

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Г.А. Ястребов, А.Н. Красилова, Е.С. Черепанова

**ВЕКТОРЫ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
В ПОСТСОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ
СТРАНАХ ЕВРОПЫ И СНГ:
ОПЫТ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ**

(Часть 1)

Препринт WP17/2011/02
Серия WP17

Научные доклады
Лаборатории сравнительного анализа
развития постсоциалистических обществ

Москва
2011

УДК 316.422
ББК 60.56
Я85

Редактор серии WP17
«Научные доклады
Лаборатории сравнительного анализа развития
постсоциалистических обществ»
О.И. Шкаратан

Я 85 **Ястребов, Г. А.** Векторы человеческого развития в постсоциалистических странах Европы и СНГ: опыт количественной оценки : препринт WP17/2011/02 (ч. 1) [Текст] / Г. А. Ястребов, А. Н. Красилова, Е. С. Черепанова ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. — 44 с. — 150 экз.

Предложенный вниманию читателя материал открывает серию публикаций, целью которой является знакомство с результатами проекта «Сравнительный анализ развития человеческого потенциала в постсоциалистических странах Европы», осуществляемого Лабораторией сравнительного анализа развития постсоциалистических обществ НИУ ВШЭ. В работе, в частности, сформулированы основные теоретико-методологические посылы анализа постсоциалистических трансформаций с точки зрения обеспечения жизнеспособности обществ, под которой на операциональном уровне рассматривается степень реализации потребностей населения в безопасности, образовании, здоровье, самореализации, демографическом и социальном воспроизводстве. При этом, учитывая ограниченность существующих оценок на базе таких общепринятых интегральных показателей, как Индекс человеческого развития ООН, авторы разрабатывают собственное определение жизнеспособности на основе классического определения «здоровья», предложенного Всемирной организацией здравоохранения в 1948 г. Значительную часть работы занимает обсуждение собранной из различных источников (ВОЗ, Всемирный банк, ПРООН и т.п.) эмпирической информации о качестве человеческого развития в ряде стран Европы и СНГ.

УДК 316.422
ББК 60.56

Ключевые слова: показатели человеческого развития, человеческий потенциал, жизнеспособность общества, межстрановой сравнительный анализ, устойчивое развитие.

Ястребов Г.А. — Лаборатория сравнительного анализа развития постсоциалистических обществ НИУ ВШЭ.

Красилова А.Н. — Лаборатория сравнительного анализа развития постсоциалистических обществ НИУ ВШЭ.

Черепанова Е.С. — Лаборатория сравнительного анализа развития постсоциалистических обществ НИУ ВШЭ.

Препринты Национального исследовательского университета
«Высшая школа экономики» размещаются по адресу: <http://www.hse.ru/org/hse/wp>

© Ястребов Г. А., 2011
© Красилова А. Н., 2011
© Черепанова Е. С., 2011
© Оформление. Издательский дом
Высшей школы экономики, 2011

Часть 1

Введение

Масштабные политические и экономические преобразования в конце прошлого века привели к системной трансформации российского и других постсоциалистических обществ. Однако успех рыночных реформ и становления либеральной демократии в одних странах и их неудачи в других сегодня как никогда требуют критического анализа основных теоретико-методологических подходов к объяснению их эволюции. По-видимому, эти расхождения во многом вызваны недоучетом принадлежности постсоциалистических стран к разным цивилизационным ареалам, что обуславливает потребность в целостном и систематическом анализе взаимосвязи характера и динамики социально-экономических структур населения и системообразующих элементов цивилизаций разного типа (системы институтов, ценностно-нормативные системы, ментальность народов и т.д.).

С конца 1990-х годов в западной литературе сравнительно широкое распространение получают теории неевропейского модерна, множественности форм модернизации, все чаще наблюдается отказ от смешения модернизации с вестернизацией, проводятся масштабные сравнительные исследования цивилизаций. Эти идеи приобрели особую поддержку в Китае, Японии и некоторых развивающихся странах, где авторы акцентируют внимание на ограниченности существующих социальных теорий, неприменимых для анализа незападных форм современного общества. Неудивительно, что усиливающееся расхождение векторов социально-экономического развития в различных частях современного мира сегодня становится объектом пристального изучения. Об этом свидетельствует не только характер публикаций в соответствующей предметной области, но и актуализация этих проблем в повестке ведущих международных научных мероприятий (ISA Congress 2010 “Sociology on the Move”, Huntington Symposium 2010 “Culture, Cultural Change and Economic Development”, ESA Congress 2009 “European Society or European Societies” и др.).

Отход от линейных концепций, основанных на экономическом детерминизме (и нередко — экономоцентристских), и переход к из-

учению вариативности развития находит отражение не только в развитии соответствующих теорий (например, концепции «множественности модернизаций» [Eisenstadt 1999a, b], «разнообразия капитализма» [Amable 2003; Lane, Myant 2006; Hancké, Rhodes, Thatcher 2007 и др.] или теории цивилизаций [Toynbee 1987; Spengler 1991; Huntington 1996; Arnason 2003 et al.]), но и в масштабных эмпирических исследованиях, отвечающих этим целям (например, World Value Survey, European Value Survey, European Social Survey, International Social Survey Programme, а также различные исследовательские программы ООН). Тем не менее в России и других постсоциалистических обществах Европы это направление исследований, на наш взгляд, представлено сегодня довольно слабо. Практически все дискуссии в данной области сводятся к обсуждению того, как преодолеть исторически и культурно обусловленные ограничения, которые мешают модернизации этих стран по образу и подобию развитых западных обществ.

Однако, на наш взгляд, в такой постановке задача заведомо обречена, поскольку в некоторых из этих стран адекватность существующих социально-экономических структур находится в противоречии с той логикой развития, которая детерминирована их принадлежностью к разным цивилизационным системам (см., например, [Шкаратан 2010]). Сегодня почти ни у кого не вызывает сомнения, что, несмотря на схожесть программы реформ, развитие России и ряда стран СНГ пошло и продолжает идти в совершенно ином направлении, чем в странах Центрально-Восточной Европы. Причем эти различия касаются не только и не столько уровня или качества экономического роста, *сколько сложившихся в этих странах условий, необходимых для развития личности и творческих сил представителей всех без исключения социальных групп населения и определяющих в конечном счете жизнеспособность всего общества как социального организма.*

Так, если с точки зрения экономоцентристских подходов проведение радикальных рыночных преобразований практически во всех постсоциалистических странах способствовало достижению главной цели — повышению экономической эффективности благодаря развитию конкуренции и частной собственности, то с точки зрения обеспечения сбалансированного развития последствия этих преобразований в СНГ сегодня не выдерживают никакой критики. Более того,

спровоцированного реформами импульса в этих странах оказалось явно недостаточно для того, чтобы обеспечить устойчивую траекторию развития по рыночно-демократическому сценарию, как это имеет место, скажем, в странах Вышеградской группы (Чехии, Венгрии, Польше, Словакии) или странах Балтии. Все это наталкивает на мысль, что одним из важнейших факторов жизнеспособности обществ является качество их исходного социального материала – населения с его специфическими установками, представлениями и моделями поведения – которому могут отвечать (например, в случае со странами ЦВЕ), а могут и противоречить (Россия и некоторые страны СНГ) принципы, на которых в этих обществах функционируют системы здравоохранения, образования, обеспечения внутренней безопасности и т.д. Противоречие это, в свою очередь, может служить причиной низкой и даже обратной эффективности принимаемых государством социальных мер с точки зрения развития человеческого потенциала.

В связи с этим возникает целый ряд вопросов. Как оценивать успешность развития постсоциалистических обществ, если принять во внимание все более очевидную неоднозначность такого критерия развития, как экономический рост? Как учесть в международных сравнениях особенности развития отдельных стран и межнациональных образований? Какие параметры с этой точки зрения можно рассматривать в качестве универсальных, и возможны ли в принципе подобные сопоставления? И, самое главное, как соотносятся различные критерии развития с внутренней логикой эволюции конкретных обществ?

Так, согласно нашим (впрочем, не только, см., в частности, [Шкаратан 2010; Пастухов 2006; Пивоваров, Фурсов 2001 и др.]) исходным представлениям, в отличие от культивирующей гуманистические ценности и традиции европейской цивилизации российское и другие общества евразийского типа сегодня не только не развивают собственных представлений о ценности человеческой личности, но и зачастую пренебрегают человеческой жизнью как таковой. В то же время мы признаем, что подобные утверждения заслуживают самого тщательного теоретического обоснования и эмпирической проверки. В связи с этим в конце 2010 г. Лабораторией сравнительного анализа развития постсоциалистических обществ НИУ ВШЭ (далее – Лаборатория САРПО) была утверждена исследовательская про-

грамма «Сравнительный анализ развития человеческого потенциала в постсоциалистических странах Европы: цивилизационный подход», направленная на всестороннее изучение динамики и различий в развитии человеческого потенциала населения постсоциалистических стран Европы, включая Россию, а также поиск факторов, способствующих устойчивому развитию перечисленных стран в контексте их цивилизационной принадлежности. Таким образом, в своем сравнительном анализе методологически мы исходим из признания множественности изменений развития современных обществ.

В рамках этого исследования одним из его этапов сотрудниками Лаборатории решалась, в частности, задача поиска и обоснования показателя или системы показателей, наиболее полно и адекватно отражающих уровень развития человеческого потенциала, включая критический анализ соответствующего им рейтинга стран Западной и Центрально-Восточной Европы, а также СНГ, включая Россию. С результатами этой работы авторы и хотели бы познакомить читателя в данной публикации.

Основные понятия: человеческий потенциал, человеческое развитие и жизнеспособность

Существующее терминологическое многообразие, относящееся к сфере оценок успешности социально-экономического развития современных обществ, безусловно, заслуживает первоочередного внимания в контексте задач, которые решаются в настоящем исследовании. Такие понятия, как «человеческое развитие», «человеческий потенциал» еще в начале 1980-х годов весьма прочно входят в научный обиход в связи с упомянутым выше отходом от экономоцентричных теорий и предписаний, которые основывались на признании экономического роста в качестве главного драйвера прогрессивных социальных и политических изменений в развивающихся странах. Разработка этих новых концепций осуществлялась в основном в русле обоснования и построения различных индексов или систем индикаторов, позволяющих количественно оценивать качество и структуру такого сложного и неоднозначного процесса, как развитие современных обществ.

Так, за идейную основу получившего сегодня, пожалуй, наиболее широкое распространение *Индекса человеческого развития* (или ИЧР) были взяты концептуальные разработки известного экономиста-философа Амартии Сена, который предложил рассматривать развитие в широком смысле как расширение возможностей для самореализации людей, а именно как «свободу выбора между различными образами жизни» и как «экспансию человеческих способностей» [Sen 1983, p. 44; Sen 1990, p. 755] (цит. по [Красильщиков 2010]). По признанию других авторов, «идеология этих индексов (индексов человеческого развития. — Прим. авт.) родилась как противопоставление увлечению теориями, распространявшими экономическую концепцию капитала на характеристики отдельного индивида и на сети связей между социальными акторами (индивидами и организациями), как своеобразный протест против экономизации социальной жизни» [Бородкин, Кудрявцев 2003, с. 143]. Другими словами, признание универсальной ценности человеческого развития не только поставило под сомнение эксклюзивность экономического роста в качестве главного критерия общественного прогресса, но и сформировало основу теоретических взглядов, альтернативных утилитарным воззрениям сторонников теории человеческого капитала.

Каноническая структура Индекса человеческого развития (ИЧР), строящаяся на основании таких общедоступных показателей, как ожидаемая продолжительность жизни, степень охвата населения программами среднего и высшего образования и размер ВВП в расчете на душу населения, была разработана под руководством пакистанского экономиста Махбуба уль Хака, ставшего инициатором известных Докладов ООН о человеческом развитии, издаваемых ежегодно, начиная с 1990 г. [UNDP.. 1990]. Однако при всей своей простоте и в то же время многоаспектности ИЧР не лишен недостатков, на что некоторые исследователи обращали внимание почти сразу же после введения его в оборот [Hopkins 1991, p. 1471–1472; Streeten 1995, p. xii–xiv и др.]. Так, например, сам по себе ИЧР отдельно взятой страны еще ничего не говорит о масштабах бедности, характере распределения доходов, неравенстве в сфере образования и здравоохранения. В дополнение к этому следует также отметить его неспособность в целом охарактеризовать состояние развития человеческого потенциала, а именно — способности создавать современные отрасли индустрии и научно-технические центры на уровне, соот-

ветствующем лидерам мировой экономики¹. Однако недостатки ИЧР как синтетического показателя социально-экономического развития с лихвой окупаются тем, что он основан на практически повсеместно доступных и, главное, сопоставимых статистических показателях. Причем в исключительных случаях, когда необходимые для расчета ИЧР данные по каким-либо причинам оказываются не совсем точными или фрагментарными, они могут быть восстановлены с использованием альтернативных оценок или путем экстраполяции косвенных данных. Одна из наиболее удачных попыток модификации ИЧР для обеспечения сопоставимых сравнений между различными странами мира за весь период публикации Докладов о человеческом развитии с 1990 г. по 2007 г. была, в частности, осуществлена В.А. Краси́льщиковым в работе «Человеческое развитие и изменения в мировой системе» [Краси́льщиков 2010].

Отдавая должное происхождению понятий «человеческий потенциал» и «человеческое развитие», а также методологии ООН его количественного расчета, нельзя не упомянуть концептуальные разработки известного российского экономиста и социолога Т.И. Заславской, которая в своих работах предлагает понимать под *человеческим потенциалом* «готовность и способность национальной общности к активному саморазвитию, своевременному и адекватному ответу на множественные вызовы внешней среды и успешной конкуренции с другими обществами» [Заславская 2005, с. 10]. Очевидно, что такая трактовка является более широкой и ёмкой, чем категория «человеческого развития», используемая в Докладах ООН. Это находит свое отражение в ее нетривиальной структуре: смысловое ядро «человеческого потенциала» раскрывается Т.И. Заславской через четыре основных его аспекта – демографический, социально-экономический, социокультурный и деятельностный. Так, *демографический потенциал* общества определяется половозрастной структурой населения, средней продолжительностью жизни мужчин и женщин, соотношением рождений и смертей, браков и разводов и проч. *Социально-*

¹ Отсюда авторам остается непонятной терминологическая путаница, имеющая место в отечественной литературе. Так, нередко Индекс человеческого развития, под которым в действительности подразумевается определенное *состояние развития*, нередко именуется Индексом развития человеческого потенциала (ИРЧП), что, очевидно, является неверным, если следовать буквальной интерпретации с англ. Human Development Index (HDI).

экономический – включает уровень квалификации и профессионализма экономически активных граждан, востребованность обществом их труда, уровень и структуру занятости, степень реализации их трудовых, деловых и интеллектуальных ресурсов. В *социокультурном* аспекте заключены социально значимые особенности менталитета граждан, связанные с процессами социализации в разных национальных, конфессиональных и социальных общностях и характером последующей деятельности. Наконец, *деятельностный потенциал* общества выражается в уровне деловых качеств социальных акторов, их энергии, предприимчивости, инициативы, и проявляется в соотношении инновационных и традиционных форм мышления, действий и других форм активности, а также в объективных возможностях граждан реализовать свои социальные и творческие потенциалы, вести активную, полноценную жизнь [Заславская 2004, с. 28]. Однако нетрудно заметить, что при всей полноте охвата концептуальная сложность используемого Т.И. Заславской определения не позволяет перевести его на язык «простых» индикаторов и, как следствие, делает его малопригодным для осуществления количественных сопоставлений. Более того, нам неизвестны попытки осуществления полномасштабных межстрановых сравнений в соответствии с такой операционализацией понятия «человеческий потенциал».

В последнее время в разных странах, в том числе и в России, наряду с упомянутым выше ИЧР также разрабатывались другие, близкие по содержанию индикаторы, более полно характеризующие как уровень развития отдельных стран в целом, так и человеческий, прежде всего интеллектуальный потенциал их населения. К числу таких показателей можно, в частности, отнести *синтетический индекс развития* или *индекс социогуманитарного развития*.

Так, предложенный российскими учеными В.В. Бушуевым и В.С. Голубевым *синтетический индекс развития* относится к числу индикаторов социоприродного развития, которые учитывают и состояние природной среды, и качество воплощенного в населении человеческого капитала. По мнению его авторов, этот индекс должен отражать не только характер экономического воспроизводства (валового внутреннего продукта), но и характер воспроизводства человеческого, экологического, природного капиталов (постольку, поскольку среда обитания человека представляет собой не менее важный ресурс в современной экономике, чем основные средства и при-

кладываемый к ним труд человека). Таким образом, концептуальное решение индекса предполагает, что меры по поддержанию определенного экологического баланса являются крайне важным видом экономической деятельности, пусть и не приносящим сиюминутной выгоды [Бушув, Голубев 2002, с. 163; Бушув, Голубев, Тарко 2004, с. 6–13].

Схожие идеи лежат в основе *индекса социогуманитарного развития* (ИСГР), учитывающего помимо воспроизводства окружающей среды воспроизводство «капитала социальной организации», динамику накопления человеческого капитала, включая такое свойство, как «жизненный потенциал нации», которое количественно оценивается его разработчиками как произведение удельной рождаемости (в расчете на одного жителя) на среднюю ожидаемую продолжительность жизни. Кроме перечисленного, ИСГР включает в себя также количественную оценку такого экзотического параметра, как состояние духовного «нездоровья» граждан, рассчитываемого как число самоубийств на 100 тыс. или 1 млн человек населения [Бушув, Голубев, Зволинский и др. 2008]. Последнее обстоятельство позволяет учесть такой негативный аспект общественной трансформации, как состояние социальной аномии по аналогии с классическими концептуальными и эмпирическими разработками известного социолога Э. Дюркгейма, опубликованными в его работе «Самоубийство: социологический этюд» (1897 г.). Тем не менее основная проблема при расчете совокупного ИСГР, по признанию самих авторов, состоит в доступности непрерывных рядов исходных статистических данных — далеко не все страны мира ведут точный учет по всем необходимым для расчета этого индекса параметрам. Кроме того, зачастую «забор» таких данных осуществляется один раз в несколько лет, в результате чего также существует проблема сопоставимости показателей, относящихся, в действительности, к разным временным точкам.

Другой интересный и в то же время существенно более простой подход к количественной оценке качества развития был предложен Р. Вееenhoвеном в 1996 г. Разработанный им индикатор был назван «шкалой счастья» (Happy Life-Expectancy Scale²) и представляет собой произведение ожидаемой продолжительности жизни (выраженное в годах) и усредненного по выборочному опросу индекса счастья

² Что буквально можно было бы перевести как «шкала ожидаемой продолжительности счастливой жизни».

[*Veenhoven* 1996]. Последнее выражается через самооценку респондентов с помощью десятиступенчатой «лестницы счастья». Таким образом, интегральный индекс помимо объективной характеристики человеческого развития (ожидаемая продолжительность жизни), включает в себя субъективный показатель удовлетворенности людей качеством их жизни («индекс счастья»). Согласно логике построения данного индекса, лучше жить долго и счастливо, а страны, где обстоятельства более всего способствуют счастливой и долгой жизни, являются примером наиболее успешного развития. В то же время стоит признать, что показатель, разработанный Веенховеном, не является в строгом смысле отражением человеческого развития, так как, по существу, представляет собой не более чем скорректированную субъективную оценку качества жизни. Последняя, в свою очередь, не лишена смещений, которые могут быть обусловлены исторически сложившимся в конкретном обществе типом культуры или убеждений, зачастую несовместимых с идеями общественного прогресса. Кроме того, практически никакой позитивной ценности данный показатель не содержит и с точки зрения развития *человеческого потенциала* как степени совершенствования условий для самореализации и развития творческих способностей людей.

Впрочем, приступая к реализации нашего проекта, в собственных размышлениях по поводу того, как оценивать развитие современных обществ, мы сами неизбежно столкнулись с необходимостью определить для себя не только содержание, но и соотношение таких понятий, как «человеческое развитие» и «человеческий потенциал». Однако, как следует из рассмотренных выше существующих подходов, для современной науки оба термина скорее означают программно заданные объекты анализа и практических усилий, чем объекты научного изучения и научно обоснованных оценок. Эта методологическая ситуация объясняется тем, что сегодня научное сообщество еще не располагает такими понятиями «человеческого потенциала» и «человеческого развития», которые можно было бы считать определенными и если не общезначимыми, то хотя бы согласованными в среде участников работ по данному направлению.

Прежде всего необходимо четко пояснить, что понятие «человеческое развитие» в нашем представлении не идентично понятию «человеческий потенциал». Если последнее в строгом смысле характеризует принципиальную возможность достижения определенного

состояния человеческого развития, то первое должно рассматриваться исключительно как процесс, направленный на реализацию этого потенциала, или, другими словами, движение от существующего состояния человеческого развития к потенциальному, т.е. возможному. Почему данная оговорка является существенной? Дело в том, что в такой постановке *развитие человеческого потенциала* представляется уже не столько как процесс его направленной реализации (как ошибочно интерпретируют его авторы некоторых Докладов о человеческом развитии), сколько как объективный (т.е. независящий от мер государственной политики) процесс формирования границ развития творческой, физической и познавательной активности людей. Это замечание представляется нам особенно важным в свете того, что в обозримом будущем мы планируем рассматривать в своем анализе общества не просто как конкретные конфигурации политического, социального и экономического устройства, а как сложные социальные системы, формирующиеся под влиянием специфических цивилизационных процессов. В свою очередь, мы исходим из того, что эти цивилизационные процессы на протяжении длительных исторических периодов в значительной степени формируют в населении определенный тип личности, приспособленность к определенным видам и циклам трудовой активности и проч., и, таким образом, фактически могут рассматриваться в качестве тех объективных факторов, которые определяют в конечном счете *развитие* (но не реализацию!) *человеческого потенциала*.

Однако сами по себе целевые ориентиры, имманентные любому процессу *человеческого развития*, являются, на наш взгляд, универсальными и не зависящими от конкретных локальных контекстов, обусловленных цивилизационным фактором. В данном случае мы, следуя идеям А. Сена, исходим из признания того, что любые прогрессивные (или ориентированные на прогресс) общественные преобразования, например, смена политической, социальной или экономической организации обществ, должны быть направлены в конечном счете на развитие людей, их личности, творческих сил и индивидуальных способностей. Другими словами, мы рассматриваем *уровень человеческого развития* как некий универсальный барометр, с помощью которого представляется возможным оценивать желательность или, наоборот, неприемлемость конкретного вектора политических, социальных и экономических процессов, вписан-

ных в более общий цивилизационный контекст развития общества.

Человеческое развитие интересует нас в широком смысле как процесс, лежащий в основе развития *жизнеспособности* современных обществ, под которой мы понимаем их способность, во-первых, к численному воспроизводству, а, во-вторых, как способность успешно противостоять развитию потенциально опасных для их устойчивого развития дисфункций, или, другими словами, патологий: *социальных* (выражающихся, например, в наличии чрезмерных дистанций между социальными группами, социальной дезинтеграции, криминализации повседневной жизни и т.п.), *физических* (низкая продолжительность жизни, деградация физического и психического здоровья населения и т.п.) и *моральных* (интеллектуальная и нравственная деградация населения). Причем если рассматривать последний, качественный аспект жизнеспособности как категорию, родственную понятию здоровья, данная трактовка полностью согласуется с определением, принятым Всемирной организацией здравоохранения в 1948 г., согласно которому «здоровье есть состояние полного физического, душевного и социального благополучия». Для отдельного индивида это состояние достигается благодаря удовлетворению различных потребностей, представляющих собой определенную иерархию (например, «пирамида потребностей» Маслоу). Отсюда под индивидуальным уровнем человеческого развития следовало бы понимать степень реализации потребностей отдельно взятого человека в безопасности, образовании, здоровье, самореализации, демографическом и социальном воспроизводстве. Однако, учитывая, что в нашем случае речь идет о населении (обществе) в целом, мы предлагаем считать, что *уровень человеческого развития в обществе тем более высок, чем большее число людей в данной стране/обществе имеет возможность реализовать потребности более высокого порядка.*

Схематично используемое нами в работе определение жизнеспособности изображено на рис. 1.

Как уже было сказано выше, жизнеспособность общества определяется двумя аспектами: *количественным*, под которым подразумевается режим демографического воспроизводства, и *качественным*, под которым подразумевается уровень человеческого развития. В свою очередь, этот уровень раскрывается через три аспекта: физический, социальный и духовный.

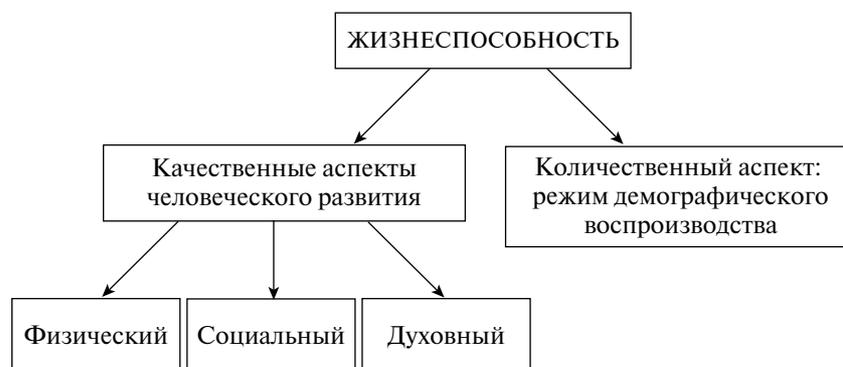


Рис. 1. Количественный и качественные аспекты жизнеспособности обществ

Почему в оценке жизнеспособности необходимо учитывать количественный аспект — режим демографического воспроизводства? Как известно, сегодня во многих развитых обществах поддерживается простое воспроизводство населения, что является следствием так называемого демографического перехода, пришедшего на смену демографическому взрыву, т.е. периоду, в котором инерционно высокая рождаемость сочеталась с резким сокращением смертности, прежде всего благодаря развитию систем здравоохранения и улучшению качества медицинских услуг. Этот переход был отражением своего рода естественных адаптационных процессов, позволивших привести резко возросшие потребности населения в высоком качестве жизни в соответствие с ограниченными производительными возможностями современных обществ. Эти адаптационные процессы в числе прочих включали в себя такие явления, как переход от традиционной (сельской) к современной городской (нуклеарной) модели семьи, ослабление прочности брачных связей, пересмотр системы семейных ценностей и, в частности, снижение роли религиозных институтов в формировании института семьи [Вишневский (ред.) 2006, с. 10–11, 137–138]. С другой стороны, в менее развитых обществах (например, в странах Африки и Азии), режим воспроизводства по-прежнему тяготеет к расширенному, что, как правило, объясняется их экономической отсталостью, традиционностью и крайней религиозностью. Некоторые из этих стран вступили в фазу демографиче-

ского перехода только в середине прошлого века, и по мере своей культурной, экономической и социальной модернизации они рано или поздно перейдут к режиму воспроизводства, характерному для нынешних развитых стран. Однако несмотря на то, что конкретное соотношение смертности и рождаемости действительно во многом сопряжено с определенным уровнем социально-экономического развития общества, с точки зрения его жизнеспособности оно также является важным индикатором, отражающим наличие или отсутствие устойчивой тенденции к численному воспроизводству общности. Отсюда жизнеспособность рассматривается нами не как статическая, а как динамическая характеристика, позволяющая зафиксировать некоторые устойчивые тенденции в развитии общества.

Согласно этой упрощенной модели мы предлагаем понимать под *повышением жизнеспособности* наличие очевидных положительных тенденций как в качественном, так и в количественном отношении, т.е. общее повышение уровня человеческого развития в сочетании с расширенным демографическим воспроизводством. И наоборот, под *снижением жизнеспособности* — качественную деградацию, сопровождающуюся численным сокращением населения. Однако такие крайние ситуации в реальной практике встречаются достаточно редко — взять хотя бы те же развитые страны, в которых растущее качество жизни сочетается с крайне низкими (иногда отрицательными) темпами демографического роста (согласно известному принципу превращения «количества» в «качество»). Учитывая, что определение оптимального режима воспроизводства для каждого общества является задачей, выходящей далеко за рамки наших текущих исследовательских возможностей, мы решили рассматривать в качестве универсального императива развития (обеспечения жизнеспособности) по крайней мере отсутствие тенденции к депопуляции, т.е., другими словами, способность общности к элементарному самовоспроизводству³.

³ В частности, здесь мы исходим из классического для демографов определения населения как совокупности людей, обладающих способностью к самовоспроизводству. Депопуляция же, как систематическое нарушение этого воспроизводства, практически всегда рассматривалась не только специалистами по проблемам населения, но и политическими и общественными деятелями как национальное бедствие [Синельников 2010].

Для того чтобы отобрать конкретные показатели, более или менее исчерпывающе отражающие структуру и уровень человеческого развития, мы сочли уместным обратиться к известной иерархии человеческих потребностей, разработанной А. Маслоу [Маслоу 1999, с. 77–105]. Причем сама иерархия отнюдь не признается нами в качестве универсальной, что следует из обозначенного во Введении общетеоретического контекста исследования: здесь «пирамида потребностей» используется постольку, поскольку позволяет определенным образом классифицировать индивидуальные потребности. К тому же напомним, что жизнеспособность интересует нас в конечном счете не как сумма индивидуальных характеристик, а как системное социетальное качество — экзистенциальное свойство общества. В связи с этим мы предлагаем рассматривать интегральную характеристику человеческого развития не как иерархию отдельных показателей, а как определенный баланс (или структуру этого баланса) с точки зрения трех основных его аспектов: физического, социального и духовного.

В табл. 1 приведены основные используемые нами в работе эмпирические показатели с указанием их принадлежности к определенной группе потребностей (в иерархии потребностей Маслоу) и аспекту человеческого развития (физическому, социальному и духовному). В скобках, справа от каждого показателя, приводится его целевая функция, отражающая его вклад (положительный или отрицательный) в общий показатель человеческого развития.

Поскольку подробное описание и обоснование используемых в работе показателей будет дано в следующих разделах, здесь мы лишь вкратце остановимся на некоторых из них. Так, например, уровень и характер преступности, количество несчастных случаев с неблагоприятными исходами для человека (травмы или смерть) являются достаточно емкими индикаторами, позволяющими оценить степень реализации обществом потребности в безопасности. Такие показатели, как относительное число разводов и аборт, могут считаться маркерами распространения девиаций в брачном и репродуктивном поведении: если люди в обществе чаще разводятся, это ведет к снижению ценности брака, а вместе с тем — к эрозии элементарной ячейки любого общества — семьи. К тому же высокий уровень разводов, как правило, означает большое количество неполных семей и нередко брошенных детей, социализация которых в подобных обстоятель-

Таблица 1. Система эмпирических показателей, соответствующая различным аспектам человеческого развития

Группа потребностей (по Маслоу)	Показатель (в скобках – целевая функция)	Аспект человеческого развития
Физиологические	<ul style="list-style-type: none"> • Физическая и психическая заболеваемость (<i>min</i>) • Субъективная оценка общего состояния здоровья (<i>max</i>) • Ожидаемая продолжительность жизни (<i>max</i>) 	Физический Физический Физический
В безопасности	<ul style="list-style-type: none"> • Количество убийств (<i>min</i>) • Смертность от дорожно-транспортных происшествий (<i>min</i>) • Смертность из-за других несчастных случаев, в том числе на производстве (<i>min</i>) 	Социальный Социальный Социальный
В любви и привязанности	<ul style="list-style-type: none"> • Количество разводов (<i>min</i>) • Количество абортс (<i>min</i>) 	Социальный Социальный
В уважении	<ul style="list-style-type: none"> • Уровень социальной сплоченности, межличностного доверия (<i>max</i>) 	Социальный
Познавательные	<ul style="list-style-type: none"> • Вовлеченность в программы дополнительного образования (<i>max</i>) • Интенсивность познавательной активности (<i>max</i>) 	Духовный Духовный
Эстетические	<ul style="list-style-type: none"> • Характер (интенсивность и разнообразие) внепроизводственной деятельности (<i>max</i>) 	Духовный
В самоактуализации	<ul style="list-style-type: none"> • Количество самоубийств (<i>min</i>) • Подверженность различных групп населения пагубным пристрастиям (алкоголизм, потребление табака) (<i>min</i>) 	Социальный Духовный

ствах едва ли может быть полноценной. С другой стороны, преднамеренное прерывание беременности свидетельствует о небрежном отношении людей к собственному репродуктивному здоровью. В качестве аппроксимирующей переменной для степени удовлетворения потребности в уважении мы использовали показатель межличностного доверия в обществе, свидетельствующий об уровне социальной сплоченности. Для оценки познавательной активности людей рассматривались такие переменные, как вовлеченность людей в программы дополнительного (непрерывного) образования, и даже такой

весьма экзотический (и, тем не менее, доступный!) показатель, как активность запросов в свободной интернет-энциклопедии Wikipedia.

Данные и методы построения шкалы человеческого развития

Основными приемами построения отдельных шкал, характеризующих различные аспекты человеческого развития, являются 1) инвертирование элементарных показателей, входящих в состав индекса (там, где это необходимо, исходя из принятой в определении целевой функции – см. табл. 1); 2) их нормирование; и 3) агрегирование методом усреднения.

Процедура нормирования заключалась в приведении всех отобранных показателей к единым шкалам, принимающим значения от 0 до 100. Для этой операции использовалась следующая формула:

$$\frac{X_i - X_{\min}}{X_{\max} - X_{\min}} \cdot 100,$$

где X_i – значение переменной (статистического показателя) для i -й страны, X_{\min} – минимальное значение переменной (статистического показателя), зафиксированное по всему перечню стран, X_{\max} – максимальное значение переменной (статистического показателя). При этом приведенный показатель строится таким образом, что его большее значение соответствует более скромным успехам с точки зрения человеческого развития в целом. Так, например, если в отдельно взятой стране мы зафиксировали наивысшие показатели смертности от несчастных случаев, согласно выбранной нами формуле приведения, ей будет соответствовать максимальное значение на шкале, т.е. 100.

Агрегирование отдельных показателей в интегральные индексы, соответствующие каждому из аспектов человеческого развития (физическому, социальному и духовному), производилось по следующей формуле (за исключением специальных случаев, которые более подробно рассматриваются в соответствующих разделах):

$$A_m = \sum_{j=1}^N \omega_j Y_j,$$

где A_m – значение интегрального индекса; Y_j – значение j -го нормированного показателя, входящего в соответствующую группу; N – общее число показателей, включаемых в соответствующую группу; ω_j – вес j -го показателя в интегральном индексе (равный, как правило, $1/N$).

И наконец, сводный индекс человеческого развития (HD) представляет собой среднее арифметическое из трех интегральных индексов, соответствующих трем аспектам человеческого развития:

$$HD = \sum_{m=1}^M \frac{A_m}{M}$$

В табл. 2 перечислены все используемые в анализе статистические ряды с указанием соответствующих источников и даты замеров.

Таблица 2. Статистические показатели и источники данных

Переменная	Аспект ЧР	Год	Источник данных
Убийства	Соц.	2007–2008	Управления ООН по наркотикам и преступности (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC)
Смертность из-за несчастных случаев на рабочем месте	Соц.	2006–2008	Всемирная организация здравоохранения (World Health Organization, WHO)
Смертность и травматизм в результате ДТП	Соц.	2008	WHO
Самоубийства	Соц.	2008	WHO
Разводы	Соц.	2006–2008	Статистическая служба Европейского союза (Eurostat)
Аборты	Соц.	2008	WHO
Доверие	Соц.	2004–2008	Европейское социальное исследование (European Social Survey, ESS)
Продолжительность активной жизни	Физ.	2007	WHO
Уровни заболеваемости туберкулезом, гонококковыми инфекциями, ВИЧ, гепатитом В	Физ.	2004–2006	WHO

Окончание табл. 2

Переменная	Аспект ЧР	Год	Источник данных
Уровень смертности от болезней кровеносной системы	Физ.	2004–2006	WHO
Распространенность диабета	Физ.	2004–2006	WHO, Атлас здоровья в Европе ВОЗ
Уровень заболеваемости всеми типами рака среди женщин	Физ.	2008	GLOBOCAN
Доля курящего взрослого населения	Дух.	2001–2008	WHO
Уровень участия населения в непрерывном образовании	Дух.	2009	Eurostat, European Labor Force Survey
Количество просмотров страниц Wikipedia на одного пользователя Интернет	Дух.	2010	Wikipedia
Употребление различных видов наркотиков (опиатов, кокаина, амфетаминов)	Дух.	2003–2008	UNODC
Уровень и модель употребления алкоголя	Дух.	2003–2005	WHO
Коэффициент естественного прироста населения	Количеств.	2005–2010	Программа развития ООН (United Nations Development Programme, UNDP), Population Reference Bureau

Физический аспект человеческого развития

Физический аспект является едва ли не базовой составляющей человеческого развития, поскольку именно состояние здоровья как таковое напрямую сказывается на работоспособности людей (как физической, так и интеллектуальной) и возможности жить полноценной жизнью.

В качестве элементов интегрального значения соответствующего индекса мы рассматриваем, в частности:

- продолжительность активной жизни;
- самооценку здоровья;
- «болезни бедных»;
- «болезни богатых».

Первые два показателя призваны отражать субъективную и объективную сторону такого свойства, как «физическое благосостояние». Причиной же разделения различных болезней на так называемые «болезни бедных» и «болезни богатых» послужило предположение, подкрепленное информацией из существующих медико-социологических исследований и в данной работе также подтвержденное эмпирически, согласно которому для разных групп стран и регионов характерны разные типы болезней. Эта дифференциация болезней связана с общим уровнем экономического развития и благосостояния населения, соответствующим образом жизни и уровнем развития медицины. Интуитивно понятно, что в бедных странах с менее развитой системой медицинского обслуживания при невысоких доходах населения жители страны будут в большей степени подвержены разнообразным заболеваниям. Однако взаимосвязь между доходами и здоровьем в целом оказывается не так уж однозначна. В частности, в 2007 г. испанский социолог М.Л. Рей заметил следующее: «Диабет описан как болезнь богатства: он практически отсутствует в бедных странах, число случаев заболеваний им высоко в развитом мире и оно драматически увеличивается в развивающихся странах...» (цит. по [Колесникова 2008, с. 89–91]). Кроме того, Е. Хреснова в своем докладе, представленном на 8-й конференции Европейской социологической ассоциации, указывает на увеличение числа болезней, препятствующих материнству, среди представительниц наиболее высоких и обеспеченных социальных слоев [Там же], из чего также следует, что далеко не все болезни имеют прямую связь с бедностью.

Теперь рассмотрим каждый из включенных в анализ блоков переменных более подробно.

Одним из наиболее распространенных в современной литературе показателей, позволяющих оценить качество жизни в различных странах, является ожидаемая продолжительность жизни. В данной работе мы решили воспользоваться более конкретным показателем, а именно *ожидаемой продолжительностью жизни с учетом инвалидности* (или, иначе, *продолжительностью активной жизни*, с англ. —

disability-adjusted life expectancy). Выбор был остановлен на этом индикаторе, так как он, с одной стороны, является в некотором смысле агрегированным показателем здоровья индивида, а с другой — дает представление о том сроке, на протяжении которого индивид может вести активный образ жизни, самореализовываться и приносить обществу максимальную полезность. Впрочем, более детальный анализ позволил установить, что использование других аналогичных показателей — ожидаемой продолжительности жизни на момент рождения, ожидаемой продолжительности жизни в возрасте одного года — не дает существенно значимых различий с точки зрения общего рейтинга стран.

Как уже было сказано, все заболевания могут быть условно разделены на «*болезни бедных*» (для стран, характеризующихся относительно невысоким уровнем развития медицины и низкими доходами населения) и «*болезни богатых*» (для экономически более развитых стран). Однако помимо этих двух основных типов существуют также болезни, распространение которых в значительной степени связано с географическим фактором (так, например, малярия при том, что этой болезни подвержены наиболее бедные слои населения [Worrall, Basu, Hanson 2005], согласно статистике ВОЗ, наиболее широко распространена в развитых странах Европы, что можно объяснить местными климатическими условиями).

Среди данных о заболеваемости и смертности по статистике ВОЗ нами отобраны болезни, которые наиболее явно характеризуют качество системы здравоохранения и уровень развития медицины в отдельно взятой стране, а также болезни, которые с большим трудом поддаются лечению. Более конкретно: были отобраны заболевания, входящие в первые пять классов Международной классификации болезней МКБ-10⁴, т.е., как правило, неспецифические для определенного организма⁵. Этот перечень выглядит следующим образом:

- инфекционные заболевания (и, в частности, туберкулез, гепатиты А и В, ВИЧ и СПИД, гонококковые инфекции);
- новообразования (все локализации рака);

⁴ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) на сайте ВОЗ: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

⁵ Под неспецифическими заболеваниями понимается группа болезней, различных по причинам и механизмам развития, но имеющих ряд общих клинических, функциональных и морфологических проявлений.

- болезни системы кровообращения (далее – БСК);
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания (диабет);
- психические расстройства.

В качестве конкретных показателей, характеризующих уровень заболеваемости по перечисленным выше болезням (за исключением диабета и болезней системы кровообращения), использовалась численность официально зарегистрированных больных на 100 тыс. населения за соответствующий год. Причины использования альтернативных оценок для обозначенных выше исключений будут изложены ниже.

Корреляционный анализ позволил выявить две группы болезней, для которых характерной является взаимная обусловленность. Так, корреляция между заболеваемостью туберкулезом и БСК составила статистически значимые 0,85; между БСК и гонококковыми – 0,80; между туберкулезом и гонококковыми – 0,68. Кроме того, на уровне 0,51–0,57 с БСК и туберкулезом значимо коррелирует гепатит В, тогда как корреляция между последним и гонококковыми инфекциями не превышает 0,20. На уровне от 0,29 до 0,46 заболеваемость ВИЧ коррелирует с БСК, туберкулезом и гонококковыми заболеваниями. Именно эти пять болезней составили в нашем случае «*болезни бедных*». Такое название вполне оправдано, если учесть, что корреляция соответствующей заболеваемости и подушевым ВВП в рассматриваемых странах составляет –0,16 для ВИЧ, –0,36 для гонококковых инфекций, –0,45 для гепатита В, –0,63 для туберкулеза и –0,78 для БСК. Это наибольшие в абсолютных значениях показатели отрицательной взаимосвязи с ВВП среди всех сравниваемых болезней.

Нетрудно заметить, что большинство из этих болезней относятся к классу инфекционных. Кроме того, они обладают еще одной особенностью – сильной зависимостью между заболеваемостью и смертностью. Это можно объяснить относительно низким развитием медицины в соответствующих странах, неспособной существенно отсрочить наступление смерти в случаях, когда болезнь не поддается излечению. Это обстоятельство было использовано нами для того, чтобы достроить недостающие ряды по заболеваемости БСК данными о смертности. Кроме того, еще одной особенностью этих болезней в отличие от тех, которые войдут во вторую группу («*болезни богатых*»), является их нехронический характер.

Таким образом, в группу индикаторов, составляющих общий показатель «*болезней бедных*», входят данные об уровне заболеваемости по пяти видам болезней: туберкулезу, гонококковым инфекциям, ВИЧ, гепатиту В, а также по смертности от болезней кровеносной системы. Заметим, что корреляция общего показателя с ВВП на душу населения составляет $-0,63$, что в целом оказывается выше попарных корреляций каждой из входящих в компоненту «заболеваемости» с ВВП на душу населения.

Информация для расчетов была взята преимущественно из базы данных ВОЗ за 2006 г. В отдельных случаях отсутствующая информация была заменена показателями, доступными на ближайшие годы (2004 и 2005 гг.), что стало возможно благодаря динамической стабильности используемых статистических рядов (статистически значимая корреляция, как правило, на уровне $0,90-0,95$).

В группу, условно названную нами «*болезни богатых*», попали такие болезни, как диабет и рак, которые с трудом поддаются лечению и требуют постоянного медицинского контроля. Эти болезни, как правило, носят индивидуальный характер, т.е. в отличие от инфекционных не передаются от человека к человеку через внешнюю среду, а связаны с неправильным режимом питания, образом жизни. По данным ВОЗ, основными факторами этих и других неинфекционных заболеваний являются нездоровое питание (в частности, избыточное потребление жиров), перерасход энергии, отсутствие физических нагрузок, курение⁶.

Существует ряд статистик, демонстрирующих бремя этих болезней, в частности это «заболеваемость» (количество человек за период, у которых было вновь диагностировано это заболевание), «распространенность» (доля населения, у которой хотя бы единожды было диагностировано заболевание) и «смертность» за год по причине конкретного заболевания. Если у «болезней бедных» тесно связаны заболеваемость и смертность (вследствие того, что недостаточно развитая медицина в некотором количестве случаев не способна предотвратить смерть от данной болезни), то у «болезней богатых», как правило, проявляется высокая корреляция заболеваемости и рас-

⁶ См., например, доклад ВОЗ «Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности» / Всемирный экономический форум, 2008 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace-report-Russian.pdf>).

пространенности. Это может быть объяснено тем, что болезни, связанные с неправильным образом жизни, носящие хронический характер, не могут быть излечены до конца, однако лечение в большинстве случаев позволяет предотвратить смертельный исход даже у тяжелобольных. Корреляция же заболеваемости со смертностью, напротив, колеблется вокруг нуля. В связи с этим для рака мы использовали статистику заболеваемости, а для диабета – статистику распространенности⁷.

В число «*болезней богатых*» мы также намеревались включить различные психические заболевания. Однако в связи с существующими расхождениями в оценке причинно-следственных связей, касающихся психических заболеваний, а также в связи с отсутствием необходимых статистических данных по некоторым из включенных в наш анализ стран, было принято решение не включать психические заболевания в список используемых индикаторов.

В конечном счете в группу показателей «*болезни богатых*» были включены данные о распространенности диабета и заболеваемости всеми видами рака среди женщин, доступные по базе данных GLOBOCAN⁸. Использование статистики только по одной гендерной группе обусловлено фрагментарностью доступной статистики ВОЗ по населению в целом. Здесь уместно сослаться на то обстоятельство, что статистика GLOBOCAN, взятая по одной гендерной группе, очень сильно коррелирует с данными ВОЗ (по крайней мере по тем странам, информация о которых содержится в обеих базах данных).

В целом ряде случаев мы также были вынуждены отказаться от включения в интегральный показатель других наиболее распространенных типов болезней. Однако это решение, как правило, было обосновано их родственностью по отношению к болезням, уже включенным в общий перечень. К числу таких «дублирующих» друг дру-

⁷ Помимо данных ВОЗ, существуют доступные за 2010 г. данные Международной федерации диабета, для которых динамическая стабильность по отношению к данным ВОЗ за предыдущие годы не характерна. По утверждению организации, статистика учета этого заболевания не совсем корректна, кроме того, системы статистики многих стран не приспособлены для его адекватного учета, в связи с чем данные носят, скорее, оценочный характер. Фактические цифры были получены с помощью экстраполяции. В конечном счете было принято решение использовать данные ВОЗ.

⁸ GLOBOCAN, 2008 (<http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/all.asp>).

га болезней, например, относятся СПИД и ВИЧ, различные виды гепатитов и т.п.

Наконец, наряду с такими объективными показателями, как показатели заболеваемости и ожидаемая продолжительность жизни, мы также использовали субъективную оценку физического благополучия – *самооценку здоровья* – основанную на данных обследования, проведенного в 2006–2009 гг. Gallup World Poll⁹. В качестве общего показателя для отдельно взятой страны использовалась доля респондентов, удовлетворенных состоянием своего здоровья (“% of respondents, who are satisfied with personal health”). Однако в ходе дальнейшего анализа было выявлено, что коэффициент корреляции между ожидаемой продолжительностью активной жизни и самооценкой здоровья населения для выбранных стран составляет 0,90. Это означает практически полное совпадение соответствующих «рейтингов стран» и подтверждает распространенное мнение ряда исследователей о высоком уровне объективности самооценки состояния здоровья (см., например, [Miilunpalo et al. 1997, Mossey, Shapiro 1982]). Приняв это во внимание, мы решили отказаться от первоначального замысла и не рассматривать самооценку собственного здоровья наряду с остальными показателями, вошедшими в интегральный индикатор, отражающий физический аспект человеческого развития.

Свертывание показателей в единый индекс производилось путем их предварительного нормирования (см. предыдущий раздел), перемножением на соответствующие веса (табл. 3) и сложением. Итоговая шкала также подлежала нормированию в соответствии со стандартно используемой формулой.

Анализ данных

Продолжительность активной жизни

В таблицах Приложения (см. табл. 1 в Приложении 1) для сравнения приведена самооценка здоровья, которая практически функ-

⁹ Статистические данные взяты с сайта «International Human Development Indicators» ПРООН: <http://hdr.undp.org/en/statistics/data/>. Подробнее о самом исследовании см., в частности, [Clifton, Gingrich 2007].

Таблица 3. Состав индекса для физического аспекта человеческого развития

Переменная	Группа	Вес в индексе
Продолжительность активной жизни	Продолжительность активной жизни	0,333
Сердечно-сосудистые заболевания	Болезни бедных	0,067
Туберкулез	Болезни бедных	0,067
Гонококковые инфекции	Болезни бедных	0,067
Гепатит В	Болезни бедных	0,067
ВИЧ	Болезни бедных	0,067
Рак	Болезни богатых	0,167
Диабет	Болезни богатых	0,167

ционально связана с продолжительностью жизни (коэффициент корреляции 0,9), о чем уже упоминалось выше.

Максимального значения показатель средней продолжительности активной жизни достигает в Швейцарии и Италии (более 74 лет). Среднее значение этого показателя по всем европейским странам составляет около 72 лет. Относительно менее благополучной выглядит ситуация в таких южноевропейских странах, как Португалия и Хорватия (71 и 68 лет соответственно). Отметим, что наибольшая дифференциация этого показателя отмечается именно в странах Южной Европы. Хуже всего дело обстоит в постсоветских странах, где люди в среднем имеют продолжительность активной жизни на 6–7 лет меньше, чем в Европе. Среди этих стран, однако, также можно отметить довольно значительную дифференциацию, свидетельствующую об относительных успехах отдельных стран в плане повышения качества жизни своего населения. Так, Словения и Чехия «дотягивают» до нижней границы значений, характерных для развитых западных стран (71,3 и 69,9 лет). Близкие показатели демонстрируют Польша и Словакия. Вместе с тем почти катастрофическая ситуация сложилась в Казахстане (56 лет), Украине, Белоруссии и России, где продолжительность активной жизни в среднем не превышает 60–62 лет, что более чем на 12 лет меньше, чем в Швейцарии.

Рейтинг по показателю «самооценка здоровья» опять же возглавляет Швейцария, где своим здоровьем удовлетворены практически 9 из 10 граждан. В среднем по странам Западной Европы около 85%

населения вполне удовлетворены состоянием собственного здоровья. Чуть в меньшей степени им удовлетворены в странах Северной и Южной Европы, однако нигде на Западе данный показатель не опускается ниже 80%. И, как следовало ожидать, менее благополучно обстоят дела в постсоциалистических странах, где в среднем около 34% населения не удовлетворены своим здоровьем. Замыкают список стран Украина, Белоруссия и Россия, где негативно оценивают собственное здоровье до 44–45% населения.

Болезни бедных

Анализ данного блока — «*болезней бедных*» — подтверждает выдвинутое выше предположение о возможности соответствующей классификации болезней по степени их распространенности в странах, условно говоря, с разным уровнем экономического развития (см. табл. 2 в Приложении 1). В среднем население постсоциалистических стран в большей степени подвержено инфекционным заболеваниям, чем жители европейских стран. Самые низкие уровни заболеваемости «*болезнями бедных*» отмечаются в Скандинавии. Среди западно- и южноевропейских стран наиболее благополучными являются Италия, Франция, Германия и Испания. К относительно менее благополучным можно отнести Великобританию, Австрию, Бельгию и Хорватию.

В постсоветских странах наиболее благополучная ситуация наблюдается в Словении, Польше, Словакии, Чехии и Венгрии. Однако хуже всего обстоят дела в Казахстане (максимальный уровень заболеваемости БСК, туберкулезом и гонококковыми инфекциями), России, Украине и Белоруссии.

Болезни богатых

Анализ распространенности рака среди женщин также подтверждает предположение о том, что данный недуг можно отнести к «*болезням богатых*» (см. табл. 1 в Приложении 1). Так, наибольшая заболеваемость раком наблюдается в Скандинавских странах (Дании и Норвегии) и в Западной Европе (Голландии, Бельгии, Великобритании и Франции). Наименьший уровень заболеваемости — в Турции, Греции и Казахстане. Относительно ниже распространенность соответствующих болезней в постсоциалистических странах, особен-

но в России, Украине, Румынии, Польше и Белоруссии. Таким образом, по данной группе болезней дела обстоят почти с точностью до наоборот, чем в случае с «*болезнями бедных*». Из постсоциалистических стран хуже всего ситуация выглядит в Чехии, где уровень заболевания раком сравним с Францией и Великобританией и превышает аналогичный показатель по России почти в 1,5 раза.

Что касается распространенности диабета, то в данном случае столь очевидной взаимосвязи выявлено не было. Так, меньше всего диабет распространен в таких странах, как Швейцария, Греция и Казахстан (менее 1% населения). Относительно благоприятно выглядит ситуация в Турции, а также ряде постсоциалистических стран (1–2% населения): Болгарии, Литве, Белоруссии и России. Уровень распространенности этого заболевания довольно сильно дифференцирован по Скандинавским странам: от 2% в Норвегии до 4,2% в Дании. Среди южноевропейских стран в список наименее благополучных попали Италия, Испания и Португалия (где распространенность составила 4,5%, 5% и 6,5% соответственно). За исключением Швейцарии заболеваемость диабетом также достаточно широко распространена в западноевропейских странах (в среднем 3,6%). Однако самый высокий показатель зарегистрирован в Чехии, где диабетом страдает более 7% населения.

Интегральный индекс физического развития

Интегральный индекс физического развития (ИИФР) представляет собой нормированное по 100-балльной шкале среднее арифметическое из трех выше перечисленных компонент. Между распределением значений этих компонент по перечню анализируемых нами стран наблюдаются следующие взаимосвязи: «*болезни богатых*» статистически значимо обратно связаны с другими переменными (по модулю более 0,52), тогда как уровень заболеваемости «*болезнями бедных*» почти функционально связан с показателем продолжительности активной жизни (–0,89). В целом же стоит отметить, что продолжительность активной жизни на 0,90 коррелирует с интегральным индексом физического развития. Итоговый «рейтинг» стран по данному аспекту представлен в табл. 3 в Приложении 1.

Анализ рейтинга стран по уровню физического развития их человеческого потенциала в целом позволяет заключить следующее: хуже

всего физическое здоровье людей развито в постсоциалистических странах — они меньше живут и чаще болеют инфекционными заболеваниями, что едва ли компенсируется слабой распространенностью таких типичных для развитых стран недугов, как раковые заболевания и диабет (см. табл. 3 в Приложении 1). В то же время внутри более развитой Европы ситуация также выглядит довольно неоднозначно: вершину «рейтинга» занимают три страны из совершенно разных частей Европы: Греция (юг), Швейцария (центр) и Швеция (север). Своего наименьшего значения уровень физического развития достигает в Турции и Хорватии и, как это ни странно, в одной из самых счастливых (согласно рейтингам Gallup) стран мира — Дании. Все постсоветские страны, за исключением более «европеизированных» Словении и Польши, занимают нижнюю часть «рейтинга», который замыкают Казахстан, Украина, Белоруссия и, как это ни прискорбно, Россия.

(Окончание первой части)

Литература

- Акутаев Р.М.* Латентная преступность: актуальность, проблемы и понятие // Государство и право. 1997. № 12.
- Арутюнов С.А., Рыжакова С.И.* Культурная антропология. М.: Весь мир, 2004.
- Бородкин Ф.М., Кудрявцев А.С.* Человеческое развитие и человеческие беды // Мир России. 2003. № 1. С. 138–182.
- Бушуев В.В., Голубев В.С.* Основы эргодинамики. М.: ИАЦ Энергия, 2002.
- Бушуев В.В., Голубев В.С., Зволинский В.П., Тарко А.М.* Индексы социогуманитарного развития: Россия и мир // Общественные науки и современность. 2008. № 2.
- Бушуев В.В., Голубев В.С., Тарко А.М.* Индикаторы социоприродного развития российских регионов. М.: ИАЦ Энергия, 2004.
- Васильев Л.С.* Факторы эволюции // Историческая психология и социология истории. 2008. № 1. С. 169–195.
- Вишневский А.Г.* (ред.) Демографическая модернизация России: 1900–2000. М.: Новое издательство, 2006.

Всемирная организация здравоохранения. Доклад «Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности» / Всемирный экономический форум, 2008 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace-report-Russian.pdf>).

Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень № 349. 2011 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/index.html>).

Гилинский Я. Девиантология. М.: Юридический центр Пресс, 2007.

Гундаров И.А. Закон духовной детерминации здоровья / *Шаталов А.Т.* (отв. ред.) Философия здоровья. М.: ИФ РАН, 2001.

Долговая А.И. (общ. ред.) Криминология: учебник для вузов. М.: НОРМА, 2001.

Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / пер. с фр. с сокр.; под ред. В.А. Базарова. М.: Мысль, 1994.

Заславская Т.И. Современное российское общество. Социальный механизм трансформации. М.: Дело, 2004.

Заславская Т.И. Человеческий потенциал в современном трансформационном процессе // Общественные науки и современность. 2005. № 3.

Захаров С.В. Рост рождаемости: начало пути и дальние горизонты / Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2008. М.: ПРООН, 2009.

Капелюшников Р. Эволюция человеческого капитала в России // Отечественные записки. 2007. № 3.

Кастельс М. Информационная эпоха: экономика, общество и культура / пер. с англ.; науч. ред. О.И. Шкаратан. М.: ГУ ВШЭ, 2000.

Колесникова И.С. Новации в социологии медицины и здоровья. Заметки участника VIII конференции ЕСА // Социологические исследования. 2008. № 4.

Колесникова И.С. Новации в социологии медицины и здоровья. Заметки участника VIII конференции ЕСА // Социологические исследования. 2008. № 4. С. 89–91.

Красильщиков В.А. Человеческое развитие и изменения в мировой системе. М.: ИЛА РАН, 2010.

Лунеев В.В. Юридическая статистика: учебник. М.: Юристъ, 1999.

Макаров В.Л. Экономика знаний: уроки для России // Вестник РАН. 2003. № 5.

Маслоу А. Теория человеческой мотивации. Мотивация и личность. СПб.: Евразия, 1999.

Меркурио А. Экзистенциальная антропология и персоналистическая метапсихология // Психотерапия. 2003. № 12.

Парсонс Т. Общетеоретические проблемы социологии // Социология сегодня: проблемы и перспективы / под ред. Р.К. Мертон, Л. Брум., Л.С. Коттрелл. М.: Прогресс, 1965.

Пастухов В.Б. Затерянный мир. Русское общество и государство в межкультурном пространстве // Общественные науки и современность. 2006. № 2.

Пивоваров Ю.С., Фурсов А.И. Русская система как попытка понимания русской истории // ПОЛИС. 2001. № 4.

Сакевич В.И. Помог ли Польше запрет аборт? // Демоскоп Weekly. 2010. № 433–434.

Синельников А.Б. Что более приемлемо для населения: стимулирование рождаемости или приток иммигрантов? // Демографические исследования. 2010. № 1.

Тапилина В.С. Качество жизни населения и потребление алкоголя в современной России // ЭКО. 2005. № 9.

Управление ООН по наркотикам и преступности. Всемирный доклад о наркотиках. 2010 (<http://www.un.org/ru/development/surveys/docs/drug2010.pdf>).

Управление ООН по наркотикам и преступности. Совершенствование знаний о преступности: к повышению качества данных // Форум по проблемам преступности и общества. 2006. № 1. Т. 5. (<http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Forum/Volume5-2006-R.pdf>).

Шкаратан О.И. Социально-экономическое неравенство и его воспроизводство в современной России. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2009.

Шкаратан О.И. Системы цивилизаций и модели социально-экономического развития России и других посткоммунистических стран Европы // Мир России. 2010. № 3. С. 23–45.

Atable B. The Diversity of Modern Capitalism. Oxford: Oxford; N.Y., 2003.

Arnason J.P. Civilizations in Dispute: Historical Questions and Theoretical Traditions. Leiden, Boston: Brill, 2003.

Bhugra D. The Global Prevalence of Schizophrenia // PLoS Med. 2005. No. 2 (5).

Clifton J., Gingrich N. Are Citizens of the World Satisfied with Their Health? // Health Affairs. 2007. No. 26 (5).

Council of the European Union. Draft 2008 joint progress report of the Council and the Commission on the implementation of the “Education & Training 2010” work programme “Delivering lifelong learning for knowledge, creativity and innovation”. 2008 (http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/natreport08/council_en.pdf).

Darke S., Torok M., Kaye S. Ross J. Attempted Suicide, Self-Harm, and Violent Victimization among Regular Illicit Drug Users // Suicide & Life-Threatening Behavior. 2010. Vol. 40. Issue 6. P. 587–596.

Eisenstadt S.N. Fundamentalism, Sectarianism, and Revolution. The Jacobin Dimension of Modernity. Cambridge: Cambridge University Press, 1999a.

Eisenstadt S.N. Paradoxes of Democracy, Fragility, Continuity, and Change. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1999b.

Hanck B., Rhodes M., Thatcher M. (eds.) Beyond Varieties of Capitalism. Conflict, Contradictions, and Complementarities in the European Economy. Oxford: Oxford University Press, 2007.

Harrison L.E., Huntington S.P. (eds.) Culture Matters: How Values Shape Human Progress. N.Y.: Basic Books, 2000.

Hopkins M. Human Development Revisited: A New UNDP Report // World Development. 1991. No. 19 (10).

Huntington S.P. The Clash of Civilizations and the Remaking of World Order. N.Y.: Simon & Schuster, 1996.

Khanna P. The Second World: How Emerging Powers are Redefining Global Competition in the 21st Century. N.Y.: Random House, 2009.

Kinner S., George J., Campbell G., Degenhardt L. Crime, Drugs and Distress: Patterns of Drug Use and Harm among Criminally Involved Injecting Drug Users in Australia // Australian & New Zealand Journal of Public Health. 2009. Vol. 33. Issue 3. P. 223–227.

Lane D., Myant M. (eds.) Varieties of Capitalism in Post-Communist Countries. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan, 2006.

Lund C., Breen A., Flisher A.J., Kakuma R., Corrigall J., Joska J.A., Swartz L., Patel V. Poverty and Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: A Systematic review // *Social Science & Medicine*. 2010. No. 71 (3).

Merton R.K. Social Structure and Anomie // *American Sociological Review*. 1939. No. 3 (Oct.). P. 672–682.

Miilunpalo S., Vuori I., Oja P., Pasanen M., Urponen H. Self-rated Health Status as a Health Measure: The Predictive Value of Self-reported Health Status on the Use of Physician Services and on Mortality in the Working-Age Population // *Journal of Clinical Epidemiology*. 1997. Vol. 50. Issue 5. P. 517–528.

Mossey J.M., Shapiro E. Self-rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly // *American Journal of Public Health*. 1982. Vol. 72. Issue 8. P. 800–808.

Noll H.H. Social Indicators and Quality of Life Research: Background, Achievements and Current Trends / *Genov N.* (ed.) *Advances in Sociological knowledge over half a century*. Paris: ISSC, 2002.

Nutt D., King L.A., Saulsbury W., Blakemore C. Development of a Rational Scale to Assess the Harm of Drugs of Potential Misuse // *The Lancet*. 2007. Vol. 369. P. 1047–1053.

Ponzetti J.J.Jr. *International Encyclopedia of Marriage and Family*. Vol. 1. Macmillan Reference USA, 2003.

Rehm J., Rehn N., Room R., Monteiro M., Gme, G., Jernigan D., Frick U. The Global Distribution of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking // *European Addiction Research*. 2003. Vol. 9 (4). P. 147–156.

Sen A. Development as Capability Expansion // Griffin K., Knight J. (eds.) *Human Development and the International Development Strategy for the 1990s*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 1990.

Sen A. Development: Which Way Now? // *Economic Journal*. 1983. No. 93 (372).

Simpson D. Austria: Small But Deadly // *Tobacco Control*. 2005. No. 14 (3–4).

Spengler O. *The Decline of the West*. An Abridged Edition. N.Y.: Oxford University Press, 1991.

Streeten P. Foreword to: Mahbub ul Haq. *Reflections on Human Development*. Oxford University Press, 1995.

The rules for drawing up criminal statistics, 1937 // Bulletin of the International Penal and Penitentiary Commission. 1947. 12 (3–4). P. 253–270.

Toynbee A.J. A Study of History (abridged by D.C. Somervell). N.Y.: Oxford University Press, 1987.

UNDP Human Development Report 1990. Oxford University Press, 1990.

van Amsterdam J., Opperhuizen A., Koeter M., van den Brink W. Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population // European Addiction Research. 2010. Vol. 16 (4). P. 202–207.

van de Kaa D.J. Europe's Second Demographic Transition // Population Bulletin. 1987. No. 42 (1).

Veenhoven R. Happy Life-Expectancy: A Comprehensive Measure of Quality-of-life in Nations // Social Indicators Research. 1996. Vol. 39.

Veenhoven R. Measuring Human Well-Being. New Hampshire: Houndmills, 2003.

WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 (http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf).

Worrall E., Basu S., Hanson K. Is Malaria a Disease of Poverty? A Review of the Literature // Tropical Medicine & International Health. 2005. No. 10 (10).

Zatoński W.A., Sulkowska U., Mańczuk M., Rehm J., Boffetta P., Lowenfels A.B., La Vecchia C. Liver Cirrhosis Mortality in Europe, with Special Attention to Central and Eastern Europe // European Addiction Research. 2010. Vol. 16. P. 193–201.

Приложение 1. Показатели физического развития

Таблица 1. Ожидаемая продолжительность активной жизни, заболеваемость «болезнями богатых» и самооценка здоровья и средние значения по группам стран

Страны	ОПАЖ ¹⁾ , лет	Самооценка здоровья ²⁾ , %	Страны	Заболеваемость раком на 100 тыс. населения ³⁾	Уровень распространения диабета, %
Switzerland	74,5	89	Turkey	112,8	1,91
Italy	74,3	85	Greece	136,2	0,15
Spain	73,8	84	Kazakhstan	166,5	0,91
Sweden	73,6	80	Ukraine	173	2,25
France	73,4	84	Russian Federation	178,9	1,88
Norway	73	82	Romania	179,6	1,97
Germany	72,8	82	Poland	185,5	2,9
Netherlands	72,8	85	Belarus	186,7	1,8
Greece	72,5	82	Spain	187	5,09
Austria	72,4	85	Portugal	190,8	6,48
Belgium	72,3	88	Latvia	193,4	2,3
Finland	72,1	84	Austria	200,6	4,71
United Kingdom	72	85	Estonia	203,5	2,91
Denmark	71,5	84	Bulgaria	206,6	1,72
Slovenia	71,3	78	Lithuania	207,8	1,74
Portugal	71	80	Slovakia	223,4	5,45
Czech Republic	69,9	77	Croatia	229,3	3,5
Croatia	68,1	77	Slovenia	232,9	3,52
Slovakia	67,2	72	Hungary	235,6	4,35
Poland	67,1	72	Switzerland	236	0,1
Bulgaria	66	67	Finland	239,8	3,37
Estonia	65,9	64	Sweden	241,2	2,9

Страны	ОПАЖ ¹⁾ , лет	Само-оценка здоровья ²⁾ , %	Страны	Заболеваемость раком на 100 тыс. населения ³⁾	Уровень распространения диабета, %
Hungary	65,8	69	Germany	245,7	3,2
Turkey	65,8	76	Italy	251,6	4,5
Romania	65,3	65	France	254,9	2,99
Latvia	63,8	63	Czech Republic	259,1	7,29
Lithuania	63	64	United Kingdom	260,5	3,74
Belarus	62,2	55	Norway	270,3	2
Russian Federation	60,1	56	Belgium	275,7	3,5
Ukraine	59,8	55	Netherlands	276,5	3,75
Kazakhstan	56,2	68	Denmark	325,3	4,18
Средние величины по группам стран					
СЕВЕРНАЯ ЕВРОПА (СКАНДИНАВИЯ)	72,6	82,5		269,2	3,1
ЗАПАДНАЯ ЕВРОПА	72,9	85,4		250,0	3,1
ЮЖНАЯ ЕВРОПА	71,9	81,6		199,0	3,9
ПОСТ-СОЦИАЛИСТИЧЕСКИЕ СТРАНЫ	65,2	65,9		205,1	3,1
По всем странам	68,7	75,4		218,3	3,1

□ – страны Северной Европы (Скандинавия), ■ – страны Западной Европы, ■ – страны Южной Европы, ■ – постсоциалистические страны, ■ – Казахстан и Турция (исламские страны).

Примечания.

1) ОПАЖ – средняя ожидаемая продолжительность активной жизни; 2) самооценка здоровья – доля населения, оценившая свое здоровье как удовлетворительное; 3) среди женщин.

Таблица 2. Заболеваемость «болезнями бедных» и средние значения по группам стран

Страны	СКС, болезни системы кровообращения	Заболеваемость туберкулезом	Заболеваемость гонококковыми инфекциями	Заболеваемость вирусным гепатитом Б	Заболеваемость ВИЧ инфекциями
Switzerland	24,45	6,16	12,04	1,27	10,09
France	26,24	7,82	1,11	–	9,16
Italy	28,21	7,03	0,43	1,39	2,64
Norway	29,71	5,92	5,06	3,2	5,92
Spain	30,45	17,73	0,78	1,8	3,48
Sweden	31,66	5,39	7,46	1,81	4,02
Netherlands	32,3	6,13	10,75	1,47	7,2
Austria	32,73	10,32	8,89	6,91	5,25
Denmark	35,24	6,27	7,62	0,33	4,51
Belgium	38,45	9,89	5,07	5,29	9,43
Germany	40,78	6,09	3,07	1,43	3,23
Portugal	40,97	30,4	0,52	0,4	15,73
United Kingdom	41,79	13,46	31,76	0,68	12,56
Slovenia	48,26	10,31	1,74	1,29	1,64
Finland	49,03	5,32	4,42	0,7	3,63
Greece	49,43	5,2	–	1,64	4,32
Czech Republic	69,22	9,17	10,58	2,94	0,8864
Turkey	–	28,28	2,26	12,63	0,3875
Croatia	74,4	23,18	0,38	3,33	1,28
Poland	87,77	21,02	1,04	1,33	1,96
Slovakia	96,81	12,46	1,91	2,28	0,4999
Hungary	116,15	16,75	9,1	0,82	0,8043
Romania	126,28	112,56	6,25	5,92	1,01
Estonia	127,27	31,41	20,84	3,35	49,72
Lithuania	152,95	69,68	12,88	4,74	2,95

Страны	СКС, болезни системы кровообращения	Заболеваемость туберкулезом	Заболеваемость гонококковыми инфекциями	Заболеваемость вирусным гепатитом Б	Заболеваемость ВИЧ инфекциями
Bulgaria	164,61	40,73	2,14	10,24	1,2
Latvia	188,05	56,38	32,61	7,3	13,07
Belarus	222,65	52,83	62,49	3,85	7,53
Ukraine	224,04	88,54	33,11	9,64	28,44
Russian Federation	250,62	87,51	62,48	0,18	27,52
Kazakhstan	264,85	155	68,51	9,32	11,4
Средние величины по группам стран					
СЕВЕРНАЯ ЕВРОПА (СКАНДИНАВИЯ)	36,4	5,7	6,1	1,5	4,5
ЗАПАДНАЯ ЕВРОПА	33,8	8,6	10,4	2,8	8,1
ЮЖНАЯ ЕВРОПА	44,7	16,7	0,5	1,7	5,5
ПОСТСОЦИАЛИСТИЧЕСКИЕ СТРАНЫ	144,2	46,9	19,8	4,1	10,6
По всем странам	91,5	30,9	14,2	3,6	8,1

□ – страны Северной Европы (Скандинавия), ■ – страны Западной Европы, ■ – страны Южной Европы, ■ – постсоциалистические страны, ■ – Казахстан и Турция (исламские страны).

Примечания.

1) СКС – стандартизированный коэффициент смертности, показатель смертности от болезней органов кровообращения учитывал возрастные когорты 0–64 лет; 2) все показатели приведены в расчете на 100 тыс. населения; 3) «—» – здесь и далее – нет данных.

Таблица 3. Интегральный индекс физического развития, коэффициенты корреляции между переменными и средние значения по группам стран

Страны	Болезни богатых	Болезни бедных	Продолжит. акт. жизни	ИФР
Greece	0,00	5,41	14,25	0,00
Switzerland	29,44	7,67	0,00	9,14
Sweden	55,78	4,45	6,01	24,39
Spain	58,94	3,59	4,90	25,01
France	60,68	2,52	5,29	25,57
Norway	56,53	7,36	8,30	27,50
Germany	59,79	2,64	12,94	29,16
Italy	73,06	0,00	2,55	29,29
Finland	59,52	2,60	14,97	30,06
Slovenia	58,79	2,54	23,66	34,20
Austria	59,65	17,47	11,31	35,99
Poland	39,10	8,76	43,07	37,31
Netherlands	73,88	6,90	12,42	38,50
United Kingdom	69,00	18,58	15,10	43,45
Belgium	71,43	15,34	18,10	44,60
Portugal	72,38	10,47	23,92	45,60
Croatia	57,53	11,29	38,95	46,13
Turkey	8,57	34,49	67,97	47,83
Denmark	92,30	2,18	22,61	51,00
Romania	29,11	40,38	60,65	57,83
Slovakia	73,02	9,81	50,13	59,31
Hungary	66,94	12,55	54,90	60,05
Bulgaria	34,98	39,60	60,13	60,22
Lithuania	35,51	36,85	70,65	64,57
Czech Republic	100,00	11,17	33,66	65,52
Estonia	44,58	52,46	57,71	70,72
Latvia	36,16	56,86	71,96	76,07

Страны	Болезни богатых	Болезни бедных	Продолжит. акт. жизни	ИФР
Belarus	29,73	61,34	85,82	82,30
Ukraine	29,61	79,88	91,31	94,81
Russian Federation	28,10	73,44	100,00	95,20
Kazakhstan	15,80	100,00	94,90	100,00
Средние величины по группам стран				
СЕВЕРНАЯ ЕВРОПА (СКАНДИНАВИЯ)	66,04	4,15	12,97	33,24
ЗАПАДНАЯ ЕВРОПА	60,55	10,16	10,74	32,34
ЮЖНАЯ ЕВРОПА	52,38	6,15	16,92	29,20
ПОСТСОЦИАЛИСТИЧЕСКИЕ СТРАНЫ	46,59	37,36	61,82	66,01
<i>По всем странам</i>	<i>51,0</i>	<i>23,8</i>	<i>38,0</i>	<i>48,8</i>
<i>Кoeffициенты корреляции</i>	Болезни богатых	Болезни бедных	Продолжит. акт. жизни	ИФР
Болезни богатых	1	-0,583	-0,521	-0,175
Болезни бедных		1	0,889	0,864
Продолжит. акт. жизни			1	0,905
ИФР				1

□ – страны Северной Европы (Скандинавия), ■ – страны Западной Европы, ■ – страны Южной Европы, ■ – постсоциалистические страны, ■ – Казахстан и Турция (исламские страны).

Yastrebov, G. Vectors of Human Development in Post-Socialist Countries of Europe and CIS: a Case of Quantitative Evaluation : Working paper WP17/2011/02 (Ch. 1) [Text] / G. Yastrebov, A. Krasilova, E. Cherepanova ; National Research University "Higher School of Economics". – Moscow: Publishing House of the Higher School of Economics, 2011. – 44 p. – 150 copies.

The article is a start to a series of publications aiming to disseminate the results of the ongoing project "Comparative Analysis of Human Potential Development in Post-Socialist Countries of Europe" by the Laboratory for Comparative Analysis of Post-Socialist Development (National Research University – Higher School of Economics). In this paper we define the major elements of the theoretical and methodological framework to the analysis of post-socialist transformation in terms of ensuring society's viability, i.e. a capacity to sustain human development. By that we particularly intend to understand an extent, to which the people's needs in safety, education, health, self-actualization, demographic and social reproduction are satisfied. We also consider the limitations of existing evaluations, which are based on the generally accepted methodological tool such as UN Human Development Index. The authors design a broader definition of viability based on the classical definition of "health" by the World Health Organization suggested as far back as in 1948. A considerable part of the article covers a review of empirical data collected from different sources (WHO, World Bank, UNDP etc.) related to the quality of human development in some countries of Europe and the CIS.

Key words: human development indicators, human potential, viability of a society, cross-country comparative analysis, sustainable development.

Препринт WP17/2011/02 (ч. 1)
Серия WP17
Научные доклады
Лаборатории сравнительного анализа развития
постсоциалистических обществ

Ястребов Гордей Александрович, Красилова Анна Николаевна,
Черепанова Екатерина Станиславовна

**Векторы человеческого развития
в постсоциалистических странах Европы и СНГ:
опыт количественной оценки**
(Часть 1)

Зав. редакцией оперативного выпуска *А.В. Заиченко*
Корректор *Е.Л. Качалова*
Технический редактор *Ю.Н. Петрина*

Отпечатано в типографии
Национального исследовательского университета
«Высшая школа экономики» с представленного оригинал-макета

Формат 60×84 ¹/₁₆. Тираж 150 экз. Уч.-изд. л. 2,65
Усл. печ. л. 2,56. Заказ № . Изд. № 1345

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики»
125319, Москва, Кочновский проезд, 3
Типография Национального исследовательского университета
«Высшая школа экономики»
Тел.: (499) 611-24-15