

УДК 911.3:30(571.6)

КАЧЕСТВО НАСЕЛЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА: ОПЫТ ИЗМЕРЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

А.Б. Суховеева

Институт комплексного анализа региональных проблем ДВО РАН,
ул. Шолом-Алейхема 4, г. Биробиджан, 679016,
e-mail: anna-sukhoveeva@yandex.ru

Предложена система показателей для оценки качества населения и его базисных составляющих для регионального уровня. Приведены результаты интегральной оценки качества населения дальневосточных регионов за период с 2000 по 2012 гг. Выделено три типа регионов Дальневосточного федерального округа по качеству населения, отличающихся различными уровнями здоровья, образования и культуры населения. Выявлено, что большинство регионов округа имеют средний уровень качества населения.

Ключевые слова: качество населения, уровень здоровья, уровень образования, уровень культуры, система показателей, интегральная оценка, типы регионов, Дальний Восток.

С начала 90-х гг. XX в. трансформационные процессы привели к изменениям в демографической ситуации в России, возрастанию социальной напряженности и экономической дифференциации, которая проявляется и в дифференциации качества жизни населения регионов. В последние годы рост качества жизни отмечался в основном в крупных городах, в малых городах и на селе эти процессы происходили менее активно. Одной из составных частей понятия «качество жизни населения» является «качество населения». Именно от качества человеческого потенциала, его образовательного и культурного уровня, здоровья, образа жизни зависит обеспечение высокого качества жизни в регионе. А неравномерности его развития на межрегиональном уровне определяют актуальность разработки подходов к оценке человеческого потенциала, направленных на повышение эффективности социального развития и управления субъектов Российской Федерации (РФ).

Слабая заселенность дальневосточного федерального округа (ДФО), депопуляция и отток населения делают эти территории наиболее проблемными регионами РФ. В ближайших зарубежных странах Северо-Восточной Азии (СВА) проживает более 300 млн чел., при том, что вся их территория составляет 48% от общей площади территории ДФО. В трех соседних провинциях Китая проживает населения в 15 раз больше, чем на территории округа. Для всех регионов ДФО характерно низкое качество жизни населения при высоком ресурсном потенциале и возможностях развития экономики [9]. В условиях сохраняющихся тенденций к снижению численности населения в ДФО все большее значение приобретают именно качественные характеристики населения, отражающие его жизнеспособность [8].

Термин «качество населения» (КН) является одной из составляющих качества жизни и все более прочно утверждается в понятийном аппарате общественных наук. Отсутствие на данном этапе общепризнанной научной концепции качества населения обусловлено во

многочисленностью и многоаспектностью как самой категории «качество населения», так и понятий «качество» и «человек». В данной работе качество населения рассматривается как сложная социально-экономическая категория, имеющая пространственно-временную определенность, неразрывно связанная с жизнедеятельностью и выражающаяся через совокупность основополагающих, базисных составляющих (характеристик) – здоровье, образование, культуру [1]. Наше понимание категории «качество населения» опирается на основные методологические положения концепции качества населения, разрабатываемые в ИСЭПН РАН (рис. 1) [7]. КН целесообразно рассматривать как категорию, включающую две составляющие: объективную, поддающуюся статистическому и другим видам измерения условий жизни человека, и субъективную, отражающую удовлетворенность объективных условий на индивидуальном и групповом уровне.

Материалы и методы

Качество населения на уровне регионов ДФО оценивалось нами через совокупность трех основополагающих составляющих: здоровье, образование, культуру. С учетом имеющихся в научной литературе принципов отбора показателей по изучению качества жизни и здоровья населения были предложены дополнительные

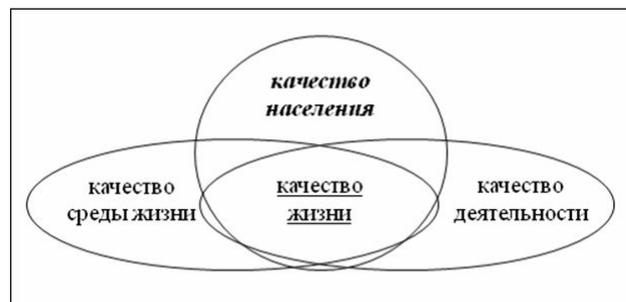


Рис. 1. Категория «качества населения» в структуре «качества жизни»

Система показателей для интегральной оценки качества населения регионов на региональном уровне

	Уровень здоровья	Уровень образования	Уровень культуры
Региональный уровень (регионы ДФО)	<ul style="list-style-type: none"> - ожидаемая продолжительность жизни (мужчины, женщины, село, город); - младенческая смертность (на 1000 родившихся). Дополнительно были проанализированы показатели: <ul style="list-style-type: none"> - естественный прирост населения, - общая смертность (на 1000 нас.), - число инвалидов (на 1000 нас.), - общая заболеваемость (на 1000 нас.). 	<ul style="list-style-type: none"> - численность обучающихся в общеобразовательных учреждениях (тыс. чел.); - численность студентов в образовательных учреждениях среднего профессионального образования (тыс. чел.); - численность студентов ВУЗов (тыс. чел.). Дополнительно были проанализированы показатели: <ul style="list-style-type: none"> - выпуск специалистов ВУЗов (тыс. чел.), - выпуск учащихся дневными общеобразовательными учреждениями (тыс. чел.). 	<ul style="list-style-type: none"> - число зарегистрированных убийств и покушений на убийство (на 100000 нас.). Дополнительно были проанализированы показатели: <ul style="list-style-type: none"> - число спортивных сооружений (на 1000 нас.); - число посещений музеев (на 1000 нас.); - пользование библиотечным фондом (на 1000 нас.); - выпуск газет (на 1000 нас.).

критерии к отбору индикаторов, включенных для анализа составляющих здоровья, образования и культуры, применяемых для оценки качества населения в области социально-экономической географии [10].

На основе принципов обоснованности, минимизации, взаимодополняемости, доступности и равной приоритетности разработана система показателей, наиболее полно представленных на региональном уровне и отражающих особенности изучаемого процесса на данной территории (табл. 1). Основным источником информации для анализа послужили статистические данные Госкомстата РФ по показателям, характеризующим здоровье, образование и культуру населения регионов ДФО [4–6].

Относительную достоверность имеют показатели, характеризующие уровни здоровья и образования. Введение нами последней составляющей КН – культуры – вызывает большое количество споров в связи с тем, как измерить уровень культуры населения. Культура населения связана с его морально-нравственным состоянием и больше других показателей носит субъективный характер. Учитывая недостаточность информационной базы на межрегиональном уровне при отборе показателей для оценки уровня культуры населения, мы использовали показатель количества убийств и покушений на убийство, как крайнюю форму проявления человеческого бескультурья и безнравственности.

Измерение качества населения произведено индексным методом, обеспечивающим одновременно комплексность и простоту интерпретации результатов. Территориальные различия качества населения регионов ДФО проводились на основе интегрального индекса качества населения за 2000–2012 гг., рассчитанного агрегированием полученных частных индексов здоровья, образования и культуры населения с помощью метода линейного масштабирования [2, 3, 10]. Данный квалиметрический подход позволяет перевести частные несопоставимые в натуральном виде показатели, характеризующие население, в единую систему измерений, в систе-

му условных индексов, что позволяет анализировать распределение всех видов показателей по регионам в одной системе координат.

Расчеты производятся по формуле (1), если связь положительна:

$$Y = (X_{\text{факт}} - X_{\text{мин}}) / (X_{\text{макс}} - X_{\text{мин}}), \quad (1)$$

по формуле (2), если связь отрицательна:

$$Y = (X_{\text{макс}} - X_{\text{факт}}) / (X_{\text{макс}} - X_{\text{мин}}) \quad (2)$$

где Y – частный индекс, X – показатель того или иного региона, $X_{\text{мин}}$ и $X_{\text{макс}}$ – референтные точки. В качестве референтных точек при расчете уровней здоровья, образования и культуры населения брались лучшие/худшие значение используемых для анализа показателей по РФ в каждом исследуемом году. Величина Y варьируется в пределах от 0 до 1. Ноль соответствует наихудшей комплексной оценке, а 1 – наилучшей.

Результаты и обсуждение

Составляющая здоровье в категории КН является наиболее научно разработанной [2, 3, 8]. Уровень здоровья определяется как социально-экономическая категория, указывающая на способность населения, живущего на определенной территории, выполнять репродуктивные, социальные и экономические функции [6].

Анализ медико-демографических показателей населения ДФО показал, что за годы социально-экономических реформ (с 1992 г.) резко ухудшились качественные характеристики населения, проявившиеся в значительном снижении ожидаемой продолжительности жизни, увеличении заболеваемости и смертности, в том числе и младенческой. Медико-демографическая ситуация в округе складывалась под воздействием кризиса экономики и снижения уровня жизни, трансформации социально-экономической системы. С 1993 г. характер демографического развития округа становился все более кризисным: население региона уменьшалось не только из-за миграционного оттока, но и за счет естественной убыли (рис. 2).

За период 1992–2012 гг. регион потерял 1,71 тыс. чел. или 25,3% своего населения, в целом больше, чем чис-



Рис. 2. Динамика коэффициентов рождаемости и смертности населения Дальнего Востока за период 1990–2012 гг., на 1000 нас. [4–6]

ло жителей Хабаровского края и Магаданской области вместе взятых. Темпы роста смертности в округе превосходят среднероссийские показатели: за 1990–2012 гг. в России смертность увеличилась на 18,7%, в ДФО – на 59,7% (табл. 2). Из всех регионов округа Магаданская, Амурская, Еврейская автономная области и Чукотский АО имеют самую неудовлетворительную медико-демографическую обстановку с низкой ожидаемой продолжительностью жизни (ОПЖ) и высокими показателями младенческой смертности, заболеваемости, смертности от туберкулеза. Для округа характерно возникновение с относительно благополучными регионами обширных депрессивных зон с низкими показателями здоровья населения и крайне высоким уровнем бедности [10].

Образовательный уровень населения ДФО на фоне здоровья выглядит более достойно, хотя показатель численности учащихся уменьшается, что во многом связано с демографической ситуацией 90-х гг. XX в. Выявлены следующие основные черты: отмечается значительное снижение численности учащихся дневных общеобразовательных учреждений, среднего образования, учащихся ВУЗов за счет сокращения рождаемости, распространения платного образования. Это во многом приводит к «текучести» и значительной доли приезжего (временного) населения, что явно не способствует формированию высоких показателей качества населения.

Анализ культурно-нравственного состояния населения ДФО по статистическим данным показал, что параллельно развитию интернета и телевидения, происходило снижение пользования населением библиотеками, музеями, выставками. Значение показателей уровня убийств и покушений на убийство имеет динамический характер, что, по нашему мнению, является реакцией на социально-экономические преобразования и почти полностью совпадает с кривой изменения уровня общественного здоровья [5, 6].

На основе полученных интегральных индексов качества населения дана типология регионов ДФО за период 2000–2012 гг. с дифференциацией от «выше среднего» до «ниже среднего», различающихся по совокупности факторов, влияющих на формирование качества населения по следующей шкале: 0,80–1,0 – высокий; 0,60–0,79 – выше среднего; 0,40–0,59 – средний; 0,20–0,39 – ниже среднего; 0,0–0,19 – низкий (табл. 3).

К типу с «выше среднего» уровнем качества населения отнесена Республика Саха (Якутия) (21% населения), имеющая средний уровень здоровья, «выше среднего» уровни культуры и образования населения на фоне других регионов округа. Данный регион характеризуется достаточно высоким уровнем социально-экономического развития благополучной медико-демографической ситуацией и состоянием важнейших отраслей социальной инфраструктурой, что, безусловно, способствует сохранению и поддержанию относительно высокого уровня качества населения. Также для данного региона характерен высокий уровень образования населения, для которого в прошлом были созданы благоприятные условия.

«Средний» тип качества населения выявлен у населения Хабаровского, Приморского, Камчатского краев, Амурской и Магаданской области (67,2% населения регионов), для которого характерны «ниже среднего-средний» уровни здоровья и образования, а также «выше среднего» уровень культуры населения. Следует отметить, что для данных регионов, хотя и выявлены средние значения исследуемых индикаторов качества населения, но они различаются между собой по социально-экономическому развитию и медико-демографической

Таблица 2

Динамика коэффициентов смертности населения восточных регионов России за 1990–2012 гг., число умерших на 1000 нас. [4–6]

Территория	1990 г.	1993 г.	2003 г.	2005 г.	2008 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	Темпы роста смертности (1990 г./2012 г.), %
Россия	11,2	14,5	16,4	16,1	14,6	14,2	13,5	13,3	18,7
Дальний Восток	8,2	11,8	14,9	15,5	13,6	13,8	13,5	13,1	59,7
Республика Саха (Якутия)	6,8	8,8	10,2	10,2	10,1	9,8	9,4	9,3	36,7
Еврейская автономная область	9,5	12,9	16,1	18,3	15,3	15,5	15,2	15,2	60,0
Чукотский автономный округ	3,9	7,6	10,7	11,4	12,4	13,8	11,4	11,4	в 2,9 раза
Приморский край	9,1	13	15,6	16,3	14,5	14,3	13,7	13,7	50,5
Хабаровский край	9,2	12,4	16,3	16,6	14	14,6	13,6	13,6	47,8
Амурская область	8,5	12	16,6	14,6	15,1	15,3	14,7	14,7	24,9
Камчатский край	6,3	9,9	12,2	12,9	11,4	12,6	12,1	11,6	84,0
Магаданская область	5,7	11,1	12,6	13,7	13,8	13,0	13,0	12,7	в 2,2 раза
Сахалинская область	8,1	12,1	16,4	13,4	14,5	14,9	14,2	13,9	в 1,7 раза

Интегральный индекс качества населения регионов Дальнего Востока за период 2000–2012 гг.

	2000 г.	2003 г.	2005 г.	2008 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Республика Саха (Якутия)	0,74	0,73	0,76	0,72	0,72	0,73	0,73
Еврейская автономная область	0,54	0,42	0,47	0,35	0,41	0,37	0,38
Чукотский автономный округ	0,52	0,32	0,33	0,41	0,29	0,32	0,34
Приморский край	0,47	0,45	0,47	0,43	0,46	0,43	0,42
Хабаровский край	0,57	0,52	0,50	0,47	0,52	0,53	0,54
Амурская область	0,54	0,54	0,44	0,36	0,45	0,41	0,40
Камчатский край	0,45	0,54	0,52	0,46	0,50	0,48	0,49
Магаданская область	0,43	0,50	0,42	0,46	0,50	0,47	0,48
Сахалинская область	0,38	0,33	0,34	0,36	0,42	0,39	0,38

ситуации. Так, Амурская область отнесена к данному типу, но, учитывая тенденции в ухудшении здоровья населения, а именно высоких значений младенческой смертности и низкой ожидаемой продолжительности жизни, данный регион в перспективе может переместиться в тип с «ниже среднего» уровнем качества населения.

К типу с «ниже среднего» уровнем качества населения относится Чукотский автономный округ, Еврейская автономная и Сахалинская области (11% населения) с «ниже среднего – низким» уровнями здоровья, образования и «средним» уровнем культуры. Существенное отставание компонентов здоровья и образования определяет приоритетность этих сфер в регулировании социального развития. Отнесение Сахалинской области к данному типу обусловлено только относительно низким уровнем образования населения. Это связано с высоким уровнем миграции населения северных и центральных районов Сахалина с целью обучения вследствие недостаточного количества образовательных учреждений в регионе.

Выводы

Предложена система показателей для оценки качества населения и его базисных составляющих для межрегионального уровня.

Выделены три типа регионов ДВФО по качеству населения, отличающихся различными уровнями здоровья, образования и культуры населения. Большинство регионов округа (Хабаровский, Приморский, Камчатский края, Магаданская и Амурская области – 67% населения округа) имеют средний уровень качества населения.

В регионах Дальнего Востока отмечается отсутствие сбалансированности основных качественных характеристик: относительно высокий уровень социально-экономического развития региона не обязательно влечет за собой высокое качество населения (что в принципе должно было иметь место).

Динамика изменений качественных характеристик населения в странах с развитой экономикой и опыт соб-

ственного прошлого развития России и ее регионов, показывают, что без существенных экономических реформ, изменений в региональной политике, значительных вложений в социальную сферу качество населения Дальневосточного федерального округа останется на низком уровне развития.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Жулина М.А. Качество населения региона Приволжского федерального округа: особенности пространственной дифференциации: автореф. дис. ... канд. геогр. наук. Воронеж, 2003. 24 с.
2. Зубаревич Н.В. Социальное развитие регионов России: проблемы и тенденции переходного периода. Изд. 3-е. М.: Изд-во ЛКИ, 2007. 264 с.
3. Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова. М.: МАКС Пресс, 2007. 292 с.
4. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2013; Стат. сб. / Росстат. М., 2013. 990 с.
5. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007; Стат. сб. / Росстат. М., 2007. 991 с.
6. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2001; Стат. сб. / Росстат. М., 2001. 827 с.
7. Римащевская Н.М. О методологии определения качественного состояния населения // Качество населения. Демография и социология. Вып. 6. М., 1993. С. 7–21.
8. Рященко С.В. Региональные диспропорции в качественных характеристиках населения Азиатской России // География и Природные ресурсы. 2011. № 1. С. 20–26.
9. Сидоркина З.И. Экономический и демографический потенциал Дальнего Востока: противоречия развития // Вестник МГОУ. Серия «Естественные науки». 2011. № 4. С. 93–99.
10. Суховеева А.Б. Территориальная дифференциация показателей здоровья населения в условиях трансформации социально-экономической среды дальневосточных регионов // География и природные ресурсы. 2013. № 3. С. 105–110.

It is elaborated the system of indicators to assess the population quality and its basic components in the region. The results of integrated population quality assessment in the Far East are cited for the period of 2002–2012. In this territory three types of regions have been defined. They are characterized by different quality showings for health, education and culture of the population. For most regions these showings have an average value.

Key words: quality of the population, standard of health, level of education, culture, system of indicators, integrated assessment, types of regions, Far East.