**Введение**

В настоящее время Россия переживает демографический кризис, обусловленный падением уровня рождаемости и высокой смертностью населения. Для предотвращения депопуляции населения Правительство РФ в 2006 перешло на активную демографическую политику. Президентом страны была предложена программа стимулирования рождаемости, а именно: меры поддержки молодых семей, поддержки женщин, принимающих решение родить и поднять на ноги ребенка.

В условиях рыночной экономики применение нормативно-целевых методов планирования приобретает особое место. Оно позволяет обеспечить прямую взаимосвязь между распределением бюджетных ресурсов и фактическими или планируемыми результатами их использования в соответствии с установленными приоритетами государственной политики, основным из которых является усиление социальной ориентации российской экономики.

**Региональные особенности демографической политики**

Одним из регионов, где сохраняется высокая рождаемость, является Республика Дагестан. Несмотря на низкий уровень жизни, высокую безработицу среди молодежи и женщин, сложную политическую обстановку в регионе суммарный коэффициент рождаемости в настоящее время составляет 1,6. Высокая рождаемость является для республики традиционной, но проводимые социально-экономические реформы вынуждали сильно ограничивать репродуктивные установки населения, вплоть до отложения второго–третьего ребенка до лучших времен. Начиная с 1990 года, рождаемость в регионе падает, а коэффициент суммарной рождаемости за этот период снизился почти в два раза. Активное государственное стимулирование процессов воспроизводства населения и адаптированная к региональным условиям социальная политика призваны обеспечить социальную стабильность в регионе, что является основой демографического роста.

В этой связи в утвержденной Правительством Российской Федерации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2015 года в числе приоритетов в области стимулирования рождаемости и укрепления семьи предполагается совершенствование системы выплат пособий гражданам, имеющим детей, в том числе повышение размеров пособий и их адресности. Одновременно проводятся меры по укреплению родовой отрасли медицины в рамках реализуемого национального проекта «Здоровье» в целях снижения материнской и младенческой смертности.

В настоящее время в России на федеральном уровне существует пять видов пособий для мам и беременных женщин: на посещение женской консультации, одноразовые выплаты при рождении ребенка, пособие по уходу за ребенком до полутора лет, оплаченные отпуска до и после родов и пособие при усыновлении. Плюс материнский капитал, который является скорее поощрением на рождение второго, третьего ребенка.

С 2007 года право на получение ежемесячного пособия по уходу за ребенком до полутора лет приобретают лица, не подлежащие обязательному социальному страхованию. То есть, если раньше эти деньги выплачивались только в том случае, если будущая мама успевала поработать, причем официально, с оформлением трудовой книжки и с получением "белой" зарплаты, то теперь наличие трудового стажа необязательно. В условиях Республики Дагестан, когда значительная часть женщин являются безработными и вынуждена работать в ЛПХ, или занята наемным трудом без официального оформления на работу, а среди них не редкость вступивших в брак сразу после окончания общеобразовательной школы, не получив профессиональной подготовки и стажа работы, введение права на получение этого пособия играет особую роль для социально-демографического развития региона. Важно и то, что теперь увеличен размер этого пособия с 700 рублей до 1500 рублей для первенца и до 3000 рублей - при рождении второго и последующих детей.

Благодаря национальному проекту "Здоровье" в большинстве регионов России наблюдается рост учетных списков в женских консультациях, и все больше женщин встают на учет в ранние сроки беременности. Если раньше в консультацию обращались в 2 основном работающие женщины, да и то лишь за листком по нетрудоспособности, и при этом женщина самостоятельно решала какая и в какой степени ей нужна помощь медиков, то после введения родового сертификата в Дагестане этот процесс начал носить добровольно-принудительный характер. Родовой сертификат - это документ, который каждая беременная женщина получает в женской консультации и приносит в роддом и по которому медики данных учреждений могут впоследствии получить дополнительные деньги. Таким образом, врачей заинтересовывают в том, чтобы привлекать в свое учреждение как можно больше рожениц, но, то обстоятельство, что при обращении женщины в родильный дом у неё в первую очередь требуют родовой сертификат, заставляет многих беременных женщин идти в женскую консультацию. Именно это вынуждает их целыми днями ожидать очереди на приеме у врача, специалиста или для проведения определенных анализов. В некоторых случаях для получения родового сертификата женщинам приходится обивать пороги разных инстанций по нескольку недель, собирать десятки документов, хотя по правилам необходимо всего пять-шесть документов, а главные из которых паспорт, страховой медицинский полис и страховое свидетельство государственного пенсионного страхования. Тем, кто не хочет проходить через это, подсказывают альтернативный вариант – платные медицинские учреждения!

Кроме того, несмотря на родовой сертификат, предусмотренный нацпроектом "Здоровье", который должен как раз гарантировать будущей маме, что она может сама выбрать, где рожать, встречаются случаи отказа в принятии в медицинские учреждения, не относящихся к административно-территориальному образованию места проживания женщины. Увеличение заработной платы медиков, что предусмотрено национальным проектом, не позволило также повышать квалификацию медперсонала, хотя жалование теперь напрямую зависит от успешности родов. Чтобы улучшать качество предоставляемых медицинских услуг недостаточно просто повышать зарплату, покупать новое оборудование, необходимо разработать и реализовать специальную программу обучения, стажировки медперсонала в специализированных учебных заведениях и в ведущих медицинских учреждениях. До сих пор остаются актуальными вопросы квалифицированного медицинского обслуживания беременных женщин в сёлах горной местности, где нет даже специалиста этой области медицины.

Тем не менее, за последние годы складывается тенденция более ответственного отношения самих будущих матерей к своей беременности. Такой вывод позволяют делать такие процессы, как своевременный уход на отпуск по беременности и родам, становление на учет в женских консультациях в ранние сроки беременности, рост записей в платных кабинетах, где работают лучшие специалисты и имеется новейшее диагностическое оборудование, прогулки в парковых зонах, правильное питание и т.д. Эти перемены позволяют существенно снизить показатели материнской и детской смертности.

Меры, предпринимаемые государством, такие как, повышение пособий, материнский капитал, являются побудительными, но их явно недостаточно. Необходима всесторонняя, многоохватная политика материнства, детства, семьи. Государство должно проводить информационную политику, направленную на поддержку семьи, пропаганду семейных ценностей. В современном обществе разрушается потребность в детях, разрушаются веками сложившиеся семейные устои, внутрисемейные ценности замещаются внесемейными, низко ценится человеческая жизнь. Это очень болезненное состояние, возникшее во многом в результате произошедшего в стране исторического перелома и падения уровня жизни населения.

**Нормативно-целевое планирование уровня развития социальной сферы региона**

При анализе условий социально-экономического развития региона первостепенное место занимает вопрос оценки степени достижения главной цели такого развития - уровня и качества жизни населения, соответствующего принятым в обществе социальным стандартам (нормам). В связи с этим встает задача оценки и анализа интуитивно понятной, но недостаточно изученной категории, характеризующей условия и образ жизни людей. Существует множество частных показателей, характеризующих социальное положение регионов. Однако сравнение различных регионов даже по небольшому числу показателей методически сложно. Искомый показатель должен удовлетворять следующим требованиям: отражать конечные результаты социального развития; характеризовать обе его стороны- изменения и процесса, и результата; количественно измерять развитие, достигаемое в результате внедрения социальных достижений. Таким показателем является уровень социального развития (УСР).

Рассмотрим методику построения УСР. При построении УСР необходимо учитывать два основных момента: первый - теоретического характера - заключается в определении его составляющих и отборе первичных (измеримых) признаков, второй - методического плана - в нахождении методов сведения различных признаков (по характеру, единицам измерения, социальной значимости) в единый показатель.

В качестве первичных взяты следующие удельные показатели: коэффициент рождаемости, средняя номинальная начисленная заработная плата работников организаций, средний размер банковского вклада физических лиц на рублевых счетах, число больничных коек, численность врачей, ввод в действие жилых домов, индексы физического объема оборота розничной торговли. Значения отобранных показателей публикуются в статистических сборниках.

Для интегрирования частных показателей применен таксонометрический показатель В. Плюты, рассчитываемый на базе матрицы данных, составленной из стандартизованных значений первичных признаков. Стандартизация позволяет избавиться от единиц измерения (стоимостных и натуральных). Использование данного метода предполагает предварительное масштабирование показателей. За эталон принимается максимальное значение каждого частного показателя по всем регионам в течение рассматриваемого периода. Для обеспечения универсальности УСР переведен в относительную форму относительно эталона (нормы).

Рассчитанные значения УСР областей Центрального федерального округа за 2002-2007 годы приведены в таблице 1. Итоговые данные таблицы 1 свидетельствуют о значительной дифференциации областей Центрального федерального округа по уровню социального развития. Белгородская область является абсолютным лидером по развитию социальной сферы. Причем показатель УСР даже этой области ниже среднего значения по округу, что вызвано значительным превосходством развития социальной сферы г. Москва и Московской области (среднее значение по округу приведено без этих регионов). К 6 наиболее развитым можно отнести Воронежскую, Липецкую, Тверскую, Ярославскую области. Наиболее низкий УСР наблюдается в Тульской, Тамбовской, Смоленской, Рязанской областях. Колебания УСР свидетельствуют о том, что развитие социальной сферы подвержено сильным конъюнктурным воздействиям и в условиях незначительного подъема экономического развития социальной сфере все еще уделяется второстепенное внимание.

Основываясь на данных о динамике социального развития областей, органы государственной власти и региональная администрация может проводить политику, направленную на сглаживание социально-экономического положения областей путем целенаправленного распределения финансовых ресурсов. Проведение государственными органами власти эффективной политики направленной на повышение уровня жизни, предполагает реализацию следующих программ: стимулирование экономического роста, целесообразного распределения благ, обеспечение гарантированного уровня образования и медицинской помощи, питания; выдачи трансфертов нуждающимся в получении минимального гарантированного дохода. Такого рода программы только начинают формироваться.

Кроме того, индикатор УСР может применяться в качестве критерия выбора вариантов развития региона.

**Зарубежный опыт снижения смертности от сердечнососудистых заболеваний и его значение для России**

На современном этапе развития в странах с развитой экономикой основной причиной смертности стали сердечнососудистые заболевания. Начиная с 1930х годов, когда значительно снизилась смертность населения от вирусных и инфекционных заболеваний, они становятся основной причиной смертности, инвалидности и заболеваемости населения. В 1960х годах на государственном уровне в развитых странах осознается необходимость борьбы с данными заболеваниями не только с помощью совершенствования лечебного процесса, внедрения новых технологий и апробирования новых лекарств, но и с помощью профилактики этих заболеваний, разработки реабилитационных программ и пропаганде здорового образа жизни. Успех по борьбе со снижением смертности от сердечнососудистых заболеваний напрямую стал зависеть от степени охвата программы, ее комплексности и долговременного характера.

Начиная с конца 1960х разрабатываются общегосударственные комплексные программы по снижению смертности от данных заболеваний. Эти программы разрабатываются на долгую перспективу и имеют значительную государственную (в первую очередь финансовую) поддержку, а также широкое освещения в СМИ. В США и странах Западной Европы выходят многочисленные исследования посвященные факторам риска заболеваемости сердечнососудистыми заболеваниями, особенностями раннего выявления склонности к этим заболеваниям и здоровому образу жизни как важному фактору снижения риска развития этих заболеваний.

В США одним из приоритетов борьбы по снижению смертности от сердечнососудистых заболеваний является программы пропаганды здорового образа жизни, в частности отказа от курения и потребления спиртных напитков. Был достигнут определенный успех – с 1960х по 1990ые потребление табачных изделий снизилось почти на половину.

В Финляндии, имеющей на тот момент один из самых высоких в Европе показателей смертности от сердечнососудистых заболеваний, разрабатывается программа «Лапландия», имеющая целью снизить смертность от сердечно сосудистых заболеваний в рамках всей страны в течение 20 лет. К 1990м годам эта программа имела значительный успех, позволив значительно снизить смертность, в частности, от ишемической болезни сердца.

Спустя полвека накоплен в мире богатый опыт по реализации данных программ, и результаты представляют большой интерес для России, где сердечнососудистые заболевания также являются основной причиной смертности и инвалидности населения.

На протяжении нескольких лет действует федеральная программа «Гипертония», предполагающая первоочередную борьбу с гипертонией как одной из основных причин для сердечнососудистых заболеваний. Тем не менее, одна борьба с гипертоний не может качественно изменить ситуацию с сердечнососудистыми заболеваниями, так как гипертония вызывается многими факторами, в частности нездоровым обозом жизни. Поэтому необходимо разработать программу с перспективой на много лет, где будут учитывается все аспекты и риски развития сердечнососудистых заболеваний.

На современном этапе развития нашей страны, когда появилась возможность разрабатывать стратегическое направления политики в области здравоохранения, в первую очередь для улучшения основных показателей здоровья населения и снижения смертности, опыт развитых стран по борьбе с сердечнососудистыми заболеваниями крайне важен.

**Оценка влияния экономических мер на демографическое поведение и на решение проблем в воспроизводстве человеческого капитала**

Человеческий капитал это психофизиологические, интеллектуальные, физические, моральные, социальные, нравственные и другие способности человека приносить доход.

В целом инвестиции в человека бывают трех видов:

Во-первых, расходы на образование, включая общее и специальное, формальное и неформальное образование, подготовку по месту работы.

Во – вторых, расходы на здравоохранение, складывающиеся из расходов на профилактику заболеваний медицинское обслуживание. диетическое питание, улучшение жилищных условий.

В- третьих, расходы на мобильность, благодаря которым рабочие мигрируют из мест с относительно низкой производительностью в места с относительно высокой производительностью, составляют наименее очевидную форму инвестиций в человеческий капитал.

Соответствие рабочей силы требованиям потенциальных инвесторов - один из факторов инвестиционной привлекательности того или иного региона или предприятия. Сохранение существующего разрыва между требованиями инвесторов к профессиональным качествам работников и возможностями системы подготовки и переподготовки кадров будет препятствовать развитию, прежде всего тех видов производств, которые базируются на использовании современных технологий, а также затормозит привлечение иностранных инвестиций

В условиях сложившихся в современной России демографической ситуации (наметившейся депопуляции, естественной убыли, установления режима суженного воспроизводства населения, снижения ожидаемой продолжительности жизни при рождении и в отдельных возрастных группах, неблагоприятных процессов миграции) возникла необходимость целенаправленной политики народонаселения на федеральном и региональном уровне. Российская Федерация имеет реальную опасность угрозы национальной и экономической безопасности страны, а также возможность дополнительных притязаний на ее территорию.

Для выхода из сложившейся ситуации существует необходимость разработки концепции демографической политики, которая должна привести к постепенной стабилизации численности населения и формированию предпосылок для его дальнейшего роста.

Целесообразно отметить ряд направлений демографической политики, которые могли бы помочь исправить сложившуюся ситуацию:

- укрепление состояния здоровья детей и подростков (в т.ч. иммунизация и профилактика);

- сохранение репродуктивного здоровья населения;

- сохранение здоровья пожилых людей;

- создание условий для жизнедеятельности семьи, предполагающей возможность рождения, содержания и воспитания детей, для постепенного перехода от малодетной (один-два ребенка) к среднедетной (три-четыре) семье;

- формирование общественного мнения в направлении необходимости укрепления семьи с двумя и более детьми, в первую очередь молодой семьи;

- разработка и реализация стратегии развития форм семейного обустройства детей сирот и детей инвалидов;

В области решения проблем миграции и расселения необходимо расставить некоторые приоритеты:

- привлеченное иммигрантов, в первую очередь граждан стран СНГ, при помощи селективной миграционной политики;

- создание условий для сокращения эмиграционного оттока, ведущего к сокращению научно-технического, интеллектуального потенциала населения России;

- обеспечение легализации миграции в России путем применения различных механизмов: правовых, финансовых, организационных и др.;

- создание системы эффективной защиты прав вынужденных мигрантов на территорию России.

Для реализации концепции немаловажную роль играет разработка ее на региональном уровне. Региональная демографическая политика не только должна вобрать в себя основные положения федеральной, но и учесть особенности экономического, социального и демографического развития регионов**.**

**Современные проблемы старения населения в России**

Процесс старения населения может происходить как в результате снижения рождаемости (старение снизу), так и в результате снижения смертности в старших возрастах (старение сверху). Следует особенно выделить ситуацию в России, так как в нашей стране процесс старения населения протекает в условиях высокой смертности и низкой рождаемости. То есть, по большому счету он проходит в основном снизу.

Сокращение рождаемости зачастую выступает основным фактором старения населения. В России рождаемость начинает существенно снижаться с 1960-х годов ХХ века. Надо сказать, что рождаемость в последние 40 лет сокращалась и стабилизировалась на определенно низком уровне не только в России, но и в подавляющем большинстве промышленно развитых стран мира, что и стало одной из главных причин старения населения.

Продолжительность жизни в России с 1960-х годов плавно снижалась за исключением короткого периода конца 1980-х годов. Более того, с начала 1990-х снижение стало заметным, показатель продолжительности жизни мужчин опускался неоднократно ниже 60 лет (только в 2006 году он снова вернулся к отметке 60 лет, однако пока невозможно проверить насколько этот тренд долгосрочный). Подобная динамика снижения продолжительности жизни не характерна для большинства остальных промышленно развитых стран.

В результате перечисленных процессов снижения рождаемости и роста смертности в России наблюдаются существенные изменения в структуре демографической пирамиды. Тем не менее, по сравнению с многими промышленно развитыми странами доля пожилых людей1 в России не столь велика (порядка 13,4%2 по сравнению с 16,4% во Франции и 19,5% в Японии3)Отставание России связано с небольшими значениями показателя продолжительности жизни, старения сверху. Если продолжительность жизни в нашей стране будет расти, то ожидается повышение численности пожилых людей. Данному явлению также способствует и форма демографической пирамиды, так как скоро в пожилой возраст вступят поколения высокой рождаемости 1950-х годов.

Интересно посмотреть распределение пожилых людей по регионам России, которые по многим характеристикам различаются существенно (различия зачастую более ощутимые, чем межстрановые). Наиболее старыми являются регионы ЦФО – Тульская, Рязанская области (особенно сельская местность), а молодыми сибирские автономные округа и северокавказские республики.

В целом по России процесс старения населения идёт быстрыми темпами и в ближайшее время должен ускориться.

Низкая ожидаемая продолжительность жизни населения (а также здоровой жизни) накладывает дополнительные проблемы на систему здравоохранения. Дожившие до старости люди являются уже больными различными хроническими заболеваниями, данное явление должно увеличить государственные расходы на здравоохранение и социальную защиту. Действительно российское здравоохранение хоть и является бесплатным, но хронически недофинансируется и услуг его на всех не хватает. Особенно страдают от данного положения дел пожилые люди, так как их социальное обеспечение находится на крайне низком уровне.

Пенсии, хотя и составляют весомую часть социальных пособий, весьма невелики, едва покрывают прожиточный минимум пенсионера. Стоит заметить, что низкие пенсии зачастую компенсировались многочисленными льготами (бесплатный проезд в общественном транспорте, скидки на услуги ЖКХ, санаторно-курортное обслуживание, лекарства). Многие из которых, в основном связанные с услугами здравоохранения получить трудно. Неудивительно, что по данным опроса «Солидарность и конфликты поколений» 74,4 % пожилых людей обеспокоены своим положением. Причем наибольшее беспокойство у них вызывает здоровье и материальное положение 58,7 %.

**Заключение**

Таким образом, в условиях отсутствия поддержки со стороны государства и недостаточного количества патронатных общественных организаций, старикам остаётся надеяться на следующие дополнительные источники средств к существованию: личные подсобные хозяйства, работа, поддержка семьи.

Однако правительство России, очевидно, не до конца осознаёт проблему старения населения. В Концепции демографического развития за период до 2015 года проблемы старения населения не были выделены даже отдельным разделом. В более подробно и ясно прописанной Концепции демографического развития до 2025 года проблема старения населения несколько раз упоминается, но ей не посвящено ни одного раздела, не прописаны отдельно меры для решения проблем, связанных со старением населении.

Основные рекомендации по улучшению положения пожилых людей в стране.

Необходимо завершить реформу пенсионной системы, для того, чтобы будущие многочисленные поколения пенсионеров получали достойную пенсию.

Необходимо обеспечить развитие патронатных организаций, что будет нелегко сделать, учитывая сегодняшнее положение дел с гражданским обществом в России. Скорее всего, не удастся значительно увеличить долю частных некоммерческих организаций.

Одной из основных функций государства должно стать обеспечение подготовки квалифицированных кадров для опеки над пожилыми, организация школ и курсов социальных работников.

**Список литературы**

1. Бреева.Е.Б. : (2007) Основы Демографии: издательство Москва.
2. Ионцев В.А. (2007): Экономика народонаселения: Москва Инфра.
3. Харченко Л.П.,.Глинский В.В.,Ионин В.Г.(2008) Демографическая статистика: издательство Новосибирск.
4. Евченко А.В., Кузьбожев Э.Н. Прогнозирование и программирование социального развития региона в переходной экономике: ресурсный подход. Курск: Издательство РОСИ, 2008.
5. Айвазян, С.А., Мхитарян В.С. Прикладная статистика и основы эконометрики. М.: Юнити, 2007.
6. Сводный статежегодник Курской области: Статистический сборник / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Курской области. – Курск, 2007.
7. Guide on Cardiovascular risk assessment and management, David A. Wood, European Heart Journal Supplements 2005) L5-L10
8. Control and Prevention of Cardiovascular Disease around the world. Ignacio Balaguer Vinto, Hospital de la Santa creu I Sant Pau, Barselona, Spain, 2008.