



### МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕГИОНОВ РОССИИ

*В статье рассматриваются вопросы классификации субъектов Российской Федерации по величине индекса общественного здоровья. Эта классификация позволяет более целенаправленно проводить социальную политику в регионах России и разрабатывать региональные прогнозы общественного здоровья.*

**Постановка задачи.** Изучение общественного здоровья в различных регионах России представляет большой интерес для определения государственной социальной политики в регионах на основе подготовленных прогнозов здоровья населения [1]. Показатели общественного здоровья существенно различаются по территориям, городам и сельской местности.

Общественное здоровье – основной признак, главное свойство любой человеческой общности (например, населения, проживающего на той или иной территории), ее естественное состояние. Общественное здоровье отражает как индивидуальные приспособительные реакции отдельного человека, так и способность всей общности наиболее эффективно осуществлять свои социальные задачи (работать, защищать страну, помогать старикам и детям, охранять природу и т. д.), а также выполнять свои биологические функции: воспроизводить и воспитывать новые здоровые поколения.

Потери общественного здоровья (заболеваемость, инвалидность, временная нетрудоспособность, смертность) приводят к очень большому экономическому ущербу. По самым скромным подсчетам, потери здоровья населения, занятого в экономике России, ежегодно соразмерны потерям 6,5% ВВП [2, 3].

Качество общественного здоровья непосредственно зависит от социально-экономических условий. Можно с полной уверенностью утверждать, что уровень здоровья населения служит самым точным, адекватным отражением качества жизни. Любые заметные изменения условий жизни очень быстро отражаются на качестве здоровья [4,5]. Многие негативные проблемы общественного здоровья связаны преимущественно с социально-бытовыми и производственными факторами (низкие доходы населения, плохое качество питания и питьевой воды, недостаточная обеспеченность жильем, плохие условия труда, неудовлетворительная сфера обслуживания и организация досуга населения, алкоголизм, наркомания, деградация нравственных принципов, проституция, постоянный психоэмоциональный стресс и пр.).

В табл. 1 приведены сравнительные данные по России и Японии, которые после второй мировой войны имели некоторые сходные показатели общественного здоровья населения (ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) мужчин и женщин, коэффициент младенческой смертности). Но за послевоенные годы в Японии (как и в других развитых странах) продолжительность жизни увеличилась почти на 20 лет, а в России в 2003 г. она была ниже, чем в 1960 г. Последнее свидетельствует о крайне неудовлетворительном уровне общественного здоровья в России.

Продолжительность жизни мужчин в 1998 г. колебалась от 59,8 года в Дальневосточном округе до 62,4 года в Южном. В 2002 г. эти колебания составляли от 57,3 года в Сибирском округе до 61,1 года в Южном. Еще более заметные колебания ОПЖ населения наблюдаются между различными субъектами Федерации. Так, ОПЖ мужчин в 2002 г. в Республике Тыва равнялась 49,4 года, а в Белгородской области – 61,6. В данном случае разница, составляющая 12,2 года, примерно равняется различиям в продолжительности жизни населения развитых и развивающихся стран. Так же контрастны на разных территориях и коэффициенты младенческой смертности. Например, этот коэффициент в Санкт-Петербурге составляет 9,2 на 1000 новорожденных, а в Чукотском автономном округе – 58,0.

Таблица 1

## Показатели общественного здоровья России и Японии

Показатель	1992 г.	1995 г.	1997 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
ОПЖ мужчин							
Россия	62,0	59,0	60,7	61,0	59,0	59,0	59,0
Япония	76,0	76,0	77,0	77,3	77,1	77,0	78,0
ОПЖ женщин							
Россия	73,7	72,0	72,9	73,0	72,2	72,0	72,0
Япония	83,0	83,0	83,0	84,1	84,0	84,0	85,0
Младенческая смертность							
Россия	18,0	19,0	17,2	17,0	15,3	16,0	15,0
Япония	4,5	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0

**Региональные различия качества здоровья.** Различия природных условий и уровней социально-экономического развития регионов отражаются на показателях в них общественного здоровья. Это ярко проявляется при сопоставлении ОПЖ в федеральных округах (рис. 1).

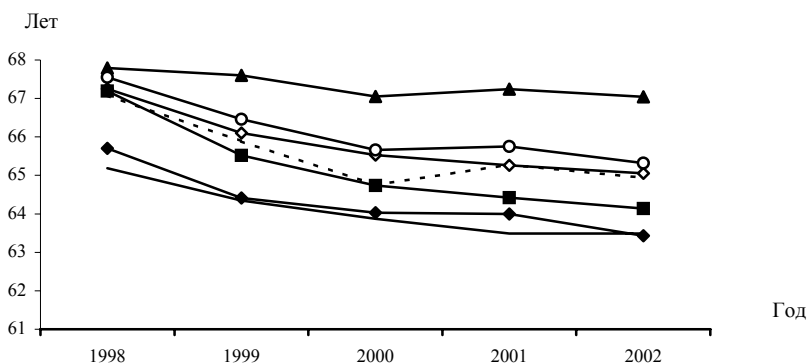


Рис. 1. Динамика ОПЖ населения по федеральным округам:

—◇— Центральный; —■— Северо-Западный; —▲— Южный; —○— Приволжский;  
 - - - - - Уральский; —◆— Сибирский; — Дальневосточный

В табл. 2 приведены медико-демографические характеристики наиболее типичных регионов, входящих в различные федеральные округа. Эти характеристики свидетельствуют о значительных различиях показателей общественного здоровья по регионам, которые наблюдаются между территориями,

не только отстоящими очень далеко друг от друга, но и относительно близкими. Для этого достаточно сравнить между собой показатели Республики Татарстан и Самарской области.

Таблица 2

Медико-демографические показатели субъектов Федерации, типичные для федеральных округов, 2001 г.

№ группы	Федеральный округ (субъект Федерации)	ОПЖ		Младенческая смертность	
		город	село	город	село
	<i>Центральный</i>				
1	Белгородская обл.	67,99	65,84	13,6	14,9
2	Рязанская обл.	65,87	62,09	14,2	12,6
	<i>Северо-Западный</i>				
3	Карелия	64,01	60,29	12,3	14,4
4	Ленинградская обл.	61,99	62,09	10,1	12,2
	<i>Южный</i>				
5	Ставропольский край	68,05	67,21	15,3	12,5
6	Астраханская обл.	64,83	66,03	14,7	19,4
	<i>Приволжский</i>				
7	Татарстан	67,74	66,79	12,3	13,4
8	Самарская обл.	65,06	63,31	9,9	9,5
	<i>Уральский</i>				
9	Курганская обл.	64,44	65,58	18,5	15,2
10	Тюменская обл.	67,41	64,60	10,3	17,3
	<i>Сибирский</i>				
11	Иркутская обл.	62,09	60,79	14,6	26,3
12	Тыва	56,00	55,68	24,1	31,4
	<i>Дальневосточный</i>				
13	Амурская обл.	62,33	62,72	19,9	29,0
14	Приморский край	64,93	62,30	15,2	18,6

**Расчет индекса общественного здоровья.** Оценка уровня общественного здоровья в регионах, как показано выше, осуществляется по нескольким показателям, одновременное сопоставление которых весьма затруднительно. Поэтому для облегчения задачи сопоставительной оценки территорий в настоящей работе предложен и использован комплексный показатель – *индекс общественного здоровья (ИОЗ)*. Этот индекс интегрирует коэффициенты младенческой смертности, ОПЖ мужчин и ОПЖ женщин. Для его расчета применен оценочный алгоритм, разработанный одним из авторов [6, 7]. Он включает нормировку системы исходных показателей по формуле:

$$\hat{X}_{ij} = \frac{\left| x_{ij} - x_j^0 \right|}{\left| \max/\min x_j - x_j^0 \right|}, \quad \begin{matrix} i=1, 2, 3, \dots, n; \\ j=1, 2, 3, \dots, m, \end{matrix} \quad (1)$$

где  $x^0$  – наихудшее значение (по каждому показателю) из всех встречающихся с точки зрения их влияния на уровень здоровья населения в странах мира и регионах России (максимальная младенческая смертность и наименьшая ОПЖ);  $\max/\min x$  – наиболее отличающиеся от  $x^0$  значения показателей;  $n$  – количество исследуемых территориальных единиц (80);  $m$  – число показателей (3), использованных для расчетов.

Путем сравнения показателей всех территориальных единиц с условной, характеризуемой значениями  $x^0$ , проведено их ранжирование. Оно осуществлялось с использованием евклидовых расстояний ( $d^0$ ) как меры близости всех территориальных единиц к условной, имеющей наихудшие значения ( $x^0$ ) по всему комплексу показателей. Применение данной меры потребовало обработки информационного массива по методу главных компонент с целью ортогонализации и свертки системы показателей.

Полученные значения вектора-столбца  $d^0$  интегральных оценочных характеристик для удобства дальнейшего анализа были дополнительно нормированы по формуле:

$$\hat{d}_i^0 = \frac{d_i^0 - \min d^0}{\max d^0 - \min d^0}, \quad i = 1, 2, 3, \dots, n. \quad (2)$$

Величина  $d^0$  варьирует в пределах от нуля до единицы (ноль соответствует наихудшей комплексной оценке, единица – наилучшей).

Использованный алгоритм позволяет также выделять однородные в оценочном отношении группы территорий. Достигается это разбиением соответствующих ранжированных значений ряда евклидовых расстояний на однородные ступени. Процедура выделения ступеней многовариантна и позволяет в каждом случае получать спектр вариантов группировки территорий в однородные группы при различном их числе. Качество разбиения оценивалось с помощью коэффициентов канонической корреляции [7], а также коэффициентов неоднородности [6], что позволяет выбрать один, оптимальный со статистической точки зрения вариант.

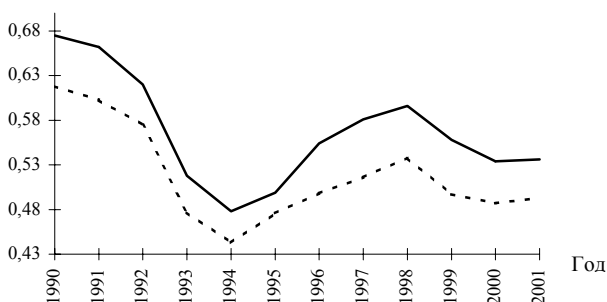


Рис. 2. Изменение индекса общественного здоровья в городах (—) и сельской местности (-----) России по годам

Изменение ИОЗ по регионам России, полученное на основе использованного алгоритма, характеризует динамику общественного здоровья в городах и сельской местности за 12 лет с 1992 г. – конца советского периода и начала перехода к новой модели социально-экономического развития – до конца 2001 г. График (рис. 2), построенный без учета численности населения отдельных регионов России, повторяет в общих чертах график изменения ОПЖ. Наблюдается общая закономерность снижения показателей здоровья на интервалах 1990-1994 гг. и 1998-2000 гг. Общественное здоровье изменяется как в городах, так и на селе.

**Ранжирование регионов России по величине ИОЗ.** На основе расчета, используемого в работе [1], было проведено ранжирование субъектов РФ по ИОЗ отдельно для городского и сельского населения. В табл. 3 ИОЗ рассчитан как средняя величина за 12 лет (1990-2001 гг.). Все регионы объединены в четыре группы в зависимости от занятых ими при ранжировании мест.

Регионы, вошедшие в *первую городскую группу* (ранговые места с 1 по 27; ИОЗ равен 0,7512-0,6000) можно оценить как территории с удовлетворительным уровнем здоровья населения. При этом следует отметить, что статистика по республикам Северного Кавказа не очень достоверна. *Первая сельская группа* включает 11 регионов (ранговые места с 1 по 11; ИОЗ равен 0,7890-0,6016).

В регионах *второй городской* обширной группы (ранговые места с 28 по 66; ИОЗ равен 0,5984-0,5013) объединены территории с пониженным уровнем здоровья. В средней части этой группы находится Российская Федерация (ранговое место – 45, ИОЗ равен 0,5682). *Вторую сельскую группу регионов* составляют субъекты Федерации с пониженным уровнем здоровья (ранговые места с 12 по 42; ИОЗ от 0,5999 по 0,5026). В этой группе Российская Федерация занимает 36 ранговое место (ИОЗ – 0,5184).

Таблица 3

Средние за 12 лет (1990-2001) ранговые места, занимаемые субъектами Федерации при их ранжировании по ИОЗ

Ранг	Город	Ранг	Село
	<b>Удовлетворительный ИЗО</b>		<b>Удовлетворительный ИЗО</b>
1	0,7512 Дагестан	1	0,789 Ингушетия
2	0,6757 Ингушетия	2	0,7147 Дагестан
3	0,6598 Белгородская обл.	3	0,7107 Карачаево-Черкесия
4	0,657 Карачаево-Черкесия	4	0,7076 Мурманская обл.
5	0,6536 Кабардино-Балкария	5	0,6667 Кабардино-Балкария
6	0,6505 Чувашия	6	0,6535 Северная Осетия
7	0,6429 Адыгея	7	0,618 Мордовия
8	0,6408 Воронежская обл.	8	0,6125 Татарстан
9	0,6378 Татарстан	9	0,606 Ставропольский край
10	0,6368 Липецкая обл.	10	0,6057 Астраханская обл.
11	0,6338 Ставропольский край	11	0,6016 Калмыкия
12	0,6327 Орловская обл.		<b>Пониженный ИЗО</b>
13	0,6306 Северная Осетия	12	0,5999 Адыгея
14	0,6303 Пензенская обл.	13	0,5956 Белгородская обл.
15	0,6299 Мордовия	14	0,5846 Оренбургская обл.
16	0,6212 Ульяновская обл.	15	0,5843 Пензенская обл.
17	0,6176 Волгоградская обл.	16	0,5821 Воронежская обл.
18	0,6156 Башкортостан	17	0,5786 Омская обл.
19	0,612 Марий Эл	18	0,576 Волгоградская обл.
20	0,6068 Кировская обл.	19	0,5752 Ростовская обл.
21	0,606 Курская обл.	20	0,5688 Алтайский край
22	0,6042 Тамбовская обл.	21	0,5644 Краснодарский край
23	0,6031 Омская обл.	22	0,5616 Башкортостан
24	0,603 Рязанская обл.	23	0,5612 Саратовская обл.
25	0,6029 Краснодарский край	24	0,544 Самарская обл.
26	0,6008 Калужская обл.	25	0,5437 Курганская обл.
27	0,6 Брянская обл.	26	0,5428 Липецкая обл.
	<b>Пониженный ИЗО</b>	27	0,5418 Чувашия
28	0,5984 г. Москва	28	0,5402 Тамбовская обл.
29	0,5951 г. Санкт-Петербург	29	0,5393 Новосибирская обл.
30	0,5929 Тюменская обл.	30	0,5383 Ульяновская обл.
31	0,5863 Самарская обл.	31	0,5301 Магаданская обл.
32	0,5841 Ростовская обл.	32	0,5278 Вологодская обл.
33	0,5809 Челябинская обл.	33	0,5236 Кировская обл.
34	0,5791 Новосибирская обл.	34	0,5215 Курская обл.
35	0,5789 Нижегородская обл.	35	0,5207 Нижегородская обл.
36	0,5785 Владимирская обл.	36	0,5184 Российская Федерация
37	0,5783 Саратовская обл.	37	0,5176 Брянская обл.
38	0,5759 Томская обл.	38	0,5164 Челябинская обл.
39	0,5753 Ярославская обл.	39	0,5077 Удмуртия
40	0,5738 Смоленская обл.	40	0,5072 Читинская обл.
41	0,5713 Мурманская обл.	41	0,5064 Московская обл.
42	0,5704 Курганская обл.	42	0,5026 Орловская обл.
43	0,5703 Чукотский АО		<b>Низкий ИЗО</b>
44	0,5696 Удмуртия	43	0,4955 Тюменская обл.
45	0,5682 Российская Федерация	44	0,4928 Ленинградская обл.

46	0,5668	Московская обл.	45	0,4898	Костромская обл.
47	0,5668	Оренбургская обл.	46	0,4861	Рязанская обл.
48	0,5605	Астраханская обл.	47	0,4855	Ивановская обл.
49	0,5599	Вологодская обл.	48	0,4808	Якутия
50	0,5549	Калининградская обл.	49	0,4807	Ярославская обл.
51	0,5531	Алтайский край	50	0,48	Амурская обл.
52	0,5496	Костромская обл.	51	0,4785	Марий Эл
53	0,5463	Свердловская обл.	52	0,4782	Сахалинская обл.
54	0,546	Архангельская обл.	53	0,4638	Архангельская обл.
55	0,5396	Тульская обл.	54	0,4612	Владимирская обл.
56	0,5337	Пермская обл.	55	0,4606	Коми
57	0,5321	Тверская обл.	56	0,4601	Приморский край
58	0,532	Калмыкия	57	0,455	Бурятия
59	0,5257	Новгородская обл.	58	0,4492	Томская обл.
60	0,5235	Ивановская обл.	59	0,4485	Свердловская обл.
61	0,5229	Коми	60	0,4401	Смоленская обл.
62	0,5216	Псковская обл.	61	0,4371	Калужская обл.
63	0,5192	Карелия	62	0,4342	Хабаровский край
65	0,5143	Ленинградская обл.	63	0,4339	Пермская обл.
65	0,5078	Приморский край	64	0,4257	Калининградская обл.
66	0,5013	Хабаровский край	65	0,4256	Еврейская АО
		<b>Низкий ИЗО</b>	66	0,4227	Карелия
67	0,4958	Хакасия	67	0,4198	Красноярский край
68	0,491	Амурская обл.	68	0,4134	Камчатская обл.
69	0,4895	Бурятия	69	0,4088	Тульская обл.
70	0,4875	Красноярский край			<b>Очень низкий ИЗО</b>
71	0,4857	Якутия	70	0,3956	Алтай
72	0,4828	Камчатская обл.	71	0,3912	Кемеровская обл.
73	0,4718	Кемеровская обл.	42	0,3885	Тверская обл.
74	0,4678	Магаданская обл.	43	0,3751	Иркутская обл.
75	0,4611	Иркутская обл.	74	0,3697	Новгородская обл.
76	0,4378	Республика Алтай	75	0,3683	Псковская обл.
77	0,4368	Сахалинская обл.	76	0,3501	Хакасия
78	0,4359	Читинская обл.	77	0,2725	Чукотский АО
79	0,4068	Еврейская АО	78	0,1935	Тыва
		<b>Очень низкий ИЗО</b>			
80	0,2113	Тыва			

В *третьей городской группе* регионов (ранговые места с 67 по 79; ИОЗ – 0,4958-0,4068) уровень здоровья оценивается как низкий. *Третья сельская группа* включает территории с низким уровнем здоровья сельского населения. Регионы находятся в диапазоне ранговых мест с 43 по 69 и имеют ИОЗ с 0,4955 по 0,4088.

*Четвертая городская группа* состоит из одного региона – Тыва (ранговое место – 80; ИОЗ равен 0,2113), которая характеризуется очень низким уровнем здоровья. В *четвертую сельскую группу* регионов входят территории с очень низким уровнем здоровья (ранговые места с 70 по 78; ИОЗ – 0,3956-0,1935).

После ранжирования регионов по величине ИОЗ отдельно городского и сельского населения была проведена классификация регионов по сочетанию ИОЗ обеих групп населения. В результате выделено 13 групп территорий:

1. *ИОЗ удовлетворительный как в городе, так и в селе.* В эту группу входит 8 регионов – республики Северного Кавказа (Дагестан, Ингушетия, Карачаево-Черкесия, Кабардино-Балкария, Северная Осетия), а также Ставропольский край, республики Татарстан и Мордовия. В пределах этой группы территорий проживает 11,474 млн. чел., или 7,97% всего населения России, в том числе 6,607 млн. чел. городского населения и 4,967 млн. чел. сельских жителей.

2. *ИОЗ удовлетворительный в городе и пониженный в селе.* Это самая обширная группа, в которую входят 16 регионов: республики Чувашия, Адыгея, Башкортостан, области Белгородская, Воронежская, Липецкая, Орловская, Пензенская, Ульяновская, Волгоградская, Кировская, Курская, Тамбовская, Омская, Краснодарский край, Брянская область. Городское население в этой

группе составляет 19,241 млн. чел., в сельской местности живет 10,859 млн. чел., все население этих территорий 30,100 млн. чел., или 20,9 % всех жителей страны.

3. *ИОЗ удовлетворительный в городе и низкий в селе* – группа включает Марий Эл, Рязанскую и Калужскую области. Численность городского населения – 2,114 млн. чел., число сельских жителей в этой группе невелико – 950 тыс. чел., всего в этих регионах проживает 3,064 млн. чел., или 2,12% населения страны.

4. *ИОЗ пониженный*. Эта группа состоит из двух городов – Москвы и Санкт-Петербурга. В двух столицах России живет 13,135 млн. чел., или 9,1% всех россиян.

5. *ИОЗ пониженный в городе и низкий в селе* характерен для пяти областей: Тюменской, Владимирской, Томской, Ярославской и Смоленской. В пределах группы горожан – 6,374 млн. чел., сельских жителей – 2,007 млн. чел., всего на этих территориях живет 8,391 млн. чел., или 5,83% всего населения Российской Федерации.

6. *ИОЗ пониженный в городе и удовлетворительный в селе*. Эта группа территорий отличается от других регионов тем, что уровень общественного здоровья в городах ниже, чем в сельской местности. В состав этой группы входят Мурманская область, Калмыкия, Астраханская область. Число городских жителей составляет – 1,941 млн. чел., сельских – 2,108 млн. чел., все население – 4,049 млн. чел., или 2,81% численности населения страны.

7. *ИОЗ пониженный и в городе, и в сельской местности*. Эта группа территорий является самой многочисленной. Она образована Самарской, Ростовской, Челябинской, Новосибирской, Нижегородской, Курганской областями, Удмуртией, Московской, Оренбургской, Саратовской, Вологодской областями и Алтайским краем. Городское население 26,506 млн. чел., сельское – 9,765 млн. чел., вся группа – 36,271 млн. чел., или 25,18% населения страны

8. *ИОЗ пониженный в городе и низкий в селе*. Группа представлена Калининградской, Костромской, Свердловской, Архангельской, Тульской, Пермской, Ивановской, Ленинградской областями, республиками Коми и Карелия, Приморским и Хабаровским краями. Население городов 15,461 млн. чел., в сельской местности – 7,687 млн. чел., всего 23,148 млн. чел., или 16,1% всего населения страны.

9. *ИОЗ пониженный в городе и очень низкий в селе*. Группа включает следующие субъекты Федерации: Чукотский АО, Тверскую, Новгородскую и Псковскую области. Население городов – 2,221 млн. чел., в сельской местности 894 тыс. чел., всего в группе 3,115 млн. чел., или 2,16% населения России.

10. Два региона этой группы (Магаданская и Читинская области), как и территории 6-й группы, имеют *нестандартное соотношение величин ИОЗ*. В этих регионах уровень общественного здоровья в городах ниже (ИОЗ низкий), чем в сельской местности (пониженный). Население городов составляет 978 тыс. чел., села – 488 тыс. чел., все население группы – 1,466 млн. чел., или 1% жителей страны.

11. *ИОЗ низкий и в городе и в селе*. Группу территорий составляют семь субъектов Федерации, расположенных в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке: Амурская, Камчатская, Сахалинская области, Бурятия и Якутия, Красноярский край, Еврейская АО. В городах живет 5,081 млн. чел., в сельской местности – 2,077 млн. чел., все население группы – 7,158 млн. чел., или 4,97% всего населения страны.

12. *ИОЗ низкий в городе и очень низкий в селе*. Группу территорий составляют четыре сибирских региона – Хакасия и Алтай, Кемеровская и Иркутская области. В городах проживает 5,170 млн. чел., на селе – 1,265 млн. чел., всего в группе 6,435 млн. чел., или 4,47% населения страны.

13. Республика Тыва отличается наиболее неблагоприятной ситуацией по уровню общественного здоровья. *ИОЗ очень низкий в городе и в селе.* Городское население составляет 151 тыс. чел., в селах живет 159 тыс. чел., всего в республике 310 тыс. чел., или 0,21% жителей страны.

Таким образом, 26,6% всех городских жителей России характеризуются удовлетворительным ИОЗ, 63% городского населения – пониженным ИОЗ, 10,7% городского населения – низким и 0,14% городского населения – очень низким ИОЗ.

Предложенная классификация субъектов Российской Федерации позволила составить карту (рис. 3), на которой показаны типы территорий по сочетанию ИОЗ городского и сельского населения.



**Итоги прогноза по группам.** Представленные материалы позволяют предположить, что динамика медико-демографической ситуации в перспективе будет различной в разных группах регионов. Дальнейшее ее изменение зависит от социальной политики государства, осуществляемой соответственно по пессимистическому или оптимистическому сценарию. Сохранение современных негативных тенденций социального развития страны приведет к дальнейшему ухудшению здоровья населения. Энергичный поворот экономики в сторону интересов народа вызовет повышение качества общественного здоровья.

Какой бы из сценариев социально-экономического развития не реализовался на территории России, медико-демографические перемены в различных группах территорий будут происходить по-разному. При осуществлении оптимистического сценария заметных улучшений в качестве здоровья можно ожидать, прежде всего, у городского и сельского населения 1 и 2 групп, у горожан 3 и 4 групп. Более длительно из медико-демографического кризиса будет выходить городское население 11,12 и 13 групп и сельское население с 8 по 13 групп.

Реализация пессимистического сценария наиболее тяжело будет протекать именно в тех регионах, где мог бы хотя и с задержкой осуществляться оптимистический сценарий. То отставание в показателях здоровья, которое наблюдается в Сибири и на Дальнем Востоке, будет усиливать негативные тенденции общественного здоровья.

В последнее время в Госкомстате России, НИИСтатистики, в Центре демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН были выполнены прогнозы, которые отражают возможные сценарии развития демографической ситуации, в том числе прогнозы ожидаемой продолжительности жизни в России (табл. 4) [8].

Таблица 4

Ожидаемая продолжительность жизни в России в 1959-2000 гг.  
и прогнозные сценарии до 2050 г., лет

Год	Сценарии			
	предельно низкий		предельно высокий	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
1959	63,2	71,7	63,2	71,7
1975	62,6	73,2	62,6	73,2
2000	59,0	72,2	59,0	72,2
2025	57,0	71,5	68,1	79,0
2050	57,0	71,5	74,5	84,5

Если принять гипотезу, что через 20 лет по пессимистическому сценарию средняя для России продолжительность жизни мужчин составит 57,0 лет, то в Сибири и на Дальнем Востоке она может снизиться до 50 и менее лет, что совершенно неприемлемо. Поэтому с полной очевидностью следует проводить социально-экономические мероприятия, направленные на повышение уровня общественного здоровья с учетом сложившейся в регионах медико-демографической ситуации.

\* \* \*

Проблемы общественного здоровья имеют ярко выраженный региональный аспект. Объективное представление о состоянии здоровья населения в различных

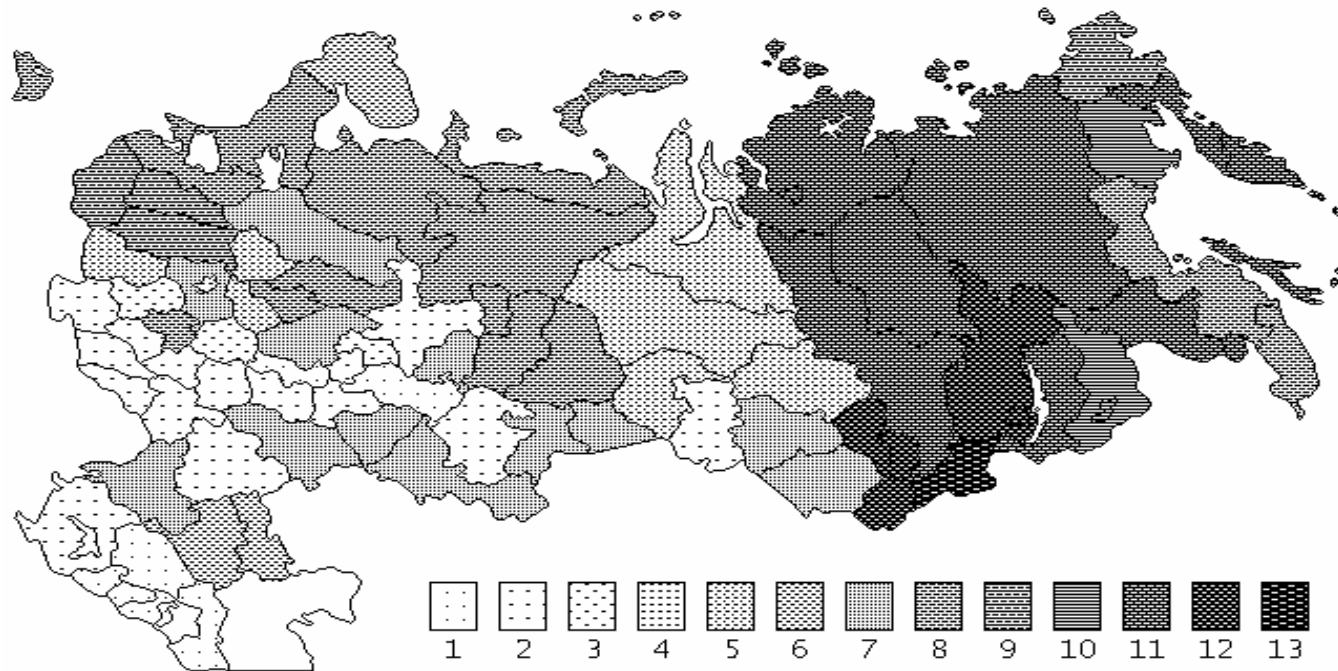


Рис. 3. Классификация регионов России по величине ИОЗ:

Тип	Характеристика индекса общественного здоровья	Тип	Характеристика индекса общественного здоровья
1	Удовлетворительный в городе и в селе	7	Пониженный в городе и в селе
2	Удовлетворительный в городе и пониженный в селе	8	Пониженный в городе и низкий в селе
3	Удовлетворительный в городе и низкий в селе	9	Пониженный в городе и очень низкий в селе
4	Пониженный в городе	10	Низкий в городе и пониженный в селе
5	Пониженный в городе и низкий в селе	11	Низкий в городе и в селе
6	Пониженный в городе и удовлетворительный в селе	12	Низкий в городе и очень низкий в селе
		13	Очень низкий в городе и в селе

регионах позволяет получить интегральный показатель – индекс общественного здоровья. Этот показатель использован при разработке медико-демографической классификации субъектов Федерации и составлении соответствующей карты. Всего выделено 13 типов территорий по сочетанию значений ИОЗ в городах и сельской местности. Предложенная классификация территорий может быть использована при федеральном планировании социально-экономических мероприятий регионального уровня.

### *Литература*

1. Прохоров Б.Б., Тикунов В.С. Индекс общественного здоровья в России в сравнении с другими странами мира // *Устойчивое развитие: ресурсы России*. М.: Изд. центр РХТУ. 2004
2. Прохоров Б.Б., Шмаков Д.И. Оценка стоимости статистической жизни и экономического ущерба от потерь здоровья // *Проблемы прогнозирования*. 2002. № 3.
3. Шмаков Д.И. Оценка экономического ущерба от потерь здоровья населения в России и ее регионах. Автореф. канд. дисс. М.: 2004.
4. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В., Тарасова Е.В. Условия жизни населения и общественное здоровье // *Проблемы прогнозирования*. 2003. № 5.
5. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В., Тарасова Е.В. Зависимость продолжительности жизни населения России от внешних факторов // *Проблемы прогнозирования*. 2004. № 6.
6. Тикунов В.С. Метод классификации географических комплексов для создания оценочных карт // *Вестн. Моск. ун-та, серия географич.* 1985. № 4.
7. Тикунов В.С. Классификации в географии: ренессанс или увядание? (Опыт формальных классификаций). М.- Смоленск: Изд. СГУ. 1997
8. *Население России 2001. Девятый ежегодный демографический доклад*. М.: Книжный дом «Университет». 2002.