УДК 330.12 (571.6)

Грицко Мария Анатольевна – канд. экон. наук, зав. отделом научно-образовательных проектов ФГБУН «Институт экономических исследований Дальневосточного отделения Российской академии наук» (г. Хабаровск). *E-mail: gritsko@ecrin.ru*

М.А. Грицко
M.A. Gritsko

Человеческий потенциал Дальнего Востока: современная динамика и ограничения роста

В статье дана оценка современного уровня развития человеческого потенциала в субъектах Дальнего Востока на основе данных об индексе развития человеческого потенциала. Показано, что наиболее проблемной составляющей, формирующей человеческий потенциал и ограничивающей его увеличение, является низкий уровень показателей здоровья населения. Дано объяснение причинам низкой продолжительности жизни населения Дальнего Востока, среди которых выделены демографические, социально-экономические и пространственные ограничения.

Human potential of the Far East: modern dynamics and growth restrictions

The article analyzes the current level of human development in the subjects of the Far East on the basis of data on the Human Development Index. The study shows that the most problematic component of forming human capital is the low level of population health. An explanation of the reasons for the low life expectancy of the Far East, among which are the demographic, socio-economic and spatial characteristics is offered.

Ключевые слова: *человеческий потенциал, индекс развития человеческого потенциала, продолжительность жизни, смертность, заболеваемость, Дальний Восток.*

Keywords*: human potential, human development index, life expectancy, mortality, morbidity, the Russian Far East.*

С развитием концепции человеческого потенциала произошло переосмысление роли и вклада отдельных факторов в экономическое развитие. Если в рамках индустриальной модели основной упор делался на рост материального производства, развитие производительных сил, а индивид рассматривался исключительно как ресурс труда, то в современном мире человек с совокупностью накопленных у него знаний и умений, социальных, духовных, нравственных и культурных характеристик

одновременно является целью и средством общественного развития [1, 5-6, 9].

Одним из подходов к определению человеческого потенциала является расчет индекса человеческого развития (до 2013 г. индекса развития человеческого потенциала), разработанного в рамках Программы ООН и используемого для межстрановых сопоставлений. В качестве ресурсов человеческого развития при этом принимаются уровни дохода, образования и долголетия, повышение которых предполагает увеличение человеческого потенциала и, наоборот, низкие характеристики существенно ограничивают человеческое развитие [11].

При целом ряде допущений (о равном обеспечении граждан базовыми свободами; видами безопасности; равном качестве предоставляемого образования; жесткой прямой зависимости уровня ВВП (ВРП) на человека и среднедушевого дохода) показатель позволяет провести сравнительную оценку человеческого потенциала и определить вклад каждого входящего в него элемента в достижение общего показателя.

С 2006 г. Россия входит в число стран с высоким уровнем развития человеческого потенциала, демонстрируя ежегодное увеличение индекса. Вместе с тем, сопоставление данных об изменении отдельных составляющих индекса показывает, что основной вклад в его рост вносит экономическая составляющая. За период 2003 – 2010 гг. индекс дохода увеличился на 18% против 9% увеличения общего индекса [3]. Причины столь значительного изменения были обусловлены благоприятной конъюнктурой мировых цен на энергоносители и ростом валового внутреннего продукта в данный период.

Индекс образования оказывает наименьшее воздействие, поскольку и так является достаточно высоким за счет практически стопроцентной грамотности российского населения. Наиболее проблемным, с точки зрения формирования и развития человеческого потенциала, является индекс долголетия. Фундаментальное влияние здоровья на человеческий потенциал обусловлено тем, что именно оно определяет физическую возможность реализации других элементов человеческого потенциала и их трансформацию в человеческий капитал. Однако в данной сфере успехи России не так значительны. Если в рейтинге стран по уровню развития человеческого потенциала Россия входит в шестую десятку и относится к группе стран с высоким уровнем развития, то по продолжительности жизни наша страна занимает только 124-ую строчку с отставанием от самой долгоживущей нации (Японии) более чем на 14 лет (для обоих полов) [11].

Резкое снижение показателей здоровья населения стало своеобразной реакцией на ухудшение социально-экономической ситуации в стране, снижение уровня и качества жизни [8]. С начала 1990-х гг. рост заболеваемости, смертности (в особенности лиц трудоспособного возраста), сокращение продолжительности жизни было характерно для всех территорий РФ. К 2004 г. общий уровень смертности достиг 16,4 промилле, увеличившись (по сравнению с 1990 г.) практически на 50%. Вплоть до 2003 г. отмечалось сокращение общей продолжительности жизни населения на 4,3

года относительно 1990 г. При этом, в разрезе полов наиболее значительное падение показателя наблюдалось у мужчин – на 5,1 года, обусловленное сверхсмертностью мужчин трудоспособного возраста (у женщин – на 2,4 года) [10].

Среди федеральных округов наиболее показательным примером отрицательного воздействия низкой продолжительности жизни на человеческий потенциал является Дальний Восток, для которого характерно более масштабное и продолжительное снижение показателей здоровья населения. Если в целом по стране улучшение социально-экономической ситуации способствовало росту продолжительности жизни с 2004 г., то на Дальнем Востоке падение показателя продолжалось до 2005 г. За пятнадцатилетний период продолжительность жизни дальневосточников сократилась на 5 лет, составив в 2005 г. 62,2 года. При этом, у мужчин показатель снизился на 6,2 года, у женщин – на 3,1 [10].

К 2012 г. уровень продолжительности жизни россиян превысил показатель 1990 г. на 1,04 года, на Дальнем Востоке этот рубеж до сих пор не преодолен, чему способствует более высокий уровень заболеваемости населения, младенческой смертности. Однако в разрезе субъектов ДФО данное утверждение справедливо не для всех дальневосточных территорий. Из 9-ти субъектов, входящих в состав ДФО, в 5-ти продолжительность жизни населения в настоящее время выше уровня начала 90-х гг. В остальных субъектах (за исключением Чукотского автономного округа) в ближайшие годы следует ожидать преодоления рубежа 1990 г. Наиболее проблемным с точки зрения стояния здоровья населения является самая северная часть федерального округа – Чукотский автономный округ, в котором в настоящее время население живет более чем на 7 лет меньше, чем в 1990 г. При этом, за период 1990 – 2012 гг. данный субъект кардинально изменил свое положение: из региона с самой высокой продолжительностью жизни на Дальнем Востоке он превратился в самый неблагополучный (табл. 1).

Таблица 1

Продолжительность жизни населения, для обоих полов, лет [10]

Территория	**1990**	**2000**	**2012**	**2012 – 1990, лет**	**2012/ 1990, раз**
РФ	69,2	65,27	70,24	1,04	1,02
Дальневосточный ФО	67,2	63,87	67	-0,2	1,00
Республика Саха (Якутия)	66,2	64,6	67,93	1,73	1,03
Камчатский край	65,9	64,15	67,29	1,39	1,02
Приморский край	67,8	64	67,79	-0,01	1,00
Хабаровский край	67	63,38	67,13	0,13	1,00
Амурская область	67,8	63,12	65,12	-2,68	0,96

Магаданская область	66,2	65	66,15	-0,05	1,00
Сахалинская область	66,8	63,94	66,63	-0,17	1,00
Еврейская автономная область	66,2	62,53	64,14	-2,06	0,97
Чукотский автономный округ	68	66,9	60,79	-7,21	0,89

В результате низкой продолжительности жизни дальневосточников индекс долголетия в субъектах ДФО значительно ниже среднероссийского уровня (рис. 1).

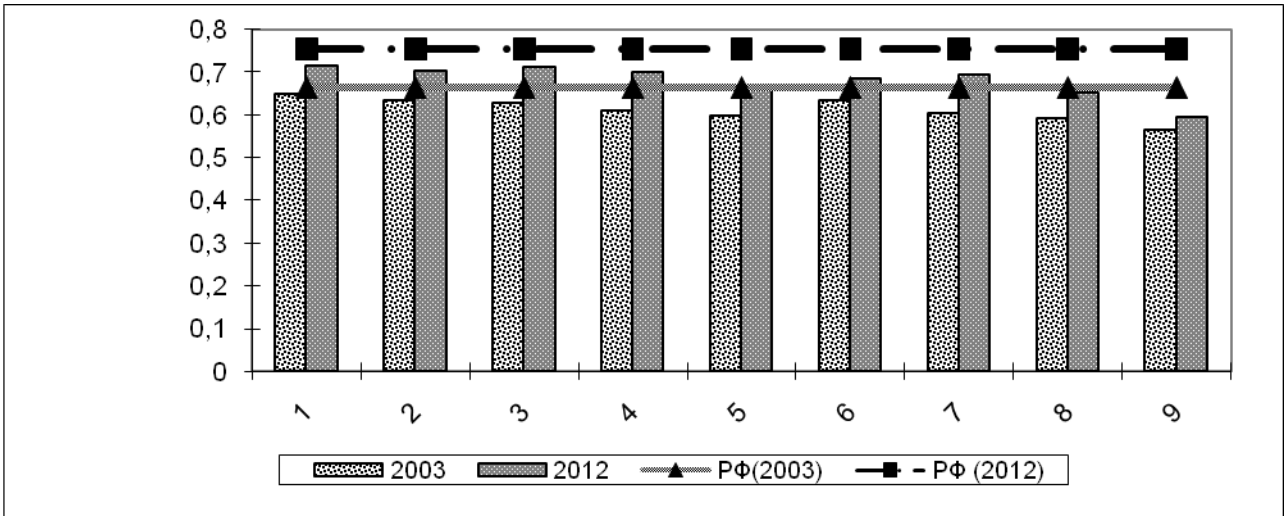


Рис. 1. Индекс долголетия

Примечание: здесь и далее по тексту цифрами на рисунке обозначены: 1 – Республика Саха (Якутия); 2 – Камчатский край, 3 – Приморский край, 4 – Хабаровский край, 5 – Амурская область, 6 – Магаданская область, 7 – Сахалинская область, 8 – Еврейская автономная область, 9 – Чукотский автономный округ.

Низкая продолжительность жизни дальневосточников и недостаточные для повышения человеческого потенциала в регионе темпы ее изменения обусловлены целым рядом причин, среди которых можно выделить демографические, социально-экономические и пространственные [2].

Демографическое развитие Дальнего Востока отличается характером и динамикой основных процессов. В отличие от общероссийской ситуации, для которой в последние годы характерен положительный тренд, население на Дальнем Востоке сокращается самыми высокими темпами. Округ за более чем двадцатилетний период потерял порядка 20% населения, при этом основным фактором сокращения населения остается миграционный отток, достигающий в северных субъектах 70% от общей убыли населения.

В силу особенностей освоения и заселения регионов Дальнего Востока, половозрастная структура населения отличается более высокой, по сравнению с другими субъектами РФ, долей населения трудоспособного возраста. При среднероссийской доле трудоспособного населения 60,1% от

общей численности, на Дальнем Востоке этот показатель составляет 61,9% и является самым высоким в стране.

Сложившаяся половозрастная структура населения оказывает негативное влияние на показатель продолжительности жизни населения, поскольку последний (как расчетный показатель таблиц смертности) находится в непосредственной зависимости от уровня младенческой смертности и смертности трудоспособного населения, в особенности мужчин.

При этом, если для показателя младенческой смертности характерна устойчивая положительная динамика по всей территории РФ, то смертность трудоспособного населения на Дальнем Востоке (в отличие от других территорий) остается на достаточно высоком уровне.

Так, за период 2005 – 2012 гг. сокращение младенческой смертности по России, в целом, и Дальнему Востоку, в частности, составило более 30%. В 2012 г. по всем территориям был зафиксирован рост показателя. Данная ситуация была обусловлена переходом России на новые критерии регистрации живорожденных детей, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения. Согласно им, регистрации подлежат все дети, родившиеся после 22-х недель беременности с весом более 500 грамм. Масштаб прироста показателя в 2012 г. (относительно предшествующего года) выступает косвенной оценкой перинатальной и неонатальной смертности в этот период и характеризует региональную дифференциацию в области выхаживания рожденных в ранние сроки детей, требующих высококвалифицированной медицинской помощи в период адаптации.

Наиболее высокий прирост показателя младенческой смертности был зафиксирован в Чукотском автономном округе – в 1,6 раза, Сахалинской области – на 47%, в Республике Саха (Якутия) – на 52%. Сравнительно невысокий темп роста показателя был отмечен в Хабаровском и Приморском краях, что свидетельствует о более высоком качестве оказания медицинской помощи в этих субъектах на базе функционирующих региональных перинатальных центров.

Иначе обстоит дело с динамикой показателей смертности мужчин трудоспособного возраста, по которым Дальний Восток занимает лидирующее положение, превышая среднероссийский уровень практически на четверть. Только в трех субъектах округа (Республике Саха (Якутия), Камчатском и Приморском краях) показатели смертности ниже среднего уровня по ДФО. При этом, следует отметить, что на фоне роста расходов на здравоохранение, развитие сети современных медицинских учреждений в субъектах ДФО (в отличие от других территорий) отмечается рост показателей смертности. В структуре основных причин высокой смертности лидирующее положение на протяжении длительного времени занимают сердечно-сосудистые заболевания, новообразования и внешние причины. Современная статистика свидетельствует, что подавляющее число смертей наблюдается именно в области предотвратимых заболеваний, смертность от которых зависит не только от образа жизни самого больного, но и в

значительной степени определяется качеством и доступностью медицинской помощи, своевременностью ее оказания в критических случаях, квалификацией врачей, уровнем обеспеченности медицинского учреждения современным оборудованием и т. д.

Данная проблема (с экономической точки зрения) имеет глубокие негативные последствия для социально-экономической системы региона и страны в целом. С одной стороны, высокая смертность населения приводит к экономическим потерям в связи с недопроизводством ВРП в результате преждевременного выбытия работников из производственного процесса, сокращению поступлений в систему медицинского страхования, с другой, – изменение структуры населения в строну увеличения удельного веса группы старше трудоспособного возраста и сокращения трудоспособного населения требует увеличения затрат на выплату социальных трансфертов, что приводит к росту нагрузки на трудоспособное население и необходимости поиска дополнительных источников финансирования дефицита бюджетов фондов медицинского и социального страхования.

Помимо демографических особенностей, обуславливающих более низкую продолжительность жизни в регионе, Дальний Восток выделяет на фоне остальных территорий и ряд других факторов.

В частности, отрицательное воздействие на состояние здоровья населения оказывает низкая пространственная и ценовая доступность медицинских услуг. Сопоставление данных о доходах населения (среднедушевых, заработной платы и пенсий) со стоимостью набора медицинских услуг (первичный прием врача и общий анализ крови) показывает, что в субъектах ДФО, несмотря на высокие номинальные доходы, ценовая доступность услуг ниже среднего по стране уровня и при этом имеет тенденцию к снижению. Так, в Приморском крае, Амурской, Магаданской, Еврейской автономной областях и Чукотском автономном округе покупательная способность среднедушевых доходов и заработной платы снизилась в 2011 г. относительно 2003 г. в пределах от 28% (Приморский край) до 87% (Чукотский АО) (рис. 2).

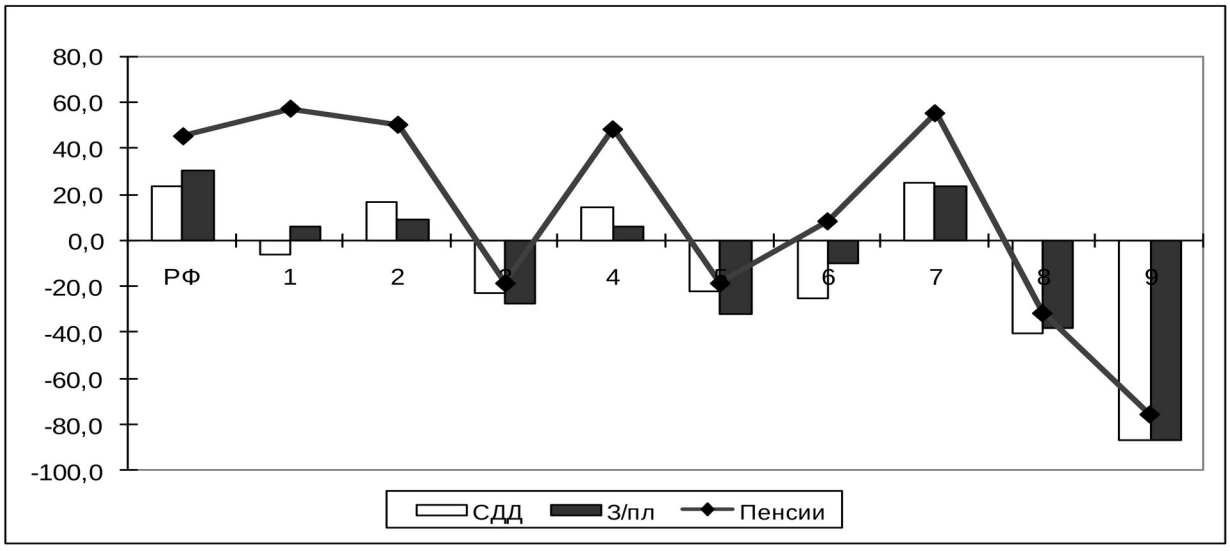


Рис. 2. Изменение покупательной способности доходов населения субъектов ДФО, 2011/2003, %

Не менее важное значение для поддержания здоровья населения имеет пространственная доступность медицинских услуг. Дальний Восток относится к числу территорий с наименьшей в стране плотностью населения, разреженностью населенных пунктов и крайне неразвитой транспортной инфраструктурой. Эти характеристики (на фоне проводимой оптимизации сети медицинских учреждений путем их закрытия в малонаселенных пунктах в пользу создания в более крупных территориальных образованиях) фактически привели к снижению доступности медицинских услуг для населения. Опережая среднероссийский показатель обеспеченности населения объектами медицинской инфраструктуры, Дальний Восток значительно уступает по числу медицинских учреждений (в расчете на один населенный пункт (табл. 2).

Таблица 2

Обеспеченность населенных пунктов медицинскими учреждениями [10]

Территория	**Больничные учреждения**			**Амбулаторно-поликлинические учреждения**		
	2005	**2012**	**2012/ 2005**	**2005**	**2012**	**2012/ 2005**
Российская Федерация	0,35	0,29	0,83	0,81	0,79	0,97
Дальневосточный ФО	0,55	0,33	0,60	1,12	0,79	0,71
Республика Саха (Якутия)	0,67	0,16	0,24	0,84	0,23	0,27
Камчатский край	1,85	0,68	0,37	3,06	0,88	0,29
Приморский край	0,49	0,60	1,21	1,61	1,52	0,95
Хабаровский край	0,51	0,42	0,83	1,54	1,01	0,66
Амурская область	0,37	0,18	0,48	0,70	0,64	0,91
Магаданская область	0,49	0,53	1,07	1,02	1,03	1,01
Сахалинская область	0,66	1,76	2,66	1,43	5,24	3,66
Еврейская автономная область	0,28	0,53	1,93	0,60	1,27	2,10
Чукотский автономный округ	0,53	0,03	0,05	0,67	0,79	1,19

В целом по округу обеспеченность населенных пунктов медицинскими учреждениями сократилась по больницам на 40%, по амбулаторно-поликлиническим учреждениям на 29%. Среди субъектов наиболее заметное сокращение сети медицинских учреждений произошло в Республике Саха (Якутия), Камчатском крае, Чукотском автономном округе. На фоне остальных территорий выделяется Сахалинская область, в которой отмечается увеличение обеспеченности населенных пунктов медицинской

инфраструктурой, что связано с реализацией в регионе крупных инвестиционных проектов по добыче углеводородного сырья, в рамках которых идет строительство необходимой социальной инфраструктуры.

Таким образом, показатели здоровья населения Дальнего Востока снижают качество человеческого потенциала и препятствуют его повышению. Среди сдерживающих факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на показатели здоровья населения, выделяется целый ряд параметров, связанных с особенностями половозрастной структуры населения, высокой заболеваемостью и смертностью наиболее активной его части, низкой ценовой доступностью медицинских услуг, а также снижением обеспеченности медицинской инфраструктурой населенных пунктов. В результате неоднородности социально-экономического пространства, которое особенно ярко проявляется на территории Дальнего Востока, при принятии мер государственной региональной политики, направленных на повышение человеческого потенциала, необходимо учитывать эту специфику.

Литература и источники:

1. Буланов, В. Человеческий капитал как форма проявления человеческого потенциала / В. Буланов, Е. Катайцева // Общество и экономика. – 2011. – №1. – С. 13 – 22.

2. Грицко, М. А. Пространственные деформации результативности системы здравоохранения / М. А. Грицко, Е. О. Колбина // Пространственная экономика. – 2013. – №4. – С. 107 – 121.

3. Данные Докладов о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2005 – 2013 гг. [Электронный ресурс]. –.– Режим доступа: http://www.undp.ru/index.php?iso=RU&lid=2&cmd=publications1&id=49 (дата обращения: 27.10.2013).

4. Зубаревич, Н. В. Мифы и реалии пространственного неравенства / Н. В. Зубаревич // Общественные науки и современность. – 2009. – № 1. – С. 38 – 53.

5. Корчагина, И. И. Измерение человеческого потенциала в аспекте ограничения доступа к ресурсам его развития / И. И. Корчагина // Журнал институциональных исследований. – 2012. – Том 4. – № 1. – С. 68 – 78.

6. Мау, В. Человеческий капитал: вызовы для России / В. Мау // Вопросы экономики. – 2012. – № 7. – С. 114 – 132.

7. Мосейко, Е. Е. Теоретические подходы к анализу здоровья как элемента человеческого капитала / Е. Е. Мосейко // Вестник Волгоградского гос. университета. Сер. 3. Экон. экол. – 2012. – №2 (21). – С. 17 – 22.

8. Мотрич Е. Л., Уровень жизни населения и потенциал социальной сферы в регионах Дальнего Востока России / Е. Л. Мотрич, С. Н. Найден // Уровень жизни населения регионов России. – 2013. – № 1. – С. 18 – 25.

9. Римашевская, Н. М. Человеческий потенциал российских регионов / Н. М. Римашевская // Народонаселение. – 2013. – №3. – С. 82 – 139.

10. Федеральная служба государственной статистики. URL.: http://www.gks.ru (дата обращения: декабрь 2013 – февраль 2014).

11. United nations development program. Human development reports. Ttps://data.undp.org/dataset/table-1-human-development-index-and-its-components/wxub-qc5k