

## ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ НА РОССИЙСКО-КАЗАХСТАНСКОЙ ТРАНСГРАНИЧНОЙ ТЕРРИТОРИИ

О. С. Руднева, А. А. Соколов

*Институт степи Уральского отделения Российской академии наук, Россия*

*Поступила в редакцию 28 сентября 2010 г.*

**Аннотация:** В статье анализируется демографическая ситуация и особенности общественного здоровья населения Российско-Казахстанской трансграничной территории как составляющие качества жизни. Проведенный анализ позволил рассмотреть состояние общественного здоровья в сопредельных приграничных регионах, сгруппировать их по признаку уровня здоровья городского и сельского населения, выделить наиболее проблемные зоны и определить основные тенденции в повышении качества жизни населения.

**Ключевые слова:** качество жизни населения, индекс развития человеческого потенциала, демографическая ситуация, индекс общественного здоровья.

**Abstract:** The article analyzes the demographics and characteristics of public health of the Russian-Kazakh cross-border area as a component of life quality. This study allows analysing public health in the neighboring border regions, grouping them on the basis of their level of health of urban and rural populations, identifying the most problem areas as well as the main trends in improving the life quality.

**Key words:** quality of life, human development index, the demographic situation, the index of public health.

Россия и Казахстан сегодня имеют одинаправленный вектор развития, обусловленный общностью проблем постсоветского периода, необходимостью совместного решения ряда политических, экономических и социальных проблем. Россия и Казахстан активно участвуют в процессе интеграции в международное сообщество, в переходе на стандарты жизни, общие для развитых стран. После распада плановой экономической системы и перехода к рынку на постсоветской территории имели место процессы нарастания социальной напряженности в связи с резкой дифференциацией доходов и снижения социальной защищенности основной массы населения. Социум испытал «встряску», после которой большинство населения оказалось на грани бедности, или за ее чертой, резко возросло число страдающих т.н. «социальными заболеваниями» – алкоголизм, наркомания, туберкулез и пр., возросла смертность, упала рождаемость и средняя продолжительность жизни. И

в прошедшие 20 лет в России и Казахстане одними из главных на сегодня стали проблемы преодоления бедности и повышения стандартов качества жизни. По оценке ООН, индекс нищеты (% населения, живущего менее чем на 1,25 \$ США в день) в России составил 7,4, в Казахстане – 7,9 (32 и 37 места в мире соответственно).

Современный этап социально-экономического развития потребовал обращения к сравнительно новым для стран постсоветского пространства критериям оценки состояния общества.

На сегодня «качество жизни» не имеет общепризнанной формализованной структуры и стандартного набора индикаторов. В исследовательском плане качество жизни целесообразно рассматривать как категорию, включающую две составляющих: объективную, поддающуюся статистическому и другим видам измерения, и субъективную, отражающую удовлетворенность человека или группы людей достатком, образованием, социальным положением, работой и т.п. [11]. Приоритеты зависят от потребностей людей, от уров-

ИРЧП и его составляющие (по данным ООН, 2008 г.)

ИРЧП	Ожидаемая продолжительность жизни (лет)	ВВП на душу населения (\$ США)	Уровень грамотности взрослого населения (%)
1. Норвегия (0,971)	1. Япония (82,7)	1. Лихтенштейн (85382)	1. Грузия (100,0)
70. Албания (0,818)	117. Пакистан (66,2)	54. Габон (15167)	9. Таджикистан (99,6)
71. Российская Федерация (0,817)	118. Российская Федерация (66,2)	55. Российская Федерация (14690)	10. Казахстан (99,6)
82. Казахстан (0,804)	125. Казахстан (64,9)	72. Казахстан (10863)	11. Российская Федерация (99,5)
83. Ливан (0,803)	126. Туркменистан (64,6)	73. Коста-Рика (10842)	12. Туркменистан (99,5)
182. Нигер (0,340)	176. Афганистан (43,6)	181 Конго (Демократическая республика) (298)	151. Мали (26,2)

на развития стран и регионов, поэтому критерии оценки не совпадают для развитых и развивающихся стран. Наиболее полный перечень показателей качества жизни, используемых в международных и национальных оценках развитых стран, включает следующие блоки: продолжительность жизни; доходы населения; бедность и неравенство; безработица и использование рабочей силы; динамика демографических процессов; образование и обучение; здоровье, продовольствие и питание; состояние жилища (населенных пунктов), инфраструктура, связь; ресурсы и состояние природной среды; культура, социальные связи, семейные ценности; политическая и социальная стабильность (безопасность); политические и гражданские институты (демократия и участие) [12]. Перечисленные критерии можно распределить по группам: демографические, социальные, медицинские, экономические, комфортности природной среды, экологические.

Одним из наиболее значимых показателей качества жизни, широко применяемых с 1990 г. Комиссией ООН по человеческому развитию, является индекс развития потенциала человека (ИРПЧ). Развитие потенциала человека – это процесс расширения возможностей человека прожить долгую и здоровую жизнь, получить знания, иметь достойный уровень жизни. Если эти возможности недоступны, то и многое другое остается недоступным.

Концепция развития человеческого потенциала (human development) возникла как противовес традиционному пониманию развития как количественного роста материальных благ и услуг. В концепции во главу угла ставится не способность к производительному труду (т.е. экономическая ценность индивида), а само развитие человека через расширение возможностей выбора благодаря росту продолжительности жизни, образования и до-

хода. Человеческое развитие рассматривается как цель и критерий общественного прогресса, а не средство для экономического роста. Преимущество концепции – в выделении базовых критериев социального развития (долголетие, образование, доход), пригодных для количественных сопоставлений [4].

Индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) разработан для сравнения стран и публикуется в ежегодных Докладах Программы развития ООН с 1990 г. Содержательный смысл показателя таков – чем он ближе к единице, тем выше возможности для реализации человеческого потенциала благодаря росту образования, долголетия и дохода. Диапазон значений ИРЧП в «Докладе о развитии человека за 2007/2008 год» – от 0,971 в Норвегии до 0,340 в Нигере (таблица 1). Порогом высокого уровня развития человеческого потенциала является значение 0,800. В группу развитых входят уже 75 стран. В 2007 г. показатель России составил 0,817 (в 2001 г. – 0,779), в мировом рейтинге это 71 позиция. Республика Казахстан отстает от России на 11 пунктов (82 место) при индексе 0,804. Главная причина скромного места в рейтинге России и Казахстана являются уже не столько невысокие доходы, сколько чрезвычайно низкая ожидаемая продолжительность жизни населения. Снижение рейтинга произошло за счет ухудшения социально-демографической ситуации, что вызвано высокой смертностью (прежде всего в младенческом и трудоспособном возрасте), ростом смертности от социально обусловленных заболеваний и состояний – убийств, самоубийств, алкоголизма, наркомании и других.

Индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) состоит из трех равнозначных компонентов [14]: 1) *дохода*, определяемого показателем валового внутреннего продукта (валового регио-

Распределение регионов по уровню ИРЧП

	ИРЧП	Страны, близкие по уровню ИРЧП
Тюменская область	0,88824	Эстония, Польша
Атырауская область	0,85557	Багамские острова
Актюбинская область	0,81441	Доминика, Бразилия
Самарская область	0,80891	Колумбия, Турция
Западно-казахстанская область	0,80449	Маврикий, Ливан
Павлодарская область	0,79923	Армения,
Новосибирская область	0,79215	Украина
Челябинская область	0,79179	Украина
Оренбургская область	0,78930	Азербайджан
Омская область	0,78319	Таиланд
Волгоградская область	0,78260	Иран
Восточно-казахстанская область	0,77972	Грузия
Кустанайская область	0,77271	Китай, Белиз
Саратовская область	0,76790	Ямайка, Тунис
Астраханская область	0,76106	Парагвай, Шри-Ланка
Алтайский край	0,74903	Алжир, Филиппины
Курганская область	0,74684	Сальвадор
Северо-казахстанская область	0,74458	Сирия, Фиджи
Республика Алтай	0,72266	Вьетнам, Молдова

нального продукта) по паритету покупательной способности (ППС) в долларах США; 2) *образования*, определяемого показателями грамотности (с весом в 2/3) и доли учащихся среди детей и молодежи в возрасте от 7 до 24 лет (с весом в 1/3); 3) *долголетия*, определяемого через продолжительность предстоящей жизни при рождении (ожидаемую продолжительность жизни).

Итоговый индекс развития человеческого потенциала рассчитывается как среднеарифметическая сумма значений трех компонентов: индекса долголетия, индекса образования (состоящего из индекса грамотности с весом в 2/3 и индекса охвата обучением с весом 1/3) и индекса дохода.

В зависимости от значения ИРЧП выделяются высокий (0,8-1), средний (0,5-0,8) и низкий (менее 0,5) уровни [3].

Рассмотрение в качестве исследуемой территории сопредельных приграничных регионов позволит получить более четкую картину формирования различий между странами. Современная Российско-Казахстанская трансграничная территория занимает площадь 3916,9 тыс. км<sup>2</sup>, где проживает 32271 тыс. человек. В ее состав вошли 12 регионов России и 7 регионов Казахстана. Приграничные регионы занимают двойственное положение в пространстве государства, будучи одновременно

и центром связей и периферией своего государства. Являясь периферией России и Казахстана, приграничные территории образуют Российско-Казахстанский трансграничный регион, который обладает специфическими свойствами и в котором идут активные интеграционные процессы между странами.

На основе выше приведенного алгоритма был рассчитан ИРЧП для регионов Российско-Казахстанской приграничной территории. Только 2 российских и 3 казахстанских региона имеют высокий индекс развития. В таблице 2 приведено сопоставление приграничных регионов и стран мира, наиболее приближенных по показателю ИРЧП. Сравнение индекса регионов и стран условно, но очень показательное для приграничных регионов. Тюменская область сопоставима с Эстонией и Польшей, Атырауская – с Багамскими островами. Слабейшие регионы приграничья – Северо-Казахстанская область и Республика Алтай сопоставимы с Молдовой и Сирией. Огромный разрыв регионов России в развитии человеческого потенциала замедляет развитие всей территории трансграничья и стран в целом.

Дифференциацию можно провести и по доле населения, живущего в регионах с разным ИРЧП, что позволяет оценить, для какой части жителей

трансграничного региона сложились лучшие условия развития человеческого потенциала. Почти 26 % населения Российско-Казахстанского трансграничья проживает в регионах с высоким уровнем развития человеческого потенциала. В регионах с худшими показателями (индекс ниже 0,750) живет только 10 % населения, это наиболее проблемная зона.

Анализ рейтингов других стран показал, что чем богаче страна, тем большее значение в удовлетворенности жизнью населения приобретают нематериальные факторы, такие как эффективность управления и действенность власти, коррупционный контроль, участие в общественной жизни и др.

#### **Демографическая ситуация как составляющая интегрального показателя качества жизни населения**

Показатели уровня жизни населения прямо и косвенно зависят от демографических процессов, происходящих на территории приграничья и чувствительны к величине средней продолжительности предстоящей жизни, к младенческой смертности и смертности населения в трудоспособном возрасте.

Одним из показателей, отражающих демографическую ситуацию в регионе, является рождаемость. Для простого воспроизводства, т.е. такого, при котором население не растет, но и не убывает, требуется рождение в среднем в расчете на одну женщину за всю ее жизнь (без различия брачного состояния) 2,1 ребенка, в расчете же на один брак – 3 ребенка. Сегодня суммарный коэффициент рождаемости одной российской женщины равен 1,5. В Казахстане в 2008 году он составил 2,36, а количество рождений на тысячу человек – 20,76. Для сравнения, в развитых странах фертильность не превышает 1,5, а количество рождений – 11 человек на 1000 населения. Зато в таких экономически отсталых странах, таких как Афганистан и Нигер, фертильность составляет 6,8 и 8,0, а количество рождений – 48 и 56 соответственно. Таким образом, показатель рождаемости не является определяющим фактором для выхода из демографического кризиса, сложившегося в последнее время в РФ. Более влиятельным является показатель смертности. Ее можно снизить в более короткие сроки (3-5 лет), чем увеличить рождаемость (10 лет и более), что определяет этот показатель как основной рычаг демографической политики государства, направленной на увеличение населения.

В 1992 году в России образовался т.н. «русский крест», т.е. показатель смертности превысил рождаемость и последние 18 лет естественный прирост в стране отрицательный. В Республике Ка-

захстан естественный прирост стабильно положительный. В период 1997-2001 годов наблюдалось снижение общего показателя рождаемости при стабильном уровне смертности, но с 2002 года рождаемость начала расти, увеличивая тем самым естественный прирост и отдаляя население регионов от порога депопуляции. В отличие от России, Казахстан не вошел в ситуацию «демографического креста», с 2000 года в республике наблюдается устойчивый рост показателей рождаемости и естественного прироста населения. Одной из причин всплеска рождаемости в казахстанских приграничных регионах является то, что в детородный возраст вступило многочисленное поколение, рожденное еще в конце советских 80-х годов. Согласно половозрастной пирамиде сейчас больше всего казахстанцев в возрастной категории 15-19 и 20-24 года.

Таким образом, на территории российско-казахстанского трансграничья происходит соприкосновение двух государств с различным уровнем демографических показателей. С одной стороны, в российских приграничных регионах идет снижение численности населения, с другой – в казахстанских областях (за исключением Кустанайской и Северо-Казахстанской) численность населения стабильно растет (рис. 1).

Анализ многолетних данных рождаемости в приграничных субъекты России позволил проследить однонаправленную тенденцию во всех регионах: максимальный уровень рождаемости наблюдается в 1985 году, далее идет плавное снижение, которое достигает минимума в период 1997-1999, затем опять идет плавное повышение вплоть до последнего года. У всех регионов уровень рождаемости различается незначительно, за исключением Республики Алтай, где этот показатель существенно выше. Картина общей смертности в приграничных российских регионах сложилась следующая: на протяжении рассматриваемого периода отмечается ее увеличение, и в графическом отображении представлена восходящими синусоидными графиками с максимальными вершинами в 1985, 1994-1995, 2003-2005 годах. Несколько отличная тенденция смертности представлена в Тюменской области: на протяжении 1992-2008 годов он находился в интервале от 8 до 10 человек на 1000 населения.

На основе средних данных рождаемости и смертности по России и Казахстану было проведено сравнение аналогичных показателей по приграничным регионам. Так как с российской стороны основная проблема заключается в снижении рож-

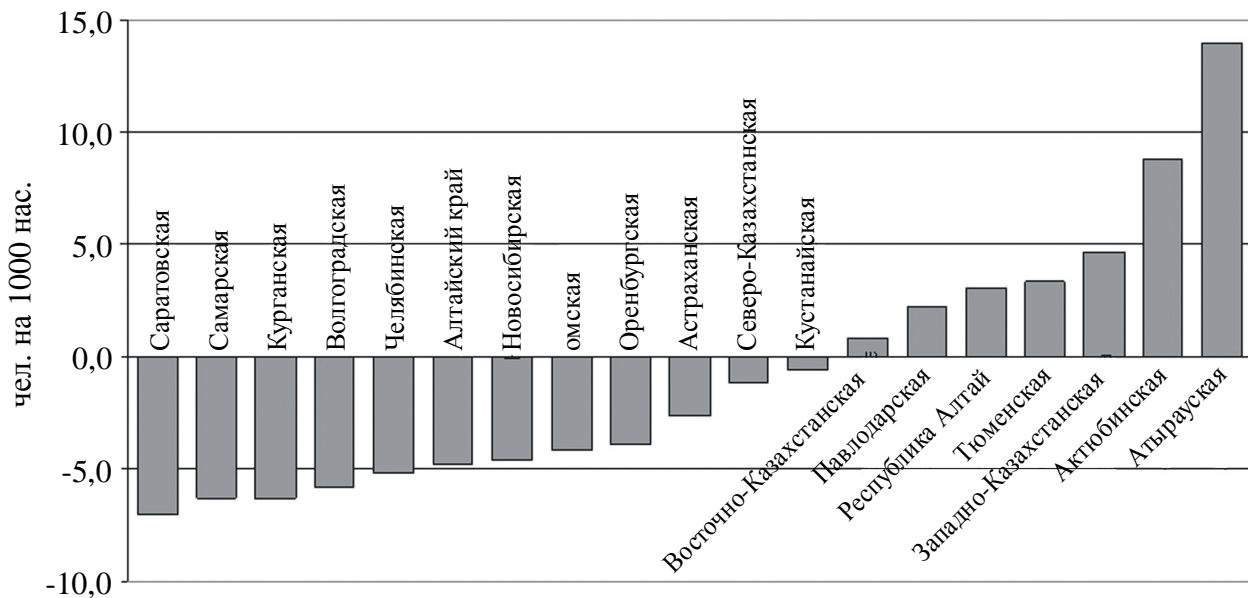


Рис. 1. Естественный прирост населения, чел. на 1000 жителей (по усредненным данным за период 2000-2008 годов)

даемости и росте смертности, то положительные очагами изменения демографической ситуации в лучшую сторону могут стать российские регионы, где эти показатели отлучаются от среднероссийской в лучшую сторону. Три региона России – *Астраханская область, Тюменская область и Республика Алтай* – характеризуются наиболее лучшими демографическими показателями. В *Челябинской области, Алтайском крае и Новосибирской области* уровень смертности и рождаемости близок к среднероссийскому и при благоприятных обстоятельствах они смогут улучшить демографическую ситуацию на своей территории. Наиболее сложная ситуация сложилась в *Самарской и Саратовской областях* – при низкой рождаемости смертность значительно превышает среднероссийскую (таблица 3).

Снижение рождаемости ведет к демографическому старению нации. Согласно классификации ООН население считается старым, если доля людей старше 65 лет превышает 7%. Старение населения повышает экономическую нагрузку на относительно сокращающееся активное население. Такая ситуация (при неизменных социально-экономических условиях) может привести к конфликтам между поколениями. Отсюда необходимость их предвидения и поисков средств для предотвращения. В 16 регионах Российско-Казахстанского трансграничья наблюдается тенденция старения населения (исключение составляют Тюменская,

Атырауская и Актюбинская области). Наибольшая доля пожилых людей сосредоточено в Волгоградской, Курганской и Саратовской областях.

Расположение регионов на рубеже стран накладывает на них специфические свойства, в частности это касается этнического состава населения. Россия и Казахстан многонациональные республики. Учет национального состава населения имеет важное практическое значение. С ним связаны многие стороны демографических процессов – темпы воспроизводства населения, половозрастная структура, размеры семьи, подвижность населения, характер расселения [1].

В 3 из 7 приграничных регионов Казахстана доля казахов составляет более 70% от общей численности населения (в Атырауской области этот показатель доходит до 90%). В двух областях – Кустанайской и Северо-Казахстанской – русское население преобладает над казахским на 5 и 15% соответственно. В трех регионах – Астраханской, Оренбургской областях и Республике Алтай – доля казахов составляет более 5% от всего населения (рис. 2).

Уровень рождаемости в приграничных регионах напрямую зависит от национального состава населения. После проведения корреляционного анализа между уровнем рождаемости и долей русского населения была выявлена обратно пропорциональная зависимость (-0,87), а после проведения аналогичного анализа казахского населения была

Общественное здоровье как демографический критерий качества жизни населения на Российско-Казахстанской трансграничной территории

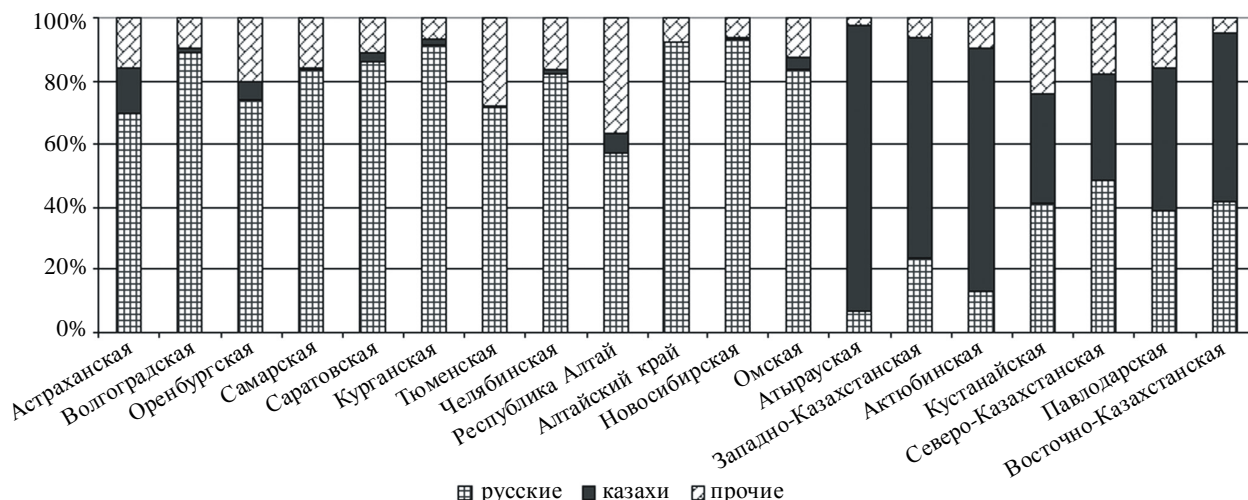


Рис. 2. Национальный состав населения в приграничных регионах

Таблица 3

Группировка регионов по уровню рождаемости и смертности в России и Казахстане (области, края)

	Показатель		
	низкий	средний	высокий
Рождаемость	Волгоградская Самарская Саратовская Западно-Казахстанская Кустанайская Северо-Казахстанская Павлодарская Восточно-Казахстанская	Оренбургская Курганская Челябинская Алтайский край Новосибирская Омская Актюбинская	Астраханская Тюменская Республика Алтай Атырауская
Смертность	Астраханская Оренбургская Тюменская Республика Алтай Омская Атырауская Актюбинская	Волгоградская Челябинская Алтайский край Новосибирская Западно-Казахстанская	Самарская Саратовская Курганская Павлодарская Кустанайская Северо-Казахстанская Павлодарская Восточно-Казахстанская

получена прямо пропорциональная зависимость (0,81). В Атырауской области при доле русских около 8 % уровень рождаемости составил 22 человека на 1000 населения, в Новосибирской же области доля русских составляет 90 % и величина рождаемости равна 10 человек на 1000 населения.

Национальный состав населения также влияет и на количество детей в семьях. Россия еще в прошлом веке перестала быть страной, в которой большую часть населения представляют семьи с несовершеннолетними детьми. По данным переписи 2002 года в России доля многодетных в общем числе домохозяйств (включая домохозяйства

из одного человека) составляла 2,6%. На протяжении последних лет уровень многодетности сокращается. Тенденция была более выражена в городах, в которых по сравнению с 1989 годом он уменьшился почти в 2 раза (с 3,2 % до 1,7 %), а в сельских поселениях – в полтора раза (с 8,3 % до 5,5 %). Среди домохозяйств, имеющих детей до 18 лет, многодетные составляют 5,8 %, таким образом (в городах – соответственно 4,2 %, в сельской местности – с 13,1 %). В Республике Казахстан количество многодетных семей превышает российский показатель: доля семей с 3 и более детьми составляет 18 % от общего числа семей с несо-

вершеннолетними детьми. При анализе структуры домохозяйств по размеру было выявлено, что большинство многодетных семей (3 и более детей) проживает в Республике Алтай (11,4 % от всех семей) и Астраханской области (6,6 %), в Самарской число многодетных семей минимально (2,9 %) [8, 9].

Помимо национального состава демографические показатели также зависят и от уровня урбанизации территории. В сельской местности приграничных регионов проживает 10,24 млн. человек или 32 % населения. Так, в сельской местности приграничных регионов РФ уровень рождаемости и уровень смертности выше, чем в городских поселениях. В регионах Казахстана ситуация обстоит иначе – уровень рождаемости и смертности выше в городах.

Вклад сельского населения российско-трансграничного региона в целом в общее число родившихся выше, чем его доля во всем населении. В сельской местности трансграничного региона сегодня проживает 31,7 % населения, которое обеспечивает 34,6 % всех рождений.

На территории Российско-Казахстанского приграничья формируется следующая демографическая ситуация. С одной стороны – отмечается естественная убыль (депопуляция) населения, а с другой – на протяжении рассматриваемого периода идет увеличение рождаемости при стабильном уровне смертности. За период с 2000 по 2008 год в результате различных причин и факторов население Российско-Казахстанского трансграничного региона уменьшилось на 1,1 млн. человек. За рассматриваемый период коэффициент рождаемости в Российско-Казахстанском трансграничном регионе увеличился с 9 до 12,5 человек на 1000 населения или на 97 тыс. человек, что при стабильном уровне смертности (около 13 человек на 1000 населения) дало снижение величины естественной убыли с 4 до 1 человека на 1000 населения [8, 9].

#### **Общественное здоровье населения: региональный аспект**

Несмотря на достигнутое единство в понимании здоровья, сформулированного ВОЗ, как «состояния полного физического, психического и социального благополучия», общепризнанного определения категории «общественное здоровье», пока не разработано. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), общественное здоровье рассматривается как совокупность процессов, определяющих уровень здоровья социальных и этнических групп (групповой уровень)

и населения административно-политических или административно-национальных территорий (региональный уровень) [2]. В нашем исследовании мы придерживаемся определения, что общественное здоровье – это индикатор уровня жизни населения и социально-экономического положения страны или региона. От качества общественного здоровья зависит жизнеспособность всего общества как социального организма и его возможности непрерывного гармоничного роста и социально-экономического развития. Оно отражает особенности воспроизводства населения, его физическое и духовное развитие, сохранность жизненного потенциала и активность жизни популяции, индивидуальную способность каждого члена общества осуществлять биологические и социальные функции [10].

Качество общественного здоровья непосредственно зависит от социально-экономических условий. Уровень общественного здоровья населения является наиболее адекватным отражением качества жизни. Любые заметные изменения условий жизни очень быстро отражаются на качестве здоровья [5, 6]. Многие негативные проблемы общественного здоровья связаны преимущественно с социально-бытовыми и производственными факторами (низкие доходы населения, плохое качество питания и питьевой воды, недостаточная обеспеченность жильем, плохие условия труда, неудовлетворительная сфера обслуживания и организация досуга населения, алкоголизм, наркомания, деградация нравственных принципов, постоянный психоэмоциональный стресс и прочее).

Оценка уровня общественного здоровья осуществляется по нескольким показателям, одновременное сопоставление которых весьма затруднительно. Поэтому для облегчения задачи сопоставительной оценки территорий в настоящей работе использован комплексный показатель – индекс общественного здоровья (ИОЗ). Этот индекс интегрирует коэффициенты младенческой смертности, ОПЖ мужчин и ОПЖ женщин. Для его расчета применен следующий оценочный алгоритм [7, 13]. Он включает нормировку системы исходных показателей по формуле:

$$X_{ij} = \frac{|x_{ij} - x_j^0|}{|\max/\min x_j - x_j^0|}, \quad (1)$$

$$i = 1, 2, 3, \dots, n; j = 1, 2, 3, \dots, m;$$

где  $x_{ij}$  – наихудшее значение (по каждому показателю) из всех встречающихся с точки зрения их

Величина ИОЗ городского и сельского населения в областях, республиках, краях

	Удовлетворительный (более 0,75)	Пониженный (0,74 - 0,55)	Низкий (0,54 - 0,35)	Очень низкий (менее 0,35)
Город	Астраханская Волгоградская Оренбургская Самарская Саратовская Курганская Тюменская Челябинская Алтайский край Новосибирская Омская	Республика Алтай Атырауская Западно- Казахстанская Актюбинская Кустанайская Северо- Казахстанская Павлодарская Восточно- Казахстанская		
Село	Астраханская Актюбинская	Волгоградская Оренбургская Саратовская Алтайский край Западно- Казахстанская	Самарская Курганская Тюменская Новосибирская Омская Атырауская Павлодарская	Челябинская Республика Алтай Кустанайская Северо- Казахстанская Восточно- Казахстанская

влияния на уровень здоровья населения (максимальная младенческая смертность и наименьшая ОПЖ);  $\max/\min x_j$  – наиболее отличающиеся от  $x_j^0$  значения показателей;  $n$  – количество исследуемых территориальных единиц (19);  $m$  – число показателей (3), использованных для расчетов.

Путем сравнения показателей всех территориальных единиц с условной величиной, характеризующей значениями  $x$ , проведено их ранжирование. Полученные значения интегральных оценочных характеристик для удобства дальнейшего анализа были дополнительно нормированы. Полученные величины варьирует в пределах от нуля до единицы (0 соответствует наихудшей комплексной оценке, 1 – наилучшей).

В России и Казахстане в отличие от зарубежных стран отсутствуют территории с высоким по европейским стандартам уровнем здоровья, поэтому для исследования выделены следующие категории популяционного здоровья: 1) удовлетворительное, 2) пониженное, 3) низкое, 4) очень низкое [10].

По сути, ИОЗ выступает индикатором состояния общества. Он отражает последствия условий жизни, величины и структуры распределения доходов, приоритетные направления государственного финансирования и поддержки. Составные части индекса являются косвенными показателями эффективного функционирования не только

системы здравоохранения стран и регионов, но и общими условиями жизни – уровнем доходов, структурой распределения расходов, качеством жилищных условий, состоянием окружающей среды, охраной труда и профилактическими мероприятиями, криминогенной обстановкой (насильственные смерти) и общей безопасностью (локальные конфликты и боевые действия) и т.д. Как правило, большинство социально-демографических показателей города и села отдельного региона существенно различаются.

И в России, и в Казахстане наблюдается дифференциация населения по различным показателям в зависимости от места проживания – город или сельская местность. С целью выявления глубины социального и экономического разрыва между городом и деревней был проведен расчет индекса общественного здоровья по регионам отдельно для города и для села.

В результате расчета, используемого в работе, было проведено ранжирование субъектов РФ по ИОЗ, рассчитанного как средняя величина за 9 лет (2000-2008 гг.). Все регионы объединены в четыре группы в зависимости от полученных ими при расчете величин (таблица 4).

После ранжирования регионов по величине ИОЗ отдельно городского и сельского населения была проведена классификация регионов по соче-



танию ИОЗ обеих групп населения и выделено 8 групп территорий.

1. ИОЗ удовлетворительный как в городе, так и в селе. В эту группу входит 1 регион – *Астраханская область*. В пределах этой группы территорий проживает 1000,8 тыс. человек или 3 % всего населения Российско-Казахстанского трансграничья, в том числе 669 тыс. человек городского населения и 331 тыс. человек сельских жителей.

2. ИОЗ удовлетворительный в городе и пониженный в селе. В группу входят 4 региона: *Волгоградская область, Оренбургская, Саратовская, Алтайский край*. Городское население в этой группе составляет 6445 тыс. человек, в сельской местности живет 3374 тыс. человек, все население этих территорий 9820 тыс. человек, или 30 % всех жителей трансграничного региона.

3. ИОЗ удовлетворительный в городе и низкий в селе – группа включает *Самарскую, Курганскую, Тюменскую, Новосибирскую и Омскую области*. Численность городского населения – 9158 тыс. человек, число сельских жителей в этой группе – 3001 тыс. человек, всего в этих регионах проживает 37,5 % населения страны. Эта группа регионов самая населенная.

4. ИОЗ удовлетворительный в городе и очень низкий в селе – это *Челябинская область*. Численность городского населения – 2857 тыс. человек, число сельских жителей в этой группе – 653 тыс. человек, всего здесь проживает 3510 тыс. человек, или 10,5 % населения страны.

5. ИОЗ пониженный в городе и низкий в селе характерен для 2 областей: *Атырауской и Павлодарской*. В пределах группы горожан – 725,9 тыс. человек, сельских жителей – 510 тыс. человек, всего на этих территориях живет 1236 тыс. человек, или 3,5 % всего населения приграничья.

6. ИОЗ пониженный в городе и удовлетворительный в селе. Эта группа территорий отличается от других регионов тем, что уровень общественного здоровья в городах ниже, чем в сельской местности. Группу образует только *Актыбинская область*. Число городских жителей составляет – 379 тыс. человек, сельских – 324 тыс. человек, все население – 703 тыс. человек, или 2 % численности населения региона.

7. ИОЗ пониженный и в городе, и в сельской местности. Группа образована *Западно-Казахстанской областью*. Городское население 272 тыс. человек, сельское – 324 тыс. человек,

вся группа человек – 615 тыс. человек, или 2 % населения трансграничья.

8. ИОЗ пониженный в городе и очень низкий в селе. Группа включает следующие субъекты: *Республика Алтай, Кустанайская, Северо-казахстанская и Восточно-Казахстанская области*. Население городов – 1480 тыс. человек, в сельской местности проживает 1691 тыс. человек, всего в группе – 3172 тыс. человек, или 10 % населения трансграничья.

Таким образом, 87 % всех городских жителей Российско-Казахстанского трансграничья характеризуются удовлетворительным ИОЗ, у оставшихся 13 % городского населения пониженный ИОЗ. На селе же, большинство – 36 % и 34 % – имеют пониженный и низкий ИОЗ соответственно. Удовлетворительным ИОЗ характеризуются только 6,5 % всех сельчан трансграничья.

В результате вышеприведенного исследования выявлена диспропорция в уровне общественного здоровья как категории качества жизни населения не только между регионами, но и между городским и сельским населением. Жители сельской местности обладают более низкими уровнем дохода, ограниченными возможностями доступа к учреждениям здравоохранения, образования, социальной и культурной сферы т.д. – все это способствует увеличению различий в уровне жизни населения между городом и деревней.

Представленные материалы позволяют предположить, что динамика демографической ситуации в перспективе будет различной в разных группах регионов. Дальнейшее ее изменение зависит от социальной политики России и Казахстана как отдельно, так и в свете совместных интеграционных усилий. Первостепенной задачей для трансграничной Российско-Казахстанской территории является снижение смертности населения (общей и младенческой) и повышение ожидаемой продолжительности жизни. Также необходимо снизить социально-экономический разрыв между городом и селом для последующего роста благосостояния населения.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта «Социально-экономические особенности российско-казахстанской территории в аспекте международных интеграционных процессов» № 10-02-81203а/У.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андрианова Е. В. Демографические составляющие как важнейший индикатор социально-экономичес-

кого развития региона / Е. В. Андрианова // Экология человека. – 2008. – № 7. – С. 40-42.

2. Всемирная Организация здравоохранения. – <http://www.who.int>.

3. Доклад о развитии человека – 2005. Международное сотрудничество на перепутье : помощь, торговля и безопасность в мире неравенства. – М. : Весь мир, 2005. – 416 с.

4. Доклад ПРООН 1990. Концепция и измерение человеческого развития. – <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1990/>

5. Прохоров Б. Б. Зависимость продолжительности жизни населения России от внешних факторов / Б. Б. Прохоров, И. В. Горшкова, Е. В. Тарасова // Проблемы прогнозирования. – 2004. – № 6. – С. 114-125.

6. Прохоров Б. Б. Условия жизни населения и общественное здоровье / Б. Б. Прохоров, И. В. Горшкова, Е. В. Тарасова // Проблемы прогнозирования. – 2003. – № 5. – С. 127-140.

7. Прохоров Б. Б. Географические аспекты здоровья населения регионов России в сравнении с другими странами мира / Б. Б. Прохоров, В. С. Тикунов // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 5, География. – 2001. – № 5. – С. 22-31.

8. Регионы Казахстана в 2007 году : стат. сб. / под ред. А. Е. Мешимбаевой. – Астана, 2008. – 438 с.

9. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2008 : стат. сб / Росстат. – М., 2009. – 542 с.

10. Решетников К. В. Региональные особенности общественного здоровья в России в переходный период / К. В. Решетников // Проблемы прогнозирования. – 2001. – № 3. – С. 49-59.

11. Рященко С. В. Общественное здоровье в системе региональных индикаторов качества жизни в России и Украине / С. В. Рященко, И. В. Гукалова // География и природные ресурсы. – 2010. – № 1. – С. 23-30.

12. Социальный атлас российских регионов. – <http://www.socpol.ru/index.shtml>

13. Тикунов В. С. Классификации в географии: ренессанс или увядание? (Опыт формальных классификаций) / В. С. Тикунов. – М.-Смоленск : Изд-во Смоленск. гос. ун-та, 1997. – С. 367.

14. Феоктистов Д. В. Методология оценки уровня и качества жизни населения / Д. В. Феоктистов // Налоги. Инвестиции. Капитал. – 2002. – № 3-4. – С. 21-34.

Руднева Оксана Сергеевна

кандидат географических наук, младший научный сотрудник Института степи Уральского отделения Российской академии наук (ИС УрО РАН), г. Оренбург, т. (3532) 77-6247, факс (3532) 77-44-32, E-mail: [ksen1909@rambler.ru](mailto:ksen1909@rambler.ru)

Соколов Александр Андреевич

кандидат географических наук, научный сотрудник Института степи Уральского отделения Российской академии наук (ИС УрО РАН), г. Оренбург, т. (3532) 77-62-47, факс (3532) 77-44-32, E-mail: [sokolovaa@rambler.ru](mailto:sokolovaa@rambler.ru)

Rudneva Oksana Sergeyevna

PhD in Geography, junior scientific researcher of the Institute of steppe of the Ural branch of the Russian Academy of Sciences, Orenburg, tel. (3532)77-62-47, fax (3532)77-44-32, E-mail: [sokolovaa@rambler.ru](mailto:sokolovaa@rambler.ru)

Sokolov Aleksandr Andreyevitch

PhD in Geography, scientific researcher of the Institute of steppe of the Ural branch of the Russian Academy of Sciences, Orenburg, tel. (3532) 77-62-47, fax (3532) 77-44-32, E-mail: [sokolovaa@rambler.ru](mailto:sokolovaa@rambler.ru)