

В. А. Труфакин, А. И. Бабенко, В. Н. Денисов

## ФОРМИРОВАНИЕ ЖИЗНЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ

Сибирское отделение РАМН, Новосибирск

В статье рассматривается характер прохождения потока поколений населения Сибири в социальном пространстве и взаимоотношение его с социально-трудовой, социально-культурной и социально-экологической компонентами. Установлено, что за последние 10–15 лет в РФ и на территориях Сибири отмечается невосполнение жизненного потенциала населения. Указывается на необходимость усиления профилактической направленности здравоохранения через реализацию функций семьи, а также комплексности, иерархичности, информативности и динамичности научных исследований.

**Ключевые слова:** человеческий капитал, воспроизводство, продолжительность жизни

Современный этап становления Российского государства требует иных подходов к рассмотрению проблем здоровья населения, включения этого критерия в стратегические планы социального и экономического развития отдельных ее регионов. Воспроизводство и потери населения, его жизненный, трудовой, репродуктивный потенциал отражают формирование главного стратегического элемента развития общества – человеческого капитала.

Если рассматривать развитие населения, замену поколений в виде потока в социальном пространстве, то на его пути образуются три основные компоненты этого пространства: социально-трудовая, социально-культурная и социально-экологическая (рис. 1).

В зависимости от их приоритета, доминирования в тот или иной период, определяется стратегия, ее составляющие и действия всех подсистем жизнеобеспечения.

В предыдущие 100 лет и на ближайшую перспективу в России доминирует социально-трудовая компонента. Главным признаком развития общества является формирование материального и финансового капитала. В этих условиях человековоспроизводство подчинено требованиям челове-

копотребления. Рождение детей, образование, профессиональная подготовка, уклад и образ жизни, взаимодействие с природой – все это является средством для реализации социально-трудовой компоненты, которая нацелена на человекопотребление.

В этом случае жизненный потенциал населения подвергается интенсивному использованию, что ведет к значительным издержкам в виде повышенной смертности и сокращению продолжительности жизни поколений. При этом, чем выше необходимость в человекопотреблении, тем более жесткие рамки устанавливаются для человековоспроизводства (в частности, неоднократное запрещение абортов, максимальное вовлечение молодых женщин в трудовой процесс и т. д.).

Характер развития жизненного потенциала населения определяется показателями рождаемости и средней продолжительности предстоящей жизни (СППЖ). Если показатель жизненного потенциала более 1,0 – это свидетельствует о его приросте, если менее – об уменьшении в динамике (рис. 2).

С конца 80-х годов в РФ жизненный потенциал менее 1,0 (рис. 2). В динамике идет его сокращение, что ставит государство в очень жесткие рамки подчинения социально-трудовой компо-

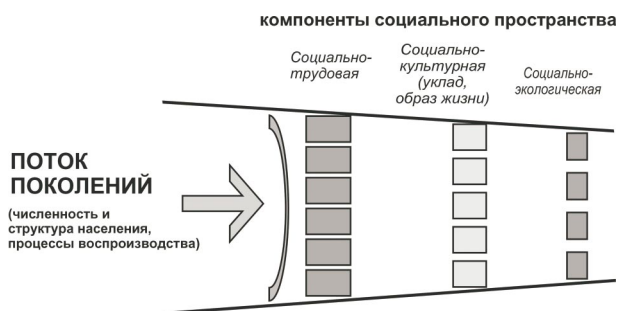


Рис. 1. Существующий порядок прохождения потока поколений через компоненты социального пространства

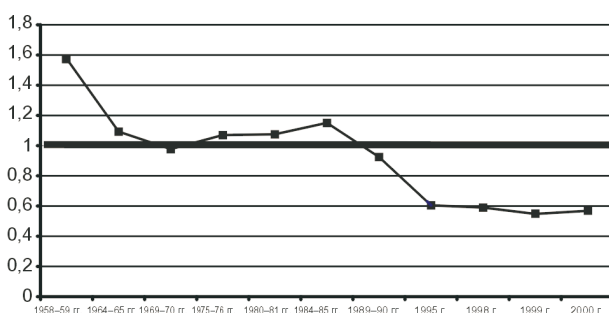


Рис. 2. Изменение жизненного потенциала в зависимости от СППЖ и показателя рождаемости в Российской Федерации за период 1958–2000 гг.

ненте. С одной стороны, это объясняется резким снижением показателя рождаемости с 16,9 (в 1984–85 гг.) до 8,3–8,7% (в 1999–2000 гг.), с другой – уменьшением за этот же период уровня СППЖ с 68,1 до 65,3 года. Важно отметить, что при величине СППЖ в 30–40-е годы XX в. в РФ, равной 37–40 годам, показатель жизненного потенциала был более 1,0 (1,2–1,3), что объясняется высоким уровнем рождаемости, составляющим 33,0%. С резким сокращением смертности в 50-е годы величина СППЖ достигла уровня 67,9 года, сохранение рождаемости на значительном уровне 23,2–25,7 обеспечивало рост жизненного потенциала населения до 1,6. Впоследствии главным действующим звеном в сокращении прироста жизненного потенциала стала рождаемость, падение которой за последние 40 лет составило 2,6–3,0 раза.

Как видно из расчетной шкалы (рис. 3), при сегодняшнем уровне СППЖ, равном 66 годам, показатель рождаемости для простого восполнения потерь жизненного потенциала должен быть на уровне 15%.

В свою очередь, при нынешней величине рождаемости в 8–9% адекватная замена жизненного потенциала будет возможной при СППЖ, равной 115 годам, что явно недостижимо.

На территориях Сибири прослеживается аналогичная тенденция изменения жизненного потенциала. Если в начале 90-х годов ряд территорий Сибири имел некоторый прирост жизненного потенциала (Республика Тыва, Алтай, Бурятия), то к концу этого периода на всех сибирских территориях имеет место невосполнение жизненного потенциала, обусловленное, прежде всего, недовоспроизводством.

Менее всего невосполнение жизненного потенциала имеет место в Новосибирской, Кемеровской и Омской областях (0,559–0,564), где оно более выражено, чем в среднем по РФ (0,568). Это является

сдерживающим моментом развития человеческого капитала на данных территориях.

В перспективе, после 2010 года в трудовой и фертильный возраст будут вступать поколения, рожденные в середине 90-х годов, в период минимального воспроизводства населения, что при существующем характере демографических процессов не позволит обеспечить прирост жизненного потенциала.

В сложившейся ситуации поток поколений людей, с одной стороны, не может пробиться через барьеры требований социально-трудовой компоненты, с другой – приоритет человекопотребления сдерживает развитие системы человековоспроизводства. Это является следствием исключения из системы регулирования воспроизводства социально-культурной и социально-экологической компонент. Реализация данных компонент относительно совершенствования системы охраны здоровья населения взаимосвязана с развитием социально-профилактической направленности здравоохранения.

В последние годы здравоохранение часть своей деятельности стало связывать с развитием семейной медицины (подготовка семейных врачей) как важнейшего элемента всей системы охраны здоровья населения. Однако адекватного предмета деятельности семейного врача, в целом этого раздела медицины, ни в приказах, ни в программе не было определено. Семья в отличие от других составных частей общества выполняет ряд только ей присущих функций: репродуктивную, воспитательную, экономическую, хозяйственно-бытовую, досуга, психоэмоциональную, сексуальную и т. д., которые необходимы как отдельно взятому человеку, так и обществу в целом. Отсюда, предметом семейной медицины (деятельности семейного врача) должно стать определение взаимосвязи реализации функций семьи (в каждой семье могут быть свои приоритеты) с состоянием здоровья ее членов, основу чего обеспечивают результаты научных исследований, рассматриваемых именно под этим углом зрения.

В таком аспекте ни одна из составных частей здравоохранения (служба, учреждение) не функционирует; из их поля зрения выпадает главный компонент концепции охраны здоровья населения – здоровый образ жизни. Именно он формируется на семейном уровне (как и способность к реализации других функций), а последующие попытки его корректировки другими сферами малоэффективны.

В свою очередь, организационных, функциональных, целевых предпосылок к формированию здорового образа жизни и прочих функций семьи у существующих медицинских служб, ЛПУ различного уровня нет. Отсутствие этого звена в системе здравоохранения служит основным препятствием к адекватной реализации принятой в 2000 г.

Рис. 3. Шкала соотношения показателей рождаемости и СППЖ, обеспечивающих уровень простого замещения жизненного потенциала населения, равного 1,0

“Концепции охраны здоровья населения”, и, как следствие этого, становится проблематичным решение большинства задач, отраженных в этом документе.

В условиях доминирования социально-трудовой компоненты, “демократизации” финансово-экономических отношений, когда здравоохранение, медицина, врачи зарабатывают на пациентах (как любая другая социальная сфера), – профилактике нет места.

Ее повсеместное внедрение возможно в том случае, если начнет доминировать социально-культурная компонента (уклад, образ жизни), – тогда поле профилактической деятельности необычайно расширится, и потребуются новые методические подходы к изучению этих проблем и подготовке медиков, других специалистов с соответствующим багажом знаний.

Большое количество научных исследований, проводимых по проблемам здоровья населения, носит, по большому счету, разрозненный характер, отражающий результаты какой-либо одной клинической или медико-биологической дисциплины, эпидемиологии, гигиены и т. п., и не дает целостного представления о проблеме и соответствующих путях решения, которые зачастую несут частный характер на индивидуальном уровне.

Перспектива научных исследований проблем человековоспроизводства, человекопотребления; формирования жизненного, трудового, репродуктивного потенциала; сохранения и укрепления здоровья населения предполагает развитие исследований не экстенсивного, а интенсивного направления. Предстоит формировать научно-исследовательскую базу, не столько основанную на региональных особенностях, сколько на более глубоком изучении процессов формирования человеческого капитала, его здоровья на основе комплексирования различных методов познания.

Как писал В.И. Вернадский: “... мы все более специализируемся не по наукам, а по проблемам”. И сегодня настало время формировать программы научных исследований в данном методологическом направлении.

Исходя из этого, научные исследования должны соответствовать таким требованиям, как комплексность – объединение методов познания различных дисциплин для решения общей проблемы; иерархичность – познание проблемы от социально-гигиенического уровня до генетического, а выработка решений – от индивидуального до популяционного; информативность – на каждом уровне познания свой перечень индикаторной информации, способной заблаговременно сигнализировать о возникающей проблеме; динамичность – установление периодичности изменений

критериев для разных объектов исследования и их взаимосвязь.

Данные параметры определяют следующий шаг в развитии научных исследований.

Предпринимаемые попытки управлять человеческим капиталом, здоровьем населения наталкиваются на необходимость сближения социальных явлений с биологическими. Важно перевести многие экономические понятия на биологический язык и внести принципы экономического мышления в область биологических знаний, и наоборот, ориентирование экономических процессов должно происходить на основе закономерностей биологии.

Государство не должно пренебрегать биологической основой, на которой строится человеческое общество.

Человековоспроизводство и человекопотребление, реализация этих функций государством служит важнейшим критерием адекватности общественного развития и отражает характер прохождения потока поколений в социальном пространстве (рис. 4), где должны доминировать социально-экологическая компонента, уклад и образ жизни, а социально-трудовая компонента будет являться ресурсом, поддерживающим биологическое начало и социально-экономический базис развития населения.

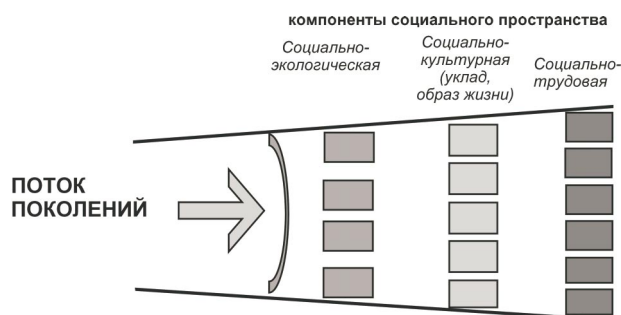


Рис. 4. Необходимый порядок прохождения потока поколений через компоненты социального пространства

## FORMATION OF POPULATION VITAL POTENTIAL IN SIBERIA

V.A. Trufakin, A.I. Babenko, V.N. Denisov

The article deals with the character of passage of generation population streams in Siberia in social space and its relationships with social-working, social-cultural and social-ecological components. It is stated that for the last 10–15 years there is a deficiency of the population vital potential in RF and Siberian areas.

An increase of preventive trend in health care service through realization of family functions as well as generalization, hierarchy, information and dynamics of scientific researches necessary.