkomanii-sredi-molodezhi.

безопасности Российской Федерации, поясняет, что приоритетом является «усиление роли государства в качестве гаранта безопасности личности, прежде всего детей и подростков, совершенствование нормативного правового регулирования предупреждения и борьбы с преступностью…»[172]. Однако на практике т.н. называемый «человеческий фактор», усугубленный коррупционной направленностью, в деятельности отдельных чиновников и представителей бизнес-сообщества затрудняет процесс обеспечения национальных интересов в сфере государственной и общественной безопасности.

С точки зрения В. С. Моисеева, самой общей причиной девиантного поведения является нарушение соотношения справедливости и несправедливости[173]. Социально-экономическое положение, отягощенное негативными явлениями и диспропорциями, приводит к формированию определенной реальности, являющейся особой для неблагополучного слоя населения – страдающих алкоголизмом, потерявших работу, бездомных, граждан с низкими доходами, всех тех нуждающихся в определенной целенаправленной опеке со стороны государства, определенных конструктивных решениях. Неблагополучная социальная атмосфера, отягощенная злоупотреблением алкоголем, приводит к взаимному пролонгированию и формированию «затяжного» социального фона, несущего черты специфичности и универсальности.

В силу объективных проблем в сфере избыточного оборота алкоголя весьма затруднительной становится реализация мер по повышению уровня и качества жизни российских граждан, т.к. «…оно напрямую зависит от состояния их физического и психического здоровья, демографических показателей, экономического благополучия и т.д., которые невозможно выправить под напором алкогольной эпидемии. Так, например, нельзя осуществить ликвидацию всех последствий потребления алкоголя, ведь с ростом алкоголизации они проявляются вновь и вновь, все больше дестабилизируя ситуацию. Улучшение демографической ситуации в алкоголизированном обществе также является чрезвычайно трудоемким процессом, поскольку связь смертности и рождаемости с потреблением алкоголя имеет почти функциональную зависимость – 98%».

Понижение и утрата интеллектуального потенциала как последствия алкоголизации населения несут сомнительные перспективы развития образования, науки и наукоемкой высокотехнологичной промышленности. Как отмечает В. В. Нестеров, «в современных условиях единственно возможным путем возрастания

---

[172] О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года: Указ Президента РФ от 12.05.2009 № 537: ред. от 01.07.2014 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2009. - № 20, ст. 2444.

[173] Моисеев В. С. Алкогольная болезнь. Поражение внутренних органов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.

могущества России является сохранение, развитие, и мобилизация интеллектуального потенциала страны»[174]. Р. Р. Гарифуллин, А. А. Кирпиченко, С. П. Елшанский убеждены, что повальная алкоголизация наносит сокрушительный ущерб для интеллектуальной деятельности человека[175].

В сфере культурно-нравственных ценностей алкоголь является причиной деградации духовной составляющей жизни общества. Снижение пороговых значений гражданской ответственности перед обществом и государством является первопричиной безразличия к благополучному будущему своей страны, приводит также к экологическому дисбалансу и отчужденности от единой среды обитания, притуплению чувства самосохранения индивида в оптимальных параметрах жизнедеятельности.

Проблематика непомерного потребления алкогольной продукции не только дисбалансирует механизм управления государством, но и отрицательно воздействует на внешнее проявление функционирования государства и его имидж на международной политической арене, что незамедлительно проявляется на стратегической стабильности и ставит под сомнение необходимость равноправного международного партнерства, особенно в условиях обострения геополитической обстановки. Как проявления алкоголизации общества – бедность и отсталость страны – являются непосредственной угрозой для национальной стабильности государства, размывают статус страны как благополучного, стабильного, предсказуемого стратегического партера. Именно алкоголизация в данной системе факторов является катализатором формирования и развития разрушительных процессов.

Высокая степень вовлеченности алкоголя в социальные процессы, риск деградации общества приводят к необходимости придания особого статуса социальной адаптации лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, с целью возвращения их в социальное поле и реставрации личностного статуса. Современные мероприятия по оказанию помощи больным алкоголизмом ограничиваются, как правило, медицинскими манипуляциями по дезинтоксикации организма и нивелированию алкогольного абстинентного синдрома. По нашему мнению, для более эффективных результатов по искоренению алкоголизма необходимо включить в данный процесс личностную и социальную адаптацию, что обеспечит более длительную ремиссию с последующей нормализацией жизнедеятельности.

Необходимо проведение антиалкогольной политики на разных

---

[174] Нестеров В. В. Образование и национальная безопасность // Вестник Военного университета. - 2009. - № 18. - С. 31-35.

[175] Елшанский С. П. Коммуникативная дефицитарность при зависимостях от психоактивных веществ // Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М. А. Шолохова. Педагогика и психология. – 2010. - № 2. – С. 93-95.

уровнях, к таковым можно отнести меры культурно-воспитательного, агитационно-информационного, профилактического и образовательного характера, которые сформируют «культуру потребления» алкоголя, разумное употребление алкогольной продукции в рамках осознанного самоограничения.

Преодоление деструктивной алкоголизации, угрожающей национальной идентификации, возможно только при формировании достаточной правовой и социально-экономической систем профилактики распространения алкоголизма, эффективного управления этими взаимодополняемыми элементами в совокупности с координирующей системой различных социальных институтов, органов государственной, региональной и муниципальной власти, общественных организаций.

Профилактические мероприятия должны опираться не только на антиалкогольное образование и воспитание, но и на систему мер, включающих программы политического, экономического, организационного, оздоровительного и административного характера, на создание благополучной атмосферы оптимального потребления алкогольной продукции, не наносящего урон здоровью нации и минимизирующего определенное отрицательное воздействие разумного употребления высококачественной алкогольной продукции.

Табакокурение

Доля расходов домашних хозяйств на покупку табачной продукции в Российской Федерации в 2016 году составила 1,8 % (1,6 % - в 2015 г., 1,4 % - в 2014 г.).

Принятый в развитие Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ «О защите здоровья населения от последствий потребления табака» регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

В результате контрольно-надзорных мероприятий за нарушения требований законодательства в области охраны здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака к административной ответственности привлечено 12 606 правонарушителей (в 2014 г. – 13 688, в 2015 г. – 17 224, в 2016 г. – 12 601).

В 2017 году административные наказания в виде штрафа назначены 2208 юридическим лицам, 1230 индивидуальным предпринимателям, 3306 должностным лицам организаций - продавцов табачной продукции и 3981 гражданину.

Общая сумма назначенных административных штрафов в 2017 году составила 123,8 млн руб. Для сравнения: в 2014 г. - 85,2 млн руб., в 2015 г. - 142,8 млн руб., в 2016 г. - 121,6 млн руб.

5.5. Опыт формирования и реализации мероприятий, направленных на сбереженье здоровья людей. Владимирская область – территория здорового образа жизни

В настоящем разделе дается характеристика проекта, направленного на изменение модели поведения российских граждан и придание ей положительного импульса на примере конкретного региона.

Характеристика проекта «Формирование здорового образа жизни» и его особенности

В Российской Федерации реализуется приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни», утвержденный постановлением Правительства РФ (26.07.2017)[176]. Данный проект разработан и действует в рамках Государственной программы «Развитие здравоохранения» (утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2014 г. № 1585).

В рамках этой программы реализуется подпрограмма номер 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи».

В рамках вышеуказанной подпрограммы разработан и реализуется приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни» (26.07.2017).

Цель проекта - увеличение доли граждан, приверженных здоровому образу жизни, до 50% к 2020 году и до 60% к 2025 году путем формирования у граждан ответственного отношения к своему здоровью, см. табл. 31.

Таблица 31

Основные направления деятельности и целевые показатели проекта

Показатели	2017	2020	2025
Доля граждан, приверженных здоровому образу жизни (%)	36	50	60
Распространенность потребления табака среди взрослого населения (%)	30,5	28	27
Потребление алкогольной продукции на душу населения (л)	10	9	8
Доля граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом (%)	34	40	45
Число абортов, совершаемых по желанию женщины, на 1000 женщин	20	18	16
Доля граждан с артериальной гипертензией, контролирующих свое артериальное давление (%)	38	50	55

[176] Приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни» («Укрепление общественного здоровья») [Электронный ресурс]. URL: http://government.ru/projects/selection/641/.

В свете Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» охрана здоровья граждан – это система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых:

- органами государственной власти Российской Федерации;
- органами государственной власти субъектов Российской Федерации;
- органами местного самоуправления;
- организациями, их должностными лицами и иными лицами;
- гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан», статья 12, предполагает приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:

- разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;
- осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;
- проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В соответствии с вышеуказанным законом, статья 14, к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья относятся:

- проведение единой государственной политики в сфере

здравоохранения, разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни и других программ в сфере охраны здоровья, реализация мер по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний.

В соответствии со статьей 16:

- разработка, утверждение и реализация программ развития здравоохранения, профилактики заболеваний, а также участие в санитарно-гигиеническом просвещении населения;

- организация осуществления мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни у граждан, проживающих на территории субъекта РФ.

В соответствии со статьей 27 «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья» граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

В соответствии со статьей 63 Семейного кодекса Российской Федерации «Права и обязанности родителей по воспитанию и образованию детей» родители обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей.

В соответствии со статьей 30 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» профилактика инфекционных заболеваний осуществляется органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями[177].

Формирование здорового образа жизни у граждан, начиная с детского возраста, обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом.

Модель «За здоровую жизнь»

Модель «За здоровую жизнь» стартовала в 2009 году под патронатом Государственной Думы и Министерства здравоохранения Российской Федерации. За прошедшее время в рамках программы реализованы десятки проектов в области развития российского здравоохранения федерального и регионального масштаба. Среди них крупнейшие в своем роде Всероссийская акция «Здоровые сердца», форумы «Здоровье или табак» и «За здоровую жизнь».

[177] Кодекс здоровья и долголетия. – М. : Геотар-Медиа, 2007. – 230 с.

Этапы формирования здорового образа жизни, в том числе у детей

В 2015 году Минздравом России была продолжена работа по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации, включающая подготовку нормативных правовых актов и реализацию мер по профилактике алкоголизма и наркомании, противодействию потреблению табака, популяризации культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ.

23 октября 2015 года состоялось заседание правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан, на котором были обсуждены предварительные итоги сердечно-сосудистых заболеваний. По итогам заседания правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан была поддержана инициатива Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации» о целесообразности проведения десятилетия борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В 2015 году было продолжено совершенствование законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потреблений табака:

- вступил в силу приказ Минздрава России № 786н/Минстроя России № 756/пр «О требованиях к выделению и оснащению специальных мест на открытом воздухе для курения табака, к выделению и оборудованию изолированных помещений для курения табака»;

- вступили в силу изменения в Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», предусмотренные Федеральным законом от 31 декабря 2014 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части усиления мер противодействия обороту контрафактной продукции и контрабанде алкогольной продукции и табачных изделий»;

- принят Федеральный закон от 30 декабря 2015 г. № 456-ФЗ «О внесении изменений в статью 19 Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» и статью 14.53 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях», установивший запрет на розничную и оптовую торговлю табака сосательного (насвая);

- разработаны проекты приказов Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при синдроме зависимости от табака и синдроме отмены от табака» и «Об утверждении методики и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табак».

В 2015 году завершена реализация Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2010 г. № 1563-р.

Предварительная оценка реализации указанной Концепции легла в основу проекта Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2016 - 2020 годы, которая на текущем этапе предусматривает мероприятия:

- защиты государственной политики противодействия потреблению табака от воздействия коммерческих и других корпоративных интересов табачных организаций;

- снижение ценовой доступности табачной продукции путем увеличения акцизов;

- профилактики распространения новых форм и видов табачных изделий, в том числе таких, которые потребляются путем вдыхания аэрозоля или пара;

- повышения осведомленности населения о рисках для здоровья, связанных с потреблением табака, увеличение эффективности предупреждений и времени трансляции социальной рекламы о вреде потребления табака;

- исключения возможности размещения на потребительской упаковке информации, стимулирующей продажу и потребление табака, введение требований к размеру и цвету потребительской упаковки;

- установления требований к составу табачных изделий, исключение возможности наличия ингредиентов, оказывающих стимулирующее воздействие особенно на детей, подростков и женщин;

- снижения территориальной доступности табачных изделий; увеличения функционала бесплатной консультативной телефонной линии по оказанию помощи, направленной на отказ от потребления табака;

- внедрения системы отслеживания и прослеживания табачной продукции для предотвращения незаконной торговли.

Запланированные на 2016 - 2020 годы мероприятия, в случае их успешного осуществления, позволят улучшить результаты, прежде всего в части снижения числа взрослых лиц, потребляющих табачную продукцию (с 33 % от общей численности населения Российской Федерации - на конец 2015 года до 25 % - на конец 2020 года).

Совершенствование законодательства о государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции осуществляется с учетом необходимости укрепления организационных, правовых и финансово-экономических основ, направленных на снижение масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактику алкоголизма среди населения Российской Федерации.

Разработан и утвержден (распоряжение Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2015 г. № 2413-р) план мероприятий («дорожная карта») по стабилизации ситуации и развитию конкуренции на алкогольном рынке. Данная «дорожная карта» предусматривает самостоятельный раздел плана мероприятий, посвященный мерам по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации.

В указанные меры включены:

- разработка и реализация концепции по информированию населения Российской Федерации о вреде злоупотребления алкоголем;

- установление требований к объему тары выпускаемых спиртосодержащих лекарственных средств, а также их нормы отпуска;

- установление ответственности за незаконную реализацию алкогольной продукции дистанционным способом, предусматривающую в том числе внесудебную блокировку сайтов, распространяющих информацию о розничной продаже алкогольной продукции в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

- установление ответственности за реализацию спиртосодержащих лекарственных средств, медицинских изделий и этилового спирта по фармакопейным статьям, в том числе фармацевтической субстанции (этанола), дистанционным способом, предусматривающей в том числе внесудебную блокировку сайтов, распространяющих информацию о розничной продаже таких товаров в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

- запрет продажи «сухого алкоголя» на территории Российской Федерации и Евразийского экономического союза;

- разработка мер поддержки социально ориентированным некоммерческим организациям, не связанных с алкогольной индустрией, деятельность которых направлена на профилактику и снижение масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и алкоголизма, в том числе в молодежной среде, и на комплексную реабилитацию страдавших алкогольной зависимостью;

- разработка примерных программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки педагогических работников и иных специалистов, реализуемых на базе учреждений профессионального образования, по вопросам профилактики алкоголизма, в том числе в молодежной среде.

Минздрав России планирует осуществить разработку и согласование проекта федерального закона о внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, отражающих последние изменения в законодательство в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака,

законодательство о государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции.

Минздрав России призван отстаивать интересы, связанные с охраной здоровья населения от табачного дыма и избыточного потребления алкоголя, на площадке Всемирной организации здравоохранения (в том числе Рамочной конвенции по борьбе с табаком), Евразийского экономического союза, Содружества Независимых Государств, в частности, выступая против заключения Соглашения о регулировании алкогольного рынка в рамках Евразийского экономического союза и Соглашения о принципах ведения налоговой политики в области акцизов на алкогольную продукцию государств - членов Евразийского экономического союза.

В соответствии с Планом мероприятий по реализации Концепции развития внутренней продовольственной помощи в Российской Федерации, утвержденным Распоряжением Правительства Российской Федерации от 11 октября 2014 г. № 2028-р, Минздравом России осуществлена актуализация рекомендаций по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающим современным требованиям здорового питания, утвержденным приказом еще Минздравсоцразвития России от 2 августа 2010 г. № 593н. Соответствующий проект приказа Минздрава России проходит согласование с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти.

В 2015 году продолжалась реализация Информационно-коммуникационной стратегии по борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года, утвержденной приказом Минздрава России от 30 сентября 2013 г. № 677.

Основными акцентами коммуникационной кампании являются повышение мотивации граждан к ведению активного образа жизни, в том числе борьба с чрезмерным потреблением алкоголя, внедрение культуры здорового питания, мотивация к ведению здорового образа жизни, профилактика потребления наркотических средств, профилактика ВИЧ-инфекции.

В общей сложности было размещено 3,5 тыс. видеороликов, 57 % из которых вышли в прайм-тайм. Три «вирусных» ролика на видеохостинге Youtube.com посмотрели 1,1 млн. раз[178].

[178] Денисов И. Н., Кича Д. И., Чернов В. И. Руководство к практическим занятиям по общественному здоровью и здравоохранению (с применением медицинских информационных систем, компьютерных и телекоммуникационных технологий): учеб. пособие для студентов. – М. : МИА, 2009. – 464 с.

На единую федеральную телефонную справочную службу Минздрава России по формированию здорового образа жизни у населения Российской Федерации (8-800-200-0-200) ежегодно поступает около 40 тыс. вызовов. Из них 62 % по теме «Риски потребления табака и профилактика табачной зависимости», 22 % по теме «Риски потребления алкоголя и профилактика алкогольной зависимости», остальные звонки по темам «Здоровое питание», «Риски потребления наркотиков и профилактика наркотической зависимости» и «Центры здоровья».

Для формирования положительного образа российского здравоохранения на телевидении было размещено более 300 информационных материалов общим хронометражем более 38 часов[179].

Совместно с Фондом «Общественное мнение» был реализован федеральный коммуникационный краудсорсинговый проект «Фабрика здоровья» для привлечения к здоровому образу жизни людей активного трудоспособного возраста. На сайте «фабриказдоровья2015.рф» в проекте в 2015 году приняли участие более 6 тыс. человек и предложили около 1 тыс. решений по ведению здорового образа жизни. Более 10 млн. человек посетили сайт проекта за время его реализации.

В 2015 году запущено мобильное приложение «Здесь не курят», созданное по инициативе Минздрава России. Приложение предоставляет пользователям механизм для сообщения в соответствующие органы о нарушениях запрета курения в общественных местах. Все обращения проходят соответствующую модерацию - для исключения отправки спам-сообщений. По данным статистики: 31% обращений, поданных через приложение, посвящены местам общественного питания, 22% - о курении в поездах. Пользователей также волнует табачный дым в маршрутных такси, трамваях, троллейбусах, автобусах, электричках, об этом 14% заявок. Чуть меньшее количество жалоб подано на курение в офисах, административных зданиях и на заводах.

Приказом Минздрава России от 30 сентября 2015 г. № 683н утвержден Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях. Порядок профилактики соединяет в единую систему мероприятия по формированию здорового образа жизни, выявлению заболеваний и их факторов риска в рамках диспансеризации и профилактических осмотров, а также диспансерное наблюдение.

Вопросам формирования здорового образа жизни детей были посвящены Всероссийские конференции, проведенные совместно с Минобрнауки России, в том числе:

---

[179] Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению: учеб. пособие / под ред. В. З. Кучеренко. - М. : Медицина, 2010 [Электронный ресурс]. URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN5225034640.html.

- II - IV Международные научно-практические конференции «Формирование здорового образа жизни детей и подростков: традиции и инновации», которые прошли соответственно в 2015, 2016, 2017 годах в Белгороде;

- Всероссийская научно-практическая конференция «Здоровьесбережение в образовании: опыт, инновационные подходы, перспективы» (Ростов-на-Дону, 7-8 октября 2015 г.).

В 2015 - 2018 годах был проведен Всероссийский конкурс школ, содействующих укреплению здоровья. Конкурс был организован Российским обществом развития школьной и университетской медицины и здоровья, Национальным центром поддержки Сети «Школ здоровья в Европе», Научно-исследовательским институтом гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБНУ «Научный центр здоровья детей», Федеральным институтом развития образования Минобрнауки России при поддержке Департамента государственной политики в сфере воспитания детей и молодежи Министерства образования и науки Российской Федерации. На всероссийском этапе Конкурса жюри рассмотрело работы 54 школ - победителей региональных конкурсов. Из них победили в различных номинациях 15 школ, содействующих укреплению здоровья.

В 2015 году во Владимирской области была организована Областного центра медицинской профилактики. Специалисты Центра разработали «Золотой стандарт здоровья жителя Владимирской области», который стал «путеводной звездой» в борьбе с болезнями. В 2016 г. во всех лечебных учреждениях, обслуживающих свыше 25 тысяч человек, на базе существующих кабинетов медицинской профилактики открыты отделения медицинской профилактики. Новые структуры появились в большинстве районов области, а также во владимирских городских больницах № 4 и № 5.

Золотой стандарт включает в себя свод биомаркеров (уровень артериального давления, сахара, холестерина в крови и другие показатели), ориентируясь на который, человек сможет оценить состояние своего здоровья и в случае чего обратиться за консультацией в Центр здоровья или в кабинет медпрофилактики при поликлинике.

Были выпущены плакаты с брендом ЗОЖ (здоровый образ жизни) «Владимирская область - территория здорового образа жизни» и «золотым стандартом» здоровья, которые появились во всех поликлиниках области, на остановках общественного транспорта, а на улицах Мира, Василисина и Комиссарова областного центра размещены билборды с лозунгом «Владимирская область – территория здорового образа жизни». Это составная часть социальной программы, направленной на пропаганду ЗОЖ среди жителей региона.



Рис. 12. Плакаты с брендом ЗОЖ «Владимирская область - территория здорового образа жизни» и «золотым стандартом» здоровья

В регионе утверждена профилактическая программа на 2016-2020 годы «Владимирская область – территория здорового образа жизни». По данным директора Научно-исследовательского центра профилактической медицины, всего 50% пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения, находятся под диспансерным наблюдением. Среди причин этого явления - дефицит медицинских кадров, большая нагрузка на докторов (большой поток пациентов, не требующих врачебной консультации, необоснованные вызовы врачей на дом), а порой и непонимание целей диспансерного наблюдения.

Особенности формирования здорового образа жизни среди населения разных возрастных групп: школьников, студентов, людей старшего поколения

В рамках проекта «Владимирская область – территория здорового образа жизни» разработана целевая программа по профилактике табакокурения и реализуется проект «Трезвая Владимирская область». Проект подразумевает цикл лекций, массовые мероприятия профилактической направленности и информационную кампанию в СМИ. В рамках проекта было проведено более 50 мероприятий. Это медицинские консилиумы «Здоровье каждому», на которых перед владимирской аудиторией выступали ведущие

специалисты в различных областях медицины. При этом цикл лекций состоялся и в трудовых коллективах областного центра.

Кроме того, во Владимире прошел цикл лекций в рамках образовательного проекта «Дискуссия о здоровом образе жизни», ориентированный на молодежную аудиторию. Это совместный проект Областного центра лечебной физкультуры и спортивной медицины и Молодежного правительства Владимирской области. Перед студентами Владимирских филиалов РАНХиГС при Президенте РФ и Финансового университета при Правительстве РФ периодически выступают специалисты в области кардиологии, эндокринологии, наркологии и профилактической медицины.

В 2018 году во Владимирской области продолжилась реализация информационной кампании по продвижению ЗОЖ. На остановках общественного транспорта города Владимира появился «золотой стандарт здоровья жителя Владимирской области» – свод биомаркеров, ориентируясь на который каждый сможет оценить состояние своего здоровья и факторы риска развития сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваний, онкопатологии и сахарного диабета.

Среди других проектов информационной кампании – выход в региональных СМИ публикаций и роликов на тему ведения здорового образа жизни. Был реализован еще один проект – «телефон здоровья» Областного центра лечебной физкультуры и спортивной медицины. Специалисты различных медицинских профилей консультируют жителей региона на тему лечения и профилактики наиболее распространенных неинфекционных заболеваний.

В регионе также прошла серия культурно-массовых мероприятий профилактической направленности. Например, в Центральном парке культуры и отдыха владимирцев протестировали на соответствие «золотому стандарту здоровья жителя Владимирской области». Волонтеры Владимирского базового медицинского колледжа раздавали буклеты с информацией о ведении здорового образа жизни, о комплексе оздоровительных упражнений на работе и дома, о профилактике ВИЧ и наркологических заболеваний.

По словам заместителя главного врача Областного центра лечебной физкультуры и спортивной медицины Анатолия Ильина, к жителям региона приходит осознание, что здоровье – главный человеческий капитал, и предупредить болезнь гораздо проще, чем ее лечить.

Формирование ЗОЖ среди студентов

Особенностью формирования ЗОЖ среди студентов придается реализации проекта «Модели усовершенствования государственного регулирования в сфере инновационных технологий здравоохранения: инструментарий для НКО», а также просветительским мероприятиям комплексного характера.

1. Для выделения ключевых сообщений о формировании

здорового образа жизни был использован метод экспертного опроса, а для исследования их эффективности - метод фокус-групп. Гипотезы участников экспертного опроса были протестированы методом фокус-группы. Представляют интерес результаты разноплановых опросов студентов, которые можно, по нашему мнению, положить в практику формирования здорового образа жизни (ЗОЖ), см. табл. 32-33. На протяжении 9 лет (2007-2016 гг.) ежегодно более полутора сотен студентов ивановских и владимирских вузов принимали участие в написании небольшого сочинения относительно их преставления о ЗОЖ. Обработка сочинений позволила получить результаты, на основании которых можно развернуть дискуссию о возможных направлениях развития ЗОЖ. К написанию сочинений привлекались студенты старших курсов. Это будущие биологи и химики, нано технологи, землеустроители, студенты, обучающиеся по направлениям «Государственное и муниципальное управление», «Прикладная информатика», «Менеджмент».

Таблица 32

Доминирующие ценности юношей и девушек набора 2012 г.

Девушки			*Юноши*	
№	*Ценности*	*% девушек*	*Ценности*	*% юношей*
1	счастливая семейная жизнь	71	здоровье	74
2	здоровье	69	счастливая семейная жизнь	53
3	материально-обеспеченная жизнь	53	материально-обеспеченная жизнь	43
4	любовь	45	наличие хороших и верных друзей	43
5	наличие хороших и верных друзей	45	любовь	41
6	интересная работа	37	свобода	34

Таблица 33

Доминирующие ценности юношей и девушек набора 2016 г., %

Ценности	Дев.	Ценности	Юн.
Здоровье	*75*	*Здоровье*	*53*
Развитие	*71*	*Счастливая семейная жизнь*	*46*
Счастливая семейная жизнь	*52*	*Любовь*	*39*
Материально-обеспеченная жизнь	*52*	*Наличие хороших и верных друзей*	*39*
Любовь	*47*	*Материально-обеспеченная жизнь*	*38*
Активная деятельная жизнь	33	Интересная работа	38
Наличие хороших и верных друзей	29	Развитие	34

Уверенность в себе	25	Активная деятельная жизнь	31
Интересная работа	21	Уверенность в себе	26
Свобода	18	Свобода	23
Жизненная мудрость	15	Жизненная мудрость	21
Познание	15	Познание	20
Развлечения	13	Счастье других	18
Общественное признание	12	Продуктивная жизнь	15
Творчество	11	Развлечения	15
Красота природы и искусства	9	Творчество	12
Продуктивная жизнь	4	Красота природы и искусства	10
Счастье других	3	Общественное признание	7

Анализ этих факторов в некоторой степени позволяет сформировать поведенческую модель ЗОЖ.

Анализ этих сочинений позволил выявить и *проблемы формирования духовных ценностей современного общества и молодежи,* которые были предметом обсуждения на дискуссионных площадках[180].

По нашему глубокому убеждению, в большинстве сочинений студентов присутствуют не только позитивные моменты, но и выражается надежда, что у России будет большое будущее. В основном позитив связывается с патриотическими чувствами, с любовью к своей родной земле, природными богатствами, малой родиной: «Мы сильны, пока мы едины духом».

Нельзя согласиться с утверждением о пассивности современной молодежи. Современную Россию невозможно представить вне встречи цивилизаций, вне встречи поколений. Отрадно, что у большинства молодежи будущее России пока ассоциируется с патриотизмом, трудолюбием, здоровым образом жизни, чувством собственного достоинства, «в наших сердцах горит огонь единства и любви к своей родной земле»[181].

[180] Новиков А. И. Ценностные интересы современной молодежи: региональный аспект (по материалам Владимирской и Ивановской областей) / Социально-экономический потенциал региона и перспективы его развития: сб. тр. по материалам Всероссийской конференции с международным участием, 19-20 ноября 2014 г. – Иваново : ФГБОУ ВПО «Иван. гос. хим.-техн. ун-т», 2014. – С. 14-19.

[181] Новиков А. И. Социально-экономическая политика как «мандала» развития России и Владимирской области в свете мировозрений Г. В. Гутмана / Региональная экономика: опыт и проблемы: материалы IX международной научно-практической конференции («Гутманские чтения»), 20 мая, 2016 г. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2016. - С. 262-269.

Заключение

В настоящем исследовании определены концептуальные теоретические и методологические основы формирования политики, направленной на здоровьесбережение нации или народосохранение. Рассмотрены системные решения проблем изменения модели поведения граждан и придания положительного импульса и развития мотивации граждан к здоровому образу жизни, актуализированы отдельные направления оздоровления нации с точки зрения сохранения здоровья здоровому человеку и выявление резерва больного человека, показан механизм обеспечения индивидуального и общественного здоровья, приведен опыт формирования здорового образа жизни на примере Владимирской области и дана характеристика проекта «Владимирская область – территория здорового образа жизни» с точки зрения потенциала здоровья населения региона.

Определены концептуальные теоретические и методологические основы эффективного управления процессом экологического оздоровления территорий, негативно влияющих на здоровье человека на глобальном, национальном и локальном уровне. Предложен принципиальный методологический аппарат по формированию здоровья населения (здоровья нации) с позиции фактора и продукта общественного развития и инструмента социально-экономического роста.

Определены концептуальные теоретические и методологические основы демографической политики в России, показана ее сущность, определены цели и задачи. Дана характеристика состояния демографии во Владимирской области и определены научно-методологический инструментарий и комплекс мер по улучшению демографической ситуации.

На основе анализа социально-экономического развития Владимирской области предложен комплекс мер по совершенствованию социальной политики и достижению определенных целей в области демографии, здравоохранении, образовании, экологии и формировании городской среды.

Настоящая научно-исследовательская работа состоит из 5 глав. **Во введении** определены объект и предмет исследования, сформулирована цель и поставлены задачи исследования, приведены результаты научного исследования и их теоретическая и практическая значимость.

В первой главе рассмотрены вопросы народосохранения с точки зрения теории и методологического сопровождения, раскрыта сущность здорового образа жизни, обоснованы основные направления его формирования и стереотипы поведения человека.

Дана оценка нормативно-правового сопровождения и реализации проекта «За здоровую жизнь», дана характеристика подпрограммы

«Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» и ее характеристика и определены необходимые условия для реализации программ «За здоровую жизнь».

Во второй главе выявлены тенденции изменения основных характеристик здоровья населения и системы здравоохранения, проблемы, с которыми столкнулась сфера здравоохранения в результате перехода к рыночной экономике. Особое внимание уделено вызовам последних лет, обусловленным структурными изменениями и бюджетными ограничениями. Показано, что в целом для эффективного ответа на имеющиеся вызовы системе здравоохранения предпринимаемых мер пока недостаточно, и требуется сформулировать предложения по повышению эффективности организационной структуры медицинских учреждений, качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения и профилактике заболеваний.

В третьей главе сформулированы цели демографической политики, которые заключаются в формировании желательного режима воспроизводства населения, сохранении или изменении тенденций в области динамики численности и структуры населения, темпов их изменений, динамики рождаемости, смертности, семейного состава, расселения, внутренней и внешней миграции, качественных характеристик населения.

Обоснованы направления решения демографических проблем и осуществлена постановка научных задач по их решению, в том числе повышение или понижение уровня рождаемости (в зависимости от демографической ситуации в стране), снижение уровня смертности, увеличение продолжительности жизни, укрепление семьи, оптимизация миграционных процессов.

Раскрыты свойства социального кризиса в России в конце XX века и начале XXI века: резкое сокращение рождаемости и средней продолжительности жизни в стране, деформация демографического и социального состава общества, подрыв собственных трудовых ресурсов, ослабление фундамента общества – семьи, снижение духовного, нравственного и творческого потенциала людей и др. При этом угрозы физическому здоровью нации составляют: кризис систем здравоохранения и социальной защиты населения, рост потребления алкоголя и наркотических веществ.

В последние три года демографическая ситуация в России обострилась. Основной причиной низкой продолжительности жизни населения в Российской Федерации является высокая смертность граждан трудоспособного возраста. Уровень смертности обусловлен высоким уровнем заболеваемости населения, распространенностью алкоголизма, наркомании, табакокурения. Поэтому Россия ориентирована на постепенную стабилизацию численности населения

и формирование предпосылок к последующему демографическому росту на основе создания условий, благоприятных для повышения рождаемости, снижения смертности и совершенствования государственной миграционной политики.

Обосновано, что сохранение и безопасность России невозможны вне быстрого и эффективного решения демографической проблемы, что требует в ближайшие десятилетия чрезвычайных и нестандартных мер.

Демографической сверхзадачей страны должны стать остановка снижения численности населения и обеспечение перехода к положительному и естественному, основанному на собственном населении, демографическому росту, результатом которого должна стать примерно 200-миллионная численность населения Российской Федерации к 2050 году.

В четвертой главе рассмотрены вопросы экологического оздоровления, акцентировано внимание на практическую значимость исследования и возможное применение методологического комплекса при разработке механизма управления процессом экологического оздоровления территорий, негативно влияющих на здоровье человека, для различных иерархических уровней (глобальный, национальный, региональный, местный, уровень предприятия). Результаты работы могут быть использованы при создании концепции, разработке и реализации политики управления в русле идеи экологически безопасного развития. Определены основные типы противоречий в сфере экологического оздоровления территорий. Выявлена сущность экологической безопасности, выражающаяся в возможности реализации прогрессивной линии развития социоэкосистемы и ее переходе к качественно новому состоянию-аттрактору более высокого уровня системной организации. Она включает иную концепцию и новые подходы по работе с отходами и переходу на модель использования вторичных ресурсов, а именно:

- обоснованы понятия организационного поведения природопользователей и регулируемой институциональной оболочки, используемые при анализе и организации управления процессом экологического оздоровления территорий, негативно влияющих на здоровье человека;

- уточнены и внесены коррективы в терминологическую составляющую деятельности с точки зрения предметно ориентированной декомпозиции управления вторичными материальными ресурсами как сложным и уникальным объектом;

- предложены:

методика управления процессом использования вторичных материальных ресурсов. Она учитывает факторы внешней и внутренней среды процесса преобразования ресурсов в промежуточный или конечный продукт и управления

производственно-экономической деятельностью. С одной стороны, объектами выступают ресурсы производимых продуктов, а с другой – производственный процесс, в котором ресурсы преобразуются в продукт. И то и другое становится предметом оценки управления использования вторичных материальных ресурсов;

механизм управления социо-эколого-экономической системой в рамках организующего типа развития региона, формирующего и совершенствующего выявленные преимущества эколого-экономических связей для выбранного биосферосовместимого пути функционирования территории с учетом использования вторичных ресурсов;

модель межмуниципального сотрудничества по использованию и переработке вторичных материальных ресурсов, представляющая собой синтез базовой системы государственного регулирования и институциональной среды, обеспечивающей ее эффективное функционирование, ранее не изученная взаимосвязь функций биосферосовместимого пути развития территории и социальных и экологических эффектов, способствующих стабильному развитию муниципальной и региональной экономики.

В пятой главе рассмотрены системные решения проблем мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая отказ от вредных привычек с точки зрения обеспечения здоровья человека и цивилизованного уровня качества жизни; раскрыт предмет таких наук как «Саналогия» в модели формирования здорового образа жизни и «Валеология» как детерминанта развития России; сформулирована идеология в поведенческой модели человека и модели формирования здорового образа жизни и определены направления и критерии «питейной» политики в России в аспекте сохранения национальной идентичности.

В настоящее время в России сложилась своеобразная модель социальной политики, которая затрагивает основные сферы жизнедеятельности человека. Эта тенденция национального масштаба нашла отражение и на региональном уровне, на примере Владимирской области.

Во-первых, она отражает специфику социальных процессов в обществе, характер социального развития современного российского общества, социально-экономическую ситуацию в стране и регионе, институциональную структуру общества, определяющие современную общественную ситуацию.

Во-вторых, она охватывает все аспекты жизнедеятельности человека: улучшение условий труда и быта, удовлетворение материальных и духовных потребностей, социальную защиту, осуществление принципа справедливости.

В-третьих, социальная политика - это система государственных мер по поддержке тех групп и слоев общества, которые в силу

различных причин оказались в трудном положении, страдают от специфических обстоятельств и не могут только своими силами улучшить благосостояние. Наиболее ярко это проявляется на региональном уровне с учетом местной специфики.

Неотъемлемой чертой новой модели социальной политики должен стать дифференцированный учет потребностей и возможностей различных социальных слоев населения, чтобы минимизировать последствия деформаций распределительных отношений.

На основе анализа социально-экономического развития Владимирской области предложен комплекс мер по совершенствованию социальной политики и достижение определенных целей в области демографии, здравоохранения, образования, экологии и формирования городской среды.

Дана характеристика проекта «Владимирская область – территория здорового образа жизни» и показаны особенности формирования здорового образа жизни среди населения разных возрастных групп: школьников, студентов, людей старшего поколения, как пример, направленный на изменение модели поведения граждан: от усталости и безысходности к позитивным динамическим изменениям и надежде на улучшение ситуации.

К сожалению, за бортом исследования остались вопросы прогнозных сценариев социального реформирования. Важное значение имеет определение вектора социального развития и перехода от традиционных программ борьбы с бедностью к системам адресной социальной защиты, оздоровления нации и пациенториентированной медицины.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Основные показатели здоровья населения Владимирской области

Наименование показателя	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Демографические показатели (на 1 тыс. населения)																
Рождаемость	7,2	7,3	7,1	7,3	7,9	8,4	9,2	9,3	9,2	9,5	10,2	10,8	10,8	10,7	10,8	**11,5**
Общая смертность	15,8	15,9	17,9	18,6	19,2	20,3	20,7	20,2	20,3	19,3	18,7	18,8	18,4	18,0	17,0	**16,6**
Естественный прирост	-8,6	-7,3	-10,8	-11,3	-11,3	-12,0	-11,5	-10,9	-11,1	-9,8	-8,5	-8,0	-7,6	-7,3	-6,2	**-5,1**
Младенческая смертность (на 1 тыс. родившихся живыми)	13,6	14,2	15,1	14,7	14,6	13,2	9,3	9,9	9,3	7,8	7,1	9,4	7,1	7,0	6,0	**7,9**
Общая заболеваемость (на 1 тыс. населения)	1422,7	1469,6	1547,5	1597,8	1658,9	1730,3	1748,4	1814,3	1814,5	1862,7	1835,9	1958,0	2109,8	2085,8	1989,1	**2001,7**
Первичная заболеваемость																
Заболеваемость (на 1 тыс. населения)	744,3	739,7	827,4	838,6	867,3	903,1	906,3	915,9	883,7	898,8	897,3	934,0	1006,8	936,7	925,9	**937,9**
Инфекционная заболеваемость (на 100 тыс.)	4072,3	3870,8	3230,0	4920,0	4548,6	4479,8	4365,7	4384,5	4217,1	4312,7	4417,7	4576,1	4515,4	4186,1	42,2	**4352,4**
Новообразования (на 100 тыс.)	1003,5	1003,4	1020,0	1080,0	1085,0	1125,0	1041,2	1097,4	1163,9	1196,3	1270,0	1180,2	1154,3	1117,4	1195,8	**1140,4**
В т.ч. злокачественные (на 100 тыс. населения)	322,9	309,7	311,7	331,4	320,9	312,2	308,4	338,0	337,7	328,2	328,6	315,1	337,3	348,0	372,2	**336,3**
Заболеваемость туберкулезом (на 100 тыс.)	79,2	86,6	95,3	105,6	75,3	76,0	58,7	56,8	56,3	63,8	62,5	65,1	64,5	65,7	60,5	**61,2**
Заболеваемость сифилисом (на 100 тыс.)	213,7	163,7	135,8	119,5	95,1	81,3	62,72	62,42	55,94	56,8	52,6	42,5	40,84	32,0	21,7	**15,3**
Заболеваемость гонореей (все формы) (на 100 тыс.)	79,5	66,6	119,4	94,7	77,3	66,8	47,44	44,68	50,16	46,26	43,0	34,15	31,81	32,4	33,0	**33,3**
Заболеваемость алког. психозом (на 100 тыс.)	24,8	24,2	98,5	45,0	51,2	72,2	70,4	78,8	71,7	65,9	53,8	57,9	53,2	49,9	53,6	**33,6**
Хронический алкоголизм (на 100 тыс.)	74,3	68,8	67,5	89,4	101,2	112,8	113,2	123,2	105,7	94,9	92,8	86,7	86,3	84,6	67,0	**54,8**
Заболеваемость псих. Расстройствами (диспансерн. и консультат. гр.) (на 100 тыс.)	455,3	387,4	414,4	389,5	348,5	379,0	439,4	472,7	444,1	424,5	415,4	415,7	474,3	477,4	478,4	**448,1**

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Сравнительные показатели по здравоохранению по районам области

	Область			Владимир			Александровский			Вязниковский			Гороховецкий			Гусь-Хрустальный		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Демографические показатели																		
Рождаемость	10,9	10,8	11,5	10,9	10,8	11,3	10,9	11,2	12,0	10,8	10,1	11,2	9,2	11,0	10,1	12,4	12,1	12,7
Смертность	18,3	17,0	16,6	15,1	13,7	13,4	18,1	17,0	17,2	21,4	20,3	20,8	24,1	19,6	19,7	20,1	18,9	19,2
Естественный прирост	-7,4	-6,2	-5,1	-3,8	-2,9	-2,1	-7,2	-5,8	-5,2	-10,6	-10,2	-9,5	-14,9	-8,6	-9,59	-7,7	-6,8	-6,5
Младенческая смертность	7,0	6,0	7,9	6,2	6,7	7,1	4,8	6,3	8,1	6,9	7,4	9,0	14,4	0,0	8,7	8,3	7,6	10,3
Состояние здоровья населения																		
Общая заболеваемость (на 1000 населения)	2015,5	1989,1	2001,7	2236,7	2414,6	2342,3	1312	1309	1216,0	1798,3	1746,2	1732,8	1772,9	1619,4	1602,7	2605,7	2599,3	2656,0
Первичная заболеваемость (на 1000 населения)	935,3	925,9	937,9	1062,3	1059,6	1092,9	689	696,5	660,9	836,6	845,3	796,2	786,7	756,2	754,1	1115,1	1108,3	1151,6
Новообразования (на 100000)	1117,4	1195,8	1140,4	1446,3	1447,3	1148,0	547,9	954,3	727,4	1680	1611,4	1819,3	330,5	344,6	400,2	888,7	1309,1	1165,4
в т.ч. злокачественные (на 100000 населения)	348,0	372,2	336,3	360,1	256	330,8	293,2	284,5	291,9	377,7	432,2	425,7	237,9	239,9	246,3	382,5	549,9	375,0
Заболеваемость туберкулезом (на 100000 населения)	54,3	60,5	61,2	42	38,7	32,1	61,9	68,5	46,7	69,1	67,1	77,3	61,7	74,5	44,0	92,1	56,2	57,2
Заболеваемость сифилисом (на 100000 населения)	31,8	21,7	15,3	23,8	17,0	13,2	12,1	14,0	14,1	51,3	24,7	15,2	26,0	13,1	0,0	33,8	18,4	11,3
Заболеваемость алкогольными психозами (на 100000 населения)	49,9	53,9	33,6	50,6	45,9	36,7	66,1	63,9	24,6	97,0	122,6	116,6	26,2	26,4	13,2	13,9	1,9	14,9
Хронический алкоголизм (на 100000 населения)	84,6	67,3	54,8	62,1	45,9	42,4	110,5	82,3	62,5	98,2	91,6	79,0	78,6	52,7	74,6	121,0	87,0	95,7

Окончание таблицы

	Область			Муромский			Петушинский			Селивановский			Собинский			Судогодский		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Демографические показатели																		
Рождаемость	10,9	10,8	11,5	10,1	11,1	11,6	11,8	9,7	10,8	10,4	9,9	10,9	12,6	11,3	12,6	12,4	13,6	12,2
Смертность	18,3	17,0	16,6	18,7	17,2	16,1	20,8	19,4	17,9	25,5	20,1	20,1	21,3	21,4	20,1	19,8	18,1	17,0
Естественный прирост	-7,4	-6,2	-5,1	-8,6	-6,1	-4.4	-9,0	-9,7	-7,1	-15,1	-10,2	-9,2	-8,7	-10,1	-7,5	-7,4	-4,5	-4,8
Младенческая смертность	7,0	6,0	7,9	4,2	5,1	5,5	9,4	4,5	5,5	10,2	5,4	4,9	3,9	7,6	9,6	11,9	7,2	12,1
Состояние здоровья населения																		
Общая заболеваемость (на 1000 населения)	2015,5	1989,1	2001,7	1416,8	1382,9	1538,4	2059,9	1918,1	1940,2	2055,5	2104,6	2325,3	1482,2	1430,3	1393,7	1591,1	1579,6	1474,5
Первичная заболеваемость (на 1000 населения)	935,3	925,9	937,9	636,8	629,7	648,6	940,2	892,3	985,9	777,2	932,6	1088,9	751,3	736,4	713,1	659,6	712,1	739,0
Новообразования (на 100000)	1117,4	1195,8	1140,4	933,1	1081,8	963,6	556,3	746,4	713,8	551,3	435,3	509,8	943,8	818	698,1	446,7	444,4	586,6
в т.ч. злокачественные (на 100000 населения)	348,0	372,2	336,3	350,1	507,6	365,4	335	300,9	301,3	302,2	300,9	325,4	376,8	336,7	313,7	306,8	398,3	276,2
Заболеваемость туберкулезом (на 100000 населения)	54,3	60,5	61,2	46,6	44,0	25,1	60,1	52,9	89,0	37,1	70,1	43,4	83,0	78,5	51,7	49,1	36,6	34,2
Заболеваемость сифилисом (на 100000 населения)	31,8	21,7	15,3	36,4	18,4	10,8	21,9	39,7	38,6	52,3	43,0	43,4	73,4	51,0	39,7	26,7	4,9	4,9
Заболеваемость алкогольными психозами (на 100000 населения)	49,9	53,9	33,6	47,8	65,1	35,7	12,6	16,8	19,2	26,3	37,4	32,5	92,7	108,2	29,2	68,4	92,9	56,1
Хронический алкоголизм (на 100000 населения)	84,6	67,3	54,8	85,0	73,6	60,6	97,4	42,6	53,2	52,7	21,4	64,9	17,2	36,1	22,3	80,6	112,5	85,4

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Астма, астматический статус - общая заболеваемость J45

Районы	Детей на 1000 детского населения			Взрослых на 1000 взрослого населения			Подростков на 1000 подросткового населения						Всего на 1000 населения		
							подростков			в т.ч. юношей					
	2013	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**
Александровский	12,1	10,9	10,4	6,7	6,8	6,1	29,2	28,1	24,4	33,4	37,2	30,6	8,1	8,0	7,2
Вязниковский	13,0	14,2	13,8	10,5	10,5	11,4	19,5	9,2	23,0	18,8	9,7	29,1	11,1	11,0	12,0
Гороховецкий	11,0	14,2	16,1	11,6	11,5	11,3	8,4	4,0	7,8	3,9	-	3,6	11,5	11,7	12,0
Гусь-Хрустальный	23,4	20,9	15,7	14,0	14,0	13,1	41,1	43,9	47,2	58,4	61,4	47,8	16,2	16,0	14,4
Камешковский	23,7	23,6	22,4	17,8	18,6	18,7	43,1	37,9	36,2	50,4	40,0	42,5	19,3	19,8	19,7
Киржачский	14,7	14,7	14,9	12,4	14,4	14,2	26,1	13,1	19,0	27,1	8,1	11,1	13,1	14,4	14,4
Ковровский	19,2	19,5	18,5	17,2	20,9	18,5	33,0	35,9	38,5	37,0	48,0	49,1	17,8	21,1	19,0
Кольчугинский	22,2	23,3	23,0	11,1	11,5	10,6	33,4	30,1	38,3	49,4	49,6	57,1	13,3	13,7	13,2
Меленковский	19,7	19,5	18,4	16,5	18,1	19,7	22,4	27,6	33,4	33,5	34,3	40,1	17,1	18,5	19,8
Муромский	24,7	28,0	21,7	8,5	9,0	9,5	55,2	46,9	53,0	66,7	61,8	72,6	11,8	12,5	12,2
Петушинский	13,5	14,6	14,4	6,8	8,6	8,8	21,6	21,2	-	24,3	35,2	-	8,2	9,9	9,4
Селивановский	14,7	15,5	13,1	11,1	9,9	9,8	13,3	18,6	24,6	24,8	34,3	39,1	11,7	10,9	10,6
Собинский	22,6	20,5	21,5	13,3	21,6	16,4	38,5	36,4	33,2	56,8	51,5	46,8	15,4	21,8	17,6
Судогодский	12,5	14,8	16,3	13,4	13,4	13,7	33,9	25,9	29,5	34,9	34,9	30,5	13,8	14,0	14,5
Суздальский	12,8	14,8	18,2	9,2	9,2	13,4	20,0	20,9	21,8	20,9	27,7	24,8	10,1	10,4	14,4
Юрьев-Польский	8,6	10,2	10,1	11,3	10,9	12,1	12,3	17,6	27,1	18,1	24,7	26,8	11,0	11,0	12,2
г. Радужный	17,0	19,1	18,7	17,8	18,0	18,7	31,3	29,3	33,9	55,6	46,5	46,2	17,9	18,4	19,1
г. Владимир	22,9	24,8	22,6	12,6	13,7	13,3	38,6	40,6	45,5	53,0	41,9	54,9	14,6	15,9	15,4
Владимирская обл.	19,1	19,9	18,4	12,2	13,4	13,1	33,9	32,9	35,7	43,1	41,3	43,8	13,7	14,8	14,4
РФ	11,1	10,4		9,0	9,1		20,0	20,1					9,7	9,6	

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Астма, астматический статус - первичная заболеваемость

Районы	Детей на 1000 детского населения			Взрослых на 1000 взрослого населения			Подростков на 1000 подросткового населения						Всего на 1000 населения		
							подростков			в т.ч. юношей					
	2013	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**
Александровский	1,0	1,1	0,6	0,2	0,3	0,3	0,3	-	0,3	0,6	-	-	0,3	0,4	0,4
Вязниковский	2,6	2,5	1,1	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	-	1,0	1,1	-	0,7	0,7	0,6
Гороховецкий	2,3	3,2	2,2	0,5	0,3	0,4	-	-	2,0	-	-	-	0,8	0,7	0,7
Гусь-Хрустальный	2,0	2,1	1,8	0,7	0,6	0,5	0,7	2,5	0,4	1,4	0,7	-	0,9	0,9	0,7
Камешковский	3,2	2,3	1,8	0,3	0,7	0,5	-	-	-	-	-	-	0,8	0,9	0,7
Киржачский	1,7	0,7	1,5	0,7	0,8	0,8	-	-	-	-	-	-	0,8	0,8	0,9
Ковровский	2,5	1,9	1,2	0,8	0,6	0,5	1,2	4,6	2,4	0,5	5,9	1,0	1,1	0,9	0,7
Кольчугинский	3,0	1,6	1,6	0,5	0,3	1,0	7,1	-	-	-	-	-	1,0	0,5	1,0
Меленковский	2,0	2,3	1,1	0,7	1,8	1,8	-	1,2	-	-	2,3	-	0,8	1,8	1,6
Муромский	3,2	2,3	1,5	0,5	0,4	0,7	15,3	1,2	0,3	19,1	1,8	-	1,2	0,7	0,8
Петушинский	1,7	1,3	1,1	0,4	0,3	0,3	0,6	4,7	-	-	5,0	-	0,6	0,6	0,4
Селивановский	2,0	1,9	0,4	0,9	0,6	0,5	-	-	-	-	-	-	1,0	0,8	0,5
Собинский	3,5	1,4	1,7	0,5	0,5	0,9	2,1	1,5	-	2,8	1,5	-	1,0	0,7	1,1
Судогодский	1,0	2,8	1,6	0,5	0,5	1,0	0,9	3,8	-	-	5,5	-	0,6	0,9	1,1
Суздальский	1,8	2,2	1,2	0,5	0,5	0,8	1,5	0,8	0,9	1,4	-	1,7	0,7	0,8	0,8
Юрьев-Польский	1,5	1,9	2,4	0,7	0,3	0,7	-	1,0	1,0	-	2,1	-	0,8	0,5	1,0
г. Радужный	4,7	3,0	1,6	0,5	1,5	0,6	-	-	2,3	-	-	3,8	1,1	1,7	0,8
г. Владимир	2,5	4,2	3,2	0,6	0,5	0,6	1,4	0,8	1,3	0,9	1,4	1,2	0,9	1,1	1,0
Владимирская обл.	2,3	2,5	1,8	0,6	0,5	0,6	2,5	1,5	0,8	2,5	1,8	0,5	0,9	0,8	0,8
РФ	1,5	1,4		0,6	0,6		1,6	1,6					0,7	0,7	

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Болезни системы органов пищеварения - общая заболеваемость K00-K93

Районы	Детей на 1000 детского населения			Взрослых на 1000 взрослого населения			Подростков на 1000 подросткового населения						Всего на 1000 населения		
							Подростков			в т.ч. юношей					
	2013	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**
Александровский	145,4	137,1	391,7	47,8	64,9	215,1	190,9	189,7	342,6	153,9	155,1	297,9	65,8	78,9	245,1
Вязниковский	118,7	104,8	464,1	136,4	132,9	295,8	237,7	182,5	526,2	262,4	204,1	605,4	136,5	130,1	325,6
Гороховецкий	111,8	115,0	117,0	131,5	107,0	96,2	151,6	149,2	139,2	152,3	140,8	138,7	129,2	109,1	100,2
Гусь-Хрустальный	133,0	153,0	133,0	199,8	169,5	163,1	109,5	123,6	136,8	103,4	112,4	102,6	186,7	165,6	157,4
Камешковский	137,8	131,3	134,6	169,7	169,5	170,8	543,1	518,3	533,3	392,6	397,3	512,7	173,4	171,6	173,2
Киржачский	160,1	147,0	141,1	112,7	129,6	114,1	206,8	261,3	289,7	195,4	219,8	251,1	122,0	135,5	122,2
Ковровский	146,6	146,1	235,1	177,8	171,7	162,9	245,6	257,3	362,1	236,5	281,2	355,4	175,3	170,1	177,4
Кольчугинский	148,7	162,1	148,7	96,3	100,8	99,0	311,8	293,7	268,4	283,0	214,9	186,6	109,4	114,8	110,7
Меленковский	169,5	52,2	158,7	122,4	119,6	124,0	110,0	118,5	91,9	92,1	107,6	92,0	128,8	109,6	128,6
Муромский	61,0	44,7	41,8	121,2	111,9	98,0	152,9	117,9	107,5	95,7	93,0	92,2	114,1	102,9	90,4
Петушинский	280,4	321,7	315,7	262,0	276,9	291,6	321,1	278,1	451,1	296,8	218,9	401,0	266,4	283,9	299,5
Селивановский	320,7	303,6	188,2	210,3	187,8	177,7	662,2	382,3	325,1	818,2	369,1	273,9	236,5	208,3	182,4
Собинский	73,9	73,2	71,7	95,7	94,2	87,0	167,6	168,5	165,9	144,0	148,5	165,2	94,0	92,6	86,3
Судогодский	166,0	95,3	364,1	33,6	41,7	327,8	142,2	163,8	163,0	115,8	110,3	124,0	56,5	53,2	329,7
Суздальский	120,2	118,0	132,5	73,8	38,4	58,1	98,7	97,4	136,9	84,8	89,4	122,5	81,6	52,2	71,5
Юрьев-Польский	69,4	82,4	81,3	83,2	77,7	77,0	37,0	59,8	68,3	32,2	53,6	80,5	79,8	77,9	77,4
г. Радужный	185,9	185,4	103,4	104,9	114,3	96,5	73,1	85,6	106,3	80,8	107,0	100,0	117,4	125,4	97,9
г. Владимир	152,5	135,5	103,2	286,4	242,8	135,4	505,8	101,5	86,0	393,5	89,1	76,8	273,7	224,4	129,6
Владимирская обл.	141,9	133,5	180,0	174,2	159,6	158,2	276,2	170,3	217,2	233,4	152,9	201,6	172,2	156,1	162,8
РФ	138,8	135,8		106,2	112,4		201,6	201,2					114,1	118,7	

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Болезни системы органов пищеварения – первичная заболеваемость

Районы	Детей на 1000 детского населения			Взрослых на 1000 взрослого населения			Подростков на 1000 подросткового населения						Всего на 1000 населения		
							подростков			в т.ч. юношей					
	2013	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**	**2013**	**2014**	**2015**
Александровский	42,6	35,8	340,5	8,3	8,7	154,3	34,1	31,4	224,2	30,9	25,6	186,4	13,9	13,3	184,3
Вязниковский	56,5	58,3	48,9	32,8	32,1	39,9	96,2	50,5	58,3	77,2	51,6	55,9	37,6	36,2	41,6
Гороховецкий	42,2	26,1	25,9	10,6	5,1	4,6	25,3	20,2	5,9	35,2	7,2	3,6	15,3	8,4	7,7
Гусь-Хрустальный	75,5	109,2	77,6	13,4	15,4	13,4	52,4	68,6	56,9	45,0	56,5	31,4	24,4	32,2	25,3
Камешковский	94,9	93,5	85,6	15,5	13,8	13,8	372,1	351,1	336,2	323,6	328,0	311,6	35,9	34,3	32,8
Киржачский	116,9	76,3	84,2	10,2	11,6	7,9	83,1	108,5	32,4	69,6	98,8	35,6	27,8	23,7	20,1
Ковровский	55,0	56,9	120,3	11,2	12,9	37,6	42,2	37,2	88,7	32,2	32,3	12,5	17,7	19,4	50,2
Кольчугинский	66,6	72,2	64,9	22,5	20,1	24,1	78,8	65,9	57,1	76,1	46,8	23,7	30,3	29,0	31,1
Меленковский	140,4	21,8	138,0	9,8	7,7	8,8	23,5	24,2	6,0	16,7	27,5	7,1	28,9	10,2	28,5
Муромский	17,1	5,9	5,1	13,3	8,3	11,0	42,8	31,9	23,1	33,9	21,8	24,6	14,6	8,6	10,4
Петушинский	163,0	203,5	121,2	83,7	105,5	66,7	145,0	155,6	122,5	126,5	125,8	5,1	97,4	121,9	76,7
Селивановский	201,3	182,8	146,0	14,7	14,8	13,1	606,7	345,0	325,1	756,2	339,1	360,9	54,7	45,7	38,9
Собинский	44,3	44,7	44,9	8,9	11,6	8,9	27,8	29,7	33,2	23,5	22,1	29,2	14,9	17,4	15,5
Судогодский	78,4	28,1	49,0	7,3	7,1	127,2	13,8	40,2	39,4	14,7	33,1	40,7	18,2	11,2	112,7
Суздальский	77,6	78,1	99,0	6,1	1,7	4,5	45,3	16,1	22,7	43,1	16,9	29,8	18,1	13,8	19,4
Юрьев-Польский	58,5	64,2	61,1	14,1	12,7	16,7	4,7	17,6	9,0	4,0	14,4	13,4	20,3	20,3	23,1
г. Радужный	116,9	118,0	59,6	10,1	10,1	8,7	28,7	24,5	33,9	45,5	18,6	38,5	27,9	28,3	17,9
г. Владимир	92,1	90,0	55,5	87,9	40,1	15,2	43,0	53,5	44,3	47,1	46,5	51,6	87,3	47,4	21,7
Владимирская область	75,6	72,8	91,3	37,2	25,0	35,3	63,2	60,2	73,7	60,3	51,8	55,9	43,3	32,8	44,5
РФ	81,4	79,1		24,5	26,2		78,9	81,5					35,3	36,5	

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Показатели онкологической службы по Владимирской области за 2010-2012 год

Районы, муниципальные образования	IV ст.			заболеваемость			Смертность			Морфология		
	2010	**2011**	**2012**	**2010**	**2011**	**2012**	**2010**	**2011**	**2012**	**2010**	**2011**	**2012**
г. Владимир	16,8	20,7	20,5	258,2	375,4	330,8	101,2	235,8	223,8	83,4	85,6	88,0
Александровский	18,2	16,7	22,6	293,2	282,7	291,9	178,0	149,2	156,1	76,2	85,2	91,0
Вязниковский	23,0	19,8	18,9	370,3	432	425,7	204,9	256,8	252,1	81,7	83,4	83,0
Гороховецкий	14,9	19,6	11,8	207,1	237,9	246,3	145,4	136,6	158,3	89,4	92,2	98,0
Гусь-Хрустальный	18,2	20,7	18,9	374,1	475,5	375,0	245,7	224,3	238,1	76,1	81,3	83,0
Камешковский	21,0	19,3	30,1	374,2	377,4	246,2	217,0	207,6	187,1	77,3	83,2	84,0
Киржачский	27,8	30,5	19,4	377,1	319,7	340,6	164,8	173,6	177,6	79,5	82,0	86,0
Ковровский	16,3	20,7	14,1	330,3	365,7	343,2	175,8	184,8	203,9	80,1	82,9	86,0
Кольчугинский	22,4	21,7	21,1	434,0	414,2	377,8	244,9	216,1	197,9	71,0	80,5	82,0
Меленковский	21,1	20	15,3	332,9	349,2	312,2	194,9	246,3	170,0	67,5	83,2	85,0
Муромский	16,4	20,7	14,5	266,8	428,5	365,4	167,3	201,9	183,4	91,8	91,9	91,0
Петушинский	27,8	32,4	25,7	335,0	342,9	301,3	238,6	252,9	195,9	75,5	84,3	91,0
Селивановский	22,8	19,6	20,0	302,2	302,2	325,4	132,5	127,2	173,5	73,7	62,5	77,0
Собинский	19,7	22,8	29,2	376,8	342,2	313,7	240,3	250,6	215,5	82,6	88,1	93,0
Судогодский	27,6	17,8	17,1	284,7	402,5	276,2	169,3	181,6	161,3	79,3	79,6	84,0
Суздальский	30,3	29,1	24,4	246,4	307,4	315,5	185,4	192,2	208,8	86,2	86,6	90,0
Юрьев-Польский	24,8	31,7	34,1	335,8	346,5	375,6	177,3	244,4	307,5	76,8	75,6	76,0
г. Радужный	14,5	13,6	12,5	346,4	340,8	304,4	184,4	195,5	125,1	90,3	84,7	88,0
Всего по области	**19,6**	**21,4**	**19,7**	**334,8**	**373,6**	**336,3**	**210,8**	**212,0**	**205,5**	**80,6**	**84,4**	**87,0**

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Показатели онкологической службы по Владимирской области 2013-2015 год

Районы, муниципальные образования	IV ст.			Заболеваемость			Смертность*			Морфология		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
г. Владимир	19,8	17,8	17,9	342,9	422,2	463,0	243,3	268,2	209,1	94,7	90,8	94,8
Александровский	18,4	13,3	18,1	328,1	320,0	359,4	203,6	173,9	219,1	94,3	96,2	94,3
Вязниковский	24,7	20,7	21,0	364,3	419,2	440,1	233,4	251,3	251,1	89,7	90,0	86,4
Гороховецкий	19,1	13,6	15,4	313,4	416,3	309,0	179,1	208,2	181,8	95,6	92,0	89,2
Гусь-Хрустальный	23,8	16,7	16,9	414,0	472,0	497,0	260,7	287,3	269,8	91,5	91,3	92,7
Камешковский	27,5	21,7	18,1	391,5	399,0	380,5	276,4	273,7	215,1	89,9	90,6	93,3
Киржачский	22,4	20,0	20,7	366,9	434,1	434,4	198,3	209,5	235,1	88,1	91,9	92,1
Ковровский	18,1	21,0	18,6	350,6	370,2	397,2	172,7	161,9	199,5	93,1	95,5	94,4
Кольчугинский	19,5	20,2	20,9	371,0	440,5	423,3	127,3	194,6	220,0	87,0	90,1	91,4
Меленковский	13,5	19,5	16,3	291,6	349,6	388,9	171,0	258,7	167,1	95,2	95,9	89,1
Муромский	18,1	18,1	18,7	361,6	387,9	445,3	170,3	235,2	225,2	97,2	96,7	97,5
Петушинский	23,2	16,5	22,9	280,5	292,5	390,1	214,5	141,7	185,9	93,5	95,4	94,1
Селивановский	20,6	11,3	24,6	369,1	478,2	359,2	238,8	274,0	179,6	91,2	92,5	89,2
Собинский	22,3	19,2	16,0	324,1	363,2	407,0	188,2	232,7	217,8	98,4	96,4	94,8
Судогодский	24,4	17,6	20,0	339,4	371,9	392,7	180,9	185,9	187,4	95,3	95,8	82,7
Суздальский	21,4	18,9	16,7	318,0	390,9	414,9	177,2	240,9	204,1	99,2	94,3	95,8
Юрьев-Польский	34,1	22,7	17,4	386,1	420,8	393,6	216,3	244,8	249,4	83,3	92,7	92,8
г. Радужный	21,2	13,0	20,6	357,4	392,0	375,6	130,0	168,8	174,2	95,5	92,8	96,8
Всего по области	**20,8**	**18,2**	18,5	**349,1**	**396,0**	**424,7**	**207,7**	**227,2**	**215,4**	**93,5**	**93,1**	**93,5**

Продолжение таблицы

Районы, муниципальные образования	Одногодичная летальность			Пролечено от взятых			С использованием методов (абс.)		
							хирургического	лучевого	лекарственного
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2015		
г. Владимир	23,2	20,6	20,8	61,4	62,4	65,8	558	5	
Александровский	35,0	29,6	32,8	51,2	54,6	55,9	123	5	1
Вязниковский	33,9	37,2	29,5	41,7	53,0	56,4	99	3	
Гороховецкий	19,6	32,8	25,6	57,4	62,8	60,7	22		
Гусь-Хрустальный	40,1	37,2	33,4	45,0	48,1	51,4	151	2	
Камешковский	52,1	43,6	37,5	49,5	43,3	61,8	36		
Киржачский	32,4	30,2	18,8	53,1	63,1	56,6	59		2
Ковровский	27,6	26,1	26,2	58,9	52,8	58,0	213	2	5
Кольчугинский	24,5	17,0	24,9	51,0	52,0	56,4	72		4
Меленковский	34,2	25,0	26,9	59,6	58,0	59,3	54		
Муромский	27,0	22,2	20,9	56,4	57,5	66,4	187		3
Петушинский	37,3	37,3	25,1	50,3	59,8	52,1	77	1	1
Селивановский	21,7	36,8	28,4	38,2	59,5	50,0	19		1
Собинский	30,3	25,5	32,8	51,6	60,7	68,5	78	1	
Судогодский	28,8	28,5	25,7	44,1	58,8	56,3	54		
Суздальский	26,7	29,4	22,4	51,9	60,5	58,5	55	2	
Юрьев-Польский	35,7	38,3	28,7	37,3	45,5	60,6	48		
г. Радужный	23,2	23,0	18,2	42,4	74,2	68,9	24	1	
Всего по области	**30,0**	**27,4**	**25,7**	**53,6**	**56,7**	**60,3**	**1929**	**22**	**17**

Окончание таблицы

Районы, муниципальные образования	Эффективность профосмотров				Контингенты				Прожили более 5 лет	
	2014		2015		2014		2015		2014	2015
	абс.	%	абс.	%	абс.	на 100000	абс.	на 100000		
г. Владимир	116	9,6	176	12,3	8528	2418,0	9293	2615,8	54,4	54,1
Александровский	44	13,1	39	10,5	2386	2138,6	2425	2195,4	55,2	59,2
Вязниковский	11	3,9	13	4,6	1671	2209,8	1737	2345,0	53,1	52,4
Гороховецкий	19	22,1	9	14,8	400	1810,1	417	1895,0	52,5	51,8
Гусь-Хрустальный	35	7,4	67	14,3	2376	2321,8	2467	2447,3	54,3	53,4
Камешковский	4	3,8	12	11,8	535	1764,3	532	1760,4	51,8	53,6
Киржачский	26	17,4	26	16,4	783	1976,1	798	2039,4	52,6	48,7
Ковровский	28	4,5	81	13,5	4504	2613,5	4575	2668,4	57,4	58,5
Кольчугинский	41	18,6	51	25,0	1448	2657,8	1487	2748,9	55,0	58,5
Меленковский	56	47,1	22	18,6	665	1890,3	700	2016,7	54,4	55,0
Муромский	61	12,8	68	12,9	3091	2258,1	3479	2560,5	55,2	51,9
Петушинский	15	8,4	15	6,4	1207	1819,8	1254	1910,7	57,7	56,9
Селивановский	12	16,2	13	20,3	358	1923,7	370	2013,6	49,7	49,5
Собинский	33	18,0	38	19,3	1172	2066,2	1218	2174,3	54,2	55,5
Судогодский	25	18,4	33	22,9	712	1788,9	765	1963,6	50,8	49,5
Суздальский	34	22,4	28	17,6	765	1738,8	783	1775,4	49,7	48,7
Юрьев-Польский	4	2,8	26	19,7	760	2090,2	777	2153,5	54,6	56,2
г. Радужный	10	15,2	14	23,0	451	2455,4	464	2526,0	53,0	54,5
Всего по области	**574**	**11,5**	**731**	13,7	**31812**	**2250,9**	**33541**	**2386,2**	**54,7**	**54,7**

Список использованных источников

Нормативные правовые акты

1. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: утв. указом Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2007. – № 42, ст. 5009.

2. О подпрограмме «Обеспечение жильем молодых семей», входящей в состав федеральной целевой программы «Жилище» на 2002 - 2010 годы: постановление Правительства Российской Федерации от 28 августа 2002 г. № 638 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2002. – № 35, ст. 3386.

3. О внесении дополнения в постановление Правительства Российской Федерации от 28 августа 2002 г. № 638: постановление Правительства РФ от 15.05.2003 № 285 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2003. - № 20, ст. 1913.

4. Об анализе ситуации в области рождаемости и мерах, принимаемых субъектами Российской Федерации по сохранению позитивной динамики: письмо Минтруда России от 31 августа 2015 г. №12-6/10/В-6220 // СПС «КонсультантПлюс».

5. План мероприятий по реализации в 2016 - 2020 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: утв. Распоряжением Правительства РФ от 14.04.2016 № 669-р // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2016. - № 17, ст. 2426.

6. Об утверждении государственной программы Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014 – 2020 годы»: постановление Губернатора Владимирской области от 28 ноября 2013 года № 1346 // СПС «КонсультантПлюс».

7. Об утверждении Правил предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при назначении ежемесячной денежной выплаты, предусмотренной пунктом 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 606 "О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации": постановление Правительства Российской Федерации от 31 октября 2012 г. № 1112 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2012. - № 45, ст. 6250.

8. О Концепции демографической политики во Владимирской области до 2025 года: Указ Губернатора Владимирской области от 10.11.2015 № 55 // Владимирские ведомости. – 2015. - № 221.

9. Примерный план мероприятий субъекта Российской Федерации по повышению рождаемости на период 2015-2018 годов

[Электронный ресурс]. URL: https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/protection/148.

10. О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации: Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 606 // СПС «КонсультантПлюс».

11. Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года № 1351 // СПС «КонсультантПлюс».

12. О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года: Указ Президента РФ от 12.05.2009 № 537: ред. от 01.07.2014 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2009. - № 20, ст. 2444.

13. О внесении изменений в приложение к постановлению губернатора области от 30.04.2013 № 494: постановление администрации Владимирской области от 25.01.2017 № 47 // СПС «КонсультантПлюс».

14. О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года: Указ Президента РФ от 12.05.2009 № 537: ред. от 01.07.2014 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2009. - № 20, ст. 2444.

15. Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению: утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н // СПС «КонсультантПлюс».

16. Стратегия развития промышленности по обработке, утилизации и обезвреживанию отходов производства и потребления на период до 2030 года: утв. Распоряжением Правительства РФ от 25.01.2018 № 84-р [Электронный ресурс]. URL: http://static.government.ru/media/files/y8PMkQGZLfbY7jhn6QMruaKoferAowzJ.pdf.

17. Развитие здравоохранения: Государственная программа Российской Федерации: утв. постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2017 года № 1640 // СПС «КонсультантПлюс».

18. Об утверждении Рекомендаций по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающих современным требованиям здорового питания: приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 августа 2016 г. № 614 [Электронный ресурс]. URL: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71385784/.

19. О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации "Охрана окружающей среды" на 2012 – 2020 годы: Постановление Правительства РФ от 30 марта 2018 г. № 379 [Электронный ресурс]. URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71816270/.

20. Основы государственной политики в области экологического развития Российской Федерации на период до 2030 года: утв. Президентом РФ 30.04.2012 // СПС «КонсультантПлюс».

21. Об охране окружающей среды: федеральный закон от 10.01.2002 № 7-ФЗ // Рос. газ. – 2002. - № 6.

22. Приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни» («Укрепление общественного здоровья») [Электронный ресурс]. URL: http://government.ru/projects/selection/641/.

Специальная литература

1. Автономов В. С. Модель человека в экономической науке – М. : Экономическая школа, 1998. – 230 с.

2. Аганбегян А. Г. Демография и здравоохранение в России на рубеже веков. – М. : Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2019.

3. Американский журнал клинического питания. – 2002. – № 76 (6). – С. 1308-1316.

4. Антонян Ю. М. Проблемы неосторожной преступности // Вестник Воронежского института МВД России. – 2011. - № 1. – С. 4-9.

5. Аитов Н. А., Говако Б. И., Игебаева Ф. А. Город. Население. Трудовые ресурсы. – Уфа : Башкирское книжное издательство, 1982. – 144 с.

6. Анисимова О. К., Новиков А. И. Народосохранение в системе стратегических ориентиров муниципальных образований: монография по материалам межд. конф. в Ярославле 6 апреля 2012 г. – Ярославль : Аверс Плюс, 2012.

7. Антонян Ю. М. Проблемы неосторожной преступности // Вестник Воронежского института МВД России. – 2011. - № 1. – С. 4-9.

8. Бабаев Б. Д., Берендеева А. Б., Дмитриев Д. О., Клюзина С. В., Луховская О. К., Новиков А. И., Андреева О. Р., Зайцева И. А., Острякова Ю. Е., Гурьева Е. В., Лобова Е. А., Смирнова М. М., Храмченко А. В., Шилов Ю. М. Село и социальная инфраструктура: место в концепции устойчивого развития старопромышленного региона. Научное издание. - Иваново, 2011.

9. Баранов Н. А. Национальная безопасность и военная политика России (лекция 30) / Политические отношения и политический процесс в современной России: курс лекций. В 3 ч. – СПб. : БГТУ, 2004 [Электронный ресурс] // Сайт политолога Н. А. Баранова [Сайт]. URL: http://nicbar.narod.ru/lekziya30.htm.

10. Барановский Н. А. Социальная профилактика наркомании среди молодежи [Электронный ресурс]. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnaya-profilaktika-narkomanii-sredi-molodezhi.

11. Березина Е. На все руки кластер // Рос. газ. – 2018. - № 214 (7677).

12. Бобков В. Н. О задачах повышения уровня и качества жизни населения России / В. Н. Бобков // Общество и экономика. - 2000. - № 2.

13. Богаткова Л. В. Заболеваемость нижегородской области злокачественными новообразованиями // Статистика, факты, комментарии. – 2012. - № 2. – С. 35-57.

14. Борисов В. А. Демография: учебник для вузов. – М., 2010.

15. Бочаров М. П. От социальных ценностей к социальному государству. - М. : Луч, 1997.

16. Брехман И. И. Валеология – наука о здоровье. – 2-е изд., доп., перераб. – М. : Физкультура и спорт, 1990. – 186 с.

17. Брынцева Г. 1,3 ребенка // Рос. газ. – 2006. - Федеральный выпуск № 4215.

18. Бузиашвили Ю. Человек любит поговорить о своих болезнях, а между тем это самое неинтересное в его жизни // Рос. газ. – 2017. – Столичный выпуск № 7142 (274).

19. Быченко Ю. Г. Важнейший показатель человеческого капитала // Человеческие ресурсы. – 2001. – № 3. – С. 24-32.

20. Вавилова Е. В. Экономическая география и регионалистика: учебное пособие. – М. : Гардарики, 2012.

21. Вайнер Э. Н. Валеология: учебник для вузов. - 2-е изд. – М. : Флинта-наука, 2002.

22. Вайнер Э. Н., Волынская Е. В. Валеология: учебный практикум. – М. : Флинта-наука, 2002.

13. Валентей С., Нестеров Л. Человеческий потенциал: новые измерители и новые ориентиры // Вопросы экономики. – 1999. – № 2. – С. 90-102.

24. Васильева Т. П., Куценко Г. И., Посисеева Л. В. Управление качеством воспроизводства населения (теоретические и медико-социальные аспекты). - Иваново, 2000. - 284 с.

25. Васильева Т. П., Посисеева Л. В., Куценко Г. И. Охрана здоровья беременных на территориальном уровне. - Иваново, 2000. - 154 с.

26. Венгерцев В. Г. Управление вторичными материальными ресурсами как фактор регионального развития: автореф дис. … канд. экон. наук. - СПб., 2017. – 21 с.

27. Вирганская И. М. Внезапная смерть и алкоголь // Здравоохранение Российской Федерации. - 2005. – № 6. – С. 18-20.

28. Виткина М. К., Новиков А. И. Проблемы формирования социокультурного пространства // Горизонты экономики. - 2018. - № 2. – С. 17-22.

29. Вишневский А. Г., Школьников В. М. Смертность в России: Главные группы риска и приоритеты действий. - М. : Московский Центр Карнеги, 2007. – 245 с.

30. Вишневский А. Г., Андреев Е. М., Трейвиш А. И. Перспективы развития России: роль демографического фактора. - М. : Институт экономики переходного периода, 2005. – 141 с.

31. Владимирская область в цифрах: стат. сб. – Владимир, 2018.

32. Волгин Н. А., Гриценко Н. Н., Шарков Ф. И. Социальное государство: учебник. - М. : Дашков и К, 2004.

33. Волгин Н. А. Демография. – М., 2007.

34. Вопросы статистики. - 2001. - № 6. - С. 47-54.

35. Воронцов И. М., Шаповалов В. В., Шерстюк Ю. М. Здоровье. Опыт разработки и обоснование применения автоматизированных систем для мониторинга и скринирующей диагностики нарушений здоровья. - СПб., 2006. - 430 с.

36. Восемь целей тысячелетия [Электронный ресурс] // Демоскоп Weekly. Электронная версия бюллетеня «Население и общество». – 2004. - № 179-180. URL: http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0179/barom01.php (дата обращения: 14.08.2018).

37. Все о молоке: экономические и товароведческие аспекты: учебное пособие / под общ. ред. А. Новикова. – М. : НП Ассоциация аграрных консультантов, ИПК «ПресСто», 2010. – 264 с.

38. Гаврилов А. И. Региональная экономика и управление: учебник. – М. : ИНФРА-М, 2017.

39. Гаврилюк В. В., Трикоз Н. А. Динамика ценностных ориентаций в период социальной трансформации (поколенный подход) // Социологические исследования. – 2002. - № 1. – С. 96-105.

40. Гарифуллин Р. Р. Концепция российской психологической безопасности. – Казань : ООО «Диалог-компьютерс», 2001. – 25 с.

41. Герасименко Н. Ф. 4П-медицина – новое направление развития здравоохранения / Здравоохранение России: Федеральный справочник. Т. 13. - М., 2012. – С. 93-96.

42. Грушина А. А. Проблемы реализации Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Среднерусский вестник общественных наук. - 2012. - № 3. - С. 153-155.

43. Демографический ежегодник России. 2007. - М. : Росстат, 2017. - 551 с.

44. Денисов И. Н., Кича Д. И., Чернов В. И. Руководство к практическим занятиям по общественному здоровью и здравоохранению (с применением медицинских информационных систем, компьютерных и телекоммуникационных технологий): учеб. пособие для студентов. – М. : МИА, 2009. – 464 с.

45. Дигилина О. Б., Трутнев А. П., Филиппов А. С. Человеческий капитал в государственной политике России: монография. – Владимир : Ред.-издат. комплекс ВлГУ, 2005. – 196 с.

46. Доклад о состоянии окружающей среды во Владимирской области за 2016 год [Электронный ресурс] URL: https://dpp.avo.ru/ezegodnyj-doklad.-monitoring-sostoania-okruzausej-sredy.

47. Дубровский В. Н. Валеология. Здоровый образ жизни. – М., 2001.

48. Евстифеев Р. В. Социальное государство versus государство социального благополучия? Политические аспекты социального мира / Россия: путь к социальному государству: материалы Всероссийской научной конференции (Москва, 6 июня 2008 г.). – М. : Научный эксперт, 2008.

49. Егоршева Н. Ракеты делать научились, а с кашей пока не сладили // Рос. газ. – 2017. – № 162.

50. Елшанский С. П. Коммуникативная дефицитарность при зависимостях от психоактивных веществ // Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М. А. Шолохова. Педагогика и психология. – 2010. - № 2. – С. 93-95.

51. Жандарова И. Денег что грязи // Рос. газ. – 2018. - № 233 (7696).

52. Жеребин В. М., Романов А. П. Уровень жизни населения. - М. : ЮНИТИ, 2002.

53. Жилина Ж. А., Новиков А. И., Цветков С. А. Защита от бедности: проблемы и пути решения // Вестник ВлГУ. Серия «Экономика». - 2016. - № 2 (3). - С. 85-92.

54. Жиляев А. Г., Палачева Т. И. Первичная профилактика наркомании и методические подходы к формированию здорового образа жизни у детей и подростков (Личностно-ориентированный подход): методическое пособие – Казань : Веда, 2006. –223 с.

55. Жиляев А. Г., Палачева Т. И., Кулагин А. Т. Программа «Линия жизни». Дифференцированная профилактика наркозависимости в общеобразовательном учреждении. – Казань : ЗАО «Новое знание», 2002. – 32 с.

56. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия. – М. : Общественная палата РФ, Комиссия по соц. и демогр. политике, Общественный совет ЦФО, 2009. – 83 с.

57. Игебаева Ф. А. О механизмах регулирования воспроизводства населения города / Новые парадигмы общественного развития: экономические, социальные, философские, политические, правовые, общенаучные тенденции и закономерности: материалы международной научно-практической конференции. В 4 ч. Ч. 4. – Саратов : Академия управления, 2016. – С. 97-98.

58. Игебаева Ф. А. Демографическое воспроизводство населения: анализ и прогнозирование // Вопросы теории и практики. – 2015. – № 2. – Ч. 1. – С. 87-89.

59. Игебаева Ф. А. К вопросу о прогнозировании демографического развития региона в современных условиях / Маркетинговые и социологические исследования: технология использования компьютерных программных средств: сб. ст. Международной научно-практической конференции. - Пенза, 2010. – С. 18-20.

60. Игебаева Ф. А. Образ жизни городской семьи и факторы ее дестабилизации // Социально-политические науки. – 2013. – № 1. – С. 140-142.

61. Игебаева Ф. А. Оптимизация воспроизводства населения города и регулирование брачно-семейных отношений // Вопросы теории и практики. – 2014. – № 5 (43). – Ч. II. – С. 90-92.

62. Игебаева Ф. А. Целевые программы по управлению развитием населения и брачно-семейных отношений / Актуальные вопросы развития современного общества: сб. статей 3-й Международной научно-практической конференции. – Курск, 2013. – С. 126-128.

63. Игонин Д. И. Демографический эффект развития правового обеспечения государственной миграционной политики России в деле превенции нарушения общественной безопасности // Национальная безопасность. – 2010 – № 9.

64. Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению: учеб. пособие / под ред. В. З. Кучеренко. – М. : Медицина, 2010 [Электронный ресурс]. URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN5225034640.html.

65. Илларионов А. Е. Механизмы совершенствования организационно-экономической деятельности управляющих организаций в сфере предоставления жилищных услуг / Региональная экономика: опыт и проблемы: материалы IX международной научно-практической конференции ("Гутманские чтения"). – Владимир, 2016. - С. 94-98.

66. Илларионов А. Е., Лапыгин Ю. Н. Модели компетенций государственных гражданских и муниципальных служащих: монография. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2014. - 114 с.

67. Казаин Э. М., Блинова И. Г., Литвинова Н. А. Основы индивидуального здоровья человека. – М., 2000.

68. Камалов А. Деньги надо вкладывать в человека, а не в болезнь // Рос. газ. – 2019. - № 40 (7798).

69. Качество молока от фермы и до прилавка: учебно-методическое пособие / под общ. ред. А. И. Новикова. – Иваново : ФГОУ ВПО «Ивановская ГСХА имени академика Д. К. Беляева», 2009.

70. Кашин В. И. Экономика здоровья // Ремедиум. – 2005. – № 4. – С. 25-28.

71. Кирпиченко А. А. Интеллектуально-мнестические изменения личности у женщин с алкогольной зависимостью // Российский психиатрический журнал. – 2008. - № 1. – С. 20-23.

72. Клинова М. А. Современная отечественная историография потребления алкоголя жителями СССР (1940-е – конец 1980-х гг.) // Омский научный вестник. Серия «Общество. История. Современность». - 2009. - № 2 (76).

73. Кодекс здоровья и долголетия. – М. : Геотар-Медиа, 2007. – 230 с.

74. Комаров Ф. И., Романов Ю. А., Моисеева Н. И. Хрономедицина – новое направление в медико-биологической науке и практике / Хронобиология и хрономедицина. - М. : Медицина, 1989.

75. Короленко А. В., Калачикова О. Н. Итоги демографического развития России в 2000-2016 гг. // Социальное пространство. – 2017. – № 4 (11). – С. 1-16.

76. Коротаева Т. В., Дмитриева Ю. В. Социально-демографическая проблема России // Наука XXI века: Актуальные направления развития. – 2017. – № 2-1.

77. Краснова В. П., Ворошина А. В. Доклад о состоянии здоровья детей Ивановской области в 2002 году (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года). - Иваново, 2003. – 40 с.

78. Краснова В. П., Лапшин А. Н., Штепа Г. П. Роль общественного здравоохранения в реализации национального проекта «Здоровье» в Ивановской области. Результаты выборочного социологического опроса населения г. Иванова и Ивановской области. - Иваново, 2007. – 80 с.

79. Кузнецова Л. М. Некоторые методы психолого-педагогического контроля за здоровьем учащихся: пособие для учителя. – М., 1996.

80. Куинджи Н. Н. Валеология. Пути формирования здоровья школьников. – М. : Аспект Пресс, 2001.

81. Левада Ю. А. Человек приспособленный // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. - 1999. - № 5. - С. 5-17.

82. Левин Я. И. Клиническая сомнология: проблемы и решения // Неврологический журнал. - 2004. - № 9 (4). - С. 4-13.

83. Линденбратен А. Л. Вопросы качества медицинской помощи в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. - 2012. - № 1. - С. 74-77.

84. Лисецкий К. С. Психологические основы предупреждения наркотической зависимости личности. – Самара : Универс групп, 2007. – 308 с.

85. Лисицын Ю. П. Здравоохранение в XX веке. – М. : Медицина, 2002. – 216 с.

86. Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я. Алкоголизм (социально-гигиенические аспекты). – М. : Медицина, 1983.

87. Лисицын Ю. П., Санология-валеология и некоторые концепции формирования здоровья. – М. : Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010.

88. Лисицын Ю. П., Улумбекова Г. Э. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов учреждений высш. проф. образования. – М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2011. – 544 с. [Электронный ресурс]. URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419977.html (дата обращения: 20.02.2019).

89. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с.

90. Манаева И. Прибавка на подогрев // Рос. газ. – 2018. - № 243 (7706). - Региональное приложение. Экономика Центрального округа.

91. Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. – 2-е изд. – М. : Госполитиздат, 1955-1986. - Т. 46. - Ч. 1.

92. Материалы Первого Всероссийского съезда работников муниципального здравоохранения. – М. – Иваново, 2007. - 208 с.

93. Медведев Д. А. Россия – 2024: стратегия социально-экономического развития // Рос. газ. - 2018. - № 225 (7688).

94. Медведев Ю. Мусоропровод для заработка // Рос. газ. – 2018. - № 70 (7533).

95. Методические рекомендации по доработке Плана мероприятий по повышению рождаемости субъекта Российской Федерации на 2015–2018 годы [Электронный ресурс]. URL: https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/protection/191.

96. Минко А. И. Алкоголизм − междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика) // Здоровье. – 2005. - № 9. - С. 6-7.

97. Мирземетова З. И. Правовой мониторинг в области охраны здоровья // Современное право. - 2012. - № 10. - С. 37-39.

98. Миркин Я. Семейные ценности // Рос. газ. - 2019. - № 48 (7806).

99. Моисеев В. С. Алкогольная болезнь. Поражение внутренних органов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.

100. Моисеев Н. Н. Сохранить человечество на Земле // Экология и жизнь. – 2000. - № 1.

101. Мониторинг демографической ситуации в Российской Федерации и тенденции ее изменения. - М. : КДУ, 2016.

102. Москаленко В. Д. Психическая предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (личностные, социальные, семейные факторы риска) [Электронный ресурс]. URL: https://www.narcom.ru/cabinet/online/44.html.

103. Мэнкью Г. Макроэкономика. - М. : Изд-во МГУ, 1994.

104. Назаров В. С., Авксеньев Н. А., Сисигина Н. Н. Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии. – М. : Издательский дом «Дело», РАНХиГС, 2019.

105. Немцов А. В. Алкогольный урон регионов России. - М. : NALEX, 2006. – 56 с.

106. Нестеров В. В. Образование и национальная безопасность // Вестник Военного университета. - 2009. - № 18. - С. 31-35.

107. Никифоров Г. С. Психология здоровья: учебное пособие. – СПб. : Речь, 2002. – 256 с.

108. Новиков А. И. Анализ факторов, влияющих на оптимизацию транзакционных издержек в заготовительно-перерабатывающем комплексе потребительской кооперации: сборник научных трудов. - М., 2001.

109. Новиков А. И. Здоровье человека. / Актуальные проблемы формирования общественных отношений: экспертный взгляд: сборник научных работ. Выпуск 1 / под ред. А. Е. Илларионова. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2018. – С. 207-255.

110. Новиков А. И. Здоровье человека и лекарственное обеспечение / Актуальные проблемы формирования общественных отношений: экспертный взгляд: сборник научных работ. Выпуск 1 / под ред. А. Е. Илларионова. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2018. – С. 178-203.

111. Новиков А. И. Ивановское село в контексте концепции развития «глобальная деревня» // Аграрный вестник Верхневолжья. – 2013. - № 2 (3). – С. 57-62.

112. Новиков А. И. Место науки в новой экономической политике // Вестник Ивановского государственного университета. – 2016. - № 2. – С. 19-25.

113. Новиков А. И. Модели реструктуризации заготовительных и перерабатывающих предприятий системы потребительской кооперации / Модели экономических систем и информационные технологии: сборник научных трудов, вып. II. – М., 2000.

114. Новиков А. И. Общественное здоровье в контексте экономических, социальных и демографических трансформаций / Современные тенденции организации и совершенствования управления региональной экономикой: межд. науч. прак. конф. / ред. Н. М. Филимонова и др. – Владимир : Атлас, 2017. – 257 с. - С. 150-154.

115. Новиков А. И. Особенности формирования трудовых отношений в России в свете задач неоиндустриального развития // Ученые записки. 2017. - № 1 (21). - С. 20-24.

116. Новиков А. И. Проблема созависимости в развитии алкоголизма в России / Алкоголь в России: мат-лы пятой межд. науч.-практ. конф. (Иваново, 24-25 октября 2014 г.). – Иваново, 2014. – 148 с.

117. Новиков А. И. Производство и воспроизводство общественных отношений (по материалам трудов Г. Гутмана) / Региональная экономика: опыт и проблемы: материалы X международной научно-практической конференции («Гутманские чтения»). – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2017. - С. 155-161.

118. Новиков А. И. Развитие агропродовольственного сектора депрессивного региона в условиях вступления России в ВТО // Международный сельскохозяйственный журнал. - 2005. - № 3. – С. 3-8.

119. Новиков А. И. Развитие села по принципу глобальной деревни / Региональная экономика: опыт и проблемы: мат-лы VI межд. науч-практ. конф. («Гутманские чтения»), 15.05.2013 г. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2013. - С. 215-222.

120. Новиков А. И. Социально-экономическая политика как «мандала» развития России и Владимирской области в свете мировозрений Г. В. Гутмана / Региональная экономика: опыт и проблемы: материалы IX международной научно-практической конференции («Гутманские чтения»), 20 мая, 2016 г. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2016. - С. 262-269.

121. Новиков А. И. Социально-экономические проблемы формирования здоровья // Экономика образования. – 2011. – № 5. – С. 213-215.

122. Новиков А. И. Стратегическое управление трансакционными издержками заготовительно-перерабатывающего комплекса потребительской кооперации: дис. … канд. экон. наук. – Мичуринск, 2001.

123. Новиков А. И. Ценностные интересы современной молодежи: региональный аспект (по материалам Владимирской и Ивановской областей) / Социально-экономический потенциал региона и перспективы его развития: сб. тр. по материалам Всероссийской конференции с международным участием, 19-20 ноября 2014 г. – Иваново : ФГБОУ ВПО «Иван. гос. хим.-техн. ун-т», 2014. – С. 14-19.

124. Новиков А. И. Экономическая и социальная модернизация как условие неоиндустриального развития России / Россия: тенденции и перспективы развития: ежегодник. – М. : Институт научной информации по общественным наукам РАН, 2016. - С. 78-81.

125. Новиков А. И., Анисимова О. К. Специфические факторы развития алкоголизма и наркомании в зонах «101 км». Алкоголь в России: № 3: материалы третьей межд. науч.-практ. конф. (Иваново, 26-27 октября 2012 г.). – Иваново : Филиал РГГУ, 2012. – 232 с. – С. 80-83.

126. Новиков А. И., Анисимова О. К., Палаткина Н. Э. Мезокластерная организация как особая форма управления территориальным развитием // Вопросы управления. – 2017. – Выпуск № 2 (45). – С. 24-27.

127. Новиков А. И., Астахин А. С. О механизмах управления в сфере обращения твердых коммунальных отходов в контексте обеспечения безопасности населения // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2017. - № 5. - Т. 4. - С. 59-65.

128. Новиков А. И., Астахин А. С. Обеспечение национальной безопасности: проблемы и пути решения // Теоретическая экономика. – 2017. – № 6 (42). – С. 126-134.

129. Новиков А. И., Илларионов А. Е., Тогунов И. А. Исследование и анализ социо-эколого-экономической политики через призму государственных и социальных стандартов: национальные и региональные аспекты: коллективная монография. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2017. – 294 с.

130. Новиков А. И., Краснова В. П. Аспекты экономики в системе общественного здоровья и здоровья будущих поколений / Актуальные проблемы экономики, торговли и управления: сборник статей в рамках межд. науч.-практ. конф. «Румянцевские чтения». – Иваново : Иван. филиал РГТЭУ, 2010. - С. 119-125.

131. Новиков А. И., Краснова В. П. Медико-санитарные основы и социально-экономические аспекты здорового и безопасного питания / Экономический потенциал Ивановской области. – Иваново : Иван. гос. ун-т, 2009. – С. 158-182.

132. Новиков А. И., Краснова В. П., Грязнова М. В. Медико-психологические проблемы алкоголизации населения Ивановской области / Алкоголь в России: № 3: материалы третьей межд. науч.-практ. конф. (Иваново, 26-27 октября 2012 г.). – Иваново : Филиал РГГУ, 2012. – С. 92-95.

133. Новиков А. И., Царева С. А. Роль оценки риска в обеспечении безопасности пищевых продуктов в плоскости товароведческой экспертизы // Товаровед продовольственных товаров. – 2014. – № 8. – С. 14-19.

134. Новиков А. И., Царева С. А., Царев Ю. В. Безопасность товаров: учебное пособие для подготовки бакалавров. Часть I. – Иваново : Научная мысль, 2013.

135. Новиков А. И., Чистяков М. С. Валеология как детерминанта развития России / Российская государственность и революция: социально-политические и культурные детерминанты развития России в XX-XXI веках: материалы научно-практической конференции (Калягинские чтения) 14-15 октября 2016 г. / под. ред. Р. В. Евстифеева. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2016. – С. 104-112.

136. Новиков А. И., Шишин М. В. Питание населения в орбите экономического анализа // Экономика образования. - 2012. - № 4. - С. 140-144.

137. Новиков А. И., Шишин М. В. Экологическая, продовольственная и медицинская безопасность как фактор социально-экономического развития региона: коллективная монография по

материалам межд. конф. в Ярославле 6 апреля 2012 г. – Ярославль : Аверс Плюс, 2012. – С. 421-428.

138. Новиков А. И. Здоровье человека / Актуальные проблемы формирования общественных отношений: экспертный взгляд: сборник научных работ. Выпуск 1 / под ред. А. Е. Илларионова. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2018. – С. 207-255.

139. Новиков А.И., Шишин М. В. Потребности в качественном продовольствии на региональном уровне: оценка и перспективы развития / Многоуровневое общественное воспроизводство: вопросы теории и практики: сб. науч. тр. / под ред. Б. Д. Бабаева. – Иваново : Иван. гос. ун-т, 2011. – Вып. 1 (17). – С. 333-340.

140. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов / под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. - М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 655 с.

141. Оганесян А. А. Реформы здравоохранения Франции как части общественного сектора экономики: дис. ... канд. экон. наук. - М., 2015.

142. Перспективы улучшения питания в Восточной Европе и в Центральной Азии. - М., 2003.

143. Пирожков С. И. Демографические проблемы трудового потенциала. – Киев, 1992.

144. Платон. Избранные произведения. – Минск : Литература, 1988.

145. Пресса Р. Народонаселение и его изучение (демографический анализ) / пер. с фр., под ред. Б. Ц. Урланиса. - М. : Статистика, 1966.

146. Протасов В. Ф. Экология, здоровье и охрана окружающей среды в России: учебное и справочное пособие. - 3-е изд. - М. : Финансы и статистика, 2001

147. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами: сб. метод. мат-лов по проблеме профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних и молодежи. – М., 2001.

148. Прохоров Б. Б., Горшкова И. В., Шмаков Д. И., Тарасова Е. В. Общественное здоровье и экономик. - М. : МАКС Пресс, 2007. - 288 с.

149. Пути решения демографических проблем [Электронный ресурс]. URL: https://studfiles.net/preview/6328995/page:4/.

150. Путин В. В. Послание Федеральному Собранию // Рос. газ. - 2019. - № 38 (7796).

151. Радаев В. В. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация [Электронный ресурс] // Электронный журнал «Экономическая социология». – 2002. – Т. 3. – № 4. – С. 20-32. URL: http://ecsoc.hse.ru/issues/2002-3-4/index.html.

152. Ращупкина Е. И. О некоторых дефинициях Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» // Сибирский юридический вестник. - 2012. - № 1 (56). - С. 41-46.

153. Римашевская Н. М. Человек и реформы: секреты выживания. – М. : ИСЭПН, 2003. – 392 с.

154. Росстат по Владимирской области [Сайт]. URL: http://vladimirstat.gks.ru/.

155. Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – 2-е изд., испр., доп. – М. : ООО «Медицинская информация», 2008. – 944 с.

156. Рыбаковский Л. Л., Архангельский В. Н., Иванова А. Е. Практическая демография. – М., 2015.

157. Рыбина С. Н. Влияние природных и техногенных факторов на состояние здоровья населения Владимирской области: автореф. дис. … канд. биол. наук. – М. : РУДН, 1999.

158. Рыбина С. Н. Исследование комфортности территории Владимирской области на основании климатических показателей / Атмосфера и здоровье человека: тез. докл. Всероссийской конф. - СПб. : Гидрометеоиздат, 1998.

159. Рыбина С. Н. Изучение влияния техногенного загрязнения окружающей среды на состояние здоровья населения города Владимира / Атмосфера и здоровье человека: тез. докл. Всероссийской конф. - СПб. : Гидрометеоиздат, 1998.

160. Рыбина С. Н. Медико-географическая оценка почв Владимирской области / Почва. Экология. Общество: тез. докл. Докучаевских молодежных чтений - 99. - СПб., 1999.

161. Рыбина С. Н., Иссакевич Д. В. Медико-демографический мониторинг урбанизированных экосистем Нечеткая логика, интеллектуальные системы и технологии: материалы между-нар. науч.-техн. конф. - Владимир, 1998.

162. Рыбина С. Н., Рахманина О. В., Трифонова Т. А. Гигиеническая оценка влияния химического состава воды на состояние здоровья населения / Физика и радиоэлектроника в медицине и биотехнологии- ФРЭМБ-98: материалы III Междунар. науч.-техн. конф. - Владимир, 1998.

163. Рыбина С. Н., Репкин Р. В. Агроэкологический мониторинг почв / Почва. Экология. Общество: тез. докл. Докучаевских молодежных чтений - 99. – СПб., 1999.

164. Рыбина С. Н., Смотрова С. П., Трифонова Т. А. Токсико-гигиенический мониторинг грунтовых вод города Владимира / Социально-гигиенические аспекты охраны здоровья населения: материалы межрегиональной науч.-практ. конф. – Рязань, 1997.

165. Савельев А. Б., Маруев А. Ю. Геополитические ориентиры новой России: внутренние угрозы и ресурсы // Обозреватель – Observer. - 2009. - № 12. – С. 6-15.

166. Саградов А. А., Ионцев В. А. Введение в демографию. – М., 2017.

167. Сазонова Е. С. Демографический кризис: феноменология и государственное управление / Стратегии России в историческом и мировом пространствах: материалы Всероссийской научной конференции / ред. Ю. Е. Мешков. – М., 2009. - С. 795-802.

168. Сидорина Т. Ю., Сергеев Н. В. Государственная социальная политика и здоровье россиян // Мир России.- 2001. - № 2.

169. Симонов А. Холод под градусом // Российская газета. – 2018. - № 214 (7677).

170. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы. – М. : АРКТИ, 2003. – 272 с.

171. Смыслов Д. А. Динамика и воспроизводство человеческого капитала жителей России в контексте социально-групповой и поселенческой дифференциации // Мир России. Социология, этнология. – 2007. - Том XVI. - № 3.

172. Современная демография / под ред. А. Я. Квант, В. А. Ионцева. - М. : Изд-во МГУ, 1995.

173. Соковня-Семенова И. И. Основы здорового образа жизни и первая медицинская помощь: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М., 2000.

174. Социальная политика. Толковый словарь / общ. ред. Н. А. Волгина. - М. : РАГС, 2002.

175. Социальная справедливость и развитие: Доклад о мировом развитии, 2006. Обзор. – Вашингтон : Всемирный банк, 2006.

176. Социально-экономическое положение населения – продолжающийся кризис или новая реальность? / под ред. Т. М. Малевой. – М. : Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2017. – 104 с.

177. Стратегический ответ России на вызовы нового века / под ред. Л. И. Абалкина. – М. : Экзамен, 2004. – 608 с.

178. Струве П. Б. Хозяйство и цена / Духовные основы общества. – М., 1992. [Электронный ресурс]. URL: https://studfiles.net/preview/514745/page:22/.

179. Субетто А. И. Капиталогенный экологический апокалипсис: конец человечества или прорыв к социализму? // Теоретическая экономика. - 2016. - № 5. - С. 17-21.

180. Тищук Е. А. Здравоохранение Российской Федерации. – М., 2006. - 156.

181. Тогунов И. А. Аспект личности и отношений в системе обеспечений качества медицинской помощи // Středoevropský věstník pro vědu a výzkum. – 2015. - № 75. - ISSN 2336-3630.

182. Тогунов И. А. Общественное здоровье как функция управления социальными объектами / Российская государственность в XXI веке: модели и перспективы социально-политического развития:

материалы научно-практической конференции. – Владимир : Владимирский филиал РАХиГС, 2017. – С. 284-286.

183. Тогунов И. А. Здоровье человека и лекарственное обеспечение / Актуальные проблемы формирования общественных отношений: экспертный взгляд: сборник научных работ. Выпуск 1 / под ред. А. Е. Илларионова. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2018. – С. 203-207.

184. Тогунов И. А. Концепты стратегического управления динамическими социальными системами / Стратегическое управление: теория, практика, проблемы: материалы XIV региональной научно-практической конференции, 16 декабря 2016 года. Том 1 / отв. ред. Ю. Н. Лапыгин, А. И. Новиков. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2017. – С. 91-94.

185. Тогунов И. А. От управления к менеджменту в системе здравоохранения // Středoevropský věstník pro vědu a výzkum». – 2015. - № 75. - ISSN 2336-3630.

186. Тогунов И. А. Отечественное здравоохранение: вероятностная модель эволюции. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2017.

187. Тогунов И. А. Система социального обеспечения населения России на региональном уровне // Ученые записки. – 2015. - № 3. - С. 116-121.

188. Тогунов И. А. Структурно-функциональные модели социальных систем: монография. – Владимир : Владимирский филиал РАНХиГС, 2016. - 159 с.

189. Трифонова Т. А., Рыбина С. Н. Географическая среда и состояние здоровья населения / Проблемы региональной геоэкологии: тез. докл. науч. семинара. - Тверь, 1999.

190. Трунин Г. А. Механизм построения системы управления инновационной деятельностью [Электронный ресурс]. URL: http://www.dissercat.com/content/mekhanizm-postroeniya-sistemy-upravleniya-innovatsionnoi-deyatelnostyu#ixzz5BnKgCsgn (дата обращения: 15.03.2018).

191. Фармакотерапия и диетология в педиатрии: материалы научно-практической конференции IV Форума «Лекарства и дети» и II Форума «Питание и здоровье детей». - Иваново, 2008.

192. Федеральная служба по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды [Электронный ресурс]. URL: http://www.meteorf.ru/.

193. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека [Электронный ресурс]. URL: http://www.rospotrebnadzor.ru/.

194. Федеральная служба по надзору в сфере природопользования [Электронный ресурс]. URL: http://rpn.gov.ru/.

195. Федеральное агентство водных ресурсов [Электронный ресурс]. URL: http://voda.mnr.gov.ru/.

196. Фромм Э. Здоровое общество. – М. : АСТ, Астрель, 2011.

197. Харари Ю. Н. Homo Deus. Краткая история будущего / пер. с англ. А. Андреева. – М. : Синдбад. 2018. – 496 с.

198. Цанн-Кай-Си. Философия как творческое мировоззрение: курс лекций. - 2-е изд. – Владимир : Транзит-Икс, 2009.

199. Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса: учебное пособие / под общ. ред. проф. В. П. Колесова. - 2-е изд., доп. и перераб. – М. : Права человека, 2008.

200. Чепурных Е.Е. Здоровый образ жизни и профилактика наркомании // Народное образование. – 1999. – № 10.

201. Шабунова А. А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.

202. Шевяков А. Ю. Неравенство, инвестиции и экономический рост // Недвижимость и инвестиции. Правовое регулирование. – 2007. – № 3-4 (32-33).

203. Шилов А. И., Оноколов Ю. П. Проблемы алкоголизма и наркотизма в вооруженных силах Российской Федерации // Человек: преступление и наказание. – 2010. - № 3. – С. 70-73.

204. Шкель С. Н., Дорожкин Ю. Н., Ямалова Э. Н. Политико-правовые аспекты становления демографической политики в Республике Башкортостан // Право и политика. - 2009. - № 2. - С. 57-64.

205. Школьников В. М., Червяков В. В. Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период. – М. : Программа развития ООН, Россия. – 245 с.

206. Щека А. А. Механизм инвестирования технического перевооружения предприятий [Электронный ресурс]. URL: http://www.dissercat.com/content/mekhanizm-postroeniya-sistemy-upravleniya-innovatsionnoi-deyatelnostyu#ixzz5BnKgCsgn (дата обращения: 15.03.2018).

207. Экологические проблемы современного общества /сб. обзоров и реф. (РАНГ ИНИОН. Центр научно-информационных исследований глобальных и региональных проблем). – М., 2001.

Электронные ресурсы

1. Аргументы недели [Сайт]. URL: http://argumenti.ru/.

2. Мень М. О льготной ипотеке для семей с маленькими детьми [Электронный ресурс] // Минстрой России [Сайт]. URL: http://www.minstroyrf.ru/.

3. Деловая активность организаций в России в январе 2018 года [Электронный ресурс] // Росстат [Сайт]. URL: http://www.gks.ru/bgd/free/B04_03/IssWWW.exe/Stg/d03/21.htm.

4. Социально-экономическое положение России - 2018 г. Январь 2018 г. [Электронный ресурс] // Росстат [Сайт]. URL:

http://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/info/oper-01-2018.pdf.

5. Индексы потребительских цен по Российской Федерации в 1991 - 2018 гг. [Электронный ресурс] // Росстат [Сайт]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/prices/potr/tab-potr1.htm.

6. Информация о выданных (приобретенных) жилищных (ипотечных) кредитах (займах) и размере субсидии, предоставленной на возмещение недополученных доходов [Электронный ресурс] // Министерства финансов Российской Федерации [Сайт]. URL: https://www.minfin.ru/.

7. Ипотечные жилищные кредиты, предоставленные физическим лицам-резидентам [Электронный ресурс] // Центральный Банк Российской Федерации [Сайт]. URL: http://www.cbr.ru/.

8. Количество кредитных организаций - участников рынка жилищного (ипотечного жилищного) кредитования (в целом по Российской Федерации) [Электронный ресурс] // Центральный Банк Российской Федерации [Сайт]. URL: http://www.cbr.ru/.

9. О жилищном строительстве в 2017 году [Электронный ресурс] // Росстат [Сайт]. URL: http://www.gks.ru/.

10. Об установлении величины прожиточного минимума на душу населения и по основным социально-демографическим группам населения в целом по Российской Федерации за IV квартал 2017 года [Электронный ресурс]. URL: http://regulation.gov.ru/projects#npa=77897.

11. Официальный сайт Министерства здравоохранения и социального развития РФ [Электронный ресурс]. URL: http://www.minzdravsoc.ru/find/.

12. Российская газета [Сайт]. URL: https://rg.ru/

13. Федеральная службы государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: www.gks.ru.

14. Chukhrova M. G., Krivoschekov S. G. Functional brain asymmetry in ancoholism // International Journal of Psychophysiology. – 1998. – V. 30. - № 1-2.

15. Geyer R. R. Exploring European Social Policy [Исследование европейской социальной политики]. – Cambridge : Polity, 2008.

16. The Welfare State Reader [Хрестоматия по государству благосостояния] / Ed. by K. Pierson, F. Casteles. – Cambridge : Polity, 2013.

17. Lotka A. J. and Sharpe F. R. A problem in age distribution // Philosophical Magazine. – 1911. - № 21 (124). - P.435-438.

18. Marmuleva Y., Shiltsova T. A Public health financing and evaluation of public satisfaction with the health services // Scientific Bulletin YUIM. – 2015. - № 3.

19. On the Russian Federation's state health development program: Government Resolution № 294 from 15.04.2014 [Электронный ресурс]. URL: https://www.rosminzdrav.ru/news/2014/01/30/1686-gosudarstvennaya-programma-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii.

20. Readings in Social Welfare. Theory and Policy [Хрестоматия по социальному благосостоянию. Теория и политика] / Ed. by R. E. Kuenne. - Oxford : Blackwall Publishers, 2015.

21. Social Policy [Социальная политика] / Ed. by N. Manning. - Oxford University Press, 2006.

22. Social Policy and Social Justice [Социальная политика и социальная справедливость]: Reader / Ed. by J. Franklin. – Cambridge : Polity, 2007.

23. The anti-crisis program of the Government of the Russian Federation 2015 [Электронный ресурс]. URL: https://ria.ru/spravka/20151021/1304635592.html.

24. The Centre for Humanitarian Technologies. Informational and analytical portal [Электронный ресурс]. URL: http://gtmarket.ru/.

25. URL: http//static.government.ru›media/files/pdf (дата обращения: 04.02.2018).

26. URL: http://docs.cntd.ru/document/428553903/.

27. URL: http://mtsz.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_979829.pdf (дата обращения: 20.02.2019).

28. URL: http://ponjatija.ru/node/13013 (дата обращения: 15.02.2019).

29. URL: http://reconomica.ru/экономика/статистика/демография-россии-2018//.

30. URL: http://seluk.ru/zdorove/219609-1-kompleksnaya-lichnostno-orientirovannaya-programma-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni-pervichnoy-profilaktiki-nark.ph (дата обращения: 20.02.2019).

31. URL: http://tass.ru/ekonomika/4915866 (дата обращения: 25.01.2018).

32. URL: http://vladimir.tpprf.ru/ru/news/268793/ (дата обращения: 20.02.2019).

33. URL: http://vladimironline.ru/politica/id_133395/ (дата обращения: 10.01.2019).

34. URL: http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/koncepciya/koncepciya25.html/.

35. URL: http://www.dissercat.com/content/upravlenie-ekologicheskoi-bezopasnostyu-sotsioekosistem-teoretiko-metodologicheskie-osnovy#ixzz5UvreyDZk.

36. URL: http://www.dissercat.com/content/upravlenie-ekologicheskoi-bezopasnostyu-sotsioekosistem-teoretiko-metodologicheskie-osnovy#ixzz5UvroSSXD (дата обращения: 20.02.2019).

37. URL: http://www.energovector.com/portrait-bezothodnaya-situatsiya.html (дата обращения: 15.02.2019).

38. URL: http://www.kashitsev.ortox.ru/biblioteka-izbrannoe/view/id/12757 (дата обращения: 15.02.2019).

39. URL: http://www.kremlin.ru/events/president/news/56957 (дата обращения: 20.02.2019).

40. URL: http://www.meteorf.ru/upload/iblock/d0c/GP-ohrana-okr-sredy.pdf (дата обращения: 05.09.2018).
41. URL: http://www.rg.ru/2006/11/07/vishnevskij-dz.html/.
42. URL: http://www.zdravo-expo.ru/ru/news/digest-2-2018N01/01/ (дата обращения: 10.01.2019).
43. URL: https://lenta.ru/news/2018/10/17/longevity/ (дата обращения: 15.02.2019).
44. URL: https://lenta.ru/news/2018/10/29/deficit/?utm_source=yxnews& (дата обращения: 15.02.2019).
45. URL: https://ligazn.ru/blog/view/VVPutim15y (дата обращения: 20.02.2019).
46. URL: https://mosgupritual.ru/news/statistika-smertnosti-v-rossii-2018/.
47. URL: https://oncoved.ru/common/statistika-onkozabolevaniy (дата обращения: 25.12.2018).
48. URL: https://rg.ru/2018/03/01/stenogramma-vystupleniia-vladimira-putina-pered-federalnym-sobraniem.html (дата обращения: 15.09.2018).
49. URL: https://rg.ru/2018/11/18/indeks-zdorovia-budushchego-pomozhet-v-razvitii-sistem-zdravoohraneniia.html (дата обращения: 10.01.2019).
50. URL: https://seregalab.livejournal.com/912505.html.
51. URL: https://students-library.com/library/read/61534-socialno-istoriceskij-obraz-zizni-istocnik-razvitia-individualnosti-licnosti (дата обращения: 20.02.2019).
52. URL: https://studopedia.org/4-92247.html (дата обращения: 20.02.2019).
53. URL: https://trc33.ru/news/society/vladimir-sipyagin-rabotayu-za-troikh/ (дата обращения: 15.02.2019).
54. URL: https://trc33.ru/news/society/vladimirskaya-oblast-zanyala-20 (дата обращения 20.02.2019).
55. URL: https://vladimir-smi.ru/item/205403.
56. URL: https://worldtable.info/gosudarstvo/smertnost-v-rossii-po-godam-tablica.html.
57. URL: https://www.gazeta.ru/social/2018/09/18/11973325.shtml (дата обращения: 20.09.2018).
58. URL: https://www.idelreal.org/a/29789674.html (дата обращения: 20.02.2019).
59. URL: https://www.un.org/un70/ru/index.html.
60. URL: https://zebra-tv.ru/novosti/jizn/vladimirskaya-oblast-v-liderakh-po-nekhvatke-vrachey/ (дата обращения: 20.02.2019).
61. URL: https://zebra-tv.ru/novosti/vlast/poluchitsya-li-zavalit-millionami-rubley-demograficheskuyu-yamu/.
62. URL: www.demographia.ru.
63. URL: www.kremlin.ru (дата обращения: 15.10.2018).
64. URL: http://www.audit.gov.ru/.
65. URL: http://vladimirstat.gks.ru/.

66. URL: https://ria.ru/usa-climate-exit-01062017/.
67. URL: https://ria.ru/20171212/1510681570.html.
68. URL: https://www.ipson.com/documents/2017/09/20.
69. URL: burckina-new.livejournal.com.

Илларионов Александр Ефимович
Картухин Вячеслав Юрьевич
Жамбровский Валерий Михайлович
Новиков Александр Иванович
Тогунов Игорь Алексеевич

НАРОДОСОХРАНЕНИЕ И (ИЛИ) СБЕРЕЖЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ: СОЦИАЛЬНЫЕ, ЭКОНОМИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ, МЕДИЦИНСКИЕ И ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Монография

Под редакцией А.И. Новикова

Редактор: А. М. Перегудова
Корректор: Н. М. Орлова
Дизайн: А. Е. Дмитриев

Сдано в набор 06.03.2019.
Подписано в печать 10.06.2019.
Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman.
Усл. печ. л. 19,2. Авт. л. 17,7.
Тираж 500 экз. Заказ № 477/19.

Отпечатано во Владимирском филиале федерального
государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Российская академия
народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации»

Россия, г. Владимир, ул. Горького, 59а,
контактный телефон (4922) 52-27-89