

ТЕНДЕНЦИИ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Г.А. Куттыкожаева
научный руководитель Л.С. Нурпеисова

*Казахстан, г. Алматы,
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова*

Характер социально-демографического развития Республики Казахстан начиная с 1998 г. во многом определялся как объективными процессами, так и бурным экономическим развитием страны. В результате произошедших изменений, социально-демографическую ситуацию за последние годы в целом можно оценить как благоприятную: улучшаются показатели рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни, понижается общая смертность, присутствует положительное сальдо миграции.

В целом за годы независимости в социально-демографическом развитии республики можно выделить три этапа.

Первый этап (1993-1997 гг.) характеризуется сложной ситуацией в экономической и социальной сфере. Численность населения республики в тот период сократилась с 16,4 млн. до 14 млн. чел. Данный результат обусловлен, наряду со снижением уровня рождаемости, большими и устойчивыми масштабами миграции населения из Казахстана в другие страны.

Во второй период (1997-2000 гг.) произошла некоторая стабилизация социально-экономической сферы, что привело к снижению динамики ряда негативных тенденций. На этом этапе были заложены основы для последующего улучшения социально-демографических показателей.

В третьем периоде (с 2000 г.), благодаря улучшению экономического развития и объективным демографическим факторам в Казахстане сложилась социально-демографическая ситуация, характеризующаяся положительными тенденциями и ростом многих показателей.

Государственная политика в области здравоохранения осуществляется на основе закона Республики Казахстан от 19 мая 1997 г. «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» (с изменениями и дополнениями, внесенными 1.07.1998 г., 17.12.1998 г., 7.04.1999 г., 22.11.1999 г., 21.03.2002 г., 13.01.2004 г.). Правовой уровень представлен также законом Республики Казахстан от 4 июня 2003 г. «О системе здравоохранения» и другими действующими в стране нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения, включая законы «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению», «О профилактике и ограничении табакокурения», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и др. В 1998 г. была принята Государственная программа «Здоровье народа» на 1998-2008 гг. (с изменениями, внесенными 15.01.2003 г.), в 2004 г. – Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг. В данном документе определена совокупность экономических, социальных, организационных и других мер, направленных на развитие доступной, качественной, социально-ориентированной и экономически эффективной системы здравоохранения.

Основные концептуальные положения реформирования и развития здравоохранения в республике направлены на создание системы солидарной ответственности государства и граждан в сфере здравоохранения, а также изменение систем управления, финансирования, укрепления материально-технической базы отрасли, с тем, чтобы она стала конкурентоспособной.

В стратегическом плане здоровье населения входит в число основных национальных приоритетов Стратегии развития Казахстана до 2030 г., где определены приоритетные направления в области охраны здоровья, в том числе, стимулирование здорового образа

жизни, для чего организованы Межведомственный и Координационный советы по формированию здорового образа жизни. Преемственность государственной политики в данной сфере подтверждается в ежегодных посланиях президента страны народу Казахстана. Кроме того, в Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2010 г. заложены основные социальные стратегии, включая Стратегию реформы здравоохранения.

Стратегия реформирования системы здравоохранения в Казахстане ориентируется на следующие основные направления:

создание системы охраны здоровья, максимально адаптированной к новым экономическим реалиям;

радикальное улучшение качества и объема медицинской помощи населению;

коренное изменение подходов граждан к своему здоровью. Данная стратегия позволила системе здравоохранения Казахстана занять самую высокую позицию в рейтинге ВОЗ по качеству системы здравоохранения государств мира по сравнению со всеми другими постсоветскими государствами — 64-е место³. Сегодня в рейтинге IMD Казахстан является конкурентоспособным по параметрам медицинская помощь (18-я позиция), значение здоровья, безопасности и среды обитания человека (22-я позиция), государственные расходы на здравоохранение (34-я позиция).

Таблица 1. Показатели здравоохранения

год	Численность врачей всех специальностей, тыс. чел.	Численность среднего мед. персонала, тыс. чел.	Число больничных организаций	Число больничных коек, тыс.	Число коек для больных детей, тыс.
1991	65,1	198,9	1805	230,4	46,1
1992	66,4	196,3	1821	228,4	47,4
1993	64,5	189,5	1899	225,4	46,0
1994	61,1	177,7	1651	205,7	40,9
1995	60,1	168,4	1518	192,6	37,4
1996	57,9	150,1	1244	164,4	31,4
1997	54,5	129,5	1006	136,4	25,0
1998	53,2	120,4	991	123,5	22,7
1999	50,6	110,4	917	108,2	18,9
2000	49,0	106,6	938	106,9	18,6
2001	51,3	109,4	981	110,2	18,4
2002	53,7	113,4	1005	111,9	18,4
2003	54,6	115,0	1029	114,8	20,3

2004	54,8	117,0	1042	116,6	19,4
2005	55,5	119,6	1063	117,6	20,0
2006	57,3	125,2	1086	119,0	20,0
2007	59,4	130,0	1055	119,6	19,6

Особенно сильно это отразилось на сельской местности. Из 5,4 тыс. фельдшерско-акушерских здравпунктов, существовавших в 1991 г., к 2001 г. осталось соответственно 4,7 тыс. и 441. В два раза сократилось и число коек для беременных и рожениц. В результате оптимизации сети медицинских учреждений 1200 населенных пунктов в сельской местности осталось без медицинского обслуживания по месту жительства. Только с 1999 г. в соответствии с постановлением Правительства республики об улучшении первичной медико- санитарной помощи сельскому населению наметились положительные тенденции. В малые населенные пункты были направлены почти 700 медицинских работников, в результате чего количество населенных пунктов, не имеющих медицинского работника или медицинского учреждения, сократилось до 112.

В любом случае это не снизило остроту проблемы доступа сельского населения к медицинскому обслуживанию. Недостаточным остается качество оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи жителям отдаленных и труднодоступных населенных пунктов, что диктует необходимость развития санитарной авиации и внедрения мобильной и телемедицины. Помимо этого материально-техническая база лечебно-профилактических организаций, особенно сельских, продолжает оставаться в неудовлетворительном состоянии. Многие объекты ПМСП недостаточно укомплектованы квалифицированными кадрами. В медицинских организациях республики применяют отсталые технологии. Кстати, о приоритетности для населения страны этого направления свидетельствуют результаты социологического опроса. В первую пятерку мер, которые, по мнению респондентов, должно принять государство по улучшению социально-экономической ситуации в стране, вошло «приобретение медицинской техники, санитарного транспорта, ремонт больниц и поликлиник» (36,8%).

Решение этих и других проблем осуществляется в рамках Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг. На текущий момент уже завершен первый этап реализации данной программы. По его результатам финансирование здравоохранения с 2004 г. увеличилось почти в 2,5 раза и составило в 2007 г. 310 млрд. тенге, расходы на душу населения увеличились в 2,3 раза, вдвое возросла заработная плата медицинских работников. За два года ее реализации построены 156 объектов здравоохранения, 144 из которых — на селе.

И это не случайно, так как проблемы кадрового потенциала сферы здравоохранения и качества предоставляемых услуг являются взаимообусловленными. При этом по численности врачебного и медицинского персонала мы также до сих пор не можем выйти на уровень 1991 г. 59,4 тыс. врачей и 130 тыс. среднего медперсонала в 2007 г. к 65,1 тыс. и 198,9 тыс. соответственно в 1991 г. .

Сегодня политика охраны здоровья населения в Казахстане нацелена на положительное изменение демографических показателей, а именно:

- увеличение численности населения;
- повышение средней продолжительности жизни населения;
- снижение уровня материнской и младенческой смертности.

Начиная с 2002 г. в Казахстане наметилась устойчивая тенденция роста численности населения. В 2008 г. естественный прирост в целом по стране составил 204,2 тыс. чел., тогда

как в 1999 г. он составлял 70,2 тыс. чел. В целом в 1999-2008 гг. в Казахстане родилось 2671,3 тыс. чел. На 1 января 2009 г. расчетная численность населения республики составила 15778,2 тыс. чел. По предварительным данным Национальной переписи Республики Казахстан 2009 г., численность населения превысила 16 млн. чел., то есть достигла уровня 1991 г.

Можно сказать, что представленные данные отражают также изменения в демографическом поведении. Так, значительно повысился суммарный коэффициент рождаемости в старших возрастных женских группах. В 2007 г. он составил 102,18 на 1000 женщин в возрасте 30-34 года, 55,35 — в возрасте 35-39 лет, 13,04 — в возрасте 40-44 г., 0,63 — на 1000 женщин в возрасте 45-49 лет. Положительную роль здесь сыграло, в том числе, дородовое наблюдение. Охват дородовым наблюдением (услугами врача, медсестры или акушерки) в Казахстане очень высок: практически все женщины (99,9%) проходят дородовое наблюдение. Таким образом, рост данных показателей позволяет говорить о достижении Казахстаном заметного роста показателей воспроизводства населения. Также отмечается рост общего коэффициента рождаемости, который в 1999 г. составлял 14,6 промилле на 1000 чел. населения, а в 2008 г. он составил 22,9 промилле на 1000 чел.

В целом отмеченные показатели свидетельствуют об эффективности социально-экономической политики государства. Так, в рамках мероприятий социальной защиты материнства и детства с 1 января 2008 г. введено за счет средств республиканского бюджета обязательное социальное страхование беременности, родов и материнства для работающих женщин¹¹. Кроме того, с 1 января 2008 г. повысился размер единовременного государственного пособия в связи с рождением ребенка до 34740 тенге, или в два раза. Увеличились ежемесячные пособия по уходу за ребенком до достижения им одного года: при рождении первого ребенка — на 177%, при рождении второго ребенка — на 167%, при рождении третьего ребенка — на 159%, при рождении четвертого ребенка и более — на 153%.

Кроме этого, Главой государства предложено с 2009 г. изменить систему государственного бюджетного планирования, основой которой станет 3-летний бюджет. Соответственно мероприятия социальной политики рассчитываются на 3 года:

поэтапное увеличение ежемесячного пособия по уходу за ребенком по достижению им одного года в 2010-2011 гг. до уровня, превышающего размеры пособий 2007 г. в среднем в 2,5 раза;

увеличение с 2010 г. размера единовременных пособий на рождение четвертого и более ребенка более чем в 4 раза по отношению к 2007 г.

Брак и семья как социальные институты также испытали на себе непосредственное влияние экономического развития страны. Коэффициент брачности (число браков на 1000 чел.) возрос с 5,8 в 1999 г. до 9,5 в 2008 г., что свидетельствует о заметном повышении роли семьи и брака в межличностных отношениях. Одновременно несколько возросли и показатели разводов — с 1,7 до 2,3 на 1000 чел.

Общий коэффициент смертности в период 1999-2008 гг. был неизменным и оставался на уровне 9,9-10,9 умерших на 1000 чел. населения. В то же время общее число умерших в 2008 г. увеличилось на 7,6 тыс. чел., или на 5,2%. Кроме естественных причин основными причинами смерти также являлись заболевания системы кровообращения, несчастные случаи, отравления и травмы, новообразования, болезни органов дыхания и пищеварения, инфекционные и паразитарные заболевания. Негативные тенденции частично связаны также с высоким уровнем материнской и детской смертности.

Одновременно сохраняется ряд негативных явлений, в числе которых: низкая продолжительность жизни — 66,3 года, сохранение достаточно высокого уровня смертности населения, который превышает показатель 10 на 1000 человек, высоких показателей младенческой и материнской смертности, уровня заболеваемости туберкулезом и венерическими заболеваниями (в том числе ВИЧ/СПИД). Этим проблемам сопутствует алкоголизация и наркотизация населения, повышение потребления табачной продукции, несмотря на широкие агитационные кампании за здоровый образ жизни. Кроме того, в сфере здравоохранения четко прослеживается

проблема доступа к медицинским услугам, снижения качества бесплатных медицинских услуг, нехватки или удаленности медицинских учреждений в сельской местности.

По данным государственной статистики, в Казахстане на 1 января 2009 г. в городской местности проживало 8423,7 тыс. чел., а в сельской местности — 7354,5 тыс. чел. (диаграмма 7). Доля горожан в общей численности населения за период 1999- 2008 гг. уменьшилась с 56 до 53,4%, а сельского населения увеличилась с 44 до 46,6%. Это обусловлено прежде всего значительно более высокой рождаемостью в сельской местности, нежели в городах.

В республике имеются 26 городов, насчитывающих более 50 тыс. жителей. При этом около 50% горожан проживают в 18 городах с численностью от 100 тыс. до 500 тыс. чел. Наиболее крупным городом Казахстана остается Алматы, где на 1 января 2009 г. проживает 1364,6 тыс. чел. Рост численности населения в период 1999-2008 гг. отмечен в городах Астана (более чем 2 раза), Атырау, Кентау и Шымкент (в 1,5 раза), Кызылорда (на 34,7%), Алматы (20,8%), Тараз (5,3%). Снизилась численность населения городов Костанай, Петропавловск, Усть-Каменогорск.

Сельское население Казахстана проживает в 7684 сельских населенных пунктах. Из них только 344 (4,5%) являются крупными, где в каждом из них проживает в среднем от 3 до 5 тыс. жителей. На долю таких сел приходится почти третья часть сельского населения, или 2101,7 тыс. чел. В то же время в 2084 малых селах (27,1%) с численностью населения до 200 чел., проживает всего 3,2% от числа всех сельчан, или 211,4 тыс. чел.

С социально-демографической точки зрения половозрастная структура оказывает значительное влияние на формирование дальнейших тенденций воспроизводства населения. Этот важный структурный компонент населения в Казахстане подвержен заметным диспропорциям в различных возрастных группах.

Большое значение при изучении возрастной структуры населения с позиций его участия в производстве имеют показатели демографической нагрузки, которые рассчитываются на численность населения трудоспособного возраста. Так, в городских поселениях Казахстана в 1989 г. на 100 чел. в возрасте 15-59 лет приходилось 15,7 людей пожилого возраста и 45,5% детей, в 1999 г. — 18,6% пожилых людей и 40,2% детей, в 2001 г. — 19,1% пожилых людей и 37,7% детей, в 2005 г. — 16,6% пожилых людей и 32,7% детей. То есть, нагрузка детьми на население трудоспособного возраста постепенно снижается. Следует отметить, что сокращение в населении численности детей является негативным явлением, поскольку это приводит к ускоренному сокращению трудовых ресурсов и повышает угрозу депопуляции в будущем.

В целом половозрастная структура населения формируется в основном под влиянием демографических и социально-экономических факторов. Более высокая смертность у мужчин, особенно в зрелом возрасте, обусловила численный перевес женского населения, который продолжает увеличиваться в течение всего периода жизни. Средняя продолжительность жизни сохраняется на низком уровне, а также растет разрыв в данном показателе между мужчинами и женщинами. Имеется тенденция к увеличению доли пожилого населения и снижению численности детей, что может привести к негативным последствиям

Литература

1. Вялков Анатолий Иванович. Название: Управление и экономика здравоохранения Издатель: ГЭОТАР-Медиа Год: 2013
2. Р. П. Колосова. Название: Экономика, Год: 2011.
3. Тургинбаева А.Н. Инновации и риски Учебное пособие, Алматы «Казак университети», 2008