



Приволжский федеральный округ.

Развитие в разнообразии

Территория от Урала до Средней Волги — одна из самых разнородных по этническому составу населения и уровню экономического развития. Приволжский федеральный округ (ПФО) включает 14 субъектов РФ, в том числе шесть республик и семь областей, а также новообразованный Пермский край (в 2005 г. Коми-Пермяцкий АО был объединен с Пермской областью). На долю Приволжского ФО приходится 21% населения России и около 17% суммарного ВРП.

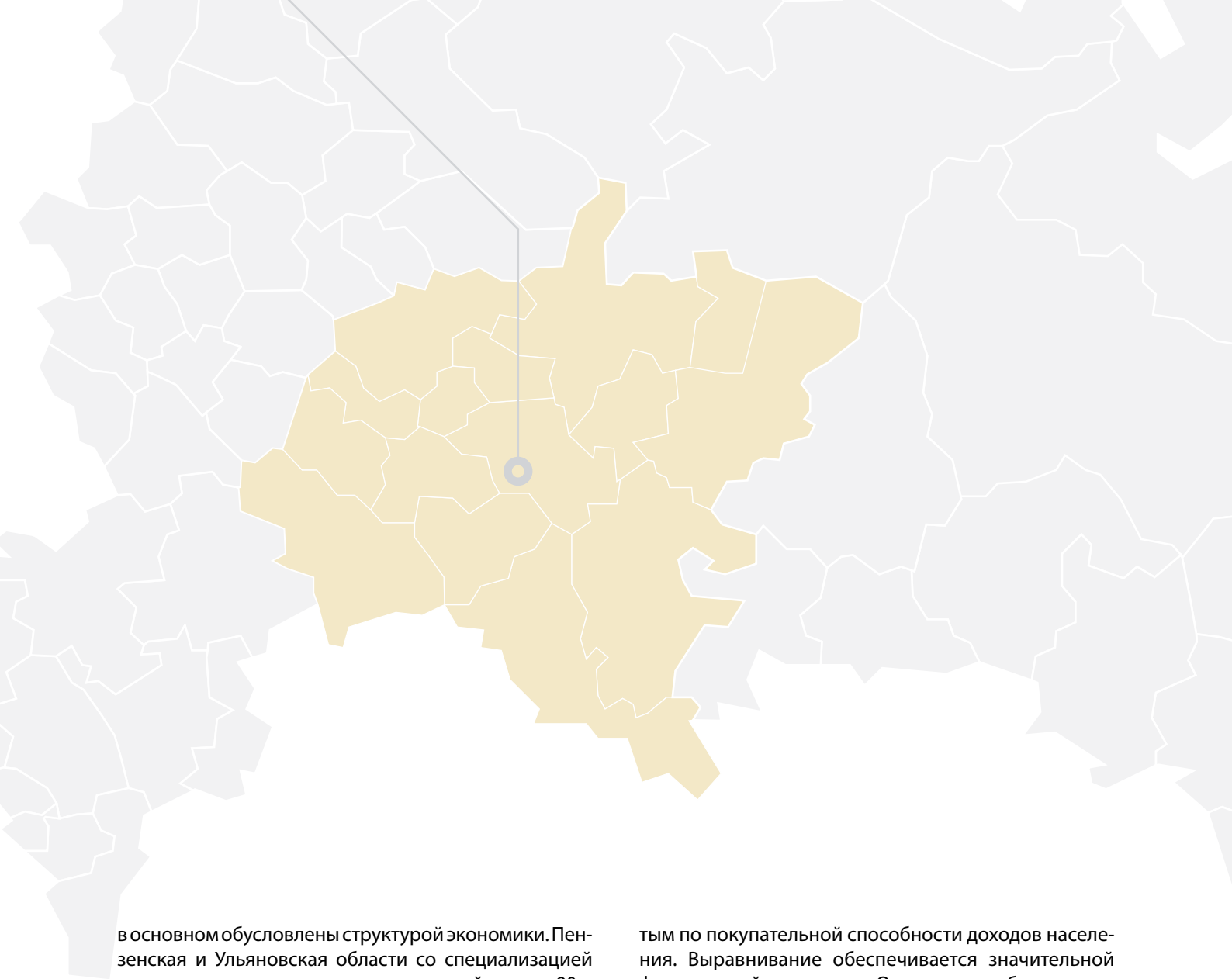
В отличие от Центра и Северо-Запада Приволжский федеральный округ полицентричен. Несколько регионов примерно равны по уровню развития, экономическому весу и численности населения. Они конкурируют между собой за лидерство, хотя официально столицей округа считается Нижний Новгород. Отсутствие доминирующего экономического и демографического центра дополняется внутренней несвязностью пространства и дорожной сети, все крупнейшие транспортные магистрали ориентированы на Москву.

По уровню экономического развития субъекты ПФО разделяются на три группы. В число более развитых входят республики Татарстан и Башкортостан, Самарская область и Пермский край с душевым ВРП выше среднего по РФ или близким к нему. Все эти реги-

оны — индустриальные и многопрофильные, в них сочетаются отрасли экспортной экономики, в основном нефтяной и химической, с развитой пищевой промышленностью и более проблемным машиностроением. Каждый имеет крупный город с населением около миллиона человек, а Самарская область — третью по численности населения агломерацию страны (Самаро-Тольяттинскую), что создает дополнительные преимущества для развития сектора услуг. В регионах-лидерах самые высокие доходы населения в округе (см. рис. 3.1). Пример существующих проблем развития человеческого потенциала и методов их решения в двух регионах-лидерах — Пермском крае и Самарской области приводится во вставках 3.1 и 3.2.

Вторая группа регионов относится к среднеразвитым, структура их экономики разная. В Нижегородской области и Удмуртии — в основном промышленная, с высокой долей машиностроения, а в более южных Оренбургской и Саратовской областях — индустриально-аграрная. При сходстве показателей уровня экономического развития эти регионы заметно различаются по социальной проблематике.

Третья группа — с более низким уровнем развития, к ней относится 40% регионов и четверть населения Приволжского округа. Проблемы этих регионов

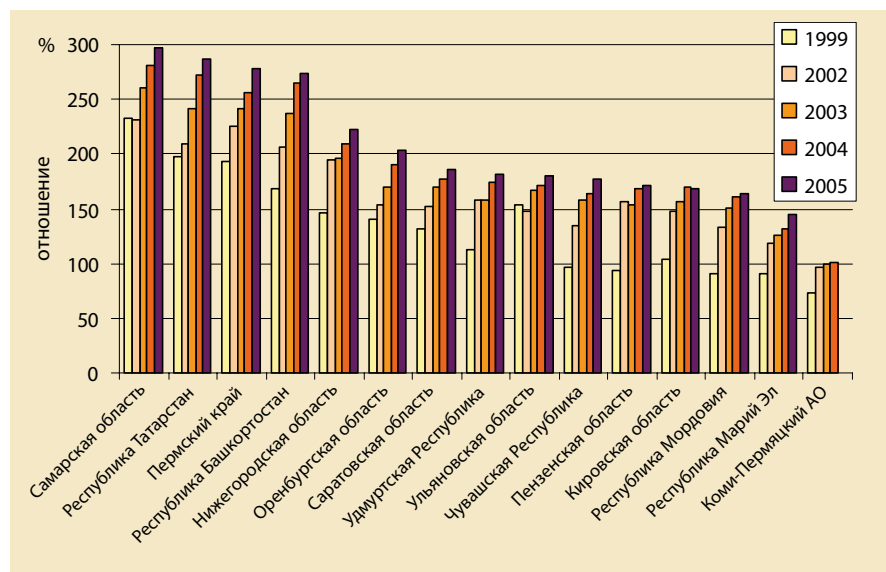


в основном обусловлены структурой экономики. Пензенская и Ульяновская области со специализацией на машиностроении пережили сильный спад в 90-х годах прошлого века, базовая отрасль до сих пор остается неконкурентоспособной. Как следствие, душевой ВРП почти вдвое уступает среднему по регионам РФ (с корректировкой на стоимость жизни). В северной Кировской области депрессивное состояние машиностроения дополняется проблемами лесной отрасли и неразвитой инфраструктурой. В Республиках Чувашия, Мордовия и Марий Эл общее отставание в развитии усугубляется стагнацией трудоемкого машиностроения. Экономическое положение Чувашии и Мордовии несколько лучше, чем Марий Эл, из-за лучших природных условий для сельского хозяйства, обеспечивающего сырьем местную пищевую промышленность.

Несмотря на отставание в экономическом развитии, все проблемные регионы близки к среднеразви-

тым по покупательной способности доходов населения. Выравнивание обеспечивается значительной федеральной помощью. Однако в слаборазвитом Коми-Пермяцком АО даже масштабная федеральная

Рис. 3.1. Отношение среднедушевых денежных доходов к прожиточному минимуму, %





Глава 3. Приволжский федеральный округ. Развитие в разнообразии

помощь, обеспечивающая более 70% доходов бюджета округа, не позволила кардинально улучшить положение, округ оставался аутсайдером по всем социально-экономическим показателям, особенно по доходам населения.

Показатели неравенства по доходу и уровня бедности в основном обусловлены состоянием экономики регионов, а также федеральной помощью менее развитым из них. Политика региональных властей отличается выбором разных приоритетов. В Республике Татарстан давно проводится политика перераспределения части поступлений от нефтяного сектора в сельское хозяйство. Тем самым поддерживаются более низкие цены на продовольствие и подтягиваются вверх доходы занятых в агросекторе, что помогает смягчать неравенство. Кроме того, значительные бюджетные средства расходуются на поддержку многодетных семей, реализуется программа ликвидации ветхого и аварийного жилья с привлечением средств бизнеса. Но такая политика базируется на нефтяных доходах, а также на особой поддержке из федерального бюджета, финансирующего крупные инфраструктурные проекты. Схожая политика проводится в Башкортостане, но в меньших объемах. В отличие от Татарстана и Башкортостана в Пермском крае и Самарской области социальная сфера более активно модернизируется, шире используют адресные формы помощи бедным, а не масштабное перераспределение.

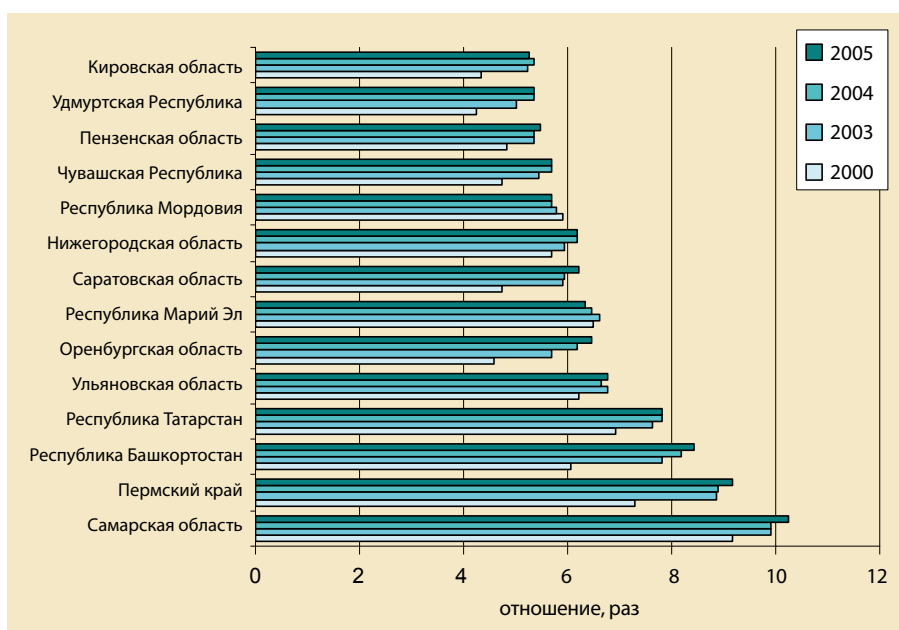
Стратегии региональной политики пока слабо влияют на показатели неравенства, важнейшим фак-

тором остается уровень экономического развития. Сохраняется общая тенденция: чем выше доходы населения в регионе, тем сильнее неравенство в доходах. В экономически развитых Самарской области и Пермском крае квинтильное соотношение доходов (20% населения с самыми высокими доходами к 20% с самыми низкими) составляет 9–10 раз, в республиках Татарстан и Башкортостан — около 8 раз, различия незначительны (см. рис. 3.2). В менее развитых регионах Приволжского округа соотношение доходов полярных квинтильных групп населения ниже — 5–6 раз. При этом неравенство по доходам быстрее растет в развитых регионах, в них больше плодов экономического роста, которые получает в основном небедное население.

Усиливая неравенство, экономический рост одновременно способствует сокращению дефицита доходов бедных (недостающих доходов бедного населения относительно всех доходов жителей региона) и уровня бедности. В развитых регионах Приволжского округа дефицит снизился до среднего по стране (около 2%), а доля бедного населения с доходами ниже прожиточного минимума сократилась до 14–18% (см. рис. 3.3). Для таких регионов становится возможным внедрение более эффективного механизма адресной помощи. В большинстве регионов федерального округа уровень бедности заметно выше — 22–30%, хотя дефицит доходов бедных сократился до 4–6%. В самых проблемных регионах прогресс минимален: в Республике Марий Эл 40% населения остается бедным и дефицит доходов достигает 12% всех доходов населения, а в Коми-Пермяцком АО сохраняется сверхвысокая бедность при дефиците в четверть доходов населения. Массовая бедность в таких регионах заслоняет проблему крайней бедности и затрудняет переход к адресной помощи, требующей достоверного учета доходов. Вряд ли это возможно сделать для 40–50% населения.

Уровень безработицы в ПФО относительно невысок и составлял 5–10% в 2005 г. при среднем показателе по стране 7,4%. Только в кризисном Коми-Пермяцком АО безработица намного выше (17%). Индикатором ЦРТ является уровень молодежной безработицы в возрасте 15–24 лет. Он позволяет оценить, удастся ли молодежи преодолеть барьеры на рынке труда, особенно при первичном найме без опыта работы. Сравнение молодежной и общей безработицы пока-

Рис. 3.2. Отношение денежных доходов 20% населения с самыми высокими доходами к 20% населения с самыми низкими доходами, раз

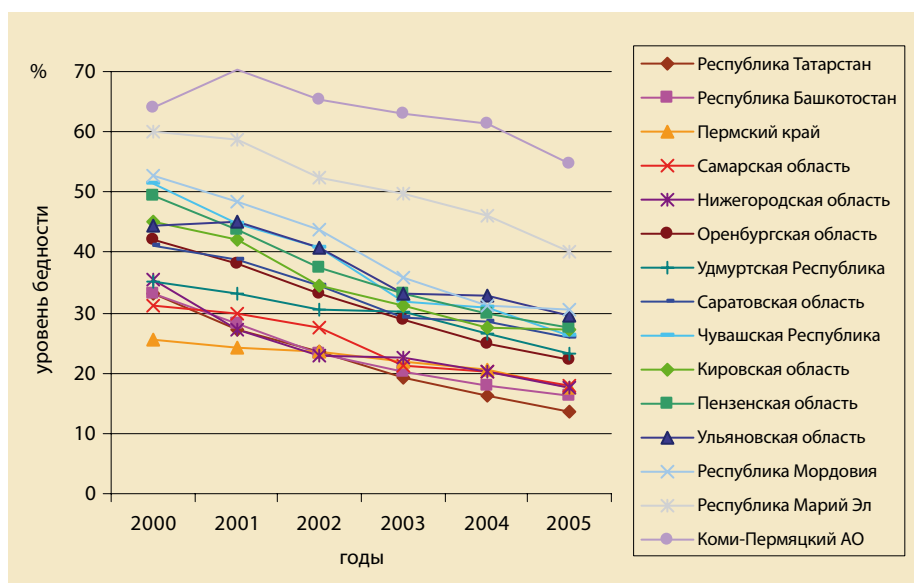


зывает, что безработица среди молодежи всюду примерно вдвое выше общей. В большинстве регионов она почти не отличается от средних показателей по стране (15% в 2005 г.) и только в Марий Эл и Оренбургской области превышает 20%, в них же повышена безработица всего экономически активного населения (9–10%). Таким образом, проблемы молодежной безработицы в Приволжском округе не относятся к числу наиболее острых.

По индикаторам здоровья детей и матерей Приволжский округ относительно благополучен, в половине регионов младенческая смертность ниже средней по стране и почти везде снижается (см. рис. 3.4). Состояние здоровья детей и матерей зависит не только от уровня экономического развития регионов, важны также доступность и качество медицинской помощи, образ жизни населения, экологическое состояние территории. Как следствие, самые низкие показатели младенческой и детской смертности имеют плотно заселенные республики с меньшим распространением асоциального образа жизни и Самарская область с более высоким качеством медицинских услуг. В регионах с повышенной младенческой смертностью, как правило, более проблемна сельская местность: в Нижегородской области и Пермском крае показатели сельского населения на треть хуже по сравнению с городским, а в Ульяновской области — почти вдвое. Только в Коми-Пермяцком АО младенческая смертность была высокой и в городских поселениях (28–53 человека на 1000 родившихся живыми в 2002–2004 гг.) в связи с общим кризисным состоянием. Оренбургская область неблагоприятна по показателям как младенческой, так и материнской смертности из-за целой группы факторов: экологических проблем, слабого здравоохранения, а также притока этнических мигрантов.

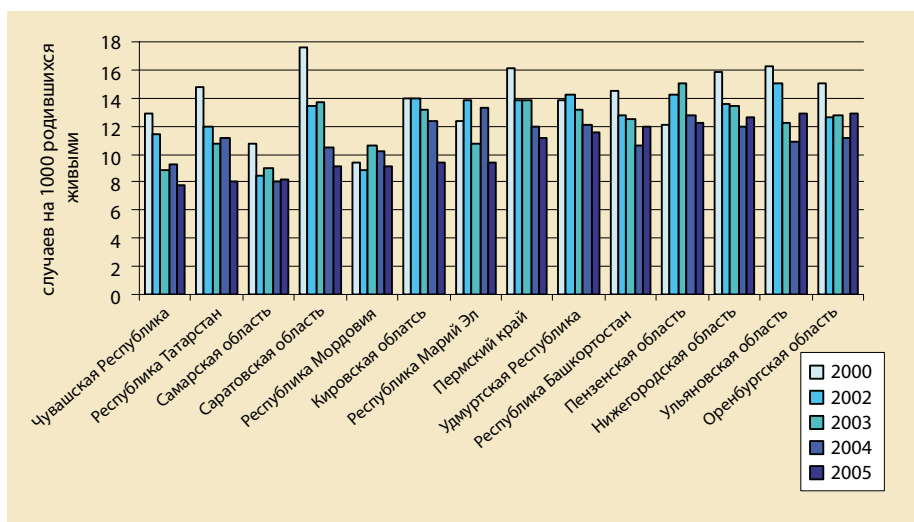
Проблема социальных болезней — острейшая для Приволжского федерального округа из-за быстрого распространения ВИЧ/СПИДа. Несколько регионов имеют сверхвысокую инфицированность (см. табл. 3.1). Самарская область

Рис. 3.3. Уровень бедности в 2000–2005 гг., %



в три раза опережает средний уровень по РФ по числу официально зарегистрированных случаев и уступает в России только Иркутской области. Очагом распространения ВИЧ/СПИДа стала Самаро-Тольяттинская агломерация с высокими доходами населения и растущим употреблением наркотиков. Инфекция распространяется на соседние регионы, в Ульяновской области число зарегистрированных случаев в два раза выше среднего по стране, в Саратовской области — на 20%. Почти в три раза выше средних показатели распространения СПИДа в Оренбургской области, расположенной на южной границе и путях наркотрафика из Центральной Азии. Регионы не могут справиться с этой социальной проблемой,

Рис. 3.4. Младенческая смертность в Приволжском федеральном округе в 2000, 2002–2005 гг., случаев на 1000 родившихся живыми





Глава 3. Приволжский федеральный округ. Развитие в разнообразии

Таблица 3.1

Регионы Приволжского федерального округа с наибольшим числом зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИДа (с 1987 г.), на 100 тыс. населения

Регион	2001 г.	2005 г.	2006 г., июнь
Самарская область	465	694	730
Оренбургская область	410	578	678
Ульяновская область	328	435	483
Саратовская область	нет данных	241	278
РФ	144	210	235
Пермский край	нет данных	нет данных	220
Татарстан	нет данных	нет данных	191
Волгоградская область	нет данных	нет данных	174

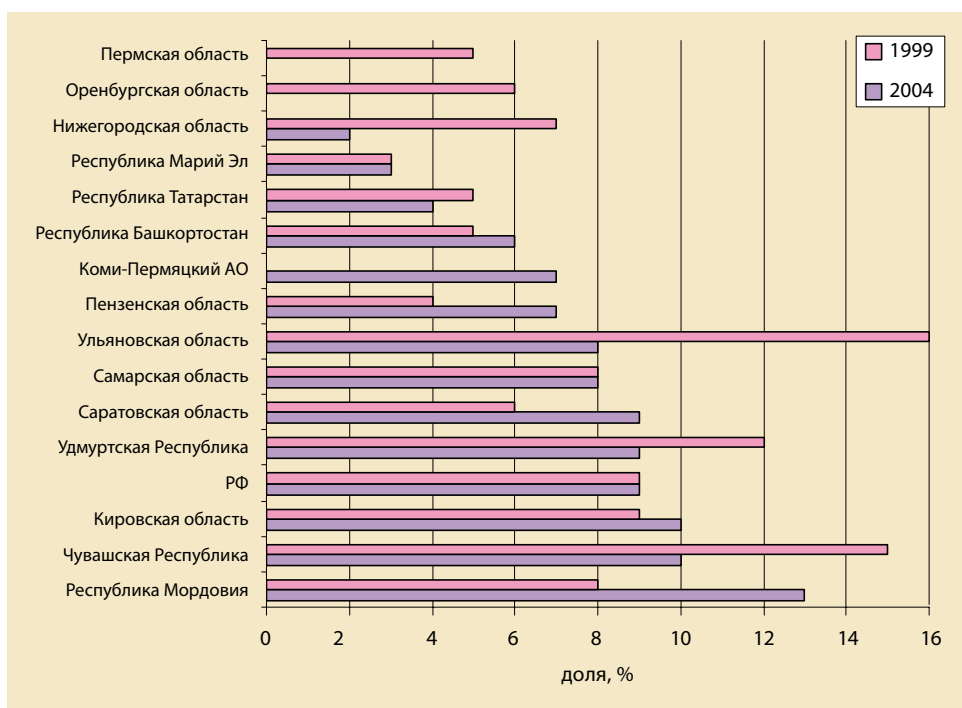
стремительный рост численности инфицированных продолжается.

Не удалось добиться и заметного снижения заболеваемости туберкулезом, хотя в большинстве регионов Приволжского округа этот показатель ниже среднего по стране. Только для Пермского края заболеваемость туберкулезом и смертность от него являются серьезной проблемой из-за концентрации пенитенциарных учреждений, а в Оренбургской

области повышенный уровень заболеваемости связан с миграционным притоком.

Гендерные проблемы в регионах Приволжского округа смягчены в долголети и занятости, но более остры в политической сфере. Различия в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин на один-два года меньше по сравнению с областями Центра и Северо-Запада. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин в большинстве регионов близка к средней по России (58–59 лет), а в Республиках Татарстан, Башкортостан и Чувашия достигает 60 лет. Только Коми-Пермяцкий АО выделяется сверхнизким показателем — 50 лет. Гендерные проблемы занятости достаточно велики и смещены в сторону мужского населения: мужская безработица в подавляющем большинстве регионов выше, чем женская. В слабо развитом Коми-Пермяцком АО уровень безработицы мужчин почти вдвое выше, чем женщин (12 против 7%), дисбаланс обусловлен высокой мужской безработицей в сельской местности. Сельским женщинам легче трудоустроиться в отраслях бюджетной сферы (образование, здравоохранение и др.), а мужских рабочих мест мало из-за кризисного состояния аграрного сектора и лесной

Рис. 3.5. Доля женщин в региональных парламентах в Приволжском федеральном округе в 1999 и 2004 гг., %.



отрасли. Кроме того, женщины чаще соглашаются занимать менее престижные и низкооплачиваемые рабочие места.

Приволжский округ отличается особо сильным гендерным неравенством в политическом представительстве. Доля женщин-депутатов в региональных парламентах в 80% регионов ниже средней по стране, и так чрезвычайно скромной (9%). Диспропорции продолжают усиливаться, за 1999–2004 гг. присутствие женщин в парламентах уменьшилось, а в двух областях их не стало вовсе (см. рис. 3.5). Как правило, гендерное неравенство максимально в более развитых регионах Приволжского округа, и это вновь подтверждает тенденцию, сложившуюся в современной России: чем богаче регион, тем ниже в нем политическое представительство женщин.

Условия жизни в большинстве регионов Приволжского округа близки к средним по стране. По инфраструктурным индикаторам ЦРТ резко выделяется только слаборазвитый Коми-Пермяцкий АО, ныне ставший частью Пермского края. Состояние его инфраструктуры сверхкризисно: свыше четверти жилищного фонда является ветхим и аварийным (самый высокий показатель в стране наряду с Дагестаном), водопроводом и канализацией обеспечено только 14–16% жилищного фонда. Пониженный уровень благоустройства в ряде республик (Чувашия, Мордовия, Башкортостан — 55–64%) объясняется значительной долей сельского населения и сельского жилищного фонда.

Экологическая ситуация наиболее проблемна в регионах с «грязной» промышленностью. Загрязнение воздуха сильнее в Оренбургской и Пермской областях, а Самарская область и Башкортостан отличаются значительным водным загрязнением. В округе расположены предприятия по уничтожению химического оружия, что повышает экологические риски. Однако в сравнении с Уралом и Сибирью экологическое состояние Приволжского округа не самое худшее, только два города — Уфа и Орск попадают в группу экологически неблагополучных городов страны с максимальным объемом загрязняющих выбросов.

Развитию коммуникаций связи в ПФО способствует инфраструктурная освоенность и наличие целой группы крупнейших городов. Лидером по распространению сотовой связи была и остается Самарская область (в 2004 г. охват достиг 63%), это следствие концентрации населения в крупной агломерации и повышенных доходов. За ней следует Нижегородская область. Медленнее всего развивается сотовая связь в более аграрных или депрессивных

регионах с низкими доходами: Пензенской, Кировской областях, республиках Мордовия и Марий Эл. Стационарными средствами связи несколько хуже обеспечены Оренбургская, Пензенская области и Чувашия, но различия несущественны.

Приволжский федеральный округ служит примером ограниченного влияния различий в уровне экономического развития регионов на индикаторы ЦРТ. Это влияние проявляется в неравенстве доходов, но более сглажено в показателях бедности и малозаметно в социально-демографических и инфраструктурных индикаторах; для последних важнее влияние урбанизации и наличие крупных городских агломераций. Распространение ВИЧ/СПИДа обусловлено совокупным воздействием целой группы факторов — высоких доходов населения, агломерационного и приграничного положения.

Воздействие множества факторов делает картину социального развития мозаичной и не позволяет выявить явных лидеров. Среди относительно развитых регионов несколько лучше выглядит Татарстан. В Самарской области острой проблемой остается ВИЧ/СПИД, в Башкортостане — развитие инфраструктуры, в Пермском крае — повышенная заболеваемость туберкулезом, младенческая смертность, отсутствие женщин в региональном парламенте. В остальных регионах индикаторы ЦРТ не существенно отличаются от средних по стране, ПФО при всем своем этническом разнообразии оказался социально «срединным». Только Оренбургская область как приграничный регион с притоком мигрантов явно выделяется концентрацией проблем наркомании и распространения ВИЧ/СПИДа, повышенной детской и материнской смертностью, более высокой безработицей; все это дополняется унаследованной проблемой неразвитой инфраструктуры.

После создания Пермского края федеральный округ лишился явного аутсайдера — Коми-Пермяцкого АО, в котором экономическая слаборазвитость дополняется социальным кризисом, что показывают все индикаторы ЦРТ. Округ «исчез» из региональной статистики, но сам кризис так просто исчезнуть не может. Для улучшения ситуации нужна не только финансовая помощь (округ и раньше существовал в основном на дотации из федерального бюджета, а теперь получает их из бюджета Пермского края), но и программа социально-экономической реабилитации, включающая создание новых рабочих мест, значительные инвестиции в человеческий потенциал и повышение качества населения, в развитие социальной инфраструктуры.



ВСТАВКА 3.1. Пермский край в контексте Целей развития тысячелетия

Пермский край (образован 1 декабря 2005 г. в результате объединения Пермской области и Коми-Пермяцкого автономного округа) по основным показателям экономического развития относится к группе высокоразвитых регионов-доноров, его доля в общероссийском валовом национальном продукте составляет 2% (по данным 2004 г.). Источником сравнительно благоприятной экономической ситуации в крае главным образом является богатство природных ресурсов.

По показателям доходов населения Пермский край занимает лидирующие позиции, в частности второе место среди регионов Приволжского федерального округа. Однако благоприятное экономическое самочувствие региона не всегда трансформируется в высокий уровень жизни населения. В крае весьма низкая продолжительность жизни (в 2004 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин составила 56, женщин — 70 лет). Наблюдается чрезвычайно высокая смертность населения в трудоспособном возрасте: в 2005 г. число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. населения составило 1028 человек на фоне среднероссийского значения 502 человек (по данным 2004 г.) — при этом в 36% случаев причинами смертности являлись несчастные случаи, травмы, отравления, убийства или самоубийства. По количеству зарегистрированных совершенных преступлений на 10 тыс. человек населения Пермский край является «печальным лидером» среди всех субъектов Российской Федерации (449 преступлений в 2005 г.). Значение показателя может объясняться различными факторами, в том числе более совершенной по сравнению с другими субъектами РФ системой регистрации преступлений, но тем не менее данная проблема находится в центре внимания руководства края.

В последние годы вопросам развития человеческого потенциала в Пермском крае стало уделяться серьезное внимание. Оно является одной из пяти стратегических целей (наряду с экономическим ростом, развитием

инфраструктуры, развитием муниципальных образований, повышением эффективности в сфере управления государственной и муниципальной собственностью), заявленных руководством Пермского края. Для координации работы по достижению стратегических целей в крае сформирована новая структура административного управления, ориентированная на программно-целевой подход. Одним из ее элементов является Департамент развития человеческого потенциала, созданный в 2005 г. Департамент определяет политику в сфере развития человеческого потенциала и выступает своего рода заказчиком по отношению к деятельности других ведомств социального блока — органов здравоохранения, образования, социальной защиты, культуры. В указанной сфере деятельность ведомств строится на проектной основе и освещается на сайте www.human.perm.ru.

Цель 1. Сокращение бедности

Сокращение уровня общей бедности может рассматриваться как актуальная задача для Пермского края: доля населения со среднедушевым доходом ниже прожиточного минимума является сравнительно высокой — 20,6% в 2004 г. и 17,7% в 2005 г., в то время как в этот же период аналогичный показатель в среднем по России составлял соответственно 17,8 и 15,8%. Такие показатели бедности на фоне развитости экономики могут объясняться тем, что в состав Пермского края входят крайне депрессивные территории, в частности территории бывшего Коми-Пермяцкого автономного округа; для сравнения: в 2005 г. доля населения с доходами ниже прожиточного минимума в округе составляла больше половины — 54,9%. Вместе с тем в последние годы эта доля в целом по всему краю неуклонно снижается — в 2000 г. она составляла 25,5%. Если тенденция сохранится, то к 2015 г. уровень общей бедности вполне может снизиться до 12–13%, т.е. в 2 раза по сравнению с уровнем 2000 г., когда были приняты ЦРТ.

Таблица 3.2

Адаптированные для России показатели ЦРТ по цели «Сокращение бедности» в Пермской области в 2000–2004 гг., %

Показатель	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Доля населения с доходами ниже половины прожиточного минимума	около 19,9 (расчет)	нет данных	нет данных	нет данных	не менее 13,6 (расчет)
Индекс глубины бедности	3,9	3,6	3,4	2,9	2,6
Доля беднейшего квинтиля в доходах всего населения	5,8	5,6	5,5	5,3	5,3

ВСТАВКА 3.1. Пермский край в контексте Целей развития тысячелетия (продолжение)

Доля населения с доходом меньше половины прожиточного минимума тоже весьма заметна — не менее 13,6% в 2004 г., хотя в последние годы и она сокращается. Наблюдается постепенное снижение глубины бедности, но сохраняется общероссийская тенденция к дифференциации доходов. Информация по адаптированным для России показателям цели «Сокращение бедности» по Пермскому краю приведена в табл. 3.2.

Ярким примером решения конкретных проблем качества жизни и развития человеческого потенциала малоимущих семей является программа адресной социальной помощи «Самообеспечение», которая реализуется со второго полугодия 2004 г. Целью программы является повышение качества жизни малоимущих семей с детьми, проживающих в сельской местности. В отличие от традиционных программ «раздачи» денежных пособий достижение названной цели осуществляется через оказание целевой денежной помощи семьям для развития подсобного хозяйства или осуществления индивидуальной трудовой деятельности. Программа направлена и на преодоление социального иждивенчества, а кроме того призвана отчасти выполнять и воспитательную функцию — дети должны воспитываться на примере своих родителей, самостоятельно пытаются улучшить жизнь семьи. Технология программы включает в себя ряд инновационных принципов, к которым относятся отбор получателей помощи с участием местного сообщества, индивидуальные планы выхода на самообеспечение для каждой семьи, встречные обязательства участников программы.

Оценка результативности программы, проведенная в конце 2005 г., показала, что она заметно повышает качество жизни своих участников. Выросли их доходы, стабилизировалась занятость, семьи стали испытывать заметно меньше материальных лишений. Пермский опыт реализации программы «Самообеспечение» нашел свое признание и у других регионов — в 2006 г. эта программа начала реализовываться в Тюменской области, в 2007 г. ее внедрение планируется в Волгоградской, Амурской и Саратовской областях.

Цель 2. Обеспечение доступности образования

В целом проблема доступности среднего, дополнительного и высшего образования не является актуальной для Пермского края. Исключение на сегодняшний день — дошкольное образование, где наблюдается явное превышение спроса над предложением, которое могут обеспечить муниципальные учреждения дошкольного образования (организация этого вида образования является полномочием городских округов и муниципальных районов). В 2004 г. охват детей в возрасте 1–6 лет дошкольным образованием по Пермской области составлял 71,5%, и здесь даже наблюдается негативная динамика — в 2003 г. значение этого показателя составляло 75%. Особенно остро проблема стоит

в крупных городах — например, в Перми в первом полугодии 2006 г. обеспеченность местами в дошкольных образовательных учреждениях детей в возрасте 3 лет составляла 76%, а детей в возрасте 2 лет — 40% имеющейся потребности.

Проект Департамента образования «Повышение эффективности текущих расходов в системе образования» должен позволить, во-первых, выровнять финансирование образования в различных территориях региона, а во-вторых, повысить доступность качественного образования через направление высвобожденных и дополнительных ресурсов на оборудование учебных заведений и материальное стимулирование их работников. В 2006 г. подушевое финансирование образовательных учреждений уже внедрено в 10 муниципальных образований края, 80% учреждений оборудовано приборами учета ресурсопотребления, а заявляемая экономия бюджетных средств составила 100 млн. руб.

Цель 3. Обеспечение гендерного равенства и улучшения положения женщин

Ситуацию в сфере обеспечения гендерного равенства и улучшения положения женщин трудно охарактеризовать по причине отсутствия достаточных данных. Приведем лишь некоторые выводы, которые возможно сделать.

Рассматривая в качестве политических институтов региональные органы государственной представительной власти и руководствуясь адаптированным для России показателем ЦРТ — числом женщин-депутатов в органах власти — необходимо отметить, что в период с 2001 по 2005 г. в Законодательном собрании Пермской области не было ни одной женщины-депутата, а в Законодательном собрании Коми-Пермяцкого округа из 15 депутатов работала только 1 женщина. По итогам выборов 2006 г. по одномандатным округам в Законодательном собрании Пермского края интересы избирателей будет представлять единственная женщина-депутат из пятидесяти девяти.

Достаточно распространены такие явления в отношении женщин, как дискриминационная практика в области труда и занятости, а также насилие в семье. О подобных явлениях говорилось в разделе «Положение женщин» последнего доклада Пермского правозащитного центра о соблюдении прав человека в Пермской области в 2000 г.

Что касается проблемы воздействия социально-экономических факторов на здоровье и продолжительность жизни, особенно мужчин, то она чрезвычайно актуальна в Пермском крае. В частности, речь идет о высокой смертности населения трудоспособного возраста от неестественных причин (несчастные случаи, травмы, отравления, убийства, самоубийства), доля которых в 2005 г. составила 36% среди причин смертности в этой группе населения.



ВСТАВКА 3.1. Пермский край в контексте Целей развития тысячелетия (продолжение)

Цели 4 и 5. Снижение материнской смертности и смертности детей до 5 лет

Ожидаемая продолжительность жизни в Пермском крае составляет в среднем 63 года (данные 2004 г.), но для мужчин — 56 лет, а для женщин — 70. При этом динамика продолжительности жизни и в среднем, и по гендерным группам отрицательная. В 2000 г. соответствующие показатели составили 64, 58 и 71 год. Смертность населения, соответственно, повышается — с 2000 до 2004 г. количество умерших на 1000 человек населения увеличилось с 16,1 до 17,6 человека.

Смертность детей до 5 лет показывает положительную динамику, и если она сохранится и дальше, то задача снижения детской смертности к 2015 г. на 50% до 2015 г. в принципе может быть решена. Положительная динамика также наблюдается и по младенческой смертности. Материнская смертность в Пермском крае значительно колеблется, в том числе из-за малого числа случаев (см. табл. 3.3).

В рамках работы по профилактике материнской и детской смертности в работу ЛПУ края внедрены единые медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи детям и женщинам, совершенствуется деятельность реанимационной службы по оказанию квалифицированной интенсивной медицинской помощи новорожденным, детям младшего и старшего возраста.

Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и другими заболеваниями

На июль 2006 г. за все предыдущее время в Пермской области было выявлено 5796 случаев заражения ВИЧ-инфекцией, показатель распространенности — 220 на 100 тыс. населения. Это чуть меньше аналогичного сред-

нероссийского показателя — 235 на 100 тыс. человек населения. В период 2001–2004 гг. наблюдается снижение темпов распространения ВИЧ — в 2001 г. количество выявленных ВИЧ-инфицированных составляло 1702 человека, в 2002 г. — 1034, в 2003 г. — 730, в 2004 г. — 572 человека. Вызывает тревогу значительное увеличение числа детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, — удельный вес инфицированных детей в возрасте до 3 лет увеличился с 0,2% в 2002 г. до 1,4% в 2004 г. Всего за весь период регистрации родилось 743 детей от ВИЧ-инфицированных матерей, из них 91,9% за последние пять лет.

Остается высокой в сравнении с другими регионами заболеваемость активным туберкулезом, хотя в последние годы показатели ее снижаются. Так, число впервые установленных заболеваний уменьшилось с 133,7 (2000 г.) до 110,5 случая (2005 г.) на 100 тыс. населения, а число больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях, — с 328,8 до 258,2. Уменьшение показателей обуславливается в первую очередь снижением заболеваемости среди мужчин (число впервые установленных диагнозов сократилось с 3043 до 2175 случаев). Среди женского населения число впервые выявленных заболеваний туберкулезом в рассматриваемый период, напротив, выросло (с 805 до 881 случая). Смертность от туберкулеза в 2005 г. составила 28 случаев на 100 тыс. населения.

Распространение заболеваний, передающихся половым путем, остается актуальной проблемой, несмотря на то что, как и в случае с туберкулезом, темпы их распространения в последние годы заметно снизились — например, количество ежегодно выявляемых случаев гонореи на 100 тыс. населения сократилось с 168,5 в 2000 г. до 115,7 в 2004 г., а случаев сифилиса — соответственно с 251,5 до 132,4.

Таблица 3.3

Адаптированные для России показатели ЦРТ по целям «Снижение материнской смертности и смертности детей до 5 лет» в 2000–2005 гг.

	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
Материнская смертность, случаев на 100 тыс. родившихся живыми	25,3	20,6	19,2	44,2	9,5	20,0
Смертность детей до 5 лет, случаев на 1000 детей данного возраста	нет данных	нет данных	16,1	17,0	14,6	14,3
Младенческая смертность, случаев на 1000 родившихся живыми	16,0	14,2	13,9	13,9	11,9	11,1

ВСТАВКА 3.1. Пермский край в контексте Целей развития тысячелетия (продолжение)

Инфекционные заболевания тем не менее не играют значительной роли в общей структуре смертности всего населения — в 2004 г. среди причин смертности лидировали болезни системы кровообращения, неестественные причины (несчастные случаи, отравления, травмы, убийства и самоубийства) и онкологические заболевания — соответственно 928,9, 318,3 и 195,5 случая на 100 тыс. населения. В то же время показатель смертности от инфекций составил 27,2 на 100 тыс. населения.

Цель 7. Обеспечение экологической устойчивости.

Если определять степень обеспечения населения Пермского края чистой питьевой водой с помощью показателя обеспеченности водопроводом, то за последние годы можно видеть медленный рост — в 2000–2004 гг. доля жилищного фонда, оборудованного водопроводом, увеличилась с 74,2 до 75,5%. Медленный, но стабильный рост наблюдается также по показателям обеспеченности канализацией, центральным отоплением, горячим водоснабжением, а также по среднему размеру площади жилья, приходящейся на одного жителя края.

Вместе с тем не наблюдается каких-либо заметных улучшений по такому показателю качества жилищных условий, как доля ветхого и аварийного фонда. В крае эта доля в 2004 г. составила 4,2%, в среднем по России — 3,2 %. В течение последних нескольких лет в крае существуют как региональная, так и муниципальные целевые программы, направленные на снижение такого рода жилья, однако они не дают действенного эффекта, в том числе из-за недофинансирования.

Цель 8. Участие в глобальном сотрудничестве

Задачи данной цели как таковые в принципе имеют большее отношение к федеральному контексту ЦРТ, чем к региональному. Вместе с тем по показателям этой цели, адаптированным для России, можно наблюдать заметную положительную динамику, в частности по обеспеченности населения стационарными телефонами: в 2000–2004 гг. их количество на 1000 населения увеличилось с 211 до 259, хотя потребность далека от насыщения — на начало 2005 г. в очереди на установку телефона стояло 56 094 заявителя. Кроме того, в 68,4% сельских населенных пунктов не имеется ни одного стационарного телефона.

Важным фактором участия в глобальном сотрудничестве является создание возможностей для молодежи в деле реализации ее профессиональных, лидерских, социальных качеств. В 2006 г. в администрации Пермского края был разработан региональный проект «Общественные практики», цель которого — развитие социально-экономической, общественной, граждан-

ской и творческой активности молодежи, адаптации к рынку труда. Участие в проекте дает 1200 молодым людям возможность на практическом опыте, полученном в ходе их участия в социальных проектах и деятельности общественных объединений, научиться эффективной работе в качестве индивидов и членов коллектива; оба эти качества являются важными для личного и профессионального развития по мере перехода во взрослую жизнь.

К наиболее приоритетным ЦРТ для Пермского края относятся те цели, показатели по которым демонстрируют отрицательную динамику и говорят о необходимости усилий по созданию положительных тенденций. Это уменьшение дифференциации доходов между самыми низкодоходными и высокодоходными группами населения, борьба с социально опасными и значимыми заболеваниями и обеспечение доступности дошкольного образования. Там же, где динамика нейтральна и требуется менее активное вмешательство для ее сохранения или улучшения показателей человеческого развития, можно говорить о приоритетах «второго порядка». Они включают сокращение материнской смертности и смертности детей в возрасте 5 лет, а также повышение экологической устойчивости и качества жилищных условий населения.

Примером действий, направленных на решение задач целого ряда ЦРТ, является проект «Реструктуризация сети детских домов», который реализуется Департаментом развития человеческого потенциала. Целью проекта является развитие замещающих форм семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, через перепрофилирование детских домов в уполномоченные службы по устройству детей на воспитание в семье. При реализации проекта также заявляется стратегическая цель — сокращение социальной базы преступности и (в долгосрочной перспективе) снижение смертности трудоспособного населения от неестественных причин. Эти цели должны быть достигнуты посредством помещения детей, находящихся в социально опасном положении, в замещающие семьи. При этом особое внимание обращается на сопровождение воспитания ребенка в замещающей семье. На сегодняшний день Пермский край уже является одним из лидеров в РФ в развитии замещающих форм семейного устройства: на 1 января 2006 г. 1/3 всех детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывалась в замещающих семьях (560 из 1708), и эту долю планируется повышать и дальше.

Следует учитывать, что не всегда для анализа ситуации в области ЦРТ имеется полноценная информация, поэтому актуальна и задача совершенствования системы мониторинга и анализа положения дел по показателям развития человеческого потенциала.



ВСТАВКА 3.2. Качество жизни населения в Самарской области в контексте Целей развития тысячелетия

В «Стратегии социально-экономического развития Самарской области на период до 2020 года», утвержденной в 2006 г., цели социально-экономической политики органов управления области сопряжены с такими ключевыми направлениями деятельности Программы развития ООН «Цели развития тысячелетия», как сокращение бедности, обеспечение доступности образования и экологической устойчивости, улучшение здоровья матерей и детей, снижение гендерного неравенства и социальных заболеваний. Достижение Целей развития тысячелетия закреплено и в стратегических документах, разработанных муниципальными образованиями области — как городскими округами (Самара, Похвистнево, Новокуйбышевск и др.), так и муниципальными районами (Кинель-Черкасский район и др.). Так, в комплексной программе социально-экономического развития городского округа Похвистнево Самарской области основными задачами определены: увеличение продолжительности жизни граждан, сокращение детской и материнской смертности, снижение заболеваемости туберкулезом, сердечно-сосудистыми заболеваниями; повышение образовательного уровня населения; повышение доли населения, проживающего в благоустроенном жилье.

Возможность решения задачи приближения региона к западноевропейскому уровню по таким параметрам человеческого развития, как продолжительность и уровень жизни, качество и доступность образования, медицинской помощи, эффективность системы социальной поддержки, во многом определяется качеством человеческого потенциала Самарской области. По сводному интегральному индикатору качества жизни населения Самарская область находится на четвертом месте¹ среди 89 субъектов РФ. За последние пять лет среднедушевые реальные располагаемые доходы увеличились в 1,7 раза. По доле лиц с высшим и средним профессиональным образованием область превышает не только среднероссийский и среднемировой уровень, но и показатели ряда развитых стран. Доля граждан области, удовлетворенных своей жизнью, превысила 67% (данные социологического исследования, проведенного Самарским отделением Академии социальных наук в 2005 г.).

Цель 1. Сокращение бедности

Решение проблемы борьбы с бедностью остается важной для Самарской области, как и для России в целом. Почти 18% населения области живет ниже официальной черты бедности, социально-экономическая дифференциация превышает среднероссийский уровень и составляет 18,8 раза (в Российской Федерации — 14,8 раза). Отличительной особенностью бедности в Самарской области является небольшая ее глубина — большая

часть бедных домохозяйств имеют располагаемые ресурсы, близкие к значению прожиточного минимума (данные обследования уровня жизни НОБУС, проведенного Госкомстатом в 2003 г.).

Реализации ЦРТ по сокращению бедности способствует деятельность правительства области по повышению занятости населения и обеспечению достойного уровня оплаты труда работающих. Активно развивается малый бизнес, сфера услуг и торговли, что способствует созданию новых рабочих мест (за последние пять лет создано около 67 тыс. рабочих мест, численность занятых в экономике возросла почти на 7%). Успешно реализуется практика установления повышенного минимального размера оплаты труда через механизмы трехстороннего партнерства в социально-трудовой сфере. Идет реформирование оплаты труда работников социальной сферы, учитывающее специфику вида деятельности и ориентированное на повышение результативности. По размеру заработной платы в бюджетном секторе область лидирует среди регионов Приволжского федерального округа.

Решению проблем сокращения бедности способствует совершенствование системы социальной поддержки уязвимых групп населения. В соответствии с Законом «О социальной помощи в Самарской области» ежемесячно около 120 тыс. граждан с доходами ниже прожиточного минимума получают социальную поддержку. В целях адресной поддержки населения в области приняты дифференцированные региональные стандарты максимально допустимой доли собственных расходов граждан на оплату ЖКХ в совокупном доходе семьи. Свыше 11% семей получают субсидии на оплату жилья и коммунальных услуг. Переход на замену большинства натуральных льгот денежными компенсациями способствует оптимизации социальной помощи, дифференциации ее объемов, улучшению материального положения граждан. Установлены одни из самых высоких в ПФО размеры ежемесячных денежных выплат, которые индексируются с учетом инфляции. Кроме того, осуществляются областные доплаты к пенсиям отдельным категориям пенсионеров, инвалидам боевых действий и членам семей погибших (умерших) участников боевых действий и др.

Значительное внимание уделяется комплексной социальной поддержке семьи, материнства и детства, решению вопросов демографического развития. Широкое развитие получил институт приемной семьи как профессиональной замещающей семьи. В семейных условиях воспитывается 84% детей, оставшихся без попечения родителей. С 2005 г. в регионе введены денежные выплаты малообеспеченным семьям с детьми, не предусмотренные федеральным законодательством: ежемесячное пособие на питание беременным женщинам; единовременное пособие при усыновлении ребенка; ежемесячное пособие по уходу за ребенком

¹ См.: Айвазян С.А. Разработка и анализ интегральных индикаторов качества жизни населения Самарской области. М.: ЦЭМИ РАН, 2005.

ВСТАВКА 3.2. Качество жизни населения в Самарской области в контексте Целей развития тысячелетия (продолжение)

до 1,5 лет неработающим матерям и др. Кроме этого, предоставляются дополнительные меры социальной поддержки многодетным семьям. Согласно прогнозу, реализуемая правительством Самарской области политика позволит к 2015 г. снизить в 2 раза долю бедного населения.

Цель 2. Повышение доступности образования

Образование принадлежит в Самарской области к числу ключевых приоритетов государственной политики. В целях обеспечения доступности и повышения качества предоставления образовательных услуг учащимся, особенно сельским школьникам, создана сеть из 166 (из них 118 сельских) образовательных центров, оснащенных самым современным оборудованием. Наряду с образовательными центрами функционируют и строятся сельские малокомплектные школы. Охват детей 7–15 лет общеобразовательными учреждениями достиг 99,9%. Проводится компьютеризация образовательных учреждений и создание единой информационной среды образования, один компьютер приходится на 23 ученика. Обеспечен доступ к сети Интернет в 73% общеобразовательных учреждений. Область одной из первых среди субъектов Российской Федерации приступила к реализации федеральных экспериментов, направленных на совершенствование организации управления образованием (на основе создания образовательных округов), механизмов финансирования образовательных учреждений, на повышение эффективности расходования бюджетных средств, введение единого государственного экзамена, апробацию моделей предпрофильной и профильной подготовки в старших классах.

Значительное внимание уделяется вопросам интеграции детей с ограниченными возможностями в образовательное пространство: реализуется областная целевая программа «Организация образовательных ресурсов Самарской области для интеграции детей и молодых людей с проблемами в развитии на 2005–2008 годы», утвержден порядок воспитания и обучения детей-инвалидов на дому; увеличивается число образовательных учреждений, осуществляющих интегрированное обучение детей и подростков с проблемами в развитии (дошкольных с 36 до 113 в 2003–2006 гг.; общеобразовательных — с 187 до 358).

В контексте ЦРТ, связанных как с выравниванием доступности образования, так и с борьбой с бедностью, для Самарской области актуален вопрос связи образования и рынка труда. По уровню профессионального образования населения (послевузовского, высшего и среднего) Самарская область превышает средние показатели по Российской Федерации и Приволжскому федеральному округу и, соответственно, занимает седьмое и первое места. В целях повышения уровня связи профессионального образования и рынка труда в области

отработан механизм формирования ежегодного регионального заказа на подготовку кадров за счет средств областного бюджета; действуют 12 ресурсных центров профобразования; введен в действие региональный компонент довузовского профессионального образования с учетом требований работодателей; идет процесс регионализации системы среднего профессионального образования и ее интеграции с начальным профессиональным образованием; создается система социального партнерства работодателей с учреждениями профессионального образования.

Цель 3. Обеспечение гендерного равенства

Одной из идей ЦРТ является создание условий для гендерного равенства. Обеспечено в целом равенство мужчин и женщин в доступе ко всем ступеням образования (охват общим средним образованием одинаков и для мальчиков, и для девочек, около 55% студентов высших учебных заведений — женщины).

Основной гендерной проблемой в области, как и в целом по стране, остается отставание заработной платы женщин от заработной платы мужчин, несмотря на более высокий уровень образования — 60% заработной платы мужчин. Женщины устойчиво преобладают в составе зарегистрированных безработных — более 65%.

Большое внимание уделяется решению таких задач, как ликвидация неравенства в политическом представительстве и оплате труда. Сегодня каждый шестой из глав городских и сельских поселений и четвертый из министров правительства области — женщина. Действуют свыше 40 женских общественных организаций. Региональное отделение Союза женщин России — Союз женщин Самарской области проводит такие акции, как «Вдовы России», «День матери», «Женщина года». Создана Ассоциация некоммерческих организаций области «Женщины — лидеры Самарской области», объединившая женщин, добившихся успеха в общественной, социальной, политической и профессиональной деятельности. На базе Самарского государственного университета создан центр гендерных исследований. Вопросы улучшения условий и охраны труда женщин решаются посредством их включения в трехстороннее соглашение (между правительством области, союзом работодателей и профкомом профсоюзов области) и коллективного договора. Коллективными договорами охвачено более 90% предприятий области. При Федерации профсоюзов Самарской области с апреля 2001 г. действует Комиссия по вопросам социального равенства, аналогичные комиссии действуют при профсоюзных комитетах предприятий области.

Цели 4–6 в области здоровья населения

Развитие системы здравоохранения имеет решающее значение для продвижения к ЦРТ. Это прежде всего



ВСТАВКА 3.2. Качество жизни населения в Самарской области в контексте Целей развития тысячелетия (продолжение)

реализация программ, обеспечивающих доступность медицинской помощи и лекарственного обеспечения для всех слоев общества, в том числе малоимущих. Жителям Самарской области гарантируется бесплатная медицинская помощь в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению области бесплатной медицинской помощи. На реализацию программы в 2006 г. предусмотрено выделить более 8 млрд. руб., большая часть которых (64%) — средства областного бюджета.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи населению в области осуществляется поэтапная реорганизация первичного медицинского звена, в том числе развитие стационарозамещающих видов медицинской помощи и внедрение общеврачебной практики. В настоящее время в регионе работает 755 врачей общей практики (почти 20% общероссийского числа), функционируют 14 отдельных офисов врача общей практики, еще 70 будет построено в ближайшее время. Развитие общеврачебной практики позволит повысить доступность и качество оказания всего комплекса амбулаторно-поликлинических услуг, обеспечить повышение медико-экономической эффективности медицинской помощи населению, особенно в сельской местности.

Система здравоохранения области характеризуется внедрением новых методов организации и управления качеством оказания медицинской помощи, развитием высокотехнологичных видов медицинской помощи, занимает одно из ведущих мест в России по уровню использования современных информационных технологий. Получает развитие частно-государственное партнерство в сфере автоматизации деятельности медицинских организаций, процессов лекарственного обеспечения, создания телемедицинской сети Самарской области и т. п. В целях улучшения состояния здоровья населения и снижения уровня заболеваемости решаются задачи, направленные на создание и развитие системы медицинской профилактики; раннее выявление заболевания и своевременное лечение; улучшение качества диагностики больных на начальных стадиях заболеваний (особенно онкологических, туберкулеза, сахарного диабета, ВИЧ-инфекций); предупреждение дальнейшего распространения СПИДа и улучшение выявляемости заболевших; межведомственную профилактику наркомании, приостановление роста злоупотребления наркотиками и снижение заболеваемости наркоманией.

Значительные усилия направлены на профилактику и борьбу с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и другими заболеваниями, что сопряжено с ЦРТ. Показатели заболеваемости социально значимыми заболеваниями (туберкулез, хронический алкоголизм, заболевания, передающиеся половым путем) в Самарской области более низкие, чем в среднем по Российской Федерации. В то же время по

количеству ВИЧ-инфицированных регион значительно превышает среднероссийский уровень.

Деятельность по борьбе со СПИДом носит межведомственный характер, в ней принимают участие региональные и федеральные органы власти, а также общественные негосударственные организации. Значительное внимание уделяется вопросам профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. Создана система диагностики, наблюдения, профилактики и контроля исходов беременности у ВИЧ-инфицированных. Удалось добиться проведения перинатальной профилактики в 93% случаев, перинатальная смертность в этой группе составила 10%, что в 2 раза ниже, чем в среднем по России. Поставлена задача снижения перинатального заражения новорожденных до уровня мировых стандартов — 2%. Совершенствуется деятельность службы крови, что позволяет исключить возможность передачи и распространения с донорской кровью и ее компонентами вирусных трансфузионных инфекций. В рамках целевой областной программы осуществляется комплекс мероприятий по усилению противодействия незаконному обороту наркотических средств, профилактике наркомании, лечению и реабилитации наркозависимой части населения.

Проводимые мероприятия, направленные на повышение репродуктивного здоровья населения, позволяют решить задачи сокращения детской и материнской смертности. На протяжении последних лет уровень младенческой смертности в Самарской области — в числе наиболее низких по Российской Федерации и Приволжскому Федеральному округу и сопоставим с европейскими показателями (по итогам 2005 г. — 8,2%). В области улучшается материально-техническая база учреждений родовспоможения и детства; происходит внедрение медицинских технологий, направленных на выхаживание недоношенных детей и снижение смертности от врожденных аномалий развития (применение эффективных методов искусственной вентиляции легких), медико-организационных технологий (совершенствование пренатальной диагностики, развитие хирургии и кардиохирургии новорожденных детей и др.).

Существенное влияние на снижение младенческой и перинатальной смертности оказывает организация деятельности областного перинатального центра с неонатологической бригадой, которая ежегодно осуществляет около 600 выездов в сельские районы области. До 2009 г. планируется открыть шесть перинатальных центров в городах области. Концепция развития акушерско-гинекологической службы определяет в качестве ориентира планирования и финансирования вложения основных ресурсов в развитие современных акушерских и перинатальных технологий, генетической службы, реанимационной помощи, стационарозамещающих технологий, детской и подростковой гинекологии. Концепция предполагает дальнейшее развитие службы пла-

ВСТАВКА 3.2. Качество жизни населения в Самарской области в контексте Целей развития тысячелетия (продолжение)

нирования семьи с разработкой новых функциональных обязанностей, направленных на реабилитацию нарушенной репродуктивной функции в семье. Перинатальная смертность в 2000–2004 гг. снизилась с 10,3 до 7,6 на 1000 рожденных живыми и мертвыми (в России — с 13,2 до 10,6 соответственно), младенческая — с 10,7 до 8,0 умерших до 1 года на 10 тыс. родившихся живыми (с 15,3 до 11,6).

В области действует единая межведомственная система комплексной реабилитации детей-инвалидов, осуществляется патронаж детей-инвалидов центрами «Семья». Активно внедряется система ранней комплексной помощи детям в возрасте 0–3 года и их семьям в части диагностики развития детей и своевременного оказания адекватной внешней помощи. Данные услуги предоставляются более чем 80% детей младенческого возраста.

Самарская область относится к регионам с низким уровнем материнской смертности: в 2005 г. 12,8 случая на 100 тыс. детей, родившихся живыми. Благоприятное влияние на здоровье женщин репродуктивного возраста и снижение репродуктивных потерь оказывают принимаемые меры по профилактике аборт. За последнее десятилетие распространенность абортов снизилась более чем в 2 раза и составила в 2005 г. 31 на 1000 женщин фертильного возраста. Внедрение семейно ориентированных форм работы, создание сети учреждений социальной помощи семье и детям, службы планирования семьи, адаптация принципов эффективной перинатальной помощи, развитие движения «Больница доброжелательного отношения к ребенку», переход к оказанию медицинской помощи по принципу общеврачебной (семейной) практики позволили организовать медико-социальное сопровождение семьи на разных этапах реализации фертильной функции.

Большое внимание уделяется пропаганде здорового образа жизни населения. Приоритетными направлениями являются организация физкультурно-оздоровительной и спортивной работы по месту жительства, осуществляемая через клубы физической культуры; развитие детско-юношеского спорта, физической культуры в образовательных учреждениях области. Принимаются меры по всестороннему развитию детей и молодежи с ограниченными возможностями. Для них действуют 22 физкультурно-оздоровительные спортивные организации, создана Федерация физической культуры и спорта инвалидов всех категорий, ежегодно проводятся параолимпийские игры.

Цель 7. Обеспечение экологической устойчивости

Самарская область является одной из самых промышленно развитых в России, и это во многом определяет значительное внимание к вопросам экологической безопасности, что сопряжено с ЦРТ по обеспечению экологической устойчивости. В достижении устойчиво-

го развития важную роль играет политика природопользования и охраны окружающей среды. Ее основные принципы — снижение антропогенного воздействия на природу, сбережение природных ресурсов, реализация мер по реабилитации и профилактике здоровья населения и др.

Разработаны и реализуются областные программы в сфере природопользования. В частности, утверждена целевая программа «Повышение лесистости в рамках реализации целей Киотского протокола, агролесомелиорация, охрана и защита лесов в Самарской области» на 2006–2015 годы, направленная на лесоразведение, позволяющее уменьшить загрязнение воздушной среды. Значительные средства направляются на обеспечение населения питьевой водой в рамках областной целевой программы «Обеспечение населения Самарской области питьевой водой» на 2005–2010 гг. Важным направлением работы является очистка коммунально-бытовых сточных вод. Реализуется долгосрочная стратегия обращения с отходами, в том числе утилизация и захоронение, а также программы по снижению уровня загрязнения воздушной среды городов. Огромный экологический эффект имеют мероприятия по расширению использования природного газа как наиболее экологически чистого вида энергии. Областные и муниципальные органы власти вводят и осуществляют административные и экономические меры стимулирования рационального природопользования, дополняя и расширяя природоохранное законодательство федерального уровня.

Цель 8. Участие в глобальном сотрудничестве, отвечающем российским национальным интересам

Приращению человеческого потенциала способствует развитие гражданского общества. В Самарской области реализуется «Концепция партнерства органов государственной власти, органов местного самоуправления и негосударственных некоммерческих организаций Самарской области по развитию гражданского общества». Создано Общественное собрание области при губернаторе Самарской области, на котором традиционным стало обсуждение социальных вопросов развития области. Действуют более 4 тыс. общественных организаций. При их участии на территории области реализуется большое количество экологических, образовательных, культурных и гендерных проектов, осуществляемых по грантам, выигранным на областных ярмарках социокультурных проектов и в мероприятиях окружных ярмарок. Большую известность в области приобрела акция «Благородство», которая делает достоянием общественности благородные поступки жителей региона, способствует развитию благотворительной деятельности и социальных инициатив.

Рассматриваемая цель ставит амбициозную задачу по формированию глобального партнерства в целях



ВСТАВКА 3.2. Качество жизни населения в Самарской области в контексте Целей развития тысячелетия (продолжение)

УРОВЕНЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ – 4-е МЕСТО В РФ



Источник: Данные ЦЭМИ РАН

развития. Самарская область, обладая конкурентоспособной экономикой, имеет устойчивые экономические и социально-культурные связи с такими странами, как Германия, США, Украина, Казахстан, Франция, Италия, Нидерланды, Финляндия, Швеция, Чехия, Венгрия, Польша, Китай и др. Регион активно взаимодействует с международными и национальными инвестиционными агентствами. В начале 2006 г. область посетила делегация Корпорации частных иностранных инвестиций США (ОРИК), которая содействует частному сектору в управлении рисками, связанными с прямыми иностранными инвестициями, и поддерживает инвестиции в совместные предприятия на развивающихся рынках. На территории области уже несколько лет осуществляет деятельность представительство Международной финансовой корпорации (IFC). На среднесрочную перспективу прогнозируется заметная активизация иностранных банков. Уже сейчас самарский финансовый рынок начали осваивать кредитные учреждения с иностранным капиталом.

Органы исполнительной власти области обладают большим опытом сотрудничества с зарубежными некоммерческими организациями, такими, как ТАСИС (Программа ЕС), программа технического содействия странам Центральной и Восточной Европы Министерства экономики Нидерландов, Европейский банк реконструкции и развития, Министерство международного развития Великобритании (DFID) и др.

Самарская область выступает как пилотный регион в ряде проектов, осуществляемых Правительством РФ совместно с Международным банком реконструкции и развития (МБРР). С 2003 г. реализуется проект «Реформа системы образования», финансируемый из средств займа МБРР (16,8 млн. долл. США) и рассчитанный на 3,5 года. Цель проекта — оснащение около 130 образовательных учреждений современным учебно-лабораторным и компьютерным оборудованием, транспортными средствами; переподготовка и повышение квалификации администраторов образования; создание региональной системы мониторинга, статистики и оценки качества образования и др.

ВСТАВКА 3.2. Качество жизни населения в Самарской области в контексте Целей развития тысячелетия (продолжение)

ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕЙ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Ликвидация крайней нищеты и голода	Уровень бедности составляет 17,9 % <i>Задача – сокращение к 2015 г. уровня бедности населения вдвое – до 8–9%</i>
Обеспечение всеобщего начального образования	Начальным образованием охвачено 99,9% населения области <i>Задача – обеспечение равного доступа ко всем ступеням образования независимо от места проживания человека и состояния его здоровья</i>
Обеспечение равенства мужчин и женщин	Обеспечено равенство доступа ко всем ступеням образования <i>Задача – ликвидация неравенства в политическом представительстве; дискриминационной практики в области оплаты труда и занятости и др.</i>
Сокращение детской смертности	Уровень детской смертности – 8,2% <i>Задача – сокращение к 2020 г., детской смертности до 7%</i>
Улучшение охраны материнства	Уровень материнской смертности – 12,8 случая на 100 тыс. родившихся живыми <i>Задача – сокращение к 2020 г. материнской смертности до 10 случаев на 100 тыс. родившихся живыми</i>
Борьба с ВИЧ/СПИДом и другими заболеваниями	Более низкие, чем в среднем по РФ, показатели заболеваемости социально значимыми болезнями <i>Задача – усиление профилактики ВИЧ/СПИДа выявление и лечение социально значимых заболеваний</i>
Обеспечение экологической устойчивости	Применение программно-целевого метода в сфере охраны окружающей среды <i>Задача – улучшение состояния окружающей среды, восстановление и предотвращение деградации и природных комплексов, охрана здоровья человека</i>
Формирование глобального партнерства	Устойчивые экономические и социально культурные связи со странами мира <i>Задача – интеграция экономики области в мировые экономические структуры, равноправное участие в работе многосторонних механизмов, регулирующих международные торгово-экономические, валютно-финансовые, научно-технические и инвестиционные связи</i>

На данном этапе в Самарской области уже частично достигнуты Цели развития тысячелетия. Тем не менее политика развития человеческого потенциала не утрачивает своей актуальности. На долгосрочную перспективу (до 2020 г.) правительством области сформулированы следующие ориентиры:

— приближение величины индекса развития человеческого потенциала к уровню наиболее развитых стран Центральной и Восточной Европы (0,86–0,88);

— рост реальных денежных доходов населения минимум в 2,4 раза, увеличение среднедушевых денежных доходов до 40–47 тыс. рублей в месяц;

— снижение доли населения с доходами ниже величины прожиточного минимума до уровня 7–8% общей численности населения области;

— сокращение детской смертности до 7%, материнской смертности до 10 случаев на 100 тыс. родившихся живыми.