

УЧРЕЖДЕНИЕ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК
ИНСТИТУТ
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ РАН

СБОРНИК НАУЧНЫХ ДОКЛАДОВ И СООБЩЕНИЙ
Ученого совета ИСЭРТ РАН

ВЫПУСК II

Вологда
2010 год

ББК 65.9(2Рос-4Вол)

С23

Сборник научных докладов и сообщений Ученого совета ИСЭРТ РАН
[Текст].– Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010.– 98 с.

В сборнике представлены следующие доклады и сообщения:

- Леонидова Г.В. Трудовой потенциал региона: 15 лет исследования.
- Гулин К.А. Развитие институтов гражданского общества в регионе.
- Шабунова А.А. Общественное и индивидуальное здоровье: состояние и динамика.

© Леонидова Г.В., Гулин К.А.
Шабунова А.А.,
© ИСЭРТ РАН

ЛЕОНИДОВА ГАЛИНА ВАЛЕНТИНОВНА,

зав. лабораторией исследования проблем трудового потенциала к.э.н.

**ТРУДОВОЙ ПОТЕНЦИАЛ РЕГИОНА:
15 ЛЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Научный доклад
на заседании Ученого совета
08 июля 2010 г.

Содокладчик

Чекмарева Елена Андреевна
младший научный сотрудник

Вологда
2010

1. Постановка проблемы

В течение ближайших десятилетий перед Россией стоит непростая задача преобразования национальной экономики из сырьевой в интеллектуальную – такую, при которой благополучие страны и ее народа будет обеспечиваться не природными ресурсами, а интеллектуальными, то есть высоким качеством человеческого потенциала. Трудовой потенциал, являясь составляющей человеческого потенциала (рис. 1), приобретает в этих условиях роль одного из важнейших факторов экономического роста.

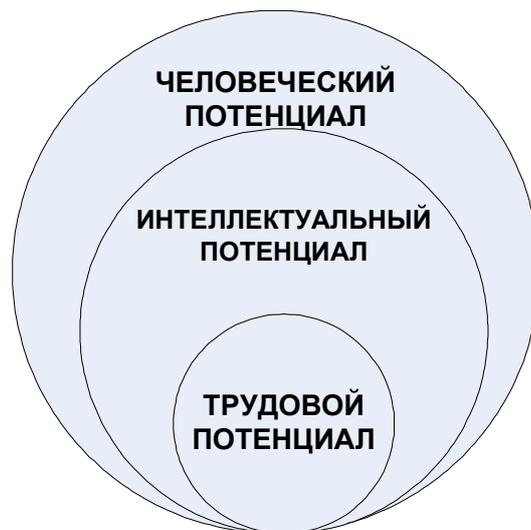


Рисунок 1 – Соотношение потенциалов

Проблема рационального использования и развития трудового потенциала диктует целесообразность активного изучения не только его количественных аспектов, но и качественных изменений его воспроизводства, поскольку процесс управления трудовыми ресурсами невозможен без наличия объективной информации о состоянии и тенденциях развития трудового потенциала. Требуется использование методологических подходов, позволяющих получить более полные сведения о качественных характеристиках трудовых ресурсов, необходимые для объективного анализа ситуации и выработки адекватных направлений и конкретных мер. Одним из таких инструментов является методика измерения и оценки качества трудового потенциала, на основе которой ИСЭРТ РАН с 1996 г. осуществляет соответствующие измерения на территории региона.

2. Цель, задачи, объект и предмет исследования

Целью исследования является комплексное изучение текущего состояния и динамики развития трудового потенциала Вологодской области для поиска и обоснования возможностей сохранения, развития и более полного использования трудового потенциала региона.

- а). подходов к исследованию трудового потенциала на региональном уровне;
- б). Анализ воспроизводства трудовых ресурсов Вологодской области;
- в). Измерение качественных характеристик трудового потенциала населения Вологодской области, в том числе в разрезе основных социально-демографических групп;

г). Оценка соответствия качества трудового потенциала населения требованиям рабочих мест;

д). Анализ трудовой деятельности как формы реализации трудового потенциала населения.

Объект исследования – трудоспособное население Вологодской области в трудоспособном возрасте.

Предмет исследования – трудовой потенциал населения.

3. История исследования

В разные годы исследования его цели и задачи имели свою специфику.

В 1996 г. был проведен пилотный опрос: методика измерений была апробирована на малой выборке (160 чел., что не позволило репрезентировать данные на всю Вологодскую область), был также проведен анализ теоретико-методологической базы.

В период с 1997 – 2007 гг. исследование качественного состояния трудового потенциала Вологодской области проводится в мониторинговом режиме. Отслеживается динамика развития восьми базовых качественных характеристик, оцениваются индексы качества трудового потенциала и индексы требований рабочих мест.

В 2008 г. в анкету вносятся вопросы по оценке условий и результативности трудовой деятельности и их взаимосвязей с качеством трудового потенциала. Проводится анализ воспроизводства трудовых ресурсов и возможностей управления трудовым потенциалом на региональном уровне.

В 2009 г. качество трудового потенциала сравнивается с докризисным периодом. Разрабатывается методика и проводится измерение степени использования населением своего трудового потенциала в трудовой деятельности. Разрабатывается методика и осуществляется оценка трудовой мотивации.

4. Методы исследования

Основными методами исследования трудового потенциала Вологодской области являются: анкетирование, статистический анализ, эконометрические методы.

Анкетирование применяется для сбора первичной статистической информации о состоянии и развитии качественных характеристик трудового потенциала Вологодской области.

Статистический анализ применяется для оценки количественных характеристик трудового потенциала региона, а также первичной обработки базы

данных анкетного опроса и заканчивается статистическим описанием результатов.

Эконометрические методы (корреляционный, регрессионный, факторный, кластерный анализ) применяются для углубленного анализа базы данных анкетного опроса, выявления статистически значимых взаимосвязей и зависимостей исследуемых показателей, классификации объектов и др.

5. Информационная база

Информационной базой исследования служат результаты анализа анкетных опросов населения, проведенных ИСЭРТ РАН (для оценки качественных характеристик трудового потенциала), материалы Федеральной службы государственной статистики (для сравнения показателей Вологодской области с показателями по СЗФО и России), территориального органа ФСГС по Вологодской области (для оценки демографического развития и состояния трудовых ресурсов).

6. Теоретико-методологическая база

Под трудовым потенциалом, в общем виде, понимаются имеющиеся в настоящем и прогнозируемые в будущем трудовые возможности территорий и отдельных субъектов хозяйствования. Он определяется, с одной стороны, количеством трудоспособного населения, с другой – его разнообразными качественными характеристиками, значимыми с точки зрения реализации его способностей к трудовой деятельности. Теория трудового потенциала до сих пор окончательно не сформирована, среди исследователей нет полного единства взглядов на ее концептуальные основы. Несомненно одно: трудовой потенциал – это объективная реальность, заслуживающая самого пристального внимания и изучения¹.

Основные подходы к толкованию понятия «трудовой потенциал региона» обобщенно представлены в таблице 1.

¹ Егоров В.Д. Трудовой потенциал: формирование и использование в условиях рыночной экономики: Автореф. дис. ... к. э. н. – Москва, 2004.

Подходы к трактовке понятия «трудовой потенциал»

| Подход | Трудовой потенциал (региона, страны) – это... | Авторы |
|---|--|---|
| Демографический (медико-демографический) | Население в трудоспособном возрасте (трудоспособное население в трудоспособном возрасте) | А.С. Первушин, А.Г. Вишневский |
| Статистический | Численность трудовых ресурсов | Р.П. Колосова, А.С. Панкратов, М.И. Гольдин, Г.П. Сергеева, Л.С. Чиждова, Е.В. Воловая, Л.И. Абалкин, В.Г. Костаков, А.А. Попов, М.И. Скаржинский, С.Г. Струмилин |
| Социологический | Качественные характеристики рабочей силы | Т.И. Заславская, Ю.Г.Одегов, О.И. Шкаратан, Т.В. Хлопова, М.П. Дьякович |
| Экономический | 1) Трудовые ресурсы в единстве своих количественных и качественных проявлений (ресурсный подход); 2) Форма проявления личного фактора производства (факторный подход); 3) Обобщающая характеристика меры и качества совокупности способностей к труду (комбинированный, комплексный подход). | С.И. Пирожков, М.М. Магомедов, И.С. Маслова, В.И. Усачев, Б. М. Генкин |

В рамках настоящего исследования мы придерживаемся комбинированного подхода к пониманию категории «трудовой потенциал региона», а именно, под трудовым потенциалом региона понимаем сложную социально-экономическую категорию, отличную по своему содержанию и назначению от экономико-демографической категории «трудовые ресурсы» и являющуюся «обобщающей характеристикой меры и качества совокупности способностей к общественно полезной деятельности, которыми определяются возможности отдельного человека, групп людей, всего трудоспособного населения по их участию в труде»².

7. Трудовые ресурсы Вологодской области: количественные характеристики

Характер формирования трудового потенциала Вологодской области в ближайшей перспективе определяет общая демографическая ситуация, которая аналогична общероссийской и характеризуется тем, что количественное соотношение показателей рождаемости и смертности имеет отрицательный баланс,

² Маслова И.С. Трудовой потенциал советского общества // Вопросы теории и методологии исследования. – М., 1987. – С.14.; Маслова И.С. Особенности российского рынка труда // Человек и труд. – 1993. – №3. – С. 27.

т.е. продолжается естественная убыль населения (рис. 2). При этом в Вологодской области демографические проблемы стоят более остро, чем в среднем по России.

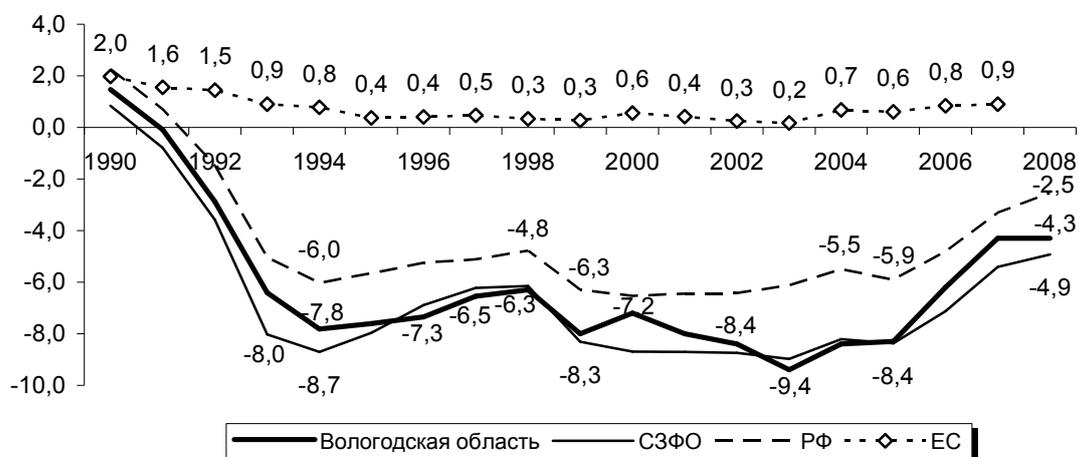


Рисунок 2 – Динамика коэффициентов естественного прироста/убыли (на 1000 чел. нас.)

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сборник. – Вологда, 2009. – С.42; Интернет-сайт Федеральной службы государственной статистики; Интернет-сайт статистической службы Европейского союза; расчеты авторов.

Естественная убыль населения региона не компенсируется миграционным движением. Начиная с 2001 г. значения показателя миграционного прироста в Вологодской области остаются крайне низкими (рис. 3). Так, в 2008 г. уровень миграции составил всего 5 чел. на 10 тыс. чел. населения (с 2001 г. это самый высокий показатель). Для сравнения: в 2008 г. в целом в России (международная миграция) и в СЗФО коэффициенты миграционного прироста были в 3-4 раза больше, чем в Вологодской области (17 и 21 чел. на 10 тыс. чел. населения соответственно). В Евросоюзе в 2008 г. этот показатель составлял 29 чел. на 10 тыс. чел. населения.

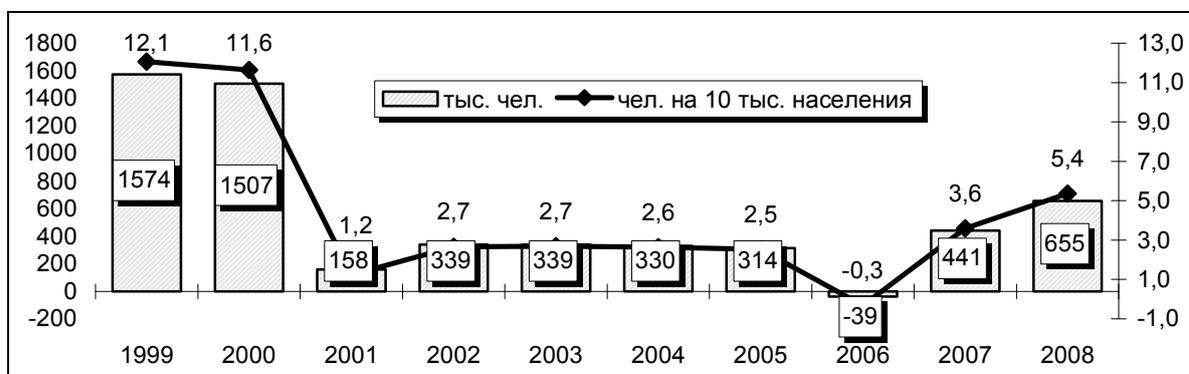


Рисунок 3 – Миграционный прирост/убыль населения Вологодской области (чел.)

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сборник. – Вологда, 2009. – С. 47; расчеты авторов.

Кроме того, структура миграционного прироста в Вологодской области не является благоприятной для восполнения трудовых ресурсов (табл. 2). Так, в 2008 году 68% миграционного прироста составили лица пенсионного возраста, 31% – трудоспособного, 1% – моложе трудоспособного возраста. Положительная динамика прироста еще сохраняется среди населения старше 40 лет, но при этом миграционный отток возник среди населения в возрасте до 15 лет, и значительной остается потеря населения молодого возраста (16-19 лет).

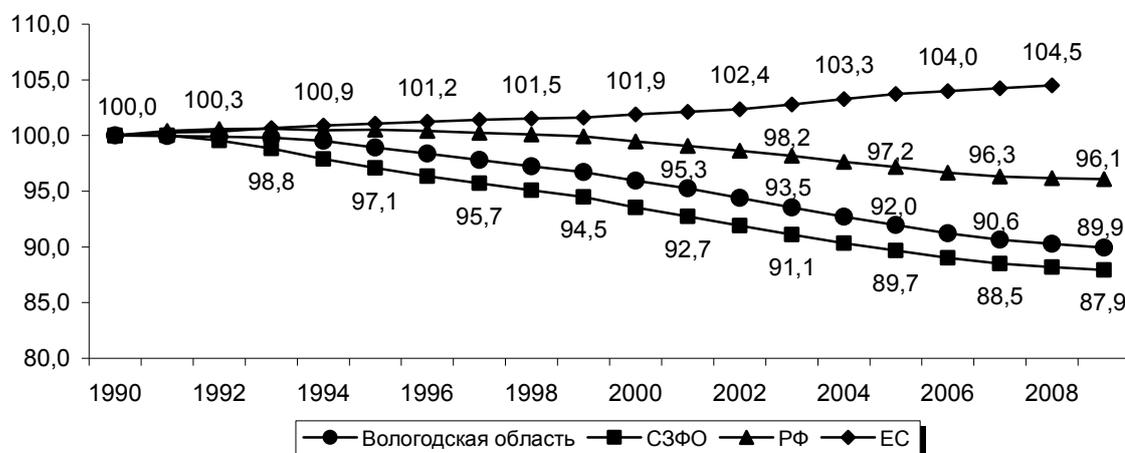
Таблица 2

Миграционный прирост (убыль) по возрастным группам, чел.

| Годы | Возраст, лет | | | | | | | | | |
|------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| | 0-15 | 16-19 | 20-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65 и старше |
| 2000 | 367 | -349 | -23 | 152 | 260 | 265 | 200 | 166 | 225 | 244 |
| 2005 | 52 | -289 | -145 | 6 | 160 | 149 | 110 | 146 | 59 | 66 |
| 2006 | -66 | -378 | -241 | -44 | 53 | 130 | 127 | 161 | 41 | 95 |
| 2007 | -9 | -255 | 108 | 156 | 129 | 78 | 103 | 50 | 56 | 95 |
| 2008 | -5 | -619 | 98 | 278 | 164 | 196 | 214 | 96 | 228 | 95 |

Источники: Демографический ежегодник Вологодской области. 2000. – Вологда, 2001. – С. 41; Демографический ежегодник Вологодской области. 2001. – Вологда, 2002. – С. 43; Демографический ежегодник Вологодской области. 2002. – Вологда, 2003. – С. 42; Демографический ежегодник Вологодской области. 2003. – Вологда, 2004. – С. 44; Демографический ежегодник Вологодской области. 2005. – Вологда, 2006. – С. 45; Демографический ежегодник Вологодской области 2007. – Вологда, 2006. – С. 50; Демографический ежегодник Вологодской области 2007. – Вологда, 2008. – С. 46; Демографический ежегодник Вологодской области 2008. – Вологда, 2009. – С. 57.

В результате происходящих в регионе демографических процессов, описанных выше, численность постоянного населения Вологодской области, начиная с 1991 г., ежегодно сокращается. За два последних десятилетия значения этого показателя уменьшились на 10% – с 1354 тыс. чел. в начале 1990 г. до 1218 тыс. чел. в 2009 г. (рис. 4). За это же время общая численность населения России снизилась только на 4%, СЗФО – на 12%, численность населения Евросоюза (данные по ЕС-27) увеличилась на 5%.

**Рисунок 4 – Изменение численности населения (на начало года; в % к 1990 г.)**

Источник: Интернет-сайт Федеральной службы государственной статистики; Интернет-сайт Статистической службы Европейского союза; расчеты авторов.

В 2006 г. наблюдавшийся с 1994 г. рост численности населения в трудоспособном возрасте, обусловленный преобладанием числа вступающих в этот возраст (многочисленные когорты родившихся в 1980-е годы) над числом выходящих из него (малочисленные когорты рожденных в послевоенное время), сменился спадом (рис. 5).

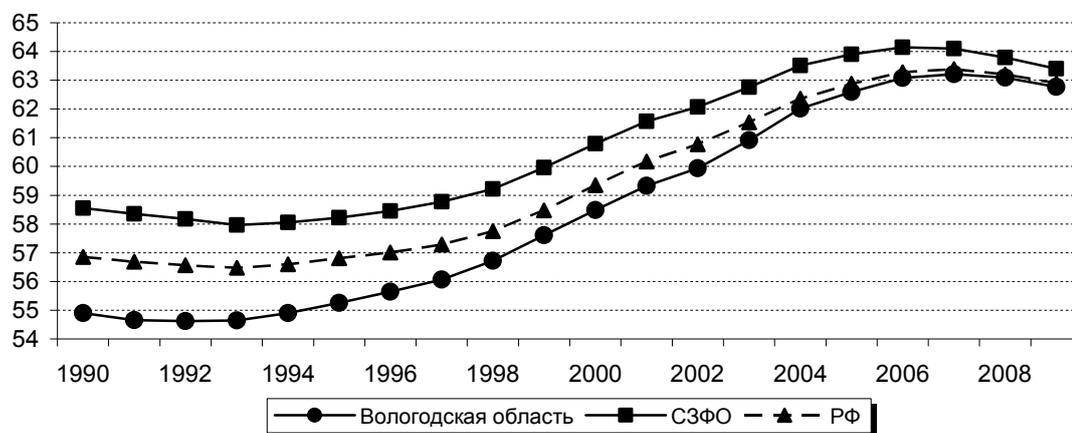


Рисунок 5 – Изменение доли населения трудоспособного возраста (на начало года; в %)

Источник: Интернет-сайт Федеральной службы государственной статистики; расчеты авторов.

В настоящее время численность данной возрастной категории продолжает уменьшаться, поэтому по аналогии с воспроизводством населения в целом, имеет смысл говорить об угрозе суженного воспроизводства трудовых ресурсов. Так, в 2008 г. в Вологодской области вышли из трудоспособного возраста, вступив в пенсионный возраст, 15 тыс. чел., взамен им вошли в трудоспособный возраст, достигнув 16 лет, только 14 тыс. чел., при этом реальная убыль численности населения трудоспособного возраста составила 7 тыс. чел., из которых 6 тыс. (90%) – итог высокого уровня смертности в трудоспособном возрасте.

Таблица 3

Прогноз численности возрастных категорий населения Вологодской области (на начало года)

| Го- ды | Человек | | | В процентах от общей численности населения | | |
|-----------|---|-------------------------------------|---|--|-------------------------------------|---|
| | моложе тру- доспособного возраста | в трудоспо- собном воз- расте | старше тру- доспособного возраста | моложе тру- доспособного возраста | в трудоспо- собном воз- расте | старше тру- доспособного возраста |
| 2009 | 193 301 | 764 718 | 260 222 | 15,9 | 62,8 | 21,4 |
| 2010 | 195 742 | 753 011 | 264 908 | 16,1 | 62,0 | 21,8 |
| 2011 | 198 426 | 741 519 | 268 933 | 16,4 | 61,3 | 22,2 |
| 2012 | 201 344 | 730 052 | 272 547 | 16,7 | 60,6 | 22,6 |
| 2013 | 204 391 | 717 997 | 276 327 | 17,1 | 59,9 | 23,1 |
| 2014 | 207 636 | 705 846 | 279 932 | 17,4 | 59,1 | 23,5 |
| 2015 | 210 390 | 692 766 | 284 931 | 17,7 | 58,3 | 24,0 |
| 2016 | 213 284 | 679 307 | 290 013 | 18,0 | 57,4 | 24,5 |
| 2017 | 214 992 | 667 711 | 294 150 | 18,3 | 56,7 | 25,0 |
| 2018 | 215 664 | 657 349 | 297 607 | 18,4 | 56,2 | 25,4 |
| 2019 | 215 197 | 648 397 | 300 287 | 18,5 | 55,7 | 25,8 |
| 2020 | 213 609 | 640 211 | 302 881 | 18,5 | 55,3 | 26,2 |

Источник: расчеты ИСЭРТ РАН.

В перспективе ожидается интенсивное снижение численности населения в трудоспособном возрасте. По нашим прогнозам к началу 2020 г. значение этого показателя достигнет 640 тыс. чел., что составит 55% от общей численности населения (для сравнения: в 2009 г. – 63%; табл. 3).

Экономическая нагрузка на жителей трудоспособного возраста увеличится примерно до 81 чел. нетрудоспособного возраста на 100 чел. трудоспособного (при значении 58 в 2007 г.; рис. 6).



Рисунок 6 – Прогноз экономической нагрузки на население трудоспособного возраста в Вологодской области (на начало года)

Уменьшение численности жителей трудоспособного возраста может стать существенным препятствием на пути дальнейшего экономического роста. Дефицит рабочей силы, который не столь заметен в условиях кризисных экономических явлений, в перспективе потребует компенсации либо путем увеличения производительности труда (притом, для того, чтобы темп прироста ВРП Вологодской области был сопоставим с аналогичным показателем ВВП РФ, региону потребуются более высокие темпы роста производительности труда, чем те, которые запланированы в целом по стране), либо миграцией рабочей силы из других регионов РФ и из-за рубежа³.

Улучшение демографической ситуации, развитие и повышение численности трудовых ресурсов является сложной долгосрочной задачей, в среднесрочной же перспективе более реальным и экономически эффективным представляется повышение реализации уже имеющегося трудового потенциала.

Основными характеристиками степени использования трудовых ресурсов являются показатели экономической активности, занятости и безработицы населения (табл. 4).

³ Шабунова, А.А. Вологодская область: перспективы демографического развития территории [Текст]: препринт / А.А. Шабунова, А.О. Богатырев. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 28 с.

Основные показатели использования трудовых ресурсов Вологодской области, в процентах

| Показатель | Годы | | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| Среди населения в возрасте 15-72 лет | | | | | | | | | | | |
| Уровень экономической активности | 63,1 | 67,3 | 67,9 | 67,4 | 67,2 | 65,7 | 65,6 | 68,1 | 69,3 | 69,0 | 69,0 |
| Уровень занятости | 55,2 | 59,4 | 62,3 | 61,4 | 63,2 | 62,6 | 61,5 | 64,6 | 65,6 | 66,2 | 65,0 |
| Уровень безработицы | 12,6 | 11,7 | 8,3 | 8,9 | 6,0 | 4,7 | 6,3 | 5,2 | 5,3 | 4,1 | 5,9 |
| Среди населения в трудоспособном возрасте | | | | | | | | | | | |
| Уровень экономической активности | 78,9 | 82,6 | 82,5 | 82,6 | 80,9 | 79,1 | 78,3 | 80,0 | 80,4 | 80,5 | 80,5 |
| Уровень занятости | 68,7 | 72,7 | 75,5 | 75,2 | 75,9 | 75,4 | 73,4 | 75,8 | 76,0 | 77,2 | 75,7 |
| Уровень безработицы | 13,0 | 12,0 | 8,6 | 9,0 | 6,2 | 4,7 | 6,2 | 5,3 | 5,5 | 4,2 | 5,9 |

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. – Вологда, 2009. – С. 57-58.

Одной из наиболее острых социально-экономических проблем, порожденных мировым финансовым кризисом, стала безработица, которая оказывает прямое и сильное воздействие на каждого человека. Потеря работы для большинства людей означает снижение жизненного уровня в следствии уменьшение уровня потребления в стране, сокращение объемов производства и т.д. В наибольшей степени кризис сказался на территориях, экономика которых базировалась в основном на производстве и экспорте сырья и продуктов его первых переделов. К этому типу регионов относится Вологодская область (до кризиса в структуре промышленности региона доля черной металлургии занимала более 65%). По данным Росстата, общая безработица в регионе в I квартале 2010 года составляла 8,5% экономически активного населения. Ее уровень по-прежнему превышает докризисный почти в 2 раза (рис. 7).

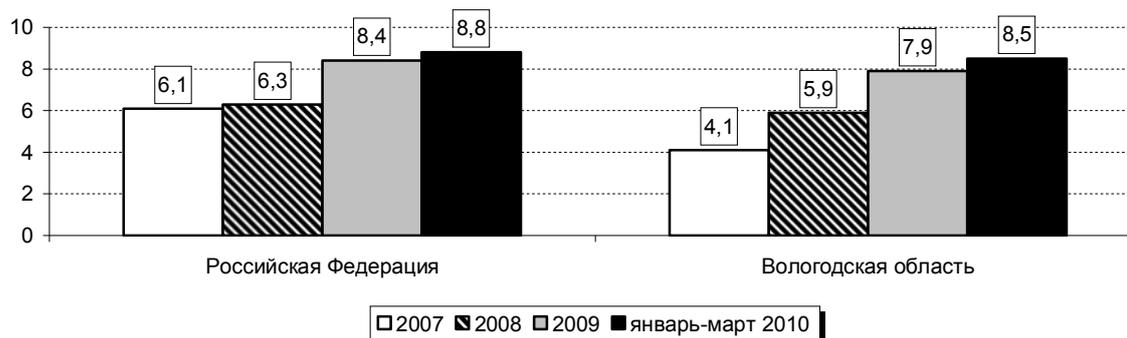


Рисунок 7 – Уровень безработицы в Вологодской области и РФ (по методологии МОТ), %

Источник: Занятость и безработица в Российской Федерации в апреле 2010 года (по итогам обследований населения по проблемам занятости) / http://www.gks.ru/bgd/free/b04_03/IssWWW.exe/Stg/d04/107.htm

Как показывает анализ, демографическая ситуация в Вологодской области и ситуация в сфере занятости далеки от благоприятных. Все это особенно тревожно в свете того, что происходящие процессы во многом обуславливают

современное состояние трудовых ресурсов и перспективы их развития. Как следствие, неминуемо возрастает роль качественных характеристик рабочей силы в экономическом развитии региона.

8. Качественное состояние трудового потенциала региона

Измерение качества трудового потенциала – непростая задача, не имеющая однозначного решения. Одной из методик оценки качества трудового потенциала является расчет индексов по шкалам Лайкерта на основе данных социологических опросов. Согласно данной методике базовыми характеристиками качества трудового потенциала региона являются физическое и психическое здоровье населения, когнитивный потенциал, творческие способности, коммуникабельность, культурный и нравственный уровень, потребность в достижении (социальные притязания). На самом нижнем уровне располагаются элементарные (в данной системе) качества, подлежащие непосредственному измерению.

Качества первого уровня:

- физическое здоровье человека;
- психическое здоровье;
- образовательно-квалификационный потенциал;
- творческие способности (креативность);
- коммуникабельность;
- культурный уровень;
- нравственность (соотношение целей и средств их достижения; нравственность выступает не только как индикатор характера общества, но и как один из факторов его развития);
- социальные притязания (потребность в достижении), т.е. стремление человека занять определенное место в социальной структуре общества.

Свойства второго, третьего и четвертого уровней являются интегративными, их измерение возможно только на основе вышеуказанных первичных элементов.

Качества второго уровня:

- психофизиологический потенциал (его составляющие: физическое и психическое здоровье);
- интеллектуальный потенциал (уровень общих и профессиональных знаний, а также творческие способности);

- коммуникативный потенциал (коммуникабельность и культурный уровень);
- социальная активность (нравственность и социальные притязания).

Качества третьего уровня:

- энергетический потенциал, или функциональные возможности работника (его составляющие – психофизиологический и интеллектуальный потенциалы);
- социально-психологический потенциал, или способность человека воздействовать на социальные условия своей деятельности (его составляющие – коммуникативный потенциал и социальная активность).

Четвертый уровень – социальная дееспособность. Это интегральный показатель качества трудового потенциала. Его составляющие – энергетический и социально-психологический потенциалы человека. Структура его представлена на рисунке 8.



Рисунок 8 – Компоненты трудового потенциала (согласно концепции ИСЭПН РАН)

Такой подход к оценке качества трудового потенциала, как с точки зрения полноты и достаточности его компонентов, так и с точки зрения методики измерения качественных характеристик работника, является вполне обоснованным и представительным. В результате математической обработки баз данных мониторинга каждое из перечисленных выше качеств получает числовую оценку в виде индекса в интервале от нуля до единицы, рассчитываемого как отношение фактического числа баллов к максимально возможному.

На протяжении всего периода исследований с 1997 г. по 2009 г. индекс социальной дееспособности населения области изменялся в пределах от 0,645 до 0,679. Минимальное его значение было зафиксировано в 2003 г.

Развитие качества трудового потенциала в различных социально-демографических группах проходит не одинаково. В территориальном разрезе наиболее высокой социальной дееспособностью обладают жители городов Во-

логда и Череповец (в 2009 г. – 0,672 и 0,702 ед. соответственно), население районов в среднем существенно уступает горожанам (0,660 ед.). При этом череповчане имеют более выраженную тенденцию к росту индекса социальной дееспособности (рис. 9).

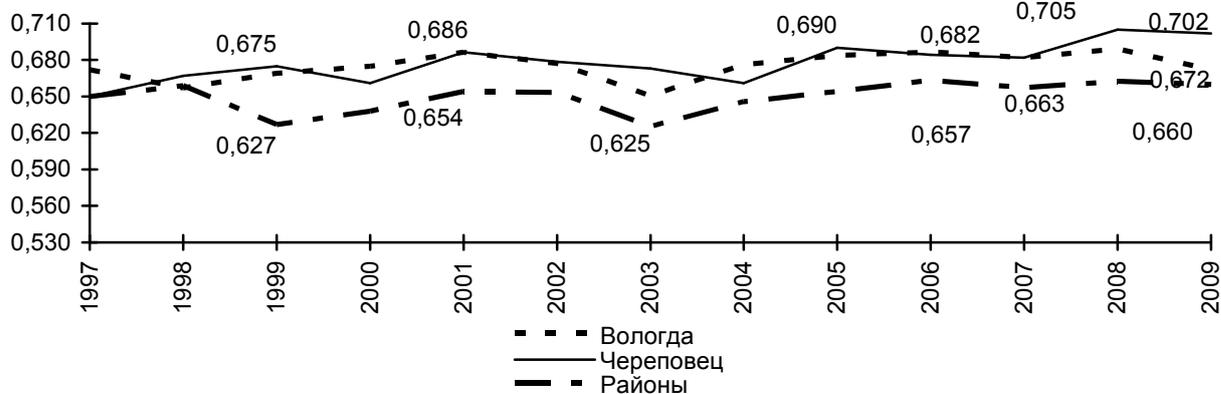


Рисунок 9 – Динамика индексов социальной дееспособности населения Вологодской области в территориальном разрезе

В гендерном разрезе динамика качества трудового потенциала характеризуется активным ростом социальной дееспособности женщин (рис. 10). Так в 1997 г. значения соответствующего индекса у женщин были существенно ниже, чем у мужчин (0,649 и 0,663 ед. соответственно). А в 2007-2009 гг. индекс социальной дееспособности женской части населения Вологодской области уже стабильно превышал значения этого показателя среди мужчин (в 2009 г. – 0,679 и 0,670 ед. соответственно). Описанное явление, на наш взгляд, объясняется стремительным повышением роли женщин в экономике.

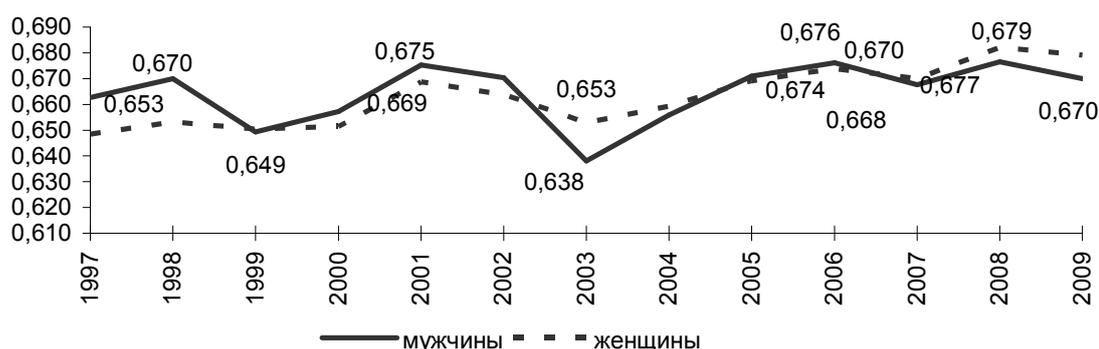


Рисунок 10 – Динамика индексов социальной дееспособности населения Вологодской области в гендерном разрезе

В возрастном разрезе более высокой социальной дееспособностью устойчиво отличаются лица младше 35 лет. Так в 2009 г. интегральный индекс качества трудового потенциала в данной возрастной группе равнялся 0,684 ед., сре-

ди лиц старше 35 лет – 0,665 ед. (рис. 11). Тем не менее, в старшей возрастной группе индекс имеет более выраженную тенденцию к росту, что, на наш взгляд, говорит о стремлении ее представителей к повышению своей конкурентоспособности на рынке труда.

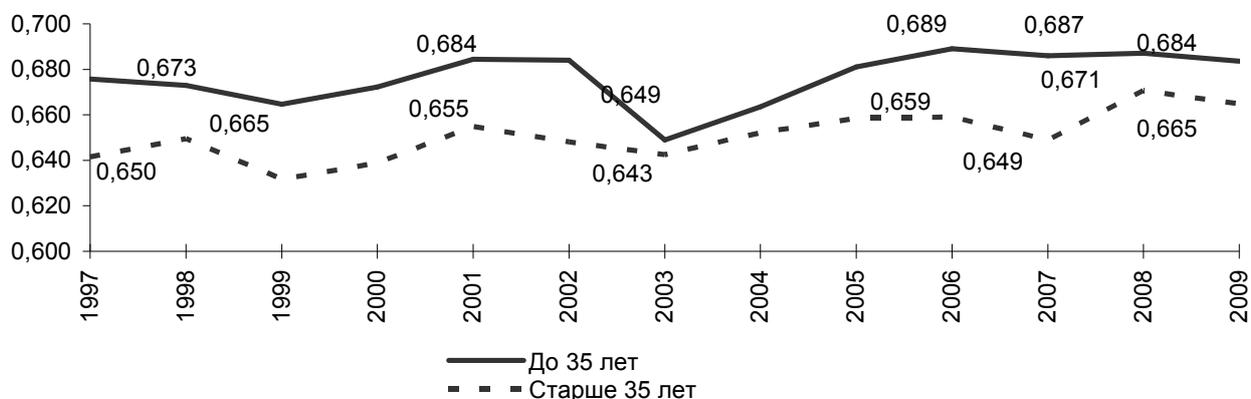


Рисунок 11 – Динамика индексов социальной дееспособности населения Вологодской области в возрастном разрезе

Исследование динамики индекса социальной дееспособности в разрезе уровней образования показало, что лица с высшим профессиональным образованием устойчиво имеют более высокие значения интегрального показателя качества трудового потенциала, что во многом объясняется хорошим когнитивным потенциалом выпускников вузов (рис. 12).



Рисунок 12 – Динамика индексов качества трудового потенциала населения Вологодской области с различным уровнем образования

На всем периоде изменений наблюдается существенный разрыв между индексами социальной дееспособности различных доходных групп (рис. 13). Такая разница в показателях дееспособности объясняется, с одной стороны, значительным неравенством в доступе к базовым инфраструктурным услугам (образованию, здравоохранению), когда в преимущественном положении ока-

зываются более обеспеченные граждане, а с другой – зависимостью материального благосостояния от качества трудовой деятельности.

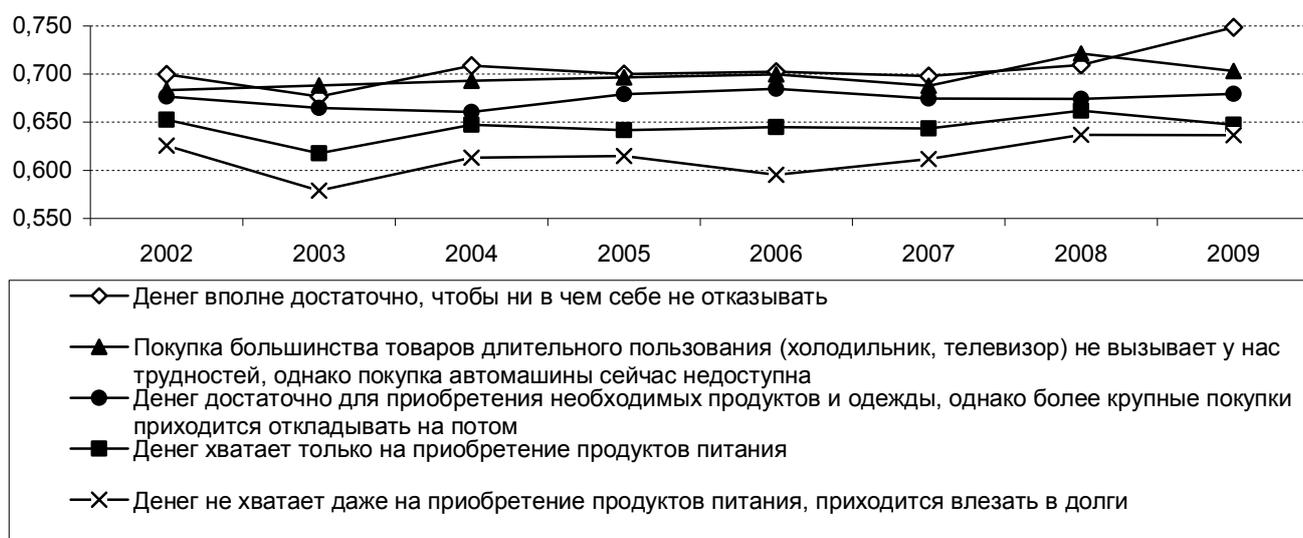


Рисунок 13 – Динамика индексов качества трудового потенциала населения Вологодской области с различным уровнем дохода

Описанные изменения интегрального показателя качества трудового потенциала региона являются следствием трансформаций, которые претерпевают составляющие социальной дееспособности первого уровня (табл. 5).

Среди базовых показателей качества трудового потенциала тенденцию к росту имеют: физическое и психическое здоровье, культурный уровень, потенциал социальных притязаний (потребность в достижении).

Таблица 5

Качество трудового потенциала Вологодской области

| Качество | Значение индекса в 2009 г. | Ранг | Изменение индекса по сравнению с 2008 годом | Линия тренда (с 1997 по 2009 г.) |
|--------------------------|----------------------------|------|---|----------------------------------|
| Нравственный уровень | 0,757 | 1 | ▼ спад | \ убывающая |
| Психическое здоровье | 0,739 | 2 | ▼ спад | / возрастающая |
| Коммуникабельность | 0,736 | 3 | ▼ спад | – параллельна оси времени |
| Физическое здоровье | 0,728 | 4 | ▼ спад | / возрастающая |
| Культурный уровень | 0,674 | 5 | ▼ спад | / возрастающая |
| Потребность в достижении | 0,643 | 6 | ▼ спад | / возрастающая |
| Когнитивный потенциал | 0,614 | 7 | ▼ спад | \ убывающая |
| Творческий потенциал | 0,572 | 8 | ▲ рост | \ убывающая |

Эффективность функционирования экономики региона определяется не только качеством трудового потенциала населения, но и, в значительной мере, уровнем его соответствия требованиям рабочих мест.

Для анализа соответствия качества трудового потенциала населения региона требованиям рабочих мест используются специальные индексы – индексы требований рабочих мест. Оценка индексов производится на основе блока вопросов: «Каких качеств от человека требует то дело, которым Вы занимаетесь в настоящее время?». Респондентам предлагается оценить важность для работы перечисленных в анкете качеств по четырехбалльной шкале: «очень важно» – 4 балла, «достаточно важно» – 3, «более или менее важно» – 2, «совсем не важно» – 1 балл.

Для получения интегрального индекса требований рабочих мест используется процедура, аналогичная вычислению сводных индексов трудового потенциала и основанная на нахождении средних геометрических.

Согласно результатам мониторинга на всем периоде измерений индекс требований к уровню социальной дееспособности устойчиво превышал реальные значения этого показателя. Так, в 1999-2009 гг. индекс социальной дееспособности варьировался в диапазоне от 0,645 до 0,675 ед. в то время как индекс требований рабочих мест составлял от 0,681 до 0,744 ед. (рис. 14).

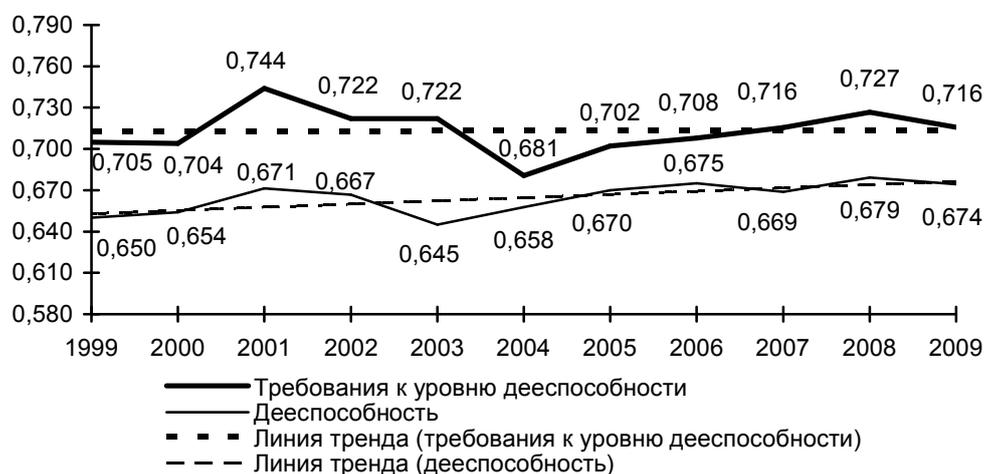


Рисунок 14. Динамика качества трудового потенциала и требований рабочих мест Вологодской области

Тем не менее, в долгосрочной перспективе рассматриваемые показатели имеют тенденцию к сближению. На наш взгляд, это происходит за счет стремления работников отвечать предъявляемым к ним требованиям с целью занять более хорошее рабочее место – с одной стороны, а с другой стороны – за счет

снижения требований работодателей в соответствии с реальной обстановкой на рынке труда.

Сравнение индексов требований рабочих мест со значениями соответствующих им индексов качества трудового потенциала показывает, что сильнее всего отстают от требований рабочих мест физическое здоровье (в среднем за период с 1997 по 2009 гг. разрыв индексов составил -0,102 ед.), культурный уровень (-0,096) и когнитивный потенциал (-0,091) населения. Такое отставание особенно тревожно в свете того, что физическое здоровье является одной из важнейших в качественном отношении составляющих трудового потенциала общества, отражающей его жизненные силы, а когнитивный потенциал служит стратегически важным ресурсом для построения инновационной, «умной» экономики, которая «может сформироваться только в определённом социальном контексте»⁴.

Анализ качественных характеристик трудового потенциала населения регионе и уровня их соответствия требованиям рабочих мест позволил выделить проблемные точки в развитии этих показателей и свидетельствует о наличии значительных резервов роста социальной дееспособности. При этом наиболее важным в отношении экономического развития региона является не трудовой потенциал сам по себе, а степень его реализации в конкретной трудовой деятельности, рациональное использование накопленного потенциала и эффективное управление этим процессом.

9. Трудовая деятельность как форма реализации трудового потенциала

Рассматривая трудовую деятельность как форму реализации трудового потенциала населения, отметим, что результативность трудовой деятельности определяется множеством внешних и внутренних факторов, среди которых наиболее значимыми являются *качественные характеристики работника, условия труда, мотивация трудовой деятельности, удовлетворенность работой и др.*

В рамках мониторинга трудового потенциала населения для оценки условий труда использовалась пятибалльная порядковая шкала. При этом рассматривались: санитарно-гигиеническая обстановка на рабочем месте, психологическая обстановка, техническая оснащенность, безопасность. В 2009 г. «хорошей» и «очень хорошей» назвали санитарно-гигиеническую обстановку на рабочих

⁴ Послание Федеральному Собранию Российской Федерации. 12 ноября 2009 г. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/transcripts/5979>.

местах 47% трудящихся, 43% охарактеризовали ее как «удовлетворительную», 10% – как «плохую и очень плохую» (табл. 6).

Таблица 6

Распределение оценок населения в отношении условий своего труда, %

| Вариант ответа | Санитарно-гигиеническая обстановка | | Психологическая обстановка | | Техническая оснащенность | | Безопасность | |
|--------------------------|------------------------------------|-------------|----------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------|-------------|
| | 2008 | 2009 | 2008 | 2009 | 2008 | 2009 | 2008 | 2009 |
| 1. Плохая и очень плохая | 9,0 | 10,4 | 5,1 | 8,7 | 9,5 | 9,8 | 8,0 | 10,9 |
| 2. Удовлетворительная | 41,8 | 42,8 | 45,2 | 41,3 | 40,7 | 41,5 | 41,2 | 41,1 |
| Хорошая и очень хорошая | 49,2 | 46,8 | 49,7 | 50,0 | 49,8 | 48,7 | 50,8 | 48,1 |
| ВСЕГО | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| <i>Средний балл</i> | <i>3,49</i> | <i>3,43</i> | <i>3,52</i> | <i>3,46</i> | <i>3,47</i> | <i>3,46</i> | <i>3,51</i> | <i>3,42</i> |

Доля положительных оценок психологической обстановки на местах в 2009 г. составила 50%, отрицательных – 8%; технической оснащенности – 49 и 10% соответственно, безопасности – 48 и 11%.

Снижение оценок условий труда зафиксировано практически во всех социально-демографических группах за небольшим исключением (табл. 7). В частности, лица со средним образованием и ниже в 2009 г. выше оценили санитарно-гигиеническую и психологическую обстановку на рабочих местах, их техническую оснащенность. В целом в 2008 – 2009 гг. в наиболее хороших условиях по оценкам населения работают: по территории – жители города Череповца, по полу – женщины, по возрасту – лица младше 35 лет, по образованию – выпускники вузов.

Таблица 7

Оценка условий своего труда различными социально-демографическими группами населения, средний балл

| Критерий | Группа | Санитарно-гигиеническая обстановка | | Психологическая обстановка | | Техническая оснащенность | | Безопасность | |
|-------------|-------------------------|------------------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|------|--------------|------|
| | | 2008 | 2009 | 2008 | 2009 | 2008 | 2009 | 2008 | 2009 |
| Территория | Вологда | 3,39 | 3,44 | 3,48 | 3,44 | 3,53 | 3,44 | 3,52 | 3,38 |
| | Череповец | 3,59 | 3,46 | 3,68 | 3,51 | 3,61 | 3,50 | 3,66 | 3,46 |
| | Районы | 3,48 | 3,42 | 3,46 | 3,45 | 3,36 | 3,45 | 3,43 | 3,42 |
| Пол | Мужчины | 3,40 | 3,36 | 3,46 | 3,42 | 3,41 | 3,42 | 3,43 | 3,35 |
| | Женщины | 3,57 | 3,51 | 3,59 | 3,50 | 3,53 | 3,50 | 3,59 | 3,50 |
| Возраст | До 35 лет | 3,51 | 3,45 | 3,52 | 3,49 | 3,50 | 3,50 | 3,55 | 3,45 |
| | Старше 35 лет | 3,46 | 3,41 | 3,52 | 3,43 | 3,44 | 3,41 | 3,47 | 3,39 |
| Образование | Ниже среднего и среднее | 3,28 | 3,32 | 3,37 | 3,41 | 3,27 | 3,33 | 3,32 | 3,28 |
| | Среднее специальное | 3,48 | 3,40 | 3,56 | 3,44 | 3,54 | 3,42 | 3,53 | 3,39 |
| | Высшее и н/высшее | 3,69 | 3,58 | 3,62 | 3,55 | 3,58 | 3,62 | 3,67 | 3,58 |

Заметим, что средние баллы в каждой социально-демографической группе превосходят середину шкалы, что свидетельствует о преобладании положительных оценок условий труда над отрицательными во всех группах. При этом согласно результатам мониторинга в настоящее время (в 2009 г.) «вполне удовлетворены» условиями своего труда только 15% работников Вологодской области, 36% – «скорее удовлетворены, чем нет», «скорее не удовлетворены» – 13%, «совершенно не удовлетворены» – 6%, «не могут сказать, удовлетворены или нет» – 30% (рисунок 15).



Рисунок 15 – Распределение ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы условиями труда, в которых Вы работаете?», %

Мотивация трудовой деятельности является весьма сложным для измерения объектом. В связи с практической невозможностью прямой оценки мотивации авторами предложена следующая методика, позволяющая косвенным образом оценить мотивы трудовой деятельности населения региона в рамках мониторинга трудового потенциала. Для косвенной оценки мотивации трудовой деятельности использовался блок утверждений вида «Ваша работа для Вас – это...», с каждым из которых респондент выражал свое согласие или несогласие на пятибалльной шкале: совершенно согласен – 5 баллов, согласен – 4, трудно сказать – 3, не согласен – 2, совершенно не согласен – 1. Т.е. при помощи шкалы Лайкерта непосредственному измерению подвергались установки работников. Предлагаемый для оценки перечень мотивов был сформирован в соответствии с иерархией потребностей по А. Маслоу⁵ и расширен согласно особенностям трудовой мотивации. Таким образом, трудовая деятельность рассматривалась с десяти мотивационных сторон, а именно: 1) как способ прокормить себя (семью), 2) чувствовать себя в безопасности, 3) заслужить любовь, 4) заслужить уважение, признание, 5) реализовать себя как личность, 6) достичь

⁵ Abraham H. Maslow. *Motivation and Personality* (2nd ed.) N.Y.: Harper & Row, 1970.

успеха, 7) заработать денег, 8) сделать карьеру, 9) получить моральное удовлетворение, 10) получить новые знания.

В результате применения описанной методики каждый мотив получал числовую оценку (от 1 до 5 баллов), что позволило ранжировать мотивы трудовой деятельности по степени проявления у работников региона. Как оказалось, основным мотивом трудовой деятельности населения является потребность прокормить семью. Наименее значимым является желание заслужить любовь (таблица 8).

Таблица 8

**Распределение населения в зависимости от мотивов трудовой деятельности,
в % от числа опрошенных**

| <i>Ваша работа для Вас – это, прежде всего, способ...</i> | Совершенно согласен | Согласен | Трудно сказать | Не согласен | Совершенно не согласен | <i>Средний балл</i> | Ранг |
|---|---------------------|----------|----------------|-------------|------------------------|---------------------|-----------|
| Прокормить себя (семью) | 45,0 | 38,1 | 12,7 | 2,7 | 1,5 | 4,22 | 1 |
| Заработать денег | 45,5 | 34,3 | 15,1 | 3,0 | 2,1 | 4,18 | 2 |
| Достичь успеха | 27,2 | 36,5 | 25,4 | 7,4 | 3,5 | 3,76 | 3 |
| Реализовать себя как личность | 24,3 | 37,2 | 28,1 | 6,9 | 3,5 | 3,72 | 4 |
| Получить моральное удовлетворение | 20,4 | 38,5 | 27,9 | 9,3 | 3,8 | 3,62 | 5 |
| Получить новые знания | 21,7 | 36,1 | 28,1 | 9,2 | 4,9 | 3,60 | 6 |
| Заслужить уважение, признание | 16,7 | 40,5 | 30,0 | 9,5 | 3,3 | 3,58 | 7 |
| Чувствовать себя в безопасности | 17,6 | 37,0 | 32,9 | 9,2 | 3,4 | 3,56 | 8 |
| Сделать карьеру | 21,9 | 31,7 | 30,7 | 10,5 | 5,2 | 3,55 | 9 |
| Заслужить любовь | 9,7 | 26,3 | 39,7 | 17,7 | 6,5 | 3,15 | 10 |

Оценка мотивов трудовой деятельности в различных социально-демографических группах показала, что потребность «прокормить семью» выходит на первый план практически во всех группах.

Факторный анализ мотивов трудовой деятельности позволил выделить 2 главные компоненты. В первую компоненту вошли все нематериальные мотивы, соответствующие вариантам ответа: «чувствовать себя в безопасности», «заслужить любовь», «заслужить уважение, признание», «реализовать себя как личность», «достичь успеха», «сделать карьеру», «получить моральное удовлетворение», «получить новые знания». Эта компонента объясняет 52% вариации исходных переменных, причем высокие значения компоненты (фактора) означают высокую нематериальную мотивацию. Таким образом, можно сказать, что

больше половины всех различий в мотивации трудовой деятельности определяются наличием либо отсутствием нематериальных мотивов.

Важную роль в создании мотивации к труду имеет размер заработной платы и понимание работником принципов ее формирования. В 2008 г. 16% работников «совершенно не устраивал» размер заработка, который они получали, еще 26% – скорее не устраивал, чем да, в итоге доля отрицательных ответов составила 42% (таблица 10). В 2009 г. удельный вес недовольных своей зарплатой увеличился до 54%, что может быть связано не только с кризисным «урезанием зарплат», которое согласно данным опроса затронуло 47% населения региона, но и с увеличением цен на потребительские товары и услуги (отметили 73% населения).

В настоящее время (2009 г.) 40% работников считают, что существующий размер заработной платы не побуждает их эффективно работать (варианты ответа «нет» и «скорее нет, чем да»; в 2008 г. – 36%; табл. 9).

Таблица 9

**Характеристика населением Вологодской области оплаты своего труда,
в % от числа опрошенных**

| <i>Устраивает ли Вас размер заработка, который Вы получаете?</i> | | | <i>Считаете ли Вы, что оплата Вашего труда справедлива по отношению к трудовому вкладу?</i> | | |
|--|------|------|---|------|------|
| Вариант ответа | 2008 | 2009 | Вариант ответа | 2008 | 2009 |
| Да, устраивает | 6,8 | 5,4 | Абсолютно справедлива | 4,4 | 5,1 |
| Скорее да, чем нет | 25,0 | 17,2 | Скорее да, чем нет | 25,2 | 17,3 |
| Не могу сказать | 26,2 | 23,4 | Не знаю | 37,0 | 30,2 |
| Скорее нет, чем да | 26,0 | 30,6 | Скорее нет, чем да | 20,5 | 28,6 |
| Совершенно не устраивает | 15,9 | 23,3 | Совершенно нет | 12,9 | 18,9 |
| <i>Считаете ли Вы, что существующий размер оплаты труда побуждает Вас эффективно работать?</i> | | | <i>Если Вы будете работать лучше, увеличится ли Ваш заработок?</i> | | |
| Вариант ответа | 2008 | 2009 | Вариант ответа | 2008 | 2009 |
| Да | 9,2 | 13,4 | Да, увеличится | 8,9 | 9,0 |
| Скорее да, чем нет | 18,6 | 16,3 | Скорее да, чем нет | 14,8 | 13,7 |
| Затрудняюсь ответить | 36,4 | 30,7 | Затрудняюсь ответить | 35,5 | 28,8 |
| Скорее нет, чем да | 14,2 | 17,7 | Скорее нет, чем да | 14,1 | 18,2 |
| Нет | 21,5 | 21,9 | Нет | 26,7 | 30,3 |

Это может объясняться тем фактом, что 48% работников региона считают оплату своего труда несправедливой по отношению к трудовому вкладу (в 2008 г. – 33%), а 49% отмечают, что даже если они будут работать лучше, их заработная плата не увеличится (в 2008 г. – 41%).

Иными словами, почти половина работников не видит смысла трудиться больше, лучше и эффективнее, поскольку их заработок при этом останется прежним.

Создание стимулов к труду требует пристального внимания не только на отдельном предприятии, но и на уровне государственного управления трудовой сферой, поскольку мотивация совместно с условиями работы играет важную роль в формировании результативности трудовой деятельности населения.

Необходимость измерения степени применения населением своих качеств и умений в работе объясняется тем обстоятельством, что даже у работников с высоким трудовым потенциалом и отличными условиями труда результативность трудовой деятельности может быть низкой, поскольку они практически не применяют свои качества и умения.

Для оценки степени применения населением своих качеств и умений в конкретной трудовой деятельности в рамках мониторинга трудового потенциала, проводимого ИСЭРТ РАН в 2009 г., авторами разработана специальная методика, основанная на блоке вопросов вида «Насколько сильно Вы «выкладываетесь» на работе? В какой мере используете свои качества и умения?». Предложена следующая четырехбалльная шкала: использую в полной мере (на пределе своих возможностей) – 4 балла, более-менее полно (могу использовать больше) – 3, частично (мало) – 2, очень мало (по минимуму) – 1.

В дальнейшем путем деления фактического числа баллов на максимально возможное полученные баллы переводились в индексы, условно названные индексами степени использования трудового потенциала и соответствующие восьми базовым индексам качества трудового потенциала.

Значения индексов показывают, что больше всего населением Вологодской области используются физические возможности и коммуникабельность. Наименее полно по оценкам населения применяются творческие способности (изобретательность, умение решать неизвестные ранее задачи и т.д.), стремление к повышению по службе, проявление инициативы и предприимчивости (табл. 10).

Распределение оценок населением степени использования на работе своих качеств и умений, %

| Качество | Использую | | | | Индекс степени использования трудового потенциала |
|---|---------------|-------------------|----------|------------|---|
| | В полной мере | Более-менее полно | Частично | Очень мало | |
| Физические возможности и здоровье | 35,8 | 45,7 | 14,9 | 3,6 | 0,784 |
| Психологическая устойчивость | 27,9 | 51 | 17,7 | 3,4 | 0,759 |
| Знания, эрудиция, квалификация | 30,2 | 48,9 | 16,6 | 4,3 | 0,763 |
| Творческие способности (изобретательность, умение решать неизвестные Вам ранее задачи и т.д.) | 21,1 | 41,6 | 26,5 | 10,7 | 0,682 |
| Общительность, умение ладить с людьми | 34,9 | 46,4 | 14,9 | 3,8 | 0,781 |
| Общая культура (воспитанность, вежливость, сдержанность и т.д.) | 31,9 | 46,5 | 16,5 | 5,1 | 0,763 |
| Морально-нравственные качества (честность, правдивость, чувство долга, порядочность, обязательность и т.д.) | 31,4 | 47,0 | 17,2 | 4,5 | 0,764 |
| Стремление к повышению по службе, проявление инициативы и предприимчивости | 22,7 | 42,5 | 22,6 | 12,2 | 0,689 |

Причины различной степени использования населением тех или иных качеств в трудовой деятельности скрыты в структуре экономики региона, составе рабочих мест, условиях труда, психологических особенностях работников, их мотивации и других факторах, требующих дополнительного подробного изучения.

При этом население Вологодской области в целом высоко оценивает производительность своего труда (рис. 16). К примеру, в 2009 г. 17% работников

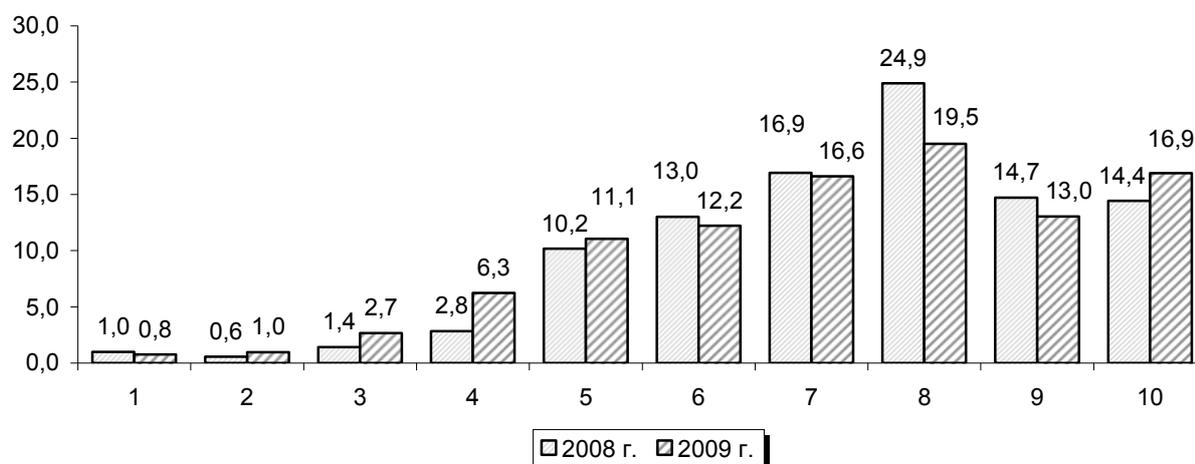


Рисунок 16 – Распределение оценок населением производительности своего труда по 10-балльной шкале (в % от числа опрошенных)

региона, оценивая свою производительность по десятибалльной шкале, посчитали ее максимально возможной. Однако по сравнению с 2008 г. в кризисных условиях общая самооценка производительности труда снизилась.

Оценка производительности труда в основных социально-демографических группах также существенно превышает середину шкалы, что говорит о значительном преобладании высоких баллов над низкими (табл. 11).

Таблица 11

**Оценка производительности своего труда
различными социально-демографическими группами населения, средний балл**

| Критерий | Группа | Производительность труда (по 10-балльной шкале) | | Удовлетворенность производительностью труда (по 5-балльной шкале) | |
|-------------|-------------------------|--|------|--|------|
| | | 2008 | 2009 | 2008 | 2009 |
| Территория | Вологда | 7,80 | 7,44 | 3,77 | 3,71 |
| | Череповец | 7,79 | 7,55 | 3,84 | 3,82 |
| | Районы | 7,03 | 6,96 | 3,63 | 3,45 |
| Пол | Мужчины | 7,41 | 7,27 | 3,70 | 3,60 |
| | Женщины | 7,42 | 7,19 | 3,74 | 3,62 |
| Возраст | До 35 лет | 7,28 | 7,11 | 3,64 | 3,57 |
| | Старше 35 лет | 7,54 | 7,36 | 3,80 | 3,64 |
| Образование | Ниже среднего и среднее | 7,10 | 6,92 | 3,50 | 3,53 |
| | Среднее специальное | 7,38 | 7,25 | 3,83 | 3,57 |
| | Высшее и н/высшее | 7,75 | 7,52 | 3,82 | 3,73 |

В настоящее время наиболее высокого мнения о производительности своего труда, следующие группы населения: по территории – жители города Череповца, по полу – мужчины, по возрасту – лица старше 35 лет, по уровню образования – лица с высшим и незаконченным высшим профессиональным образованием. Эти же группы, за исключением мужчин, отличаются самой высокой удовлетворенностью производительностью своего труда.

Заметим, что использование самооценки производительности труда в качестве единственного показателя результативности трудовой деятельности нерационально в силу большой субъективности таких оценок и значительного искажения реальных результатов в зависимости от психологических особенностей индивида.

Результативность трудовой деятельности служит мерой эффективности труда, характеризуется достижением ожидаемого результата труда, цели трудовой деятельности или степенью приближения к ней и определяется с помощью показателей, отражающих достигнутый конечный результат труда⁶. При этом

⁶ Экономика и социология труда / Под ред. А.Я. Кибанова. – М.: ИНФРА-М, 2007.

выбор конкретного показателя зависит от масштабов объекта исследования и преследуемых целей.

В рамках мониторинга трудового потенциала населения Вологодской области для анализа результативности трудовой деятельности использовались следующие показатели:

- степень применения населением своих качеств и умений в работе;
- самооценка производительности труда;
- выполнение/невыполнение/перевыполнение норм выработки;
- срывы в работе;
- опоздания, прогулы и др.

Поскольку для анализа реализации трудового потенциала нужен показатель, характеризующий результативность, а не ее восприятие работником (как самооценка производительности труда), для этой цели возможно использование системы вопросов вида: «Что из перечисленного ниже характеризует Вашу трудовую (учебную) деятельность?».

Таблица 12

**Распределение ответов на вопрос:
«Что из перечисленного ниже характеризует Вашу трудовую (учебную) деятельность?»**

| Вариант ответа | Часто бывает | | Иногда бывает | | Совсем не бывает | |
|---|--------------|------|---------------|------|------------------|------|
| | 2008 | 2009 | 2008 | 2009 | 2008 | 2009 |
| Невыполнение норм выработки (нормированных заданий) – делаю меньше, чем от меня требуют | 11,1 | 8,2 | 39,3 | 39,8 | 49,6 | 52,0 |
| Выполнение норм выработки (нормированных заданий) на 100% – делаю ровно столько, сколько от меня требуют | 43,6 | 43,0 | 46,2 | 41,1 | 10,3 | 15,9 |
| Перевыполнение норм выработки (нормированных заданий) более чем на 100% – делаю больше, чем от меня требуют | 24,0 | 25,7 | 54,4 | 50,7 | 21,6 | 23,6 |
| Опоздания, прогулы, уход с работы раньше времени | 3,8 | 3,2 | 40,2 | 34,7 | 56,0 | 62,1 |
| Сдача работы с первого предъявления с высоким качеством (оценкой), без замечаний | 34,2 | 37,9 | 47,9 | 43,2 | 17,9 | 18,8 |
| Срывы в работе: по Вашей вине случались аварии, простаивало оборудование, допускались ошибки в документации, управленческие и т. д. | 4,7 | 5,0 | 36,2 | 28,8 | 59,1 | 66,1 |
| Подача рационализаторских предложений, предложений по улучшению работы в цехе, отделе (классе) и т. д. | 12,4 | 12,6 | 51,0 | 48,2 | 36,7 | 39,2 |

Согласно данным мониторинга в 2008 – 2009 гг. выполнение нормированных заданий было характерно для 43-44% работников (вариант ответа «часто бывает»; таблица 12), 24-26% часто перевыполняли нормы выработки и делали больше, чем требуется, сдача работы с первого предъявления с высоким каче-

ством была свойственна 34-38%, 12-13% часто подавали рационализаторские предложения для улучшения работы. В то же время невыполнение нормированных заданий случалось у половины работников (48-50%), опоздания и прогулы – у 39-43%, срывы в работе – у 34-41%.

С целью формирования интегрального показателя результативности трудовой деятельности был проведен факторный анализ, который выявил две главные компоненты. В первую вошли переменные, характеризующие наличие либо отсутствие «хорошего»: выполнения и перевыполнения норм выработки, сдачи работы с первого предъявления с высоким качеством, подачи рационализаторских предложений. Полученная компонента объясняет 31% вариации исходных признаков.

Вторая компонента вобрала в себя переменные, характеризующие наличие либо отсутствие «плохого»: невыполнения нормированных заданий, опозданий, прогулов, ухода с работы раньше времени, срывов в работе. На эту компоненту приходится 28% вариации.

Таким образом, различия в результативности труда на 59% объясняются двумя выделенными компонентами. Причем структура первой главной компоненты дает основания считать ее интегральным показателем результативности трудовой деятельности.

Интегральный показатель результативности трудовой деятельности позволил разбить всех работников региона на группы по результативности труда. В свете изучения реализации трудового потенциала интерес представляют 2 группы: 1) группа работников с результативностью выше средней и 2) группа работников с результативностью ниже средней. Характеристика этих групп подробно представлена в таблице 13.

Как свидетельствуют данные мониторинга, работники с высокой результативностью труда отличаются более развитыми качествами трудового потенциала (за исключением физического здоровья), большей степенью его использования, более хорошими условиями труда и более высокой материальной и нематериальной мотивацией. Соответственно низкая результативность трудовой деятельности объясняется следующими основными причинами:

- 1) невысоким качеством трудового потенциала;
- 2) малой степенью использования трудового потенциала;
- 3) плохими условиями труда;
- 4) невысокой мотивацией.

Характеристика групп работников с высокой и низкой результативностью труда

| Характеристика | | Результативность трудовой деятельности | |
|---|---------------------------------------|--|--------------|
| | | Выше средней | Ниже средней |
| Численность группы, в % от общей численности | | 48,0 | 52,0 |
| Качество трудового потенциала, индекс | Физическое здоровье | 0,726 | 0,728 |
| | Психическое здоровье | 0,770 | 0,717 |
| | Когнитивный потенциал | 0,651 | 0,582 |
| | Творческие способности | 0,597 | 0,551 |
| | Коммуникабельность | 0,768 | 0,706 |
| | Культурный уровень | 0,713 | 0,649 |
| | Нравственный уровень | 0,794 | 0,726 |
| | Потребность в достижении | 0,663 | 0,632 |
| Степень использования трудового потенциала, индекс | Физическое здоровье | 0,818 | 0,750 |
| | Психическое здоровье | 0,805 | 0,716 |
| | Когнитивный потенциал | 0,813 | 0,717 |
| | Творческие способности | 0,726 | 0,651 |
| | Коммуникабельность | 0,842 | 0,728 |
| | Культурный уровень | 0,827 | 0,708 |
| | Нравственный уровень | 0,822 | 0,710 |
| | Потребность в достижении | 0,734 | 0,657 |
| Условия труда, средний балл (по 5-тибалльной шкале) | Санитарно-гиг. обстановка | 3,49 | 3,38 |
| | Психологическая обстановка | 3,48 | 3,45 |
| | Техническая оснащенность | 3,57 | 3,37 |
| | Безопасность | 3,48 | 3,38 |
| Мотивация, доля работников | Материальная мотивация выше средней | 54,6 | 45,4 |
| | Нематериальная мотивация выше средней | 62,0 | 38,0 |

Перечисленные причины обосновывают соответствующие возможности повышения результативности труда в регионе: развитие качества трудового потенциала, повышение степени его использования путем улучшения условий труда и совершенствования системы мотивации.

Предоставление населению возможности трудиться с высокой результативностью важна не только для экономического развития региона, но и для предупреждения социальной напряженности, поскольку как показывает корреляционный анализ, удовлетворенность работой тесно связана с удовлетворенностью жизнью в целом ($r=0,665$; табл. 14). При этом в 2009 г. среди трудящихся с высокой результативностью удовлетворены своей работой были 60%, в то время как в группе с низкой результативностью – только 40%.

**Матрица коэффициентов парной корреляции основных показателей
удовлетворенности населения Вологодской области своей трудовой деятельностью 2009 г.)**

| | Удовлетворенность жизнью в целом | Удовлетворенность работой | Удовлетворенность условиями труда | Удовлетворенность заработной платой |
|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Удовлетворенность жизнью в целом | 1 | 0,665 | 0,429 | 0,287 |
| Удовлетворенность работой | 0,665 | 1 | 0,508 | 0,331 |
| Удовлетворенность условиями труда | 0,429 | 0,508 | 1 | 0,283 |
| Удовлетворенность заработной платой | 0,287 | 0,331 | 0,283 | 1 |

Примечание: корреляция значима при уровне 0,01.

Кроме того, удовлетворенность работой имеет прямую связь не только с удовлетворенностью жизнью в целом, но также с условиями труда ($r=0,508$) и удовлетворенностью заработной платой ($r=0,331$). То есть, чем больше работник удовлетворен условиями труда и зарплатой, тем больше он удовлетворен работой и жизнью в целом, и наоборот.

Примечательно, что в кризис обнаруженные взаимосвязи усилились. На наш взгляд, этот факт свидетельствует о том, что в кризисных условиях работа приобретает большую значимость в жизни людей, поскольку выступает в качестве средства социальной защиты для каждого человека и его семьи.

Также для оценки взаимосвязей результативности трудовой деятельности с качеством трудового потенциала было проведено математическое моделирование процесса реализации трудового потенциала и разработана специальная методика. При этом рассматривалась следующая цепочка вопросов: Насколько сильно развито то или иное качество у работника? → Насколько работник реализует это качество? → Какие при этом он получает результаты? Перечисленные вопросы определили этапы исследования реализации трудового потенциала населения региона:

Этап 1. Оценка качества трудового потенциала;

Этап 2. Оценка степени использования качеств в трудовой деятельности;

Этап 3. Оценка результативности трудовой деятельности;

Этап 4. Корреляционно-регрессионный анализ.

Результатом осуществления разработанной методики стало уравнение регрессии – математическая модель реализации трудового потенциала:

$$P = -0,001 + 0,444 \cdot (0,131 \cdot Q_1 \cdot U_1 + 0,148 \cdot Q_2 \cdot U_2 + 0,188 \cdot Q_3 \cdot U_3 + 0,167 \cdot Q_4 \cdot U_4 + 0,194 \cdot Q_5 \cdot U_5 + 0,194 \cdot Q_6 \cdot U_6 + 0,190 \cdot Q_7 \cdot U_7 + 0,159 \cdot Q_8 \cdot U_8) + \varepsilon,$$

где P (от англ. Productivity – продуктивность, результативность) – интегральный показатель результативности трудовой деятельности,

$Q_1, Q_2, Q_3, Q_4, Q_5, Q_6, Q_7, Q_8$ (от англ. Quality – качество) – индексы качества трудового потенциала, соответствующие восьми базовым характеристикам: физическое здоровье, психическое здоровье, когнитивный потенциал, творческий потенциал, коммуникабельность, культурный уровень, нравственный уровень, потребность в достижении,

$U_1, U_2, U_3, U_4, U_5, U_6, U_7, U_8$ (от англ. Use – использование) – соответствующие индексы степени использования трудового потенциала,

ε – случайная ошибка, учитывающая все остальные факторы, влияющие на результативность труда.

Первичный анализ построенной регрессионной модели, в частности, анализ коэффициентов перед переменными, позволил сделать вывод о том, что наибольший вклад в результативность трудовой деятельности достигается за счет более полного использования таких качеств, как: коммуникабельность и культурный уровень (наиболее востребованные качества в активно развивающейся сфере услуг; коэффициенты перед этими переменными являются наибольшими), наименьший отклик в результативности присущ физическому здоровью.

Дальнейший анализ построенной функциональной модели позволит оценить потери в результативности труда на различных этапах реализации трудового потенциала, выяснить какой этап в цепочке перехода качества трудового потенциала в результативность трудовой деятельности является слабым звеном и характеризуется наибольшими потерями.

10. Научные публикации по теме исследования

Результаты проделанной научной работы подробно представлены в публикациях и диссертационных исследованиях, среди которых:

Монографии:

Качество трудового потенциала населения Вологодской области / В.А. Ильин, Н.А. Смирнова, Я.Б. Тимофеева. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 1998. – 76 с.

Трудовой потенциал региона: состояние и развитие / В.А. Ильин, К.А. Гулин, Г.В. Леонидова, В.В. Давыдова.– Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2004.– 107 с.

Трудовой потенциал региона / К.А. Гулин, А.А. Шабунова, Е.А. Чекмарева. – Вологда, 2009. – 84 с.

Учебные пособия:

Шабунова А.А., Чекмарева Е.А. Трудовой потенциал региона: учеб. пособие. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 107 с.

Статьи в журналах ВАК:

Здоровье населения – важнейшая составляющая трудового потенциала региона / Г.В. Леонидова / Народонаселение.– 2000.– № 4.

Опыт оценки качества трудового потенциала на региональном уровне / Г.В. Леонидова, Е.А. Чекмарева // Человек и труд. – №12/2009. – С. 30 – 33.

Шабунова А.А., Леонидова Г.В, Чекмарева Е.А. Проблемы качества кадров местного самоуправления // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – №9. – С. 81 – 91.

Диссертации:

Леонидова Г.В. Качество трудового потенциала (на примере Вологодской области) / дисс. к. э. н. – Москва, 2004.

11. Перспективы исследования

В рамках развития тематического направления «Трудовой потенциал региона» планируется провести исследование по теме «Реализация трудового потенциала региона: механизмы и стратегии поведения населения» (начало – 2010 г.).

Научная новизна предлагаемого исследования состоит в оценке механизмов реализации трудового потенциала региона в трудовой деятельности населения, выявлении стратегий трудового поведения населения.

Результаты НИР могут быть использованы в работе региональных органов власти и управления при формировании и оценке эффективности политики, направленной на повышение реализации трудового потенциала региона и рост производительности труда.

ГУЛИН КОНСТАНТИН АНАТОЛЬЕВИЧ,
заместитель директора к.и.н.

**РАЗВИТИЕ ИНСТИТУТОВ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА
В РЕГИОНЕ**

Научно-информационный доклад
на заседании Ученого совета
15 июня 2010 г.

Вологда
2010

1. Постановка проблемы

Демократические принципы управления государством требуют открытости власти и создания для граждан таких условий, посредством которых они могут влиять на результаты деятельности органов власти всех уровней. Оптимальная стратегия государства в современных условиях заключается в том, что оно не подминает под себя общество, а все более тесно кооперируется с ним, делегируя ему все большую часть своих полномочий. Формирование систем обратной связи между обществом и властью призвано обеспечить гражданское общество, условие становления которого – развитие институциональной системы, обеспечивающей различные формы участия граждан в управлении (на национальном, региональном и локальном уровнях).

Тесное сотрудничество государственных органов с партиями, профсоюзами, ассоциациями предпринимателей, другими общественными организациями позволяет консолидировать общество, активизировать творческие силы граждан как на самом низовом, так и на массовом уровне, адекватно подходить к решению социальных проблем, эффективно контролировать действия бюрократического аппарата и бороться с коррупцией. В силу этого гражданское общество выполняет широкий ряд социально-значимых функций (*приложение, табл. 1.1*). Чем богаче и крепче внутренние связи общества, чем выше степень его экономической и социальной консолидации и чем полнее реализуются его внутренние ресурсы, тем успешнее оно способно использовать преимущества интеграционных связей и адаптироваться к условиям глобального рынка.

В первом десятилетии нового века внимание российской власти к проблеме гражданского общества заметно усилилось. На смену либеральным декларациям 1990-х гг., провозглашавшим неограниченную свободу и главенство принципов частной собственности в противовес принципам социальной ответственности и справедливости, пришли попытки государственного влияния на процессы самоорганизации общества. Гражданское общество стало рассматриваться как один из механизмов преодоления стоящих перед страной трудностей, активизации человеческого фактора, сплочения и мобилизации граждан. Это выразилось, в частности, в таких знаковых мероприятиях, как: проведение Гражданского форума (ноябрь 2001 г.), создание Совета при Президенте РФ по

содействию развитию институтов гражданского общества и правам человека (ноябрь 2004 г.)¹, создание Общественной палаты РФ (апрель 2005 г.)².

Тема гражданского общества нашла отражение и в основополагающих документах федерального уровня. Наиболее четко и широко она была отражена в Послании Президента РФ Федеральному Собранию в мае 2004 г., в котором было отмечено, что «без зрелого гражданского общества невозможно эффективное решение насущных проблем людей». Дав критическую оценку современному общественному устройству и политической системе России, глава государства выделил достижение «зрелой демократии и развитого гражданского общества» в качестве одной из ключевых целей развития страны³. Три года спустя *В.В. Путин* в Послании от 26 апреля 2007 г. подтвердил, что формирование дееспособного гражданского общества является одной из важнейших стратегических задач страны, и подчеркнул, что «в условиях демократии невозможно представить себе политический процесс без участия неправительственных объединений, без учета их мнений и позиций»⁴.

Президент РФ Д. Медведев в выступлении на церемонии вступления в должность 7 мая 2008 г. заявил: «...считаю своей важнейшей задачей дальнейшее развитие гражданских и экономических свобод, создание новых, самых широких возможностей для самореализации граждан – граждан, свободных и ответственных как за свой личный успех, так и за процветание всей страны. Особое внимание придаю фундаментальной роли права, на котором основывается и наше государство, и наше гражданское общество. Мы обязаны добиться истинного уважения к закону, преодолеть правовой нигилизм, который серьезно мешает современному развитию. Названные <...> задачи требуют каждодневного взаимодействия со всеми ответственными политическими силами, с институтами гражданского общества, с партиями, с регионами России»⁵. На важность значения гражданского общества в процессе модернизации страны указано и в Послании Президента РФ Федеральному Собранию в ноябре 2009 г. «Задачей государства считаю создание условий для развития гражданского об-

¹ Создан путем преобразования Комиссии по правам человека при Президенте РФ (Указ Президента Российской Федерации от 6 ноября 2004 г. №1417).

² Согласно Федеральному закону РФ «Об общественной палате Российской Федерации» от 4 апреля 2005 г. №32.

³ Послание Президента РФ Федеральному Собранию РФ от 26 мая 2004 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.kremlin.ru/appears/2004/05/26/2003_type63372_type63374_71501.shtml

⁴ Послание Президента РФ Федеральному Собранию РФ 26 апреля 2007 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.kremlin.ru/appears/2007/04/26/1156_type63372type63374type82634_125339.shtml

⁵ Выступление на церемонии вступления в должность Президента России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.kremlin.ru/appears/2008/05/07/1235_type63374type82634type122346_200262.shtml

щества. Люди, равнодушные к тому, что происходит вокруг, должны иметь все возможности для реализации своих благородных устремлений... Перемены к лучшему происходят лишь там, где есть возможность для открытого обсуждения возникающих проблем, для честного соревнования идей, определяющих методы их решения, где граждане ценят общественную стабильность и уважают закон. И в то же время могут брать на себя ответственность за положение дел в своём посёлке или городе, понимают, что только активная позиция приводит в движение тяжёлую машину государственной бюрократии»⁶.

Понимание представителями государственной власти важности формирования гражданского общества для будущего страны имеет существенное значение. Движение в данном направлении само по себе развивает инициативность людей, повышает уровень их свободы, самостоятельности и независимости, формирует новые демократические институты, ослабляет антагонизмы, гуманизирует различные аспекты общественной жизни. Поэтому гражданское общество выступает главной движущей силой модернизации. Однако его специфика такова, что оно не может полноценно функционировать вне определенной системы ценностей, исторически выработанных и принятых самим социумом, а не «спущенных сверху». Особенно важным является региональный аспект проблемы

2. Методологические аспекты проблемы

В развитии научных и общественно-политических взглядов на гражданское общество можно выделить три основных этапа:

Первый этап: гражданское общество вне государства (конец XVII в. – середина XIX в.). В этот период понятие «гражданского общества» относилось к совокупности самых разнообразных отношений и институтов, общим отличительным признаком которых является нахождение вне государства. Это совокупность межличностных отношений и развивающихся вне рамок государства и без его вмешательства взаимодействий – семейных, групповых, общественных, экономических, культурных, религиозных и т.п. Сюда же относился и капиталистический рынок с его институтами, различные конфессии, частные и публичные ассоциации и организации, все формы кооперативных социальных отношений, общественное мнение, правовые отношения и институты, а также политические партии.

⁶ <http://www.kremlin.ru/transcripts/5979>

Второй этап: гражданское общество как капитализм (середина XIX в. – вторая треть XX в.). Если на предыдущем этапе рыночные отношения и структуры рассматривались как интегральная часть гражданского общества, то в этот период капитализм «занял собой все». Само гражданское общество стало ассоциироваться с рыночным капитализмом как таковым.

Третий этап: выделение особой сферы гражданского общества (последние десятилетия XX в. – по настоящее время). В современной науке и практике гражданское общество чаще всего определяется как совокупность формальных и неформальных организаций и правил (институтов), которая соединяет индивида или семью (домохозяйство) с государством (властью) и бизнесом (частным сектором экономики). В качестве отличительной черты данных организаций рассматривается их неприбыльный (некоммерческий) характер и добровольность участия в них граждан⁷.

В принципиальном плане можно согласиться с такой трактовкой содержания гражданского общества. Однако использование указанных критериев в чистом виде, на наш взгляд, сужает проблематику формирования гражданского общества в России. Объективная причина этого заключается в том, что, в отличие от многих стран Европы и США, Россия не имеет глубоко укоренившихся традиций представительной демократии и развитого гражданского общества.

Проблематика гражданского общества чрезвычайно широка, данная категория находится в поле зрения различных наук. В рамках настоящей работы не ставилось задачи осветить философские, политологические, исторические или культурологические аспекты проблемы. В центре внимания находятся вопросы институциональной динамики гражданского общества (в том числе в регионе); причины, препятствующие развитию институтов гражданского общества; факторы и механизмы, способствующие развитию соответствующих институтов и их роли в социальной жизни.

Информационной основой анализа развития институтов гражданского общества послужили данные Федеральной службы государственной статистики и ее территориальных органов» Министерства юстиции РФ и его территориальных управлений в субъектах РФ; Государственной корпорации – Фонд содействия реформированию жилищно-коммунального хозяйства; результаты социоло-

⁷ См., например: Аузан А., Тамбовцев В. Экономическое значение гражданского общества // Вопросы экономики. – 2005. – №5. – С. 29.

гических измерений ИСЭРТ РАН и других специализированных организаций; зарубежные источники.

3. Некоммерческий сектор как сегмент гражданского общества

В настоящее время к некоммерческому сектору гражданского общества относятся организации (объединения), имеющие различную направленность. К их числу относятся политические партии, профессиональные союзы, организации социальной помощи и взаимопомощи, экологические и правозащитные, женские и молодежные движения, научные, культурные и этнические сообщества, исследовательские и просветительские центры, профессиональные и предпринимательские объединения, клубы по интересам, благотворительные институты и ресурсные центры, а также религиозные объединения.

В число организаций, которые официальная статистика относит к некоммерческим, включены все юридические лица, не преследующие получение прибыли в качестве основной цели своей деятельности (по определению Гражданского кодекса РФ). Значительная доля таких организаций не может быть отнесена к сегменту институтов гражданского общества, так как они созданы органами государственной и муниципальной власти, или учреждены в форме потребительских кооперативов.

По данным управления Федеральной налоговой службы по Вологодской области в Единый государственный реестр юридических лиц, регистрация которых возложена на эту службу, внесено 2172 некоммерческие организации, или 5,6% от общего количества организаций-налогоплательщиков области. Это садоводческие товарищества, товарищества собственников жилья, жилищно-строительные кооперативы, гаражно-строительные кооперативы, потребительские кооперативы. Информацией об эффективности деятельности данных организаций налоговая служба не располагает в связи с тем, что в установленной отчетности по указанной категории некоммерческих организаций отдельный учет показателей не осуществляется.

Управление Министерства юстиции РФ по Вологодской области осуществляет регистрацию и учет определенного сегмента общественных объединений и иных некоммерческих организаций в своем ведомственном реестре. Указанные организации по критериям, принятым ООН, в основном могут быть отнесены к некоммерческому сектору гражданского общества.

Количество собственно общественных объединений, которые создаются только по инициативе граждан, имеет устойчивую тенденцию к сокращению.

Если в 2007 г. было зарегистрировано 1209 общественных объединений всех организационно-правовых форм, то в 2009 г. осталось лишь 960 таких объединений (*приложение, табл. 1.2.*). Виды деятельности таких организаций представлены в *приложении (табл. 2)*.

Согласно статистическим данным, количество общественных организаций в Вологодской области за период с 2000 по 2008 гг. снизилось с 1986 до 1387 ед., или в 1,4 раза. В этот же период снизилась и численность занятых в таких организациях: с 5,1 до 2,6 тысяч человек, или в 2 раза (*табл. 1*). Аналогичные изменения происходили и в целом по России и СЗФО (*приложение, табл. 3*). Доля работников общественных организаций в среднегодовой численности занятых в экономике России составляла в 2008 г. 0,5%, а в Вологодской области – 0,4%.

Таблица 1

Некоторые характеристики развития общественных организаций (объединений) в Вологодской области, Северо-Западном федеральном округе и Российской Федерации

| Показатель | Территория | 1995 г. | 2000 г. | 2005 г. | 2008 г. |
|---|---------------------|---------|---------|---------|---------|
| Количество общественных организаций (объединений), единиц | Вологодская область | 1005 | 1986 | 2192 | 1387 |
| | СЗФО | 15402 | 26662 | 30275 | 24604 |
| | РФ | 155547 | 222957 | 252515 | 197398 |
| Количество общественных организаций (объединений) в расчете на 1000 чел. населения | Вологодская область | 0,8 | 1,5 | 1,8 | 1,0 |
| | СЗФО | 1,0 | 1,9 | 2,2 | 1,7 |
| | РФ | 1,0 | 1,5 | 1,8 | 1,3 |
| Среднегодовая численность занятых в общественных организациях (объединениях), тыс. чел. | Вологодская область | 6,1 | 5,1 | 2,8 | 2,6 |
| | СЗФО | 58,3 | 48,5 | 45,3 | 42,3 |
| | РФ | 474,1 | 526,0 | 381,6 | 357,5 |
| То же, в % от общего количества занятых в экономике | Вологодская область | 1,0 | 0,8 | 0,5 | 0,4 |
| | СЗФО | 0,9 | 0,7 | 0,7 | 0,6 |
| | РФ | 0,7 | 0,8 | 0,6 | 0,5 |

Источники: Регионы России / Росстат. – М., 1998. – С. 77; Регионы России. – М., 2000. – С. 319; Регионы России. – М., 2001. – С. 330; Регионы России. – М., 2006. – С. 390. Регионы России. – М., 2007. – С. 115, 386.

Актуальным является вопрос о числе реально действующих НКО. Ряд организаций существует только на бумаге, не ведет по тем или иным причинам деятельность, предусмотренную уставами. В результате искажается представление о потенциале некоммерческого сектора, его ресурсах и способности решать социально значимые задачи.

Конкретная оценка реально действующих НКО возможна при осуществлении специальных социологических исследований, проводимых опросными методами. По материалам опроса, проведенного Институтом социально-экономического развития территорий РАН (ИСЭРТ РАН) в 2008 г., примерно каждый десятый житель СЗФО (11%) знает о существовании каких-либо некоммерческих (общественных) организаций в своем регионе или лично с ними сталкивался. Кроме того, значительная часть населения (34%), хотя и не соприкасалась напрямую, но «что-то слышала» о подобных организациях. Членами

такой организации, по данным опроса, являются 8% из тех, кто знает или слышал о них, еще 11% «принимают участие в ее работе». Большинство предсказуемо отметило позицию «не участвую и не состою».

В зарубежных странах уровень вовлеченности населения в деятельность общественных организаций (nonprofit sector) – существенно выше. Доля штатных сотрудников таких организаций, как правило, составляет не менее 2,5-3% от численности экономически активного населения. Если учитывать еще и такое явление, как участие волонтеров, то можно отметить, что, например, в таких странах, как Великобритания, США, Канада, Бельгия, Голландия, доля экономически активного населения, занятого в общественных организациях, превышает 10% (табл.2).

Таблица 2

Доля занятых в общественных организациях в некоторых странах мира
(в % от численности экономически активного населения)

| Страна | Штатные сотрудники | Волонтеры | Всего |
|------------------------------------|--------------------|-----------|-------|
| Бельгия (1995) | 8,6 | 2,4 | 11,0 |
| Великобритания (1995) | 5,0 | 5,6 | 10,6 |
| Германия (1995) | 3,6 | 3,0 | 6,6 |
| Голландия (1995) | 9,3 | 5,8 | 15,1 |
| Италия (1999) | 2,3 | 1,7 | 4,0 |
| Канада (2003) | 8,9 | 3,2 | 12,1 |
| Норвегия (1997) | 3,0 | 5,1 | 8,1 |
| США (1995) | 6,3 | 5,2 | 11,5 |
| Финляндия (1995) | 2,5 | 2,9 | 5,4 |
| Франция (1995) | 3,8 | 4,2 | 8,0 |
| Япония (1995) | 3,4 | 1,3 | 4,7 |
| <i>Российская Федерация (2008)</i> | <i>0,5</i> | | |

Источник: The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project. Center for Civil Society Studies at the Johns Hopkins Institute for Policy Studies. <http://www.ccss.jhu.edu/>

Общественные организации в развитых странах мира представляет собой довольно существенную силу, выполняющую ряд социально-значимых функций (приложение, табл. 1.1). Кроме того, они обеспечивают содействие занятости населения, что немаловажно для решения проблем безработицы, особенно в условиях неэффективной занятости, характерной для российской экономики.

4. Институты гражданского общества в поселенческой сфере

Наиболее прочные исторические традиции в качестве своеобразного института гражданского общества имеет институт местного самоуправления, Местное самоуправление – одна из форм реализации народом принадлежащей ей власти. Местное самоуправление – децентрализованная форма управления,

предполагающая известную самостоятельность, автономность местных органов, которые выступают органами местных самоуправляющихся территориальных сообществ. Общественная теория самоуправления исходит из принципов признания свободы осуществления своих полномочий местными сообществами и союзами.

В современной России развитие института местного самоуправления связано с реализацией Закона СССР «Об общих началах местного самоуправления и местного хозяйства» (1990), Закон РСФСР «О местном самоуправлении» (1991). Новый импульс данный процесс получил в связи с принятием в 2003 г. Федерального закона «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

В результате муниципальной реформы 2003 г. количество муниципальных образований в стране увеличилось с 12 до 29 тысяч⁸. В Вологодской области по состоянию на 1 января 2010 г. действовало 302 муниципальных образования, в том числе 26 муниципальных районов, 2 городских округа, 22 городских поселения, 252 сельских поселений.

Проблемами с точки зрения эффективного функционирования местного самоуправления в качестве базового института местного самоуправления являются следующие:

1. В России местное самоуправление является в реальности одной из форм организации местного государственного управления (принцип государственной теории самоуправления). Следовательно, местное самоуправление относится к институтам публичной власти, а не гражданского общества. Вместе с тем отрицается государственно-правовой характер местного самоуправления.

2. Низкий уровень экономической самостоятельности местного самоуправления, обусловленный слабостью местных экономик, а также устойчивыми и углубляющимися диспропорциями в системе межбюджетных отношений.

3. Низкий уровень доверия граждан местным органам власти и управления, которые рассматриваются населением в большей степени как низовой элемент государственно-властной вертикали (*приложение, табл. 4-5*).

Институциональной формой самоорганизации граждан на поселенческом уровне являются товарищества собственников жилья (ТСЖ). Они получили распространение в связи с проводимой в стране реформой ЖКХ и в настоящее

⁸ http://zakon.scli.ru/ru/analytics_statistics/report_forms/form_report_new/

время начинают попадать в сферу интереса исследователей гражданского общества⁹. ТСЖ представляют собой некоммерческие организации жильцов многоквартирного дома, получающие статус юридического лица с правом хозяйственной деятельности, заключения соглашений с третьими сторонами, получения кредита и других действий. Некоммерческий статус – это естественная юридическая форма создания ТСЖ, являющихся одним из ключевых элементов реформы жилищно-коммунального хозяйства и затрагивающих повседневную жизнь людей. Темпы самоорганизации населения по месту жительства ТСЖ имеют важное значение для повышения качества жизни, развития муниципалитетов и модернизации общественных услуг. ТСЖ создают благоприятные возможности для самоорганизации граждан ввиду наличия прямой и хорошо осознанной ими материальной заинтересованности, юридических предпосылок и государственной поддержки.

Однако внедрение ТСЖ сталкивается со значительными препятствиями, отчасти связанными с несовершенством сектора коммунальных услуг в стране, отчасти – с недостаточной способностью граждан к самоорганизации. Так в период с 4 квартала 2008 г. по 4 квартал 2009 г. доля многоквартирных домов, в которых организованы товарищества собственников жилья, возросла, однако она составляет менее 1/10 доли домов данного типа. Это соответствует общероссийской ситуации. Низкий уровень организации институтов самоуправления по месту жительства населения характерен для всех регионов Северо-Западного федерального округа (*приложение, рис. 1*). В целом по России наибольшая активность населения фиксируется в г. Москве (ТСЖ охвачено 36% домов), Белгородской области (25%), Республике Дагестан (24%), Оренбургской области (21%), Республика Адыгея (18%), наименьшая – в Московской и Курганской областях, Республиках Калмыкия, Хакасия, Тыва (менее 3%).

⁹ <http://www.hse.ru/news/recent/15480531.html>

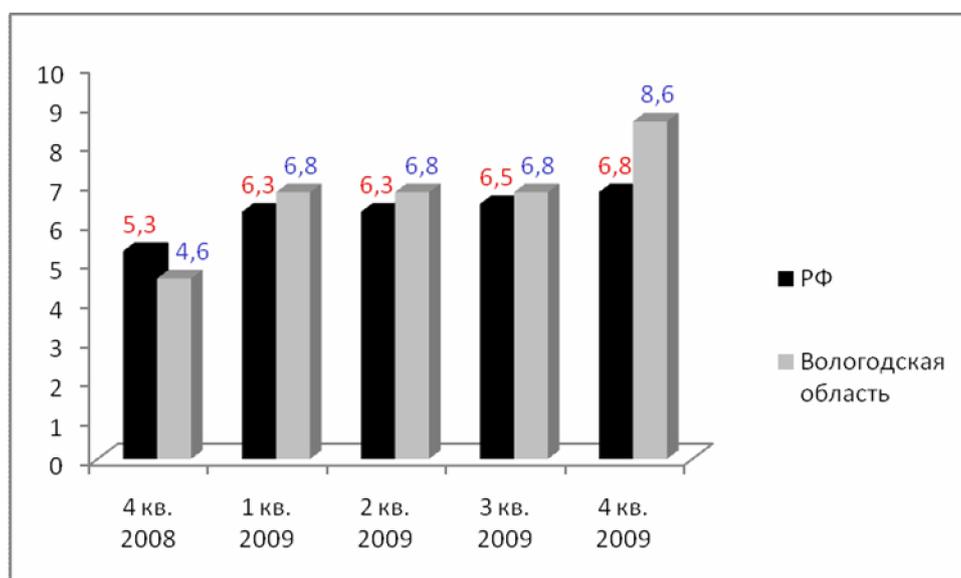


Рис. 1. Доля многоквартирных домов, в которых созданы товарищества собственников жилья (в % от общего количества домов данного типа)

Способность сообщества людей к координации и совместным действиям в общих интересах известна под собирательным названием социального капитала¹⁰, составными частями которого являются взаимное доверие, нормы поведения, учитывающие общественный интерес, а также общение друг с другом и опыт самоорганизации. Социальный капитал необходим для эффективного распоряжения правами коллективной собственности на инфраструктуру жилых домов. Совместное проживание в многоквартирном доме способствует более активному общению с соседями и подтверждает гипотезу о том, что владение жильем повышает гражданскую ответственность и активность граждан. В связи с этим, стимулирование развития данной формы самоорганизации граждан может рассматриваться как одно из наиболее перспективных направлений институционального развития гражданского общества.

5. Институты гражданского общества в социально-трудовой и предпринимательской сферах

Важнейшим институтом защиты интересов наемных работников традиционно служат профессиональные союзы. Однако с начала 1990-х гг., в ходе экономических преобразований, структурной перестройки народнохозяйственного комплекса, развития сектора частного предпринимательства, сокращения численности занятых на крупных предприятиях, наблюдается постоянное уменьшение роли профсоюзов в экономике и социальной жизни страны и регионов.

¹⁰ Согласно определению Всемирного Банка, социальный капитал - это институты, отношения и нормы, которые формируют, качественно и количественно, социальные взаимодействия в обществе.
http://mirslouvrei.com/content_eco/SOCIALNYJ-KAPITAL-SOCIAL-CAPITAL-72135.html

Как показывают данные (табл. 3), количество первичных профсоюзных организаций в Вологодской области с 1992 по 2009 г. сократилось с 4,3 до 1,7 тысяч, или в 2,5 раза. Численность членов профсоюзов уменьшилась с 574,9 до 197,8 тыс. человек (или в 2,9 раза), а их удельный вес в численности экономически активного населения области – с 84 до 30%. Практически такими же были и общероссийские тенденции.

Таблица 3

**Некоторые характеристики профсоюзного движения
в Вологодской области и РФ**

| Территория | 1992 | 1995 | 2000 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <i>Количество профсоюзных организаций, тыс.</i> | | | | | | | | |
| Вологодская область | 4,3 | 3,1 | 2,8 | 2,3 | 2,1 | 2,0 | 1,9 | 1,7 |
| Россия | 423,0 | н.д. | 267,6 | 220,7 | 210,1 | 203,1 | 201,0 | н.д. |
| <i>Количество членов профсоюзов, тыс. чел.</i> | | | | | | | | |
| Вологодская область | 574,9 | 372,4 | 311,8 | 264,4 | 247,9 | 233,3 | 220,0 | 197,8 |
| Россия | 64400 | н.д. | 34802 | 27800 | 26900 | 27100 | 25800 | н.д. |
| <i>Количество членов профсоюзов, в % от численности экономически активного населения</i> | | | | | | | | |
| Вологодская область | 83,7 | 55,7 | 46,3 | 40,0 | 37,2 | 35,3 | 33,2 | 30,0 |
| Россия | 85,9 | - | 48,7 | 37,7 | 36,3 | 34,4 | 34,1 | - |

Источники: Данные Вологодской областной федерации профсоюзов; Регионы России. 2005: Стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – С. 384; <http://www.gks.ru>; Статистический ежегодник Вологодской области. 1998 – 2005: Стат. сб. / Вологдаоблстат. – Вологда, 2006. – С. 138. Экономическая активность населения Вологодской области в 2003-2007 гг. – Вологда, 2007. – С. 7.

В настоящее время Вологодская областная федерация профсоюзов объединяет основную массу первичных профсоюзных организаций. В ее составе – 16 областных и 105 городских и районных объединений. В качестве ведущих направлений деятельности Федерация профсоюзов определила защиту прав трудящихся на справедливую оплату труда; эффективную и полную занятость; безопасные условия труда на производстве; государственные гарантии в сфере труда, охраны здоровья, образования, культуры.

Главным путем достижения своих целей Федерация считает социальное партнерство¹¹. Сложившаяся в этом отношении система включает в себя областные отраслевые, территориальные соглашения и коллективные договоры на предприятиях и в организациях. Работает областная трехсторонняя комиссия. Осуществляется взаимодействие профсоюзов с органами государственной власти и местного самоуправления, профсоюзы участвуют в выработке социально значимых решений и программ, в управлении внебюджетными фондами, в законотворческой деятельности.

¹¹ Данные сайта <http://www.vologda-oblast.ru/>

В то же время, будучи «в теории» институтом гражданского общества, призванным защищать права и интересы наемных работников, профсоюзы сегодня не в состоянии выполнять в полной мере свое предназначение, т. к. они не являются в достаточной степени независимыми и в связи с этим не пользуются у населения высокой степенью доверия. Об этом красноречиво свидетельствуют данные опросов, проводимых ИСЭРТ РАН среди занятого населения Вологодской области. Так, о необходимости наличия на своем предприятии (в организации) профсоюзной ячейки в 2008 г. говорило только 14% работников (в 2001 г. – 35%).

Снижение роли профсоюзов в социальной жизни не является исключительно региональной или российской тенденцией. В экономически развитых странах Европы и мира доля трудящихся, являющихся членами профсоюзов, как правило, не превышает 25-35%. Исключение составляет Финляндия, где профсоюзным движением охвачено около 80% трудящихся (табл. 4). Эксперты говорят о кризисе профсоюзного движения в США и Великобритании, то есть в тех странах, которые являются «родиной» профсоюзов.

Таблица 4

Некоторые характеристики профсоюзного движения в странах мира
(данные середины 2000-х гг.)

| Страна | Основная профсоюзная организация | Количество членов | Доля от общей численности занятых |
|----------------|---|-------------------|--|
| Великобритания | Конгресс профессиональных союзов | 7,3 млн. человек | 30% - в госсекторе, 12% - в частном |
| Германия | Немецкая конфедерация профессиональных союзов | 7 млн. человек | 25% |
| Италия | Всеобщая конфедерация труда Итальянский союз труда Итальянская конфедерация профсоюзов | 6 млн. человек | 30% |
| Норвегия | Центральное объединение профсоюзов Норвегии | 830 тыс. человек | ~35% |
| США | Американская федерация труда – Конгресс производственных профсоюзов | 13 млн. человек | 9% |
| Финляндия | Центральная организация профсоюзов Финляндии Центральная организация должностных лиц Финляндии Центральная организация специалистов с высшим образованием | 1,7 млн. человек | ~80% |
| Швеция | Конфедерация шведских профсоюзов | 1,8 млн. человек | ~40% |

Источник: Организационное укрепление профсоюзных структур – путь к обеспечению социальной стабильности (Аналитический доклад). Фонд исследования проблем демократии. М., 2010.

Как довольно слабую можно оценить и степень консолидации интересов предпринимательского сообщества. В Вологодской области зарегистрированы 4 общественных объединения и 17 иных некоммерческих организаций предпринимателей. Они ставят своей целью защиту интересов предпринимательского сообщества в промышленной, аграрной и иных сферах.

Однако по данным исследования, проведенного ИСЭРТ РАН в 2008 г. среди субъектов малого бизнеса, в работе общественных предпринимательских объединений областного уровня принимают участие 17% предпринимателей, местного уровня – 19%. Только 7% представителей сектора малого бизнеса высоко оценили степень консолидации предпринимательской среды в отстаивании своих интересов на местном уровне, 12% – на региональном уровне.

6. Институты гражданского общества в государственно-политической сфере

Классическим институтом гражданского общества в государственно-политической сфере выступают партии, аккумулирующие интересы различных социальных групп. По состоянию на 2009 г. в Вологодской области было зарегистрировано 7 региональных отделений российских политических партий:

Вологодское региональное отделение Всероссийской политической партии «Единая Россия».

Вологодское областное отделение политической партии «Коммунистическая партия Российской Федерации».

Вологодское региональное отделение политической партии «Либерально-демократическая партия России» (ЛДПР).

Региональное отделение Политической партии «Справедливая Россия» в Вологодской области.

Вологодское региональное отделение политической партии «Патриоты России».

Региональное отделение в Вологодской области Всероссийской политической партии «Правое дело».

Вологодское региональное отделение политической партии «Российская объединенная демократическая партия «ЯБЛОКО».

По данным исследования ИСЭРТ РАН (2008 г.), в жизни политических партий участвуют 1,3% населения области (в том числе «Единая Россия» –

0,7%, ЛДПР – 0,4%, КПРФ – 0,2%). Как правило, это руководящие работники, государственные и муниципальные служащие¹².

Исследования, проводимые ИСЭРТ РАН с середины 1990-х гг. показывают, что политические партии являются элементом общественно-политической системы, пользующимся наименьшим доверием населения региона: в 2009 г. о доверии партиям высказывалось 20% населения региона. Это находит подтверждение и в результатах исследований, проводимых по стране в целом (Институтом социально-политических исследований РАН). Однако, в то же время более 60% населения региона заявляли о том, что та или иная из действующих в стране партий выражала их интересы.

На наш взгляд, причина такого расхождения заключается в том, что партии сегодня являются скорее структурным элементом государственно-политической системы («большой политики»), нежели институтом гражданского общества. Критично партии оцениваются, прежде всего, именно в качестве института, осуществляющую «повседневную» работу, связанную с учетом интересов «простых граждан». В устранении этого недостатка видится значительный резерв укрепления роли партий в качестве института, оказывающего существенное влияние на развитие гражданского общества, повышение его «общественно-политической зрелости».

Обеспечить повышение эффективности взаимодействия граждан и органов государственной власти призван **институт общественных палат**, создаваемых на основании специальных нормативно-правовых актов и при непосредственном участии государства. В 2005 г. на основании Федерального закона РФ от 4 апреля 2005 г. №32 была создана Общественная палата Российской Федерации, проводится работа по формированию подобных структур на региональном уровне. На сегодняшний день общественные палаты созданы в 54 субъектах РФ (из 84, или в 64%), в том числе в пределах Северо-Западного округа РФ – в 7 субъектах РФ (из 11, учитывая Ненецкий АО, или в 63%).

В 2009 г. в соответствии с Законом Вологодской области от 02.07.2008 г. № 1811-ОЗ была создана **Общественная палата Вологодской области**. В ее состав входит 45 граждан (в том числе 15 членов палаты – утверждаются Губернатором области, 15 – представляют региональные общественные объединения и (или) региональных отделений общероссийских общественных объе-

¹² Социокультурные аспекты развития территории / А.А. Шабунова, К.А. Гулин, Н.А. Окулова, Т.С. Соловьева. – Вологда: ИСЭРТ РАН. – С. 95.

динений и утверждаются Законодательным Собранием области; 15 – представляют общественные объединения, действующие на территории муниципальных образований области и утверждаются членами Палаты, утвержденными Губернатором области совместно с членами Палаты, утвержденными Законодательным Собранием области).

В рамках Палаты создано 5 комиссий, охватывающих основные сферы жизнедеятельности регионального социума:

- комиссия по экономическому развитию и поддержке предпринимательства.
- комиссия по аграрной политике, собственности и земельным отношениям.
- комиссия по науке, образованию и культуре.
- комиссия по местному самоуправлению и развитию муниципальных образований.
- комиссия по вопросам общественной безопасности и правопорядку.

Наличие Общественной палаты и ее системная работа являются важным условием, способным оказать стимулирующее воздействие на институциональное развитие гражданского общества в регионе. Помимо целей и задач деятельности Палаты, обозначенных в Законе области от 02.07.2008 г. № 1811-ОЗ, связанных с «обеспечением взаимодействия населения области с органами государственной власти области и органами местного самоуправления муниципальных образований области», целесообразно реализация Палатой функции, связанной с поддержкой развития и координацией деятельности институтов гражданского общества в регионе.

7. Факторы, препятствующие развитию институтов гражданского общества в регионе

На основании проведенного анализа, уровень развития институтов гражданского общества в регионе можно охарактеризовать как недостаточно высокий (*например, доля занятых в общественных организациях – 0,5% экономически активного населения, в странах ЕС и ОЭСР – не менее 2,5-3,5%*). В особенной степени это касается таких сегментов, как общественные организации и территориальная самоорганизация граждан. Аналогичная ситуация наблюдается и по России в целом.

К основным факторам, препятствующим развитию институтов гражданского общества в регионе и России в целом, сегодня можно отнести следующие.

Группа факторов социально-политического характера: сложившаяся в стране корпоративно-бюрократическая система государственного управления (выросшая во многом из прежней «дореформенной» системы); коррупция, нарушение принципов правового государства, прежде всего принципа «равенства всех перед законом»; информационная закрытость власти и государственной политики на всех уровнях; отсутствие реального местного самоуправления; игнорирование политической элитой человека как цели, объекта и конечного результата реформ.

➤ По международному индексу восприятия коррупции (Corruption Perceptions Index – CPI), рассчитываемого Transparency International, Россия в 2008 г. с рангом 2,1 по 10-балльной шкале находилась на 147 месте среди 180 стран мира. За последние три года ситуация ухудшилась: так, в 2007 г. – с рангом 2,3 РФ занимала 143-е место в мире среди 180 стран, в 2006 г. – 121-е место среди 163 стран с рангом 2,5¹³.

➤ Доля населения Вологодской области, полагающего, что в России сегодня обеспечивается равенство прав граждан перед законом, в 2009 г. составляла только 19% (в 1996 г. и в период 2000 – 2004 гг. – 15%). По данным ИСПИ РАН в 2008 г. 15% россиян считали, что государство выполняет свои обязанности по обеспечению равенства граждан перед законом и судом, в то время как 72% населения придерживались противоположного мнения¹⁴.

➤ По словам С. Глазьева, *«в рамках нынешней политической системы добиться реализации своих предложений возможно только путем убеждения в этом главы государства, который может поручить той или иной партии эти инициативы реализовать. Роль парламента в качестве генератора социально-экономических инициатив фактически обнулена»*. И председатель Госдумы Б. Грызлов фактически признал, что Госдумы как института народного представительства не существует, публично сообщив, что *«парламент – это не место для дискуссий»*. В свою очередь, спикер Совета Федерации С. Миронов заявил: *«Пока Федеральное Собрание не играет в полной мере той роли, которая ему отведена Конституцией РФ. Именно поэтому у нас сложилась такая ситуация, когда правительство само для себя пишет законы, само их «проводит» через парламент и само исполняет»*.

¹³ Индекс рассчитывается по 10-балльной шкале, где 10 – полностью свободное от коррупции общество, 0 – полностью коррумпированное. Источник: http://www.transparency.org.ru/CENTER/corr_measurement.asp

¹⁴ <http://www.ispr.ru/SOCOPROS/socopros.html>

➤ По результатам опроса ИСЭРТ РАН, проведенного в 2008 г. во всех регионах Северо-Западного федерального округа, только 14-15% жителей Вологодской области и округа в целом полагают, что власти «понимают и учитывают» их интересы. Кроме того, 51% населения области (также как и жителей СЗФО в целом) считают, что деятельность региональных органов исполнительной власти так или иначе закрыта для населения (*приложение, табл. 9-10*). Мнение о прозрачности власти поддерживает менее пятой части жителей области и округа.

➤ Отсюда вполне закономерны следующие факты: по данным опроса Аналитического центра Ю. Левады (2008 г.), полностью или в значительной мере чувствуют свою ответственность за происходящее в своем городе, районе 15% населения, в стране – 10%. Чувствуют себя способными влиять на происходящее в своем городе, районе – 8%, в стране – 3% граждан. По результатам исследования ВНКЦ (2009 г.), мнение о том, что «каждый может повлиять на события в стране», разделяют лишь 6% жителей Вологодской области, а 29% населения «не чувствуют себя участниками событий, происходящих в стране». Основная причина подобных оценок, на наш взгляд, заключается в том, что сформировавшееся в период постсоветской трансформации общественно-политическое устройство не решило одной из главных проблем – отчуждения большинства граждан от системы управления, обсуждения и принятия социально значимых решений. В период с 2000 по 2009 г. лишь 5-6% жителей области полагали, что обычные люди могут повлиять на события в стране, от 3 до 6% поддерживали мнение о том, что «власти заботятся о жизни простых людей».

Группа факторов социального и социально-экономического характера: низкий уровень социальной активности населения; «кризис доверия»; локализация социальных связей и атомизация общества; отсутствие широкого и экономически сильного среднего класса, способного аккумулировать, выражать и отстаивать свои интересы.

➤ По данным Аналитического центра Ю. Левады, в период с 1991 по 2010 гг. доля населения страны, полагающего, что «людям можно доверять», сократилась с 36 до 30%, а доля тех, кто придерживается противоположного мнения («с людьми надо быть осторожнее»), напротив, возросла с 41 до 66% соответственно.

➤ Уровень самоорганизации населения все еще остается низким. По-прежнему решающее значение в формировании гражданского общества имеет

инициатива «сверху», а не потребность отдельных слоев общества и социальных групп в самостоятельной артикуляции и защите своих интересов. Закономерно, что институты, традиционно являющиеся основой гражданского общества, призванные служить выразителем интересов различных социальных групп, – профсоюзы и другие общественные организации, политические партии находятся среди аутсайдеров по уровню доверия, оказываемого населением (уровень доверия в 2009 г. составлял от 20 до 33%). Доверие органам местного самоуправления выражает менее одной трети жителей региона (*приложение, табл. 4-8*). Таким образом, в трансформационный период (с начала 1990-х гг.) в регионе, так же как и по России в целом, не сформировалось силы (или группы сил), реально отражающей интересы широких слоев населения (трудящихся и социально незащищенных категорий граждан).

➤ Проявлять свою гражданскую позицию, по мнению каждого четвертого жителя области, людям мешает их индивидуализм, безразличие к общим делам, привычка надеяться на готовое, в том числе на власть. По данным исследования ИСЭРТ РАН (апрель 2008 г.), более пятой части населения (по 21%) отметили неверие людей в свою возможность влиять на принимаемые решения и «недостаток знаний, некомпетентность». Менее значимым (10%) оказался фактор чрезмерной занятости, нехватки времени. Таким образом, недостаточность гражданского участия жителя области объясняют инерцией, социальной апатией, неверием в эффективность организации «снизу», отсутствием опыта.

Группа факторов организационно-правового характера: несовершенство правового поля для функционирования третьего сектора; недостаточная ресурсная обеспеченность организаций третьего сектора; недостаток реальных площадок взаимодействия государства и общества, обеспечивающих широкое участие граждан в принятии управленческих решений; отсутствие законодательно закрепленных механизмов оценки деятельности властных структур и должностных лиц, позволяющих осуществлять гражданский контроль ее эффективности.

➤ Как указывалось в докладе Общественной палаты РФ 2006 г.¹⁵, «положительно оценивая движение в направлении упорядочения законодательства, регулирующего деятельность НКО, большинство экспертов некоммерческого сектора выражают мнение, что принятые законы и подзаконные акты все еще

¹⁵ О состоянии гражданского общества в Российской Федерации. 2006: Доклад Общественной палаты РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.oprf.ru>

имеют существенные пробелы, противоречия и неясности. Это оставляет широкие возможности органам надзора для вольного толкования тех или иных положений законодательства и ставит НКО в зависимость от отношения к ним со стороны региональных управлений Федеральной регистрационной службы, от сложившейся юридической практики в регионе и трактовки самого закона чиновниками органов контроля и надзора. Современная законодательная среда, обеспечив базовые условия развития некоммерческого сектора, пока не дает ему ощущения достаточной стабильности и защищенности».

➤ Основные проблемы функционирования некоммерческих организаций в современной России – их разрозненность, отсутствие равноправных отношений с органами власти и бизнесом, недостаток финансовых ресурсов. В отличие от развитых стран, где НКО играют значительную роль в экономике и при их налогообложении действует особый механизм, учитывающий их неприбыльный характер и социальную значимость, в России ситуация складывается гораздо сложнее. Российское законодательство не предполагает системного подхода к налогообложению НКО, тормозя дальнейшее развитие сектора, сокращая возможные объемы денежных поступлений в социальную сферу. Сегодня ресурсы, поступающие в распоряжение НКО, оцениваются экспертами в интервале 125 – 250 млрд. руб., от 0,5 до 1% ВВП России. В развитых странах размер средств, которыми располагают гражданские организации, значительно выше даже в расчете «на одного вовлеченного» – до 5 – 7% ВВП¹⁶.

➤ Несмотря на активное обсуждение необходимости внедрения в практику управления на всех уровнях программно-целевых методов (в форме бюджетирования, ориентированного на результат), соответствующие решения так и не были приняты. Система публичной отчетности высших должностных лиц страны, руководителей регионов перед населением фрагментарна и практически не имеет обратной связи, что не дает возможности объективной общественной оценки правильности вектора проводимого курса и эффективности принимаемых решений.

Очевидно, что социально-экономические и политические реформы, проводимые «сверху», не могут быть эффективными без поддержки и активного участия общества. В настоящее время можно говорить скорее лишь о сложном и противоречивом пути становления гражданского общества в России (в том чис-

¹⁶ О состоянии гражданского общества в Российской Федерации. 2006: Доклад Общественной палаты РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.oprf.ru>

ле на региональном уровне). К сожалению, стабилизация и относительное улучшение материального положения граждан страны не сопровождались дальнейшим развитием институтов гражданского общества, созданием действенной системы общественного контроля над деятельностью властных структур. Реформа местного самоуправления не обеспечивалась необходимой финансовой поддержкой. Система общественных палат находится в процессе формирования, и существует опасность ее слияния с государственными структурами.

8. Направления и механизмы развития институтов гражданского общества в регионе

По оценке Общественной палаты РФ, дальнейшее направление развития гражданского общества будет определяться двумя критериями. Первый: как будет развиваться система власти в России, а именно, какими темпами будет укрепляться независимость ветвей власти друг от друга, включая и «четвертую власть» – СМИ. Второй: будет ли найдена и выбрана эффективная политика по линии «государство – гражданское общество». Наиболее оптимальным сценарным вариантом развития гражданского общества экспертам представляется сочетание быстрого повышения эффективности государства и формирования системы поддержки развития гражданского общества. Этот сценарий требует большой отдачи как от государства, так и от структур гражданского общества¹⁷.

Исходя из этого сценария процесс превращения общества в гражданское может быть реализован только на основе встречных движений общества и государства. Перспективы развития гражданского общества на практике зависят от вариантов развития государства и социально-политической системы России, включая как государственную политику по отношению к структурам гражданского общества, так и позиции основных «игроков» среди самих этих структур и отечественного бизнеса.

Можно выделить следующие направления институционального развития гражданского общества:

1. Уровень гражданской активности в обществе:
 - повышение «экономической самостоятельности» населения;
 - расширение «среднего класса».
2. Уровень воздействия государства на гражданское общество:
 - становление реального местного самоуправления;

¹⁷ О состоянии гражданского общества в Российской Федерации. 2006: Доклад Общественной палаты РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.oprf.ru>

- развитие реальной многопартийности;
- развитие современных институтов партиципарной демократии (или «демократии участия»): привлечение населения к процессу разработки и принятия социально значимых решений на всех уровнях управления.

3. Уровень поддержки государством институтов гражданского общества:

- стимулирование развития и поддержка общественных организаций.

В качестве некоторых механизмов развития институтов гражданского общества в регионе предлагается следующее:

1. Вовлечение общественности в процесс разработки долгосрочных программ социального развития (на федеральном и региональном уровнях), в которых были бы поставлены цели человеческого развития, этапы их достижения, запланированы необходимые (от потребности) ресурсы и обозначены формы и границы ответственности должностных лиц за реализацию социально значимых решений. При этом ежегодные послания Президента РФ Федеральному Собранию должны содержать отчет о результатах реализации федеральной программы. Аналогичные формы отчетности для высших должностных лиц целесообразно ввести и на региональном уровне.

2. Внедрение инновационных механизмов, связанных с повышением информационной открытости органов государственного регионального и муниципального управления для населения. Создание «Электронного правительства» (ЭП), позволяющего гражданам и организациям получить не только удобный и простой доступ к информации и государственным услугам, но и потенциально эффективный способ реализовать свое электронное участие в принятии решений.

3. Формирование нормативно-правовой базы и создание общественных советов при органах исполнительной и законодательной власти регионального уровня, органах местного самоуправления. Функцию координации работы общественных советов могла бы выполнять Общественная палата Вологодской области.

4. Корректировка существующих межбюджетных отношений в сторону обеспечения финансовой самостоятельности органов местного самоуправления, исполнения их функций при минимальной зависимости от вышестоящих бюджетов.

5. Дальнейшее стимулирование (в т.ч. экономическое) создания институциональных форм самоуправления граждан по месту жительства (товариществ собственников жилья).

6. Реализация механизмов государственной и муниципальной поддержки общественных организаций. Основываясь на данных опроса руководителей НКО, проведенного ИСЭРТ РАН в 2010 г., в качестве наиболее актуальных механизмов можно выделить: расширение доступа НКО к бюджетному финансированию, государственным и муниципальным заказам (отметили 73% руководителей), повышение роли НКО в принятии решений органами власти (68%), поощрение благотворительной деятельности и добровольчества (59%), совершенствование налогообложения НКО (43%), улучшение доступа к помещениям для НКО (43%), содействие в подготовке и повышении кадров НКО (34%).

В целом процесс усиления роли гражданского общества не должен рассматриваться как «наступление» на полномочия государственных структур. Напротив, решить стратегические задачи развития территорий (такие как создание эффективной социально ориентированной экономики, переход к новым стандартам качества жизни, повышение человеческого потенциала, создание условий для творческого развития личности независимо от материального положения, постоянное обновление элит как условие модернизации) невозможно исключительно усилиями узко понимаемой сегодня властной вертикали. Данная цель может стать достижимой только в том случае, если процесс развития региона будет основан на принципе подлинного народовластия, подразумевающим активное участие широких слоев регионального сообщества в процессе подготовки, принятия и реализации социально значимых управленческих решений.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица 1.1.

Функции гражданского общества

| Функция | Содержание |
|--------------------------------------|--|
| Компенсации | Обеспечение воспроизводства социальных связей и отношений, гражданское воспитание |
| Социализации | Вовлечение населения в общественную жизнь, формирование социальной среды для максимально бесконфликтной смены (обновления) элит; выполнение роли «социального лифта» |
| Коммуникации | Согласование интересов (в т.ч. разновекторных) индивидов, социальных групп и слоев |
| Самоуправления | Создание и развитие механизмов общественного самоуправления |
| Партиципации | Обеспечение максимально широкого доступа людей к участию в государственных и общественных делах |
| Стабилизации | Создание структур, обеспечивающих общественную устойчивость, минимизирующих последствия провалов государства и колебаний рыночной конъюнктуры |
| Гражданского правопорядка | Наличие у гражданского общества средств и санкций, с помощью которых оно может заставить индивидов соблюдать общественные нормы |
| Гаранта против произвола властей | Обеспечение (на основе законности) защиты частных сфер жизни человека и гражданина от необоснованной жесткой регламентации государства и других политических структур |
| Жизнеобеспечения и социальной защиты | Обеспечение определенного уровня необходимых средств к существованию всем членам общества, особенно представителям социально-незащищенных слоев (инвалиды, престарелые, больные и т. п.) |

Количество организаций некоммерческого сектора гражданского общества
в Вологодской области в 2007 – 2009 гг. (единиц)

| Организационно-правовые формы НКО | 2007 г. | 2008 г. | 2009 г. |
|--|---------|---------|---------|
| 1. Общественные объединения, всего | 1209 | 1055 | 960 |
| <i>Из них:</i> | | | |
| региональные отделения политических партий | 16 | 13 | 7 |
| общественные организации | 305 | 300 | 313 |
| общественные движения | 13 | 13 | 13 |
| общественные фонды | 9 | 6 | 7 |
| общественные учреждения | 0 | 1 | 1 |
| союзы общественных объединений | 1 | 1 | 1 |
| структурные подразделения общественных объединений | 847 | 705 | 604 |
| профсоюзы | 18 | 16 | 14 |
| 2. Иные некоммерческие организации, всего | 703 | 705 | 732 |
| <i>Из них:</i> | | | |
| учреждения | 186 | 205 | 207 |
| некоммерческие партнерства | 154 | 152 | 162 |
| фонды | 127 | 120 | 122 |
| автономные некоммерческие организации | 105 | 105 | 114 |
| объединения юридических лиц | 64 | 54 | 51 |
| коллегии адвокатов | 34 | 34 | 34 |
| адвокатские бюро | 5 | 7 | 7 |
| территориальные общественные самоуправления | 9 | 9 | 8 |
| объединения работодателей | 3 | 3 | 5 |
| негосударственные пенсионные фонды | 2 | 2 | 2 |
| иные некоммерческие организации | 14 | 14 | 20 |
| 3. Религиозные организации, всего | 146 | 146 | 143 |
| <i>Из них:</i> | | | |
| русская православная церковь | 108 | 106 | 101 |
| иные религии | 38 | 40 | 42 |

Источник: данные Управления Министерства юстиции РФ по Вологодской области

**Распределение организаций некоммерческого сектора гражданского общества
в Вологодской области в 2009 г. (единиц)**

| Виды деятельности | Общественные объединения | Иные некоммерческие организации | Итого |
|---|--------------------------|---------------------------------|-------------|
| Всего, в том числе: | 960 | 732 | 1692 |
| Политическая деятельность | 7 | 0 | 7 |
| Профсоюзы | 449 | 0 | 449 |
| Работодатели | 0 | 5 | 5 |
| Территориальные общественные самоуправления | 0 | 8 | 8 |
| Правозащитная деятельность | 27 | 14 | 41 |
| Экология и защита окружающей среды | 13 | 10 | 23 |
| Научно-техническая деятельность | 1 | 5 | 6 |
| Юридическая деятельность | 0 | 45 | 45 |
| Деятельность по интересам | 69 | 14 | 83 |
| Объединения по профессиям | 6 | 6 | 12 |
| Объединения предпринимателей | 4 | 12 | 16 |
| Здравоохранение | 1 | 9 | 10 |
| Культура | 14 | 32 | 46 |
| Образование | 2 | 202 | 204 |
| Охрана животных | 5 | 2 | 7 |
| Сельское хозяйство | 1 | 6 | 7 |
| Физическая культура и спорт | 99 | 44 | 143 |
| Объединения женщин | 10 | 5 | 15 |
| Детские и молодежные объединения | 39 | 13 | 52 |
| Патриотическое воспитание | 22 | 3 | 25 |
| Ветераны | 46 | 1 | 47 |
| Инвалиды | 48 | 3 | 51 |
| Национальные объединения | 8 | 0 | 8 |
| Социальная деятельность | 36 | 122 | 158 |
| Казачество | 1 | 13 | 14 |
| Иная деятельность | 52 | 158 | 210 |

Источник: данные Управления Министерства юстиции РФ по Вологодской области

**Среднегодовая численность занятых в общественных
и религиозных организациях**

| Территория | 1995 г. | | 2008 г. | |
|-------------------------|-----------|--|-----------|--|
| | Тыс. чел. | В % от чис- ла занятых в экономике | Тыс. чел. | В % от чис- ла занятых в экономике |
| Российская Федерация | 474,0 | 0,7 | 357,5 | 0,5 |
| Центральный ФО | 158,5 | 0,9 | 118,9 | 0,6 |
| Северо-Западный ФО | 58,3 | 0,9 | 42,3 | 0,6 |
| в т.ч.: | | | | |
| Республика Карелия | 1,9 | 0,5 | 0,9 | 0,3 |
| Республика Коми | 1,2 | 0,2 | 2,2 | 0,5 |
| Архангельская область | 4,6 | 0,7 | 1,9 | 0,3 |
| Вологодская область | 6,1 | 1,0 | 2,6 | 0,4 |
| Калининградская область | 2,6 | 0,6 | 10,4 | 2,2 |
| Ленинградская область | 2,9 | 0,4 | 2,2 | 0,3 |
| Мурманская область | 2,8 | 0,6 | 2,0 | 0,4 |
| Новгородская область | 3,8 | 1,1 | 0,8 | 0,3 |
| Псковская область | 3,4 | 1,0 | 3,0 | 0,9 |
| Санкт-Петербург | 29,0 | 1,2 | 16,3 | 0,7 |
| Южный ФО | 67,4 | 0,8 | 58,8 | 0,6 |
| Приволжский ФО | 100,6 | 0,7 | 74,5 | 0,5 |
| Уральский ФО | 33,6 | 0,6 | 18,0 | 0,3 |
| Сибирский ФО | 41,0 | 0,4 | 31,8 | 0,3 |
| Дальневосточный ФО | 14,6 | 0,4 | 13,1 | 0,4 |

Источник: Данные Федеральной службы государственной статистики
http://www.gks.ru/bgd/regl/b09_14p/IssWWW.exe/Stg/d1/04-05.htm

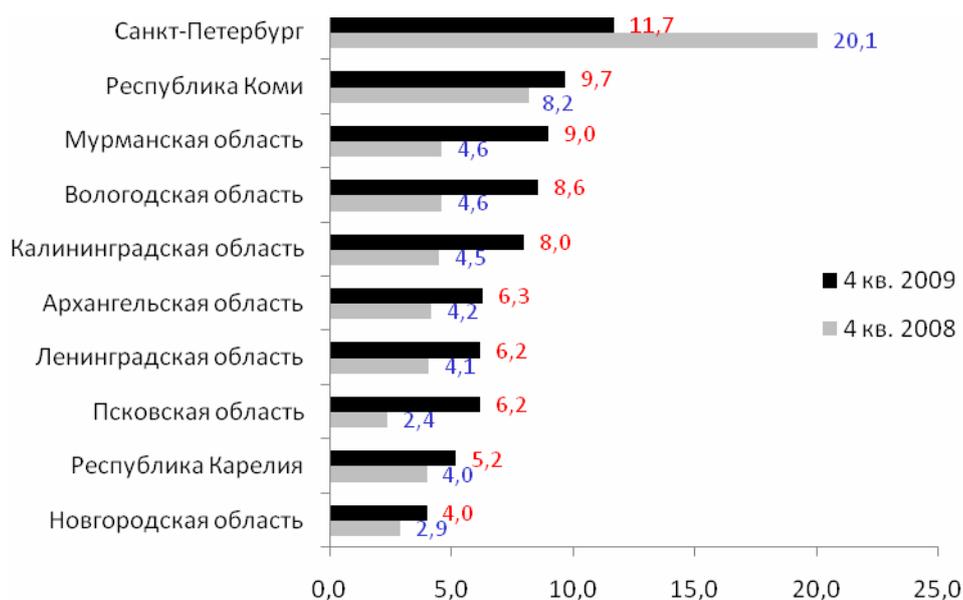


Рис. 1. Доля многоквартирных домов, в которых созданы товарищества собственников жилья (в % от общего количества домов данного типа)

Доля населения Вологодской области, доверяющего политическим и общественным институтам (в % от числа опрошенных)

| Структуры и институты власти | 2000 год | 2007 год | 2008 год | 2009 год |
|--|----------|----------|----------|----------|
| Президенту РФ | 57,1 | 60,3 | 65,2 | 51,6 |
| Правительству РФ | 42,7 | 41,9 | 60,2 | 46,7 |
| Церкви | 42,3 | 44,8 | 51,9 | 44,9 |
| Совету Федерации | 28,3 | 34,9 | 47,6 | 35,9 |
| Суду | 31,6 | 32,1 | 41,3 | 35,1 |
| Руководству области | 31,3 | 40,6 | 48,6 | 34,9 |
| Прокуратуре | 30,9 | 31,1 | 40,9 | 34,8 |
| Федеральной службе безопасности | 34,2 | 34,2 | 43,8 | 34,3 |
| Государственной Думе РФ | 20,7 | 29,5 | 42,0 | 33,5 |
| Армии | 37,0 | 28,7 | 37,8 | 33,5 |
| Органам местного самоуправления | – | 32,3 | 40,9 | 33,1 |
| Милиции | 27,2 | 28,3 | 36,5 | 33,1 |
| Средствам массовой информации | 33,4 | 27,5 | 35,2 | 28,7 |
| Профсоюзам | 28,4 | 28,6 | 35,9 | 28,1 |
| Общественным организациям | – | 24,4 | 32,6 | 23,8 |
| Директорам, руководителям предприятий | 19,6 | 23,6 | 30,5 | 22,5 |
| Банковским, предпринимательским кругам | 12,4 | 21,3 | 26,6 | 20,3 |
| Политическим партиям, движениям | 10,7 | 17,6 | 26,8 | 20,0 |

Таблица 5

Уровень доверия населения органам местного самоуправления
(в % от числа опрошенных)

| Регион | Вариант ответа | | | Индекс доверия органам местного самоуправления* |
|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|---|
| | Полностью и в основном доверяю | Полностью и в основном доверяю | Затрудняюсь ответить | |
| Вологодская область | 33,1 | 22,9 | 44,0 | 110,2 |
| Ленинградская область | 33,3 | 30,0 | 36,7 | 103,3 |
| Мурманская область | 26,4 | 28,4 | 45,2 | 98,0 |
| Псковская область | 26,7 | 30,4 | 42,9 | 96,3 |
| Архангельская область | 29,4 | 42,6 | 28,0 | 86,8 |
| Калининградская область | 11,0 | 32,0 | 57,0 | 79,0 |
| Республика Карелия | 28,3 | 51,6 | 20,1 | 76,7 |
| Республика Коми | 20,2 | 44,9 | 34,9 | 75,3 |
| Новгородская область | 17,5 | 44,0 | 38,5 | 73,5 |
| Санкт-Петербург | 19,2 | 46,9 | 33,9 | 72,3 |
| СЗФО | 24,5 | 37,4 | 38,1 | 87,1 |

*Индекс доверия органам местного самоуправления: разность долей положительных и отрицательных ответов +100 ед. Может принимать значение от 0 до 200 пунктов, отметка выше или ниже 100 пунктов свидетельствует о преобладании, соответственно, позитивных или негативных суждений.

Источник: ИСЭРТ РАН; данные опроса в регионах СЗФО, 2009 г.

Таблица 6

Уровень доверия населения политическим партиям (в % от числа опрошенных)

| Регион | Вариант ответа | | | Индекс доверия партиям* |
|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|-------------------------|
| | Полностью и в основном доверяю | Полностью и в основном доверяю | Затрудняюсь ответить | |
| Вологодская область | 20,0 | 28,3 | 51,7 | 91,7 |
| Республика Карелия | 25,4 | 44,4 | 30,2 | 81,0 |
| Мурманская область | 13,4 | 37,3 | 49,3 | 76,1 |
| Ленинградская область | 19,6 | 45,4 | 35,0 | 74,2 |
| Калининградская область | 7,0 | 35,3 | 57,7 | 71,7 |
| Псковская область | 13,5 | 42,9 | 43,6 | 70,6 |
| Архангельская область | 14,0 | 46,4 | 39,6 | 67,6 |
| Новгородская область | 10,3 | 45,5 | 44,2 | 64,8 |
| Республика Коми | 10,2 | 45,9 | 43,9 | 64,3 |
| Санкт-Петербург | 15,2 | 53,4 | 31,4 | 61,8 |
| СЗФО | 14,9 | 42,5 | 42,6 | 72,4 |

*Индекс доверия партиям: разность долей положительных и отрицательных ответов +100 ед. Может принимать значение от 0 до 200 пунктов, отметка выше или ниже 100 пунктов свидетельствует о преобладании, соответственно, позитивных или негативных суждений.

Источник: ИСЭРТ РАН; данные опроса в регионах СЗФО, 2009 г.

Таблица 7

Уровень доверия населения общественным организациям (в % от числа опрошенных)

| Регион | Вариант ответа | | | Индекс доверия общественным организациям* |
|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|---|
| | Полностью и в основном доверяю | Полностью и в основном доверяю | Затрудняюсь ответить | |
| Республика Карелия | 38,6 | 31,2 | 30,2 | 107,4 |
| Псковская область | 21,7 | 20,0 | 58,3 | 101,7 |
| Вологодская область | 23,8 | 23,8 | 52,4 | 100,0 |
| Ленинградская область | 28,5 | 32,8 | 38,7 | 95,7 |
| Мурманская область | 22,5 | 28,4 | 49,1 | 94,1 |
| Архангельская область | 22,4 | 30,7 | 46,9 | 91,7 |
| Калининградская область | 12,3 | 22,3 | 65,4 | 90,0 |
| Республика Коми | 21,2 | 31,4 | 47,4 | 89,8 |
| Новгородская область | 17,3 | 29,0 | 53,7 | 88,3 |
| Санкт-Петербург | 23,7 | 36,9 | 39,4 | 86,8 |
| СЗФО | 23,2 | 28,7 | 48,1 | 94,5 |

*Индекс доверия общественным организациям: разность долей положительных и отрицательных ответов +100 ед. Может принимать значение от 0 до 200 пунктов, отметка выше или ниже 100 пунктов свидетельствует о преобладании, соответственно, позитивных или негативных суждений.

Источник: ИСЭРТ РАН; данные опроса в регионах СЗФО, 2009 г.

Таблица 8

Уровень доверия населения профсоюзам (в % от числа опрошенных)

| Регион | Вариант ответа | | | Индекс доверия профсоюзам* |
|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------------|
| | Полностью и в основном доверяю | Полностью и в основном доверяю | Затрудняюсь ответить | |
| Республика Карелия | 48,4 | 27,0 | 24,6 | 121,4 |
| Вологодская область | 28,1 | 21,6 | 50,3 | 106,5 |
| Псковская область | 24,7 | 22,7 | 52,6 | 102,0 |
| Мурманская область | 24,1 | 28,1 | 47,8 | 96,0 |
| Архангельская область | 27,2 | 35,9 | 36,9 | 91,3 |
| Ленинградская область | 25,3 | 35,2 | 39,5 | 90,1 |
| Калининградская область | 13,0 | 25,0 | 62,0 | 88,0 |
| Республика Коми | 22,7 | 35,4 | 41,9 | 87,3 |
| Новгородская область | 17,0 | 34,8 | 48,2 | 82,2 |
| Санкт-Петербург | 21,9 | 39,9 | 38,2 | 82,0 |
| СЗФО | 25,2 | 30,6 | 44,2 | 94,6 |

*Индекс доверия профсоюзам: разность долей положительных и отрицательных ответов +100 ед. Может принимать значение от 0 до 200 пунктов, отметка выше или ниже 100 пунктов свидетельствует о преобладании, соответственно, позитивных или негативных суждений.

Источник: ИСЭРТ РАН; данные опроса в регионах СЗФО, 2009 г.

Оценка степени информационной открытости деятельности органов исполнительной власти (в % от числа опрошенных)

| Регион | Вариант ответа | | | Индекс информационной открытости* |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| | Полностью и скорее открыта | Полностью и скорее закрыта | Затрудняюсь ответить | |
| Вологодская область | 33,2 | 37,9 | 28,9 | 95,3 |
| Республика Карелия | 37,5 | 45,0 | 17,5 | 92,5 |
| Мурманская область | 31,9 | 47,1 | 21,0 | 84,8 |
| Псковская область | 27,4 | 44,2 | 28,4 | 83,2 |
| Калининградская область | 29,5 | 47,5 | 23,0 | 82,0 |
| Архангельская область | 26,2 | 50,5 | 23,3 | 75,7 |
| Республика Коми | 27,7 | 52,7 | 19,6 | 75,0 |
| Ленинградская область | 25,8 | 50,9 | 23,3 | 74,9 |
| Новгородская область | 20,4 | 47,6 | 32,0 | 72,8 |
| Санкт-Петербург | 19,8 | 55,4 | 24,8 | 64,4 |
| СЗФО | 27,9 | 47,9 | 24,2 | 80,0 |

*Индекс информационной открытости: разность долей положительных и отрицательных ответов +100 ед. Может принимать значение от 0 до 200 пунктов, отметка выше или ниже 100 пунктов свидетельствует о преобладании, соответственно, позитивных или негативных суждений.

Источник: ИСЭРТ РАН; данные опроса в регионах СЗФО, 2008 г.

Таблица 10

Оценка степени объективности информации для суждения о деятельности органов исполнительной власти (в % от числа опрошенных)

| Регион | Вариант ответа | | | Индекс объективности информации* |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| | Позволяет объективно судить | Не позволяет объективно судить | Затрудняюсь ответить | |
| Вологодская область | 33,1 | 42,7 | 24,2 | 90,4 |
| Мурманская область | 32,1 | 47,6 | 20,3 | 84,5 |
| Ленинградская область | 32,1 | 48,3 | 19,6 | 83,8 |
| Псковская область | 28,4 | 45,6 | 26,0 | 82,8 |
| Калининградская область | 28,3 | 48,2 | 23,5 | 80,1 |
| Республика Карелия | 27,7 | 56,3 | 16,0 | 71,4 |
| Республика Коми | 27,1 | 55,7 | 16,4 | 71,4 |
| Архангельская область | 22,7 | 56,8 | 20,5 | 65,9 |
| Новгородская область | 17,9 | 52,9 | 29,1 | 65,0 |
| Санкт-Петербург | 21,6 | 58,9 | 19,5 | 62,7 |
| СЗФО | 27,2 | 51,3 | 21,5 | 75,9 |

*Индекс объективности информации: разность долей положительных и отрицательных ответов +100 ед. Может принимать значение от 0 до 200 пунктов, отметка выше или ниже 100 пунктов свидетельствует о преобладании, соответственно, позитивных или негативных суждений.

Источник: ИСЭРТ РАН; данные опроса в регионах СЗФО, 2008 г.

ШАБУНОВА АЛЕКСАНДРА АНАТОЛЬЕВНА,
зав. отделом к.э.н.

**ОБЩЕСТВЕННОЕ И ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ:
СОСТОЯНИЕ И ДИНАМИКА**

Вологда
2010

Актуальность темы исследования. Для России в конце XX начале XXI веков характерна устойчивая убыль населения и ухудшение показателей здоровья. За период 1992 – 2008 гг. естественная убыль составила 12,5 млн. человек. Ожидаемая продолжительность жизни населения снизилась с 69,19 в 1990 г. до 64,8 года в 2003 г., в последующий период отмечался некоторый рост (2008 г. – 67,8 года). Однако по оценкам ВОЗ ее уровень сопоставим с уровнем бедных стран Африки. Разрыв в показателях продолжительности жизни женщин и мужчин достиг 13 лет. В трудоспособном возрасте умирает каждый десятый мужчина.

Большинство смертей обусловлено низким уровнем здоровья населения, поэтому снижение смертности невозможно без всемерного укрепления здоровья населения. Значимость здоровья населения не ограничивается только его демографической ролью – снижением числа умерших и не родившихся¹. Здоровье – это важнейшая характеристика человеческого и трудового потенциала, человеческого капитала. Экспертами ВОЗ доказано, что «улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведет к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта»².

По мере развития человеческой цивилизации усиливается взаимозависимость общества и индивида, это в значительной мере относится и к здоровью. Реализация людьми общественных интересов, выполнение социальных задач во многом определяется состоянием их индивидуального здоровья. В свою очередь, здоровье индивидов зависит от того, насколько здорово само общество. Такая взаимосвязь обуславливает понимание здоровья как социального феномена.

Изложенное определяет важность заботы государства и общества об укреплении здоровья населения. Приоритетность здоровья предполагает его всестороннее изучение, понимание причин и факторов его изменения. Наибольшую ценность представляют исследования охватывающие совокупность изменений индивидуального здоровья конкретных людей и общественного или популяционного здоровья и их взаимосвязи с применением разносторонних методов. Поскольку формирование здоровья представляет собой замкнутый цикл «здоровые родители – здоровый ребенок – здоровый подросток – здоровый ро-

¹ Римашевская Н.М. Радикальное изменение негативного тренда здоровья в России // Народонаселение. – 2010. – №1 (январь-март). – С. 4-10.

² Alsan M., Bloom D.E., Canning D. The effect of population health on foreign direct investment. – Cambridge: national bureau of economic research – NBER, 2004. – 25 p.

датель», особую актуальность приобретают комплексные исследования, охватывающие наряду с основными компонентами здоровья: физическим и психическим, репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал, составляющей которого является здоровье детей.

Здоровье населения – индикатор изменений, происходящих в обществе, определяющем среду его формирования. В связи с этим правомерна гипотеза о том, что общественное и индивидуальное здоровье населения в благоприятный период развития государства также будут иметь положительные тренды. Это актуализирует исследование, тенденций в изменении здоровья населения в период экономического оживления в развитии государства, результаты которого помогут понять и улучшить ситуацию.

Цель исследования – оценить ресурс и тенденции изменения общественного и индивидуального здоровья как важной компоненты человеческого капитала, выявив широкий спектр факторов объективного и субъективного характера, воздействующих на него в период экономического оживления в развитии государства (2000 – 2008 гг.).

Для реализации данной цели в диссертационной работе были решены следующие **задачи**:

- показать социально-экономическую природу общественного здоровья и его взаимосвязь с экономическим развитием;
- исследовать тенденции изменения общественного здоровья населения в период экономического роста;
- выявить и исследовать влияние социально-экономических факторов на общественное и индивидуальное здоровье населения и определить направления минимизации их воздействия;
- охарактеризовать репродуктивный потенциал населения, изучить его компоненты и тенденции изменения (на примере Вологодской области);
- на основании изучения существующих методов анализа здоровья детей определить наиболее перспективный методологический и методический аппарат исследования здоровья детей и апробировать его;
- на основе использования мониторинга оценить здоровье детей в Вологодской области;
- выявить тенденции в изменении здоровья детей и факторы, оказывающие влияние на его формирование;

- оценить деятельность здравоохранения с точки зрения сохранения здоровья населения;
- проанализировать доступность медицинской помощи для населения в условиях реформирования здравоохранения;
- рассмотреть особенности образа жизни населения в контексте улучшения здоровья.

Объектом исследования выступает население России и Вологодской области. Данный регион во многом является типичным для Российской Федерации, имеющим сходные со страной в целом структуру населения и характеристики демографических процессов; тенденции в динамике заболеваемости и инвалидизации населения, а также характеристики работы служб здравоохранения. Это позволяет, опираясь на данные анализа, делать обобщенные выводы и рекомендации.

Предметом исследования является общественное и индивидуальное здоровье населения и определяющие его факторы.

Теоретико-методологическую основу исследования составили основные положения теории человеческого и социального капитала, экономической и социологической теории; работы отечественных и зарубежных исследователей в области здоровья, благосостояния, человеческого развития, развития и реформирования здравоохранения, а также методологические подходы и методические приемы в вопросах изучения здоровья и определяющих его факторов.

Диссертация подготовлена на основе междисциплинарного подхода, позволившего сочетать научные достижения в области демографии, экономики, социологии, статистики и медицины.

Исследование базировалось на системном, диалектическом, абстрактно-логическом, экономико-статистическом, синергетическом и других подходах и методах.

Информационной базой исследования послужили данные Федеральной и региональной службы государственной статистики РФ, медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области, ведомственная статистика.

В исследовании использованы отечественные и зарубежные документы по вопросам укрепления здоровья, охраны прав материнства и детства, разви-

тия здравоохранения, статистические и информационные материалы Международной организации труда, Всемирной организации здравоохранения, Всемирного банка, интернет-ресурсы.

Эмпирическую основу исследования составили данные пяти мониторингов, проводимых на территории Вологодской области под руководством и с участием автора. В том числе мониторинговое панельное обследование четырех когорт детей, проведенное автором в Вологодской области в период с 1995 по 2009 г.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. В исследовании на основе анализа и систематизации подходов к определению категории общественное здоровье уточнена ее сущность и обоснована экономическая целесообразность сохранения и укрепления здоровья.

Критический анализ имеющихся определений общественного здоровья показал, что общепринятого понятия современной наукой не выработано. По крайней мере, можно выделить три отличных друг от друга подхода (табл. 1).

Таблица 1

Подходы к определению общественного здоровья

| Сущность подхода | Его сторонники |
|---|--|
| Общественное здоровье рассматривается как состояние, возникшее в результате взаимодействия организма человека и совокупности факторов окружающей среды | Ю.П. Лисицин; В.А. Фролов, И.И. Брехман, В.А. Лищук, Е.В. Мосткова, Житников В.Г., Полунина Н.В. |
| Общественное здоровье связывается со способностью населения обеспечивать воспроизводство полноценного потомства, продолжительность жизни и трудовую активность. При этом не учитывается воздействие факторов среды. | А.И. Вялков, И.А. Гундаров |
| Общественное здоровье трактуется как динамический процесс сохранения основных функций организма, оптимальной трудоспособности, социальной активности населения без учета его статического (на данный момент времени) состояния. | В.П. Казначеев, Баевский Р.М. |

На наш взгляд, сторонники представленных подходов, раскрывая сущность исследуемой категории, обращают внимание на способность популяции обеспечивать воспроизводство населения и его трудовую активность с учетом динамических изменений факторов окружающей среды.

Исходя из вышесказанного, под общественным здоровьем будем понимать: *свойство популяции, обеспечивающее ее демографическое развитие, максимально возможную продолжительность жизни и трудовую активность большинства населения, формирующееся при комплексном воздействии биологических, социально-экономических и экологических факторов и условий общественной жизни.*

Разработки в области «экономики человека» и развитие теории человеческого капитала привели к росту интереса к оценке стоимости здоровья. С точки зрения оценки эффективности инвестиций в здравоохранение (в капитал здоровья) принципиальное значение имеют исследования академика С. Струмилина, определявшего долю национального дохода, сберегаемую здравоохранением. По его расчетам, соотношение затрачиваемых средств и полученного национального дохода составляет 1 к 2. Максимальный эффект дают инвестиции в детское здоровье. Здесь среднее соотношение 1 к 200, а в здоровье детей в возрасте 4-6 лет – 1 к 400.

Экономические аспекты потерь здоровья населения связаны со снижением количества произведенной продукции, дезорганизацией производства при массовой заболеваемости, расходами на медицинское обслуживание заболевших, выплатами по больничным листам, оплатой пенсий по инвалидности и в связи с потерей кормильца, содержанием домов инвалидов и интернатов для детей-инвалидов. В случае ранней смерти человека не компенсируются и затраты общества на его содержание и обучение. Суммировав перечисленные затраты можно получить величину потерь, вызванных заболеваемостью, инвалидностью и смертностью, т.е., в сущности определить экономический ущерб, наносимый нездоровьем.

Для анализа ситуации на местах и принятия управленческих решений значительный интерес представляют расчеты экономического ущерба от потерь здоровья для отдельных регионов. В исследовании осуществлен расчет упущенной выгоды в производстве ВРП и экономических потерь вследствие утрат здоровья для Вологодской области. Даже при неполном учете ущерба от заболеваемости, инвалидности и смертности населения в среднем за год экономика региона «потеряла» около 3 млрд. руб., а при учете преждевременной смерти трудоспособного населения в 2007 г. почти 32,5 млрд. руб.

Здоровье оказывает значительное влияние на качество трудовых ресурсов, производительность труда и, следовательно, на экономическое развитие

общества. В современных экономических условиях при возросших требованиях к качеству трудового потенциала здоровье становится ведущим фактором экономического роста. Эксперты ВОЗ, опираясь на многочисленные исследования, отмечают, что существует устойчивая прямая взаимосвязь между продолжительностью жизни и темпами экономического роста. В странах, где продолжительность жизни в 1960-х гг. была самой большой, в последующие сорок лет быстрее всего развивалась экономика. В некоторых случаях продолжительность жизни надежнее предсказывала экономический рост, чем показатели, характеризующие уровень образования.³

Таким образом, здоровье – сложная социально-экономическая категория тесно взаимосвязанная с развитием общества. Крепкое здоровье населения и долголетие экономически выгодны как государству в целом, так и индивидам. Напротив ослабленное здоровье населения, высокий уровень смертности, инвалидизации несут потери для экономики.

2. Несмотря на наметившееся положительные изменения в демографических процессах, для России характерно отставание от развитых стран мира по большинству показателей, характеризующих общественное здоровье.

Современный этап экономических реформ сопровождается кардинальными преобразованиями социальной структуры российского общества, темпы которых сильно отличаются в различных регионах Российской Федерации. Изменения, происходящие в обществе, находят свое отражение в тенденциях общественного здоровья.

За период социально-экономического оживления в развитии государства с 2000 по 2008 г. наметились положительные изменения в демографической ситуации: рост *ожидаемой продолжительности жизни* населения (с 65,3 в 2000 г. до 68,7 в 2008 г.). В Вологодской области в 2009 г. она достигла уровня 1998 г. и составила 67,3 лет, что на один год меньше, чем в среднем по России и на 10-16 лет ниже, чем в экономически развитых странах. Разрыв в средней продолжительности жизни мужчин и женщин в регионе равен 13 годам.

В анализируемый период в России отмечалось сокращение общей смертности населения в большинстве групп, особенно от воздействия внешних причин,

³ Suhrcke M., McKee M., Rosso L. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии. – [Копенгаген]: Всемирная организация здравоохранения, 2008. – С. 138.

где снижение смертности произошло в на 28% (в Вологодской области на 18%; табл. 2).

Таблица 2

Смертность населения по основным классам причин (в расчете на 100000 населения)

| Классы причин смертности | 2000 г. | | 2005 г. | | 2008 г. | | 2009 г. | |
|--------------------------------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
| | РФ | ВО | РФ | ВО | РФ | ВО | РФ | ВО |
| Болезни системы кровообращения | 846,1 | 913,2 | 908,0 | 1042,3 | 835,5 | 939,3 | 800,98 | 934,3 |
| Болезни органов дыхания | 70,2 | 59,4 | 66,2 | 72,6 | 55,9 | 59,3 | 55,9 | 61,8 |
| Болезни органов пищеварения | 44,4 | 48,7 | 65,5 | 130 | 63,7 | 89,1 | 62,7 | 90,1 |
| Внешние причины | 219 | 234,5 | 220,7 | 271,1 | 172,2 | 196,5 | 158,3 | 191,9 |
| Всего умерших от всех причин | 1529 | 1600,6 | 1609,9 | 1884,7 | 1462,4 | 1631,9 | 1416,8 | 1623,6 |

Значительное сокращение *младенческой смертности*, которая является одним из важнейших интегральных показателей развития общества в целом. Несмотря на значительное снижение (с 15,3 в 2000 г. до 8,5 случаев на 1000 родившихся живыми в 2008 г.). Значение показателя соответствует предельно допустимому значению младенческой смертности, установленное Европейским Бюро ВОЗ, но все же в 2 раза выше, чем в развитых странах Европы. В Вологодской области младенческая смертность снизилась с 15 случаев на 1000 родившихся живыми в 2000 г. до 7,7 случаев в 2008 г. Однако в некоторых сельских районах показатель составляет 14 случаев на 1000 родившихся живыми.

Однако даже с учетом произошедших позитивных изменений смертность населения в Российской Федерации значительно превышает уровень развитых стран (табл. 3).

Таблица 3

Демографическая ситуация в России в сравнении с развитыми странами в 2007 г.

| Страна | Рождаемость (‰) | Смертность(‰) | Естественный прирост/убыль |
|----------------|-----------------|---------------|----------------------------|
| Германия | 8,3 | 10,1 | -1,7 |
| Италия | 9,5 | 9,7 | -0,2 |
| Канада | 10,7* | 7,1* | 3,6* |
| Россия** | 12,1 | 14,6 | -2,5 |
| Великобритания | 12,7 | 9,4 | 3,2 |
| США | 14,2* | 8,1* | 6,2* |
| Франция | 12,7 | 8,4 | 4,3 |
| Япония | 8,6 | 8,8 | -0,1 |

* 2006 г.

** 2008 г.

Источник: «Группа восьми» в цифрах. 2009: стат. сб. – М.: Росстат, 2009. – С. 37.

Уровень суицидов в России значительно превышает предельно-критическое значение, установленное специалистами Всемирной организации здравоохранения (20 случаев на 100 тыс. населения). Уровень смертности жителей региона от самоубийств оставался значительно выше аналогичного показателя по России на протяжении всего последнего десятилетия (рис. 1). Значительное повышение суицидальной активности отмечалось в 1992 и 1998 гг. – в годы самых громких политических, социальных и экономических потрясений.

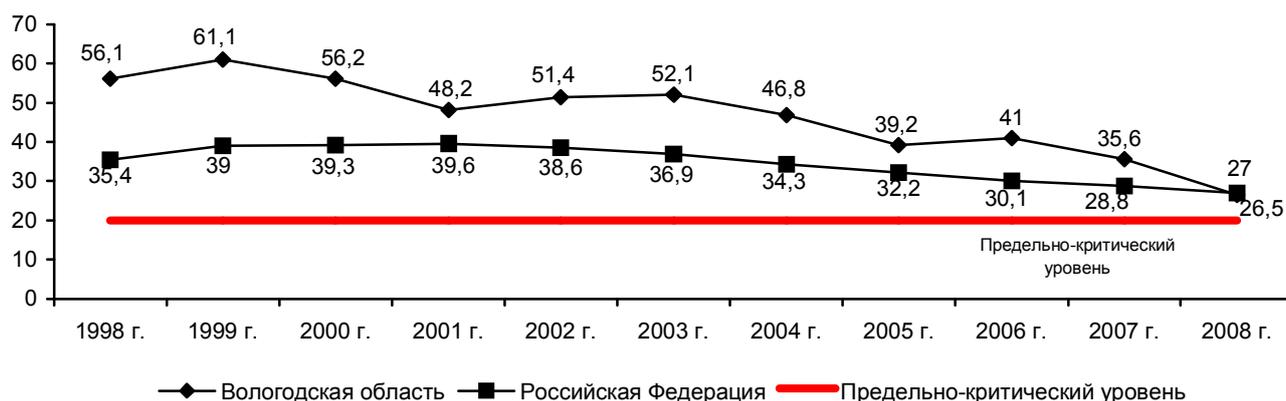


Рис. 1. Смертность населения от самоубийств в Вологодской области и Российской Федерации (умерших на 100 тыс. населения)

Источники: Ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 1995 – 2007. – С. 363; Российский статистический ежегодник. 1995 – 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 1995 – 2008.

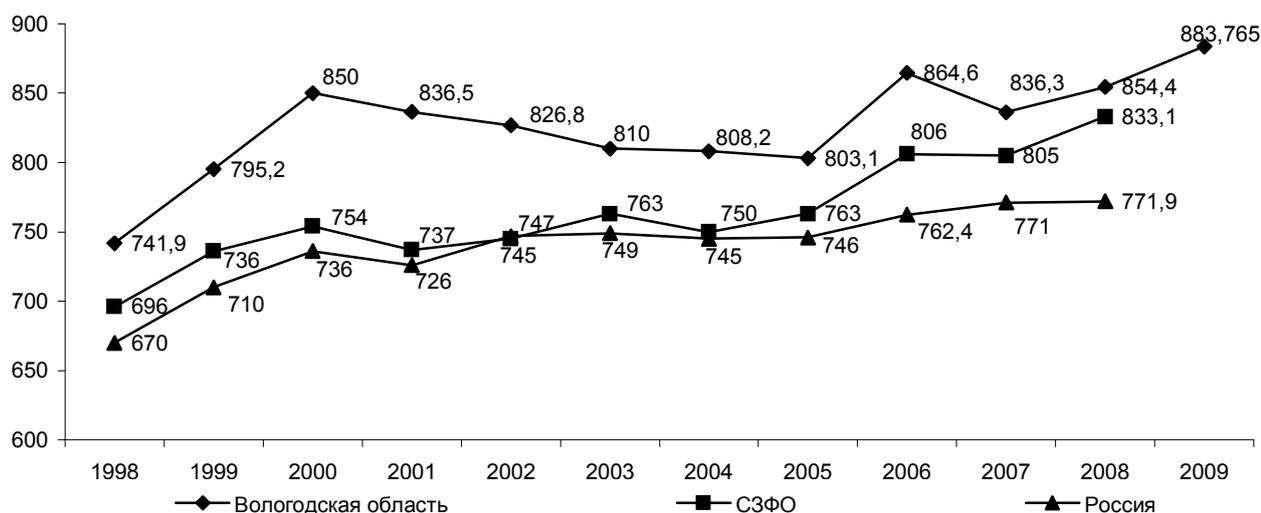


Рис. 2. Заболеваемость населения Вологодской области (на 1000 нас.)

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 990 с.; Статистический ежегодник Вологодской области. Стат. сб. 2008. – Вологда, 2009. . – С. 131.

В то же время во всех регионах России отмечается рост заболеваемости населения, с 2000 по 2008 г. уровень первичной заболеваемости населения в РФ увеличился на 15% (рис. 2). Ее структура практически не изменилась: ведущими причинами были болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни кожи и подкожной клетчатки, инфекционные и паразитарные заболевания. Остается высокой заболеваемость социально обусловленными болезнями.

3. Распространенность и влияние основных социально-экономических факторов, снижающих здоровье населения, существенно не изменились даже в период экономического оживления в развитии государства.

Исследование факторов, определяющих здоровье населения, проведенное на материалах мониторингов физического и психического здоровья населения, позволило сделать следующие принципиальные выводы.

Первое. Одной из важных характеристик, определяющих здоровье, является благосостояние индивида. Выявлены существенные различия самооценок здоровья у населения с различным уровнем доходов. Лица с высокими доходами выше оценивают свое здоровье, чем те, у кого доходы низкие. В 2008 г. 47% высокообеспеченных дали оценку своего здоровья, как «очень хорошее» и «довольно хорошее», а среди малообеспеченных таких только 30%. С 2000 по 2008 г. самооценка здоровья в группе с высокими доходами постоянно росла, в группе же с низкими доходами такой тенденции не выявлено.

В доходной группе с высоким достатком в 1,5-2,4 раза реже встречаются признаки тревоги и депрессии, чем в доходной группе с низким достатком. При этом в 2008 г. среди людей, относящих себя к «богатым» жителям, 9% отметили, что испытывали психологические проблемы, требующие помощи квалифицированного специалиста, в то же время среди «бедных» и «нищих» их удельный вес составил 18%.

Математический анализ влияния уровня доходов на здоровье проведенный с помощью логистической регрессии показал, что респонденты, имеющие средние доходы (2-4 квинтили в доходных группах) в 1,7 раза чаще имели проблемы со здоровьем и в 1,5 раза больший риск возникновения хронических заболеваний по сравнению с высокодоходными группами.

С начала 2000-х годов в РФ отмечался устойчивый рост доходов населения (номинальная заработная плата в сопоставимых оценках выросла в 3 раза), что привело к снижению удельного веса населения, с доходами ниже прожи-

точного минимума (с 29% в 2000 г. до 18% в 2009 г.). Представительство группы малоимущих по результатам социологических исследований снизилось более чем в 2 раза. Однако до сих пор 30% населения испытывает значительные материальные трудности (денег хватает только на приобретение продуктов питания; денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги), что ограничивает их возможности в сохранении здоровья.

Второе. Установлено, что существенное влияние на здоровье людей оказывает степень комфортности жилищных условий. Согласно результатам анализа, население, имеющее неудовлетворительные жилищные условия, имело двукратный риск (2,2 раза) ухудшения здоровья, и в 1,3 раза выше вероятность возникновения хронических заболеваний, в сравнении с проживающими в хороших условиях. За рассматриваемый период показатели здоровья населения, проживающего в хороших условиях, улучшились, а проживающих в неблагоприятных – ухудшились.

В 2008 г. по сравнению с 2000 г. доля лиц, имеющих недостатки в жилищных условиях, снизилась на 9%, однако на них указывают 44% населения, в том числе 41% – обращает внимание на необходимость капитального ремонта, 44% – на недостаток жилой площади, тесноту жилых помещений, 14% – на низкую температуру в квартире в холодное время года. Улучшение жилищных условий затруднено вследствие значительного роста стоимости жилья (стоимость 1 кв.м. с 2000 г. по 2008 г. в среднем увеличилась в 10 раз, а среднегодовой доход семьи из 2 взрослых и 1 ребенка за этот период возрос только в 5 раз).

Третье. Выявлено, что качество питания оказывает значимое влияние на здоровье населения. У лиц, имевших «неудовлетворительное» питание риск ухудшения здоровья в 2 раза больше, а среди «очень плохо» питавшихся в 3,4 раза, чем у тех, кто питался «полноценно». Возникновение хронических заболеваний у данных групп населения можно ожидать в 1,7 и 2 раза чаще, чем у «полноценно» питающихся соответственно. Нарушение принципов рационального питания – ведет к развитию болезней органов пищеварения и нарушения обмена веществ. За десять лет в России заболеваемость в этих группах болезней возросла в среднем на 30%.

Несмотря на то, что за период с 1998 по 2008 г. удельный вес расходов на приобретение продуктов питания в потребительских расходах населения Вологодской области существенно снизился (с 53,6% до 37% соответственно), в

2008 году расходы на питание оставались основной статьей расходов семейного бюджета. Доля жителей, оценивающих свое питание как «неудовлетворительное, очень плохое», в 2009 г. по сравнению с 2000 г. – снизилась втрое. Удельный вес тех, кто считает свое питание «нормальным», возрос за 10 лет в 1,6 раза. Однако, «полноценным» считают свое питание в 2009 г. лишь 11% населения.

Четвертое. Значительный риск ухудшения здоровья связан с отсутствием физической активности у большинства населения. Люди, чья физическая активность на работе сопровождается значительными передвижениями, подвергаются существенно меньшему риску ухудшения здоровья по сравнению с лицами, имеющими сидячую работу (в 0,4 раза меньше в 2002 г. и в 0,7 раза – в 2008 г.). Плохое здоровье – в 3,4 раза чаще имеют лица, не занимающиеся спортом. У населения, занимающегося спортом в 2 – 3 раза меньше риск, возникновения хронических заболеваний. Таким образом, пассивные люди подвергаются значительно большему риску возникновения заболеваний по сравнению с лицами, ведущими активный и умеренно-подвижный образ жизни.

Согласно данным исследования физической активности населения на работе 34% жителей Вологодской области имеет «сидячую» работу. Среди них большая доля (60%) предпочитает пассивный отдых во внерабочее время, спортом занимается лишь 7%. Больше внимание спорту в своё свободное время уделяют те, кто имеет умеренную физическую активность на работе. В целом 56% населения свободное время чаще всего проводит дома. Прогулки на свежем воздухе предпочитает 36% и только 11% – занимаются физкультурой и спортом, посещают спортивные залы или фитнес-центры. Удельный вес населения занимающегося спортом с 2000 г. по 2008 г. изменился не существенно (рост с 7 до 11%).

Пассивное времяпрепровождение, как на работе, так и в свободное время распространено и среди представителей молодого возраста, большинство из которых предпочитает пассивные формы досуга. По данным мониторинга 45% молодежи свободное время проводит дома перед телевизором или компьютером, 38% – просто гуляет по улицам и лишь 18% занимается физкультурой и спортом.

Пятое. Особую опасность для здоровья населения представляют курение, злоупотребление алкоголем, пренебрежение основами здорового образа жизни. Среди курящего населения удельный вес негативных оценок здоровья в 2,5 раза

больше у тех, кто выкуривает более 10 сигарет в день. Вместе с этим высока доля хороших самооценок здоровья среди часто курящих 30%, тогда как среди курящих меньше только 16%. Главная причина подобного обратного распределения лежит, на наш взгляд, в сфере массовой психологии и связана с дефицитом знаний о здоровье и здоровом образе жизни, а также со сложившимся убеждением: «Пока здоров – курю, если заболею, – то брошу»

Актуальность этой проблемы обостряется тем, что частота курения в России – одна из самых высоких среди индустриально развитых стран, и продолжает расти. Доля ежедневно курящих в возрасте 15 лет и старше в России составляет 38%, в странах ЕС – 27%⁴. Каждый год потребление табачных изделий в стране растет на 1,5–2%⁵.

4. Проведенная в исследовании типологизация населения по здоровью с учетом воздействия факторов риска подтвердила гипотезу о том, что низкие доходы населения ограничивают возможности сохранения и укрепления здоровья.

Проведенное исследование доказывает широкое распространение среди населения факторов, детерминирующих здоровье, или факторов риска. Объединение их в условные группы позволило выделить совокупности населения, сходные по числу воздействующих факторов и степени их влияния на здоровье. На первом этапе было сформировано три группы факторов риска, воздействующих на здоровье, в равной мере относящихся к мужчинам и к женщинам:

- Первую группу составили социально-экономические факторы (низкий уровень образования (ниже среднего специального), некомфортность жилья, неудовлетворительное питание), зависящие от материального благополучия и социального статуса населения. В 2008 г. наличие факторов данной группы отмечали у 67% (66,1% в 2000 г.) населения.

- Вторая группа факторов связана с образом жизни людей (курение, употребление алкогольных напитков, низкая физическая активность, отсутствие профилактики основных болезней). Распространение факторов этой группы в популяции в 2008 г. составило 93% (91,1% в 2000 г.).

⁴ База данных “Здоровье для всех” (БД ЗДВ), Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (январь 2009 г.). – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>

⁵ Социальная сфера общества сегодня, завтра, послезавтра. Взгляд из Центра и регионов России // Информационно-аналитический бюллетень. – 2008. – №1. – 71 с. – URL: www.isras.ru

- Третья группа факторов – возраст (старше 50 лет) и наличие хронических заболеваний, являющиеся как фоном ухудшения здоровья, так и причиной возникновения новых заболеваний. Эти факторы присущи 52% населения (57% в 2000 г.).

Распространенность выделенных групп факторов риска среди населения с различным уровнем доходов неодинакова. Факторы 3 группы в равной степени представлены во всех доходных группах. В то время как среди малообеспеченных (нижний квинтиль) значительно преобладают факторы риска 1 группы в сравнении с высокодоходной группой (78,4 и 57,8% в 2008 г.; 81 и 46% в 2000 г. соответственно). Подобная зависимость прослеживается и в отношении факторов образа жизни, выделенных во 2 группу, их присутствие отмечено у 95% наименее обеспеченных и у 88% наиболее обеспеченных. Выявлено снижение распространенности факторов риска данной группы среди наиболее обеспеченных граждан с 95% в 2000 г. до 88% в 2008 г., произошедшее в основном за счет уменьшения потребления алкогольной продукции и большего распространения мероприятий по профилактике основных заболеваний.

На втором этапе с учетом воздействия числа факторов среды, выделены следующие группы населения:

- Не подверженные влиянию перечисленных факторов риска, их 2% (2,3 в 2000 г.);
- Подвержены воздействию 1-2 факторов риска – 18,5% (19,3 в 2000 г.);
- Подвержены воздействию 3-4 факторов риска – 47,7% (40,7 в 2000 г.);
- Подвержены воздействию 5 и более факторов риска – 33% (37,6 в 2000 г.).

Наиболее многочисленна группа населения, испытывающая одновременно влияние 3-4 факторов риска, ее социальные характеристики таковы: люди, состоящие в браке; имеющие не высокий уровень образования (начальное и среднее); проживающие на селе; имеющие низкий уровень доходов; либо занимающиеся предпринимательской деятельностью. Менее всего подвержены «рискам» ответственные работники органов управления, руководители государственных предприятий, студенты и лица, имеющие высшее образование.

По мере увеличения числа факторов риска, воздействующих на индивида, соотношение хороших и плохих оценок здоровья изменяется: от абсолютного превосходства хороших оценок в группе, где рассматриваемые факторы риска отсутствуют, до преобладания отрицательных характеристик здоровья над по-

ложительными (21 и 17% соответственно) в группе с многочисленными факторами риска (табл. 4).

Таблица 4

**Оценка состояния собственного здоровья населением Вологодской области
в зависимости от влияния факторов риска (2008 г., в % от числа опрошенных)**

| Число «факторов риска» | Самооценка здоровья | | | | | |
|---|---------------------------------|---------|--------------------|---------|----------------------|---------|
| | Очень хорошее, довольно хорошее | | Удовлетворительное | | Плохое, очень плохое | |
| | 2008 г. | 2000 г. | 2008 г. | 2000 г. | 2008 г. | 2000 г. |
| Не подвержены воздействию факторов риска | 72,7 | 82,9 | 27,3 | 14,3 | 0,0 | 0,0 |
| Подвержены воздействию 1-2 факторов риска | 44,2 | 56,6 | 48,9 | 39,0 | 6,8 | 7,4 |
| Подвержены воздействию 3-4 факторов риска | 31,1 | 33,5 | 55,8 | 53,0 | 13,0 | 13,5 |
| Подвержены воздействию 5 и более факторов риска | 17,0 | 12,8 | 62,0 | 56,0 | 21,0 | 31,2 |

Сопоставление самооценок здоровья и числа, воздействующих на индивидов факторов позволило сформировать три типовые группы населения:

- Здоровые без воздействия факторов риска;
- Относительно здоровые с воздействием факторов риска;
- Больные с воздействием факторов риска.

Схема 3 характеризует общий подход к формированию типовых групп населения. Первая группа – крайне малочисленна, к ней чаще всего относятся лица молодого возраста (до 30 лет), для сохранения здоровья которых достаточно информационно-профилактической работы и повышения физической активности (первичная профилактика болезней). Две последующие группы – в основном лица в возрасте старше 30 лет. При этом во второй типологической группе значительна доля тех, кто имеет «вредные привычки», такие как курение, чрезмерное потребление алкоголя, но пока не ощущает значимых изменений в здоровье, оценивая его как довольно хорошее или удовлетворительное. Этим людям нужны не только доступные медицинские услуги, но и возможность социальной реабилитации. Из вышесказанного следует, что для сохранения и укрепления здоровья населения необходимы меры не только поправляющие здоровье уже больных людей, но и поддерживающие здоровье здоровых.

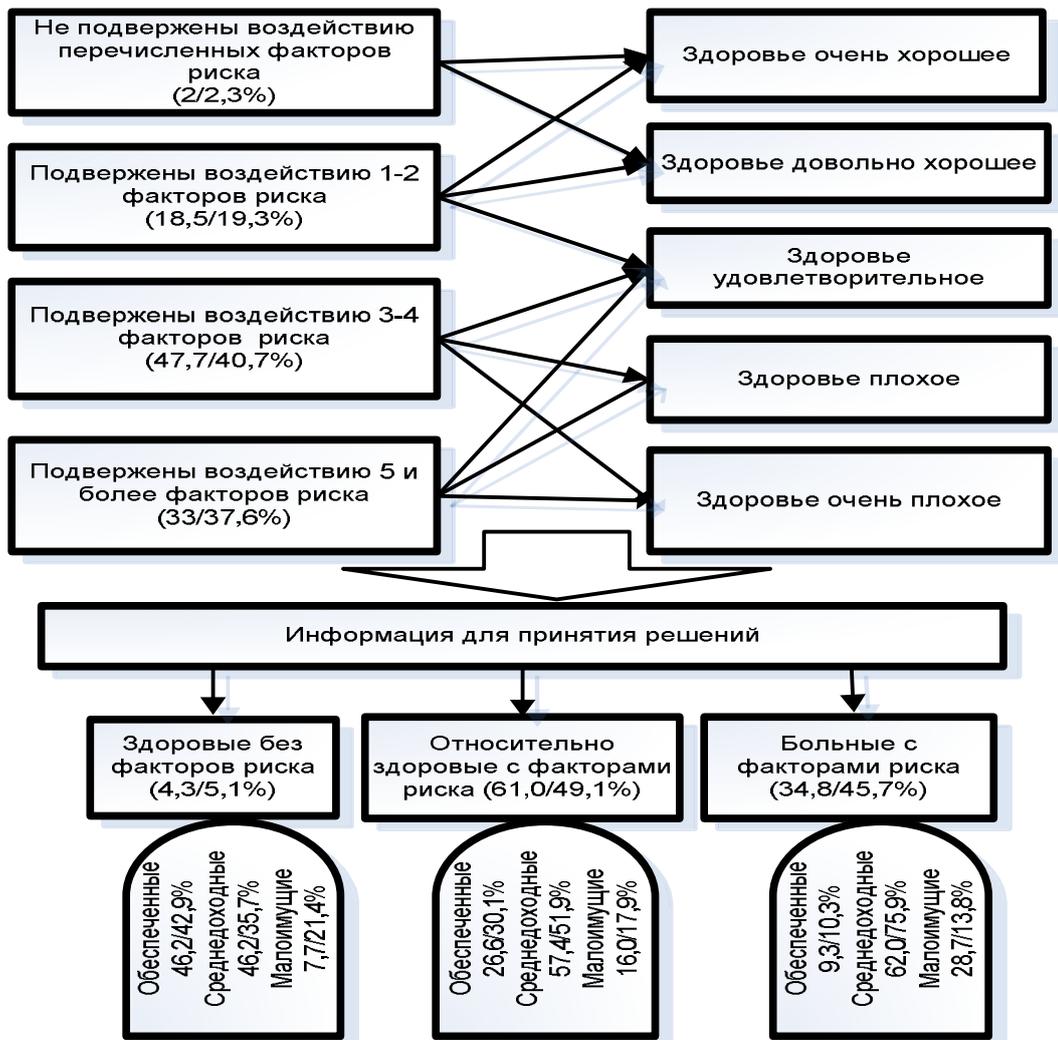


Рис. 3. Типологизация населения при цепочке «факторы риска – группы риска» (2008 г. /2000 г.).

Обобщение анализа типологических групп позволило сделать следующие выводы:

- с 2000 по 2008 гг. распространенность факторов риска в целом в популяции существенно не изменилась;
- распространенность выделенных факторов риска в группах с разным уровнем дохода не одинакова;
- люди с низким уровнем доходов чаще испытывают влияние большого числа факторов риска;
- в высокодоходной группе населения за обсуждаемый период снизилось потребление алкогольных напитков, и стали более популярны меры по профилактике болезней;
- удельный вес обеспеченных в 1,5 – 3 раза выше, чем малоимущих в группах здоровых и относительно здоровых лиц.

– представительство малоимущих в группе «больные с факторами риска» за 8 лет увеличилось в 2 раза.

Вышеизложенное подтверждает гипотезу о том, что низкие доходы населения ограничивают возможности сохранения и укрепления здоровья.

5. Репродуктивный потенциал страны и региона снижается.

Несмотря на некоторые положительные тенденции в динамике отдельных компонент репродуктивного потенциала, такие как:

– рост суммарного коэффициента рождаемости (в России с 2000 по 2008 г. незначительно увеличился с 1,34 до 1,49 на 1 женщину – все население, 1,89 – сельское);

– снижение уровня младенческой смертности.

– снижение уровня материнской смертности (с 1998 по 2008 г. в России он снизился в 2 раза).

Репродуктивный потенциал России, как и Вологодской области снижается. Об этом свидетельствуют:

– снижение удельного веса женщин репродуктивного возраста в период с 2002 г по 2008 г. (в Вологодской области с 27 % до 24% соответственно);

– старение населения,

– трансформация модели рождаемости,

– увеличение среднего возраста женщины при рождении ребенка,

– ухудшение репродуктивного здоровья населения.

Построенная типологическая матрица показывает (рис. 4), что существует взаимосвязь между социально-экономическим развитием территории и ее репродуктивным потенциалом. Муниципальные образования с высоким уровнем социально-экономического развития чаще имеют высокий репродуктивный потенциал.

На основании анализа выделены территории с низким уровнем репродуктивного потенциала и риском снижения общественного здоровья и демографического развития. Эти муниципальные образования требуют повышенного внимания служб здравоохранения и улучшения социально-экономической обстановки.

| | | | | | |
|-------------------------------|------------------|--|--|---|----------------------|
| Соц.- эконом. положение | выше среднего | | г. Череповец | Великоустюг- ский г. Вологда Кадуйский | Репрод. потенциал |
| | средний | Усть- Кубинский | Вологодский Бабаевский Кирилловский Сокольский Череповецкий Шекснинский | Тотемский | |
| | низкий | Белозерский Вашкинский Вожегодский Сямженский Устюженский Харовский | Вытегорский Бабушкинский Грязовецкий Кичм.-Городецкий Междуреченский Никольский Нюксеницкий Тарногский Чагодощенский | Верховаж- ский | |
| | | низкий | средний | выше среднего | |

-  - сектор повышенного риска, требует особого внимания служб здравоохранения и улучшения социально-экономического климата
-  - существует определенный задел, главная задача не растерять его, уделяя больше внимания репродуктивному здоровью
-  - хороший репродуктивный потенциал и есть возможности для его повышения
-  - высокий уровень репродуктивного потенциала

Рисунок 4. Типологическая матрица репродуктивного потенциала региона

6. Существует значительный гендерный диспаритет в диагностике, лечении и учете заболеваний репродуктивной сферы. Незрелость андрологической помощи в стране, несформированная культура обращения к услугам андролога снижают потенциал здоровья мужчин. Методы статистического учета заболеваемости в уроандрологии не позволяют прогнозировать демографический ресурс (региона, страны) по заболеваниям мужской половой сферы и репродуктивный потенциал.

Проведенное исследование показало, что в системе охраны репродуктивного здоровья отсутствует естественный логичный паритет, что выражено в следующем:

1. Отсутствие врачей-андрологов в поликлиническом звене.

Репродуктивная функция традиционно связывается с организмом женщины. Именно в этой связи система охраны репродуктивного здоровья сегодня – это развитая сеть учреждений гинекологического профиля: имеются смотровые кабинеты, женские консультации, гинекологические стационары, служба детской и подростковой гинекологии. В то же время отсутствует служба андрологической помощи.

Существующая урологическая служба поликлиник не рассчитана на качественную профилактику и лечение репродуктивных заболеваний мужчин. Она основывается на принципе «коллективной ответственности», когда эндокринолог направляет больных к урологу, уролог – к хирургу, хирург – к специалисту по ультразвуковой диагностике и т.д. Таким образом, за пациента в целом – с точки зрения его репродуктивной системы – не отвечает ни один конкретный специалист, то есть услуги здравоохранения не отвечают потребностям мужчин в охране их репродуктивного здоровья. Для обследования и лечения женщин функционируют гинекологические койки, тогда как андрологических коек нет, а для лечения мужских проблем, связанных с репродуктивным здоровьем, в конечном фонде предусмотрены только урологические. Отсутствует система наблюдения и реабилитации больных репродуктологического профиля.

2. Отсутствие статистики, позволяющей определить уровень и масштабы репродуктивных проблем мужского населения.

В настоящее время официальная статистика не выделяет поражений органов репродуктивной системы у детей мужского пола из состава болезней мочеполовой системы, тогда как в заболеваемости детей женской пола (0–17 лет) отмечены: расстройство менструаций, сальпингит и оофорит. Помощь детского андролога не включена в программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. В тоже время по оценке Центра детской и подростковой андрологии (г. Москва), потребность в андрологической помощи составляет 37–39%, то есть каждый третий мальчик имеет отклонения в состоянии репродуктивного здоровья, из них одна треть, или в целом каждый десятый серьезно рискует оказаться бесплодным. Среди заболеваемости взрослых мужчин официальная статистика выделяет только болезни предстательной железы (заболеваемость которыми с 2000 по 2008 гг. увеличилась на 34%) и мужское бесплодие (его уровень с 2000 по 2008 гг. вырос в 4 раза).

3. Высокий уровень бесплодных семей, которые примерно в 30% случаев связаны с мужским бесплодием.

Частота бесплодных браков в некоторых регионах России превышает критический уровень (15%) и составляет от 8 до 19,6%. Анализ причин бесплодия показывает, что женское бесплодие встречается в 35–40% бесплодных браков, на долю мужского приходится 30–35%, в остальных случаях причинами бесплодия являются заболевания обоих супругов.

Таким образом, существующая в настоящее время система профилактики и лечения заболеваний репродуктивной сферы мужчин и методы статистического учета заболеваемости в уроандрологии приводят к значительной потере репродуктивного потенциала и не позволяют прогнозировать демографический ресурс по заболеваниям мужской половой сферы и репродуктивный потенциал в целом. Современная демографическая ситуация в совокупности с общим дефицитом мужского населения по отношению к числу женщин, его сниженным нынешним и ожидаемым репродуктивным потенциалом определяет необходимость осуществления неотложных организационных мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи мужскому населению по профилю андрология.

7. Проведенное на основе авторской методики исследование позволяет утверждать, что здоровье детей ухудшается. Снижение потенциала здоровья происходит не равномерно, а в основные критические периоды детства: первый год жизни, период 6-7 лет, 12 лет. В разные возрастные интервалы жизни детей определяющее значение для формирования здоровья имеют не одинаковые группы факторов.

Анализ изменений здоровья детской популяции и определяющих его факторов осуществлялся как на основе статистических данных, так и при помощи проспективного мониторинга когорт семей с детьми. Согласно статистической информации здоровье детского населения ухудшается, о чем свидетельствуют негативные тренды основных показателей. В России около 40% детей рождаются больными или заболевают в ближайшее время. В среднем каждый десятый младенец рождается недоношенным и с низкой массой тела. В течение последнего пятилетия среди детей первого года жизни частота отдельных классов и групп болезней увеличилась на 13–23%. Показатель детской инвалидности в

РФ с 2000 по 2008 гг. стабилизировался на уровне 190–200 на 10 000 детского населения (520–550 тыс. детей-инвалидов). В Вологодской области за этот период детская инвалидность выросла на 21%. За период 2000 – 2007 г. уровень заболеваемости детей в возрасте 0 – 14 лет в России вырос на 43%, увеличиваясь в среднем на 4% ежегодно. Подобная тенденция прослеживается и в Вологодской области, где уровень заболеваемости детей за аналогичный период увеличился на 39%. Рост заболеваемости происходит преимущественно за счет хронических болезней, их доля в структуре всех нарушений здоровья в настоящее время превышает 30%. Наиболее значительный рост зафиксирован в классе болезней крови и кроветворных органов (в 2 раза), и болезнью мочеполовой системы (в 1,6 раза).

Анализ данных мониторинга свидетельствует, что снижение потенциала здоровья детей происходит уже в течение первого года жизни: во всех наблюдаемых когортах к одному году происходит удвоение доли детей с выявленными хроническими заболеваниями, при снижении удельного веса здоровых детей, и детей с группой здоровья 2А (имеющих минимальный риск снижения здоровья). В возрастном промежутке с 4 до 7 лет также происходит значительное ухудшение здоровья детей, особенно в год, предшествующий поступлению в школу (с 6 до 7 лет удельный вес детей с хроническими заболеваниями увеличился с 18% до 26% в когорте 1995 г.; с 18% до 23% в когорте 1998 г.; с 20% до 24% в когорте 2001 г.). К 12 годам, в силу физиологических особенностей, у детей укрепляется иммунная система, сокращается удельный вес часто болеющих простудными заболеваниями. Однако увеличивается заболеваемость опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, снижается острота зрения, т.е. растет число хронических патологий.

Проведенный анализ позволил выявить факторы, оказывающие статистически существенное влияние на здоровье детей. Установлено, что в различные возрастные отрезки их воздействие не одинаково. В раннем детстве наиболее значительное влияние на здоровье детей оказывают следующие факторы:

– *Плохое здоровье родителей*, так матери здоровых детей в 65% случаев имели хорошее и отличное здоровье, а у больных детей – только 51%. В то же время, у больных детей матери значительно чаще имели удовлетворительное здоровье (43%), чем у здоровых (35%).

– *Низкий уровень гемоглобина у женщин в период беременности*: у матерей, страдавших анемией во время беременности, всего 29% детей родились

здоровыми, за год удельный вес детей с первой группой здоровья снизился до 8%, к 2 годам – до 7%, к 3 годам составил чуть больше 1%. В то же время среди заболеваний, предшествующих беременности или возникших во время ее протекания, с 1995 по 2007 г. основную долю составляли анемии – 35%.

– *Курение матери*, увеличивает риск рождения маловесных детей с ослабленным здоровьем. У женщин продолжавших курить и во время беременности удельный вес детей, родившихся с нормальным весом, составил всего 3–14%. Несмотря на это по данным мониторинга 27% женщин курили до беременности, во время беременности – 12%.

– *Условия труда будущей матери*, не соответствующие санитарным нормам. В когорте 1995 г. матери больных детей значительно чаще работали в запыленных условиях (12,5% против 8,8% у здоровых), повышенной температуре (12,5% против 2,9%), психическом напряжении (37,5% против 29,4%), в ночное время (12,5% против 1,5%). Данный фактор также широко распространен в популяции, так в регионе в 2006 г. 26% женщин трудились в не отвечающих санитарным нормам условиях.

– *Характер вскармливания детей* влияет на их здоровье не только в раннем детстве, но и в последующие периоды. По данным мониторинга, дети, находившиеся на грудном вскармливании до 6 месяцев, в 2 раза реже болели по сравнению с детьми, находящимися на искусственном питании. В то же время распространенность грудного вскармливания в России невелика: в 2008 г. лишь 41% младенцев находились на грудном вскармливании до 6 месяцев и 39% – до 1 года.

При формировании здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте значимыми становятся несколько иные факторы, чем в младенческом. Увеличивается удельный вес факторов среды обитания, образа и уровня жизни семьи, снижается воздействие медико-биологических факторов, наиболее существенное влияние оказывают следующие:

– *Ослабленное здоровье детей в первый год жизни* усиливает риск формирования хронических заболеваний в старшем возрасте. У детей, не болевших на втором году жизни, к пяти годам не было хронических заболеваний. В то время как среди детей, часто болевших в 2 года, к 5 годам 10% имели хронические заболевания, к восьми годам – 30%.

– *Низкие доходы семей* лимитируют возможность организации полноценного питания детей и вложения средств в профилактику и укрепление их здоро-

вья. Данные обследования доказывают, что при недостаточном, несбалансированном питании дети чаще болеют, а ограниченность родителей в средствах затрудняет приобретение необходимых лекарственных препаратов. Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что факторы риска, ведущие к ухудшению здоровья детей, сконцентрированы в семьях с низкими доходами. Несмотря на то, что в период с 2000 по 2008 г. в связи с оживлением в экономике отмечался рост заработной платы, около 20% детей в возрасте до 16 лет в России проживают в условиях бедности.

– *Неблагоприятные жилищные условия*, дискомфорт микроклимата жилища (теснота, некомфортная температура, влажность, запыленность) приводит к ослаблению возможностей общего сопротивления организма воздействиям внешней среды, снижению иммунитета, что в свою очередь является предпосылкой возникновения частых респираторных и аллергических заболеваний. Негативное влияние условий проживания с течением времени накапливается. Более половины семей в исследовании оценили свои жилищные условия как удовлетворительные, однако 13 – 18% респондентов указывали, что проживают в плохих, либо требующих капитального ремонта домах и квартирах. Оценка жилищных условий за период с 1995 по 2008 г. существенно не изменилась.

– *Неудовлетворительные экологические условия в районе проживания*. Так, в когорте 1998 г. хорошее здоровье имели 33% детей проживающих в благоприятных экологических условиях и 17% – в семьях с плохими экологическими условиями в месте постоянного проживания. Подобные данные получены и в другие годы обследования. В тоже время следует отметить, в среднем 28% детей (по оценке родителей) проживают в плохих или очень плохих экологических условиях. Оценка экологических условий за период с 1995 по 2008 г. существенно не изменилась.

– *Низкий уровень социально-гигиенической грамотности и медицинской активности родителей*. Мониторинг позволил выделить следующие характеристики медицинской активности семей: медицинская активность родителей по мере взросления ребенка падает; родители часто неадекватно оценивают здоровье детей, не видят необходимости в организации диетпитания, консультаций у врачей-специалистов, что могло бы предотвратить развитие хронических заболеваний; многие семьи при различных недомоганиях ребенка не обращаются к врачу, предпочитая самолечение. Вместе с тем, среди закаленных в 1,5 – 2 раза больше детей с крепким здоровьем. В отношении организации диетпитания,

своевременных консультаций квалифицированных специалистов (мероприятий не очень дорогих, но эффективных) суждения семей и педиатров значительно разнятся. По мнению медиков, диетпитание требуется 18 – 23% детей, родители считают его необходимым его соблюдение лишь в 2 – 5% семей.

8. Улучшение отдельных показателей деятельности системы здравоохранения (увеличение финансирования, обновление транспортного парка и оборудования, увеличение оплаты труда работников сферы) не привело к существенным изменениям функционирования отрасли в целом.

За период с 2000 по 2008 г. произошло увеличение финансового обеспечения здравоохранения, в тоже время Россия значительно (от 3 до 10 раз) отстает от многих развитых стран по этому показателю (табл. 5). Приведение соотношения между объемом государственных расходов на здравоохранение и величиной национального дохода в соответствие со стандартами развитых стран мира позволило бы увеличить уровень бюджетного финансирования отрасли в 1,5-2 раза в расчете на каждого жителя России. Это могло бы создать возможности для существенного улучшения условий функционирования сферы охраны и укрепления здоровья, даже при существующем уровне общественного производства, а в последующем – расширить их благодаря поступательному росту ВВП.

На фоне увеличения общего финансирования здравоохранения имеет место значительное недофинансирование отрасли из государственных источников и неэффективное распределение средств между субъектами федерации, усиливающее дифференциацию. Удельный вес государственных расходов на здравоохранение в России в 1,8 раза ниже, чем в среднем в странах ОЭСР (3,7% в сравнении с 6,6% ВВП). Уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий в стране менее 100%. В 2007 г. в 60 субъектах РФ финансирование ТППГ было дефицитным, в 2008 г дефицит финансирования составил в среднем 43%, при этом наблюдается значительная дифференциация регионов по этому показателю. Вместе с тем существует пропорциональная зависимость между государственным финансированием здравоохранения и величиной ожидаемой продолжительностью жизни.

Соотношение расходов на здравоохранение и ВВП

| Страна | Общие расходы на здравоохранение (на душу населения), долл. по ППС | | ВВП на душу населения, долл. по ППС | | Отношение величин в странах ОЭСР к уровню РФ, в разгах | |
|----------------|--|------|-------------------------------------|-------|--|-----|
| | 1999 | 2006 | 1999 | 2007 | здравоохранение | ВВП |
| Франция | 2 306 | 3420 | 22 897 | 33600 | 4,9 | 2,5 |
| Германия | 2 566 | 3465 | 23 743 | 33530 | 5,0 | 2,5 |
| США | 4 335 | 6719 | 31 872 | 45850 | 9,6 | 3,5 |
| Великобритания | 1 700 | 2815 | 22 093 | 26640 | 4,0 | 2,0 |
| Канада | 2 400 | 3673 | 26 251 | 35310 | 5,3 | 2,7 |
| Италия | 1 859 | 2631 | 22 172 | 29850 | 3,8 | 2,3 |
| Япония | 1 829 | 2581 | 24 898 | 34600 | 3,7 | 2,6 |
| Россия | 285 | 698 | 7 473 | 13201 | х | х |

Источники: Human Development Report 2001. Making New Technologies Work for Human Development New York – Oxford: Oxford University Press, 2001. – 278 p.; Доклад о развитии человека 2005. Международное сотрудничество на перепутье: помощь, торговля и безопасность в мире неравенства. – М.: Весь Мир, 2005. – 416 с.; The World Health Report 2006: Working together for health. – WHO. Geneva, 2006. – 209 p.

При общем высоком уровне обеспеченности медицинскими кадрами в стране наблюдается значительный дефицит (30-40%) медицинских кадров первичного звена. Кроме того для России характерно территориальное неравенство в обеспеченности населения медицинским персоналом в разрезе город/село. В сельской местности обеспеченность врачебными кадрами почти в 4 раза ниже, чем в среднем по РФ, а средним медицинским персоналом – в 2 раза. Наиболее существенные причины недостатка специалистов низкий уровень заработной платы в сфере здравоохранения; неудовлетворительное оснащение медицинским оборудованием и медикаментами, особенно сельских больниц и ФАПов. Несмотря на значительный рост (с 2000 по 2008 г. оплата труда медицинских работников увеличилась в 10 раз) ее уровень в 1,3 раза ниже, чем по экономике в целом. В тоже время заработная плата врачей в странах ЕС, например в Германии, в 3-5 раз превышает заработную плату рабочих и в 2 раза – служащих.

Из-за отсутствия соответствующего финансирования у подавляющего большинства медицинских учреждений слабая материально-техническая база. По данным официальной отчетности в 2008 г. 46% зданий больничных учреждений и 24% – амбулаторно-поликлинических требовали капитального ремонта.

та, более трети медицинских учреждений не имели горячего водоснабжения. Обеспеченность учреждений современным медицинским оборудованием крайне низка.

В оказании медицинской помощи населению преобладает стационарное лечение. При этом интенсивность и эффективность этого вида помощи низка, о чем говорит продолжительность лечения в стационарных условиях (14 дней), превышающая таковую как в развитых странах, так и в трансформационных экономиках (6 – 8 дней).

Проводимое в рамках реструктуризации здравоохранения развитие мало-затратных и эффективных форм медицинской помощи в регионах России происходит неравномерно. Важными причинами этого являются недостаточная разработанность нормативной базы, и недостаточная укомплектованность медицинских учреждений в части регионов высокотехнологичным оборудованием (например, специализированных центров амбулаторной хирургии).

Обозначенное приоритетом развитие амбулаторно-поликлинического звена осуществляется медленно. Качество приёма пациентов российскими врачами «первичного контакта» оценивается экспертами как низкое. Доля неверных диагнозов и назначений, допускаемых врачами на первичном приеме, достигает 40% (для сравнения, в Англии величина подобных ошибок не превышает 9,3).

Неэффективное управление системой здравоохранения, проявляется в отсутствии стратегического планирования, а также недостаточном использовании эффективных инструментов управления и низкой научной обоснованности принимаемых решений в отрасли в целом.

9. На основе исследования доступности медицинских услуг выявлена значительная дифференциация населения в возможности получения своевременной квалифицированной медицинской помощи. Определены основные факторы, снижающие доступность медицинской помощи для населения.

Проведенный анализ позволяет утверждать, что наименьшие возможности в получении необходимого медицинского обслуживания при прочих равных условиях имеют низкодоходные слои населения, и жители сельской местности.

Доступность медицинской помощи для населения существенно снижают следующие факторы:

– Территориальная отдаленность лечебно-профилактических учреждений от места проживания и неразвитость дорожно-транспортного сообщения.

Территориальное неравенство населения в возможностях получения необходимой медицинской помощи возникает как следствие неоднородности обеспечения территорий объектами социальной инфраструктуры. Число медицинских учреждений в сельской местности стремительно сокращается: амбулаторно-поликлинических учреждений с 2000 по 2008 г. стало меньше в 3 раза; участковых больниц – в 7 раз (при этом настолько стремительной убыли сельского населения в этот период не было зафиксировано).

Вследствие сокращения числа медицинских учреждений увеличивается радиус их обслуживания. Например, радиус обслуживания районными больницами населения муниципальных образований Вологодской области варьирует от 52 до 154 км.

Неразвитость дорожно-транспортного сообщения в сельской местности значительно снижает возможности сельского населения в получении своевременной медицинской помощи. По статистическим данным, около 50% сельских населенных пунктов в области не имеют связи по дорогам с твердым покрытием с сетью путей сообщения общего пользования.

Вместе с тем, данный факт не может рассматриваться как реальное препятствие для эффективного обеспечения медицинскими услугами людей, живущих в отдалённых от городов населённых пунктах. В развитых странах эта проблема успешно разрешается за счёт организации выездных практик медицинского обслуживания.

– Неудовлетворительная оснащённость сельских учреждений медицинского обслуживания оборудованием, кадрами, медикаментами.

Для России характерно территориальное неравенство в обеспеченности населения медицинским персоналом в разрезе город/село. В сельской местности обеспеченность врачебными кадрами почти в 4 раза ниже, чем в среднем по РФ (1,2 на 1000 человек, проживающих в сельской местности), а средним медицинским персоналом – в 2 раза (5,5 на 1000 человек, проживающих в сельской местности). Это снижает доступность качественной медицинской помощи для сельских жителей и является одним из факторов снижения их здоровья.

Анализ обеспеченности медицинской техникой медицинских учреждений различного уровня выявил, в районных больницах уровень обеспеченности в 5 раз ниже, чем в городских или областных, что значительно снижает доступность и качество медико-диагностических услуг для сельского населения. При этом более 50% эксплуатируемой медицинской техники имеет 100% моральный и физический износ⁶. Несмотря на увеличение поставок новой медицинской техники в учреждения здравоохранения региона в рамках национального проекта «Здоровье», потребность в новой медицинской технике удовлетворяется только на 30 – 40%. Выйти из сложившейся ситуации поможет только плановое обновление парка медицинской техники с достаточным финансированием, компенсирующим хотя бы её годовой износ.

Низкая оснащённость фельдшерско-акушерских пунктов и сельских амбулаторий квалифицированными кадрами, медикаментами, оборудованием, сложность их лицензирования в отсутствие систем водоснабжения и водоотведения, практика сокращения и перепрофилирования участковых больниц в сельские амбулатории значительно снижают доступность медицинской помощи для жителей отдалённых сельских поселений.

– Высокая стоимость лекарственных препаратов, неэффективность их распределения

В исследовании установлено, что более 30% населения региона испытывает трудности с приобретением необходимых лекарственных препаратов. Наиболее актуальна данная проблема для людей пенсионного возраста, лиц, имеющих хронические заболевания и низкодоходных групп населения. В 2008 г. на трудности в приобретении лекарств указало около 30% молодежи и 45% лиц пенсионного возраста, причём с 2004 г., по данным социологических ис-

⁶ Щербакова А.А., Дороговцев А.П. Исследование состояния парка медицинской техники учреждений здравоохранения региона (на примере вологодской области) / Проблемы развития территории. Вып. 50. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – С. 51-55.

следований, существенных положительных изменений в данной ситуации не произошло. Выявлено существование больших затруднений в приобретении лекарств в 20% группе наименее обеспеченных граждан, в сравнении с 20% наиболее обеспеченных (49 и 27% соответственно). На проблемы с лекарственным обеспечением указывали 51% жителей имеющих хронические заболевания (без хронических заболеваний 27%).

Среди причин, обуславливающих сложность приобретения лекарств для большей части населения (61%), является их высокая стоимость; около 15% испытывали затруднения в получении бесплатных лекарств, из них 11% получили отказ при получении медикаментов от продавцов аптек и около 4% – при выписке рецепта врачом.

Главной причиной неудовлетворительного обеспечения населения лекарствами является неэффективная схема их распределения и неадекватная оценка потребностей в медикаментах на уровне субъектов РФ. Так, в ряде регионов России на 1 января 2009 г. зафиксированы неиспользованные объёмы дорогостоящих препаратов на сумму 11 млрд. рублей, в то время как во многих субъектах РФ ощущается их острый дефицит.

– Коммерциализация медицинских услуг

Платность медицинских услуг рассматривается автором как фактор, ограничивающий доступность медицинской помощи для населения. В России проблема участия населения в оплате медицинской помощи стоит более остро, чем в развитых странах. В Российской Федерации частные расходы (расходы населения) на медицинскую помощь составляют 33% от общих расходов на здравоохранение, это выше, чем в развитых странах, где они составляют в среднем 27%. Таким образом, российские граждане, имея в целом более низкий уровень жизни, чем среднестатистический житель Европы, вынужден в большей степени участвовать в оплате медицинской помощи.

Регламентация платных услуг происходит посредством утверждения региональных «Программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи», финансовое обеспечение которых неравномерно и во многих регионах РФ характеризуется устойчивым дефицитом, что приводит к расширению коммерческих услуг для населения. На возникшую необходимость оплаты медицинских услуг указывает 74% жителей, обратившихся за медицинской помощью, при этом 20% из них ежемесячно расходовали средства на лечение. Удельный вес жалоб населения по поводу взимания с них

платежей за оказание медицинской помощи в общем объёме обоснованных претензий значительно увеличился (с 5% в 2005 г. до 30% в 2008 г.).

Существенная часть населения (около 40%) вынуждена отказываться от медицинской помощи в силу ее платности. Наиболее частыми являются отказы от стоматологической помощи (30%), протезирования зубов (20%), диагностических обследований (17%), амбулаторного лечения. Таким образом, значительная часть населения фактически находится в двойной зависимости: с одной стороны – от болезни, при которой любые отступления от медицинских показаний могут обернуться необратимыми последствиями, а с другой стороны – от возможности приобретения необходимых лекарств и процедур.

10. Результаты проведенного исследования позволяют утверждать, что ответственность населения за своё здоровье в большинстве случаев носит декларативный характер, о чём свидетельствуют характеристики образа жизни.

Несмотря на то, что в 2008 г. рейтинге жизненных ценностей здоровье занимало первое место для 50% населения и 77% указали на первостепенность личной ответственности за его сохранение (это в 1,5 раза больше, чем в 2001 г.), уровень медицинской активности населения невысок, в популяции широко распространены вредные для здоровья привычки.

В ходе исследования выделены 3 группы населения на основании стратегий их медицинской активности:

– активные и относительно активные граждане (31% = 17%+ 14%), обращающиеся в медицинские учреждения с профилактической целью, проходящие профосмотры. Чаще всего это люди трудоспособного возраста, с хорошей или удовлетворительной оценкой здоровья.

– люди, поддерживающие свое здоровье (46%), обращающиеся к доктору в период плохого самочувствия. Чаще всего это люди с плохой самооценкой здоровья; группы 20% наиболее обеспеченных; старше трудоспособного возраста.

– лица пассивные, невнимательно относящиеся к здоровью (23%). Это те, кто не обращался к врачу, так как лечились самостоятельно – 11%, не помнят цели визита в больницу – 4%, и не обращавшиеся в медицинское учреждение, т.к. не болели – 8%. Среди представителей этой группы чаще встречаются молодые люди. Самолечение в большей степени характерно для представителей 20%

менее обеспеченных. Среди тех, кто не обращался к врачу – подавляющее большинство оценивают свое здоровье как хорошее.

Установлено, что медицинская активность семьи по мере взросления детей падает. Так, если в раннем детстве 84% родителей всегда обращались к врачам при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний ребенка, то к 13 годам – всего 69%. Изменяются и мероприятия семьи по поддержанию здоровья. Своевременное посещение врача и соблюдение режима и правил питания остаются среди приоритетов семей, воспитывающих как детей младшего возраста, так и подростков. В тоже время закаливание, совместные занятия зарядкой и прогулки, соблюдение режима питания в большей степени характерны для семей, воспитывающих детей младшего возраста.

Россия входит в число стран с наиболее высокой распространенностью табакокурения. Количество курильщиков в стране превышает среднемировой уровень почти в 1,5 раза. Согласно исследованиям автора удельный вес курящего населения составляет треть жителей Вологодской области, при этом 25% курильщиков имеют стаж курения 10 – 20 лет, а 21% – более 20 лет. В среднем за 2002–2008 гг. употребляли спиртные напитки 72% мужчин и 57% женщин. Ежедневно употребляли алкоголь почти 8% населения региона, 1 раз в неделю – 51%.

В целом уровень физической активности населения низок, при этом только половина жителей считает, что мало времени затрачивает на двигательную активность. По оценкам Всемирной организации здравоохранения физическая неактивность провоцирует 1,9 млн. смертей в мире. Общее число россиян, занимающихся физкультурой и спортом регулярно или время от времени, оценивается учеными в 30%, но постоянно занимаются только 9%. По данным авторского обследования физкультурой и спортом занимается 11% населения. Согласно исследованию физической активности населения на работе 34% жителей Вологодской области имеет малоподвижную работу (60% из них и нерабочее время проводят пассивно), у 10% – работа связана с тяжелыми физическими нагрузками. Женщины в 1,5 раза чаще имеют в сидячую работу, тогда как мужчины в 5 раз чаще занимаются тяжелой физической работой.

Активность населения, направленная на улучшение здоровья, проявляется в стремлении изменить свой образ жизни. Наиболее популярны попытки

бросить курить (33%), увеличить свою физическую активность (31%), повысить работоспособность (28%), уменьшить потребление алкоголя (23%), похудеть (21%). Наиболее результативны усилия, направленные на коррекцию питания, несколько ниже – стремлений повысить свою работоспособность и физическую активность, менее всего – бросить курить.

Учитывая невысокие показатели здоровья россиян, удельный вес населения, ориентированного на здоровый образ жизни представляется недостаточным. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о низкой фактической (а не декларированной) ценности здоровья, о слаборазвитой культуре самосохранения и ответственности за собственное здоровье и здоровье близких. Для большинства людей хорошее здоровье не является жизненной целью, а рассматривается как возможность получения более высоких доходов, карьерного роста, достойного содержания семьи. Подавляющее большинство населения не имеет перспективных планов сохранения и укрепления здоровья, а использует его как ресурс. Необходимо изменить модель поведения большинства населения: забота о своем здоровье и здоровье близких людей должна формироваться не по факту «ухудшения здоровья», а предотвращая его.

Таким образом, проведенный анализ дает основания утверждать, что для сохранения и улучшения здоровья населения страны необходима разработка «Национальной стратегии сохранения здоровья населения», подобной Программе умного человека, которая существует в Японии.

Курировать действия по ее созданию и поддержанию должны первые лица государства, регионов, городов. Показатели здоровья населения должны стать неотъемлемой оценкой работы государственных чиновников, руководителей предприятий (наравне с прибылью).

Обязательным должен быть мониторинг реализации стратегии. Участие населения и представителей экспертного сообщества в разработке стратегии сохранения здоровья населения и в оценке результатов ее реализации также очень важно.

Задача выхода из демографического кризиса и укрепления здоровья находится в ведении многих служб и ведомств, которые, будучи не в состоянии не-

посредственно предотвратить смертность и ухудшение здоровья населения, могут воздействовать на причины, лежащие в их основе. Предполагаемые шаги должны включать в себя меры, направленные, главным образом, на обеспечение индивидуального потенциала человека, а именно: стабильный доход, обеспечение доступного и комфортного жилья, полноценного питания, безопасных условий труда и места проживания, доступных и качественных услуг здравоохранения и образования. При этом цель создания социально-экономических условий должна быть ориентирована на достижение хорошего здоровья в одинаковой степени для всего населения.

