

УДК 314.93(470.12)
ББК 60.723.3(2Рос-4Вол)
© Кондакова Н.А.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ*

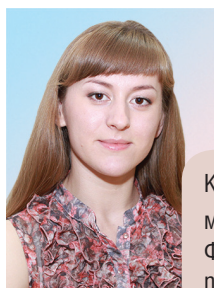
В настоящее время в Вологодской области и стране сохраняются негативные тенденции основных показателей, характеризующих развитие детского населения. Ежегодно возрастает заболеваемость детей всех возрастов, сохраняется высокий уровень инвалидизации. Наблюдается интенсивное снижение численности детского населения, которое объясняется не только низким уровнем рождаемости, но и высокими показателями смертности. В статье проведена оценка экономических потерь вследствие преждевременной смертности населения в возрасте от 0 до 19 лет. Обозначены ключевые направления поддержки семей с детьми.

Детское население, заболеваемость, младенческая смертность, инвалидность, оценка экономических потерь, направления поддержки.

В России в конце XX – начале XXI века сложилась крайне неблагоприятная демографическая ситуация. Население страны и особенно её отдельных регионов стремительно сокращается. Так, за 1990 – 2011 гг. численность населения в Вологодской области уменьшилась на 11% (составив в 2011 году почти 1,2 млн. чел.; табл. 1), что значительно превышает темпы снижения по стране в целом (3,3%).

С учётом аналогичных тенденций в показателях рождаемости естественная убыль населения рассматриваемого региона превышает средний уровень по России в 3 раза ввиду более высоких показателей смертности.

В динамике общего уровня рождаемости 1992 год стал переломным для России и Вологодской области: с этого момента началось резкое снижение коэффициентов рождаемости – с 13,4 до 8,7‰. Начиная с 2000 года, уровень рождаемости в стране стал постепенно повышаться и достиг в 2011 году значения в 12,6‰, в Вологодской области – 13‰¹. Однако эти значения ниже, чем необходимо даже для замещения новыми поколениями родительских когорт, что не позволяет преодолеть снижение численности населения.



КОНДАКОВА Наталья Александровна
младший научный сотрудник
ФГБУН ИСЭРТ РАН
natali-kopeikina@mail.ru

* Статья подготовлена в рамках проекта РФФИ «Экономическая оценка влияния смертности от насильственных причин на развитие территорий» № 12-06-33046.

¹ Стоит отметить, что наблюдаемое в 2000-е гг. повышение рождаемости прежде всего обусловлено вкладом женщин, которые относятся к многочисленным когортам 1980-х г. р. (Источник: Архангельский В.Н. // Демографические перспективы России / под ред. Осипова Г.В., Рязанцева С.В. – М.: Экон-Информ, 2008. – С. 253-265).

Таблица 1. Естественное движение населения в Российской Федерации (РФ) и Вологодской области (ВО)

Год	Численность населения, тыс. чел.		Общий коэффициент рождаемости, ‰		Общий коэффициент смертности, ‰		Естественная убыль (прирост), ‰	
	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО
1990	147 666,5	1 355	13,4	13,4	11,2	12,0	2,2	1,4
1992	148 355,9	1 357,3	10,7	10,2	12,2	13,1	-1,5	-2,9*
1995	148 514,7	1 349,7	9,3	8,7	15,0	16,4	-5,7	-7,7
2000	148 459,9	1 299,6	8,7	8,8	15,3	16	-6,6	-7,2
2001	146 303,6	1 290,4	9	9,4	15,6	17,4	-6,6	-8
2002	145 649,3	1 278,5	9,7	10,1	16,2	18,4	-6,5	-8,3
2003	144 963,6	1 266,8	10,2	10,4	16,4	19,8	-6,2	-9,4
2004	144 168,2	1 255,6	10,4	10,7	16	19,1	-5,6	-8,4
2005	143 474,2	1 245,5	10,2	10,5	16,1	18,8	-5,9	-8,3
2006	142 753,5	1 235,4	10,4	10,9	15,2	17,1	-4,8	-6,2
2007	142 220,9	1 227,8	11,3	11,6	14,6	15,9	-3,3	-4,3
2008	142 008,8	1 222,9	12,1	12	14,6	16,3	-2,5	-4,3
2009	141 903,9	1 218,2	12,4	12,4	14,2	16,2	-1,8	-3,8
2010	141 914,5	1 213,7	12,5	12,5	14,2	16,8	-1,7	-4,3
2011	142 865,4	1 201,2	12,6	13,0	13,5	15,7	-0,9	-2,7

Источники: Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBlnet.cgi?pl=2415019>; Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сборник / Вологдастат. – Вологда, 2012. – 83 с.; Россия в цифрах 2012: стат. сборник / Росстат. – М., 2012. – 572 с.

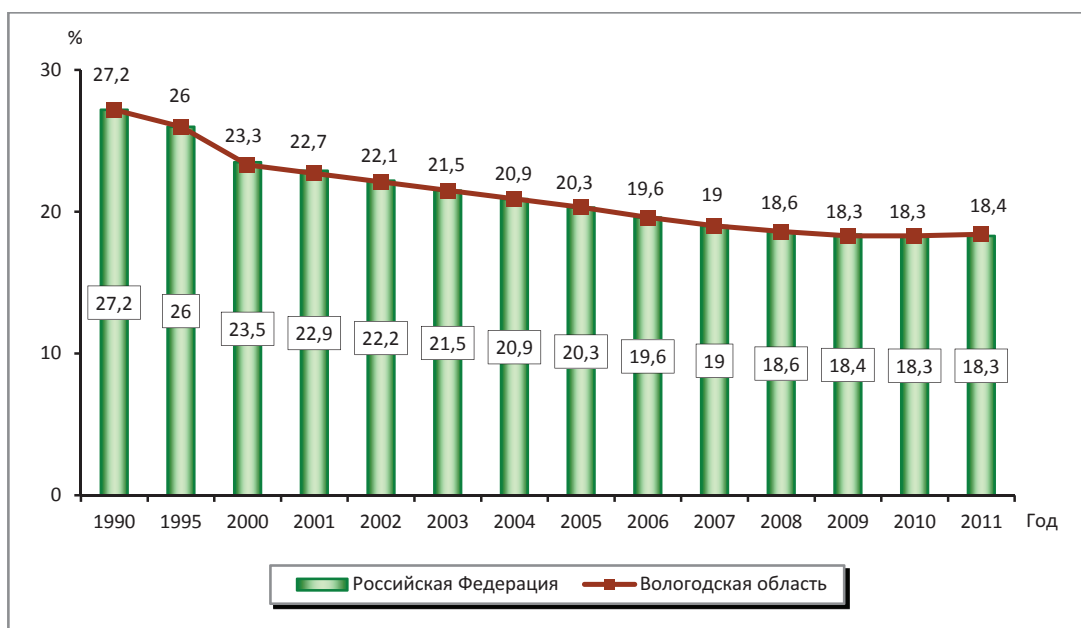
Для простого замещения поколений требуется примерно 2,1 – 2,15 рождений на каждую женщину репродуктивного возраста [4]. Фактически в 2009 году суммарный коэффициент рождаемости в Вологодской области и России составлял 1,5 [3].

В процессе депопуляции российского населения изменениям подверглась и его возрастная структура. Отличительной чертой XXI века явилось сокращение доли и численности детского населения. Ещё в 1990 году удельный вес детей (в возрасте от 0 до 17 лет) в общей численности населения Вологодской области составлял 27%, сократившись к 2012 году до 19% (рис. 1). Аналогичная ситуация складывается и по стране в целом, где за указанный период доля населения данной возрастной группы уменьшилась на 9 процентных пунктов (с 27 до 18%). Такое сокращение доли детей в общей численности населения создаёт проблему формирования будущих трудовых ресурсов.

Изменения в возрастной структуре заметно влияют на демографическую нагрузку населения в трудоспособном возрасте, к которому в России относят мужчин в возрасте от 16 до 60 и женщин от 16 до 55 лет. Данные таблицы 2 показывают, что в начале 1980-х годов в связи с повышением рождаемости нагрузка детьми и пожилыми резко отличалась в пользу детей, а в 2000 году соотношение изменилось в пользу нагрузки пожилыми. Таким образом, увеличение нагрузки пожилыми людьми отражает тенденцию постарения населения, что прогнозируется вплоть до 2030 года.

Анализируя демографические перспективы, можно утверждать, что процесс старения населения будет продолжаться. Согласно прогнозу Росстата, в 2031 году доля населения моложе трудоспособного возраста останется неизменной и будет составлять 16%, как и в 2011 году. При этом сокращение будет наблюдаться в абсолютных показателях: за период с 2012 по 2031 г. в Вологодской

Рис. 1. Население в возрасте от 0 до 17 лет (в % от общей численности населения)



Источник: Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo14.xls

Таблица 2. Коэффициент демографической нагрузки в Российской Федерации и Вологодской области в 1980 – 2030 гг. (на 100 человек трудоспособного населения)

Год	Коэффициент демографической нагрузки всеми нетрудоспособными		Коэффициент демографической нагрузки детьми		Коэффициент демографической нагрузки пожилыми	
	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО
1980*	58	68	36	37	22	30
1995*	61	81	34	42	27	39
2000	66	67	32	32	34	35
2001	65	34	31	30	34	3
2002	63	65	29	30	33	35
2003	60	64	28	29	33	35
2004	59	61	27	28	32	34
2005	58	60	26	27	32	33
2006	58	59	25	26	33	33
2007	58	58	25	25	33	33
2008	59	59	25	25	34	34
2009	61	59	26	25	35	34
2010	61	61	26	26	35	35
2011	63	64	26	27	36	37
2020**	80	83	33	34	47	49
2030**	82	84	30	30	52	54

* Для РФ источник: Database PRED 3.0. New York: UN, DESA, Population Division, 2002.

** Согласно среднему варианту прогноза.

Источники: Рассчитано автором на основе данных сайта Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>; Единая межведомственная информационно-статистическая система [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fedstat.ru/indicator/data.do>

области численность населения данной категории сократится на 9% и составит 177 тыс. человек, в среднем по России – на 3% (22,5 млн. чел.). В то же время доля населения трудоспособного возраста в общей численности населения как в среднем по России, так и в Вологодской области снизится почти на 7% (табл. 3).

Снижение численности детей в ближайшее время приведёт к сокращению в будущем численности трудоспособного населения, что в свою очередь вызовет проблемы, связанные с нехваткой трудовых ресурсов и ростом экономической нагрузки на трудоспособное население. Одновременно с этим будет расти средний возраст работников, а значит, и ухудшаться их здоровье, что повлияет на качество трудового потенциала.

Демографический кризис и снижение уровня жизни населения, возникшие в России ещё в 1990-х годах, затронули не только количественные, но и качественные характеристики населения. Эти процессы оказали негативное воздействие на состояние здоровья различных групп, среди которых дети оказались наиболее уязвимыми. Среди всех возрастных групп населения тенденции в состоянии здоровья детей стали самыми неблагоприятными. В России за период 1995 – 2011 гг.

первичная заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет увеличилась на 60% (в 2011 году было зафиксировано 1932 случая на 1000 человек соответствующего возраста), в Вологодской области – на 87% (в 2011 году – 2533 случая соответственно) [11], тогда как среди всего населения в стране заболеваемость выросла лишь на 15% (в 2010 году она составила 783 случая на 1000 чел. населения), в регионе – на 18% (в 2010 году – 878 случаев на 1000 человек). Также большую озабоченность вызывает состояние здоровья подростков 15 – 17 лет.

В Вологодской области уровень заболеваемости детей подросткового возраста за 1995 – 2010 гг. увеличился на 72% (в 2010 году он равнялся 161,1 случая на 1000 человек соответствующего возраста), что превышает данный показатель по стране на 16% (138,3 случая соответственно).

Ухудшение здоровья детского населения приводит к повышению его заболеваемости, а в итоге – к инвалидности и смертности.

По официальным статистическим данным, в России не более 20% детей и подростков-школьников можно считать здоровыми, в Вологодской области этот показатель составляет всего 10% (рис. 2).

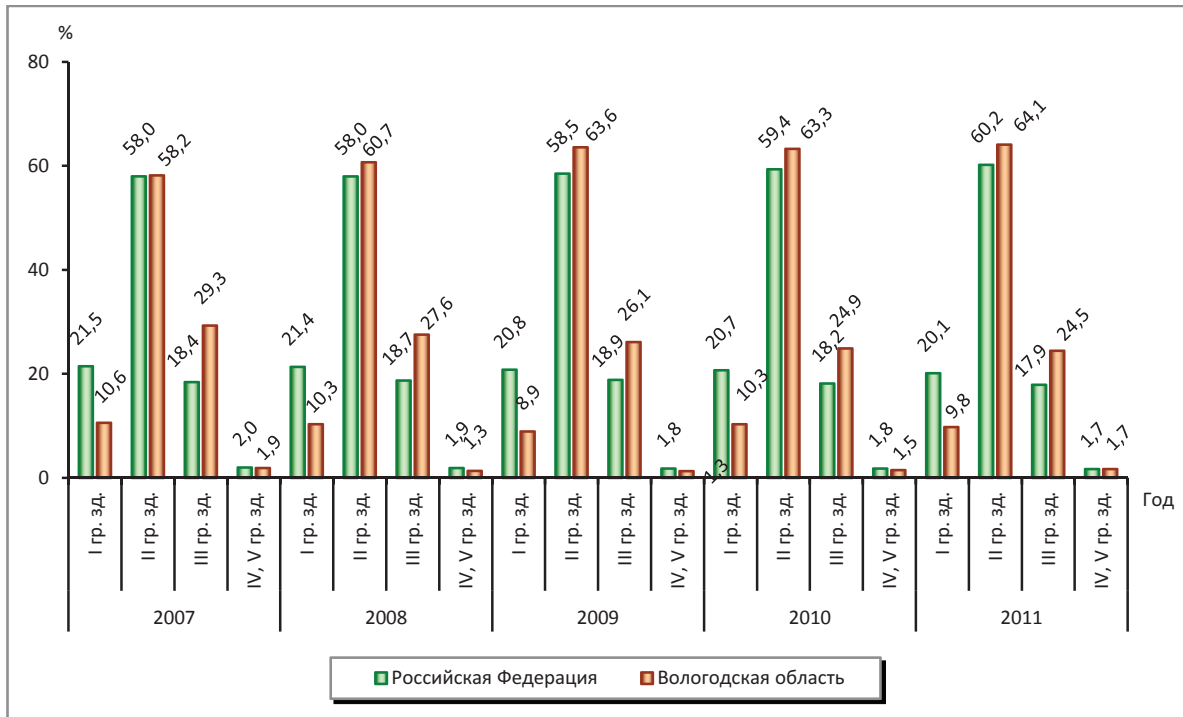
Таблица 3. Прогноз возрастной структуры населения Российской Федерации (РФ) и Вологодской области (ВО) на период до 2031 года (средний вариант прогноза, в % от общей численности населения)

Год	Моложе трудоспособного возраста				Трудоспособного возраста				Старше трудоспособного возраста			
	РФ		ВО		РФ		ВО		РФ		ВО	
	тыс. чел	в %	тыс. чел	в %	тыс. чел	в %	тыс. чел	в %	тыс. чел	в %	тыс. чел	в %
2011*	23209	16,2	196	16,4	87847	61,5	732	60,9	31809	22,3	273	22,7
2015	24699	17,4	212	17,8	83612	58,8	690	57,9	33849	23,8	290	24,3
2021	25911	18,3	216	18,6	78440	55,7	630	54,6	37419	26,0	316	26,8
2026	24682	17,8	199	18,0	77096	54,7	610	53,8	38865	27,4	322	28,3
2031	22465	16,4	177	16,4	76504	55,1	599	54,4	40073	28,5	324	29,2

* Реальные данные.

Источник: Единая межведомственная информационно-статистическая система [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fedstat.ru/indicator/data.do>

Рис. 2. Распределение детей и подростков-школьников по группам здоровья² в Российской Федерации и Вологодской области, %



Источник: Единая межведомственная информационно-статистическая система [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fedstat.ru/indicator/data.do?id=41685&referrerType=0&referrerId=946899>

Анализ распределения детей по группам здоровья показал, что в регионе за 2007 – 2011 гг. удельный вес детей с I группой здоровья сократился с 10,6 до 9,8%, в стране – с 21,5 до 20,1%. За указанный период доля детей со II группой здоровья увеличилась с 58 до 64%, что на 4% больше, чем в среднем по стране (60%). Особенно значима разница в доле детей с хроническими заболеваниями (III гр. здоровья), которая составляет почти 7%.

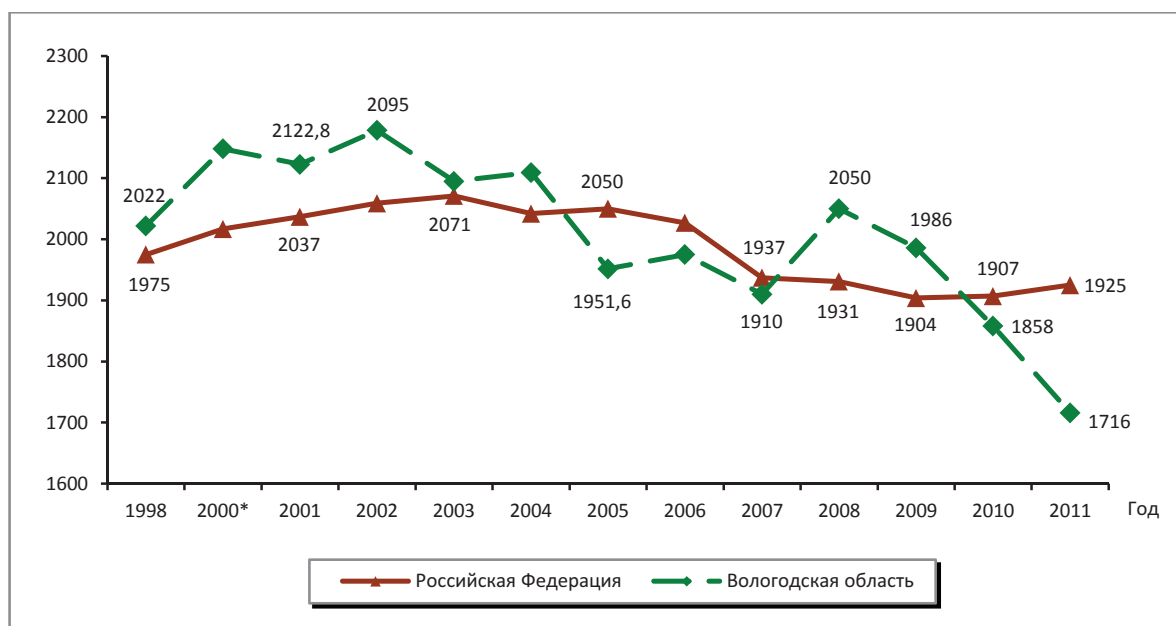
Врождённые пороки и заболеваемость детей находят своё отражение в показателях инвалидности. В Вологодской области, как и в Российской Федерации,

с 2002 года отмечается снижение показателей детской инвалидности. К 2007 году в регионе его значение снизилось по отношению к уровню 1998 года на 5,5% (рис. 3). За последние 4 года по стране в целом значение показателя стабилизировалось, тогда как в области имеется тенденция к его снижению.

Наряду с низкими показателями рождаемости, ростом заболеваемости и высокими показателями инвалидности детского населения демографическая ситуация в стране и отдельных её регионах характеризуется крайне высокой смертностью.

² I гр. зд. – здоровые дети; II гр. зд. – здоровые с некоторыми функциональными отклонениями; III гр. зд. – больные хроническими заболеваниями в компенсированном состоянии (с редкими и нетяжело протекающими обострениями хронического заболевания, без выраженного нарушения общего состояния и самочувствия); IV гр. зд. – больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации (с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжным периодом выздоровления после острых интеркуррентных заболеваний (возникающих на фоне уже имеющейся болезни, по происхождению не связанное с ней и отягощающее её течение)); V гр. зд. – больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации (со значительно сниженными функциональными возможностями) [8].

Рис. 3. Численность детей-инвалидов в возрасте от 0 до 17 лет (на 100 тыс. детей)



* В возрасте 0 – 15 лет

Источники: Здоровье в России: стат. сборник / Росстат. – М., 1998, 2000, 2011; Основные показатели здоровья матери и ребёнка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации: стат. сборник / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – М., 2012. – 190 с.

Анализируя половозрастные коэффициенты смертности, можно выделить некоторые закономерности. Так, среди детского населения Вологодской области смертность в возрасте от 0 до 4 лет за счёт высокой смертности детей до года многократно превышает соответствующий показатель в более старших возрастных группах (5 – 9 лет, 10 – 14 лет; рис. 4).

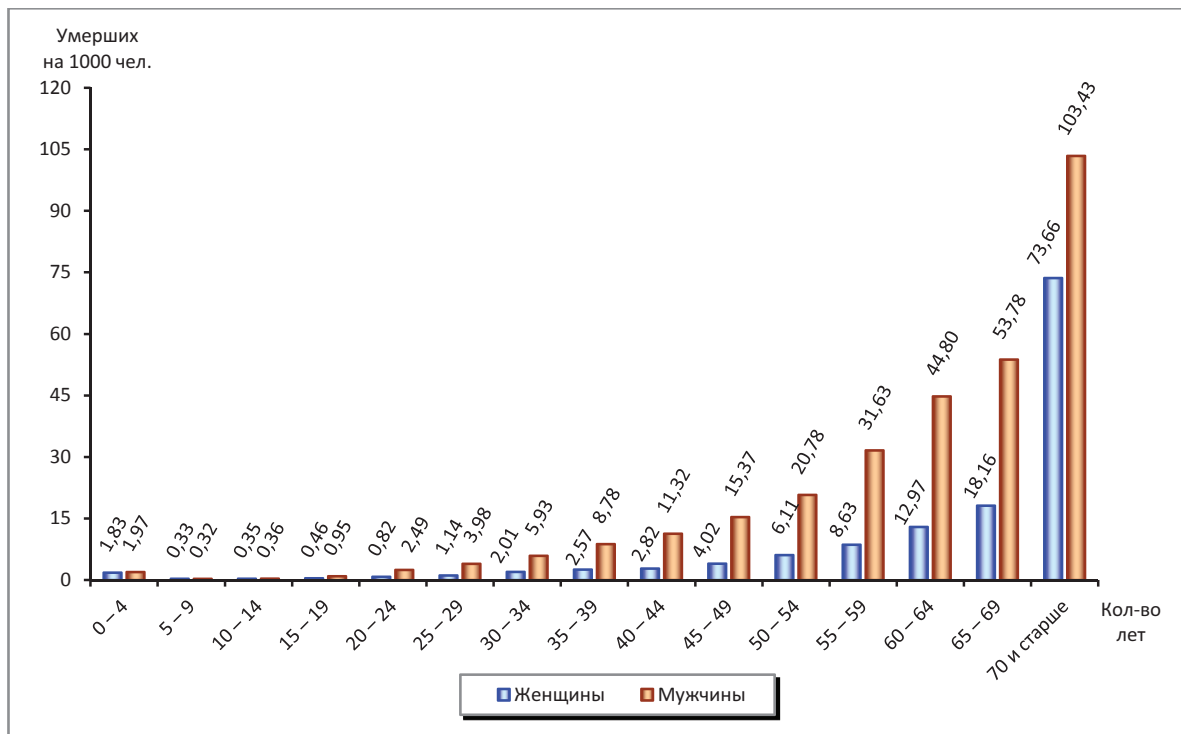
Обращает на себя внимание тот факт, что к 15 – 19 годам смертность мальчиков превышает смертность девочек почти в 2 раза. По мере взросления гендерные различия в смертности растут. Наиболее высокая разница в смертности приходится на трудоспособный возраст. Так, в группе 30 – 34 года смертность мужчин превышает смертность женщин в 3 раза, в группе 35 – 39 лет – в 3,5 раза, в группе 40 – 44 года – в 4 раза. Данные возрастные группы представляют собой наиболее активный не только трудоспособный, но и брачный возраст.

Таким образом, гендерная разница в смертности может оказать негативное влияние на сокращение трудового потенциала населения и формирование семей.

В структуре причин смертей 59% из них занимают болезни системы кровообращения, 14% – новообразования, 11% – несчастные случаи, травмы и отравления [3].

Одним из важнейших демографических показателей, который отражает социально-экономическое благополучие общества и эффективность деятельности учреждений здравоохранения, является младенческая смертность [2]. В Вологодской области младенческая смертность снизилась с 18 случаев (на 1000 родившихся живыми) в 1990 году до 6,5 случаев в 2011 году. Данный показатель соответствует предельно допустимому значению, установленному Европейским бюро ВОЗ, а именно: 10 детей на 1000 родившихся живыми.

Рис. 4. Половозрастные коэффициенты смертности населения Вологодской области в 2011 г. (число умерших на 1000 человек населения)



Источник: Рассчитано автором на основе данных отделения службы государственной статистики по Вологодской области; Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сборник / Вологдастат. – Вологда, 2012. – 83 с.

И хотя за последние годы наблюдаются позитивные изменения в динамике младенческой смертности, ситуацию нельзя считать удовлетворительной, поскольку уровень младенческой смертности в нашей стране остаётся почти в 2 раза выше, чем в экономически развитых странах Европы³ (рис. 5).

В 2011 году в структуре причин младенческой смертности на территории Вологодской области первое место занимали отдельные состояния перинатального периода – 65%, второе – врождённые пороки развития – 15, третье – болезни органов дыхания – 7 [3]. Следовательно

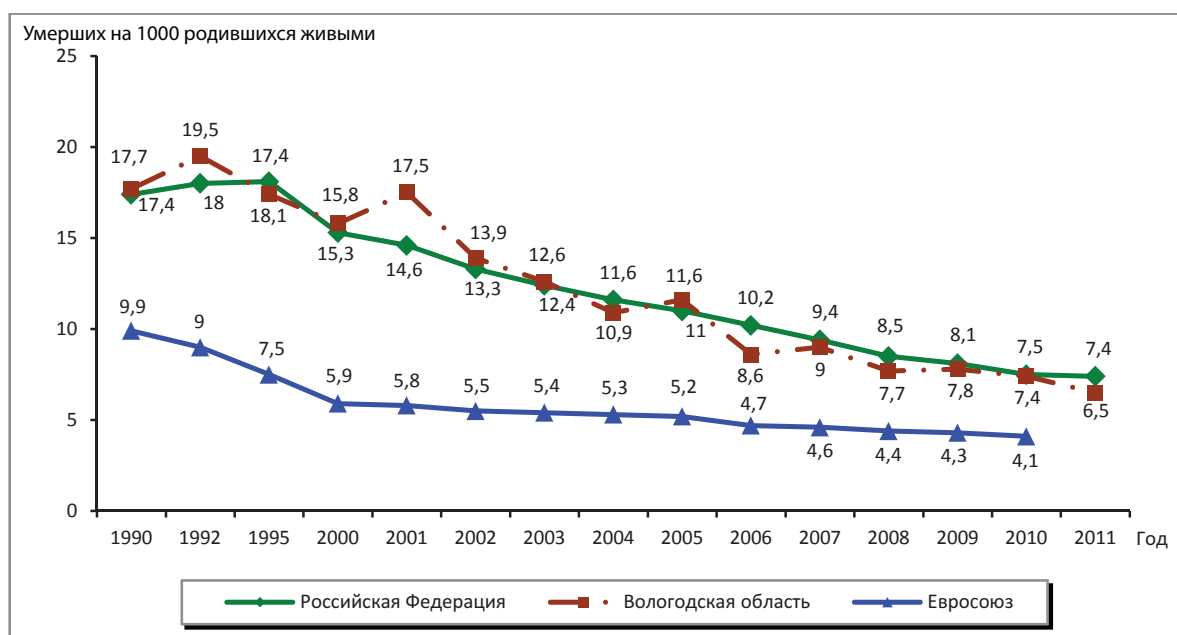
³ В 2010 году минимальные значения показателя младенческой смертности были отмечены на Кипре – 2,24 (на 1000 детей, родившихся живыми), в Финляндии – 2,26, Швеции – 2,54, Чехии – 2,67, Люксембурге – 2,72. Максимальные в Литве – 4,29, Польше – 4,98, Латвии – 5,72 (Источник: European health for all: database (HFA-DB). WHO [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfadbf/>).

две трети случаев смертности приходится на перинатальный период и врождённые аномалии, т. е. на заболевания, связанные со здоровьем матери.

По экспертным оценкам, из 4 млн. девушек в возрасте от 16 до 18 лет абсолютно здоровыми являются от 3 до 20%, остальные страдают теми или иными заболеваниями (в том числе злоупотребляют алкоголем и принимают наркотики), которые влияют на репродуктивную функцию женского организма [2]. Таким образом, репродуктивное здоровье детей и подростков, вступающих в фертильный возраст, оказывает прямое влияние не только на демографические процессы, но и на состояние здоровья будущего ребёнка.

Причины высокой смертности исследуются в работах как по демографии, так и по общественному здоровью, медицине, социологии и др.

Рис. 5. Младенческая смертность (в возрасте до одного года, на 1000 родившихся живыми)



Источники: Демографический ежегодник России. 2001, 2009, 2010: стат. сборник / Росстат. – М., 2001, 2009, 2010; European health for all: database (HFA-DB). WHO [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfad/>

В период демографического кризиса актуальными выступают экономические исследования, направленные на оценку потерь, которые несёт общество вследствие преждевременной смертности населения.

Общепринятой оценкой ущерба от смертности является показатель «потерянные годы потенциальной жизни» (ПГПЖ), который учитывает не только уровень смертности, но и возраст, в котором наступила смерть [6; 9]. Единицей измерения потерь является человеко-год.

Показатель «потерянные годы потенциальной жизни» позволяет рассчитать количество лет, которые человек мог бы прожить, если бы не ушёл из жизни раньше наступления старости или определённого установленного временного «порога» [13].

Стоимость потерянного человеко-года в разный период жизни различается. В детском возрасте, когда человек ещё не включён в производственно-экономические процессы, ущерб минима-

лен, но смерть в этом возрасте оборачивается потерей целой непрожитой человеческой жизни и, следовательно, – упущенной выгодой в производстве валового продукта в течение предстоящей жизни (упущены потенциальные годы, когда человек мог бы участвовать в экономической деятельности). Смерть в трудоспособном возрасте несёт прямой экономический ущерб (упущенная выгода в производстве ВВП из-за уменьшения численности занятых в экономике).

Показатель ПГПЖ рассчитывается по следующей формуле [9]:

$$\sum_{x=0}^{x=L} d_x \cdot (L - x), \quad (1)$$

где d_x – число смертных случаев в возрасте x ,

L – базовое значение продолжительности жизни, означающее возраст, такой, что все смерти ранее этого возраста считаются преждевременными.

При этом базовое значение продолжительности жизни можно выбирать в пределах от 50 до 75. В данном исследовании в качестве базового уровня мы будем применять рекомендованное экспертами ВОЗ значение, равное 65.

На основе данных по преждевременной смертности производится расчёт показателя стоимости потерянных лет потенциальной жизни, который используется в качестве оценки ущерба от смертности. Эта стоимость рассчитывается по формуле [9]:

$$P_t = \text{ПГПЖ}_t \cdot C_t, \quad (2)$$

где P_t – стоимость потерянных лет потенциальной жизни в результате смертности населения в году t ;

ПГПЖ_t – количество человеко-лет, потерянных вследствие преждевременной смертности населения в году t ;

C_t – стоимость одного года статистической жизни в году t .

В качестве меры стоимости одного года статистической жизни (C_t) используется величина средней заработной платы

либо подушевой размер валового продукта, рассчитанный исходя из численности населения, занятого в экономике в текущем году.

С учётом результатов расчётов экономического ущерба в результате смертности детей и подростков (в возрасте от 0 до 19 лет) в Вологодской области за 2000 – 2010 гг. отмечается положительная динамика сокращения смертности, что отразилось в устойчивом снижении экономических потерь (табл. 4). Размер недопроизведённого ВРП за исследуемый период сократился на 26% и в 2010 году составил 9288 руб. на одного занятого в экономике. Однако и эти данные значительны, ведь 2,2% в общем объёме валового регионального продукта остаются недопроизведёнными.

Существенное влияние на социальные потери в рамках этой возрастной группы оказывает преждевременная смертность детей в возрасте от 0 до 4 лет, которая в 2010 году составила 1,4% в общем объёме ВРП (или 64% от потерь вследствие смертности в возрасте от 0 до 19 лет; табл. 5).

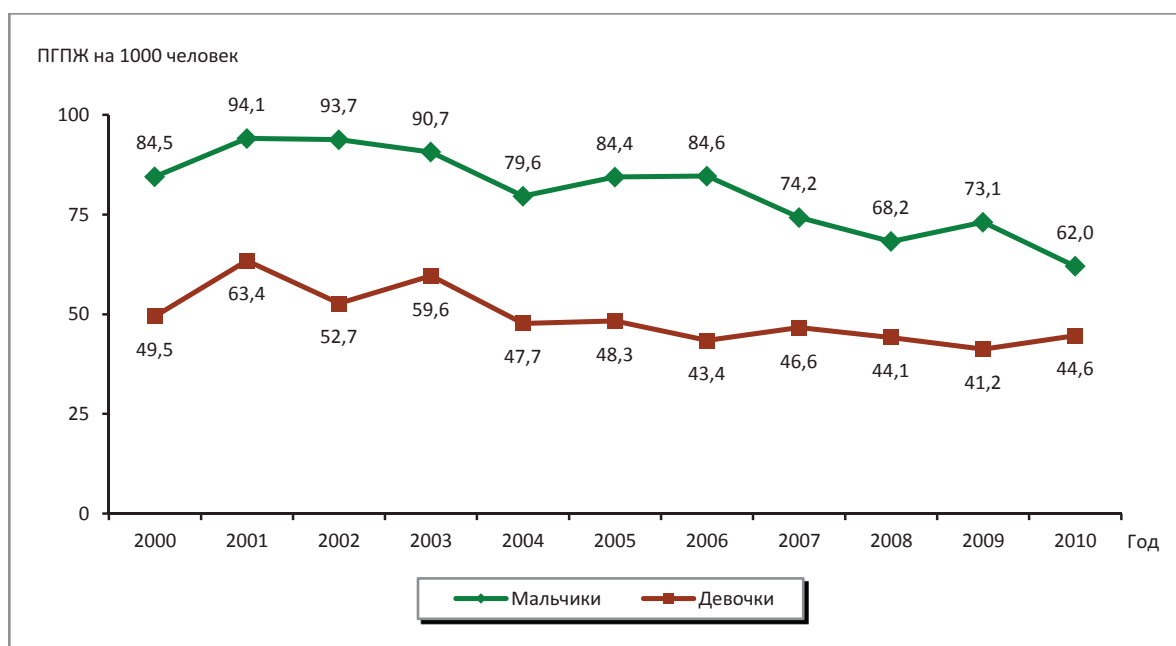
Таблица 4. Потери ВРП Вологодской области в результате преждевременной смертности населения в возрасте от 0 до 19 лет в 2000 – 2010 гг.

Показатель	Год											2010 г. к 2000 г., в %
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Смертность в возрасте от 0 до 19 лет, человек	404	458	407	429	345	348	334	294	266	255	232	57,4
ПГПЖ в возрасте от 0 до 19 лет, человеко-годы	22897	26149	23216	24202	19655	19844	18512	16642	15088	14775	13536	59,1
Размер ВРП на одного занятого в экономике, тыс. руб.	335,7	347,1	347,1	367,6	411,0	411,0	426,5	446,2	441,5	386	415,9	123,9
Недопроизведённый ВРП, млн. руб.	7687	9076	8059	8896	8078	8155	7895	7426	6661	5703	5629	73,2
Недопроизведённый ВРП, руб. на одного занятого в экономике	12563	15049	13039	14569	13498	13038	12497	11704	10740	9231	9288	73,9
В % к ВРП	3,7	4,3	3,8	4,0	3,3	3,2	2,9	2,6	2,4	2,4	2,2	59,5

Таблица 5. Потери ВРП Вологодской области в результате преждевременной смертности населения в возрасте от 0 до 4 лет в 2000 – 2010 гг.

Показатель	Год											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2008	2009	2010	2010 г. к 2000 г., в %
Смертность в возрасте от 0 до 4 лет, человек	209	238	212	206	182	187	145	145	137	146	139	66,5
ПГПЖ в возрасте от 0 до 4 лет, человеко-годы	13167	14994	13356	12978	11466	11781	9135	9135	8631	9198	8757	66,5
Размер ВРП на одного занятого в экономике, тыс. руб.	335,7	347,1	347,1	367,6	411,0	411,0	426,5	446,2	441,5	386,0	415,9	123,9
Недопроизведённый ВРП, млн. руб.	4421	5204	4636	4770	4713	4842	3896	4076	3810	3550	3642	82,4
Недопроизведённый ВРП, руб. на одного занятого в экономике	7224	8629	7501	7813	7874	7740	6167	6424	6143	5747	6009	83,2
В % к ВРП	2,2	2,5	2,2	2,1	1,9	1,9	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4	63,6

Рис. 6. Динамика потерянных лет потенциальной жизни населения Вологодской области в возрасте от 0 до 19 лет (на 1000 человек) в 2000 – 2010 гг.



Уже в возрасте от 0 до 19 лет (дотрудоспособный возраст) наблюдаются существенные гендерные различия в смертности. Так, из данных рисунка 6 видно, что потери вследствие преждевременной смертности мальчиков выше, чем девочек.

Необходимо отметить, что приведённые сведения не отражают в полной мере всех затрат общества вследствие

преждевременной смертности молодых людей, ещё не достигших трудоспособного возраста. Во-первых, уровень смертности детей и подростков в силу различных биологических, возрастных, социальных закономерностей и факторов относительно невелик по сравнению с другими возрастными группами населения. Во-вторых, не стоит забывать об

ухудшении здоровья младшего поколения и тех невосполнимых потерях интеллектуального, трудового, репродуктивного, культурного потенциала, которые невозможно оценить.

Таким образом, здоровье и развитие подрастающего поколения заслуживают пристального внимания, так как в настоящее время в Вологодской области и стране сохраняются негативные тенденции их основных показателей. Ежегодно возрастает заболеваемость детей всех возрастов, сохраняется высокий уровень инвалидизации и смертности. Уже в дотрудоспособном возрасте наблюдаются существенные гендерные различия в смертности, которые сохраняются и в будущем. В стране не более 20% детей и подростков-школьников можно считать здоровыми, в Вологодской области – 10%.

Состояние физического здоровья детей усугубляется существующими демографическими тенденциями. Интенсивное снижение численности детского населения объясняется не только низким уровнем рождаемости, но и высокими показателями младенческой смертности, а также негативными трендами в репродуктивной сфере подростков, которые в

скором будущем сами станут родителями, поэтому данную ситуацию необходимо расценивать как угрожающую безопасности России.

Основные направления государственной поддержки должны заключаться в следующем:

- развитие и совершенствование демографической политики как на федеральном, так и на региональном уровнях;
- принятие дополнительных мер, направленных на пропаганду здорового образа жизни и формирование семейных ценностей;
- усиление информированности населения о правах и возможностях (пособия, льготы), предоставляемых федеральными и региональными программами и законами;
- усиление мер государственной социальной поддержки семей с детьми (при этом необходимо совершенствование механизмов выявления семей, нуждающихся в мерах социальной поддержки и помощи);
- вовлечение в сферу предоставления социальных услуг семьям с детьми некоммерческих организаций, социально ответственного бизнеса и гражданского общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрияшина, Е.В. Семья и здоровье подростка [Текст] / Е.В. Андрияшина // Народонаселение. – 1998. – № 2. – С. 55-70.
2. Баранов, А.А. Педиатрия: национальное руководство [Текст] / коллектив авторов под руководством А.А. Баранова: в 2 т. – Т. 1. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1024 с.
3. Демографический ежегодник Вологодской области [Текст]: стат. сборник / Вологдастат. – Вологда, 2012. – 83 с.
4. Доброхлеб, В.Г. Динамика и структура населения России в будущем [Текст] / В.Г. Доброхлеб // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2010. – № 4. – С. 62-70.
5. Единая межведомственная информационно-статистическая система. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fedstat.ru>
6. Калашников, К.Н. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения [Текст]: монография / К.Н. Калашников, А.А. Шабунова, М.Д. Дуганов. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – 153 с.

7. Копейкина, Н.А. Вологодская область в условиях демографического кризиса [Текст] / Н.А. Копейкина // Проблемный анализ и государственно-управленческое проектирование. – 2012. – № 4. – С. 41-52.
8. Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов: Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 04.03.1995 № 60 // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс».
9. Общественное здоровье и экономика [Текст] / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 288 с.
10. Римашевская, Н.М. Качество человеческого потенциала в современной России [Текст] / Н.М. Римашевская // Демографические перспективы России / под ред. Осипова Г.В., Рязанцева С.В. – М.: Экон-Информ, 2008. – С. 127-146.
11. Сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
12. Социальное и экономическое развитие России. Каирская программа действий: 15 лет спустя [Текст]: Аналитический доклад, приуроченный к 15-й годовщине Международной конференции по народонаселению и развитию. – М.: НИСП, 2010. – 171 с.
13. Финансовый микроанализ в здравоохранении: рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях [Текст] / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Колинко. – М., 2000. – 96 с.
14. Шабунова, А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография [Текст] / А.А. Шабунова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.
15. European health for all: database (HFA-DB). WHO [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfadb>