

Социальное и демографическое развитие России
Каирская программа действий: 15 лет спустя

Москва
2010



ЮНФПА: ВАЖЕН КАЖДЫЙ

ЮНФПА – Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения – это международная организация, занимающаяся вопросами развития, в задачи которой входит обеспечение равных прав мужчин, женщин и детей на здоровую жизнь и равные возможности для ее сохранения.

Мы оказываем содействие странам в использовании данных по народонаселению при разработке политики и программ, направленных на уменьшение бедности, обеспечение того, чтобы каждая беременность стала желанной, каждые роды – безопасными, на избавление молодежи от опасности ВИЧ/СПИД и на обеспечение достойного и уважительного отношения к каждой девушке и женщине.

Настоящий обзор подготовлен по инициативе представительства ЮНФПА в Российской Федерации.

Доклад по проблемам социального и демографического развития России подготовлен коллективом независимых экспертов и консультантов. Мнение авторов необязательно отражает точку зрения ЮНФПА, других учреждений системы ООН и организаций, сотрудниками которых они являются.

Публикация предназначена для персонала федерального и регионального уровней органов исполнительной власти, научных работников, студентов и широкого круга читателей

Авторы благодарят сотрудников представительства ЮНФПА в РФ за оказанную ими помощь и поддержку в подготовке данного документа.

Слова особой признательности авторы адресуют Представителю ЮНФПА в Российской Федерации Карлу Кулессе и Исполнительному представителю ЮНФПА Лидии Ивановне Бардаковой за общее руководство и поддержку при подготовке материалов публикации.

ISBN 978-5-7712-0421-5

Фотография на обложке:

«Узоры байкальского льда» © Джастин Джин

Руководители авторского коллектива:

- Малева Т. М.** к.э.н., директор Независимого института социальной политики
Синявская О. В. к.э.н., заместитель директора Независимого института социальной политики

Авторы:

- Зайончковская Ж. А.** к.г.н., Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН, заведующая лабораторией анализа и прогнозирования миграции РАН
Захаров С. В. к.э.н., заместитель директора Института демографии Государственного университета – Высшей школы экономики
Зубаревич Н. В. д.г.н., профессор географического факультета МГУ, директор региональной программы Независимого института социальной политики
Кваша Е. А. к.э.н., старший научный сотрудник Института демографии Государственного университета – Высшей школы экономики
Овчарова Л. Н. к.э.н., заместитель директора Независимого института социальной политики, директор научной программы
Пишняк А. И. к.с.н., ведущий научный сотрудник Независимого института социальной политики
Покровский В. В. академик, руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом
Сакевич В. И. к.э.н., старший научный сотрудник Института демографии Государственного университета – Высшей школы экономики
Сухова А. С. маг. соц., младший научный сотрудник Независимого института социальной политики
Тындик А. О. маг. эк., младший научный сотрудник Независимого института социальной политики
Уварова Е. В. д.м.н., профессор, руководитель отделения гинекологии детского и юношеского возраста ФГУ «НЦ АГиП им. академика В. И. Кулакова МЗ и СР РФ»
Фролова О. Г. д.м.н., профессор ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. Академика В. И. Кулакова МЗ и СР РФ»
Харькова Т. Л. к.э.н., старший научный сотрудник Института демографии Государственного университета – Высшей школы экономики

Рецензенты:

- Андреев Е. М.** к.мат.н., научный сотрудник Института демографических исследований Макса Планка (Росток, Германия)
Елизаров В. В. к.э.н., руководитель Центра по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ
Кротин П. Н. д.м.н., главный врач городского консультативно-диагностического центра «Ювента», Санкт-Петербург



Обращение к читателям

Уважаемые коллеги!

Растущая роль демографических и социальных факторов развития, ответственность правительств за социально-демографическую политику перед обществом – это глобальные тенденции последних десятилетий.

Наша страна не является исключением. Социальное и демографическое развитие - важнейший приоритет российского государства. Национальные проекты «Здоровье», «Образование», «Доступное и комфортное жилье», активная демографическая программа легли в основу социально-экономического развития страны.

Хотел бы отметить, что даже в условиях мирового финансового кризиса наше государство продолжает в полном объеме выполнять свои социальные обязательства перед гражданами.

Уверен, что настоящий доклад, посвященный пятнадцатилетию принятия Каирской Программы Действий и освещающий проблемы народонаселения в современной России, будет интересен и полезен всем, кого волнуют социальные и демографические проблемы страны, ее настоящее и будущее.

Помощник Президента
Российской Федерации

А.Дворкович



Вступительное слово

Уважаемые читатели!

В 1994 году 179 наций, включая Российскую Федерацию, приняли участие в Международной конференции по народонаселению и развитию в Каире. На конференции правительства стран приняли программу действий, в которой была изложена концепция динамики развития народонаселения и охраны репродуктивного здоровья и репродуктивных прав.

Прошло 15 лет, и до 2015 года – рубежа, к которому должны быть достигнуты ключевые показатели, установленные на Конференции в Каире, – осталось только 5 лет. Помимо прочего, эти показатели включают всеобщий доступ к услугам охраны репродуктивного здоровья, сокращение на 75 % материнской смертности и снижение уровня заболеваемости ВИЧ.

Настоящее исследование ситуации в России является неотъемлемой частью деятельности ЮНФПА по оценке результатов, которые страны добились в достижении установленных целей с момента проведения исторической конференции 1994 года. Подведение итогов представляется наиболее актуальным в свете того, что до 2015 года осталось всего лишь пять лет. Очевидно, что для каждой страны данные показатели имеют свою актуальность, и каждая страна принимает свои меры для их достижения.

Кроме того, у всех стран своя специфика демографической ситуации, которая в 1994 году не могла быть полностью учтена. В частности, ЮНФПА признает, что Россия переживает демографический спад, который в настоящее время характерен для всей Европы. Наиболее важным представляется тот факт, что данное исследование позволяет детально изучить тенденции и прогресс, достигнутый Россией в реализации ее масштабной демографической политики 2006 года.

Данный отчет рассматривает проблемы и достигнутые успехи, а также предлагает действия, которые необходимо предпринять в будущем. Особый интерес с точки зрения ЮНФПА представляет взаимосвязь между динамикой демографического развития и охраной репродуктивного здоровья, основанной на уважении прав человека, которые необходимо и далее изучать политикам. Любая демографическая политика будет более успешной, если она будет соответствовать ожиданиям и потребностям конкретных мужчин и женщин, а также их семей. Кроме того, настоящее исследование указывает на необходимость более комплексного подхода к решению демографического кризиса, с которым в настоящий момент столкнулась Россия.

Представитель ЮНФПА
в Российской Федерации
и страновой директор ЮНФПА
в Республике Беларусь

Карл Кулесса

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	8
ОБЩИЙ ОБЗОР	13
ГЛАВА 1. Социально-демографические и экономические характеристики современной России	20
1.1. Россия накануне Международной конференции по народонаселению и развитию	21
1.2. Демографическое и социальное измерение в экономической политике в России	22
ГЛАВА 2. Рост и структура населения	28
2.1. Население России в процессе устойчивой депопуляции	29
2.2. Сокращение населения России: риск ускорения	31
2.3. Деформированная возрастно-половая пирамида России и старение населения	33
ГЛАВА 3. Благополучие населения и качество жизни в России	36
3.1. Уровень благополучия населения: доходы, заработная плата, жилье	38
3.2. Рынок труда	43
3.3. Система образования и уровень образования населения	45
ГЛАВА 4. Равноправие и равенство мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин	50
4.1. Доступ мужчин и женщин к образованию и занятости	51
4.2. Равноправие мужчин и женщин в семье	54
4.3. Равенство мужчин и женщин в социальной политике	56
4.4. Участие женщин в управлении, общественной и политической жизни	59
4.5. Насилие на гендерной почве	61
ГЛАВА 5. Семья: ее функции, права, состав и структура	64
5.1. Состав и структура семей в России	66
5.2. Благополучие семей с детьми	68
5.3. Государственная поддержка семей с детьми	70
5.4. Социальное сиротство и политика профилактики семейного неблагополучия	73
ГЛАВА 6. Особенности российской модели рождаемости	76
6.1. Место России по уровню рождаемости в ряду развитых стран	77
6.2. Трансформация российской модели рождаемости	79
6.3. Быстрый рост рождаемости в 2007–2008 годах	81
6.4. Рождаемость и государственная демографическая политика в России в контексте Каирской программы действий	86

ГЛАВА 7. Здоровоохранение, заболеваемость и смертность	88
7.1. Ожидаемая продолжительность жизни в России в 1990–2000-е годы	90
7.2. Младенческая и материнская смертность	94
7.3. Проблема повышения качества и доступности услуг системы здравоохранения	99
ГЛАВА 8. Репродуктивное поведение, права и здоровье	104
8.1. Репродуктивное поведение и внутрисемейное регулирование рождаемости	105
8.2. Репродуктивное здоровье	109
8.3. Репродуктивные права: базовые принципы и государственная политика	111
ГЛАВА 9. Инфицированность вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)	114
9.1. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИД в России	116
9.2. Меры по борьбе с ВИЧ/СПИД в России	118
ГЛАВА 10. Подростки и молодежь	122
10.1. Общая характеристика здоровья и заболеваемости подростков и молодежи	123
10.2. Репродуктивные права и репродуктивное здоровье подростков	125
10.3. Политика в области полового воспитания и информирования подростков	129
ГЛАВА 11. Пространственное распределение населения, урбанизация и внутренняя миграция	132
11.1. Расселение	133
11.2. Урбанизация	135
11.3. Демографическая ситуация в российских регионах	138
11.4. Внутренние межрегиональные миграции	141
ГЛАВА 12. Внешние миграции	144
12.1. Трансформация миграционной ситуации	145
12.2. Регистрируемая миграция	146
12.3. Беженцы и вынужденные переселенцы	150
12.4. Нерегистрируемая миграция	151
12.5. Миграционная политика	153
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	
Итоги прошлого и взгляд в будущее: пути ускорения достижения целей Каирской программы действий	156
ПРИЛОЖЕНИЕ	164

ВВЕДЕНИЕ

В 2009 г. исполняется 15 лет со времени проведения в Каире крупнейшей Международной конференции по народонаселению и развитию (5–13 сентября 1994 года), которая была проведена по инициативе и под эгидой ООН и объединила 179 стран мира.

Пристальное внимание мирового сообщества к проблемам демографического развития было связано с необходимостью осмысления перемен, с которыми мир столкнулся во второй половине XX века. Демографическая эволюция в ряде развитых стран привела к нарушению воспроизводства населения и сокращению его численности. Быстрый рост продолжительности жизни в этих странах выдвинул на первый план проблему старения населения. Одновременно высокие показатели рождаемости в развивающихся странах третьего мира привели к бурному росту населения в Азии, Африке и Латинской Америке. Неравномерность экономического развития привели к поляризации уровня благосостояния людей в богатых и бедных странах мира. Процессы глобализации не сократили, а в ряде случаев даже усугубили этот разрыв. Ухудшение экологической ситуации создало новые угрозы для демографического и социального развития.

Эти проблемы составляли ключевые пункты повесток всемирных форумов под эгидой ООН. Международная конференция в Каире занимает в этом ряду особое место. Предшествующие ей форумы были посвящены или отдельным проблемам в области народонаселения – таким как необходимость развития статистики народонаселения (Рим, 1954 год), планирование семьи (Белград, 1965 год), – или их развитию в свете общего вектора экономических и социальных перемен (Бухарест, 1974 год и Мехико, 1984 год). И если на предыдущих конференциях главное внимание уделялось вопросам статистики народонаселения, то в Каире главным фокусом стал поворот к практическим действиям, направленным на реализацию принципа «благополучие каждого отдельного человека».

В Каире в 1994 году была принята новая программа действий (далее – *Каирская программа действий*), в которой были последовательно и комплексно изложены принципы, цели и меры политики в сфере народонаселения, которые изменили саму парадигму демографического и социального развития.

При осуществлении мандата Международной конференции по народонаселению и развитию, при рассмотрении ее общей темы – взаимосвязь между народонаселением, поступательным экономическим ростом и устойчивым развитием – и в ходе своих обсуждений участники руководствовались и будут продолжать руководствоваться следующим комплексом принципов¹:

Принцип 1

Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах. Каждый человек должен обладать всеми правами и всеми свободами, провозглашенными во Всеобщей декларации прав человека... Каждый человек имеет право на жизнь, на свободу и на личную неприкосновенность.

Принцип 2

Забота о людях занимает центральное место в усилиях по обеспечению устойчивого развития... Люди – это самый важный и самый ценный ресурс любого государства. Страны должны обеспечивать, чтобы каждый человек имел возможность реализовать большую часть своего потенциала. Каждый человек имеет право на достаточный жизненный уровень для него самого и его семьи...

Принцип 3

Право на развитие является всеобщим и неотъемлемым правом и составной частью основных прав человека, и человек является основным субъектом процесса развития... Право на развитие должно быть реализовано, чтобы обеспечить справедливое удовлетворение потребностей нынешнего и будущих поколений в областях народонаселения, развития и охраны окружающей среды.

Принцип 4

Содействие равноправию и равенству мужчин и женщин и наделение женщин более широкими правами, а также искоренение всех форм насилия в отношении женщин и обеспечение того, чтобы женщины были способны самостоятельно регулировать деторождение, являются краеугольными камнями программ в области народонаселения и развития. Права женщин и девочек являются неотъемлемой, составной и неделимой частью всеобщих прав человека.

¹ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г. Глава 2.

Принцип 5

Цели и политика в области народонаселения являются составной частью культурного, экономического и социального развития, основная задача которого заключается в повышении качества жизни всех людей.

Принцип 6

Устойчивое развитие как одно из средств обеспечения благосостояния людей при справедливом распределении благ между всеми людьми в настоящем и будущем требует полного признания наличия взаимных связей между народонаселением, ресурсами, окружающей средой и развитием, разумного использования этих взаимных связей и обеспечения их постоянной и гармоничной сбалансированности...

Принцип 7

В качестве одного из необходимых условий обеспечения устойчивого развития все государства и все народы должны сотрудничать в решении важной задачи искоренения бедности для сокращения разрыва в уровнях жизни и более эффективного удовлетворения потребностей большинства населения мира...

Принцип 8

...Государствам следует принимать все соответствующие меры для обеспечения на основе равноправия мужчин и женщин всеобщий доступ к медицинскому обслуживанию, в том числе к услугам по охране репродуктивного здоровья, которые включают услуги, связанные с планированием семьи и сексуальным здоровьем... Все супружеские пары и отдельные лица имеют основное право свободно и ответственно решать вопрос о числе своих детей и продолжительности периода между их рождением и на получение необходимых для этого информации, образования и средств.

Принцип 9

Семья является основной ячейкой общества, и как таковую ее следует укреплять. Она имеет право на всестороннюю защиту и поддержку. В условиях различных культурных, политических и социальных систем существуют различные типы семьи. Брак должен заключаться по свободному согласию вступающих в него супругов, и муж и жена должны быть равными партнерами.

Принцип 10

Каждый человек имеет право на образование, которое должно быть направлено на полное развитие людских ресурсов, достоинства и потенциала людей с уделением особого внимания женщинам и девочкам. Образование должно быть призвано повышать уважение к правам человека и основным свободам, включая связанные с народонаселением и развитием. Обеспечение соблюдения высших интересов ребенка должно быть руководящим принципом для

тех, на ком лежит ответственность за его образование и воспитание. Эта ответственность лежит прежде всего на родителях.

Принцип 11

Все государства и семьи должны в максимально возможной степени уделять первоочередное внимание детям. Ребенок имеет право на жизненный уровень, обеспечивающий его благосостояние, а также на наивысший достижимый уровень здоровья и право на образование. Ребенок имеет право на заботу, воспитание и поддержку со стороны родителей, семей и общества...

Принцип 12

Странам, принимающим зарегистрированных мигрантов, следует обеспечивать надлежащее обращение с ними и предоставлять им и их семьям адекватные услуги в области социального обеспечения, а также обеспечивать их физическую неприкосновенность и безопасность с учетом специфики условий и потребностей стран, в частности развивающихся стран, пытаясь достигать эти цели и соблюдать эти требования в отношении незарегистрированных мигрантов согласно положениям соответствующих конвенций и международных договоров и документов.

Принцип 13

Каждый человек имеет право искать убежище от преследований в других странах и пользоваться этим убежищем. Государства имеют обязанности в отношении беженцев...

Принцип 14

При рассмотрении потребностей в области народонаселения и развития, имеющих у коренного населения, государства должны признавать и поддерживать его самобытность, культуру и интересы и создавать ему условия для всестороннего участия в экономической, политической и социальной жизни страны, в особенности в тех случаях, когда речь идет о его здоровье, образовании и благосостоянии.

Принцип 15

Для поступательного экономического роста в контексте устойчивого развития и социального прогресса требуется, чтобы рост происходил на широкой основе и обеспечивал равные возможности всем людям...

Эти принципы до сих пор являются целевыми ориентирами в политике в области народонаселения и ее отдельных сферах – в демографической политике, в социальной защите, образовании, здравоохранении, регулировании миграции и пр.

Более того, цели, сформулированные в Каирской программе, легли в основу Целей развития Тысячелетия, которые через несколько лет в сентябре 2000 г. были сформулированы мировым сообществом накануне вступления в новую эпоху развития.

Цели развития Тысячелетия²:

- ликвидация нищеты и голода;
- обеспечение всеобщего начального образования;
- поощрение равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин;
- сокращение детской смертности;
- улучшение охраны материнства;
- борьба с ВИЧ/СПИД, малярией и другими заболеваниями;
- обеспечение устойчивого развития окружающей среды;
- формирование глобального партнерства в целях развития.

Прошедшие 15 лет с Каирской конференции – достаточный период, чтобы оценить достигнутый прогресс в реализации ее целей, обнаружить барьеры, возникшие на этом пути, и осознать новые вызовы, которые неизбежно возникают в ходе социальной эволюции человечества. Каждая отдельная страна – участница Каирского форума, разумеется, имеет свою только ей присущую демографическую и социальную специфику. Национальные особенности – экономические, социальные, культурные, этнические, климатические и пр. – позволяют вырваться вперед в осуществлении того или иного на-

правления действий, но иногда, наоборот, становятся препятствием на пути решения проблемы. Большинство стран и регионов мира накануне пятнадцатилетия Каирской конференции подводят промежуточные итоги, с тем чтобы оценить результаты и сформулировать приоритеты своих дальнейших действий.

Такая же задача стоит и перед Россией – участницей каирского процесса. Настоящий доклад посвящен итогам пятнадцатилетнего периода социально-демографического развития России.

² Цели развития Тысячелетия в контексте России: преобразуя экономический рост в устойчивое социальное развитие. – М.: Информ-Знание, 2005.

Общий обзор

Мировое сообщество подводит пятнадцатилетний итог реализации программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию, которая была проведена по инициативе и под эгидой ООН в Каире 5–13 сентября 1994 года и объединила 179 стран мира. За этот период Российская Федерация – участница Каирской конференции – пережила без преувеличения кардинальные трансформации: экономические, социальные, политические и пр., – которые коснулись всех сторон развития. Процессы в сфере народонаселения находились под влиянием этих масштабных перемен.

Доходы и качество жизни

В 1990-х годах российское население столкнулось с драматическим падением уровня доходов и качества жизни и появлением значительной зоны бедности. В середине 1990-х годов уровень бедности достигал 25 % от общей численности населения. Период экономического роста 2000-х годов позволил восстановить доходы и улучшить другие показатели материального благополучия. В отдельные годы темпы роста реальных доходов населения достигали 15 % в год. Уровень бедности в 2007 году снизился до 15 %. Однако до сих пор качество жизни большинства россиян далеко отстоит от уровня развитых экономик.

В России сохраняются традиционно бедные группы населения: семьи с детьми, одинокие пенсионеры, а также нетрадиционная категория – «работающие бедные». Уровень хронической бедности по-прежнему составляет 6–7 % от численности населения. Остро стоят проблемы нехватки жилья для многих российских семей и его низкого качества. Почти 2/3 жилого фонда России составляет старое жилье. Решение этих проблем будет требовать скорейшего преодоления негативных соци-

альных последствий экономического кризиса, а также формирования системы социальных институтов, направленных на социальную защиту малообеспеченных и оказание социальных услуг населению по уходу за детьми и пожилыми.

Образование и рынок труда

В отличие от многих стран – участниц Каирских соглашений, перед которыми стояла цель расширения доступности начального образования, в России вопрос об обязательном начальном и среднем образовании давно решен. В последние годы заметно расширился доступ к получению профессионального среднего и особенно высшего образования. Лица, имеющие высшее (полное и неполное), а также среднее профессиональное образование, составили 462 человека на 1000 в возрасте 15 лет и более. Число тех, кто имеет высшее и среднее профессиональное образование среди населения старше 15 лет, выросло с 1989 по 2002 год, то есть в период между переписями населения, в 1,4 раза. В настоящее время в системе образования на первый план выходит вопрос не о формальном расширении сегмента высшего образования, а о повышении его качества и доступности качественного высшего образования для различных социальных групп населения.

В период 1990–2000-х годов можно выделить два этапа развития российского рынка труда: умеренное сокращение численности занятости и резкое падение оплаты труда (1991–1998), а также умеренное восстановление занятости и ускоренный рост заработной платы (1999–2007). Тем не менее уровень занятости в прошедшее пятнадцатилетие оставался относительно высоким, а адаптация к флуктуациям рынка происходила в основном за счет снижения и колебаний

уровня заработной платы. Как и во всем мире, наибольшую социальную опасность составляет безработица. В России она появилась только в период рыночных отношений в начале 1990-х годов. В России безработица по сравнению с динамикой ВВП не приняла столь значительных масштабов. С середины до конца 1990-х годов ее уровень колебался около отметки 10 % от численности экономически активного населения, затем в 2000-х годах произошло снижение до 6–7 %. При этом регистрируемая безработица в России в 3–4 раза ниже общей и даже в самые неблагоприятные периоды не превышала 3 %. Разумеется, кризис 2008–2009 годов вносит существенные изменения в процессы занятости и безработицы. Регистрируемая безработица в конце 2009 года превысила порог в 2 млн человек.

Равенство прав и реальных возможностей мужчин и женщин

Один из главных принципов Каирской программы действий – равенство формальных прав и реальных возможностей мужчин и женщин. В российской системе образования это равенство достигнуто, а в молодых поколениях россиян женщины в целом даже образованнее мужчин. В течение последних 15 лет доля девушек среди студентов вузов колеблется на уровне 54–57 %. Однако на этапах послевузовского обучения (аспирантуры и докторантуры) мужчин пока больше, чем женщин.

Уровни женской занятости также являются весьма высокими. Уровень занятости женщин экономически активных возрастов даже в неблагоприятные годы, например в посткризисный 1999 год, не опускался ниже 52 % (в то время как уровень мужской занятости составлял 63 %), а в 2007 году вырос до 59 % (68 % у мужчин). Вопреки распространенному представлению и в отличие от многих других стран со сходным уровнем развития у российской безработицы не «женское лицо». Женщины, действительно, чаще мужчин регистрируются в качестве безработных в службах заня-

тости, но уровни общей безработицы всегда были немного выше у мужчин, чем у женщин. В 2008 году уровень общей безработицы среди мужчин составил 7,5 % экономически активного населения, а среди женщин – 6,4 %. Тем не менее, в отличие от мужчин женщины дольше остаются в рядах безработных. В конце концов, часть из них уходит с рынка труда, причем не всегда добровольно.

Вместе с тем, в сфере образования и рынка труда наблюдаются процессы, свидетельствующие об усилении гендерной сегрегации, которая вносит основной вклад в общий уровень гендерных различий в заработной плате, впоследствии в размерах пенсии, и усиливается конфликт между занятостью и материнством.

Семья и семейная политика

Призыв Каирской конференции – учитывать разнообразие типов семей и акцентировать внимание на необходимости развития семейной политики с целью поддержки семей с детьми. В целом долговременная тенденция изменения российской семьи состоит в снижении ее среднего размера за счет уменьшения числа детей и увеличения доли нуклеарных семей. При этом происходит разделение институтов брака и семьи и усиление разнообразия брачно-семейных форм.

Однако расширяющееся многообразие форм семейной жизни в российской семейной политике практически не находит отражение. Абсолютно большая часть инструментов социальной политики рассчитана на формально зарегистрированный брак и практически не распространяется на неформальные союзы, число которых растет, особенно среди молодежи.

Наиболее острой социальной проблемой в России остается широкое распространение бедности среди семей с детьми. Начиная с 2006 года, государственная поддержка семей с детьми стала приоритетом социальной политики. Между тем, сегодня материальная поддержка весома лишь для семей с малень-

кими детьми в возрасте до 1,5 лет. После повышения в 2008 году минимальный размер пособия по уходу за ребенком на первого ребенка достиг 40 % величины прожиточного минимума, а на второго – 77 %. Однако после того, как ребенок достигает возраста 1,5 лет, размер пособия крайне невелик и составляет всего 4–7 % от уровня прожиточного минимума.

Другая тревожная социальная проблема состоит в сохраняющейся тенденции роста социального сиротства и численности детей, оставшихся без попечения родителей. Весь пятнадцатилетний период число детей, оставшихся без попечения родителей, продолжало расти. Большинство детей, оставшихся без попечения родителей, – это сироты при живых родителях, то есть социальные сироты. Их доля в 2007 году превысила 80 % среди всех сирот. Распространенность основной причины социального сиротства – лишение родительских прав – за прошедшие годы увеличилась в 2,5 раза. В немалой степени это связано с тем, что современная российская политика направлена на ликвидацию последствий, но не на профилактику самого неблагополучия семей.

Репродуктивные права и репродуктивное поведение

Репродуктивные права, на которых делается акцент в Каирской программе действий, в России защищены законодательством и системой государственных гарантий. Вместе с тем многие задачи в этой сфере еще не решены. Традиционно репродуктивные права в России связываются, главным образом, с материнством. Отношение же государства к праву на безопасную и приносящую удовлетворение сексуальную жизнь, на планирование семьи и репродуктивный выбор было и остается противоречивым – содействие планированию семьи в середине 1990-х годов сменилось на сомнения и критику в 2000-х годах.

Репродуктивное поведение населения в современной России характеризуется усиле-

нием внутрисемейного контроля над рождаемостью. Он стал массовой практикой в России, подтверждением чему может служить низкий с середины 1960-х годов уровень рождаемости, не обеспечивающий простого возобновления поколений. Большинство пар регулируют как число детей, так и сроки их появления на свет. В России долгие годы в качестве метода регулирования рождаемости была широко распространена абортная практика. В 1990-е годы ситуация существенно изменилась. Свою роль сыграли возникновение рынка, в том числе рынка контрацептивов, открытость и гласность, повышение информированности населения, активность официального здравоохранения. На протяжении последних лет уровень абортных неуклонно снижается: с 82 (на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет) в 1994 году до 36 в 2008 году. В настоящее время идет активное замещение аборта планированием семьи. Доля пар, использующих контрацепцию, в России относительно высока – более 80 %, что близко к уровню стран Северной и Западной Европы – наиболее благополучных регионов с точки зрения репродуктивного здоровья. Наряду с благоприятной тенденцией уменьшения уровня абортов в стране происходит и снижение материнской смертности по причине аборта. Однако, несмотря на достигнутый прогресс, Россия по-прежнему остается в числе мировых лидеров по уровню абортов. Это свидетельствует о том, что переход к современным, более рациональным методам планирования семьи в России еще не завершен.

Рождаемость

В Каире тема рождаемости рассматривалась в контексте неравномерности численности населения развитых и развивающихся стран. В России эта тема имеет иное звучание. На протяжении многих лет страна демонстрировала крайне низкую рождаемость. В начале 1990-х годов в России величина коэффициента суммарной рождаемости составляла лишь 1,2–1,4 ребенка на одну женщину. До середины 2000-х годов госу-

дарство лишь фиксировало тенденцию депопуляции, не предпринимая реальных шагов по ее изменению. Начиная с 2006 года, проводится стимулирование рождаемости мерами материальной поддержки семей с детьми. В 2007 году коэффициент суммарной рождаемости увеличился на 8,5 %; в 2008 году – на 5,7 %; в 2009 году ожидается прирост на 4 %. Рост рождаемости, произошедший в 2007–2008 годах, очевидно, связан с новыми мерами демографической политики. Вместе с тем, увеличение рождений в 2007–2008 годах произошло на фоне восходящей тенденции, наметившейся с конца 1990-х годов, и потому не стоит его ассоциировать исключительно со стимулирующими мерами политики, введенными в действие в 2007 году. Демографические прогнозы показывают, что стабилизация итоговой рождаемости когорт на уровне 1,5–1,6 – наиболее оптимистичный сценарий, на который можно рассчитывать в случае продолжения развития текущих процессов.

Чтобы политика в сфере рождаемости дала весомые результаты в длительной перспективе, нельзя рассчитывать лишь на методы материального стимулирования. Главный вызов последних десятилетий и особенно в России, которая характеризуется высоким уровнем занятости женщин, состоит в усилении конфликта между возможностью работать и рождением детей. В дополнение к принятым мерам требуется либерализация трудового законодательства, увеличение отпусков по уходу и воспитанию детей, расширение сферы применения режимов неполной занятости, а также сферы применения надомного и дистанционного труда и т. п.

Здоровье и продолжительность жизни

Вопросы здоровья, роста продолжительности жизни и роли систем здравоохранения для России критически важны. На протяжении четырех десятилетий продолжительность жизни россиян сокращалась. К 1994 году после короткого периода роста в период антиалкогольной кампании было достигнуто наиболь-

шее снижение этого показателя: до 57,4 лет у мужчин и 71,2 года у женщин. В последние годы смертность немного снижается, а продолжительность жизни растет. В 2008 году последняя составила 61,8 лет у мужчин и 74,2 у женщин. С 2005 по 2008 годы у мужчин продолжительность жизни выросла на 2,9 года, а у женщин – на 1,8 года. Главные «потери и приобретения» в продолжительности жизни в России связаны со смертностью взрослого населения. Рост продолжительности жизни в 2005–2008 годах произошел в основном за счет снижения смертности в рабочем возрасте у мужчин и рабочего и пожилого возраста у женщин.

Смертность детей до 5 лет в России снижается уже довольно длительное время. С 1994 по 2000 годы коэффициент младенческой смертности в России снизился с 18,6‰ до 15,2‰ и к 2008 году достиг 8,5‰. Также по сравнению с 1994 годом (52,3) уровень материнской смертности снизился в 2,2 раза, но, начиная с 2004 года, он почти не меняется. Более 4/5 причин – аборты и послеродовые осложнения.

Однако по-прежнему по продолжительности жизни Россия значительно отстает от развитых стран Европы, а также восточноевропейских стран и стран Балтии. По уровню смертности Россию приходится отнести к странам с наивысшими уровнями смертности, и это ее главная демографическая особенность. Различия в ожидаемой продолжительности здоровой жизни между Россией и развитыми странами еще более весомые, чем различия в ожидаемой общей продолжительности жизни.

Серьезной социальной проблемой остается проблема доступности и качества медицинской помощи. Главной проблемой в обеспечении качества медицинской помощи является слабый уровень материально-технической базы здравоохранения. Износ основных фондов составляет в среднем 59 %, в том числе медицинского оборудования – 64 %. С 2006 года в России реализуется приоритетный национальный проект «Здоровье», главной целью которого яв-

ляется повышение уровня материально-технического и кадрового обеспечения отрасли и создание на этой основе условий для улучшения показателей здоровья населения. Между тем, эти цели могут быть осуществлены на практике лишь в случае реализации долгосрочной стратегии реформирования системы здравоохранения, а также изменения отношения россиян к своему здоровью.

Противодействие распространению ВИЧ

Среди проблем здоровья и здравоохранения в приоритетах Каирской конференции особое место занимает проблема распространения и противодействия ВИЧ. Долгое время масштабы распространения ВИЧ в России были незначительными, но в последние годы эта угроза существенно возросла. Еще в 1994 году общее число россиян, живущих с ВИЧ, зарегистрированных за все годы наблюдения, то есть с 1987 года, не достигало и 500 человек. Начиная с 1996 года, началось быстрое распространение ВИЧ в России. Пик выявления новых случаев ВИЧ-инфекции в России был отмечен в 2001 году. Общее число зарегистрированных инфицированных ВИЧ среди россиян в конце 2008 года составило 471 тыс. человек. В общей структуре ВИЧ-инфицированных в России по-прежнему преобладают мужчины (67 %). С 2002 года отмечается увеличение доли молодых женщин, что свидетельствует о вовлечении в эпидемический процесс основного гетеросексуального населения страны. Число ВИЧ-позитивных граждан России, зарегистрированных за пятнадцатилетний период, выросло приблизительно в 1000 раз, и это следует считать существенным негативным изменением.

За прошедшие 15 лет была создана система оказания медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ, что позволило открыть к ней доступ большинству ВИЧ-инфицированных. Была организована система обследования беременных женщин и разработаны меры по снижению риска передачи ВИЧ от матери ребенку, благодаря чему уровень перинаталь-

ной передачи ВИЧ резко снизился. Одновременно с этим практически не решена проблема предупреждения передачи ВИЧ половым путем и при внутривенном употреблении наркотиков, следствием чего является непрекращающийся рост заболеваемости и пораженности ВИЧ населения России. Без дополнительных усилий по противодействию ВИЧ его быстрое распространение уже в ближайшие годы может стать серьезной социальной проблемой.

Здоровье подростков и молодежи

Необходимость защиты здоровья подростков и молодежи в целом и в частности их репродуктивного здоровья за 15 лет не потеряла своей актуальности в России. Наблюдается неуклонный рост хронической патологии по всем классам болезней у подростков, ежегодно увеличивается число инвалидов. В период с 1992 по 2007 годы заболеваемость детей подросткового возраста увеличилась на 78 %.

Более ранняя сексуальная активность подростков и молодежи сопровождается усилением целого ряда социальных рисков, включая нежелательные беременности и рождения, аборт, заболевания (инфекции), передаваемые половым путем (ИППП) и пр. Значительный рост сексуальной активности молодых людей не сопровождается ростом знаний о методах предупреждения беременности и ИППП. В результате, несмотря на существенное общее снижение за последние пятнадцать лет, уровень абортов в молодых возрастах остается высоким. С 1994 года число абортов снижается и особенно заметно – именно в молодых возрастах. Число зарегистрированных абортов на 1000 женщин 15–19 лет в период с 1996 по 2006 годы снизилось в 1,8–1,9 раз.

У населения, в том числе подростков и молодежи, отсутствует доступ к квалифицированной информации о том, что такое планирование семьи, сексуальность, инфекции, передаваемые половым путем, современная контрацепция, безопасный секс.

В отдельных регионах России имеются положительные примеры функционирования специализированных медико-социальных центров, работающих в соответствии с принципами оказания услуг, дружественных молодежи. Тем не менее, ситуация в этой сфере в целом остается неудовлетворительной.

Урбанизация и внутренняя миграция

Россия относится к урбанизированным странам, доля городского населения составляет 73 % населения, и за последние 20 лет она почти не менялась. Ускоренная урбанизация в годы советской индустриализации создала проблему монопрофильных городских поселений: помимо поселков городского типа, в которых живет 7,5 % городского населения, монопрофильны многие небольшие города, созданные при промышленных или транспортных предприятиях. Еще одна особенность российской урбанизации – немногочисленность крупнейших городов с населением свыше миллиона человек. Хотя доля городского населения почти не меняется, его структура трансформируется. Продолжается концентрация населения в наиболее крупных городах. За 2004–2008 годы доля населения, живущего в городах с численностью свыше полумиллиона человек, выросла с 28 до 29 %. Качество жизни и доступность более высокооплачиваемых рабочих мест в России слишком сильно зависят от места проживания человека.

Во внутренних миграциях за переходный период произошли масштабные изменения. Во-первых, длительный тренд миграций на Север и Восток сменился в начале 1990-х годов новым трендом – перемещениями населения на Запад и Юг, в обжитые регионы Европейской части страны. Основными центрами притяжения мигрантов были и остаются крупнейшие агломерации страны и некоторые регионы с наиболее высокими доходами населения. На Московскую столичную агломерацию в 2006–2008 годах приходилось почти 60 % всей чистой миграции в России, на агломерацию Санкт-Петербурга – 18 %.

Миграция и миграционная политика

Главные процессы, связанные с перемещением населения, в России связаны не с внутренними, а с внешними миграциями. За прошедшие 15 лет в миграционных процессах последнего времени можно выделить 2 периода: (1) 1990-е годы XX века – период преимущественно вынужденных миграций, когда главным потоком была репатриация русских и других народов России из республик бывшего СССР; (2) первое десятилетие XXI века, когда ведущую роль стала играть экономическая мотивация, а самым массовым потоком стала трудовая миграция.

Иммиграция оказала существенное оздоровляющее влияние на демографическую ситуацию в России. Приток населения существенно смягчил демографический кризис в России. В 1992–2008 годах миграция пополнила население страны на 6 млн человек, что компенсировало 46 % его естественной убыли за это время. Приток мигрантов улучшает структуру населения, сглаживает половые диспропорции и частично компенсирует дефицит предложения рабочей силы в самых востребованных возрастных группах. В 2008 году среди иммигрантов было 52 % мужчин, тогда как в населении страны – 46 %. Подавляющая часть прибывших были в трудоспособном возрасте – 79 % (против 63 % в населении страны).

Потребность России в иностранных рабочих с конца 1990-х годов непрерывно возрастала. Число официально работающих мигрантов в 2008 году достигло 2426 тыс. человек, что на порядок превосходит уровень 2000 года и в 8 раз превосходит число иммигрантов, прибывших в 2008 году на постоянное жительство.

Но фактическая иммиграция в Россию многократно превышает регистрируемую. По экспертным оценкам общее количество одновременно присутствующих в России мигрантов – граждан иностранных государств – составляет более 8 млн человек, из которых зарегистрирован примерно каждый третий

мигрант (включая временных трудовых мигрантов). Учитывая теневую составляющую трудовой миграции, средняя доля иностранной рабочей силы в численности занятых в России в настоящее время может составить около 10 %. Этот показатель примерно соответствует доле иностранных работников в таких странах Европы, как Германия и Австрия. В основном незаконные мигранты заняты на таких рабочих местах, на которые не претендует местное население.

Период, прошедший после Каирской конференции, можно назвать периодом активного формирования миграционной политики России, которая трансформировалась по мере изменения миграционной ситуации. С 2006 года проводится активная миграционная политика, главные изменения которой заключались в сильном упрощении правил и процедур регистрации иностранных граждан по месту

пребывания, а также порядка их трудоустройства, то есть касаются тех проблем, которые как раз являлись камнем преткновения для легализации иммигрантов. Однако начиная с 2009 года, порядок трудоустройства мигрантов вновь сильно усложнился.

Двигаясь в русле задач Каирской конференции, Россия достигла значительного прогресса. Вместе с тем неравномерность социально-экономического и демографического развития страны и непоследовательность ряда действий создали барьеры на пути достижения некоторых целей. Тем не менее, главным достижением 15-летнего периода в России стало признание важности социальных и демографических факторов развития. Сегодняшний и будущий вектор развития России уже неразрывно связан с осознанием этих ценностей и приоритетов.

ГЛАВА 1



Социально-демографические и экономические
характеристики современной России

Устойчивое развитие подразумевает, в частности, долгосрочную устойчивость в областях производства и потребления, связанных со всеми видами экономической деятельности... Однако в рамках макроэкономической и секторальной политики редко уделяется внимание демографическим соображениям. Безусловное включение вопросов народонаселения в экономические стратегии и стратегии развития не только ускорит темпы устойчивого развития и смягчения проблемы бедности, но также будет содействовать и достижению целей в области народонаселения и повышению качества жизни населения... [Глава 3, раздел А-3.3]

Цели заключаются в том, чтобы включить полностью демографические факторы:

а) в стратегии, планирование и принятие решений в области развития и распределение ресурсов на всех уровнях и во всех регионах в целях удовлетворения потребностей и повышения качества жизни нынешнего и будущих поколений;

б) во все аспекты планирования развития, с тем чтобы содействовать достижению социальной справедливости и искоренению нищеты на основе устойчивого экономического роста в контексте устойчивого развития. [Глава 3, раздел А-3.4]³

1.1. Россия накануне Международной конференции по народонаселению и развитию

К концу XX века Россия входила в шестерку самых населенных держав мира (после Китая, Индии, США, Индонезии и Бразилии), однако уже в этот период она переживала острый демографический кризис, вступив в длительный период депопуляции – естественной убыли и сокращения численности населения.

Причина тому – неравномерное развитие различных сфер жизни и дисбаланс в системе социальных, политических, культурных и прочих факторов развития. Эти причины – важная особенность всех прежних попыток модернизировать Россию⁴. В результате страна с рыночной экономикой, находящейся в процессе постиндустриального

³ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г.

⁴ Мау В. А. Логика российской модернизации: исторические тренды и современные вызовы. Газета.Ru: Комментарии. 05.07.2005: http://www.gazeta.ru/comments/2005/07/04_a_309315.shtml

перехода, живет с незавершенной демографической модернизацией⁵ и имеет модель социальной политики, сложившуюся в условиях индустриального социалистического общества⁶.

Западный мир еще в XX веке осуществил так называемый демографический переход, который коротко можно сформулировать как переход из демографического равновесия высокой смертности и высокой рождаемости к новому типу равновесия низкой смертности и низкой рождаемости. Этот процесс и составляет содержание глобальной демографической модернизации⁷.

Россия вместе со своими соседями в Восточной и Центральной Европе, пережившими «строительство социализма», демонстрирует особый случай в мировой демографической истории. Как и страны Западной Европы, она перешла к показателям низкой рождаемости, но не смогла добиться устойчивого снижения смертности. Если в 1950-х – начале 1960-х годов она демонстрировала уверенный рост продолжительности жизни, практически сравнявшись по этому показателю с западноевропейскими странами, то затем возобладал длительный негативный тренд, в который она постепенно вовлекла и ряд других стран восточнее Берлинской стены. В ре-

зультате Россия проиграла не только другим странам, в том числе и многим странам третьего мира, но и самой себе. По показателю ожидаемой продолжительности жизни мужчин Россия оказалась отброшенной к уровню второй половины 1950-х годов. Временное улучшение, достигнутое в 1980-х годах в период антиалкогольной кампании, лишь подчеркнуло трагичность ситуации. Рост смертности от насильственных причин смерти и от болезней системы кровообращения в молодом возрасте не имеет аналогов в мировой истории. Обнадеживающие тенденции вновь обнаружили себя в России лишь в последние три года. Поэтому еще трудно сказать, имеем ли мы дело с выходом из беспрецедентного кризиса смертности, подобно тому, как это, по-видимому, удалось соседним странам, вошедшим недавно в Европейский Союз.

Сокращение рождаемости в России на фоне высокой смертности привело к глубоким демографическим диспропорциям и нарушению процессов воспроизводства поколений. Негативные демографические тенденции, быстрое сокращение общей численности населения и принципиальное изменение демографического баланса между поколениями имеют глубокие корни, связанные с устаревшей системой экономических, политических и социальных институтов.

1.2. Демографическое и социальное измерение в экономической политике в России

Отношение государства к демографическим и социальным вопросам в обеспечении долгосрочной устойчивости развития менялось на протяжении новейшей истории России. Оценивая период с принятия Каирских со-

глашений (1994–2009) в России, можно выделить несколько этапов, в течение которых место и роль социально-демографических факторов в системе приоритетов страны существенно различались.

⁵ Вишневецкий А. Г. Незавершенная модернизация в России // SPERO. 2009. № 10 (весна-лето). С. 55–82.

⁶ Малеева Т. М., Овчарова Л. Н. Социальный контекст модернизации // Модернизация России: условия, предпосылки, шансы: Сб. статей и материалов / Под ред. В. Л. Иноземцева. – М., 2009. С. 5–97.

⁷ Демографическая модернизация России, 1900–2000 / Под ред. А. Вишневецкого. – М.: Новое издательство, 2006.

Первый этап

Этот этап приходится на первую половину 1990-х, то есть накануне принятия Каирской программы действий; по времени он совпал с острым демографическим кризисом. Впервые в 1992 году была зарегистрирована естественная убыль населения. Причиной тому, помимо быстрого снижения рождаемости, послужило и резкое повышение смертности⁸. В 1994 году средняя ожидаемая продолжительность жизни достигла недостойного для развитых стран уровня и составила у мужчин 57,4; у женщин – 71,1 лет. Несмотря на столь драматические процессы, российское государство не предприняло специальных мер по их преодолению. Примечателен, в частности, тот факт, что в отличие от предыдущих и последующих периодов, когда были разработаны концепции и программы демографического развития страны, в период с начала 1990-х вплоть до 2000 года таких документов разработано не было.

В 1992 году Указом Президента РФ был образован Национальный совет по подготовке и проведению Международного года семьи в Российской Федерации, в рамках которого был подготовлен Доклад «О положении семьи в Российской Федерации»⁹, в котором содержался как анализ долговременных тенденций демографического развития, так и концепция государственной семейной политики, которая была представлена Правительству России. Тем не менее эта концепция не получила развития, и такое важное направление политики, как поддержка семей с детьми, напротив, неуклонно сокращалась.

Тот факт, что в начале 1990-х годов демографическим факторам в социально-экономических преобразованиях не уделялось внимания, объясняется глубоким и затяжным экономическим кризисом, который переживала российская экономика и российское общество в связи с крупномасштабными экономиче-

скими и институциональными реформами. В ходе этого кризиса почти вдвое сократился ВВП страны, и государственный бюджет испытывал значительный и хронический дефицит, который, в первую очередь, проявился в сокращении социальных расходов. Социальная политика выстраивалась как реакция на глубокие экономические преобразования и на значительное падение уровня жизни подавляющего числа россиян (стремительный рост социальной и доходной дифференциации, развитие открытой и скрытой безработицы, появление неформального экономического сектора и пр.).

Политические действия в этот период осуществлялись в трех направлениях:

- 1) адаптация прежней социальной системы к новым финансовым и экономическим условиям;
- 2) формирование институтов в связи с появлением принципиально новых социально-экономических рисков в рыночной экономике – например: появление феномена масштабной безработицы, интенсивное прибытие иммигрантов, в основном, из стран СНГ и пр., что потребовало немедленного принятия соответствующих законов (Закон «О занятости населения в РФ»; законы «О беженцах» и «О вынужденных переселенцах»; Закон «О порядке выезда из РФ и въезда в РФ»; Закон «О праве граждан РФ на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах РФ») и формирования специальных государственных органов (внебюджетный Государственный фонд занятости населения РФ; Федеральная служба занятости; Федеральная миграционная служба);
- 3) компенсация социальных потерь населения от экономических преобразований. Главные усилия были направлены на ком-

⁸ Вишневецкий А. Г., Школьников В. М. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. – М.: Московский Центр Карнеги, 1997.

⁹ О положении семьи в Российской Федерации. – М.: Юридическая литература, 1994. С. 143.

пенсацию ухудшения благосостояния традиционным для индустриального общества социальным группам: пенсионерам, инвалидам и безработным. В то же время объемы и формы поддержки семей с детьми неуклонно сокращались.

Таким образом, в отличие от большинства стран, находившихся в состоянии социально-экономической и демографической эволюции, к моменту принятия «Каирской программы действий по народонаселению» в России сложился целый комплекс проблем, которые были связаны как с долговременным действием демографических факторов, так и с новыми вызовами кардинальной институционально-экономической трансформации.

Второй этап

Второй этап относится к периоду 1995–2005 годов, когда был реализован целый ряд преобразований в социальной сфере, в том числе под влиянием и с учетом демографических особенностей России. Этот этап по времени совпал с началом «каирского» этапа в мировом демографическом процессе. Как и другие участники Каирского соглашения, российское государство изменило свое отношение к факторам демографического развития в контексте социально-экономического развития страны.

- Социальные процессы вообще и демографическая ситуация в частности впервые стали рассматриваться как фактор экономического развития. Ухудшение демографической ситуации, кризис традиционных институтов социальной политики, неблагоприятные тенденции в сфере доходов населения и прочие негативные факторы стали тормозом для дальнейшего развития страны.
- В это же время государство осознало неотвратимость старения российско-

го населения и оценило негативные последствия этого процесса для социально-экономического развития. В 1995 году был принят Федеральный закон о прогнозах и программах социально-экономического развития России¹⁰, в котором указывалось, что эти документы и решения должны разрабатываться исходя из «комплексного анализа демографической ситуации» и основываться на «системе демографических прогнозов». Проблемы народонаселения стали восприниматься как важный фактор социально-экономических преобразований.

Со второй половины 1990-х годов демографические процессы получили официальное признание в качестве важного фактора социального и экономического развития. Следствием этого стал учет факторов народонаселения – как текущих, так и прогнозируемых – в разработке программ среднесрочного социально-экономического развития. В начале 2000-х годов получили старт ряд реформ, которые ставили своей целью социальную и демографическую модернизацию страны.

Главным событием в демографической и социальной сфере стала Всероссийская перепись населения, которая была проведена в 2002 году. Хотя перепись была проведена с трехлетним опозданием, все же ее значение для формирования и реализации демографической политики нельзя недооценивать.

В 2001 году была принята «Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года»¹¹, в которой в качестве главной цели социально-демографического развития была названа стабилизация численности населения и формирование предпосылок к повышению рождаемости и к последующему демографическому росту. В качестве приоритетов были определены: формирование системы общественных и личностных

¹⁰ О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации. Федеральный закон от 20.07.1995 г. № 115-ФЗ [с изм. от 09.07.1999 г.]. Собрание законодательства РФ, 24.07.1995, № 30, ст. 2871.

¹¹ О Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года. Распоряжение Правительства РФ от 24.09.2001 г. № 1270-р. Собрание законодательства РФ, 01.10.2001, № 40, ст. 3873.

ценностей, ориентированных на семью с двумя детьми и более; повышение материального благосостояния, уровня и качества жизни семьи; создание социально-экономических условий, благоприятных для рождения, содержания и воспитания нескольких детей; обеспечение работникам, имеющим детей, условий, благоприятствующих сочетанию трудовой деятельности и выполнению семейных обязанностей и др. Однако в дальнейшем действий, способствующих реализации декларируемых в Концепции целей, предпринято не было.

Одновременно с этим в этот период в социальной сфере были осуществлены серьезные новации, которые непосредственно влияли на социально-демографическое развитие. Наиболее важными событиями этого периода можно считать принятие нового трудового законодательства и пенсионную реформу. Обе рассмотренные реформы содержали попытки ответить на новейшие социальные вызовы постиндустриального развития и старения. Однако необходимость справляться с этими вызовами острее ощущалась во второй половине 1990-х годов. Кризис 1998 года и начавшийся за ним экономический рост, во многом связанный с благоприятной динамикой цен на энергоносители, ослабили давление внешних факторов долгосрочного развития. В результате необходимость идти на большие политические жертвы ради повышения эффективности социальной сферы отпала.

В итоге, несмотря на активизацию, политика в области народонаселения, поддержки семей с детьми, женщин и молодежи в этот период была непоследовательной и противоречивой.

- Ухудшилась информационное обеспечение этой политики. Несмотря на признание важности демографических прогнозов для разработки социально-экономической стратегии и политики, качество демографической

статистики в рассматриваемое десятилетие снизилось. Это произошло вследствие принятия в 1997 году нового Закона «Об актах гражданского состояния»¹², в соответствии с которым был существенно сокращен набор собираемых статистических показателей.

- Несмотря на то, что на уровне официальных документов декларировалась переориентация социальной политики на семью, усиление гендерного равенства в уходе за детьми и поддержку молодежи, фактически основные финансовые потоки по-прежнему направлялись в пользу пожилого населения, тогда как финансовая поддержка семей с детьми продолжала сокращаться¹³.
- Именно на этом этапе, когда семья впервые попала в центр социальной политики новой России, стало очевидно противоречие между образом семьи в представлении политиков и реальным портретом российских семей. Государственная поддержка как и прежде была адресована семьям, состоящим из супружеской пары с детьми, в том числе многодетным семьям, а также неполным семьям. Однако исследования показывают, что брак в современной России – не единственная форма семейных отношений: в настоящее время половина партнерств начинается с сожительства, в то время как десять-двадцать лет назад они составляли не более четверти¹⁴. Таким образом, вне поля зрения государства оставался существенный и быстро растущий сегмент российских семей.

В результате, несмотря на активизацию усилий государства в социальной политике на рубеже 1990–2000 годов, эти действия не позволяют говорить о принципиальном изменении места и роли социальных проблем и проблем народонаселения в поли-

¹² Федеральный закон от 15.11.1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния».

¹³ Овчарова Л. Н., Полова Д. О. Детская бедность в России: Доклад ЮНИСЕФ. – М.: НИСП; ЮНИСЕФ, 2005.

¹⁴ Захаров С. В. Трансформация брачно-партнерских отношений в России: «золотой век» традиционного брака близится к закату? / В сб. «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе». Вып. 1. – М.: НИСП, 2007. С. 75–126.

тической повестке государства. Подлинной интеграции проблем народонаселения в задачи социально-экономического развития так и не произошло, а социальные реформы не стали приоритетными в проводимой государством политике. Как следствие усиливалось противоречие между устаревшими социальными и новыми политико-экономическими институтами.

Третий этап

2005 год обозначил новый поворот в социально-демографической политике государства и вступление ее в третий этап своего развития. Проблемы социального и демографического развития начали стремительно перемещаться с политической периферии в эпицентр государственной политики и стратегических программ.

Первым значимым событием стала реформа социальных льгот, получившая название «монетизации льгот». Прежняя система льгот, заметно расширенная в 1990-е годы, выступала ярким примером сохранения патерналистских принципов социальной политики и рудиментом дореформенного этапа развития.

С этого момента и по сей день социальные проекты остаются в центре внимания государственной социально-экономической политики.

- 2006 год – начало реализации приоритетных национальных проектов, имеющих ярко выраженный социальный характер: «Здоровье», «Образование», «Доступное и комфортное жилье». В 2008–2009 годах государство вернулось к пересмотру пенсионной реформы, что выразилось, прежде всего, в принятии законов, повышающих размер текущих пенсий.

- Май 2006 года – Послание Президента Федеральному Собранию РФ, в котором сформулирована крупномасштабная программа по преодолению демографического кризиса. В развитие Послания в 2007 году вступил в силу новый пакет мер по поддержке семей с детьми: введение материнского/ семейного капитала, повышение пособий по уходу за детьми, частичная компенсация оплаты услуг детских дошкольных учреждений, увеличение стоимости родового сертификата и пр. В новейшей российской истории демографическая программа такого масштаба не имеет аналога. Впервые она имеет явно выраженную пронаталистскую направленность: государство стимулирует рождение детей и особенно – вторых и последующих.

- 2006 год – внесение существенных поправок в миграционное законодательство, которые имеют своей целью либерализацию правил регулирования миграции и переход от ограничительной политики к политике стимулирования миграционных процессов¹⁵.

Эти действия нашли отражение в принятых тогда же документах, определяющих стратегию социально-экономического развития страны – «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации»¹⁶ и «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»¹⁷.

Одновременно следует признать: несмотря на то, что наиболее драматическими в демографической ситуации были и остаются процессы в области смертности, эта проблема на протяжении всего 15-летнего периода после Каирской конференции играла «роль второго плана» как в основополагающих доку-

¹⁵ Закон «О миграционном учете иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации» и новая редакция Закона «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» введены в действие 15 января 2007 года.

¹⁶ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 г. № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года».

¹⁷ Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351 «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

ментах, так и в практических действиях, которые осуществляло российское государство.

И, наконец, важнейшая российская особенность – пространственная дифференциация и крайне неравномерное социально-экономическое развитие российских регионов существенным образом влияли как на демографическую ситуацию, так и на формирование социальной и демографической политики.

Таким образом, 15-летний период после Каирской конференции в России был неоднороден и противоречив. Период умолчания или пассивного созерцания сменился признанием важности социально-демографических факторов развития, затем последовала активизация действий, и были достигну-

ты определенные результаты. Позволяют ли эти действия государства и прочих институтов говорить о прорыве в социально-демографическом развитии России? Способствуют ли они формированию новой модели развития, устойчивой к новым социальным, экономическим и демографическим рискам? Достигнуты ли цели Каирского соглашения? Сформирована ли целостная система взглядов на социальное и демографическое будущее страны?

Дальнейшие разделы настоящего доклада посвящены поискам ответов на эти вопросы и более подробному анализу социально-демографического развития России в пятнадцатилетие, прошедшее с Каирской конференции.

ГЛАВА 2



© Джастин Джин

Рост и структура населения

С учетом того, что конечной задачей является улучшение качества жизни нынешнего и будущих поколений, цель заключается в том, чтобы облегчить демографический переход в кратчайшие сроки в тех странах, где существует несоответствие между демографическими показателями и социальными, экономическими и экологическими задачами...

Этот процесс будет способствовать стабилизации численности населения в мире и – наряду с изменениями в неустойчивых структурах производства и потребления – устойчивому развитию и экономическому росту. [Глава 6, раздел А-6.3]

Странам следует уделять больше внимания важности демографических тенденций для развития. Страны, в которых демографический переход не завершен, должны принять эффективные меры в этом отношении в контексте их социально-экономического развития... [Глава 6, раздел А-6.4]¹⁸

2.1. Население России в процессе устойчивой депопуляции¹⁹

Постоянное население Российской Федерации на 1 января 2009 года насчитывало 141 904 тыс. человек. По своей численности население примерно соответствует России на середину 1984 года. Согласно данным текущего учета, уточненным по итогам переписи 2002 года, сокращение численности населения впервые было зафиксировано в 1993 году – на 1,4‰²⁰ (рис. 2.1). Сначала интенсивность убыли не превышала 0,2 % в год, но в 1999 году она удвоилась, а в 2001–2005 годах составляла порядка 0,5 % в год. Достигнув наибольшего значения в

2003 году (5,5‰), убыль населения стала уменьшаться: в 2006 году она составила 3,7‰; в 2007-м – 1,2‰; а в 2008-м – 0,7‰.

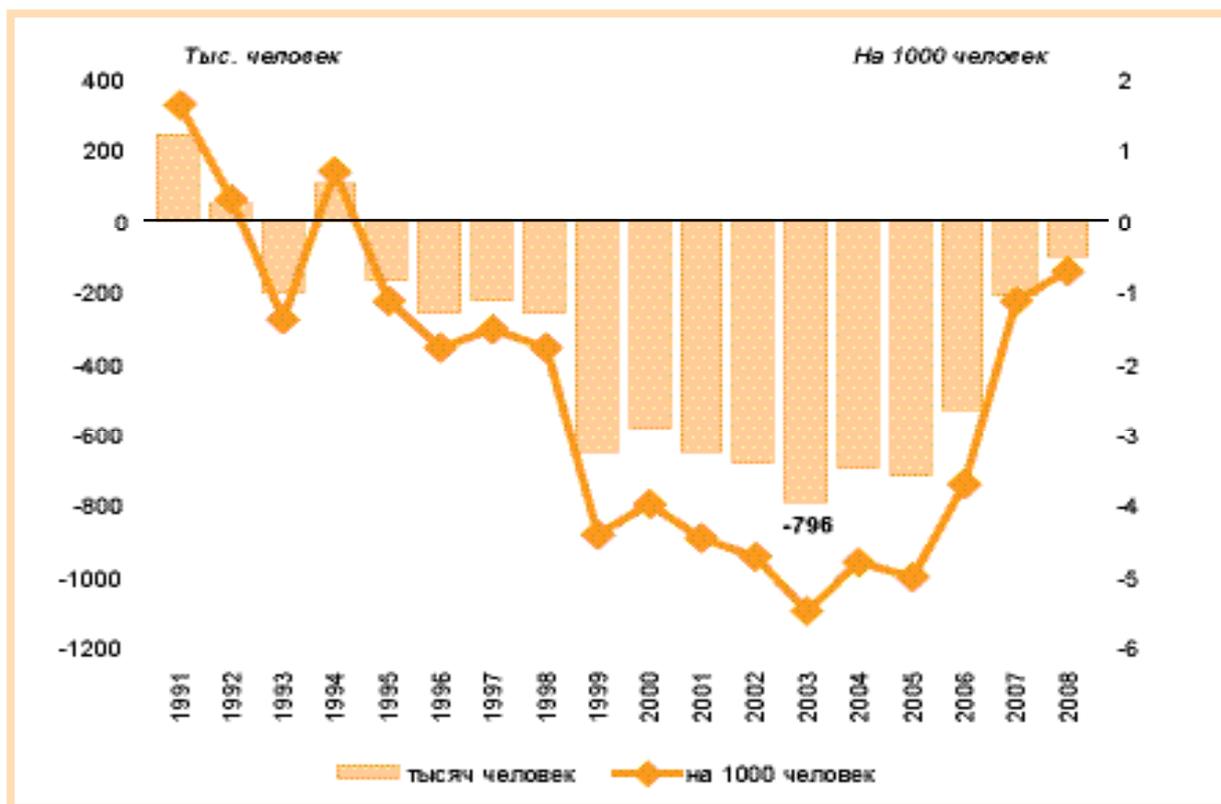
Процесс убыли населения, начавшийся в 1990-е годы, носит долговременный и устойчивый характер. В отличие от предыдущих периодов сокращения населения, когда убыль была обусловлена недемографическими факторами (двумя мировыми войнами, гражданской войной, голодом 1930-х годов и их социально-экономическими и эпидемиологическими последствиями), нынешнее

¹⁸ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г.

¹⁹ Население России 2006: Четырнадцатый ежегодный демографический доклад / Отв. ред. А. Г. Вишневецкий. – М.: ГУ-ВШЭ, 2008. Разд. 1–3; Население России 2007: Пятнадцатый ежегодный демографический доклад / Отв. ред. А. Г. Вишневецкий. – М.: ГУ-ВШЭ, 2009. Разд. 1–3.

²⁰ Промилле (‰) – тысячная доля, 1/10 процента.

Рисунок 2.1. Прирост (убыль) численности постоянного населения России за 1991–2008 годы, тыс. человек, %



Источник: Росстат.

положение predetermined внутренними механизмами демографического воспроизводства²¹. Сокращение численности населения происходит из-за его естественной убыли, т. е. превышения числа смертей над числом рождений. Впервые она была зарегистрирована в 1992 году, а к началу 2009 года ее совокупная величина за эти годы составила 12,6 млн человек, или 8,5 % к численности населения России на начало 1992 года. В условиях естественной убыли миграция стала единственным источником роста численности населения, хотя, как правило, недостаточным, чтобы компенсировать потери²².

В целом зарегистрированный за 1992–2008 годы миграционный прирост, составивший 6 млн человек, возместил чуть менее половины (47 %) естественной убыли населения. В начале текущего десятилетия вклад миграционного компонента в рост населения заметно сократился по сравнению с серединой 1990-х годов. Наименьшим он был в 2003 году, компенсировав естественную убыль населения лишь на 10,5 %. В последующие годы миграционный прирост понемногу возрастал, и на фоне сокращения естественной убыли компенсирующая роль миграции в относительном измерении

²¹ Демографическое воспроизводство, воспроизводство населения – постоянное возобновление поколений людей, обеспечивающее историческую непрерывность существования человеческой популяции и развития всей совокупности социальных отношений. Замещение родительских поколений поколениями их детей в количественном отношении может сильно различаться. Совокупность конкретных количественных характеристик процесса воспроизводства населения, рассматриваемого в фиксированный момент времени, объединяется в понятие режима воспроизводства.

²² Правда, перепись 2002 года показала, что предыдущие, межпереписные, оценки численности населения были занижены, в первую очередь, из-за недоучета миграции. Однако даже и скорректированные с учетом итогов переписи объемы миграции были таковы, что лишь в пиковый 1994 год они смогли скомпенсировать естественную убыль.

вновь увеличилась, достигнув в 2008 году 71 % от ежегодной величины естественной убыли.

Естественная убыль населения России обусловлена тем режимом воспроизводства населения с относительно низкими уровнями смертности и рождаемости, который сложился в России уже к 1960-м годам. В 1960–1980-х годах естественный прирост еще оставался относительно высоким – в основном из-за высокой доли лиц молодого репродуктивного

возраста. Но по мере того, как в силу длительного снижения рождаемости на смену более многочисленным поколениям приходили менее многочисленные, потенциал демографического роста исчерпывался. Согласно демографическим законам, в населении, где уровень рождаемости устойчиво не обеспечивает режим простого замещения поколений²³ (в России с 1964 года), примерно через три десятка лет число умерших начинает превышать число родившихся, что и произошло в России в начале 1990-х годов.

2.2. Сокращение населения России: риск ускорения

Сокращение естественной убыли населения России в последние годы – явление, скорее всего, временное, обусловленное преходящими факторами. Среди них – значительный рост числа женщин детородного возраста (эхо повышения рождаемости в 1980-е годы), способствующий увеличению числа рождений, а также приостановка роста и даже сокращение числа пожилых людей (начиная с 2001 года 60-летний рубеж переходили малочисленные поколения 1941-го и последующих лет рождения), что тормозило рост числа смертей.

Влияние обоих этих факторов уже ослабевает. В начале следующего десятилетия число потенциальных матерей вернется к уровню начала 1990-х годов, а рост числа пожилых с 2009 года уже начинает набирать силу за счет самых многочисленных послевоенных поколений. В результате структурные факторы, весьма благоприятные с точки зрения формирования естественного прироста в первом десятилетии XXI века, во втором его десятилетии станут, напротив, крайне неблагоприятными.

Еще один фактор, внесший вклад в сокращение естественной убыли населения России в самое последнее время, – благоприятные изменения самих демографических процессов, рождаемости и смертности в результате активизации социально-демографической политики. Собственный опыт России, как и опыт многих других стран, показывает, что подобные эффекты, по крайней мере когда речь идет о рождаемости, обычно оказываются относительно краткосрочными, и есть опасение, что нынешнее повышение рождаемости не будет долгосрочным и устойчивым. Помимо всего прочего, ему может воспрепятствовать и текущий экономический кризис. Но даже если эти пессимистические опасения не оправдаются, это еще не дает гарантии устойчивого сокращения естественной убыли населения. По имеющимся оценкам, рост рождаемости и снижение смертности, ожидаемые даже в соответствии с самыми оптимистическими прогнозами, будут не в состоянии нейтрализовать влияние неблагоприятных структурных изменений, вследствие чего рост естественной убыли населения возобновится.

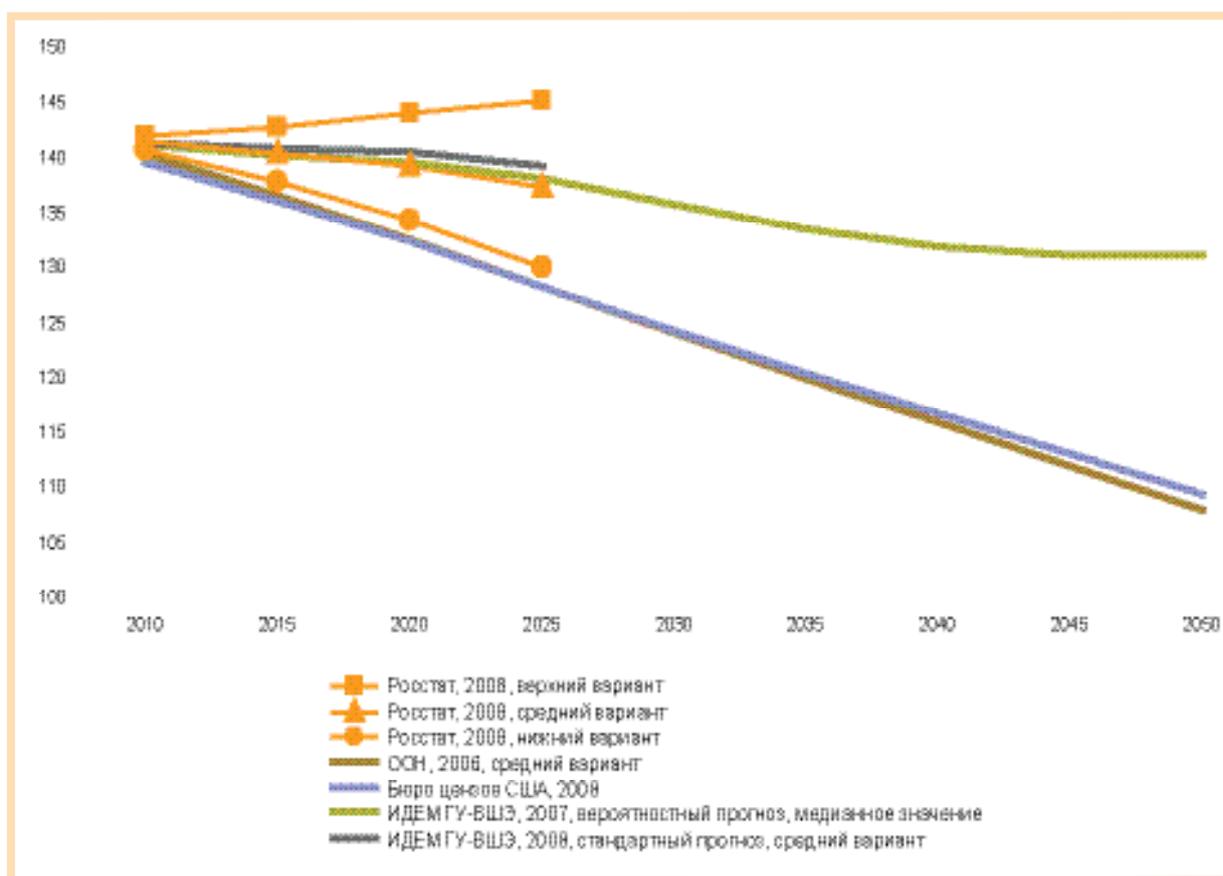
²³ С формальной статистико-математической точки зрения, различают три принципиальных режима воспроизводства: простой режим, когда на смену родительскому поколению приходит такое же по численности поколение их детей; расширенный и суженный режимы, в зависимости от количественного соотношения детских и родительских поколений. Понятно, что если на смену одной матери не приходит в среднем одна дочь, дожившая до среднего возраста деторождения, то при таком суженном режиме воспроизводства не может идти речь о росте населения.

Представление о масштабах ожидаемой естественной убыли дает средний вариант демографического прогноза Росстата (2008), согласно которому уже в 2017 году она может превысить 600 тыс., а в 2025 году превзойти 800 тыс. человек. Всего же за 19 лет – 2008–2025 годы – естественная убыль населения России по этому варианту прогноза превысит 11 млн человек. Согласно некоторым другим прогнозам она может оказаться еще большей. Будущая динамика численности населения России зависит не только от величины этой убыли, но и от того, в какой степени она будет компенсироваться его миграционным приростом. Большинство имеющих прогнозов предполагает лишь частичную компенсацию, которая не позволяет

остановить сокращение населения России в обозримой перспективе.

Имеются демографические прогнозы для России, составленные как отечественными, так и зарубежными экспертами. В частности, обновляются каждые два года прогнозы Росстата. Последний такой прогноз до 2025 года был представлен в 2008 году²⁴. В Отделе народонаселения ООН демографические прогнозы для каждой из стран, включая Россию, также пересматриваются раз в два года²⁵. Очень популярный в мире источник данных о демографических перспективах 226 стран, включая Россию, – Международная база данных Бюро цензов США²⁶. Кроме того, имеются прогнозы, выполняемые различными

Рисунок 2.2. Численность населения России до 2025 или до 2050 г.: различные варианты прогнозов



²⁴ Предположительная численность населения Российской Федерации до 2025 года: Стат. бюлл. / Росстат. – М., 2008.

²⁵ World Population Prospects: The 2006 Revision, Highlights. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2007). Working Paper No. ESA/P/WP.202. 114 p.: <http://www.unpopulation.org>

²⁶ Бюро цензов США: <http://www.census.gov/ipc/www/idb/>

исследовательскими центрами, в частности Институтом демографии ГУ-ВШЭ. Помимо прогнозов, следующих общепринятой методике, в ИДЕМ ГУ-ВШЭ совместно с Международным институтом прикладного системного анализа и Венским институтом демографии (Австрия) разрабатывается и так называемые «вероятностные», или «стохастические» прогнозы²⁷. Практически все имеющиеся прогнозы предсказывают дальнейшее сокращение населения России, а различия касаются темпов сокращения.

На рис. 2.2 представлены результаты некоторых прогнозов динамики численности населения России до 2025 или до 2050 годов. В соответствии со «средними» вариантами

ожидаемая численность на 2025 год колеблется в пределах от 128 млн по прогнозу Бюро ценов США до 138 млн по вероятностному прогнозу ИДЕМ ГУ-ВШЭ. Один лишь верхний вариант прогноза Росстата выходит на величину численности населения, намеченную в официальной Концепции демографической политики России до 2025 года (145 млн человек). Отметим, что и согласно этому, наиболее оптимистическому варианту, на протяжении всего периода сохраняется естественная убыль населения, достигающая в целом за период 5,5 млн человек. Соответственно, для достижения поставленной цели необходимо за счет миграции компенсировать эту убыль, а также обеспечить дополнительный прирост, что представляется маловероятным.

2.3. Деформированная возрастно-половая пирамида России и старение населения

Возрастно-половая структура населения – результат длительной истории изменений демографических компонент вследствие как нормальной исторической эволюции этих процессов, так и демографических катастроф. Общий контур возрастной пирамиды населения России сильно изломан по причине колоссальных прямых и косвенных потерь населения²⁸, понесенных в годы социальных катастроф. Асимметрия мужской и женской частей пирамиды также ярко выражена – возрастная структура населения до сих пор сохраняет память о преимущественной гибели взрослых мужчин во время Второй мировой войны (рис. 2.3). Но кроме того, на ее

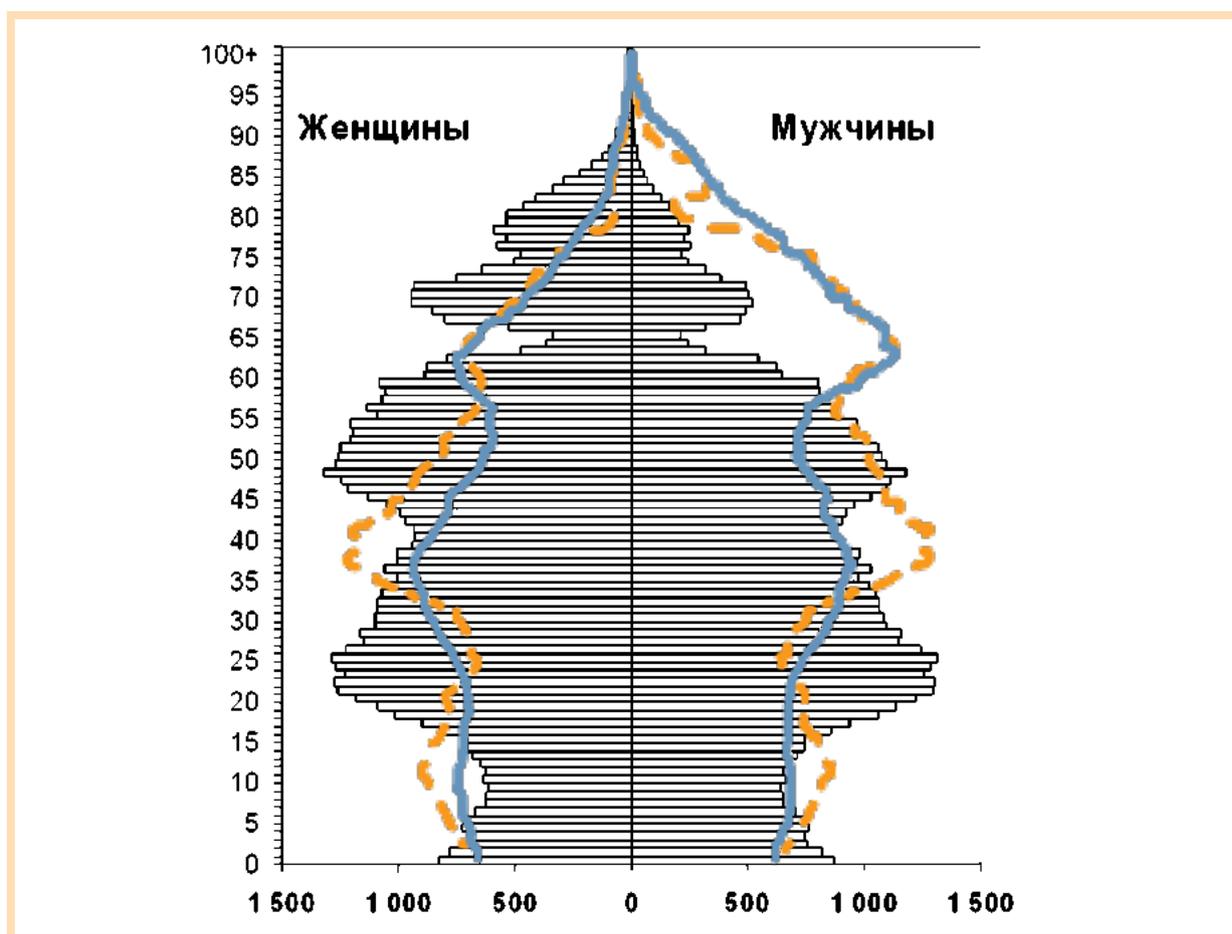
контуре отложили четкие следы уникально высокий (на мировом фоне) перевес смертности мужчин над смертностью женщин, общая тенденция к снижению рождаемости четырех последних десятилетий и ее конъюнктурные колебания в последней четверти века. Это существенным образом сказывается на конъюнктурных (ежегодных) демографических показателях брачности, рождаемости, смертности.

Наиболее очевидно значение изменений численности населения трудоспособного возраста для рынка труда. В ближайшие годы России предстоит пережить смену

²⁷ Население России 2006: Четырнадцатый ежегодный демографический доклад / Отв. ред. А. Г. Вишневский. – М.: ГУ-ВШЭ, 2008.

²⁸ Под *прямыми демографическими потерями* понимается повышенная гибель людей в годы социально-демографических кризисов: во время войн, репрессий, голода и массовых эпидемий. *Косвенные демографические потери* – это, в первую очередь, потери, связанные с резким снижением рождаемости в те же кризисные годы. В результате огромных прямых и косвенных потерь, понесенных в особо трудные исторические периоды 1916–1921, 1933–1934, 1941–1946 годов, в возрастном составе населения России соседствуют поколения, резко отличающиеся друг от друга по численности. Кроме того, малочисленные поколения родителей производят на свет малочисленные поколения детей, которые в свою очередь дают жизнь малочисленным поколениям своих детей и т.д. Процесс циклического воспроизводства серии «демографических волн», возникших по причине социальных катаклизмов, растягивается на многие десятилетия, дестабилизируя динамику общей численности населения и его отдельных возрастных групп. Подробнее о демографической истории России см.: Демографическая модернизация России, 1900–2000 / Под ред. А. Г. Вишневского. – М.: Новое издательство, 2006.

Рисунок 2.3. Возрастная пирамида населения России на начало 2009 года, тыс. человек



Условные обозначения: возрастная пирамида в 2009 (столбцы), в 2025 по среднему варианту прогноза Росстата (пунктирная линия) и в 2050 годах (сплошная линия).

тенденции роста общей численности этого контингента тенденцией убыли. К 2015 году убыль общей численности трудоспособного населения составит 8 млн человек, а к 2025 году – 15 млн. Лишь только после этой даты можно ожидать десятилетие относительной стабилизации, за которой последует дальнейшее снижение.

Однако главную озабоченность у демографов, экономистов и специалистов в области социальной политики вызывает необратимый долговременный процесс общего старения населения. Быстрое повышение в обществе доли пожилых и старых влечет за собой неизбежность структурных преобразований в экономике, институциональной среде, изменение потоков социальных благ.

Россия не относится к числу стран с самым старым населением: большинство европейских населений старше. Согласно данным ООН, в 2006 году среди 228 стран мира по доле лиц в возрасте 60 лет и старше Россия занимала 44-е место, по показателю медианного возраста – 33-е. В настоящее время по степени старения население России несколько моложе населения Восточной Европы, но существенно моложе населения остальных европейских стран и Японии. Что касается сравнения с США, то медианный возраст в России выше, доля пожилых (60 лет и старше) – примерно такая же, а доля самых старых (80 лет и старше) – ниже. Именно по последнему показателю различия между Россией и остальными странами наиболее велики. Два фактора способствуют более низкой доле в возрастах 80 лет

и старше: высокая смертность на протяжении четырех последних десятилетий и людские потери поколений, принимавших активное участие во Второй мировой войне. Оба фактора важны, в первую очередь, для мужского населения. Не удивительно поэтому, что Россия отличается самым низким соотношением полов в старших возрастах. Высокий уровень овдовения в сочетании с огромным дефицитом мужчин старше 60 лет приводит к тому, что в России отмечается самая низкая среди сравниваемых стран доля состоящих в браке женщин. По доле занятых среди пожилого населения Россия ничем не уступает другим регионам Европы, но значительно проигрывает Японии и США. Благодаря относительной молодости своего населения Россия имеет и самые низкие уровни демографической нагрузки трудоспособного населения лицами в пожилом и старческом возрасте. Если в Западной и Северной Европе на 1000 лиц в возрасте 15–59 лет приходится 350–400 человек

в возрасте 60 лет и старше, в Японии – около 500, то в России – 250 человек.

Старение населения России происходит только «снизу», т. е. за счет низкой рождаемости. С теоретической точки зрения, смертность вносит свой вклад в старение населения, во-первых, если больше людей доживает до старших возрастов и, во-вторых, если увеличивается продолжительность жизни старых людей. В России не соблюдаются оба условия: дожитие женщин до возраста 60 лет остается на уровне 1950-х годов, а у мужчин – даже заметно снизилось; продолжительность жизни 60-летних обоего пола имеет тенденцию к снижению с середины 1950-х годов. В большинстве развитых стран уже три десятилетия население стареет не только «снизу», но и «сверху» из-за вытеснения смертности в самые старшие возраста. В этом случае, продлевая жизнь людей, снижение смертности «старит» население. В России аналогичных процессов не наблюдается.

ГЛАВА 3



© Джастин Джин

Благосостояние населения
и качество жизни в России

Повседневная деятельность всех людей, общин и стран связана с демографическими изменениями, структурой и объемом использования природных ресурсов, состоянием окружающей среды и темпами и качественными аспектами экономического и социального развития. Общеизвестно, что широкое распространение хронической нищеты, а также серьезные проблемы, связанные с социальным неравенством и неравноправным положением мужчин и женщин, оказывают значительное воздействие на такие демографические параметры, как рост, структура и движение населения, и, в свою очередь, находится под их воздействием...

С учетом долгосрочных реалий и последствий нынешней деятельности задача в области развития должна заключаться в удовлетворении потребностей и повышении качества жизни нынешних поколений без нанесения ущерба возможности будущих поколений удовлетворять свои потребности... [Глава 3, раздел А-3.1]

Правительствам следует разработать политику, учитывающую нужды семей в области жилищных условий, труда, здравоохранения, социального обеспечения и образования, с тем чтобы создать благоприятную обстановку для семьи с учетом ее различных форм и функций... [Глава 5, раздел А-5.9]

Образование – ключевой фактор устойчивого развития: в то же время оно является компонентом благосостояния и фактором повышения благосостояния в силу его связи с демографическими, а также экономическими и социальными факторами. Образование – это также средство, позволяющее индивиду получить доступ к знаниям, что является необходимым условием для любого человека, стремящегося к тому, чтобы быть на уровне повышенных требований сегодняшнего дня. Прогресс в сфере образования в значительной мере способствует сокращению коэффициентов рождаемости, заболеваемости и смертности, расширению прав положения женщин, улучшению качественного состава занятого населения и развитию подлинной политической демократии. Всеобщий доступ к образованию, обеспечивающий уважение религиозных и культурных традиций мигрантов, также способствует их интеграции... [Глава 11, раздел А-11.2.]²⁹

Устойчивое развитие – единство экономического, социального и экологического векторов в поступательном развитии. Этот принцип лежит в основе Каирской программы действий.

Демографические процессы выступают одновременно и вызовом устойчивости развития, и фактором, определяющим коридор возможных решений в сферах экономики, социаль-

²⁹ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г.

ной политики и в защите окружающей среды. Поэтому не случайно, что программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию, принятая в Каире, призывает государства к интеграции проблем народонаселения на всех стадиях разработки, реализации, контроля, оценки и пересмотра всех стратегий и планов в области устойчивого развития. Признание того факта, что без взаимосвязанности различных факторов

развития (экономических, социальных, экологических, демографических, культурных, политических и пр.) нельзя добиться его устойчивости, имеет особое значение для России.

Успех в достижении целей Каирской программы действий в значительной степени определяется экономическими процессами и зависит, в первую очередь, от таких параметров, как уровень доходов и ситуация на рынке труда.

3.1. Уровень благосостояния населения: доходы, заработная плата, жилье

Качество и дифференциация доходной обеспеченности населения обусловлены спецификой рынка труда, системой социальных трансфертов и межсемейной поддержки, уровнем предпринимательской активности, развитостью фондового рынка и рынка недвижимости.

Постсоветский этап развития России характеризуется серьезными колебаниями в уровне душевых доходов населения, снижение которых было связано с экономическими и институциональными кризисами, первый из которых (1992) отличался самым глубоким падением доходов. Динамика доходов населения в их структуре представлена на рис. 3.1.

Зарботная плата наемных работников была и остается главным источником средств к существованию российского населения. В настоящее время около 65 % домохозяйств имеют в своем составе работающих; 30 % семей связаны с рынком труда через трудовые доходы единственного работника; 26 % – двух работников; 6 % – трех и более работников³⁰. Российская специфика доступа к данному источнику денежных доходов, в первую очередь, проявляется в широкой распространенности неформальных форм

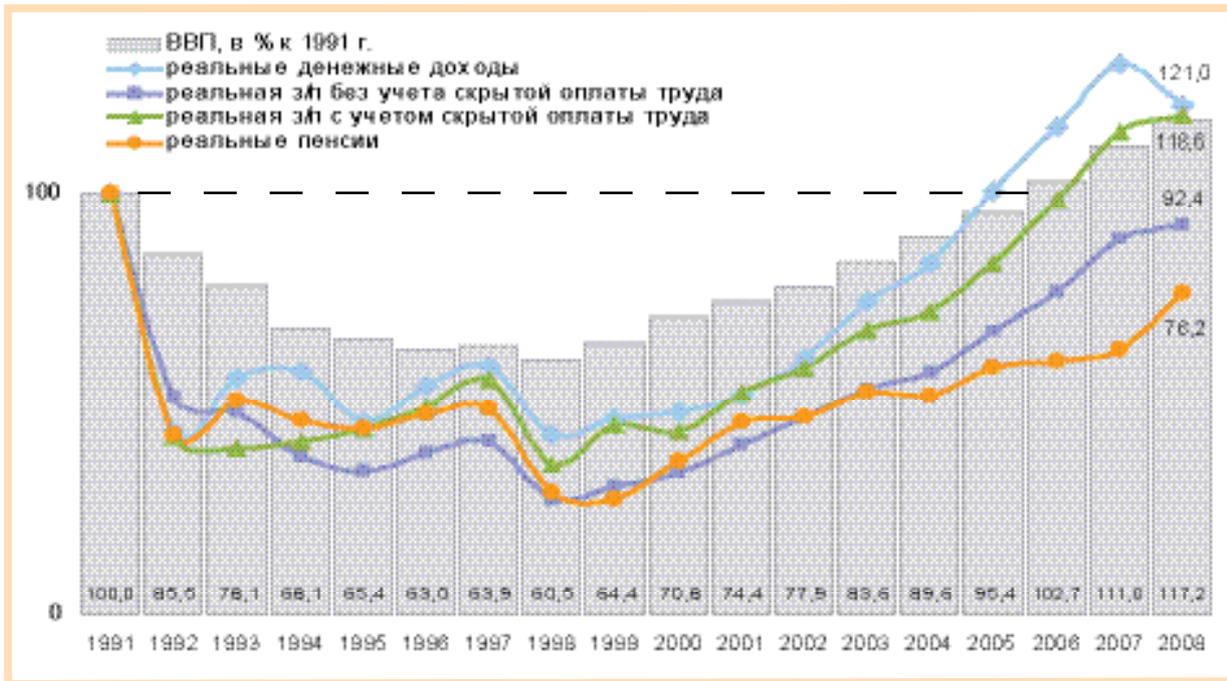
оплаты труда. Согласно даже официальным данным³¹, около 40 % фонда оплаты труда скрыто от статистического наблюдения. Еще одна характеристика российской модели трудовых доходов – это задержки заработной платы, которые лавинообразно увеличиваются в периоды кризиса.

В конце 1990-х годов по завершению основного этапа реформ пенсия, являющаяся основным источником доходов для трети российских домохозяйств, сократилась по сравнению с другими компонентами доходов сильнее всех и составила 28 % от уровня 1991 г. Даже высокие темпы роста в 2000–2008 годах не позволили ей подняться до предреформенного уровня, в то время как предреформенные доходы восстановились в 2005 году, а заработная плата – в 2006 году. Население отреагировало на провал пенсионных доходов увеличением занятости пенсионеров, и в настоящее время четверть всех пенсионеров – это работающие пенсионеры. Приоритетность для системы социальной защиты поддержки пожилых ограничила доступ к нестраховым социальным выплатам других категорий населения, отличающихся максимальными рисками бедности, например, семей с детьми.

³⁰ Расчеты на основе данных выборочного Национального обследования благосостояния и участия населения в социальных программах (НОБУС), реализованного Госкомстатом РФ в 2003 году, выборка 44 тыс. домохозяйств.

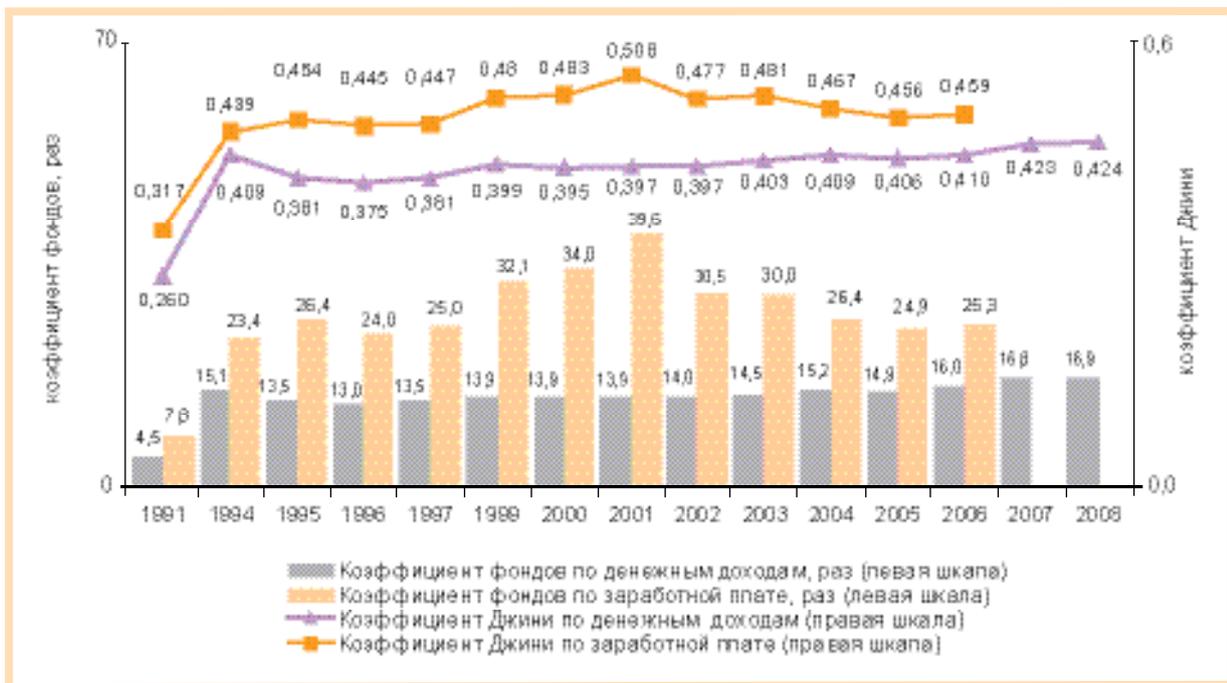
³¹ Социальное положение и уровень жизни населения России: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008; Россия в цифрах. 2009: Кр. стат. сб. / Росстат. – М., 2009.

Рисунок 3.1. Динамика денежных доходов, заработной платы и пенсии (1991 год = 100%, данные за декабрь)



Источник: авторские расчеты на основе данных Росстата.

Рисунок 3.2. Показатели дифференциации доходов и заработной платы



Источники: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М. С. 136; Социальное положение и уровень жизни населения России. 2000: Стат. сб. / Госкомстат РФ. – М. С. 130.

В период структурного кризиса (1992–1999) довел произошел трехкратный рост неравенства на фоне двукратного падения реальных доходов (рис. 3.2). Далее на этапе роста наблюдалась

тенденция усиления дифференциации доходов. В основе дифференциации по доходам лежит неравенство в оплате труда, которое в настоящее время превышает дифференциацию доходов в 1,7 раза (фондовый коэффициент) (рис. 3.2).

Колебания в уровне доходов и рост неравенства привели к формированию значительной зоны бедности (рис. 3.3), в том числе и работающего населения. В 1992 году после либерализации цен в число бедных попала треть российского населения, а дефицит дохода бедных, измеряемый как разница между доходами и величиной прожиточного минимума, составлял 5,9 % от всех доходов населения. Такие масштабы уровня и глубины бедности свидетельствовали о том, что первоочередные меры, направленные на ее снижение, должны стимулировать экономический рост, сокращающий, в первую очередь, бедность работающего населения. С 2001 года наблюдается устойчивая тенденция снижения доли бедного населения, обусловленная именно эффектами экономического развития, и за период между 2000 и 2007 годами она сократилась в два раза, а дефицит доходов снизился до уровня 1,2 % от совокупных доходов населения. При таком масштабе дефицита дохода проблема приоритетов политики противодействия бедности может смещаться в сторону развития адресных программ для бедных, функционирующих за счет перераспределения доходов посредством налогов и пособий. Как будет показано ниже, этот переход Россия пока не завершила, и бедные не являются приоритетной группой для системы социальной поддержки населения.

Какие группы населения, несмотря на эффекты экономического роста, продолжают отличаться повышенным риском и глубиной бедности, и кто составляет большинство бедного населения (так называемый профиль бедности)³²:

- Семьи с детьми продолжают отличаться максимальным риском бедности, который в 2007 году в 1,5 раза превышал среднероссийский уровень. При этом риск бедности увеличивается с ростом числа детей в домохозяйстве, и неполные семьи с детьми чаще попадают в число бедных, чем полные. Даже появление второго ребенка в семье ведет к резкому увеличению риска бедности, и поэтому неудивительно, что многодетные и неполные семьи в подавляющем большинстве случаев бедны.
- Сельские жители также в два раза чаще оказываются в числе бедных.
- У семей пенсионеров (одиноко проживающих или супружеских пар), наоборот, риск попадания в число бедных в два раза ниже среднероссийского.
- Безработные, экономически неактивные, получатели социальных пенсий и пенсий по инвалидности отличаются высокими рисками бедности.
- В общей численности бедного населения широко представлены работающие.

При этом важно, что в условиях экономического роста 2000-х годов на фоне двукратного сокращения уровня бедности социально-демографическая структура бедного населения не изменилась.

Особое внимание заслуживает вопрос о хронической бедности. Постоянно бедными за период с 1996 по 2006 годы являлись 5 % опрошенных домохозяйств³³. И это при условии, что 52 % оказывались в числе бедных хотя бы один раз в течение десятилетнего периода. Большинство представителей группы хронически бедных утратили связь с рынком труда,

³² Теслюк Э., Овчарова Л. Бедность и неравенство в России: зависимость статистических показателей бедности и неравенства от метода измерения благосостояния домашних хозяйств. Иллюстрация на основе данных НОБУС / Под общ. ред. Р. Емцова. – М.: Алекс, 2007. С. 17–19; Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность / Под ред. Л. Н. Овчаровой. – М.: ГУ-ВШЭ, 2005. 348 с.; Обзор социальной политики в России. Начало 2000-х / Под ред. Т. М. Малевой. – М.: НИСП, 2007. 432 с.

³³ Оценки на основе Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) – репрезентативное для России панельное обследование, проводимое с 1994 года. Ежегодная выборка составляет около 4000–4500 домохозяйств и 10 500–12 000 индивидов. Подробнее об обследовании см. на официальном сайте РМЭЗ: <http://www.cpc.unc.edu/rims/>

Рисунок 3.3. Уровень бедности в России, % от общей численности населения



Источники: Россия в цифрах. 2004: Крат. стат. сб. / Федеральная служба гос. статистики. – М., 2004. С. 99–100; Россия в цифрах. 2005: Крат. стат. сб. / Федеральная служба гос. статистики. – М., 2005. С. 100; Социальное положение и уровень жизни населения России: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.

исключены из участия в программах поддержки бедного населения и часто демонстрируют модели асоциального поведения. Если переносить выборочные результаты на население России в целом, то речь идет о 6–7 %, что составляет половину бедного населения.

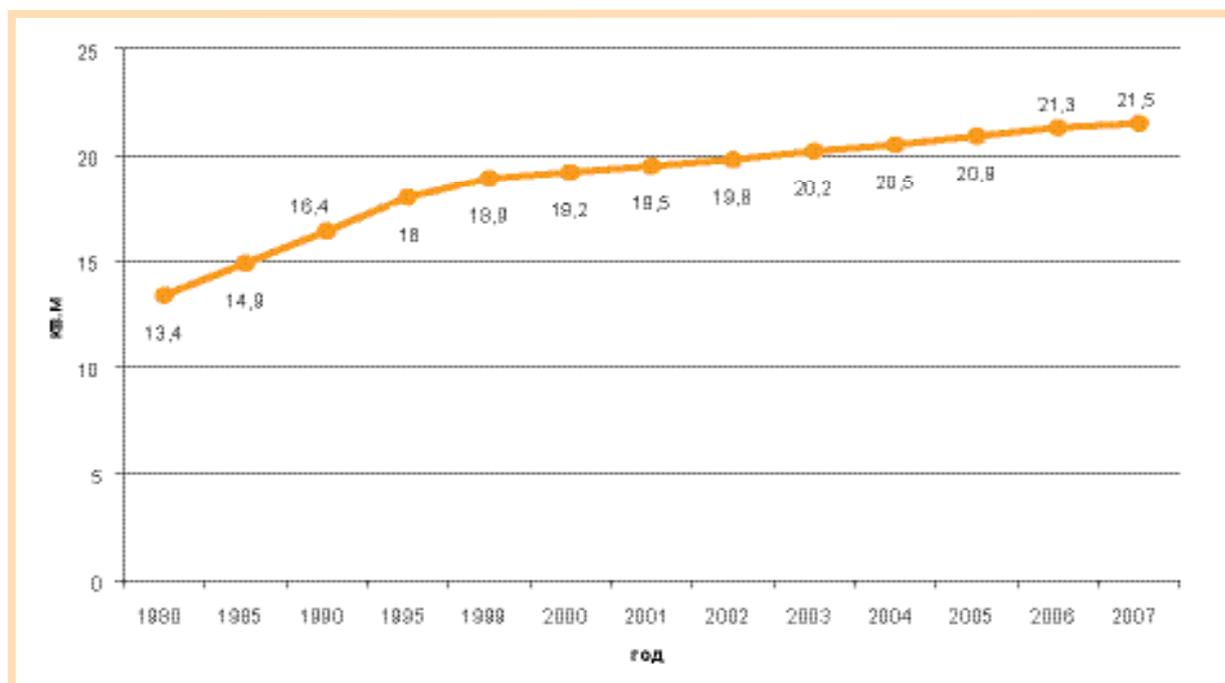
К числу наиболее острых материально-имущественных факторов, определяющих уровень благосостояния населения, относится вопрос о жилье. Почти 2/3 жилого фонда России составляет старое жилье, а 3 % – это ветхое и аварийное жилье. При росте обеспеченности населения квадратными метрами жилья (рис. 3.4) и повышении его благоустройства более 15 млн человек проживает в панельных зданиях, построенных в

1950–1960-е годы, и около 40 млн человек – в неблагоустроенных квартирах³⁴. Большинство российских домохозяйств (67 %) нуждаются в улучшении условий проживания, т. к. имеют либо тесное (обеспеченность квадратными метрами ниже социальной нормы), либо частично благоустроенное жилье.

Большинство россиян – собственники жилья. Эта специфика России – результат массовой бесплатной приватизации жилого фонда на этапе перехода от плановой экономики к рыночной: согласно обследованиям населения НИСП, в 2007 году 77 % домохозяйств проживали в принадлежащем им или их родственникам жилье, 3 % арендуют жилье и 20 % проживают в государственном или муниципальном жилье.

³⁴ Суринов А. Е. Уровень жизни населения России: 1992–2002 гг. [по материалам официальных статистических наблюдений]. – М., 2003. С. 203; Социальное положение и уровень жизни населения России. 2004: Стат. сб. / Росстат. – М., 2004. С. 337.

Рисунок 3.4. Площадь жилищ, приходящаяся в среднем на 1 жителя, кв. м



Источники: Народное хозяйство РСФСР в 1990 г.: Стат. ежегодник / Госкомстат РСФСР. – М., 1991. С. 211; Жилищное хозяйство и бытовое обслуживание населения России. 2004: Стат. сб. / Госкомстат России. – М., 2004. С. 148; Социальное положение и уровень жизни населения России. 2005: Стат. сб. / Росстат. – М., 2005. С. 306; Семья в России. 2008: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008. С. 241.

Следует, однако, отметить, что в большинстве даже развитых стран не менее трети населения проживает в арендуемом жилье. Отсутствие развитого рынка арендного жилья существенно ограничивает мобильность населения в выборе жилищных условий на различных этапах жизненного цикла.

Благоустройство жилого фонда постепенно улучшается: наибольший прогресс достигнут в оснащении жилищ отоплением и горячим водоснабжением. Однако в целом успехи

не столь впечатляющие, поскольку приоритет в жилищно-коммунальной сфере имело строительство нового жилья, а не развитие инфраструктуры (табл. 3.1).

Для оценки возможностей населения в покупке жилья в международной практике используется показатель «ценовая доступность жилья» – отношение рыночной цены некой условной средней квартиры к медианному годовому доходу среднестатистического домохозяйства. Он показывает, сколько лет средняя семья должна

Таблица 3.1. Благоустройство жилого фонда на конец года, %

Годы	Удельный вес общей площади жилого фонда, оборудованной:				
	водопроводом	канализацией	отоплением	ваннами (душем)	горячим водоснабжением
1995	71	66	68	61	55
2000	73	69	73	64	59
2004	75	71	76	65	62
2005	76	71	80	65	63
2006	76	72	81	66	63

Источник: данные Росстата.

откладывать весь (условно) свой денежный доход, чтобы купить такую квартиру. Для примера отметим, что в странах с переходной экономикой данное соотношение равно 12; в странах Азии – 8,4; Африки – 6,9; в промышленно развитых странах – 4,3³⁵. Если предположить, что семья тратит на текущее потребление сумму в размере регионального прожиточного минимума, а все остальные ресурсы направляет на покупку жилья, вычесть семьи с доходами ниже прожиточного минимума (17 % семей), а также семьи, для которых период накопления на покупку превышает 50 лет³⁶, то жилье принципиально недоступно 27 % домохозяйств, а для тех, кто может приобрести жилье с минимальной площадью 54 кв. метров, средний период накопления составляет почти 15 лет.

Это свидетельствует о том, насколько остро стоит вопрос о жилье для абсолютного большинства семей в современной России. Острота проблемы обеспечения жильем обусловлена двумя видами ограничений. С одной стороны, это низкий уровень и особенности формирования структуры доходов населения, с другой – низкие объемы жилищного строительства.

Относительно новая для России программа – система ипотечных кредитов – пока не имеет широкого распространения. В ипотечном кре-

дитовании (и похожих на него схемах) участвует около 900 тыс. семей, что составляет 1,6 % от общего числа домохозяйств, при этом потенциальная численность платежеспособных заемщиков в 2008 году оценивается на уровне 1,6 млн домохозяйств, треть которых может купить жилье и без ипотечного кредита. Тем самым, ипотечные схемы не являются механизмом решения жилищной проблемы в России для массовых категорий граждан. В конечном итоге, несмотря на усилия, предпринятые российским государством, и, в частности, введение с 2006 года национального проекта «Доступное жилье», жилье как одна из важнейших компонент благосостояния людей по-прежнему остается нерешенной проблемой для подавляющего большинства россиян.

Подводя итог, следует еще раз отметить, что в период, прошедший с момента Каирской конференции, российское население пережило драматическое падение уровня доходов и качества жизни, а также появление значительной по масштабу зоны бедности, затем был период восстановления доходов и сокращения феномена бедности. Однако до сих пор в целом качество жизни для большинства россиян далеко отстает от уровня развитых экономик мира и составляет главную социальную проблему в России.

3.2. Рынок труда

Статус на рынке труда является базовой социальной и экономической характеристикой человека. От наличия и характера занятости во многом зависит уровень жизни как самого занятого, так и членов его семьи.

В период 1990–2000-х годов можно выделить два этапа развития российского рынка труда: (1) умеренное сокращение численности занятости и резкое падение оплаты труда (1991–1998) и

(2) умеренное восстановление занятости и ускоренный рост зарплаты (1999–2007). На протяжении первого этапа, вопреки ожиданиям, массового сброса рабочей силы не произошло: все агенты рынка труда шли по пути «придерживания излишней рабочей силы» за счет резкого сокращения оплаты труда, и это составляет специфику российской модели – балансирование спроса и предложения не за счет высвобождения рабочей силы, а за счет гибких механизмов

³⁵ Оклер К. Городские индикаторы: сколько стоит купить или арендовать жилье // Эра городов [Русск. изд. журн. «Urban Age»]. Фонд «Институт экономики города». 1999 (лето). С. 27.

³⁶ Для оценки доступности жилья и возможностей участия населения в программе ипотечного кредитования использованы данные Национального обследования благосостояния и участия населения в социальных программах, проведенного Росстатом во II квартале 2003 года. Выборка – 44 тыс. домохозяйств.

оплаты труда, позволяющих добиться высокой занятости населения на фоне относительно низкой заработной платы³⁷. Поэтому и на этапе экономического подъема не было существенного приращения числа занятых. Ответом российского рынка труда на рост ВВП стал стремительный рост зарплаты при слабом увеличении численности занятых (рис. 3.5). Разумеется, кризис 2008–2009 годов вносит существенные изменения в процессы занятости и безработицы и, вероятно, составит новый этап в функционировании рынка труда.

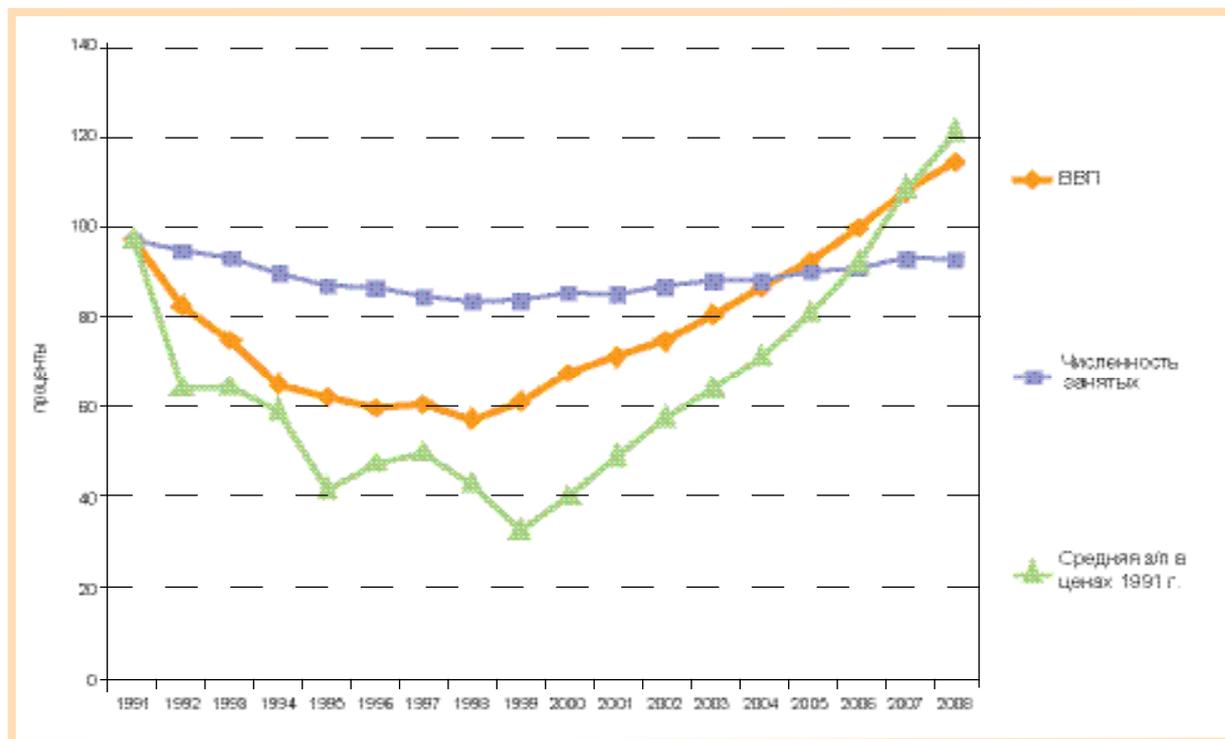
Российские работодатели активно используют механизмы неполной занятости (неполное рабочее время и вынужденные отпуска без сохранения или с частичным сохранением заработной платы).

Как и во всем мире, наибольшую социальную опасность составляет безработица. В России она появилась только в период рыночных от-

ношений в начале 1990-х годов (табл. 3.2). Следует, однако, отметить, что безработица по сравнению с динамикой ВВП не приняла значительных масштабов вследствие политики на рынке труда, которую проводили все экономические субъекты и которая состояла в «придерживании» излишней рабочей силы в экономике. При этом регистрируемая безработица в России в 3–4 раза ниже общей, что обусловлено непривлекательностью программ поддержки безработных и высокой распространенностью неформальной занятости.

Безработица начала повышаться с первых дней текущего кризиса и во второй половине превысила 2 млн чел. Темпы снижения занятости пока отстают от падения ВВП и промышленного спада, однако предыдущие кризисы свидетельствуют о том, что подобный временной лаг всегда имеет место. Критические моменты с точки зрения снижения занятости еще не наступили.

Рисунок 3.5. Динамика темпов роста реального ВВП и численность занятых (1991 г. = 100%), %



Источник: авторские расчеты на основе данных Росстата.

³⁷ Капелюшников Р. И. Российский рынок труда: адаптация без реструктуризации. – М.: ГУ-ВШЭ, 2001; Обзор социальной политики в России: начало 2000-х / Под ред. Т. М. Малевой. – М.: НИСП, 2007; Капелюшников Р. И. Конец российской модели рынка труда? / Из цикла публичных лекций Полит.ру. 2009: <http://www.polit.ru/lectures/2009/04/23/kapeljushnikov.html>

Таблица 3.2. Динамика показателей безработицы

	1992	1995	1998	2000	2005	2007	2008
Доля безработных от числа экономически активного населения ³⁸	5,2	9,7	13,2	9,8	7,1	5,7	7,0
Доля зарегистрированных безработных от числа экономически активного населения	0,8	2,9	2,6	1,4	2,5	2,1	2,1

Источник: данные Росстата.

3.3. Система образования и уровень образования населения

С точки зрения принципов, заложенных в Каирской программе действий, следует отметить, что Российская Федерация остается страной с высоким уровнем образования населения. По данным переписи 2002 года, лица, имеющие высшее (полное и неполное), а также среднее профессиональное образование, составили 462 чел. на 1000 человек в возрасте 15 лет и более. Число тех, кто имеет высшее и среднее профессиональное образование среди населения старше 15 лет, выросло с 1989 по 2002 годы в 1,4 раза.

По данным выборочных обследований населения по проблемам занятости, доля занятого населения с высшим полным и неполным образованием составляла в 1995 году 20 %; 1999 году – 23 %; 2004 году – 27 %; 2006 году – 27,3 %³⁹. По этому показателю в 2003 году Россия входит в первую тройку стран, уступая только Норвегии и США⁴⁰.

В России еще в советский период была создана всеобъемлющая система школьного образования (рис. 3.6). Однако численность обучающихся на различных уровнях системы образования сильно зависит от демографических факторов. Если в дошкольном образовании длительный спад контингентов закончился и наметилась тенденция роста числа детей, посещающих детские образовательные учреждения, то в общеобразовательных учреждениях число учащихся

продолжает сокращаться (табл. 3.3), а в учебных заведениях начального профессионального образования этот процесс только начался: выраженное падение контингентов наблюдается здесь с 2004 года (рис. 3.7). В среднем профессиональном образовании контингент до сих пор достаточно стабилен, но уже ожидается его сокращение (рис. 3.8). В высшем образовании контингенты продолжают расти (табл. 3.4), но с 2005/2006 учебного года стало падать число принимаемых в вузы.

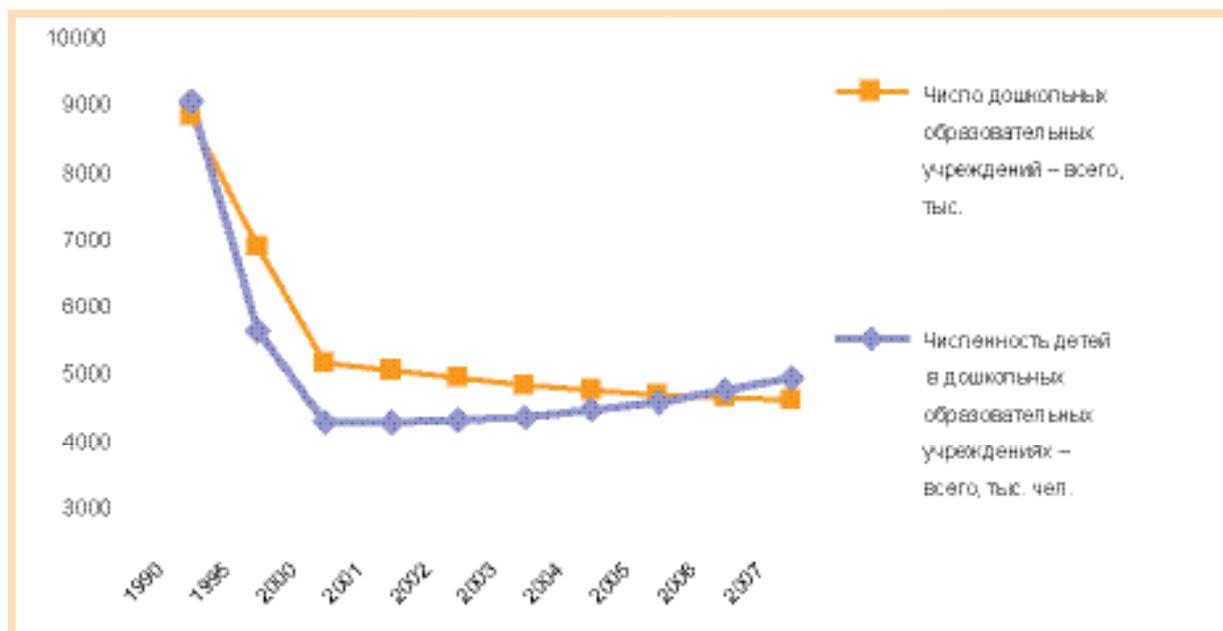
Существенные колебания в численности контингента образовательных учреждений различных уровней создают серьезный вызов системе образования, от которой требуется гибкость в изменении числа мест и педагогов. Ответить на этот вызов непросто, что приводит к критической ситуации в некоторых сферах. Так, например, в системе дошкольного воспитания, начиная с 1999 года, число мест в расчете на 1000 детей дошкольного возраста неуклонно сокращается: с 697 в 1999 году до 566 в 2008 году. В городской местности детские учреждения работают на пределе мощностей: число воспитанников детских учреждений на протяжении последних лет превышает число мест в них, а очередь в детские учреждения постоянно и стремительно растет (со 193 тыс. детей в 1999 году до 1716 тыс. в 2008 году). Проблема доступности дошкольного образования наи-

³⁸ Оценка по методологии Международной организации труда (МОТ).

³⁹ Образование в Российской Федерации. 2007: Стат. ежегодник. – М.: ГУ-ВШЭ, 2007.

⁴⁰ Индикаторы образования: Стат. ежегодник. – М., ГУ-ВШЭ, 2006.

Рисунок 3.6. Дошкольные образовательные учреждения



Источники: данные Росстата; Россия в цифрах.

Таблица 3.3. Численность учащихся и учителей в общеобразовательных учреждениях (на начало учебного года), тыс. человек

	1993/ 1994	1995/ 1996	2000/ 2001	2001/ 2002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009
Число общеобразовательных школ	70,4	70,8	68,8	68,7	67,4	66,2	64,9	63,2	61,0	58,0	55,8
Численность учащихся в общеобразовательных учреждениях (всего)	21 081	22 039	20 554	19 909	18 918	17 798	16 631	15 631	14 787	14 174	13 826
Численность учителей в общеобразовательных учреждениях (всего)	1649	1717	1767	1736	1719	1684	1633	1594	1536	1485	1425

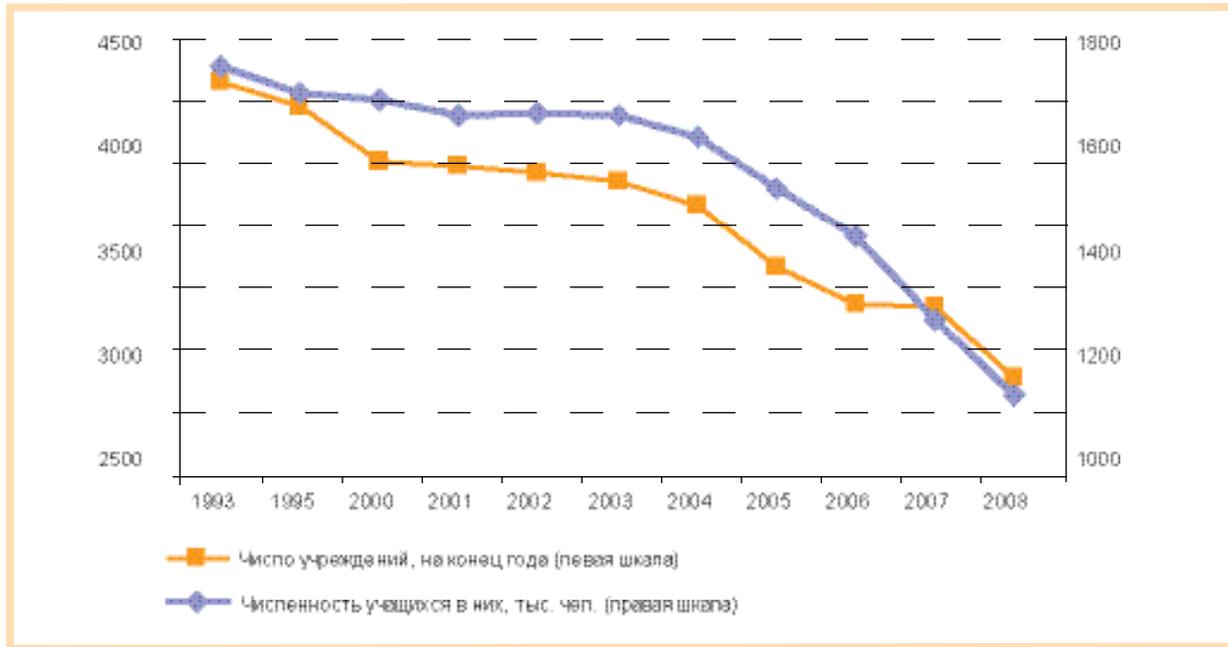
Источники: данные Росстата; Россия в цифрах.

Таблица 3.4. Высшие учебные заведения (на начало учебного года)

	1993/ 1994	1995/ 1996	2000/ 2001	2001/ 2002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009
Число высших учебных заведений (всего)	626	762	965	1008	1039	1046	1071	1068	1090	1108	1134
Численность студентов (всего, тыс. чел.)	2613	2791	4742	5427	5948	6456	6884	7064	7310	7461	7513

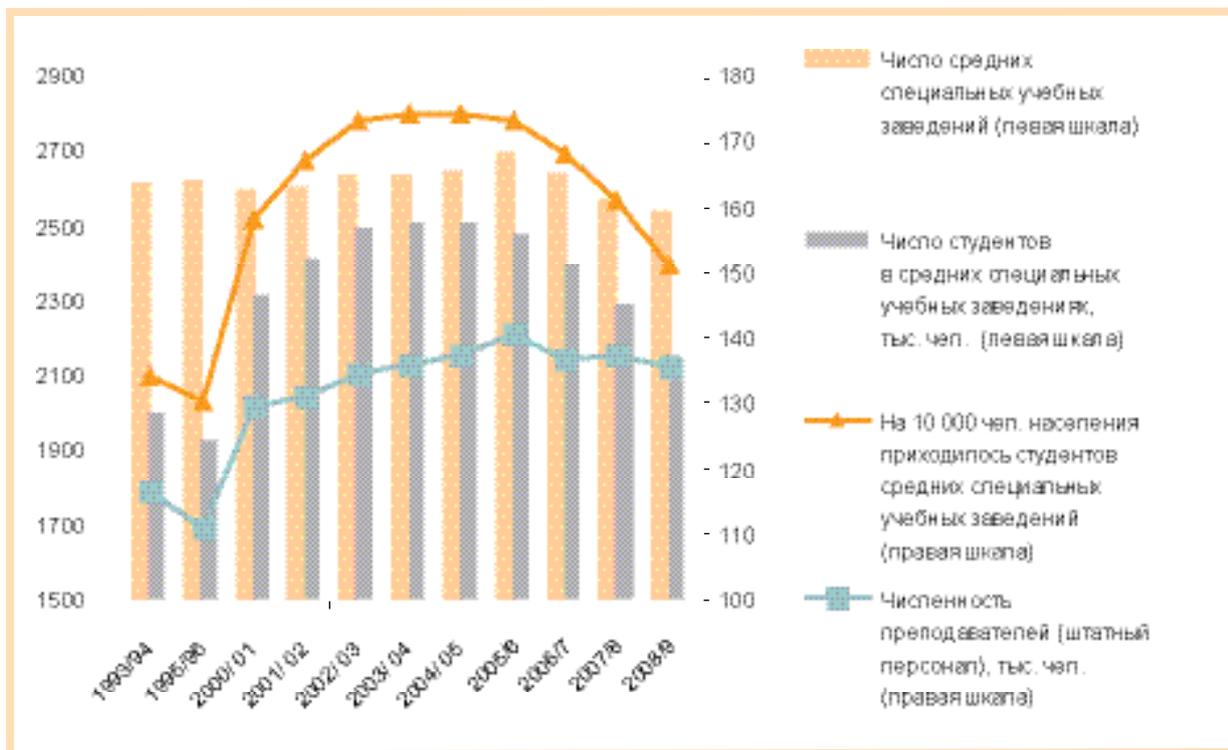
Источники: данные Росстата; Россия в цифрах.

Рисунок 3.7. Учреждения начального профессионального образования



Источники: данные Росстата; Россия в цифрах.

Рисунок 3.8. Государственные и муниципальные учебные заведения среднего профессионального образования (на начало учебного года)



Источники: данные Росстата; Россия в цифрах.

более остро стоит в сельской местности и в отношении наименее обеспеченных семей с детьми. Очевидно, что решить ее в рам-

ках действующей системы практически невозможно, что требует от государства развития новых, более гибких форм ухода

за детьми и более активной поддержки частных инициатив в этой сфере.

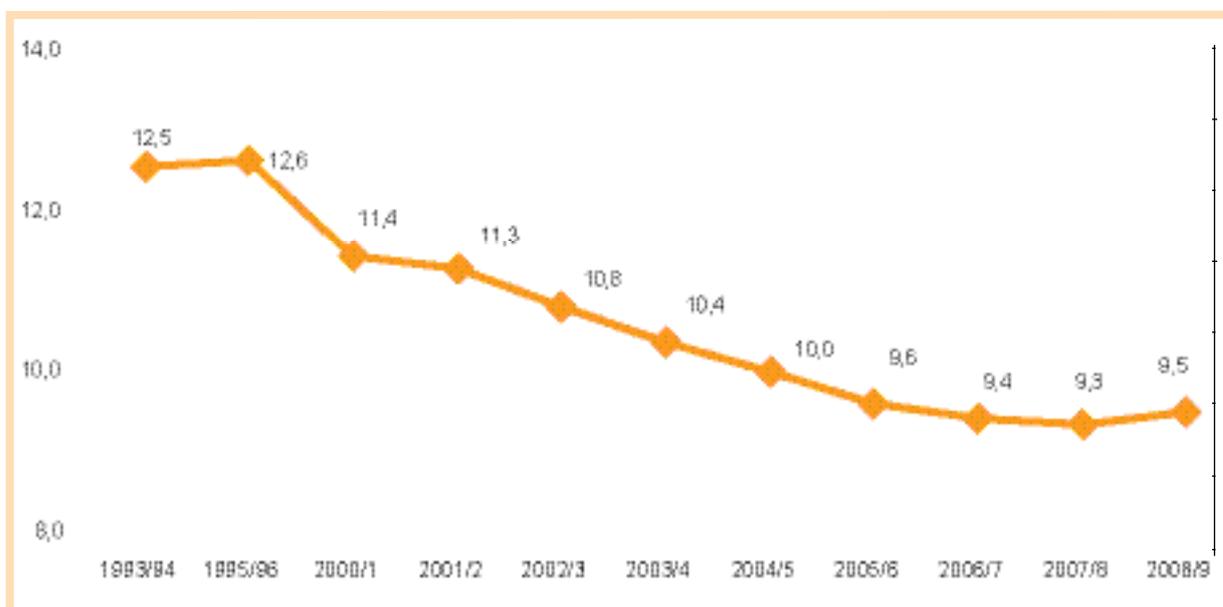
На рис. 3.9 представлено соотношение числа учащихся, приходящихся на 1 учителя. Этот показатель по европейским и американским меркам считается крайне низким даже с учетом российских расстояний и структуры расселения (в качестве нормы рассматриваются соотношения 15:1 для начальной школы, 25:1 – для основной, 20:1 – для старшей)⁴¹. Соответственно, можно сделать вывод, что действующая сеть школ нуждается в дальнейшей оптимизации.

По данным Росстата, в 2004 году впервые за 10 лет сократился прием в государственные и муниципальные учебные заведения среднего профессионального образования – на 12 тыс. человек, или на 1,4 % по сравнению с 2003 годом. В 2005 году сокращение достигло уже 41,6 тыс. человек, в 2008 году – уже 60 тыс. человек. Прием в вузы, начиная с 2000 года, стал стабильно превышать число выпускников средних школ (рис. 3.10).

С 2004 года выпуски из школ стали сокращаться, но прием в вузы с 2005 года практически стабилен. Тот факт, что разрыв между числом поступивших в вузы и окончивших среднюю школу увеличивается, свидетельствует о том, что началось интенсивное перераспределение абитуриентов между учебными заведениями среднего и высшего профессионального образования.

В России действует система бесплатного и платного высшего образования. В 2000 году фактически сравнялись величины бюджетного (бесплатного для граждан) и платного приема в государственные и муниципальные вузы. В последующие годы платный прием в государственные и муниципальные вузы стал превышать бюджетный (табл. 3.5). В 2005 году доля студентов, обучающихся на платной основе в общей численности студентов государственных и негосударственных вузов, превысила 60 %. В 2002 году государство начинает увеличивать бюджетный прием, чтобы несколько сгладить дисбаланс между платным и бесплатным приемами, но быстро

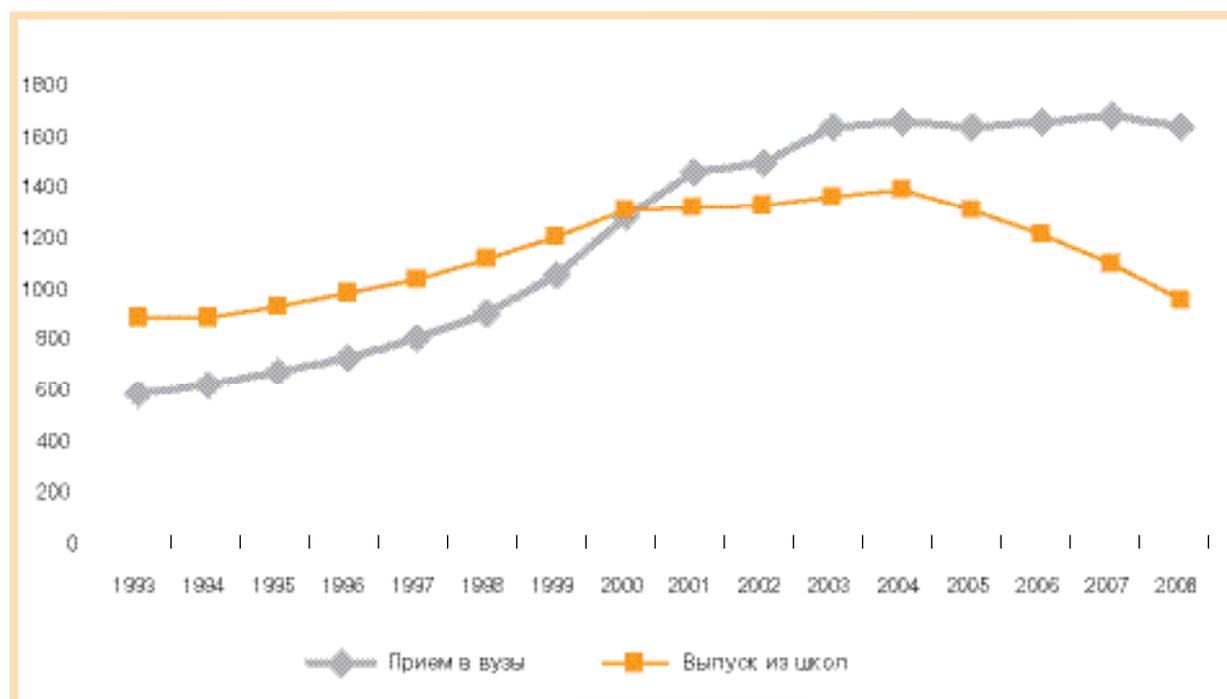
Рисунок 3.9. Соотношение учитель-ученик в общеобразовательных школах (число учащихся, приходящихся на 1 учителя)



Источники: данные Росстата; Россия в цифрах.

⁴¹ См., напр.: Образование в странах с переходной экономикой: задачи развития: Доклад Всемирного банка. – М., 2002.

Рисунок 3.10. Прием в вузы и выпуск из средних школ



Источники: данные Росстата; Россия в цифрах.

проигрывает эту битву и, учитывая демографические процессы, идет на снижение бюджетного приема. В 2005 году впервые с 2000 года сократился бюджетный прием в высшие учебные заведения.

В профессиональном образовании до последнего времени явно или неявно превалировала задача обеспечения его доступности для различных социальных групп населения, под которую оформи-

лись все организационно-экономические механизмы. После того, как эта задача была решена, в полной мере встал вопрос о качестве подготовки специалистов⁴². Можно ожидать, что теперь именно задача повышения качества начнет формировать требования к изменению экономики высшей школы. Все отчетливее встает вопрос не о формальной, а о реальной доступности качественного высшего образования для различных слоев и групп населения.

Таблица 3.5. Динамика приема в государственные и негосударственные вузы в 2000–2005 годах

Годы	Государственные и муниципальные вузы			Негосударственные вузы
	всего	бюджетный прием	платный прием	
2000/2001	1140,3	586,8	553,5	152,2
2001/2002	1263,5	587,9	675,6	198,2
2002/2003	1299,9	608,0	691,9	204,0
2003/2004	1411,7	622,6	789,1	231,7
2004/2005	1384,5	628,6	755,9	274,5
2005/2006	1362,7	609,7	753,0	268,0

Источники: данные Росстата; Россия в цифрах.

⁴² В последние годы требование повышения качества высшего образования все активнее звучит как требование работодателей.

ГЛАВА 4



© Джастин Джин

Равноправие и равенство мужчин и женщин
и расширение прав и возможностей женщин

Предоставление женщинам более широких возможностей и обеспечение их независимости, а также повышение их политического, социального и экономического статуса и укрепление их здоровья являются сами по себе весьма важными целями. Кроме того, это является неприемлемым условием достижения устойчивого развития... [Глава 4, раздел А-4.1]

Цели заключаются в том, чтобы:

а) добиться равноправия и равенства на основе гармоничных партнерских отношений между мужчинами и женщинами и предоставить женщинам возможность в полной мере реализовать свои способности;

б) обеспечить увеличение вклада женщин в устойчивое развитие посредством их полного вовлечения в процесс разработки политики и принятия решений на всех этапах и участия во всех аспектах деятельности в таких сферах, как производство, занятость, приносящие доход виды деятельности, образование, здравоохранение, наука и техника, спорт, культура и мероприятия в области народонаселения и в других областях, в качестве активных руководителей, участников и бенефициаров;

с) обеспечить, чтобы все женщины, а также мужчины получили образование, которое необходимо им для удовлетворения своих основных человеческих потребностей и осуществления своих прав человека. [Глава 4, раздел А-4.3]⁴³

4.1. Доступ мужчин и женщин к образованию и занятости

Принципы гендерного равенства, включая равный и свободный доступ мужчин и женщин к образованию всех уровней и к занятости, закрепленные еще в советских конституциях, были подтверждены в Конституции Российской Федерации 1993 года.

В молодых поколениях россиян женщины в целом образованнее мужчин. Однако, учи-

тывая разницу в продолжительности жизни мужчин и женщин, не удивительно, что по данным микропереписи 1994 года коэффициент неграмотности среди женщин составлял 2,6 %; среди мужчин – 0,5 %. Всеобщий охват начальным образованием не дифференцирован по полу, а по уровню общего и специального образования женщины уже превосходят мужчин. Если в 1994 году, по данным микро-

⁴³ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г.

переписи, доля мужчин, имеющих высшее образование, была несколько выше, чем доля женщин (138 и 130 на 1000 человек соответственно), то перепись населения 2002 года уже показала превышение доли женщин (163 женщины и 156 мужчин на 1000 человек). Текущая статистика свидетельствует о том, что в дальнейшем этот разрыв будет увеличиваться: доля девушек среди студентов вузов колеблется на уровне 54–57 % последние 15 лет. В этом отношении Россия следует общеевропейской тенденции: во всех странах Европейского Союза девушек, получающих высшее образование, больше, чем юношей. Однако на этапах послевузовского обучения (аспирантуры и докторантуры) мужчин пока больше, чем женщин.

Приведенные цифры скрывают неравномерное гендерное распределение учащихся по вузам и факультетам: в последние годы глубина феминизации традиционно женских специальностей, таких как педагогика или социальные науки, возросла, в то время как обучение техническим и потенциально высокодоходным специальностям (энергетика, нефтегазовый сектор, информатика) остается прерогативой мужчин. Неравный доступ наблюдается и в сфере дополнительного образования: основным препятствием для повышения квалификации является нехватка времени в связи с отсутствием сети социальных услуг и сверхзанятости женщин в домашнем хозяйстве и воспитании детей. Эти процессы свидетельствуют о гендерной асимметрии, в основе которой лежат процессы сегрегации и гораздо в меньшей степени дискриминации, как принято часто считать.

Россия остается страной с традицией массовой занятости женщин, чему в немалой степени способствуют как высокий уровень их образованности, так и относительно низкие размеры заработков, препятствующие массовому распространению модели семьи с одним кормильцем. Уровень занятости женщин экономически активных возрастов даже в посткризисный 1999 год не опускался ниже 52 % (уровень мужской занятости в то время составлял 63 %), а в 2007 году вырос до 59 %

(68 % у мужчин). В трудоспособном возрасте работали в 2007 году 71 % женщин (16–54 лет) и 75 % мужчин (16–59 лет).

Вместе с тем рост занятости в начале 2000-х годов обеспечивался за счет лиц средних и старших трудоспособных возрастов и, особенно, младших пенсионных возрастов. Напротив, занятость молодежи обоих полов продолжала снижаться, что отражало растущую включенность молодых людей в систему профессионального образования, включая высшее, а также определенные барьеры на вход на рынок труда.

Дополнительным фактором, ограничивающим занятость молодых женщин, выступает рождение детей. В результате, разрыв в уровне занятости между мужчинами и женщинами увеличивается до 29 лет, после чего начинает снижаться и к 40–49 годам почти исчезает. Резкое сокращение занятости женщин в возрасте от 55 лет обусловлено их выходом на пенсию, который в соответствии с российским законодательством происходит на 5 лет раньше, чем у мужчин: пенсионный возраст женщин равен 55 годам, мужчин – 60 годам.

Данные социологических обследований показывают: чем больше детей у женщины, тем меньше шансов, что она будет работать. Вместе с тем анализ показал, что значение имеет не только и не столько число детей, сколько их возраст. По исследованиям НИСП в 2004 году, пока ребенку не исполнился год, работает менее 10 % женщин. С детьми от года до двух работает примерно каждая пятая. Среди матерей детей 2–3 лет заняты уже почти две трети. Большинство оставшихся выходит на работу после достижения ребенком трех лет. Таким образом, продолжительность перерывов в женской занятости в связи с рождением ребенка тесно связана с продолжительностью оплачиваемого и неоплачиваемого отпусков по уходу за ребенком. Дополнительными факторами, отодвигающими возвращение женщины на рынок труда до тех пор, пока ребенку не исполнится 3 года, выступают ограниченное предложение качественных услуг по уходу за детьми до 3 лет и недостаток рабочих мест с гибкой и непол-

ной занятостью. Напротив, массовый выход на рынок труда женщин с детьми старших возрастов связан с невысокими уровнями заработков и пособий на детей в России, не позволяющими семье с детьми существовать на доходы только одного из родителей.

Вопреки распространенному представлению и в отличие от многих других стран со сходным уровнем развития у российской безработицы не «женское лицо». Женщины, действительно, чаще мужчин регистрируются в качестве безработных в службах занятости, однако показатели зарегистрированной безработицы в России никогда не были высокими и значительно отставали от открытой безработицы, рассчитываемой по рекомендации МОТ. Напротив, уровни общей безработицы всегда были немного выше у мужчин, чем у женщин. В 2008 году уровень общей безработицы среди мужчин составил 7,5 % экономически активного населения, а среди женщин – 6,4 %. Тем не менее, в отличие от мужчин женщины дольше остаются в рядах безработных. В конце концов, часть из них уходит с рынка труда, причем не всегда добровольно.

Устойчивая профессиональная и отраслевая сегрегация, сформированная еще на этапе получения образования, выступает одной из предпосылок формирования неравного социально-экономического положения мужчин и женщин. Мужчины и женщины тяготеют к занятиям разными видами деятельности и различным профессиям. Причем в ряде секторов гендерная сегрегация занятости за последние годы усилилась. В этом смысле ситуация в России напоминает скандинавские страны, в которых также высокие уровни женской занятости сочетаются с не менее высокими уровнями сегрегации рынка труда по полу.

Экономическая отдача от человеческого капитала у женщин существенно ниже, чем у мужчин, причем этот разрыв не сокращается по мере увеличения уровня образования. Эта проблема стала особенно актуальной при внедрении платного образования, так как при выборе, кому оплачивать обучение: сыну или дочери, – родители чаще выбирают сына.

Тем не менее, общий уровень гендерных различий в заработной плате в России сопоставим с уровнем, наблюдаемым во многих развитых странах. По данным статистики, в 1999–2007 годах среднемесячная заработная плата женщин составляла 63–65 % заработков мужчин⁴⁴. Основной вклад в формирование этого разрыва вносит неравномерное распределение мужчин и женщин по отраслям, профессиям и режимам занятости.

Доля различий в заработной плате, отражающая гендерную дискриминацию, составляет, по разным экспертным оценкам, 15–18 % от средней заработной платы мужчин⁴⁵, или 52 % от разрыва в средних заработных платах⁴⁶. Проблема преодоления профессиональной сегрегации, равно как и «стеклянного потолка» карьеры женщины на рынке труда, – во многом проблема институтов, различий в неформальных нормах и правилах для мужчин и женщин в масштабах как всего общества, так и отдельных сообществ – профессиональных или отраслевых⁴⁷.

Основные представители группы риска бедности – женщины, работающие и самостоятельно воспитывающие одного или несколько детей, а также одинокие пенсионерки. Среди мужчин риск попадания в категорию населения с доходами ниже прожиточного минимума меньше: это наиболее маргинализированные

⁴⁴ Статистические данные о гендерном неравенстве в заработках публикуются с 1997 г.

⁴⁵ Ощепков А. Ю. Гендерные различия в оплате труда в России. [Препринт WP3/2006/08]. – М.: ГУ-ВШЭ, 2006.

⁴⁶ Как справедливо отмечает С. Ю. Рошин, не весь этот разрыв следует приписывать проявлениям дискриминации. Отчасти он отражает недостаточно полный учет иных факторов неравенства в заработках. См.: Рошин С. Ю. Гендерное равенство на рынке труда, в чем оно? / Гендерное равенство и расширение прав и возможностей женщин в России в контексте Целей развития тысячелетия. 2003.

⁴⁷ Мальцева И. О. Гендерная сегрегация и мобильность на российском рынке труда / Под ред. И. О. Мальцева, С. Ю. Рошина. – М.: ГУ-ВШЭ, 2006.

слои – длительно безработные, бывшие заключенные, больные алкоголизмом, и те, чье детство прошло вне семьи.

Пенсионная система сглаживает различия между мужчинами и женщинами на рынке труда. Происходит это по нескольким причинам. Действующие пенсионные формулы способствуют перераспределению в пользу женщин. Женщины в силу существенно большей продолжительности жизни, чем у мужчин, дольше получают пенсию из государственной пенсионной системы. Кроме того, несмотря на то, что они выходят на пенсию на пять лет раньше мужчин, согласно пенсионным правилам, действовавшим до 2002 года, необходимый трудовой стаж, позволяющий претендовать на полный размер пенсии, также был на пять лет меньше. В новой пенсионной

системе пенсионные права также ориентируются на меньший трудовой стаж у женщин. Наконец, гендерный разрыв в объеме пенсионных прав сглаживается из-за того, что российские женщины реже, чем мужчины, заняты на неформальных рабочих местах, в малом бизнесе и предпринимательстве. В результате, в настоящее время разрыв в пенсиях между мужчинами и женщинами варьирует в пределах примерно 10 %.

Итак, главная сфера, в которой поддерживается и воспроизводится гендерная асимметрия, – это сфера занятости. Она имеет устойчивый характер, обусловленный целым комплексом выгод и издержек для мужчин и женщин, поэтому политика гендерного равенства должна быть направлена на преодоление ее негативных последствий.

4.2. Равноправие мужчин и женщин в семье

Состояние в браке и совместное проживание нескольких поколений в одном домашнем хозяйстве оказываются тесно связанными с социально-экономическим статусом домохозяйства. Неполные семьи с детьми и другими родственниками концентрируются внизу социальной пирамиды, тогда как на ее вершине преобладают нуклеарные семьи из двух состоящих в зарегистрированном браке партнеров с детьми или без них.

Усилению неравенства способствует неоднородность брачно-партнерских союзов по уровню образования. В высоких социально-экономических группах населения доминируют супружеские пары с двумя работающими и имеющими высшее образование партнерами. Напротив, в низших социально-экономических стратах супружеские пары представлены партнерами с низким уровнем

образования и зачастую неработающим или мало зарабатывающим мужчиной⁴⁸.

В домохозяйствах с совместно проживающими партнерами «основным добытчиком» по-прежнему остается мужчина. Вклад доходов женщин в семейный бюджет почти не меняется от страты к страте и составляет немногим более трети всех доходов домохозяйства (36 %) ⁴⁹. По-прежнему доход мужчины тесно связан с материально-имущественным положением семьи – чем выше вклад мужчины в бюджет домохозяйства, тем выше на социальной лестнице окажется эта семья. Однако отношение зарплаты жены к зарплате мужа увеличивается в нижних стратах.

Но если мужчина – основной кормилец семьи, то женщина – ее главный управленец. Рос-

⁴⁸ Результаты получены в рамках проекта «Методология анализа среднего класса и институциональные условия его роста» (при поддержке ИНСОП, руководитель проекта – Т. М. Малева).

⁴⁹ Другие исследования показывают уровень в 30–70 % дохода, который вкладывает в семейный бюджет женщина. См.: *Калабина И. Е.* Гендерные вопросы в России в конце XX века: фокус-групповое исследование в городской и сельской местности. – М.: Акисфлат, 2004.

сийские женщины по-прежнему выполняют основную часть работы по дому и принимают большинство текущих решений, в том числе касающихся повседневных трат. Женщины занимаются приготовлением пищи, мытьем посуды, стиркой, заполнением счетов для оплаты коммунальных услуг, текущей уборкой, повседневными покупками и пр. Мужчины отвечают в основном лишь за мелкий ремонт в доме и помогают с покупкой продуктов. Совместно в большинстве семей происходит лишь организация досуга.

Также обстоит дело и с воспитанием детей. Решение о том, как воспитывать детей родители в большинстве семей принимают совместно. Однако ухаживают за детьми в основном матери. Участие отцов в уходе за детьми заметно возрастает лишь в многодетных семьях. В результате, затраты времени на домашний труд у российских женщин превышают труд мужчин более чем вдвое (средние затраты в неделю у женщин составляют 30,3 часов, у мужчин – 14,0 часов)⁵⁰. Таким образом, российские женщины по-прежнему несут двойное бремя нагрузки на рынке труда и в семье, что оставляет им существенно меньше времени, которое можно было бы использовать для инвестиций в собственный человеческий капитал⁵¹.

Несмотря на то, что мужчины зарабатывают больше, чем женщины, распоряжение деньгами в российских семьях происходит преимущественно совместно. 56 % мужчин и 74 % женщин считали, что женщины должны иметь право самостоятельно распоряжаться деньгами, которые они заработали, не спра-

шивая разрешения партнера. Деньгами всей семьи женщины распоряжаются менее чем в трети домохозяйств. Более чем в половине семей партнеры имеют совместный бюджет. И лишь менее чем в каждом одиннадцатом домохозяйстве бюджет находится в руках мужчины. Более того, следует отметить, что практика совместных бюджетов и самостоятельного распоряжения деньгами каждым из партнеров приобретает все большее распространение.

Доминирующая роль российских женщин в управлении делами семьи сказывается на отношениях супругов после развода. Несмотря на закрепленные в Семейном кодексе РФ равные права родителей в отношении своих детей, 50 % мужчин и 71 % женщин считают, что в случае развода для ребенка лучше оставаться с матерью, чем с отцом. Не согласны с этим утверждением лишь 5 % женщин и всего 13 % мужчин. Практически всегда дети действительно остаются с матерью⁵².

После развода, по ответам мужчин в обследовании НИСП⁵³, только треть из них часто⁵⁴ видит своих детей, 42 % встречается с ними лишь изредка, а 26 % не видит их вообще⁵⁵. Стоит обратить внимание, что если до 1995 года в законодательстве РФ было прописано обязательство родителя принимать участие в воспитании ребенка, то сейчас, согласно новой редакции Семейного кодекса РФ, он лишь имеет на это право⁵⁶.

Устранение отцов от воспитания детей после развода не в последнюю очередь сказывается и на ситуации с выплатой алиментов, которая

⁵⁰ Мезенцева Е. Б. Мужчины и женщины в сфере домашнего труда: логика экономической рациональности против логики гендерной идентичности? / В кн.: Гендерное равенство: поиски решения старых проблем. – М.: МОТ, 2003.

⁵¹ Роцин С. Равны ли женщины мужчинам? Часть II // Демоскоп Weekly. 2005. № 221–222 (7–20 нояб.).

⁵² Прокофьева Л. М., Валетас М.-Ф. Отцы и их дети после развода // Социологические исследования. 2002. № 6.

⁵³ Обследования НИСП «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» (РидМиЖ): 1-я волна (11 261 чел. 18–79 лет) – 2004 г.; 2-я волна (11 117 чел. 18–82 лет) – 2007 г. Подробнее об обследовании: <http://www.socpol.ru/gender/about.shtml>

⁵⁴ Часто – каждую неделю или раз в две недели; редко – раз в месяц или реже; никогда – не видел детей уже несколько лет или ни разу с момента развода.

⁵⁵ Корчагина И. И., Прокофьева Л. М. Цит.соч. С. 63–64.

⁵⁶ Прокофьева Л. М., Валетас М.-Ф. Цит. соч.

хотя и улучшается по сравнению с 1990-ми годами, все же до сих пор остается сложной. В 2004 году каждая третья женщина с детьми после развода не получала алиментов в течение предшествовавшего опросу года, а по ответам мужчин не платили алименты 22 % разведенных отцов.

Подчеркнем, что все эти выводы основаны на данных разрозненных выборочных социологических обследований. В отличие от ген-

дерной статистики в области образования и занятости на рынке труда, в которой за последние годы достигнут определенный прогресс, статистическая информация о равенстве мужчин и женщин в семье отсутствует. В России – в отличие от большинства развитых стран – не проводятся ни регулярные масштабные выборочные обследования бюджетов времени, ни обследования по проблемам семьи. Дефицит информации затрудняет оценку прогресса в этом направлении.

4.3. Равенство мужчин и женщин в социальной политике

Согласно рекомендациям МОТ (№ 165, № 191), развитие социальной политики на нынешнем этапе должно идти по пути перехода от позитивной дискриминации для защиты материнских функций к равенству возможностей на рынке труда, включающей, в том числе, преодоление заниженной оценки женских рабочих мест и равенство возможностей для работников с семейными обязанностями. Соответствующие положения Конвенции МОТ № 156 о равном обращении и равных возможностях для трудящихся с семейными обязанностями включены в Трудовой кодекс РФ.

В России продолжают действовать такие меры позитивной дискриминации в отношении женщин на рынке труда, как запрет работы на вредных и тяжелых производствах и на некоторые виды профессиональной деятельности (в промышленности, строительстве и транспорте, в том числе, запрет на работу водителем-дальнобойщиком).

На российском рынке труда действует ряд мер, направленных на облегчение совме-

ния материнства и занятости. Это специальные условия для работающих беременных женщин и для женщин с маленькими детьми (необходимость письменного разрешения для командировок, сверхурочных работ и ночных смен, ограничения на увольнение по инициативе работодателя и т. д.). На мужчин данные условия распространяются, если они в одиночестве воспитывают детей до 5 лет. К другим мерам, облегчающим положение женщины с ребенком на рынке труда, относится разработанная в 2009 году Рострудом федеральная программа «Профессиональное обучение женщин, имеющих детей в возрасте до трех лет, на 2009–2011 годы»⁵⁷. Обратной стороной медали становится склонность работодателей к тому, чтобы не нанимать работников, подпадающих под эти гарантии или имеющих шанс попасть под них (например, молодые бездетные женщины, особенно замужние), что является проявлением дискриминации при приеме на работу⁵⁸.

Одним из направлений социальной политики, позволяющей совмещать карьеру и материн-

⁵⁷ За 2009–2011 годы планируется переобучить или повысить имеющуюся квалификацию 720 тыс. женщин по всей России, распределение по регионам проводится после социологических обследований, направленных на выявление числа нуждающихся в переобучении женщин с детьми до 3 лет. Обследования были проведены в ряде регионов в 2008 году (Оренбург, Бурятия и др.). Данные о ходе реализации есть пока только по отдельным регионам: Новосибирск (276 женщин приступили к переобучению), Красноярск (1630 женщин будет обучено за 2009–2011 годы), Республика Бурятия (370 женщин за 2009–2011 годы).

⁵⁸ См., напр.: *Petit P.* The effects of age and family constraints on gender hiring discrimination: A field experiment in the French financial sector // *Labour Economics*. Vol. 14, Issue 3, June 2007; *Локишина Т., Лукашевский С.* Дискриминация женщин в современной России // *Права человека в Российской Федерации: Доклад о событиях 2002 г.* – М.: Моск. Хельсинк. группа, 2003.

ство, может стать расширение практики предоставления женщинам возможности работать неполный рабочий день. В то же время переход на неполную занятость может привести к сегрегации женщин в данном сегменте и к усилению разрыва в заработной плате за счет более низких требований к человеческому капиталу и более низкой оплачиваемости в этой сфере⁵⁹.

Эффективное решение данной проблемы может идти не столько по пути законодательного регулирования рынка труда, сколько по пути развития сферы институциональных услуг по уходу за детьми. С начала 1990-х годов число детских дошкольных учреждений стало резко сокращаться, причем эта тенденция не прекратилась и с ростом числа рождений в 2000-х годах. В сочетании с неравномерным распределением этих учреждений по регионам и муниципалитетам это привело к резкому увеличению числа детей, стоящих в очереди для определения в дошкольные учреждения. Ситуация усугубляется крайне слабым развитием альтернативных форм профессионального ухода за детьми (няни, гувернантки и т. п.), которые доступны пока лишь наиболее обеспеченным жителям мегаполисов⁶⁰. В результате выход женщины на работу после рождения ребенка затруднен.

Такие меры семейной политики, как отпуска по уходу за ребенком, первоначально были закреплены только за женщинами. При всеобщей полной занятости они официально считались мерами по «созданию наиболее благоприятных условий для совмещения женщинами профессиональных и семейно-бытовых обязанностей». С середины 1980-х годов началась постепенная переадресация системы социальных льгот, предназначенных для женщин, на всех работников с семейными обязанностями – сначала было разрешено

оформление на отцов листков по временной нетрудоспособности в связи с необходимостью ухода за больным ребенком, а позже материнский отпуск по уходу за ребенком стал родительским.

В 1997 году Россия ратифицировала Конвенцию МОТ № 156 «О равном обращении и равных возможностях для трудящихся мужчин и женщин: трудящихся с семейными обязанностями». Трудовой кодекс Российской Федерации, в свою очередь, содержит специальную главу «Особенности регулирования труда женщин, лиц с семейными обязанностями», которая гарантирует предоставление отпуска любому из родителей ребенка (или другим родственникам). Это право родственников осуществлять уход за ребенком является производным от права матери. Если мать до родов нигде не работала, не служила, не получила профессиональное образование, то она не может воспользоваться отпуском по уходу за ребенком, а соответственно и другие родственники тоже.

Несмотря на реформы в системе социальной защиты населения, мужчины почти не пользуются своими правами: с учетом низкого потолка пособий временный уход мужчины с рынка труда приводит к большим потерям дохода домохозяйства, чем уход женщины. Так, в 2000 году только 2,3 % мужчин с детьми до 1,5 лет и 3,2 % мужчин с детьми 1,5–3 лет воспользовались правом на такой отпуск. Внедрение краткосрочных «отцовских отпусков», принятых в скандинавских странах, скорее всего, в России не сделало бы их популярными в связи с гендерными стереотипами и слабой информированностью населения.

Связанной с рынком труда сферой социальной политики, в которой наблюдается гендерная асимметрия, является пенсион-

⁵⁹ См., напр.: *Ermisch J. F., Wright R. E.* (1993). Wage Offers and Full-time and Part-time Employment by British Women // *The Journal of Human Resources*. Vol. 28; *Cuesta M. B., Carcedo J. M.* (2008). Maternity and working life: reconsidering the effectiveness of part-time employment // *Economic analysis WP 7/2008*.

⁶⁰ *Синяевская О. В., Гладникова Е. В.* Потребление услуг по уходу за детьми российскими домохозяйствами // *Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе / Под научн. ред. Т. М. Малевой, О. В. Синяевской.* – М.: НИСП, 2007.

ное обеспечение⁶¹. Во-первых, в настоящее время в России сохраняется дифференциация возраста выхода на пенсию (для женщин 55, для мужчин 60 лет), в связи с чем продолжительность трудовой деятельности женщин оказывается короче, чем у мужчин. Помимо этого, из времени, потраченного на уход за ребенком (детьми), только 1,5 года попадают в общий страховой стаж (и не более 3 лет для нескольких детей⁶²). В настоящее время существует влияние стажа на размер пенсионных отчислений, но постепенно оно будет ослабевать с одновременным усилением влияния размера индивидуальной заработной платы, также дифференцированной по полу работника. Во-вторых, разрыв в ожидаемой продолжительности жизни приводит к тому, что пенсионный период в жизни женщины дольше, а значит средний размер пенсии ниже. Таким образом, накопительный принцип пенсионного обеспечения не приводит к увеличению равноправия мужчин и женщин в пенсионной сфере.

Социальная поддержка лиц с семейными обязанностями постепенно становится гендерно нейтральной. Система пособий по уходу за ребенком подразумевает возможности их получения отцом ребенка в тех случаях, когда это возможно (не относится к пособию по беременности и родам). Пособия по уходу за ребенком может получать любое лицо, фактически осуществляющее уход (мать, отец или другие родственники⁶³). Социально-демографическая политика стимулирования рождаемости гендерно асимметрична, т. к. направлена на увеличение вторых и последующих рождений в расчете на одну женщину. В частности, принятый в 2006 году закон о материнском (семей-

ном) капитале первоначально подразумевал возможности его использования женщиной, родившей (усыновившей) второго и/или третьего ребенка, а мужчиной – в тех случаях, когда он является отцом ребенка, мать которого умерла или лишена родительских прав, или когда он единственный усыновитель. Только с нововведениями от 13 января 2009 года появилась возможность его использования отцом (в зарегистрированном браке) – с письменного разрешения матери, получившей сертификат на материнский капитал.

В 2002 году Министерством труда и социального развития был предложен проект Гендерной стратегии Российской Федерации⁶⁴, разработанный в рамках российско-канадского проекта «Женщины и реформа рынка труда в России». В ряде регионов также есть проекты региональных гендерных стратегий. Правительством Российской Федерации был утвержден Национальный план действий по улучшению положения женщин и повышению их роли в обществе на 2001–2005 годы (заменивший аналогичный план до 2000 года, утвержденный в 1996 году, и выполненный частично⁶⁵). План не имел отдельного бюджета, на дальнейшие годы разработан не был. В стадии разработки находится проект Федерального закона «О государственных гарантиях равных прав и свобод и равных возможностей мужчин и женщин в Российской Федерации».

Внедрение и развитие гендерного подхода сопровождается преодолением сложившихся ранее стереотипов. Но в целом можно говорить о том, что социальная политика в России под давлением общественных инициатив включает в себя все больше элементов равноправия мужчин и женщин.

⁶¹ Баскакова М. Е., Баскаков В. Н. Гендерные аспекты пенсионного страхования в России // Пенсионные фонды. 1997. № 1 (9).

⁶² Пп. 3 п. 1 ст. 11 № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях». В общий трудовой стаж попадают все 3 года, но он по новому пенсионному законодательству не влияет на размер пенсии: <http://www.trudprava.ru/index.php?id=1264>

⁶³ В т.ч. пособие для неработающих, если отец (мать) не получают пособия по уходу как работающие.

⁶⁴ Не вступила в силу.

⁶⁵ Национальный механизм улучшения положения женщин в России: Доклад к 43-й сессии Комиссии ООН по положению женщин: http://www.owl.ru/win/docum/ff/naz_mech/gl2.htm

4.4. Участие женщин в управлении, общественной и политической жизни

Представительство женщин в политической власти в России остается низким. Причина этому, как правило, кроется в процессе выдвижения кандидатов на выборах, а не в желании и готовности населения отдавать свои голоса за баллотирующихся на пост женщин⁶⁶. Причинами неактивного участия женщин в политическом управлении страной являются: недостаток у женщин политического, экономического и культурного капитала, накопленного в дореформенное время, слабость и раздробленность женского движения, меньшая поддержка женщин со стороны истеблишмента, господствующие двойные стандарты.

Выше перечисленные факторы в большей степени относятся к политическим препятствиям для женщин на пути к управлению страной. В то же время существуют идеологические и психологические причины⁶⁷. Среди них – сложившиеся в обществе в процессе социализации традиционно мужские и женские роли, неуверенность женщин в себе для участия в выборах, общее негативное восприятие политики женщинами. Однако существует и противоположное мнение о том, что «недостаточно быстрое продвижение женщин во власть больше говорит о политической консервативности и слабой демократизации всего российского общества, нежели о слабости самих женщин»⁶⁸.

За последние 15 лет доля женщин в Государственной Думе Российской Федерации варьирует от 7,6 % до 15,1 % (табл. 4.1). Однако, несмотря на то, что в период 2000–2004 годов в парламенте страны было практически в 2 раза меньше женщин по сравнению с сегодняшним

днем (7,6 % в 2000–2004 годах против 14,0 % в 2007 году), место в мировой классификации по данному показателю не изменилось. Россия продолжает по представительству женщин в Государственной Думе оставаться на уровне как ниже среднеевропейского, так и африканских стран и стран Тихого океана.

В состав депутатов Государственной Думы созыва 2008–2011 годов по состоянию на 1 января 2008 года входили от 7 % женщин (Коммунистическая партия Российской Федерации) до 29 % от партии «Справедливая Россия: Родина/Пенсионеры/Жизнь». Самая многочисленная партия «Единая Россия» (315 человек из 450 в составе депутатов) имеет в своем составе 14 % женщин-депутатов⁶⁹.

Состав депутатов законодательных (представительных) органов государственной власти состоит из 11 % женщин и варьирует от 0 % (Пензенская область, Магаданская область) до 38–42 % (Еврейская автономная область и Чукотский автономный округ соответственно) женщин.

Сегодня состав Правительства РФ состоит из 26 членов и представлен тремя министрами-женщинами. Это является максимальным за историю РФ числом женщин в структуре органов исполнительной власти. Если обратиться к региональным организациям исполнительной власти, то в период 1997–1998 годов в президиуме республик и представительстве правительств республик не было представлено ни одной женщины⁷⁰. Среди 67 глав администраций краев, областей и автономных округов

⁶⁶ Андреевкова А. В. Причины низкого представительства женщин в выборных органах власти в России и на Украине в 1990-е годы // Гендерная реконструкция политических систем / Ред.-сост. Н. М. Степанова и Е. В. Кочкина. – СПб.: Алетейя, 2004.

⁶⁷ Гендерные проблемы в России (по национальным публикациям 1993–2003 годов). – М.: Алекс, 2004.

⁶⁸ Малышева М. М. Гендерное наполнение политического пространства России // Гендерные стереотипы современной России / Сост., общ. ред. И. Б. Назарова, Е. В. Лобза. – М.: МАКС Пресс, 2007.

⁶⁹ Женщины и мужчины России – 2008: Стат. сб. / Росстат: Федеральная служба гос. статистики. – М., 2008.

⁷⁰ Кочкина Е. В. Женщины в российских органах власти // Общественные науки и современность. 1999. № 1. С. 173–183.

Таблица 4.1. Представительство женщин в Парламенте страны

Дата	Доля женщин в Государственной Думе РФ	Место России в мировой классификации по доле женщин в парламенте страны*
1993–1996 гг.**	15,1	–
25 декабря 1997 г.	10,2	45
10 августа 1998 г.	10,2	53
10 ноября 1999 г.	10,2	59
15 декабря 2000 г.	7,7	76
5 декабря 2001 г.	7,6	84
23 декабря 2002 г.	7,6	94
30 декабря 2003 г.	7,6	94
31 декабря 2004 г.	9,8	85
31 декабря 2005 г.	9,8	100
30 декабря 2006 г.	9,8	98
31 декабря 2007 г.	14,0	84
31 декабря 2008 г.	14,0	82
31 июля 2009 г.	14,0	81

Источники: сайт межпарламентского союза; URL: <http://www.ipu.org/wmn-e/classif-arc.htm>

* Данные представлены по 177–189 странам в зависимости от года.

** Гендерные проблемы в России (по национальным публикациям 1993–2003 годов). – М.: Алекс, 2004. С. 131–132.

субъектов РФ насчитывается одна женщина. Таким образом, в условиях равной с точки зрения законодательства реализации возможностей избирать и быть избранным мы наблюдаем очень слабое представительство женщин в органах власти (табл. 4.2).

В органах судебной власти ситуация с представительством женщин обстоит не намного лучше. На сегодняшний день из 19 судей Конституционного Суда РФ только трое являются женщинами: две и одна в каждой из палат⁷¹. В 1995 году их было две. Однако доля

работников-женщин в органах судебной власти и прокуратуры, а также федеральных органах исполнительной власти составляет 78 и 70 % соответственно⁷², что подтверждает преобладание женщин на бюджетных местах.

Государственная поддержка женщин по реализации их политических свобод за прошедшие 15 лет была минимальной. Президентом РФ были рассмотрены ряд указов, постановлений, законов в поддержку прав женщин, однако все они утратили силу⁷³. На сегодняшний день нет официальных действующих документов,

⁷¹ Официальный сайт Конституционного Суда Российской Федерации: www.ksrf.ru

⁷² Женщины и мужчины России – 2008: Стат. сб. / Росстат: Федеральная служба гос. статистики. – М., 2008.

⁷³ Указы Президента Российской Федерации от 04.03.1993 г. № 337 «О первоочередных задачах государственной политики в отношении женщин»; от 18.06.1996 г. № 932 «О Национальном плане действий по улучшению положения женщин и повышению их роли в обществе до 2000 года»; от 30.06.1996 г. № 1005 «О повышении роли женщин в системе федеральных органов государственной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации»; постановления Правительства Российской Федерации от 08.01.1996 г. № 6 «О концепции улучшения положения женщин в Российской Федерации»; от 26.08.1996 г. № 1014 «Об одобрении и внесении на рассмотрение в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации Конвенции о равном обращении и равных возможностях для трудящихся мужчин и женщин: трудящиеся с семейными обязанностями»; от 29.08.1996 г. № 1032 «Об утверждении Национального плана действий по улучшению положения женщин и повышению их роли в обществе до 2000 года».

Таблица 4.2. Распределение по полу занятости на государственных должностях федеральной государственной службы и государственной службы субъектов Российской Федерации, %

Должности	2001		2007	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
Государственные должности федеральной государственной службы				
Высшие	12	88	17	83
Главные	23	77	33	67
Ведущие	67	33	68	32
Старшие	73	27	71	29
Младшие	88	12	84	16
Государственные должности государственной службы субъектов Российской Федерации				
Высшие	28	72	33	67
Главные	46	54	55	45
Ведущие	64	36	70	30
Старшие	75	25	79	21
Младшие	87	13	90	10

Источники: рассчитано на основе данных: Мужчины и женщины России. 2008: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008; Рощин С. Ю., Зубаревич Н. В. Гендерное равенство и расширение прав и возможностей женщин в России в контексте Целей развития Тысячелетия ООН: Доклад. 2005.

направленных на политику увеличения числа женщин в политической структуре государства.

На выравнивание социально-экономического положения мужчин и женщин рассчитана схема построения гендерного бюджета. В Российской Федерации обращение к тематике гендерных

бюджетов началось в 2002–2003 годах и в течение 2004–2006 годов при поддержке ЮНИФЕМ шла реализация проекта «Гендерные бюджеты в России», цель которого – повышение участия женщин в процессах принятия государственных решений по распределению бюджетных средств на национальном и региональном уровнях⁷⁴.

4.5. Насилие на гендерной почве

Насилием на гендерной почве, в первую очередь, называют насилие над женщинами. Принято выделять четыре вида насилия:

физическое, сексуальное, психологическое и экономическое⁷⁵. В России не существует официальной статистики по распространен-

⁷⁴ Подробнее о проекте см., напр.: Глебова Л. Н. Гендерный анализ и гендерный бюджет: инструменты для экономического развития // 6-я Европейская конференция министров по вопросам равенства между мужчинами и женщинами «Права человека и экономические проблемы в Европе – гендерное равенство». – Стокгольм (Швеция), 2006 (8–9 июня).

⁷⁵ Психологическое/эмоциональное насилие – насилие с применением словесных и психических средств, принижение достоинства женщины, оскорбления, пренебрежительное отношение, ведущее к утрате самоуважения, упреки, брань, в том числе нецензурная, грубость, запугивание. Экономическое насилие – лишение ресурсов, запрещение работать, контроль за расходами, финансовый контроль и зависимость, ограничение, отказ в деньгах, обязательные процедуры отчетов о потраченных средствах, сокрытие доходов, изъятие денег. Физическое насилие – избивания, побои, рукоприкладство, пытки, истязания, нарушение неприкосновенности, толчки, пощечины, удары кулаком, нападения, нанесение травм, увечий, поджоги, изоляция, неоказание помощи, запугивание жестами, действиями, уничтожение предметов обихода, применение оружия. Сексуальное насилие – секс без обоюдного согласия, против желания, с применением физической силы, угроз, запугивания, насильственное совершение полового акта, после побоев, секс как средство унижения и оскорбления. См.: Горшкова И. Д., Шурыгина И. И. Насилие над женщинами в современных российских семьях. – М., 2003.

ности насилия на гендерной почве. Однако, по данным правоохранительных органов, 30–40 % тяжких насильственных преступлений совершаются именно в семье. Также жертвы семейных преступлений составляют наиболее многочисленную группу среди пострадавших от любых преступлений⁷⁶.

Согласно социологическим опросам, 91 % женщин считает проблему насилия на гендерной почве острой для России, среди мужчин 82 % отмечает серьезность данной проблемы⁷⁷. Однако масштаб этого явления преувеличен за счет слишком широкой трактовки данного понятия. Мужчинами под насилием понимаются физически насильственные действия (избиение, побои, угроза применения физической силы, причинение боли и т. д.), в то время как в ряде случаев женщинами под насилием воспринимается недооценка их вклада в работу по дому, в воспитание детей и пр.

Безусловно, наиболее серьезным является физическое насилие. В 2002 году, по результатам проведенного исследования «Насилие над женами в современных российских семьях», в 56 % семей имели место случаи угрозы или реального нападения на жену в семье. Причем наблюдается тенденция, что мужчина, однажды ударивший женщину, прибегнет к этому еще раз⁷⁸. Однако, в зависимости от источника данных, оценки физического насилия варьируют. Это происходит в большей степени из-за различий в методологии и методике проведения опросов. Разброс оценок изменя-

ется от 13 %⁷⁹ подвергавшихся насилию женщин до 25–26 %⁸⁰.

Экономическое насилие возникает в семьях по большей части из-за неравных заработков супругов и не зависит от материального положения семьи в целом⁸¹. Риску этого типа насилия больше подвержены семьи, в которых бюджетом целиком распоряжается мужчина, что характерно для незначительной доли домохозяйств.

При разрешении серьезных разногласий между партнерами ссорятся до крика 63 % семей, а до рукоприкладства доходят 9 %⁸². Причем случаи рукоприкладства отмечают 10 % женщин и 7,5 % мужчин. О частых случаях рукоприкладства говорят 0,2 % мужчин и 0,7 % женщин, состоящих в партнерстве.

Сексуальное насилие распространено в семьях чуть меньше, чем физическое. Как мужчины, так и женщины считают, что муж имеет больше возможностей заниматься супружеским сексом по своему желанию. Подавляющее большинство женщин (75 %) уступают мужу, согласившись на секс, даже если им этого не хочется⁸³. С одной стороны, такое главенство мужчины ущемляет права женщины, с другой – безотказность женщин в сексе с собственным супругом, возможно, предотвращает более жесткие формы насилия.

Наряду с физическим насилием наиболее распространенным в российских семьях, по мне-

⁷⁶ Ильяшенко А. Н. Основные черты насильственной преступности в семье // Социологические исследования. 2003. № 4.

⁷⁷ Насилие в семье – насилие в обществе: июль–декабрь 2006 г.: Отчет о проведении исследования. – М., 2007.

⁷⁸ Горшкова И. Д., Шурыгина И. И. Насилие над женщинами в современных российских семьях. – М., 2003.

⁷⁹ Женщина новой России: Какая она? Как живет? К чему стремится? / Под ред. М. К. Горшкова, Н. Е. Тихоновой. – М.: РОССПЭН, 2002.

⁸⁰ Исследование подвергавшихся насилию в последний перед исследованием месяц студентов вузов. Подробнее см.: Lysova A. V., Douglas E. M. Intimate partner violence among male and female Russian university students // Journal of interpersonal violence. 2008. No. 23 (11).

⁸¹ Горшкова И., Шурыгина И. Насилие над женами в российских семьях // Демоскоп Weekly. 2005. № 225–226 (5–18 дек.).

⁸² Другие исследователи приводят более высокие оценки. По данным А. В. Лысовой, примерно каждая четвертая российская женщина страдает от избиений своего партнера, в 77 % семей имеют место быть ссоры, скандалы. См.: Лысова А. В. Физическое насилие над женами в российских семьях // Социологические исследования. 2008. № 9. С. 121–128.

⁸³ Горшкова И. Д., Шурыгина И. И. Цит. соч. 2003.

нию населения, считается психологическое насилие, которое отмечается почти в трети (31 %) семей⁸⁴, хотя следует отметить, что точное определение и измерение этого насилия затруднено в силу его субъективности. Психологически некомфортно при общении с собственными мужьями чувствуют себя 70 % женщин, принимавших участие в исследовании «Насилие над женами в современных российских семьях» (2002)⁸⁵. Спустя 4 года эти статистические показатели подтверждаются в исследовании «Насилие в семье – насилие в обществе», проведенном Женским информационно-образовательным центром «Стимула» по инициативе Гендерной тематической группы организаций системы ООН⁸⁶. Основными причинами частых конфликтов в семье выступают употребление алкоголя, разногласия по поводу домашних обязанностей и быта, а также по вопросам распоряжения деньгами.

Степень насилия в семье варьирует в зависимости от уровня образования членов семьи, занятости и занимаемых должностей. Общая культура человека и накопленный им социальный и человеческий капитал пре-

пятствуют развитию насильственных мер общения между супругами. Кроме того, снижают вероятность применения насильственных мер по отношению к женщине в семьях такие факторы, как высокий доход домохозяйства, большое число членов семьи, занятость женщин, особенно на высоких должностных позициях, а также минимальное число скандалов в семье⁸⁷. Семьями без насилия в основном являются эгалитарные семьи, где в равной степени мужем и женой осуществляется работа по дому, распоряжение семейным бюджетом, а также доступ ко всем видам ресурсов.

В России действуют центры по организации помощи женщинам и детям, в том числе оказавшимся жертвой насилия в семье⁸⁸. Помимо этого, согласно Постановлению Правительства РФ 1997 года, одной из важнейших задач для реализации программы социальных реформ является формирование системы государственных мер по предотвращению насилия в отношении женщин, социальной реабилитации пострадавших от насилия⁸⁹.

⁸⁴ Насилие в семье – насилие в обществе: июль-декабрь 2006: Отчет о проведении исследования. – М., 2007.

⁸⁵ Горшкова И., Шурыгина И. Цит. соч. 2005.

⁸⁶ Насилие в семье – насилие в обществе: 2007. Цит. соч.

⁸⁷ Лысова А. В. Физическое насилие над женами в российских семьях // Социологические исследования. 2008. № 9. С. 121–128.

⁸⁸ Постановление Минтруда РФ от 27.07.1999 г. № 32 «Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения “Комплексный Центр социального обслуживания населения”»; Постановление Минтруда РФ от 19.07.2000 г. № 52 [ред. от 24.11.2008 г.] «Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения “Центр социальной помощи семье и детям”».

⁸⁹ Постановление Правительства РФ от 26.02.1997 г. № 222 [ред. от 27.07.1998 г.] «О программе социальных реформ в Российской Федерации на период 1996–2000 годов».

ГЛАВА 5



© Джастин Джин

Семья: ее функции, права, состав и структура

Цели заключаются в том, чтобы:

а) разработать политику и законы, обеспечивающие более эффективную поддержку семьи, содействующие ее стабильности и учитывающие многообразие ее типов, в частности, растущее число неполных семей;

б) разработать меры по социальному обеспечению, учитывающие социальные, культурные и экономических факторы, лежащие в основе повышения издержек, связанных с воспитанием детей;

с) содействовать равенству возможностей членов семьи, особенно прав женщин и детей в семье. [Глава 5, раздел А-5.2]

При разработке политики социально-экономического развития необходимо уделять особое внимание увеличению возможностей для получения дохода всеми взрослыми членами малоимущих семей, включая пожилых людей и домохозяек, и созданию условий, которые бы не вынуждали детей работать, а содействовали их образованию. Особое внимание необходимо уделить нуждающимся одиноким родителям, в первую очередь, тем из них, которые несут полную или частичную ответственность за поддержку детей и других иждивенцев путем обеспечения выплаты по крайней мере минимальной зарплаты и пособий, предоставления кредитов, образования, финансирования женских групп самопомощи и создания более строгого правового режима для выполнения мужчинами своих родительских финансовых обязанностей. [Глава 5, раздел А-5.4]

Крайне важно оказывать особую помощь семьям, находящимся в неблагоприятном положении. [Глава 5, раздел В-5.7]

Цель заключается в том, чтобы в рамках всех направлений политики в области социально-экономического развития обеспечивался учет разнообразных и меняющихся потребностей и прав семей и их отдельных членов и предоставлялась необходимая поддержка и защита, в частности, наиболее уязвимых семей и их наиболее уязвимых членов. [Глава 5, раздел В-5.8]⁹⁰

⁹⁰ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г.

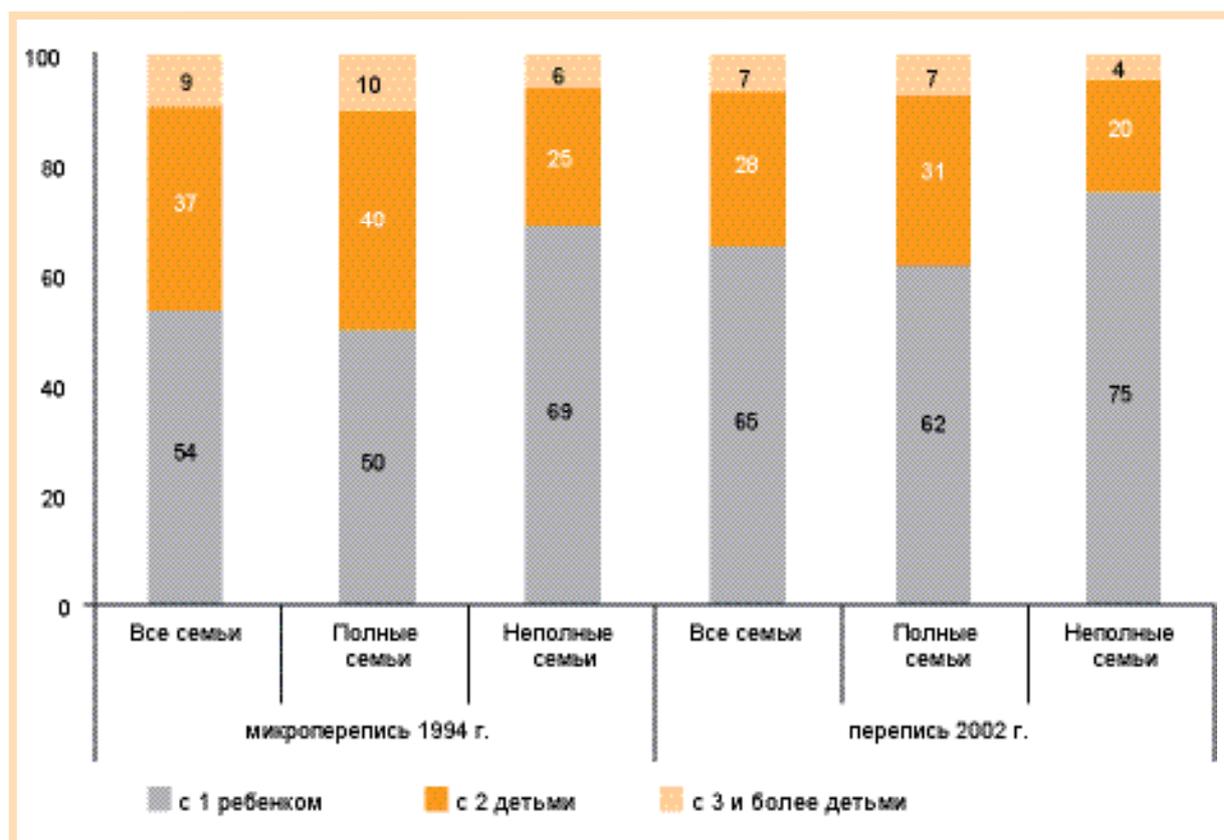
5.1. Состав и структура семей в России

Понятие «биологической» семьи включает, прежде всего, супругов и их потомство, а также – в более широком смысле – усыновленных или сводных детей, родственников одного из супругов на основании отношений свойства. В программе всех послевоенных переписей населения СССР семья определялась как группа из двух и более лиц, связанных отношениями родства или свойства, проживающих совместно с общим бюджетом. С микропереписи 1994 года Госкомстат России перешел на учет домохозяйств⁹¹, но семья остается важной статистической единицей в силу того, что именно она является объектом государственной политики. В фокусе государственного внимания

остаются, главным образом, официально зарегистрированные супруги с детьми.

В течение последних 15 лет структура семей в России претерпела значительные изменения. Среди основных тенденций можно выделить уменьшение среднего числа детей в семье, рост доли монородительских семей (вследствие роста числа разводов, внебрачных рождений и раннего овдовения женщин) и некоторое увеличение удельного веса сложных семей, в которых супруги или мать с детьми проживают вместе с родителями и другими родственниками. Первые две тенденции носят долгосрочный характер и впи-

Рисунок 5.1. Распределение семейных домохозяйств по типам и числу детей до 18 лет



Источники: микроперепись 1994 года; перепись 2002 года.

⁹¹ Согласно принятому определению, домохозяйство – это группа людей, проживающих в одном жилом помещении или его части, совместно обеспечивающих себя пищей и всем необходимым для жизни, то есть полностью или частично объединяющих и расходующих свои средства. Эти люди могут быть связаны отношениями родства или отношениями, вытекающими из брака, либо быть не родственниками, либо и теми, и другими.

сываются в общемировые тренды социально-демографического развития. Последняя же, напротив, идет вразрез с основным направлением развития семейной структуры населения России и обусловлена обострением жилищной проблемы, затрудняющей выделение взрослых детей из родительской семьи⁹².

Особенность России состоит в значительной и растущей доле однодетных семей при одновременном сокращении доли двухдетных и, особенно, многодетных семей (рис. 5.1).

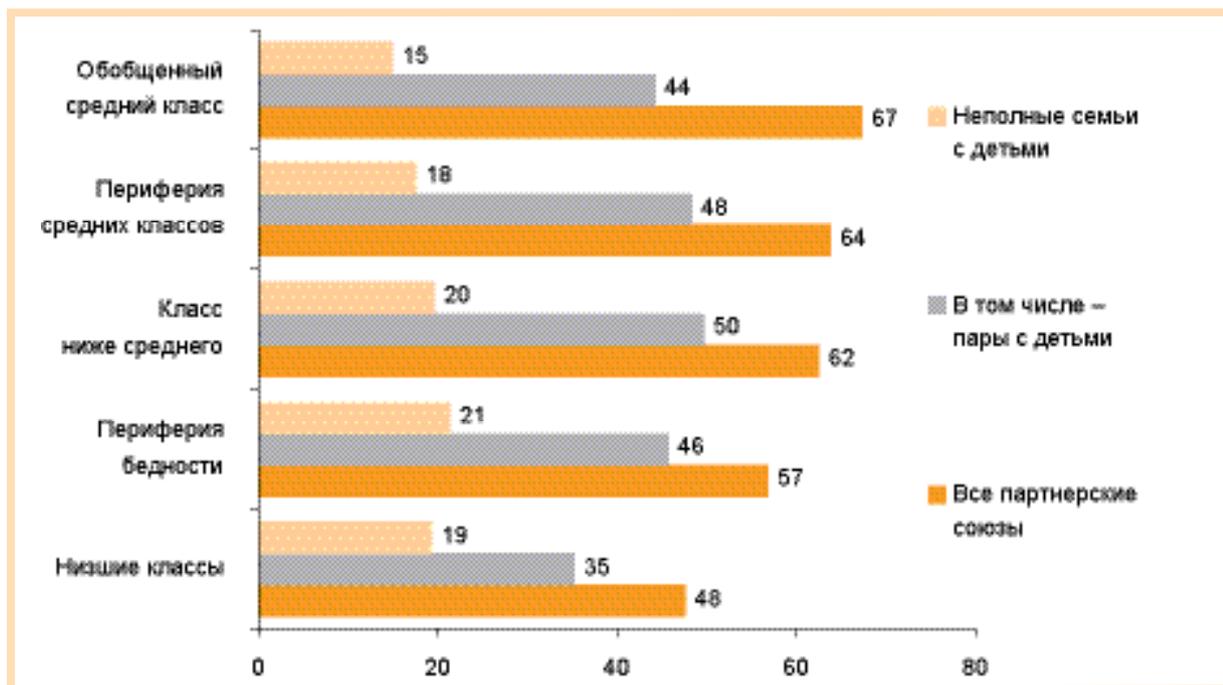
Рост доли неполных семей за межпереписной период привел к тому, что в 2002 году они составили более четверти всех семейных ячеек (27 %), а общее число детей, проживающих только с одним из родителей (как правило, с матерью), достигло 7,9 млн (более чем каждый четвертый ребенок в стране). Эта картина отражает долговременную тенденцию трансформации брачно-семейного поведения, которая выражается в ослаблении института раннего и пожизненного брака, домини-

ровавшего еще несколько десятилетий назад, за счет распространения незарегистрированных партнерских союзов и все большей неустойчивости браков.

Перепись 2002 года выявила, что почти каждый десятый союз в стране не имеет официального оформления: прирост по сравнению с данными микропереписи 1994 года составил не менее трех процентных пунктов. Оценки распространенности неформальных союзов, полученные по данным выборочных обследований, еще более высоки.

Многочисленное усложнение типов и форм супружеских союзов, в том числе тех, в которых появляются на свет дети, в свою очередь, приводит к увеличению числа детей, рожденных вне зарегистрированного брака. Несмотря на то, что существенная часть внебрачных зачатий все еще превращается в «добрачные», с 1994 по 2006 годы доля рождений вне брака возросла с 20 % на 10 процентных пунктов от общего числа ежегодных рождений⁹³.

Рисунок 5.2. Партнерские союзы и неполные семьи в составе домохозяйств различных социальных групп, % домохозяйств в стране



⁹² Прокофьева Л. М. Домохозяйство и семья: особенности структуры населения России // Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе / Под научн. ред. Т. М. Малевой, О. В. Синявской. – М.: НИСП, 2007.

⁹³ Население России 2006: Четырнадцатый ежегодный демографический доклад / Отв. ред. А. Г. Вишневецкий. – М.: ГУ-ВШЭ, 2008. С. 118.

Между тем, это не означает, что почти каждый третий ребенок рождается и воспитывается без отца. Почти половина внебрачных рождений была зарегистрирована по совместному заявлению родителей. Поэтому доля рождений у матерей-одиночек, не имеющих партнера, остается относительно невысокой (8–10 % всех рождений). Более того, дети, официально зарегистрированные одним родителем, иногда живут с обоими, поскольку не все родители склонны регистрировать детей на основании совместного заявления⁹⁴.

Вместе с тем, растет число детей, рожденных в союзах, которые в скором времени распадаются без опыта регистрации или после него. При этом российским женщинам по сравнению с европейскими по-прежнему труднее вступить в повторный союз. Поэтому доля одиноких матерей с маленькими детьми и детьми школьного возраста достаточно велика.

В 1994 году, по данным микропереписи, простые семьи, состоящие из супружеской пары (в зарегистрированном или незарегистрированном браке) с детьми любого возраста, составляли 63 % общего числа семей, тогда как к 2002 году, их доля снизилась до 55,5 %. При этом удельный вес сложных многопоколенных семей вырос по сравнению с 1994 годом почти на 5 про-

центных пунктов. За счет этого средний размер домохозяйства сократился чуть меньше, чем среднее число детей в семье: с 2,8 до 2,7 человека и с 1,6 до 1,4 ребенка соответственно.

Состояние в браке и состав домохозяйства тесно связаны с социально-экономическим статусом домохозяйства (рис. 5.2). Доля сложных семейных образований наиболее высока среди неполных семей (42 %), которые испытывают дефицит материальных и временных ресурсов, восполняемый за счет денежных трансфертов и помощи в уходе за детьми от родственников. Но к этому типу семей относится и треть супружеских пар без детей и почти четверть супругов с детьми, что значительно отличает семейную структуру населения России от стран Европы.

В целом, несмотря на то, что прошедшие 15 лет характеризовались усложнением семейной структуры за счет увеличения доли многопоколенных семей, долговременная тенденция изменения российской семьи состоит в снижении ее среднего размера за счет уменьшения числа детей и увеличения доли нуклеарных семей. При этом, во-первых, происходит разделение институтов брака и семьи и усиление разнообразия брачно-семейных форм, но эти процессы пока не находят отражения в государственной семейной политике.

5.2. Благосостояние семей с детьми

Для понимания уровня благосостояния семей с детьми обратимся к данным выборочных обследований бюджетов российских домохозяйств, ежеквартально проводимых Росстатом, содержащих информацию о расходах на конечное потребление в разрезе различных типов домохозяйств. В 2007 году семьи с одним ребенком тратили на приобретение товаров и услуг 6896 рублей на душу, что сопоставимо со среднедушевыми расходами по стране – 6843 рубля. Однако у семей с дву-

мя детьми ресурсы на текущее потребление уже на четверть ниже, а с тремя детьми – в два раза ниже среднероссийского уровня.

В результате, в России домохозяйства с детьми составляют подавляющее большинство бедных семей и не только потому, что это самый массовый социально-демографический тип домохозяйств, но и потому, что семьи с детьми отличаются повышенным риском бедности. Появление ребенка в семье за-

⁹⁴ Рождаемость и воспроизводство населения. Население России 2006: Четырнадцатый ежегодный демографический доклад / Отв. ред. А. Г. Вишневский. – М.: ГУ-ВШЭ, 2008. Разд. 4.

кономерно приводит к снижению душевых доходов, поскольку в семье дополнительно появляются два иждивенца. Система социальной поддержки призвана сглаживать различия в уровне жизни на различных этапах жизненного цикла семьи, и в странах, социальная политика которых ориентирована на поддержку семей с детьми, риски бедности среди семей с детьми сопоставимы с уровнем бедности для населения в целом. В большинстве европейских стран система оплаты труда и пособие по безработице в совокупности с материнскими и детскими пособиями защищают от бедности семью с двумя детьми и двумя экономически активными родителями. В России у полных семей с двумя детьми риск бедности в 2 раза выше, чем среди всего населения. У многодетных и неполных семей, составляющих традиционную группу бедности для всех стран, риски бедности уже в 3 раза превышают среднероссийский уровень, но они составляют только 40–45 % от всех бедных семей с детьми, поскольку их представительство в общей численности населения невелико. В результате именно полные семьи с 1–2 детьми составляют большинство бедных семей с детьми. Такая ситуация характерна для всего постреформенного периода, и за годы экономического роста не наблюдалось кардинальных изменений в профиле детской бедности.

В конечном итоге, по данным официальной статистики, в 2007 году доля бедных среди детей составила 17 %, что ниже значений данного показателя в предыдущие годы и свидетельствует

о повышении уровня жизни семей с детьми (табл. 5.1). Однако бедность среди детей снижалась более низкими темпами, чем среди населения в целом. И даже в 2007 году, когда были реализованы беспрецедентные меры по поддержке семей с детьми, ситуация не изменилась. Обусловлено это, в первую очередь, тем, что более высокие риски бедности характерны для детей в возрасте от 7 до 16 лет, но именно этой категории детского населения никаких мер поддержки не было адресовано. Показатель соотношения среднего дефицита располагаемых ресурсов семей с детьми до 16 лет и семей без детей свидетельствует о том, что среди семей с детьми глубина бедности выше. Это означает, что для детей характерны не только более высокий масштаб, но и глубина бедности.

С начала 2000-х годов наблюдалось относительное сокращение представительства семей с детьми среди домохозяйств с доходами ниже прожиточного минимума (табл. 5.2): если в начале периода 55 % бедных являлись домохозяйствами этой категории, то к 2007 году их доля снизилась до 49,3 %. Однако этот эффект обусловлен уменьшением доли домохозяйств с детьми в общей численности российских семей, а не динамикой рисков бедности. Как свидетельствуют данные табл. 5.1, соотношение доли бедных среди детей с долей бедных среди всего населения складывалось не в пользу детского населения.

Данные о структуре бедности подтверждают и вывод о росте уязвимости домохозяйства

Таблица 5.1. Характеристики бедности семей с детьми и без детей в 2003–2007 годах

	2003	2004	2005	2006	2007
Доля бедных среди детей в возрасте до 16 лет, %	24,4	21,0	22,1	19,0	17,2
Доля бедных среди детей в возрасте до 7 лет, %	–	–	17,4	15,1	13,7
Доля бедных среди детей в возрасте от 7 до 16 лет, %	–	–	25,0	21,7	19,9
Доля малоимущих среди всего населения, %	20,3	17,6	17,7	15,3	13,3
Соотношение доли бедных среди детей с долей бедных среди всего населения, раз	1,20	1,19	1,25	1,24	1,29
Соотношение среднего дефицита располагаемых ресурсов семей с детьми до 16 лет и семей без детей, раз	1,23	1,20	1,17	1,16	1,18

Источник: данные Росстата.

с увеличением числа детей. Так, в 2007 году домохозяйства с двумя детьми составляли 10 % всех семей, но 16 % от числа бедных, а с тремя и более – 1,5 и 4 % соответственно.

Среди крайне бедных домохозяйств (доходы ниже прожиточного минимума в два и более раз) доля семей с детьми еще выше, чем среди всех бедных. При этом, если семьи с одним ребенком представляют 32 % крайне бедных и 23 % всех домохозяйств, то с двумя детьми – 21 и 10 %, а с тремя и более – 10 % и 2 % соответственно. Этот разрыв показателей – свидетельство чрезвычайно высокой глубины бедности детей из многодетных семей в России.

Итак, несмотря на существенный рост благосостояния населения на протяжении 2000-х годов, в том числе и домохозяйств с детьми, риски попадания в число бедных для детей остаются на очень высоком уровне, а глубина бедности семей с детьми оказывается значительно выше, чем у домохозяйств, все члены которых старше 18 лет. При этом, чем младше дети, тем более уязвимо домохозяйство. Повышенными рисками бедности характеризуются неполные семьи с детьми, особенно в случае незанятости одинокого родителя. Другой негативной зависимостью является рост риска бедности с увеличением числа детей в семье.

Таблица 5.2. Распределение общего числа бедных домохозяйств по категориям, в 2000–2007 годах, %

Категория домохозяйства	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Для справки: все д/х в 2007 г.
Распределение бедных домохозяйств:									
Без детей	44,9	44,2	46,7	47,4	49,3	50,0	51,2	50,7	66,1
С детьми до 16 лет:	55,1	55,8	53,3	52,6	50,7	50,0	48,8	49,3	33,9
– с одним ребенком	34,5	34,8	34,3	33,5	32,4	31,2	29,9	29,6	22,8
– с двумя детьми	16,7	17,0	15,7	15,8	15,0	15,2	15,2	15,7	9,5
– с тремя и более детьми	3,9	4,0	3,3	3,2	3,2	3,6	3,7	4,0	1,5
Распределение крайне бедных домохозяйств:									
Без детей	32,5	31,8	33,9	33,6	36,6	38,0	38,8	37,9	66,1
С детьми до 16 лет:	67,5	68,2	66,1	66,4	63,4	62,0	61,2	62,1	33,9
– с одним ребенком	36,7	37,5	36,3	35,8	34,4	32,9	31,1	31,6	22,8
– с двумя детьми	23,2	23,0	22,9	23,6	22,0	20,9	21,4	20,8	9,5
– с тремя и более детьми	7,6	7,7	6,9	7,0	7,0	8,2	8,7	9,7	1,5

Источник: данные Росстата.

5.3. Государственная поддержка семей с детьми

Проблема сокращения рождаемости остро стоит для России уже не первое десятилетие. Однако попытки существенного изменения социальной политики в отношении материнства и детства с начала 1990-х и вплоть до последних лет не предпринимались. Отсутствие надлежащих решений фактически обесценило государственную

поддержку детей: например, в 1995 году семейные пособия приближались к 55 % всех расходов на социальную помощь, однако при этом ежемесячная выплата по уходу за ребенком до 1,5 лет едва превышала 11 % величины прожиточного минимума, а пособие для детей до 16 лет составляло всего 7–8 %.

Поворот в политике по отношению к семьям с детьми был провозглашен только в 2006 году, а фактическим началом отсчета действия его мер стал 2007 год. Серия законов, принятых в 2006 году, гарантировала увеличение пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет, наращивание объема помощи для отдельных категорий детей (например, детей одиноких родителей, детей-инвалидов), а также введение ряда совершенно новых видов поддержки материнства и детства.

Принципиальным новшеством стало вхождение в программу пособий по уходу за детьми в возрасте до 1,5 лет, которые родились у матерей, не подлежащих социальному страхованию: если ранее незанятые женщины исключались из числа получателей этого вида помощи, то с 1 января 2007 года получили право на ежемесячную выплату пособия минимального размера, равного 1500 рублей на первого ребенка и 3000 рублей – на второго⁹⁵. Для работавших до рождения ребенка матерей были установлены ежемесячные выплаты в размере 40 % от среднего заработка по основному месту работы за последние 12 календарных месяцев, предшествующих отпуску по беременности и родам, но не ниже минимального размера. В 2008 году минимальный размер пособия по уходу за ребенком был увеличен до 1627,5 рублей на первого ребенка и 3255 рублей – на второго, а в 2009 году – 1798,51 рублей и 3597 рублей соответственно. Таким образом, данный вид выплаты на первого ребенка достиг 40 % величины прожиточного минимума, а на второго – 77 %. Реализация данной программы позволила повысить вклад данного пособия в доходы семей – получателей пособия с 3 до 11 %.

Другая мера из ряда новых коснулась образования и воспитания детей дошкольного возраста. В 2007 году была введена компенсация на оплату пребывания ребенка в дошкольном учреждении в размере 20 % официальной стоимости его посещения для первого ребенка, 50 % – для второго ребенка и 70 % – для третьего.

Но самый широкий резонанс получило решение о предоставлении материнского капитала. Это единовременная выплата адресована матерям, родившим второго (третьего или последующего) ребенка с 1 января 2007 года. Капитал передается матери только один раз. Первоначальная редакция закона устанавливала, что средства в размере 250 000 рублей могут быть направлены или на покупку жилья по ипотечным и иным кредитным схемам, или на образование ребенка, или на накопительную часть пенсии матери. При этом предполагалось, что трата капитала будет начинаться не ранее, чем через 3 года после рождения ребенка. Однако к 2009 году в результате ряда поправок как формы, так сроки его использования стали разнообразнее. В частности, сегодня получатели материнского капитала имеют возможность подать заявление на выплату единовременного пособия в размере 12 000 рублей из средств материнского капитала еще до достижения ребенком возраста 3 лет (пока данная мера действует только до 31 марта 2010 года). Надо отметить, что за истекшие годы размер материнского капитала был индексирован: в 2008 году он составил 276 250 рублей, а в 2009 году – 312 162 рублей.

Не будем упускать из виду и менее заметные трансформации. Стоимость предложенного в 2006 году родового сертификата – средств на оплату услуг медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, оказываемой государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, – в 2007–2008 годах увеличилась на 3000 рублей и составила 10 000 рублей. Единовременное пособие при рождении ребенка, равное в 2006–2007 годах 8000 рублей возросло в 2008 году до 8680 рублей. А в 2008 году впервые было предложено единовременное пособие беременной жене военнослужащего, проходящего службу по призыву, – 14 000 рублей.

Надо заметить, что помимо общенациональных существует немало региональных программ поддержки детей, и именно на региональном уровне принимается решение о том, помощь для каких

⁹⁵ Право на получение пособия может перейти к другим родственникам в случае смерти родителей, наступления их недееспособности, лишения родительских прав и ряде других случаев.

групп детей (детей из многодетных семей, детей-инвалидов, детей малолетних родителей и т. д.) считать приоритетной. Также дифференцировано в региональном разрезе и пособие для детей до 16 лет, проживающих в малоимущих семьях, однако размер его в 2007 году в большинстве регионов колебался в пределах 100–200 рублей, что не позволяет рассматривать его как действенный инструмент поддержки семей. Кроме того, анализ микроданных позволяет утверждать, что механизм адресного предоставления этого вида помощи далек от совершенства, и на деле ежемесячные пособия на ребенка не всегда направляются в бедные семьи.

Начиная с 2007 года, существенную долю расходов на поддержку детей в России составляют выплаты для усыновителей, опекунов, приемных родителей. Это немаловажный факт для государства, в котором на протяжении многих лет постоянно увеличивается доля социальных сирот среди детей. Эта проблема стоит очень остро и заслуживает особого внимания, поэтому ей посвятим отдельный параграф.

В целом, по всем семейным и материнским пособиям в России рост расходов отмечался еще в 2006 году. Если в 2005 году затраты на эту статью составляли 92,1 % от уровня предыдущего года, то в 2006 году они повысились на 12,8 % по сравнению с 2005 годом. Но действительно значимый скачок фиксировался в 2007 году: прирост расходов на меры поддержки материнства и детства достиг 90,5 % по сравнению с уровнем предшествующего года.

Но государственная поддержка семей с детьми в России не исчерпывается системой пособий и выплат, направленных на поддержку материнства и детства. Есть и другая практика работы в этом направлении. Так, на протяжении длительного периода существует Федеральная целевая программа «Дети России». В 1998–2000 годах в нее входило 11 подпрограмм; в 2001–2002 годах – 10; в 2003–2006 годах – 5. Программа, рассчитанная на 2007–2010 годы, включает следующие направления: (1) здоровое

поколение; (2) дети и семья; (3) одаренные дети. За первый год ее реализации было потрачено 11 553,5 млн рублей, 60 % из которых использовались по направлению «Дети и семья» на поддержание детей-сирот, детей-инвалидов и профилактику безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. Вторая по объему расходов – подпрограмма «Здоровое поколение». Как отмечается в «Концепции демографической политики Российской Федерации», в рамках этой подпрограммы будут создаваться современные перинатальные центры, закупаться необходимые препараты и оборудование, поощряться медицинские услуги высокого качества.

Итак, нельзя не отметить позитивные сдвиги в политике поддержки семей с детьми. Однако, будучи формально нацеленными на увеличение рождаемости, вступившие в силу поправки и нововведения рискуют оказаться паллиативом. Более реалистичным эффектом их внедрения представляется сокращение бедности. Таким образом, следует рассматривать их скорее как корректор благосостояния семей, но не как стимул к увеличению числа рождений. Оценки экспертов (в том числе и основанные на зарубежном опыте) однозначны: единовременные выплаты такого рода, как материнский капитал, способны лишь незначительно увеличить число рождений в краткосрочном периоде, и это максимальный из возможных эффектов. Но и в ракурсе борьбы с бедностью описанные выше средства пока не демонстрируют своей состоятельности: как уже отмечалось в предыдущем параграфе, за последние годы фиксируется лишь некоторое сокращение глубины бедности домохозяйств с детьми и небольшое снижение среди них доли малоимущих.

В целом же, несмотря на вступление в силу ряда новых программ и увеличение стоимости пакета мер по поддержке материнства и детства, отношение величины затрат на поддержку семей с детьми к объему ВВП в России⁹⁶ по-прежнему остается существенно ниже, чем в большинстве стран Европы.

⁹⁶ По данным Росстата, удельный вес семейных и материнских пособий в ВВП составлял в 2005 году 0,2 %; в 2006 году – 0,2 %; в 2007 году – 0,4 %.

5.4. Социальное сиротство и политика профилактики семейного неблагополучия

В России число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, продолжало увеличиваться как на протяжении 1990-х, так и в первой половине 2000-х годов. Только в 2006 году было отмечено сокращение количества случаев выявления сиротства по сравнению с предыдущим годом. Однако доля детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в общей численности детей не стала меньше, а, напротив, продолжила рост. Эта тенденция сохранилась и в последующие годы (табл. 5.3). Таким образом, было зафиксировано лишь снижение темпов роста численности таких детей. Вместе с этим отмечался рост удельного веса детей старше 7 лет в числе вновь выявляемых сирот, что указывает на отсутствие эффективных программ профилактики сиротства (по данным 2007 года, их доля составила 60 %).

Еще более тревожным является тот факт, что большинство детей, оставшихся без попечения родителей, – это сироты при живых родителях, то есть социальные сироты. Их доля среди всех, кто стал сиротами в 2007 году, превысила 80 %. Распространенность основной причины социального сиротства – лишение родительских прав – за годы рыночных трансформаций увеличилась в 2,5 раза (с 20 649 в 1993 году до 76 310 в 2007 году). Более 60 % выявленных в 2007 году сирот оказались детьми родителей, лишенных родительских прав. Случаев же ограничения в родительских правах было значительно меньше – около 7 % общего числа выявленных в 2007 году детей без попечения родителей.

Анализ международного опыта по социализации детей-сирот дает основания утверждать, что при эффективной профилактической работе наблюдается противоположная ситуация: число ограничений в родительских правах существенно превышает число лишений родительских прав.

Немалый вклад в социальное сиротство вносит и отказ матерей от новорожденных детей: в 2007 году зафиксировано 11 707 таких случаев, что составляет 9 % от всех выявленных детей-сирот, и значительную лепту здесь вносят матери из числа мигрантов.

Социальное неблагополучие детского населения проявляется и в различных формах жестокого обращения с детьми. В 2006 году у родителей при непосредственной угрозе жизни или здоровью было отобрано 7280 детей, а в целом было выявлено 32 234 случая нахождения детей в обстановке, представляющей угрозу их жизни, здоровью или препятствующей их воспитанию. В тот же год поступило 130 тыс. сообщений о нарушении прав детей, среди них 50,2 % о выявлении детей, оставшихся без попечения родителей; 23,4 % – о выявлении детей, находящихся в обстановке, представляющей угрозу их жизни, здоровью или препятствующей их воспитанию. И это, безусловно, не полный список семей группы риска.

По обследованию НИСП «Родители и дети...», высокие социальные и материальные риски характерны для 8–10 % всех семей с детьми возрасте до 14 лет, или 1,7 млн домохозяйств. Тем самым переоценить актуальность проблемы семейного неблагополучия, в том числе ведущего к социальному сиротству, в России невозможно.

К сожалению, меры профилактической работы с семьей остаются в зачаточном состоянии (например, такие понятия, как «семьи, оказавшиеся в сложной жизненной ситуации», «семейное неблагополучие» даже не закреплены законодательно). Основным видом помощи ребенку, попавшему в сложную жизненную ситуацию, остается изъятие ребенка из семьи и устройство его на воспитание в другую семью или государственные учреждения.

В настоящее время реализуется политика преимущественного развития форм семейного устройства детей-сирот. К ним Семейным

кодексом Российской Федерации, принятым в 1995 году, были отнесены усыновление (удочерение), опека (попечительство) и приемная семья. Кроме того, согласно Семейному кодексу, законами субъектов федерации могут быть предусмотрены иные формы устройства детей, оставшихся без попечения родителей, благодаря чему в законодательстве многих регионов появились новые формы устройства, такие как патронат, семейные воспитательные группы, детские деревни SOS, мини-детские дома, гостевые семьи др.

Большинство детей-сирот и детей, оказавшихся без попечения родителей, попадают под опеку и попечительство: в 1995 году на эту форму устройства приходилось 47 % случаев; в 2000 году – 49 %; в 2005 году – 52 %; в 2007 году – 53 %. В 2007 году 21 % таких детей были усыновлены, и очевидна тенденция роста приемных семей и семейных детских домов (табл. 5.3).

Тем не менее, институциональные формы жизнеустройства сирот продолжают оставаться

важными, и в 2007 году 21 % детей-сирот проживали в детских домах и других государственных учреждениях. По данным мониторинга Министерства образования и науки РФ, в 2007 году в России функционировало 215 учреждений интернатного типа, в которых проживало 162 525 детей.

На стимулирование семейных форм устройства детей-сирот направлена система ежемесячных и единовременных пособий гражданам при всех формах опеки, пособий детям в приемных и опекунских семьях и оплаты труда приемных родителей. Средний размер выплат на содержание одного ребенка в октябре 2008 года составил в случае опеки 5191 рублей/месяц; приемной семьи – 4848 рублей/месяц. Размер заработной платы приемных родителей – 4848 рублей/месяц.

Важным шагом в политике по поддержке детей стало формирование Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Средства Фонда формируются, в основном, за счет федерального бюджета

Таблица 5.3. Масштабы социального сиротства и формы устройства детей, оставшихся без попечения родителей, 1995–2007 годы

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Масштабы сиротства									
Число выявленных детей и подростков, оставшихся без попечения родителей в течение года, тыс. чел.	113	123	128	127	129	133	133	127	124
В % к общей численности детей (0–17 лет)	0,3	0,36	0,38	0,39	0,43	0,41	0,46	0,46	0,46
Число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, тыс. чел.	533	668	691	708	721	734	731	730	729
В % к общей численности детей (0–17 лет)	1,4	1,9	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,7
Формы устройства детей, оставшихся без попечения родителей									
Находятся под опекой, попечительством	47,4	49,3	50,8	51,3	51,5	51,1	51,5	51,8	52,5
Усыновлены	26,2	21,0	21,9	22,1	21,8	21,6	21,7	21,7	20,9
В приемных семьях и семейных детских домах ⁹⁷	–	0,7	1,0	–	1,3	1,6	2,0	2,9	5,3
В институциональных учреждениях	26,4	27,0	26,7	26,6	25,5	25,7	24,8	23,6	21,3

Источник: данные Росстата.

⁹⁷ Данные за 2002 год отсутствуют.

и предназначены для поддержки региональных программ, адресованных детям-сиротам, детям-инвалидам, семьям с детьми и институтам по социальной поддержке детей.

Развитие семейных форм устройства детей-сирот сопровождалось и появлением новых проблем и негативных эффектов. Так, в 2007 году доля возвращенных детей составила 4 % от общего числа устроенных в семьи, в том числе 3 % – по инициативе родителей. Рост возвратов от опекунов был связан в основном с переоформлением опеки в приемную семью, что обусловлено большим материальным вознаграждением и государственной поддержкой приемной семьи. Таким образом, превращение приемной семьи в форму постоянного устройства детей-сирот создало серьезные проблемы для развития института опеки.

В 2007 году общие затраты средств консолидированного бюджета РФ, направленные на развитие семейных форм устройства

детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, превысили 21 млрд рублей. А в 2008–2010 годах только из средств Федерального бюджета и только на субсидии для ежемесячных выплат запланировано выделить 18,5 млрд рублей.

При всей важности семейного устройства детей-сирот необходимо отметить, что в данном случае речь идет о преодолении сиротства, а не о его профилактике. В целом система мер профилактики семейного неблагополучия остается несбалансированной, наблюдается глобальное несоответствие предлагаемой социальной помощи проблемам и потребностям неблагополучных семей, среди которых отсутствие жилья, безработица, злоупотребление алкоголем, внутрисемейные конфликты, жестокое обращение с детьми и пр. Очевидно, что следующим необходимым шагом должна стать разработка практик выявления неблагополучных семей, расширение форм работы с ними и борьба за сохранение ребенка в семье.

ГЛАВА 6



© Джастин Джин

Особенности российской модели рождаемости

В большинстве стран мира наблюдается тенденция к сокращению коэффициента рождаемости и смертности, однако с учетом того факта, что эти сдвиги происходят в этих странах неодинаковыми темпами, демографические ситуации в различных странах мира начинают во все большей степени отличаться друг от друга... Эти диспропорции и расхождения оказывают воздействие на размеры и региональное распределение населения планеты, а также на перспективы устойчивого развития... [Глава 6, раздел А-6.2]⁹⁸

6.1. Место России по уровню рождаемости в ряду развитых стран

В начале 1990-х годов Россия по величине коэффициента суммарной рождаемости⁹⁹ (1,2–1,4 ребенка на одну женщину) находилась в ряду таких стран, как Австрия, Германия, Италия, Испания, Япония. Лишь немного в меньшую сторону отличались показатели в России от показателей в Швейцарии, Канаде и во многих других вполне благополучных или бурно развивающихся в экономическом отношении стран мира. Эта близость России к другим развитым странам представляется естественной в силу сходства таких ключевых для демографического поведения факторов, как степень урбанизации и образ жизни в городах, уровень образования населения, изменившееся положение женщины в обществе и семье, требования, предъявляемые к подрас-

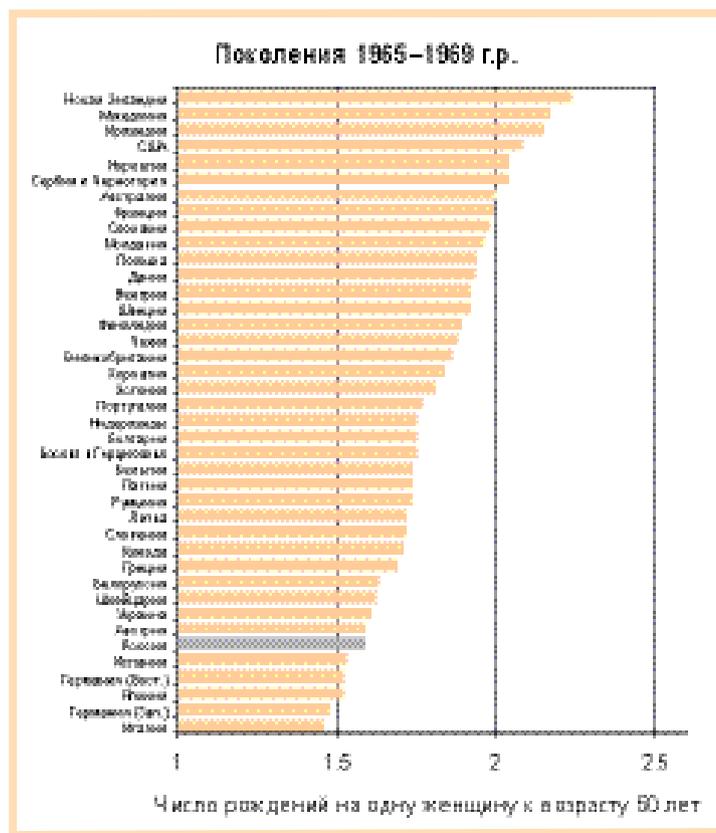
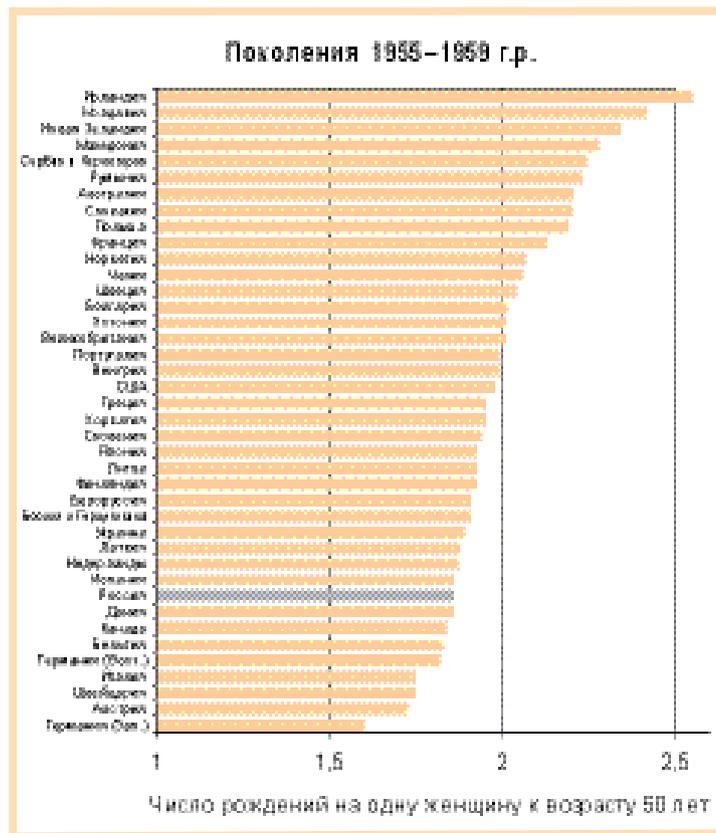
тающим поколениям, ощущение родителями ответственности за будущее детей, растущая автономия молодежи и пожилых от семейного ядра и т. п. Социально-экономические реформы, базирующиеся на развитии рыночных отношений и движении к постиндустриальному обществу с возрастающими инвестициями в человеческий капитал, определяют дальнейшее конвергентное демографическое развитие. В 1995 году с уровнем рождаемости равным 1,34 Россия занимала 31–32-е место среди 40 стран, а в 2006 году примерно с той же величиной – 1,38 – 19–20-е место.

Ранжирование стран по уровню итоговой рождаемости реальных поколений по году рождения женщин несколько меняет пред-

⁹⁸ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г.

⁹⁹ Коэффициент суммарной рождаемости (итоговая рождаемость условного поколения) – среднее ожидаемое число детей, которое родит одна представительница условного поколения, имеющего на протяжении жизни возрастные коэффициенты рождаемости того года (периода), для которого производится оценка показателя. Показатель не зависит ни от смертности, ни от изменений возрастного состава населения. Однако его величина находится в сильной зависимости от того, меняется ли от поколения к поколению распределение рождений по возрасту женщины (календарь рождений). Если каждое новое поколение, вступающее в детородный период, производит на свет детей в более раннем возрасте и/или с меньшими интервалами между рожденьями, чем предыдущее, то коэффициент суммарной рождаемости дает завышенную оценку текущего уровня рождаемости изучаемого населения (частый случай реакции на пронаталистские меры демографической политики). Напротив, если происходит постарение возрастного профиля рождаемости в реальных поколениях (процесс протекающий сегодня во всех без исключения развитых странах), то коэффициент суммарной рождаемости недооценивает текущий уровень рождаемости.

Рисунок 6.1. Итоговая рождаемость женских поколений к возрасту 50 лет, 40 экономически развитых стран мира



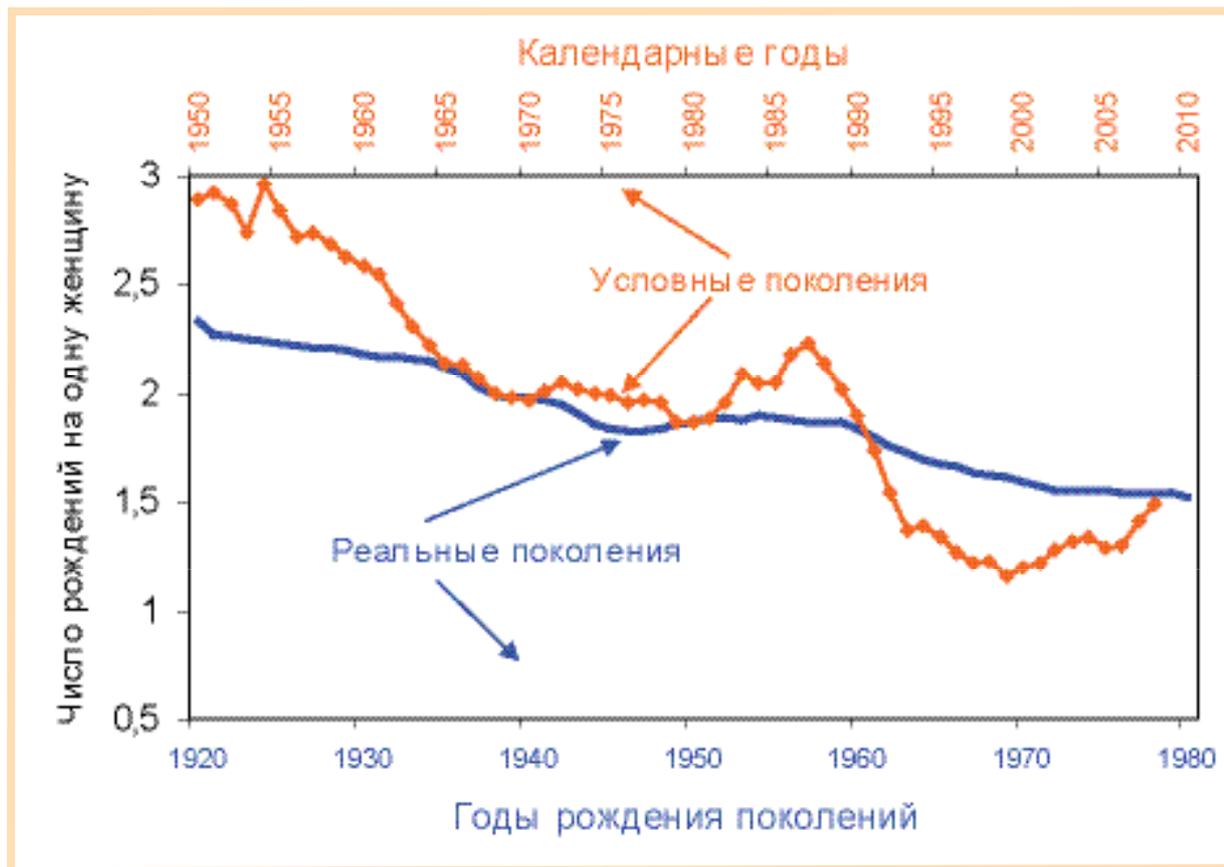
ставление о том, в каких странах рождаемость, и, следовательно, число детей в семьях выше или ниже. Текущий рейтинг России, при переходе к оценке уровня рождаемости для реальных поколений, заметно понижается (рис. 6.1). Она занимает 32-е место среди 40 развитых стран по показателю итоговой рождаемости женских когорт 1955–1959 годов рождения (1,86 рождений на одну женщину) и 35-е место для когорт 1965–1969 годов рождения (1,59). Ближайшее окружение России выглядит следующим образом: Греция, Белоруссия, Швейцария, Украина (рождаемость когорты 1965–1969 годов рождения в этих странах выше не более чем на 0,1 рождений в расчете на одну женщину); Япония, Германия, Италия, Испания (рождаемость в этих странах для той же когорты чуть ниже, чем в России).

Снижение рождаемости реальных поколений является ведущей тенденцией для всех развитых стран (статистически заметное повышение рождаемости продемонстрировали лишь Дания и США). Россия же относится к числу стран с самым значительным снижением рождаемости для указанных когорт, разделенных десятилетним периодом.

Таким образом, на фоне развитых стран российский уровень рождаемости уже давно ниже среднего, а темпы его снижения в послевоенных когортах были выше среднего. Ожидаемый показатель итоговой рождаемости для российских женских поколений 1975–1979 годов рождения, входящих в настоящий момент в 30-летний возраст, едва ли превысит 1,6 детей в расчете на одну женщину. Фактически это означает, что снижение рождаемости в России продолжается, среднее число детей в семьях уменьшается, несмотря на увеличение конъюнктурных показателей рождаемости (для условных поколений) в 2000–2008 годах. В то же время замедление темпов снижения также очевидно (рис. 6.2).

Источник: база данных ИДЕМ ГУ-ВШЭ: <http://www.demoscope.ru>

Рисунок 6.2. Итоговая рождаемость женских условных (1950–2008 годов рождения) и реальных поколений (1920–1980 годов рождения) к возрасту 50 лет в России



Примечание: оценка итоговой рождаемости для поколений, родившихся после 1960 года, произведена при условии сохранения на оставшемся для них интервале возраста до 50 лет коэффициентов рождаемости, зафиксированных в 2008 году.

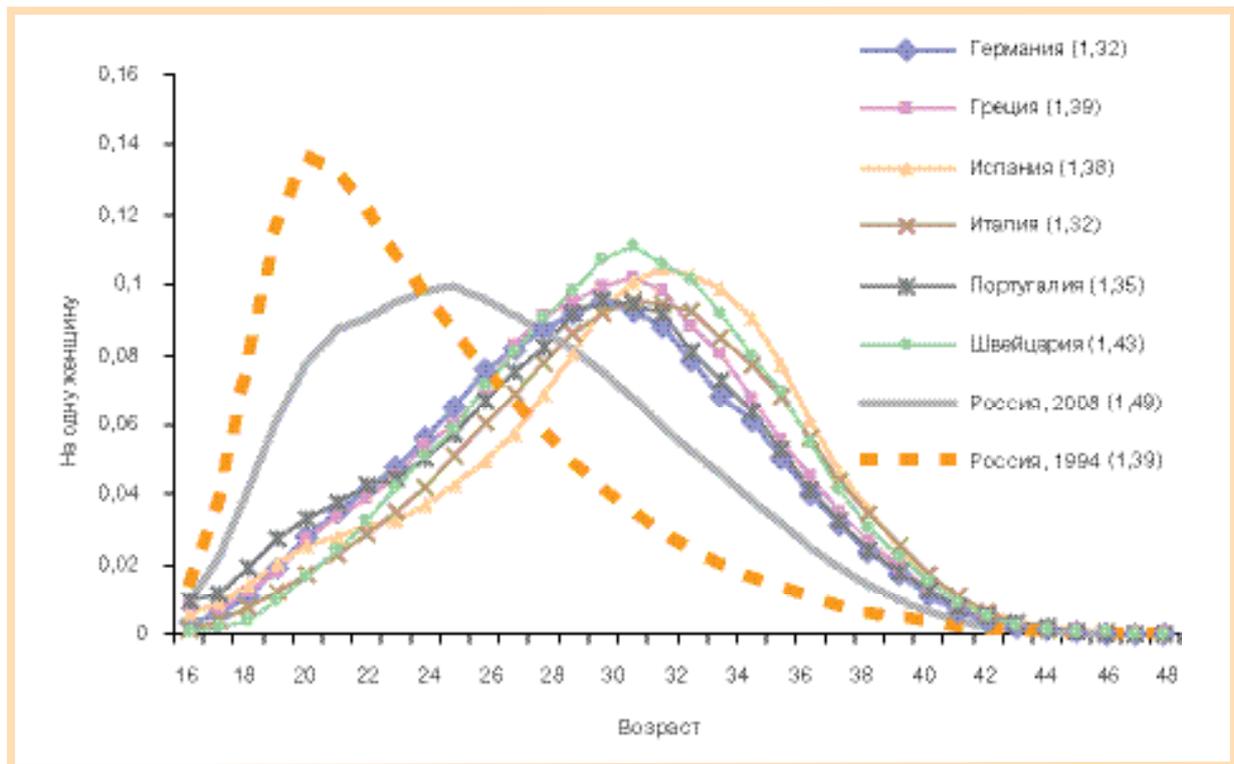
Источник: Zakharov S.V. Russian Federation: From the first to second demographic transition // Demographic Research. Vol. 19. 2008. P. 910. (Special Collection 7: Childbearing Trends and Policies in Europe. Article 24): <http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol19/24/>

6.2. Трансформация российской модели рождаемости

Несмотря на сходный уровень низкой рождаемости, существуют принципиальные различия в возрастных моделях рождаемости и, соответственно, моделях репродуктивного цикла в России и в наиболее развитых странах (рис. 6.3). Формирование итоговой рождаемости в последних на протяжении вот уже двух десятилетий начинается и завершается в гораздо более зрелом возрасте. Получение образования и поиск первой работы в развитых странах, как правило, не «утяжеляется» проблемами, связанными с выполнением материнских функций.

С середины 1990-х годов основные перемены в рождаемости в России также связаны с перестройкой ее возрастной кривой по пути, который уже прошли и проходят страны Западной, а теперь уже и большинство стран Восточной и Центральной Европы. С начала 1990-х годов к 2009 году средний возраст матери при рождении первого ребенка увеличился с 22,6 до 24,4 лет; второго – с 26,6 до 29,3 лет; третьего – с 29,7 до 32 лет. Вклад матерей 30 лет и старше в итоговую величину рождаемости за тот же период вырос практически вдвое – с 16 до 30 %. Максимум интенсивности

Рисунок 6.3. Возрастные коэффициенты рождаемости в России (1994, 2008 годы) и в некоторых странах со сходным уровнем рождаемости в 2005–2006 годах, в расчете на одну женщину (в скобках приведено значение коэффициента суммарной рождаемости, число рождений на одну женщину)



Источники: для России – неопубликованные данные Росстата; для других стран – база данных Евростата: <http://err.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/>

рождений к 2009 году впервые с 1930-х годов переместился из возрастной группы 20–24 лет в группу 25–29-летних женщин.

Однако сдвигами в возрастном распределении структурная трансформация российской модели рождаемости не ограничивается. Согласно результатам исследований:

- возрастает вклад в общую рождаемость повторных брачно-партнерских союзов: с начала 1990-х годов он в первых рожденьях увеличился с 5 до 10 %; во вторых – с 18 до 24 %; в третьих – с 26 до 36 % (оценка на основе данных НИСП в 2004, 2007 годах);
- быстрое распространение практики проживания супругов без регистрации брака в первых и повторных союзах привело к

увеличению внебрачной компоненты в общем числе рождений с 15 % в 1990 году до 20 % в 1994 году и до 30 % в 2005 году (в 2008 году – 27 %). Сегодня, в отличие от ситуации двадцатилетней давности, внебрачные рождения вносят одинаковый вклад в возрастные коэффициенты рождаемости на всем интервале активного деторождения (от 20 до 40 лет);

- повышение эффективности планирования семьи в связи с массовым переходом на современные методы контрацепции позволило российской молодежи существенно расширить выбор возможных сценариев жизненного цикла и отказаться от модели раннего формирования семьи и деторождения как экономически и социально нерациональной. Начало сексуальной жизни, обретение первого опыта проживания с партнером все

меньше ассоциируется с незапланированными беременностями, с нежелательными и несвоевременными родами. По имеющимся оценкам, доля женщин, использующих современные методы контрацепции, среди имеющих постоянного партнера увеличилась в России за двадцать лет с 30–40 до более 70 %. Поэтому неудивительно, что число аборт в расчете на 100 живорождений

сократилось за тот же период в два раза, а в расчете на 1000 женщин, в том числе и в молодом возрасте, – более чем в два раза. Следует отметить, что данные изменения полностью поддерживаются Принципом 8 Каирской программы действий. Однако заслуги государственных органов в этих положительных тенденциях после 1999 года минимальны.

6.3. Быстрый рост рождаемости в 2007–2008 годах

Оценки итоговой (суммарной) рождаемости для условных поколений в России повышались в 2000–2008 годах, за исключением 2005 года, в котором хотя и было отмечено общее снижение рождаемости, но ее рост в возрастах старше 25 лет продолжился. Увеличение рождаемости в 2007–2008 годах¹⁰⁰ было особенно значительным и, что особенно важно, охватило преимущественно средние и старшие возрастные группы матерей, которые вносят главный вклад в рождение вторых и последующих детей.

Годовые оценки вероятностей увеличения семьи¹⁰¹ за период 1979–2008 годов, полученные на основе официальных данных (с оговоркой, что расчеты с 1998 года базируются на неполных данных¹⁰²), представлены на рис. 6.4. После того как в первой половине 1980-х годов вероятности рождений повышались, затем движение имело противоположную направленность. Откладывались (и, видимо, частично, так и не реализова-

лись) рождения не только вторых и последующих детей, но даже и первенцев. Постепенно ситуация начала выправляться: с 1994 года медленно поползла вверх вероятность рождения трех и четырех детей, с 2000 года – вероятность вторых рождений. Вероятность появления на свет первых детей, напротив, стагнирует на одном уровне с 1999 годом.

Скачок рождаемости, произошедший в 2007 году, отчетливо виден: он затронул рождение детей всех очередностей, кроме первых (рис. 6.4). Связь этого всплеска с новыми мерами демографической политики, введенными в действие в 2007 году, очевидна.

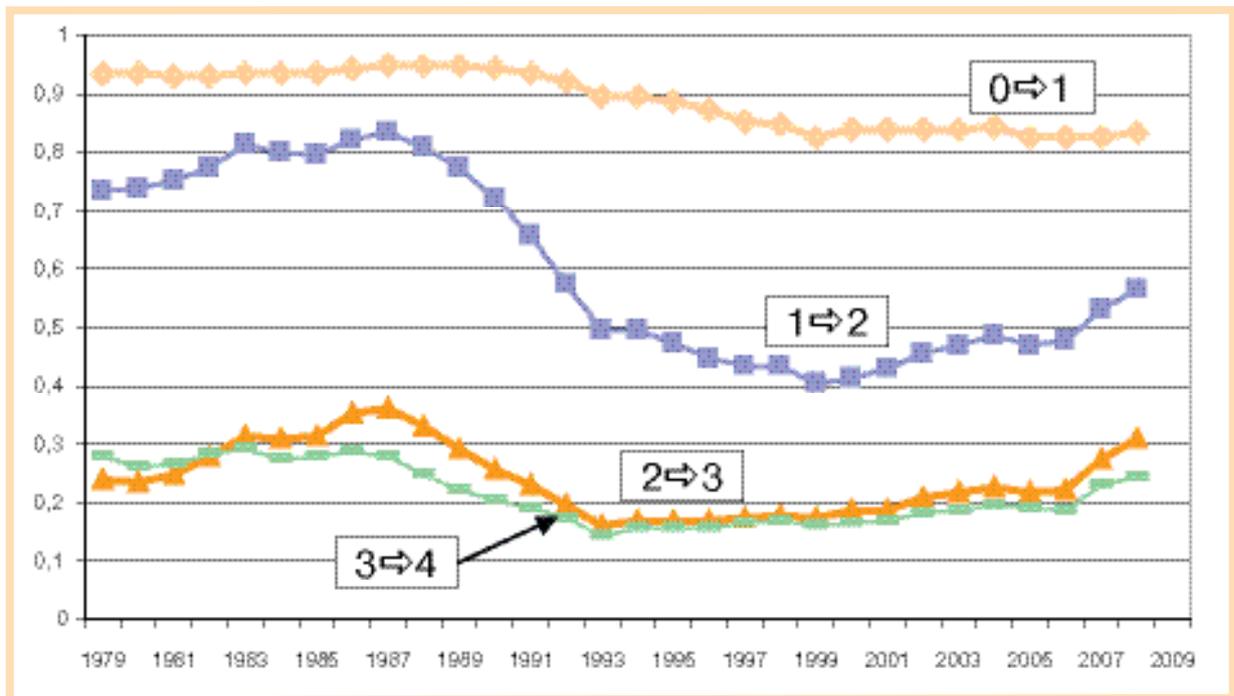
Анализ вероятностей увеличения семьи в разрезе реальных поколений и возраста женщин позволяет утверждать, что на изменение ситуации в 2007 году отреагировали все поколения, включая сорокалетних женщин. Такой эффект уже наблюдался прежде

¹⁰⁰ По предварительным данным регистрации рождений, за первую половину 2009 года увеличение рождаемости в России продолжалось, правда, с замедлением темпа роста. Если в 2007 году коэффициент суммарной рождаемости увеличился на 8,5 %; в 2008 году – на 5,7 %; то в 2009 году ожидаемый прирост показателя составит не более 4 %.

¹⁰¹ Вероятность увеличения семьи – наиболее корректная обобщающая оценка того, с какой вероятностью в некотором календарном году происходило рождение детей каждой очередности, представляющая собой долю матерей, родивших очередного ребенка в текущем году, среди тех, кто уже родил на одного ребенка меньше годом ранее. Данный показатель получается на основе построения специальных таблиц рождаемости по очередности рождения – модели, аналогичной таблице дожития (смертности), в которой совокупностями, убывающими с возрастом, выступают числа женщин с тем или иным числом рожденных детей.

¹⁰² В 1997 году был принят новый Закон «Об актах гражданского состояния», который не предусматривает указание биологического порядка рождения у матери в акте о рождении – исходном для статистики документе. Тем не менее, значительная часть российских регионов на добровольной основе (фактически в нарушение закона) продолжает собирать соответствующие сведения, а Росстат поддерживает эту инициативу. В 2008 году 72,6 % всех официально зарегистрированных в загсах рождений были распределены одновременно по возрасту матери и очередности рождения.

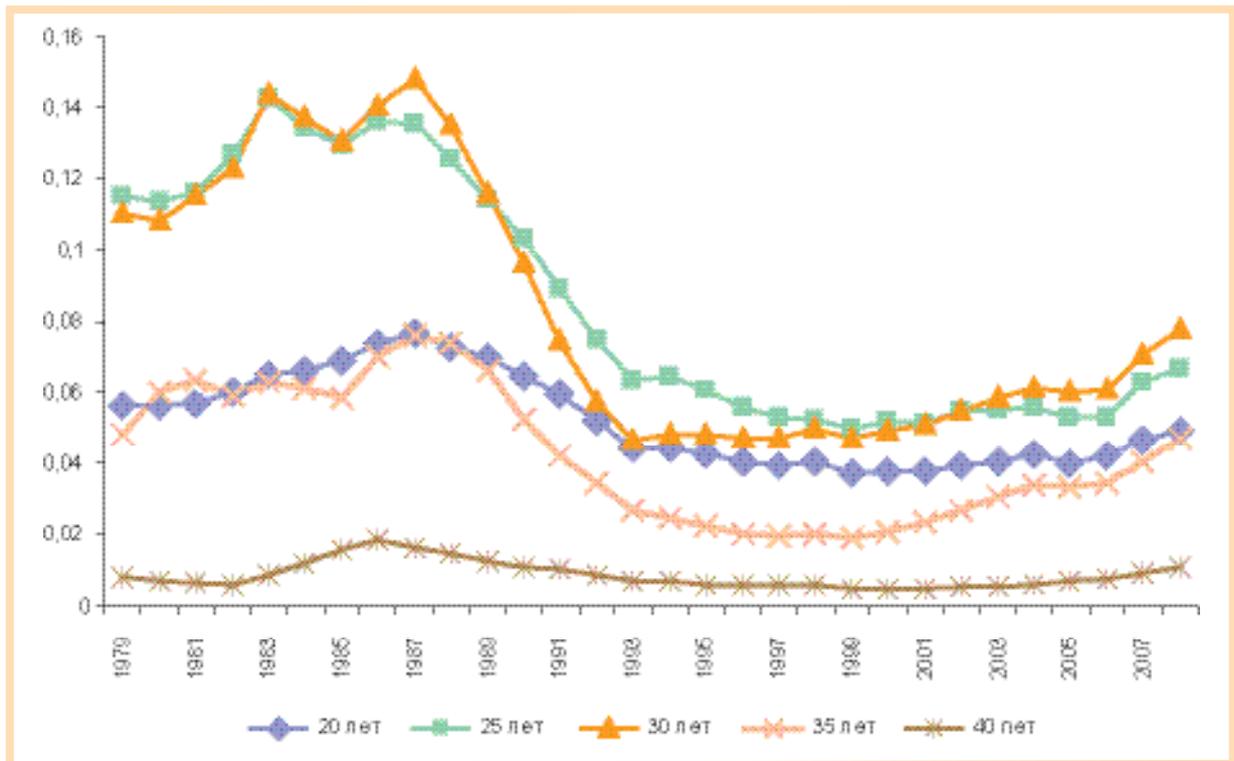
Рисунок 6.4. Итоговая вероятность увеличения семьи по очередности рождения для женщины к возрасту 50 лет, Россия, 1979–2008 годы



Примечание: оценка на основе данных по территориям, представляющим в Росстат данные о рождениях одновременно по возрасту матери и очередности рождения.

Источник: авторские расчеты на основе неопубликованных данных Росстата.

Рисунок 6.5. Вероятность рождения второго ребенка для женщины в возрасте 20, 25, 30, 35 и 40 лет, Россия, 1979–2008 годы



Источник: авторские расчеты на основе неопубликованных данных Росстата.

в России в 1982–1983 годах после введения в действие инновационных мер семейной политики (рис. 6.5).

Вместе с тем, увеличение вероятности повторных рождений в 2007–2008 годах произошло на фоне восходящей тенденции, наметившейся с конца 1990-х годов, и потому было бы неверно его ассоциировать исключительно со стимулирующими мерами политики, введенными в действие в 2007 году. Эта тенденция свидетельствовала о высокой готовности семей, уже имевших одного ребенка, произвести на свет второго. Новые меры политики значительно ускорили принятие этого решения. Кроме того, известно, что восходящая тенденция характерна в последние годы для большинства стран с низкой рождаемостью, в том числе и для тех стран, в которых не принимались никакие меры по ее стимулированию – чем более глубок был провал показателей в 1980–1990-х годах, тем более значительный наблюдается их прирост.

Каков совокупный эффект наблюдаемых изменений в терминах итогового уровня рождаемости для реальных женских поколений? Ответ на этот вопрос особенно важен, учитывая, что достоверно судить о долговременной эволюции рождаемости и строить долгосрочные демографические прогнозы можно, только опираясь на оценки рождаемости для реальных поколений.

К настоящему моменту мы располагаем полными знаниями о числе фактически рожденных детей для поколений, родившихся в 1950-х годах и ранее. Вполне надежны и оценки ожидаемой итоговой рождаемости для поколений 1960-х годов рождения, завершающих свою репродуктивную биографию. Но для поколений, находящихся в активных возрастах деторождения, т. е. для женщин, родившихся в 1970-х и 1980-х годах, речь может идти только о предварительных оценках.

Для когорт, не завершивших свою репродуктивную деятельность, наиболее распространенной международной методикой получения таких оценок является суммирование для каждого поколения женщин фактически рож-

денного к моменту наблюдения числа детей и числа детей, которое можно ожидать, если в последующих возрастах средняя женщина из данного поколения будет иметь такую же рождаемость, какую продемонстрировали в год наблюдения женщины, достигшие этих возрастов. Понятно, что при таком подходе для поколения женщин, которым в год наблюдения исполнилось 15 лет, оценка итоговой рождаемости – более чем условная величина, полностью базирующаяся на «ожидаемой» компоненте, и численно совпадающая с обычным коэффициентом суммарной рождаемости для условных поколений. По мере перехода к старшим поколениям значение «ожидаемой» компоненты уменьшается, и в оценке итоговой рождаемости все большую роль играет уже реализованная фактическая рождаемость.

Ввиду того, что год от года возрастные коэффициенты рождаемости меняются, ежегодно может меняться и оценка как «фактической», так и «ожидаемой» компоненты итоговой рождаемости для одного и того же поколения, а следовательно, и их суммарного значения. В условиях современной России, когда происходит увеличение рождаемости у женщин старше 25 и даже старше 35 лет, и до тех пор, пока наблюдается это увеличение, оценки итоговой рождаемости могут ежегодно пересматриваться в сторону повышения не только для самых молодых поколений, но и для представительниц старших когорт.

Сравним оценки итоговой рождаемости для послевоенных поколений (табл. 6.1), опираясь на ретроспективные данные, ограниченные 1999 годом (год минимального уровня текущей рождаемости), с оценками, полученными для тех же поколений девять лет спустя (последние имеющиеся данные – за 2008 год). Для того чтобы оценить особо значимый вклад роста рождаемости после 2006 года (после введения в действие новых мер демографической политики), в таблице воспроизведены оценки ожидаемой итоговой рождаемости, выполненные нами ранее по данным за 2006 год.

Очевидно, что итоговая рождаемость для женских когорт второй половины 1950-х го-

Таблица 6.1. Фактическая и перспективная рождаемость реальных поколений в России, женщины 1950–1989 годов рождения

Годы рождения женщин	Итоговое число рождений		Оценка на основе данных 2008 г.			Разница между оценками 1999 и 2008 гг.	Разница между оценками 2006 и 2008 гг.
	Оценка на основе данных 1999 г.	Оценка на основе данных 2006 г.	Фактически рождено к 2008 г. детей на одну женщину	Ожидается рождений дополнительно к уже рожденным	Итоговое число рождений		
1955–1959	1,88	1,88	1,88	0,00	1,88	0,00	0,00
1960–1964	1,75	1,76	1,76	0,00	1,76	0,01	0,00
1965–1969	1,58	1,63	1,62	0,02	1,64	0,06	0,01
1970–1974	1,40	1,52	1,46	0,11	1,57	0,17	0,05
1975–1979	1,23	1,43	1,19	0,35	1,54	0,31	0,09
1980–1984	1,16	1,33	0,65	0,74	1,50	0,34	0,17
1985–1989	–	–	0,26	1,23	1,49	–	–

Источники: Население России 2006: Четырнадцатый ежегодный демографический доклад / Отв. ред. А. Г. Вишневский. – М.: ГУ-ВШЭ, 2008. С. 151; авторские расчеты, основанные на данных переписей населения 1979, 1989 годов и возрастных коэффициентах рождаемости для однолетних возрастных групп в 1979–2008 годах.

дов рождения (1,88 ребенка на одну женщину) не изменилась: эти поколения уже восемь лет назад были близки к выходу из детородного возраста, а в 2009 году из него уже вышли. Показатели для поколений, родившихся в первой половине 1960-х годов, изменились в сторону увеличения едва заметно – 1,76 против 1,75; а вот для когорт второй половины 1960-х годов рост рождаемости последних лет уже не прошел бесследно – оценка величины их итоговой рождаемости твердо перешагнула отметку 1,6 ребенка (1,64 против 1,58). Правда, прирост рождений в 2007–2008 годах для них уже не имел существенного значения – 0,01 в расчете на одну женщину.

Заметнее изменились ожидаемые показатели рождаемости для поколений, родившихся в 1970-е годы: по сравнению с оценками, опиравшимися на данные, накопленные к 2000 году, более поздние оценки дают прирост 0,2–0,3 ребенка в расчете на одну женщину. За один только 2007 год эти поколения «добрали» к величине итоговой рождаемости 0,03–0,07 детей, а в сумме за два года – 0,05–0,09. Легко подсчитать, что если тенденция к увеличению рождаемости

в возрастах старше 30 лет сохранится, то поколения женщин, родившиеся в 1970-х годах, будут иметь в итоге в среднем 1,5–1,6 детей. За этот порог, к сожалению, им едва ли удастся перешагнуть. Эти поколения неумолимо приближаются к своему сорокалетию и сегодня реализуют свой последний шанс увеличить размер семей. Однако если планка на уровне 1,6 будет взята, то можно будет говорить, что долговременное снижение итоговой рождаемости от поколения к поколению затормозится и, возможно, стабилизируется, если поколения, родившиеся в 1980-х годах, последуют их примеру. С такими характеристиками Россия будет не сильно отличаться от прогнозных значений рождаемости для условных и реальных поколений в среднем для Европы.

Итак, исходя из наблюдаемых тенденций, предположение о дальнейшем сокращении рождаемости реальных поколений в России по-прежнему выглядит более обоснованным, чем ее рост. Стабилизация итоговой рождаемости когорт на уровне 1,5–1,6 – наиболее оптимистичный сценарий, на который можно рассчитывать в случае продолжения развития текущих процессов.

Рисунок 6.6. Фактические изменения коэффициента суммарной рождаемости в 1970–2008 годах и предполагаемые в соответствии с некоторыми прогнозами до 2030 года



Источники: Предположительная численность населения Российской Федерации до 2025 года: Стат. бюллетень // Росстат. – М., 2008; World Population Prospects: The 2006 Revision, Highlights. – United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2007). Working Paper No. ESA/P/WP.202. 114 p.: <http://www.unpopulation.org>; Бюро цenzов США: <http://www.census.gov/ipc/www/idb/>; Население России 2006: Четырнадцатый ежегодный демографический доклад / Отв. ред. А. Г. Вишнеvский. – М.: ГУ-ВШЭ, 2008. С. 158–159.

Рассмотрев долговременные тенденции и их конъюнктурные изменения в разрезе реальных поколений, можно вернуться к оценке возможных перспектив динамики показателей для календарных лет.

На рис. 6.6 представлены траектории изменения показателя итоговой рождаемости условных поколений на период до 2030 года в соответствии с прогнозами Росстата (2008), ООН (2006) и Бюро цenzов США (2006) и ИДЕМ ГУ-ВШЭ (2008). В соответствии со средними сценариями данных прогнозов увеличение рождаемости предполагается более чем умеренным – до 1,6–1,7 рождений в расчете на одну женщину. Только верхний сценарий

прогноза Росстата (не представлен на рисунке) предполагает выход на величину около двух рождений через 20 лет в точном соответствии с официальной Концепцией демографической политики на период до 2025 года. Такой оптимизм, с нашей точки зрения, едва ли оправдан: для него на сегодняшний день нет никаких оснований. Верхний сценарий прогноза ИДЕМ более консервативен – около 1,9 рождений к 2030 году (уровень рождаемости начала 1980-х годов), однако и он маловероятен. Кроме того, нельзя исключить и возможность возврата к исходному уровню (1,3–1,4 рождений) после того, как эйфория, обычная для первых лет действия новых мер семейной политики, пойдет на спад. С компенсационным

снижением сталкивались все страны, в том числе и Россия в 1988–1993 годах, после того, как в первые годы введения мер семейной политики происходил быстрый рост коэффициентов рождаемости, обеспеченный сдвига-

ми в календаре рождений без существенного увеличения итогового числа детей в семьях. Избежать повторения печального опыта будет очень трудно: по крайней мере, мировая история таких примеров пока не знает.

6.4. Рождаемость и государственная демографическая политика в России в контексте Каирской программы действий

Все описанные выше перемены в рождаемости, происходящие с середины 1990-х годов, не являются специфичными для России. С некоторым запаздыванием она повторяет вместе со своими партнерами по бывшему социалистическому лагерю путь, проложенный развитыми странами в конце 1960-х – начале 1970-х годов и названный «вторым демографическим переходом»¹⁰³. Объективная основа трансформации модели формирования семьи заложена необходимостью адаптации населения к меняющейся социально-экономической реальности под влиянием модернизационных перемен эпохи перехода к постиндустриальному обществу. Снижение уровня рождаемости зачастую ниже необходимого для воспроизводства населения, и изменение ее структурных характеристик – неотъемлемый элемент такой адаптации, в основе которой лежит повышение требований к качеству человеческого капитала. Имен-

но поэтому государственная политика, ориентированная на повышение рождаемости и/или противодействующая ее структурным преобразованиям, игнорирующая разнообразие типов семей, не может не иметь ограниченную эффективность, а в некоторых случаях прямого воздействия на процессы может стать даже контрпродуктивной, о чем справедливо напоминает программа действий, принятая в Каире в 1994 году.

В то же время ограниченные возможности общества управлять уровнем рождаемости не означают, что государство должно устранить от проблем семьи и не проводить соответствующую политику. Напротив, Каирская программа действий прямо нацеливает правительства на разработку политики, обеспечивающую более эффективную поддержку семьи, успешное совмещение трудовых и родительских обязанностей и многое другое

¹⁰³ Содержание *первого* демографического перехода в рождаемости составляет установление индивидуально-семейного контроля над числом рожденных детей. В результате на место высокой (естественной) рождаемости, регулируемой лишь на институционально-коллективном (внесемейном) уровне, что характерно для традиционного аграрного общества, приходит низкая рождаемость, определяемая индивидуально мотивированным поведением различных групп населения, переживших урбанизацию и индустриализацию. Первый демографический переход, протекая с различной скоростью в развитых странах с начала XIX века, в основном завершился к середине 1960-х годов. *Второй* демографический переход является следующим, более продвинутым, этапом развития индивидуального контроля над рождаемостью. В постиндустриальных, «постматриалистических» обществах расширение свободы выбора индивидуальных стратегий поведения во всех сферах, в том числе и в демографической, становится ведущим вектором социального развития. Свобода выбора брачного партнера и форм совместной жизни несоизмеримо возрастают. Контрацептивная революция и быстро развивающиеся высокие технологии в области репродукции открыли дорогу новейшему этапу рационализации семейного планирования, связанного с достижением эффективного контроля над числом беременностей и временем их наступления. Согласование высоких требований, предъявляемых к человеку современным обществом, и его индивидуальных предпочтений и интересов приводит к тому, что универсальная модель формирования семьи и обзаведения потомством в раннем возрасте постепенно уступает место более позднему родительство с более широким спектром возможных календарей демографических событий. Таким образом, второй демографический переход – это структурные преобразования модели низкой рождаемости на основе расширения множественности выбора индивидуальных стратегий формирования семьи. См.: Van de Kaa D. J. (1987). Europe's second demographic transition // *Population Bulletin*. United Nations. Vol. 42. No. 1; *Lesthaeghe R. J., Surkyn J.* (2004). Value Orientations and the Second Demographic Transition (SDT) in Northern, Western and Southern Europe: An Update // *Demographic Research*. Vol. 3: 45–86; Демографическая модернизация России, 1900–2000 / Под ред. А. Г. Вишневецкого. – М.: Новое издательство, 2006. С. 137–146, 247–254.

с тем, чтобы добиваться выполнения наиболее важной задачи: каждый ребенок должен быть желанным.

«Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (2007), призванная отразить официальную позицию государственных органов в отношении демографических проблем, в целом соответствует согласованной позиции международного сообщества, высказанной в Каире. В то же время ряд ее положений в контексте Каирского документа вызывают сомнения.

Во-первых, в качестве главного способа достижения количественных целей в политике делается ставка на денежно-финансовые методы стимулирования, что явно недостаточно для роста рождаемости. Кроме того, в ряде случаев это приводит к спекулятивным действиям людей, мотивированных получением того или иного пособия. Негативными последствиями может стать повышенная рождаемость в маргинализированных слоях общества и последующем росте социального сиротства, что частично имеет место в современной России¹⁰⁴.

Во-вторых, в официальной Концепции демографической политики практически не нашло отражение расширяющееся многообразие форм семейной жизни, в то время как на необходимость учета в государственной политике данного факта прямо указывается в Каирском документе.

В-третьих, серьезную озабоченность вызывает ситуация в России с обеспечением прав семей и индивидов в области планирования семьи, чему было уделено особо важное внимание в итоговом документе Каирской конференции. Следует, к сожалению, констатировать, что в России необходимость постоянного развития программ планирования семьи в последнее десятилетие постоянно ставится под сомнение не только на обыденном уровне, но и в средствах массовой информации.

Наконец, в-четвертых, в России драматически ухудшается ситуация с демографической информацией и демографическими исследованиями. В России не развиваются системы и базы данных официальной статистики, позволяющие проводить всесторонние исследования изменяющихся структур семьи, сексуального и репродуктивного поведения, гендерных проблем, взаимосвязи демографических и социально-экономических процессов. Регулярные национальные выборочные исследования проблем семьи, рождаемости и семейной политики статистическими органами не проводятся, бюджетное финансирование сторонних организаций, проводящих исследования в этой области, находится на зачаточном уровне. Более того, с конца 1990-х годов положение со статистикой брачно-семейного поведения сравнимо с уровнем XIX века. Текущая статистика рождаемости не отвечает минимальным международным критериям.

¹⁰⁴ Напомним, что Национальный совет по подготовке и проведению Международного года семьи в Российской Федерации в 1994 году (был приурочен к дате проведения Международной конференции в Каире) в своем докладе ставил задачу, отличную от Концепции, но более созвучную идеям Каирского документа: «Демографическую политику надо ... освободить от стимулирования рождаемости и сосредоточить на реальной помощи тем семьям, матерям и уже рожденным детям, которые в ней нуждаются, создании условий для максимально полной реализации потребности в детях». «Важнее добиться в будущем, чтобы как можно большее число семей как можно меньше нуждалось в государственной и общественной благотворительности, разного рода пособий, льготах, бесплатных услугах». См.: О положении семей в Российской Федерации // Национальный Совет по подготовке и проведению Международного года семьи в Российской Федерации. Комиссия по вопросам женщин, семьи и демографии при Президенте Российской Федерации. – М: Юридическая литература, 1994. С. 42.

ГЛАВА 7



© Джастин Джин

Здравоохранение,
заболеваемость и смертность

Странам следует стремиться к достижению к 2005 году показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении, превышающего 70 лет, и к 2015 году показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении, превышающего 75 лет. Страны с наивысшими уровнями смертности должны стремиться к достижению к 2005 году показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении, превышающего 65 лет, и к 2015 году показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении, превышающего 70 лет. [Глава 8, раздел А-8.5]

Цели заключаются в том, чтобы:

а) расширить доступ, наличие, приемлемость и доступность услуг по охране здоровья и медицинских учреждений для всех людей в соответствии с национальными обязательствами, предусматривающими обеспечение доступа к базовому медико-санитарному обслуживанию для всех;

б) обеспечить увеличение продолжительности жизни и повышение качества жизни всего населения, а также уменьшение различий в показателях ожидаемой продолжительности жизни между различными странами и внутри стран. [Глава 8, раздел А-8.3]

Все страны должны сделать доступ к базовому медико-санитарному обслуживанию и возможностям укрепления здоровья центральным элементом стратегий уменьшения смертности и заболеваемости... [Глава 8, раздел А-8.4]

Для достижения установленных целей необходимо содействовать реформе сектора здравоохранения и политики в области здравоохранения, включая рациональное распределение ресурсов. Всем правительствам следует изучить вопрос о путях достижения максимальной эффективности программ в области здравоохранения в интересах увеличения продолжительности жизни, уменьшения заболеваемости и смертности и обеспечения доступа к базовым медицинским услугам для всех... [Глава 8, раздел А-8.11]¹⁰⁵

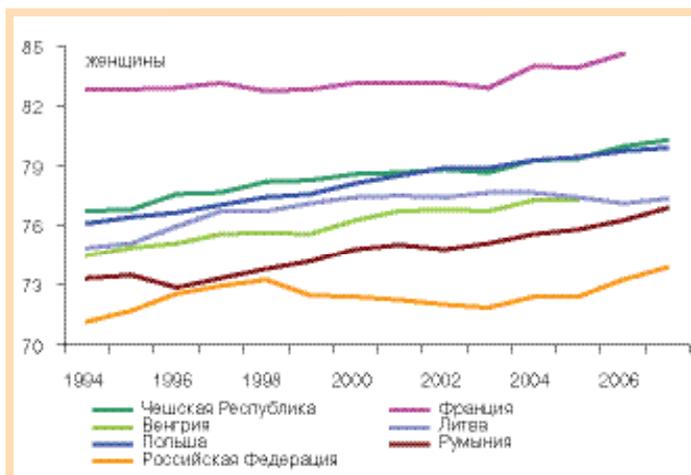
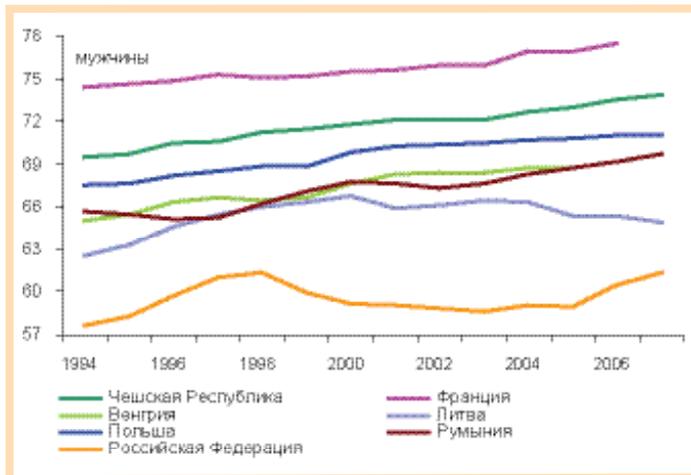
¹⁰⁵ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г.

7.1. Ожидаемая продолжительность жизни в России в 1990–2000-е годы

Ожидаемая продолжительность жизни – интегральная характеристика уровня смертности в странах. Начиная с 1960-х годов и до недавнего времени, в России отмечалась тенденция к снижению ожидаемой продолжительности жизни при рождении. К 1994 году после короткого периода роста в период антиалкогольной кампании был достигнут пик снижения этого показателя. В целом до 2005 года

динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России не имела четко определенной тенденции (рис. 7.1). Только к 2004–2005 годам ситуация начала несколько улучшаться. И, наконец, с 2006 года продолжительность жизни стала расти. С 2005 по 2008 годы у мужчин продолжительность жизни выросла на 2,9 года, а у женщин – на 1,8 года.

Рисунок 7.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин и женщин в ряде стран в 1994–2007 годах, лет



Источники: Демографический ежегодник России. 2008: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008; база данных ВОЗ «Health for all».

Этот процесс происходил на фоне значительного снижения смертности в большинстве развитых стран, включая большинство стран Восточной Европы, а также страны Балтии (рис. 7.1). Но к 2007 году отставание России от европейских стран по ожидаемой продолжительности жизни при рождении стало несколько меньше – примерно 18–13 лет для мужчин и 10–6 лет для женщин.

В документах Каирской конференции поставлены ориентиры по снижению смертности – «стремиться к достижению к 2005 году показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении, превышающего 70 лет, и к 2015 году показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении, превышающего 75 лет. Страны с наивысшими уровнями смертности должны стремиться к достижению к 2005 году показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении, превышающего 65 лет, и к 2015 году показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении, превышающего 70 лет»¹⁰⁶.

По уровню смертности Россию приходится отнести к странам с наивысшими уровнями смертности, и это главная демографическая ее особенность. Даже к 2008 году мы не смогли достичь продолжительности жизни в 70 лет, а 65-летней отметки достигли только в 2004 году. Кроме того, в «Концепции демографической политики Российской Фе-

¹⁰⁶ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г. – Нью-Йорк: ООН, 1995. С. 52.

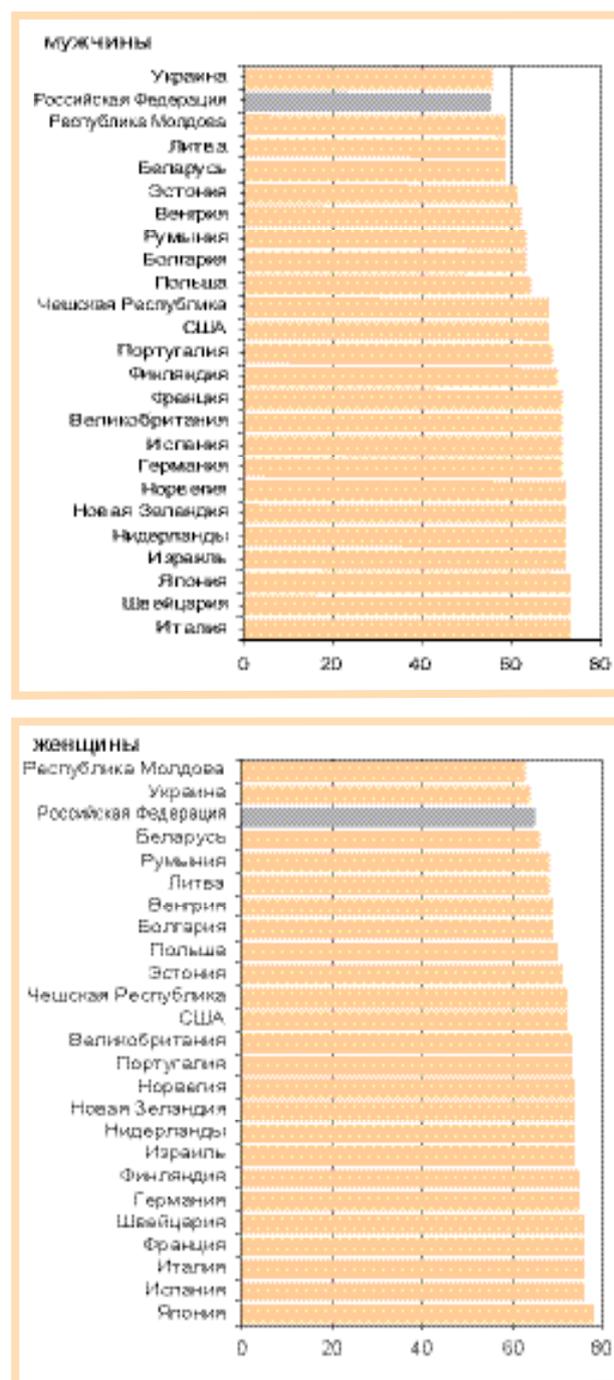
дерации на период до 2025 года» только к 2015 году поставлена задача увеличения продолжительности жизни до 70 лет, а к 2025 году до 75 лет. При этом для России остается характерным один из самых больших гендерных разрывов в уровне этого показателя (12,4 года в 2008 году), что является следствием сверхсмертности российских мужчин в трудоспособном возрасте.

Главные «потери и приобретения» в продолжительности жизни в России связаны со смертностью взрослого населения. Рост продолжительности жизни в 2005–2008 годах произошел в основном за счет снижения смертности в рабочих возрастах у мужчин и рабочего и пожилого возрастов у женщин. До этого в 2003–2005 годах также наблюдался рост продолжительности жизни при рождении, но он был связан, в основном, со снижением смертности детей и пожилых, а продолжительность жизни мужчин в возрасте 15 лет оставалась неизменной. В 2005–2008 годах 72 % роста продолжительности жизни у мужчин и 46 % женщин приходилось на трудоспособные возраста. В то же время 44 % роста у женщин (и 19 % у мужчин) пришлось на лиц старше 60 лет. При этом основная доля роста продолжительности жизни в трудоспособных возрастах приходилась на лиц до 40 лет.

С 2000 года ВОЗ ввела показатель «ожидаемая продолжительность здоровой жизни» (ОПЗЖ), который используется для оценки не только смертности населения, но и его здоровья. ОПЗЖ отражает продолжительность жизни в полностью здоровом состоянии, то есть без инвалидности. Различия в ОПЗЖ между Россией и развитыми странами еще более весомые, чем различия в ожидаемой общей продолжительности жизни. Причина – к невыгодной для России разнице в числе прожитых лет добавляется разница в числе лет, прожитых без болезней и инвалидности, которая также складывается не в пользу России. По сравнению с другими странами Россия имеет один из наиболее низких показателей ОПЗЖ в Европейском регионе ВОЗ и среди развитых стран (рис 7.2). Для России характерен один из самых больших гендер-

ных разрывов в уровне этого показателя, что служит свидетельством как сверхсмертности российских мужчин в трудоспособном возрасте, так и плохого состояния их здоровья. По сравнению с 2003 годом разрыв в России между этими двумя показателями у мужчин снизился на 0,7 года, а у женщин даже вырос

Рисунок 7.2. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в некоторых странах в 2007 году, лет



Источник: база данных ВОЗ «Health for all».

на 0,1 года, что свидетельствует о неблагоприятных тенденциях в смертности и у женщин.

Причина сильного отставания России по продолжительности жизни заключается, в основном, в проявлении незавершенности эпидемиологического перехода¹⁰⁷, хотя немаловажное значение имеет и определенная атипичность российской смертности. В России не до конца решены основные задачи ранних этапов эпидемиологического перехода и сохраняются элементы традиционной структуры патологии и причин смерти, в частности, неоправданно высокая заболеваемость инфекционными болезнями и болезнями органов дыхания и пищеварения. Но все же главная проблема – бессилие в борьбе против патогенных факторов, наиболее опасных на новом этапе развития. Следствие – более раннее, по сравнению с другими странами, распространение болезней, типичных для новой структуры патологии «болезней цивилизации» – сердечно-сосудистых и онкологических. Крайне высокой и ранней остается

и смертность от несчастных случаев всех видов – одна из наиболее разительных особенностей российской смертности (табл. 7.1).

Главными проблемами России была и остается высокая смертность от внешних причин и высокая ранняя смертность от болезней системы кровообращения. Если в первый период падения продолжительности жизни мужчин главную роль играли внешние причины (несчастные случаи, отравления, травмы и т. п.), то в 1998–2003 годах на первое место вышли болезни системы кровообращения. У женщин болезни системы кровообращения были и остаются главной причиной падения продолжительности жизни, а роль несчастных случаев относительно уменьшилась. В период 2005–2008 годов и у мужчин, и у женщин основной рост продолжительности жизни связан с положительной динамикой смертности от болезней системы кровообращения и от внешних причин, хотя в этот период перестали негативно влиять на продолжительность жизни взрослых также инфекцион-

Таблица 7.1. Вклад отдельных классов причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни при рождении, лет

Годы	Прирост	В том числе за счет причин смерти						
		болезни системы кровообращения	новообразования	Внешние причины	болезни органов дыхания	инфекционные болезни	болезни органов пищеварения	другие причины
Мужчины								
1994–1998	3,8	1,2	0,2	1,5	0,4	0,0	0,1	0,4
1998–2003	–2,7	–1,3	0,3	–0,9	–0,2	–0,1	–0,2	–0,3
2003–2005	0,3	–0,3	0,3	0,8	–0,1	0,0	–0,5	0,1
2005–2008	2,9	1,0	0,1	1,1	0,2	0,1	0,1	0,4
Женщины								
1994–1998	2,1	1,0	0,1	0,5	0,2	0,0	0,1	0,3
1998–2003	–1,3	–0,8	0,1	–0,3	–0,1	0,0	–0,2	0,0
2003–2005	0,6	0,3	0,1	0,3	0,0	0,0	–0,2	0,2
2005–2008	1,8	1,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,1	0,3

Источник: авторские расчеты на основе данных Росстата.

¹⁰⁷ Смысл *эпидемиологического перехода* заключается в том, что по достижении тем или иным обществом или страной определенного, достаточно высокого уровня развития начинается быстрая, по историческим меркам, смена одного типа патологии, определяющей характер заболеваемости и смертности населения, другим ее типом, одной структуры болезней и причин смерти – другой. Подробнее см.: Демографическая модернизация России: 1900–2000 / Под ред. А. Г. Вишневого. – М.: Новое издательство, 2006. С. 257–259.

ные болезни и болезни органов пищеварения. При этом за период с 1994 по 2008 годы доля умерших от внешних причин мужчин в России снизилась, а от болезней системы кровообращения выросла как у мужчин, так и у женщин. Вызывает тревогу и рост умерших в последние годы от новообразований.

Особое место в структуре причин российской смертности занимает смертность, связанная с употреблением алкоголя. Российская статистика, начиная с 2005 года, фиксирует и публикует смертность от 7 причин, непосредственно связанных с алкоголем (до 2005 года разрабатывалась информация только по 4 причинам). В 2007 году от этих причин умерло 55,5 тыс. мужчин и 19,7 тыс. женщин. Если судить только по этим показателям, то после трех лет снижения (с 2005 по 2007 годы) абсолютных чисел и коэффициентов в 2008 году зафиксирован рост этих показателей, и это несмотря на введение в последний год ряда мер антиалкогольной политики. По оценкам специалистов, структура смертности от причин алкогольной этиологии в России имеет, конечно, свои особенности, но во многом сходна с другими странами¹⁰⁸.

Кроме того, большая доля случаев смерти от других причин и классов смерти также связана с алкоголем. Известно, что снижение смертности в России в период антиалкогольной кампании 1980-х годов происходило не только за счет причин, прямо связанных с потреблением алкоголя, но и за счет несчастных случаев и сердечно-сосудистых заболеваний¹⁰⁹.

Еще в 2003 году были рассчитаны коэффициенты вклада алкогольной смертности в общую

смертность по ряду причин и классов смерти¹¹⁰. Общие алкогольные потери в России с 1990 по 2001 годы составили около 7 млн чел. И эти потери не уменьшаются. Если посчитать алкогольные потери на основе этих оценок, то в 2008 году они составили более 480 тыс. человек (примерно 23 % от числа всех умерших в стране). По данным прямых полевых обследований, проведенных в ряде типичных городов России, у мужчин трудоспособных возрастов не менее 40 % смертей связаны со злоупотреблением алкоголем¹¹¹.

В последнее время проблема алкогольной смертности и уровня злоупотребления алкоголем широко обсуждается в обществе, в структурах государственной власти и СМИ. В недавнем вышедшем докладе Общественной палаты «Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия»¹¹² приводятся факторы алкогольных проблем России, а также подробные пути решения этой проблемы.

У России уже есть опыт антиалкогольной кампании 1980-х годов. Он учит, что необходимо искать менее эффективные (например, запретительные), но более эффективные меры, вырабатывать и осуществлять продуманную долговременную антиалкогольную политику. Особое внимание надо обращать на структуру потребления алкоголя в России. Ведь именно высокий уровень потребления крепких алкогольных напитков ведет к столь высокой алкогольной смертности россиян. Мировой опыт показывает, что изменение структуры алкогольного потребления – гораздо более доступная и эффективная мера, нежели нереалистичный «сухой закон» и пр.

¹⁰⁸ Андреев Е. М., Збарская И. А. Статистика смертности в России от причин алкогольной этиологии // Вопросы статистики. 2009. № 8. С. 46.

¹⁰⁹ Подробнее см.: Население России 2006: Четырнадцатый ежегодный демографический доклад / Отв. ред. А. Г. Вишневецкий. – М.: ГУ-ВШЭ, 2008. С. 198–203.

¹¹⁰ Немцов А. В. Алкогольный урон регионов России. – М., 2003. С. 62; Немцов А. В., Терехин А. Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России // Наркология. 2007. № 12.

¹¹¹ Zaridze D., Brennan P., Boreham J., Boroda A., Karpov R., Lazarev A., Konobeevskaya I., Igitov V., Terechova T., Boffetta P., Peto R. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case – control study of 48 557 adult deaths // Lancet. 2009: 373. P. 2201–2214; Leon D. A., Saburova L., Tomkins S., Andreev E., Kiryanov N., McKee M., Shkolnikov V. M. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study // Lancet. 2007: 369. P. 2001–2009.

¹¹² <http://demoscope.ru/weekly/2009/0383/chitzal01.php>

7.2. Младенческая и материнская смертность

Младенческая смертность

Смертность детей до 5 лет в России хоть медленными темпами, но снижается уже довольно длительное время. Основной вклад в смертность детей до 5 лет вносит младенческая смертность. На Каирской конференции была поставлена задача снизить эти показатели к 2000 году на одну треть и стремиться к дальнейшему снижению этих показателей. С 1994 по 2000 годы коэффициент младенческой смертности в России снизился с 18,6 до 15,3‰ и к 2008 году достиг 8,5‰. Это меньше, чем одна треть, но дальнейшее ее стабильное снижение продолжается. В ЦРТ поставлена задача «снизить смертность детей до пяти лет хотя бы на 50 % в период с 1990 по 2015 годы – с 21,5 до 11 на 1000 человек»¹¹³. Вероятность смерти от момента рождения до 5 лет, по данным Росстата, в России снизилась с 21,3 в 1990 году до 11,8 в 2007 году.

Между тем, все ли благополучно в динамике младенческой смертности? Действительно, с 1994 по 2008 год уровень младенческой смертности в России снизился почти на 50 %. Но достигнутый сейчас в России уровень до

сих пор остается примерно в 3–4 раза выше, чем во многих развитых странах, а также намного выше, чем в странах Восточной Европы, включая и бывшие европейские республики СССР (рис 7.3). Нельзя также забывать, что Россия до сих пор полностью не перешла на определение живорождения ВОЗ, и поэтому используемое в России с 1993 года определение не вполне соответствует критериям, принятым ВОЗ¹¹⁴. Поэтому в реальности отставание России по уровню младенческой смертности от развитых стран еще сильнее.

Чем можно объяснить такое отставание России по уровню младенческой смертности? Прежде всего, оно связано со структурой смертности детей до 1 года. В развитых странах снижение младенческой смертности обычно означает возрастающую концентрацию смертности на первом месяце, а в нем на первой неделе жизни. В России доля умерших на первой неделе сократилась с 50 % в 1994 году до 41 % в 2007 году. Это частично свидетельствует о том, что в России довольно успешно борются с ранней неонатальной смертностью (т.е., в основном, в родильном доме). Частично здесь сыграли роль и другие

¹¹³ [http://www.undp.ru/index.phtml? iso=RU&lid=2&pid=2&cmd=text&id=141](http://www.undp.ru/index.phtml?iso=RU&lid=2&pid=2&cmd=text&id=141)

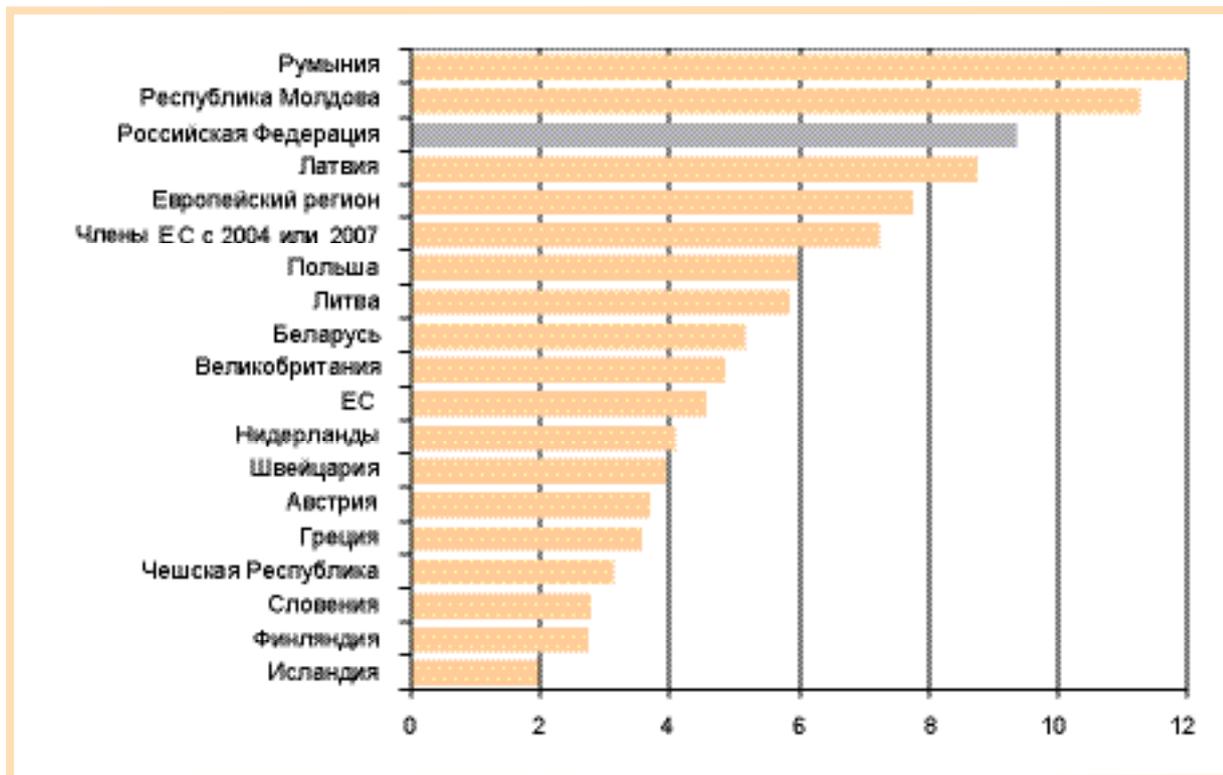
¹¹⁴ Согласно определению ВОЗ, *живорождение* – это полное изгнание или извлечение из организма матери продукта зачатия вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента; каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный. По рекомендации ВОЗ все живорожденные дети должны регистрироваться и учитываться как таковые, независимо от продолжительности беременности или от того, были ли они живыми или мертвыми в момент регистрации; если они умирают через какое-то время сразу после родов, они также должны регистрироваться и учитываться в числе смертей.

В 1993 году в России формально, но в соответствии с инструкцией, утвержденной Приказом Минздрава Российской Федерации от 4 декабря 1992 г. № 318 и Постановлением Госкомстата России от 4 декабря 1992 г. № 190, в органах загс и в государственной статистике учитываются дети с массой тела при рождении 1000 г и более (или, если масса неизвестна, с длиной тела 35 см и более либо со сроком беременности 28 недель и более), включая живорожденных с массой тела менее 1000 г при многоплодных родах; все родившиеся с массой тела от 500 до 999 г также подлежат регистрации в органах загс в тех случаях, если они прожили после рождения более 168 часов (7 суток). Эти уточнения почти сводят на нет изменение определения. Фактически, по сравнению с ситуацией до 1993 года в число живорожденных вошли:

- 1) дети, у которых отсутствовало дыхание, но имелись другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры;
- 2) дети с массой тела от 500 до 1000 г., родившиеся при многоплодных родах и умершие в ранний неонатальный период.

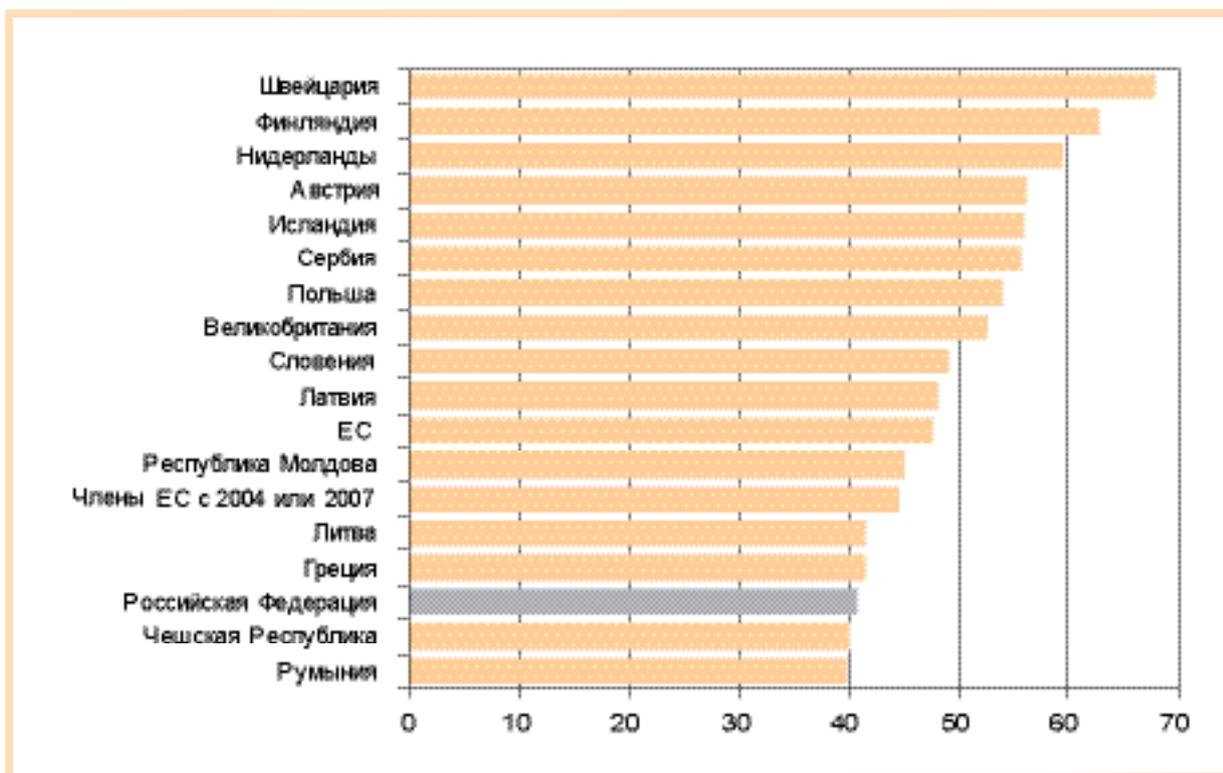
Поэтому в реальности отставание России по уровню младенческой смертности от развитых стран еще сильнее.
См.: Андреев Е. М., Кваша Е. А. Особенности показателей младенческой смертности в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 4. С. 15–20.

Рисунок 7.3. Младенческая смертность в некоторых развитых странах в 2007 году, %



Источник: база данных ВОЗ «Health for all».

Рисунок 7.4. Доля ранней неонатальной смертности в младенческой смертности в 2007 году в некоторых странах, %



Источник: база данных ВОЗ «Health for all».

факторы, предусмотренные национальным проектом «Здоровье» (развитие служб родовспоможения, введение «родовых сертификатов», действия Минздрава, направленные на повышение эффективности акушерско-гинекологической помощи и медицинской помощи детям до года жизни, действие подпрограммы «Здоровое поколение» федеральной целевой программы «Дети России» и т. д.). Однако доля умерших на первом месяце в течение последних двух десятилетий держится примерно на уровне около 60 %. В настоящее время Россия находится на одном из последних мест по вкладу как неонатальной, так и ранней неонатальной смертности в общую младенческую смертность (рис 7.4).

Опыт многих стран в области младенческой смертности показывает, что и в сокращении уровня и доли постнеонатальной компоненты младенческой смертности кроются немалые резервы снижения смертности детей до 1 года. Однако, разумеется, нельзя забывать и отодвигать на второй план усилия, направленные на снижение ранней неонатальной смертности, так как и ее уровень в России относительно развитых стран остается достаточно высоким.

Для структуры причин смертности в возрасте до 1 года в начале XXI века для всех стран является характерным преобладание причин смерти, связанных с перинатальным периодом и врожденными аномалиями, то есть причин эндогенного характера, от которых основная часть детей умирает в неонатальный период жизни. В России в последнее десятилетие эта доля стала примерно такой же, как и во многих развитых странах. Но если при сравнении добавить к этим двум группам причин группу симптомов, признаков и отклонений от нормы (т. е. те причины смерти, которые приходится также в основном на 1-й месяц жизни ребенка), то различия с развитыми странами все еще остаются.

Вызывает тревогу, что в России остается еще высокой доля умерших детей до 1 года от инфекционных и паразитарных болезней и болезней органов дыхания, с которыми в мире вполне успешно борются.

Несмотря на постоянное снижение, в России сохраняются значительные региональные различия по уровню младенческой смертности. В 2008 году разрыв между максимальным и минимальным коэффициентами младенческой смертности по регионам составил 12,5‰ (минимум – Санкт-Петербург (4,5‰), максимум – Чеченская Республика (17,0‰)). В 2007 году он составлял 17,1‰ (минимум – Санкт-Петербург (4,3‰), максимум – Еврейская автономная область (21,4‰)). Радует, что по сравнению с 2007 годом этот разброс существенно уменьшился, но все же остается очень большим. И если регионы с минимальными уровнями младенческой смертности постепенно приближаются к странам с низкими значениями этого показателя, то регионы, находящиеся на противоположном краю спектра, все еще сильно отстают от них. Чтобы добиться достижения уровня младенческой смертности, сопоставимого с развитыми странами, необходимо применять меры и программы, направленные на снижение младенческой смертности в каждом отдельно взятом регионе России – строительство перинатальных центров, после введения в строй которых снижается уровень ранней неонатальной смертности.

При благоприятном развитии и реализации всех программ по защите матерей и детей оптимистический прогноз младенческой смертности, основанный на экстраполяции тенденций снижения этого показателя в России, предполагает, что к 2050 году уровень младенческой смертности достигнет наименьшего отмечающегося сегодня уровня (в 2007 году в Исландии уровень младенческой смертности был 2,0‰¹¹⁵).

¹¹⁵ База данных ВОЗ «Health for all»: <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>

Материнская смертность

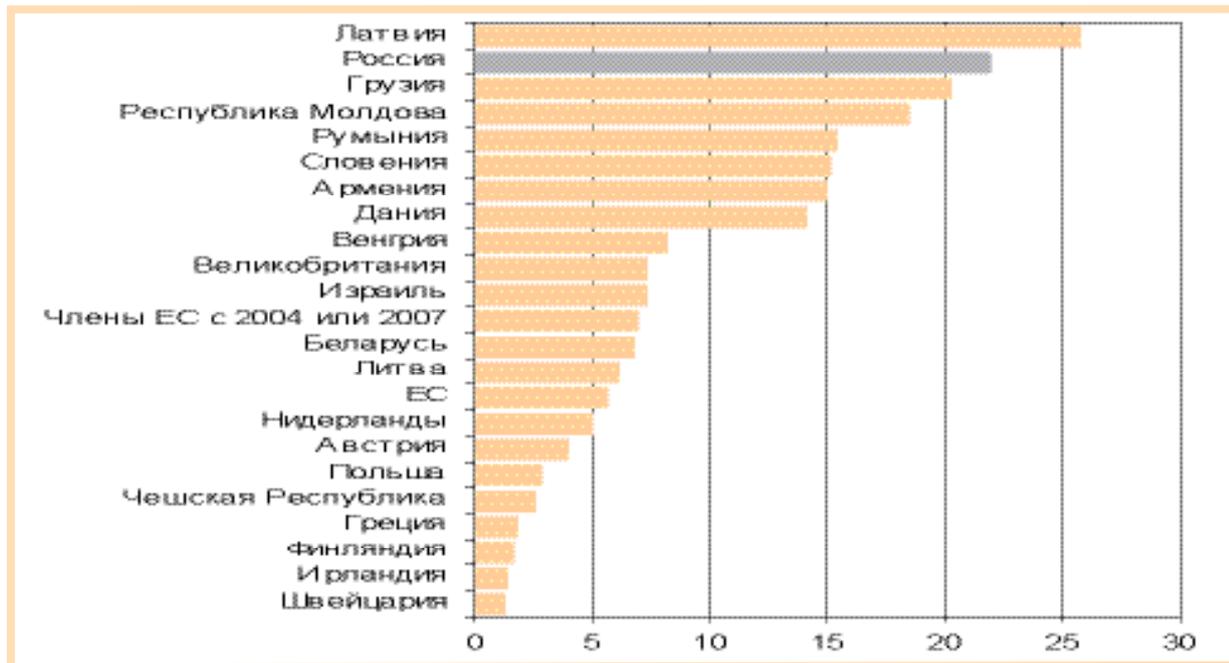
В Каире отмечалось, что «осложнения, связанные с беременностью и родами, являются одними из наиболее распространенных причин смертности женщин репродуктивного возраста во многих развивающихся регионах»¹¹⁶. Хотя Россию и нельзя отнести к развивающимся странам, уровень материнской смертности в ней был и остается довольно высоким и намного превосходит уровень западноевропейских стран. В 2008 году в России было зарегистрировано 359 случаев смерти матерей, а коэффициент материнской смертности составил 20,9 на 100 000 живорождений¹¹⁷. В странах ЕС в 2007 году этот коэффициент был 5,7; в Швейцарии – 1,3; а в Финляндии – 1,7; то есть в 13–15 раз ниже, чем в России (рис 7.5).

По сравнению с 1994 годом (52,3) уровень материнской смертности снизился в 2,2 раза, но начиная с 2004 года он почти не меняется. А абсолютное число умерших в последние

два года даже возрастает, что не может не вызывать тревогу (рис 7.6).

Основные причины материнской смертности за последние 15 лет не изменились. Более 4/5 причин – аборты, кровотечения во время беременности и родов, сепсис во время родов и послеродовые осложнения. Но во вкладе самих групп причин за период с середины 1990-х годов произошли изменения: благодаря пропаганде различных мер по предотвращению нежелательных беременностей и планирования семьи постепенно уменьшилась доля смертей матерей от абортов. Причем снижение смертности от аборта отмечается при расчете относительных показателей как на 100 000 живорождений и на 100 000 женщин репродуктивного возраста, так и на 100 000 зарегистрированных абортов. Здесь значителен вклад программ «Планирование семьи» и «Безопасное материнство» (срок действия этой программы в целом по России истек, но она продолжает успешно действовать в регионах РФ). При этом важно, что основная часть женщин

Рисунок 7.5. Материнская смертность в Европейском регионе ВОЗ в 2007 году, на 100 тыс. живорожденных

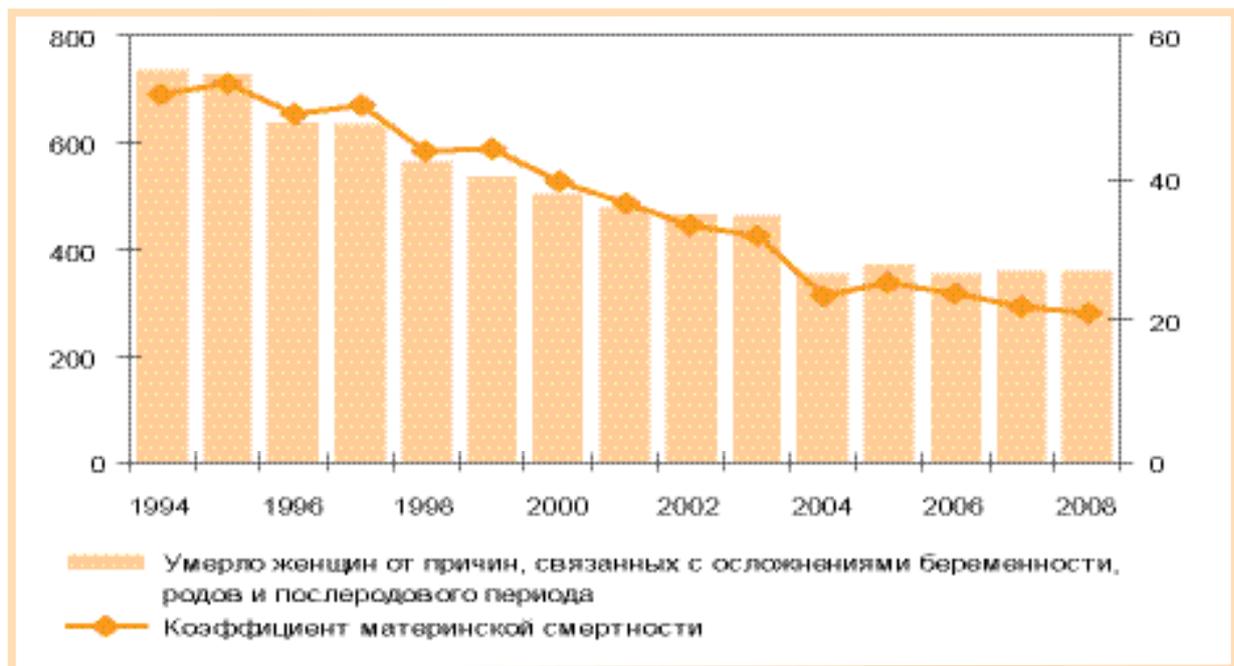


Источник: база данных ВОЗ «Health for all».

¹¹⁶ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г. – Нью-Йорк: ООН, 1995. С. 56.

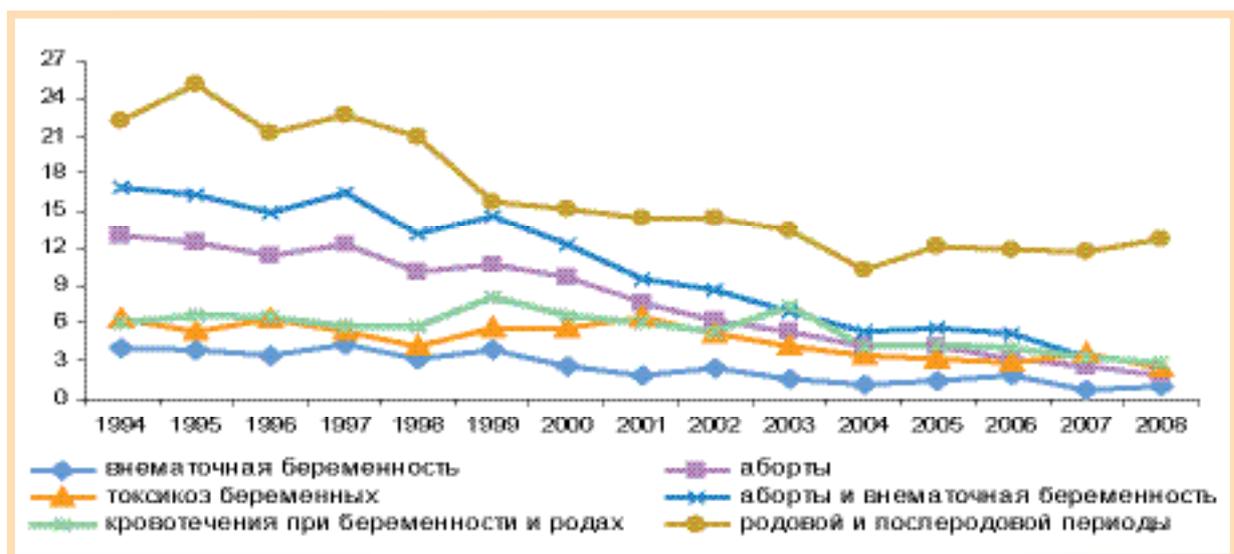
¹¹⁷ Коэффициент за 2008 г. рассчитан авторами по данным Росстата.

Рисунок 7.6. Материнская смертность в России, 1994–2008 годы



Источник: данные Росстата.

Рисунок 7.7. Материнская смертность в целом и по основным причинам и группам причин в России, на 100 тысяч живорождений



Источник: данные Росстата.

умирает от абортов вне лечебного учреждения (в 2008 году – 84,3 %). До сих пор, несмотря на постоянное снижение, эта доля остается очень высокой (в 2008 году – 8,9 %). В группу причин смерти от абортов ВОЗ включает также и внематочную беременность, уровень смерт-

ности от которой в России в последние 2 года стал расти (рис 7.7). И если учитывать эту причину, то в 2006 году в России эта доля равна 21,6 %; в то время как в Германии – 7,4 %; ЕС – 16,4 %; а в странах ЕС-15 – 11,6 %. Как видим, различие весьма существенно. Дальнейшее

снижение смертности от абортов представляется необходимой и вполне реальной задачей. Для этого надо расширять (а во многих регионах и внедрять) программы так называемой контрацептивной грамотности, информировать и внедрять современные методы контрацепции, при этом сделав их более доступными по цене, чем аборты. Прежде всего, надо направить эти меры на подростков и молодежь, учитывая, что около 10 % всех абортов в России делается подростками. С другой стороны, крайне опасен запрет на аборты – тема, которая периодически обсуждается в обществе. Весь международный опыт свидетельствует о том, что такие запреты могут привести только к росту материнской смертности и расширению подпольных абортов.

В группу смертности в родовой и послеродовой периоды входит довольно большой набор причин (сепсис во время родов и в послеродовом периоде, осложнения анестезии, акушерская эмболия, другие причины акушерской смерти, не прямые причины акушерской смерти, остальные осложнения беременности, родов и послеродового периода). Снижение смертности от этих причин – это длительный и сложный процесс, который связан, во-первых, с работой системы здравоохранения и, во-вторых, что особенно важно, с ответственностью женщин за свое здоровье.

В последние два года – годы роста рождаемости в России – наблюдается рост смертности от этой группы причин, связанных с причинами акушерской смерти. Это говорит, прежде всего, об острой необходимости действий, направленных на нижние звенья оказания медицинской помощи. Ведь в ряде случаев факторами, приведшими к летальному исходу, являются невозможность оказания экстренной акушерской помощи в полном объеме, недооценка тяжести состояния, отсутствие перевода больной с высокой степенью риска в стационары. В целом, в эту группу в 2008 году входило более 60 % всех материнских смертей в России, и эта доля постоянно возрастает. При классификации материнских смертей по причинам ВОЗ использует несколько отличную от указанной группу причин, меньшую по их числу, – послеродовые осложнения. В нее не входят не прямые причины акушерской смерти, остальные осложнения беременности, родов и послеродового периода. В этой связи данные по причинам материнской смертности для России и европейских стран не полностью сравнимы. Для материнской смертности эти отличия несущественны, но все же было бы целесообразно, чтобы данные о смертности населения в России разрабатывались по полному списку причин.

7.3. Проблема повышения качества и доступности услуг системы здравоохранения

Серьезной социальной проблемой остается проблема доступности и качества медицинской помощи. Низкая культура отношения россиян к своему здоровью, отсутствие привычки к здоровому образу жизни и, прежде всего, распространение пьянства и алкоголизма не только не отменяют, но и, напротив, усиливают предъявляемые требования со стороны общества к эффективности системы здравоохранения.

Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи, действующие в стране,

в реальности в последние годы действуют ограниченно. Проведенные в последние годы обследования личных расходов населения на медицинскую помощь показывают, что объем этих расходов составляет 40–45 % совокупных затрат на медицинскую помощь (государственных и личных). При этом более 50 % пациентов платят за лечение в стационарах, 30 % – за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65 % – за стоматологические услуги¹¹⁸. Задуманные как дополнительные платные услуги сплошь

и рядом замещают виды и объемы формально гарантированной бесплатной помощи населению. Иначе говоря, в основе масштабов развития платных услуг лежит расплывчатость гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи. При этом сумма потраченных денежных средств не гарантирует высокого качества лечения.

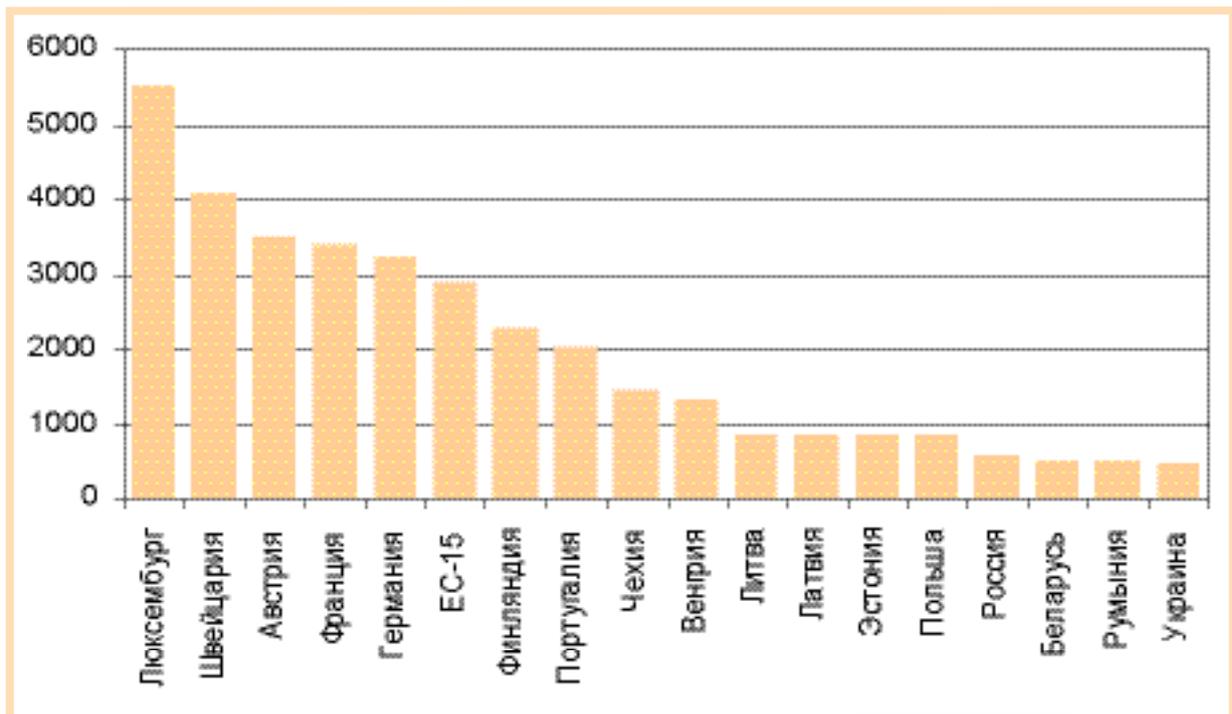
Главной проблемой в обеспечении качества медицинской помощи является слабый уровень материально-технической базы здравоохранения. Износ основных фондов составляет в среднем 59 %, в том числе медицинского оборудования – 64 %. Мировое здравоохранение в последние 2–3 десятилетия переживает существенные технологические сдвиги, качественно повышающие клинические результаты медицинской деятельности. Эти процессы пока очень слабо заделали российскую систему здравоохранения, если не считать незначительного числа специализированных центров и элитных учреждений.

Не получили распространения и современные системы обеспечения качества оказания медицинской помощи, основанные на сотрудничестве страховых компаний с врачами в достижении поставленных результатов клинической работы, а также зависимость качества оказания услуг врачами и другими медицинскими работниками от уровня оплаты их труда.

В чем же состоит причина такого положения дел? В первую очередь, это недофинансирование системы здравоохранения. Так, показатель расходов на здравоохранение в расчете на душу населения на порядок ниже по сравнению с западными странами и значительно отстает от большинства стран Центральной и Восточной Европы (рис. 7.8).

В 2005 году доля государственного финансирования здравоохранения составляла в ВВП в западноевропейских странах 6–8 %; в странах Центральной Европы (Венгрия, Польша)

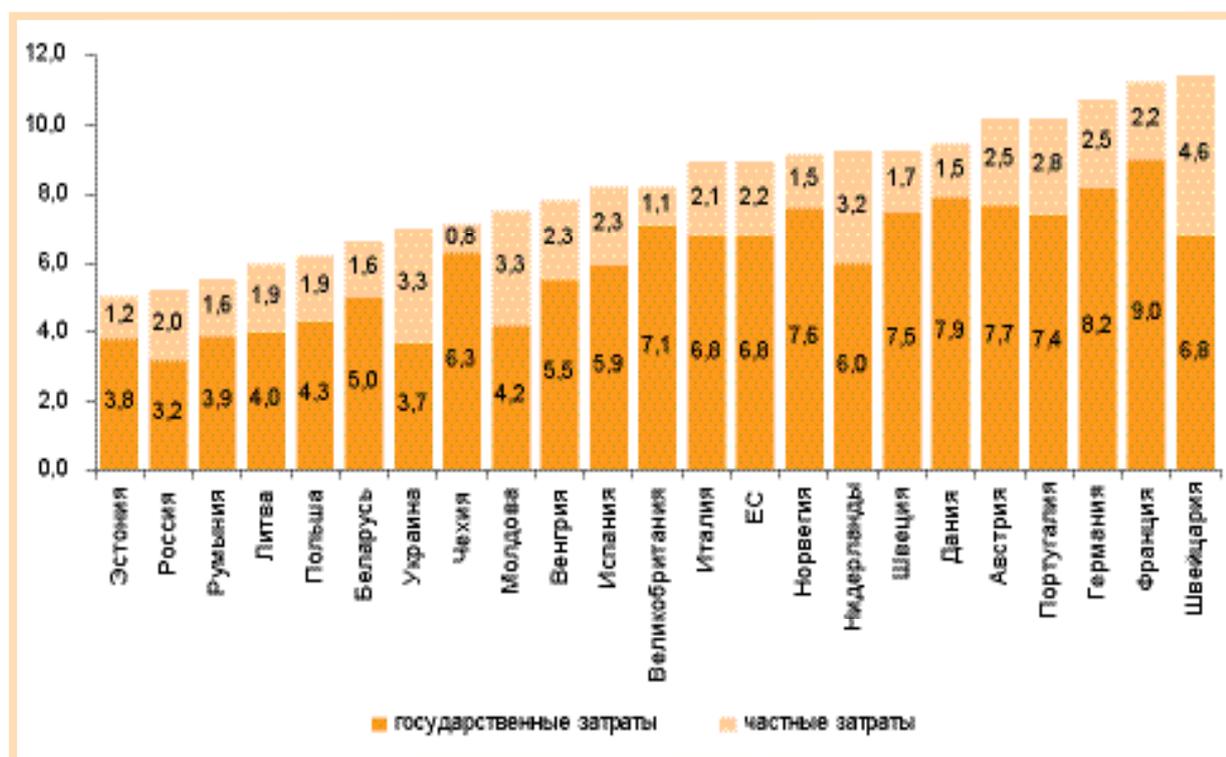
Рисунок 7.8. Общие душевые затраты на здравоохранение в некоторых странах в 2005 году в долларах по паритету покупательной способности (оценка ВОЗ)



Источник: база данных ВОЗ «Health for all».

¹¹⁸ Вишневский А. Г. и др. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса?: Докл. ГУ-ВШЭ. – М.: ГУ-ВШЭ, 2006. С. 5.

Рисунок 7.9. Общие (государственные и частные) затраты на здравоохранение в % от ВВП в некоторых странах в 2005 году (оценка ВОЗ)



Источник: база данных ВОЗ «Health for all».

ша, Чехия) – 4–6 % ВВП; а в России – 3,2 % (рис. 7.9).

Несмотря на некоторое увеличение в России в последние годы объема общих затрат на здравоохранение (с 2,9 % ВВП в 2000 году до 3,7 % в 2008 году¹¹⁹), они по-прежнему значительно отстают от соответствующих показателей в странах ЕС-15 (2000 год – 8,65 % ВВП) и в странах Восточной Европы (Польша – 5,5 %; Венгрия – 6,9 %; Чехия – 6,5 %)¹²⁰.

О качестве медицинской помощи красноречиво говорит тот факт, что первичный прием больного в поликлинике областного центра оплачивается страховой компанией в размере 23 рубля 80 копеек, вторичный прием – 18 рублей 76 копеек, консультация

кандидата медицинских наук – 37 рублей 85 копеек. Стоимость койко-дня стационарного лечения составляет 10–15 долларов¹²¹. Рассчитывать на достижение тех же показателей здоровья и смертности, что и в странах, в которых затраты на нужды здравоохранения превышают российские в несколько раз, было бы нереалистично. Уже советский опыт показал, что экстенсивный рост некоторых ключевых характеристик системы здравоохранения – количества медицинского персонала, числа больничных коек и т. п., не подкрепленный более быстрым ростом финансирования, позволяющим повышать зарплату медицинскому персоналу и совершенствовать инфраструктуру здравоохранения, – малоэффективен и уже не ведет к росту продолжительности жизни.

¹¹⁹ Россия в цифрах. 2009: Кр. стат. сб. / Росстат. – М., 2009. С. 377–378.

¹²⁰ База данных ВОЗ «Health for all».

¹²¹ Вишневский А. Г. и др. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса?: Доклад ГУ-ВШЭ. – М.: ГУ-ВШЭ, 2006.

Проведенный ВОЗ анализ показал, что Россия существенно отстает от индустриально развитых стран мира не только по объему финансирования, но и гораздо больше – по конечным показателям результативности деятельности системы здравоохранения: показатели здоровья населения, на которые реально влияет отрасль; рациональность структуры оказания медицинской помощи и способность системы адекватно реагировать на потребности населения – обеспечивать достижение современных стандартов оказания медицинской помощи; приемлемые сроки ожидания плановой помощи и справедливость распределения средств (уровень социальной защиты наиболее нуждающейся части населения).

В целом в России частота проведения операций с применением высоких медицинских технологий остается крайне низкая – в 2008 году они составляли 4 % от числа всех операций, при этом 80 % от числа операций на сердце и около 9 % – на сосудах¹²².

Эти вызовы в середине 2000-х годов были осознаны государством. С 2006 года в России реализуется приоритетный национальный проект «Здоровье», главной целью которого является повышение уровня материально-технического и кадрового обеспечения отрасли и создание на этой основе условий для улучшения показателей здоровья населения. Фактические расходы на проект в 2006 году из всех источников составили 78,9 млрд рублей; в 2007 году – 139,5 млрд рублей; в 2008 году – 118,8 млрд рублей¹²³. В рамках этого проекта Министерство здравоохранения и социального развития РФ разрабатывает первоочередные мероприятия на ближайшие годы по профилактике, диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, по обеспечению оказания своевременной и высококачественной медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, а также

по снижению материнской и младенческой смертности, рисков несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Предполагается, что совершенствование медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях позволит сократить смертность к 2010 году в 1,5 раза, снизить инвалидность пострадавших в 2,2 раза, приблизившись к 2015 году к среднемировым показателям, снизить экономические потери за счет восстановления трудового потенциала, уменьшения финансовых затрат на выплаты пенсий по инвалидности, пособий по временной нетрудоспособности. Смертность от болезней кровообращения будет снижена на 12,5 % (с 800 случаев на 100 тыс. человек в 2007 году до 700 случаев на 100 тыс. человек в 2010 году)¹²⁴.

Между тем, эти цели могут быть достигнуты лишь в случае реализации долгосрочной стратегии реформирования системы здравоохранения, а также изменения отношения россиян к своему здоровью.

Кроме того, для достижения поставленных целей важное значение имеет и состояние информационной базы по смертности населения России. В целом, состояние статистики и учета в области смертности можно назвать удовлетворительным. Но есть несколько нерешенных до конца проблем. Во-первых, необходимо, наконец, перейти полностью на определение живорождения ВОЗ. Конечно, в первые годы после этого показатель младенческой смертности (и особенно ее неонатальная составляющая) станет выше, но в результате мы будем иметь данные о реальном уровне младенческой смертности, полностью сопоставимые с большинством развитых стран.

Во-вторых, Россия до сих пор производит учет смертности по причинам по неполному перечню причин МКБ-10. Разработка данных о

¹²² Российский статистический ежегодник. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009. С. 265.

¹²³ Шейман И. М., Шишкин С. В. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи. – М.: ГУ-ВШЭ, 2009. С. 6.

¹²⁴ Данные Минздравсоцразвития.

смертности по полному перечню причин даст возможность более обоснованно определять приоритеты по снижению смертности и иметь полностью сопоставимые данные со многими странами по отдельным причинам смерти.

В отношении учета работы и определения эффективности системы здравоохранения

вопрос достаточно сложный. В связи с предстоящим реформированием системы здравоохранения необходимо введение модернизированной системы оценочных индикаторов для контроля ее функционирования. Но, прежде всего, надо выделять отдельной строкой расходы на здравоохранение в консолидированном бюджете.

7

ГЛАВА 8



Репродуктивное поведение,
права и здоровье

...Репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь, и что у них есть возможность воспроизводить себя, и что они вольны принимать решение о том, делать ли это, когда делать и как часто. Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору, а также другим методам регулирования деторождения по их выбору, которые не противоречат закону, и право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые позволили бы женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставили бы супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца. [Глава 7, раздел А-7.2]

...Цель программ в области планирования семьи должна заключаться в том, чтобы дать возможность супружеским парам и отдельным лицам свободно и с чувством ответственности решать вопрос о количестве и времени рождения своих детей и иметь в своем распоряжении информацию и средства, позволяющие им сделать это и обеспечить осознанный выбор, а также дать им возможность использовать весь диапазон безопасных и эффективных методов. [Глава 7, раздел В-7.12]¹²⁵

8.1. Репродуктивное поведение и внутрисемейное регулирование рождаемости

Репродуктивное поведение населения в современной России характеризуется резким усилением внутрисемейного контроля над рождаемостью. Внутрисемейный контроль рождаемости давно стал массовой практикой в России, подтверждением чему может служить низкий с середины 1960-х годов уровень рождаемости, не обеспечивающий простого возобновления поколений. Большинство пар регулируют как число детей, так и сроки их появления на свет. Вопрос заключается в том, какие методы они используют для регулирования рождаемости: методы планирования семьи, позволяющие предотвратить нежелательное в данный момент зачатие, или пре-

рывание незапланированной беременности (искусственный аборт). В отличие от многих других стран в России долгие годы был широко распространен второй вариант.

В 1990-е годы ситуация существенно изменилась. Свою роль сыграли возникновение рынка, в том числе рынка контрацептивов, открытость и гласность, повышение информированности населения, активность официального здравоохранения.

На протяжении последних 20 лет уровень абортон неуклонно снижается (рис. 8.1). Сегодня можно утверждать, что в России идет

¹²⁵ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г.

активное замещение аборта планированием семьи, а само планирование семьи становится все более эффективным.

Официальные данные о числе абортов в стране, публикуемые Федеральной службой государственной статистики (Росстатом), складываются из абортов, учтенных в: (1) учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития РФ; (2) лечебных учреждениях других министерств и ведомств; (3) негосударственном секторе. Соотношение этих трех источников составляет приблизительно: 89 % – 1 % – 10 % (2007). В нескольких регионах удельный вес негосударственного сектора как минимум вдвое больше, чем в среднем по стране.

Несмотря на ограниченный набор показателей, официальная статистика в целом приблизительно отражает ситуацию с абортами в стране¹²⁶. За 1990–2008 годы абсолютный показатель абортов снизился почти в 3 раза, а относительный показатель (на 1000 женщин в репродуктивном возрасте) – более чем в 3 раза (табл. 8.1). При этом положительная тенденция снижения частоты абортов наблю-

далась во всех возрастных группах женщин, включая подростков. Суммарный коэффициент абортов¹²⁷ – интегральный показатель, не зависящий от возрастного состава женщин, – снизился с 3,39 абортов в среднем на одну женщину репродуктивного возраста в 1991 году до 1,25 – в 2008 году.

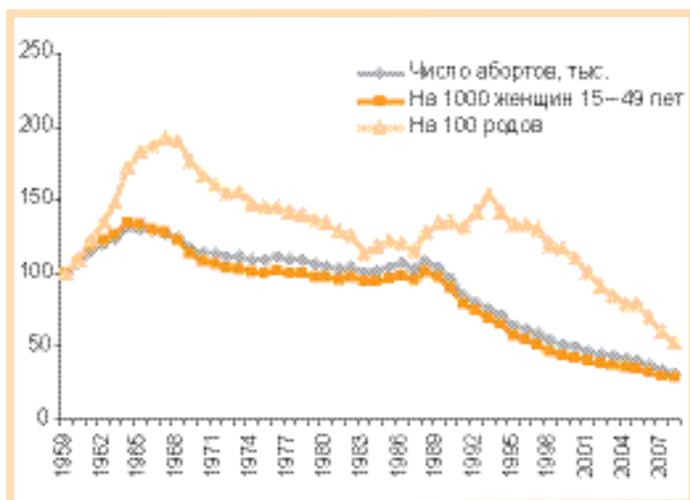
Долгое время абортами заканчивалось в среднем 2/3 ежегодного числа беременностей в стране. Соотношение изменилось лишь после 2000 года, когда число родов стало расти, а число абортов продолжало снижаться. В 2007 году, впервые за период после 1959 года (когда был налажен учет), годовое число рождений превысило годовое число абортов; в 2008 году этот разрыв еще более увеличился. В 2008 году аборт составили 45 % всех беременностей (если за общее число беременностей условно принять сумму родов и абортов).

Наряду с благоприятной тенденцией уменьшения уровня абортов в стране происходит и снижение материнской смертности по причине аборта (см. главу 7).

Однако, несмотря на достигнутый прогресс, Россия по-прежнему остается в числе мировых лидеров по уровню абортов (рис. 8.2).

Острой проблемой, связанной с абортами в России, является *качество услуг* по прерыванию беременности. Среди абортов, произведенных в системе Минздравсоцразвития в 2008 году, доля мини-абортов, выполненных методом вакуум-аспирации, составила 22 % от общего числа, а доля медикаментозных абортов – менее 3 % от общего числа. То есть в государственном секторе здравоохранения аборт, выполненный наиболее щадящими для здоровья женщин методами, не превышает 1/4 от общего числа. Самый распространенный метод производства аборта в России – выскабливание – ВОЗ допускает только в исключительных случаях.

Рисунок 8.1. Изменение числа абортов в России с 1959 года (1959 год = 100%)



Источник: данные Росстата.

¹²⁶ Более того, статистика абортов в России включает часть самопроизвольных абортов, которые начались спонтанно вне стен медицинского учреждения, что завышает российские показатели относительно других стран.

¹²⁷ Среднее число искусственных абортов, приходящееся на одну женщину за весь репродуктивный период при сохранении возрастной интенсивности производства абортов в расчетном году.

Таблица 8.1. Основные показатели зарегистрированных аборт, Россия, 1990, 1994, 1999, 2004–2008 годы

	По данным Росстата				Число аборт по данным Минздравсоцразвития, тыс.
	Число аборт			Доля аборт среди беременностей*, %	
	тыс.	на 1000 женщин 15–49 лет	на 100 живорождений		
1990	4103,4	113,9	206	67,4	3920,3
1994	3060,2	82,4	217	68,5	2808,1
1999	2181,2	55,5	180	64,2	2059,7
2004	1797,6	45,5	122	54,9	1610,5
2005	1675,7	42,7	117	54,0	1501,6
2006	1582,4	40,3	107	51,7	1407,0
2007	1479,0	38,0	92	47,9	1302,5
2008	1385,6	36,1	81	44,7	1236,4

* Для простоты принято, что число беременностей приблизительно равно сумме числа аборт и числа живорождений.

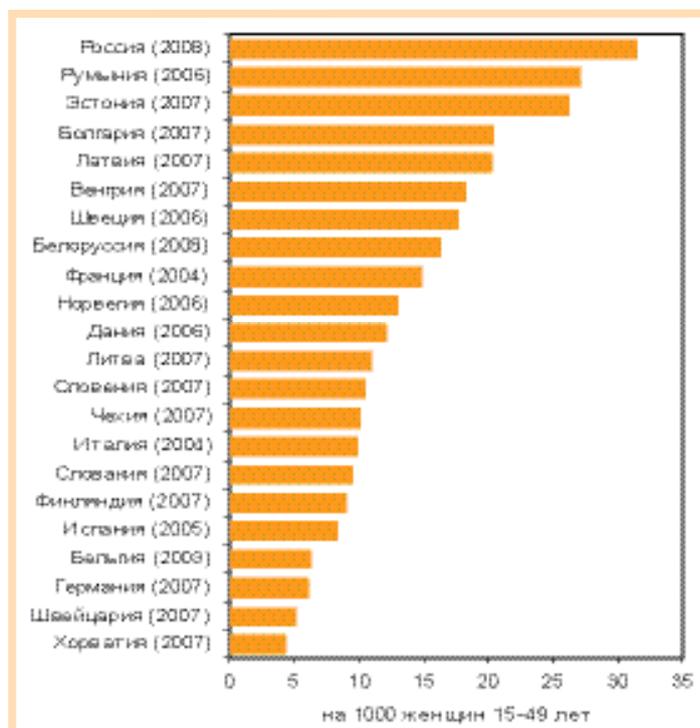
Источники: данные Росстата; данные Минздравсоцразвития.

Если услуга по прерыванию беременности оказывается в рамках программы ОМС, у женщины, как правило, отсутствует право выбора учреждения, врача, метода прерывания беременности и типа обезболивания (либо это право соблюдается формально). Это общая проблема российского здравоохранения, носящего еще с советских времен «авторитарный» характер по отношению к пациенту. Кроме того, как показывают опросы, далеко не всегда услуга по прерыванию беременности сопровождается консультированием по вопросам профилактики нежелательной беременности (хотя по инструкции должна)¹²⁸.

Значительное снижение уровня аборт может означать только одно – изменения в массовом контрацептивном поведении россиян. Однако национально репрезентативные исследования этого поведения в стране не проводились.

Официальная статистика Министерства здравоохранения и социального развития РФ содержит сведения о числе женщин, имеющих внутриматочные спирали (ВМС), использующих гормональную контрацепцию, и о годовом числе операций стерилизации. Речь идет о

Рисунок 8.2. Число искусственных аборт в России и европейских странах, на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет



Примечание: показатель по России приведен без учета самопроизвольных аборт.

Источник: рассчитано на основе базы данных Eurostat: <http://err.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/introduction>

¹²⁸ Аборт и контрацепция в Российской Федерации. Стратегическая оценка политики, программ и исследований: Отчет и рекомендации / МЗСР РФ; ВОЗ. – М., 2009 [В печати].

женщинах (и мужчинах в случае стерилизации), обратившихся в данном году в медицинские учреждения Минздравсоцразвития. Эти данные, вероятно, неполные и вряд ли могут служить достоверной оценкой распространенности контрацепции среди населения страны.

Согласно данным Минздравсоцразвития, на конец 2008 года 5 млн женщин пользовались ВМС и 4,1 млн женщин – гормональными противозачаточными средствами, или, соответственно, 13 и 11 % от всех женщин репродуктивного возраста. Число женщин, использующих ВМС, на протяжении последних пятнадцати лет снижалось. Число женщин, применяющих гормональную контрацепцию, неуклонно увеличивалось.

Такой эффективный метод планирования семьи, как стерилизация, в России непопулярен, хотя законодательно разрешен (по желанию, если человек не моложе 35 лет или имеет не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний – независимо от возраста

и наличия детей). Тогда как во многих странах мира стерилизация – женская и мужская – служит основным методом планирования семьи, к ней прибегают 30 % и более общего числа семейных пар. В 2008 году в России было зарегистрировано 18 тыс. операций по поводу стерилизации, 82 % из них – среди женщин. Если просуммировать число операций стерилизации, по официальным данным, с 1991 по 2008 годы и соотнести его с нынешней численностью женщин репродуктивного возраста, то получится около 1 %.

Социологические обследования, в частности, обследование НИСП¹²⁹, показывают, что удельный вес пар, использующих контрацепцию, и в 2004, и в 2007 годах в России относительно высок – 80 % и выше¹³⁰. Это близко к уровню стран Северной и Западной Европы – наиболее благополучных регионов с точки зрения репродуктивного здоровья. Однако по структуре применяемых методов контрацепции наша страна существенно от них отличается.

Таблица 8.2. Применение методов контрацепции в России (респонденты моложе 50 лет, имеющие партнера), 2007 год, %

Метод	Женщины	Мужчины
Какой-либо метод	79,5	81,3
В том числе:		
презерватив	30,3	38,0
ВМС	20,4	18,9
противозачаточные таблетки	14,1	14,7
календарный метод	14,5	11,3
прерванный половой акт	13,6	11,7
спринцевание	2,9	2,2
другое	5,2	5,9
Никакого метода	20,5	18,7
Только современные методы	51,8	56,9
Сочетание современных и традиционных методов	13,1	12,9
Только традиционные методы	14,6	11,5
Число респондентов*	2273	1561

* Респонденты могли указать несколько методов.

Источник: обследование НИСП РидМиЖ (2007).

¹²⁹ См.: Захаров С. В., Сакевич В. И. Особенности планирования семьи и рождаемость в России: контрацептивная революция – свершившийся факт? // Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе: Сб. аналитических статей: Вып. 1 / Под науч. ред. Т. М. Малевой, О. В. Синявской. – М.: НИСП, 2007. С. 127–170; Денисов Б. П., Сакевич В. И. Применение контрацепции в России (по материалам выборочного обследования) // Доказательная медицина и клиническая эпидемиология. 2009. № 1. С. 34–39.

¹³⁰ Есть, правда, вероятность, что респонденты при опросе говорят не столько о реальной практике применения контрацепции, сколько о своих знаниях и намерениях использовать тот или иной метод или о применении контрацепции когда-либо в своей жизни. РидМиЖ не позволяет это проверить.

По этим данным, значительная часть пар в России применяет только традиционные методы, обладающие невысокой эффективностью: 15 % по ответам женщин и 12 % по ответам мужчин. Самым популярным противозачаточным методом в России является презерватив (табл. 8.2), причем его популярность возросла после 2004 года. Распространено также использование таких методов, как внутриматочная спираль (ВМС), календарный (учет опасных дней), гормональные противозачаточные таблетки и прерванный половой акт. Другие методы контрацепции используются очень редко.

Показатель неудовлетворенной потребности в планировании семьи – доля здоровых

(способных к зачатию пар), которые не желают заводить ребенка в ближайшее время, но при этом не применяют никаких средств предохранения, – составляет в России 9–10 % пар. В принципе это немного, но если к этому показателю добавить процент пар, применяющих только традиционные методы (то есть нуждающихся в современных методах регулирования рождений), группа риска нежелательной беременности увеличится до 21–24 % пар.

Это свидетельствует о том, что переход к современным, более рациональным методам планирования семьи в России еще не завершен.

8

8.2. Репродуктивное здоровье

Репродуктивное здоровье – состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов по всем вопросам, касающимся репродуктивной системы, ее функций и процессов. Важнейшими критериями репродуктивного здоровья женщин являются заболевания репродуктивной системы у женщин различных возрастных групп, состояние здоровья беременных женщин и его влияние на исходы родов, материнская и перинатальная смертность.

В настоящее время в российском обществе обсуждается проблема женского бесплодия. Официальные данные говорят о тенденции к его росту. В 2008 году этот показатель на 100 000 женского населения в возрасте от 18 лет и старше составил 516,7 (по данным выборочного исследования – 8,2 на 100 браков)¹³¹, что превышает показатели 1999 года в среднем на 60 % (218,3 и 390,9 на 100 000 женского населения)¹³². Однако по данным статистики обращаемости в медицинское учреждение невоз-

можно судить о реальной распространенности бесплодия.

Социологические обследования дают более ясную картину. Обследование НИСП¹³³, для которого вопрос о рождаемости является ключевым, показывает, что подавляющее большинство женщин (78 %), полагающих, что они, скорее всего, бесплодны, принадлежат к старшей возрастной группе от 40 до 49 лет. Большая часть этих женщин вообще низко оценивают состояние своего здоровья.

Среди женщин, имеющих, по их мнению, проблемы с плодovitостью, 92 % уже имеют детей, в том числе 60 % – двоих и более, и 88 % не хотят рожать (еще одного) ребенка. Лишь 1,3 % всех опрошенных женщин хотят, но не могут физически родить ребенка. Если к ним добавить «сомневающийся» в своей плодovitости (+0,6 %), а также женщин, чей партнер предположительно не может физически иметь ребенка (+0,5 %), то цифра вырастет до 1,9 %

¹³¹ Кулигина и др. Репродуктивное поведение и здоровье населения. – Иваново, 2008.

¹³² Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2002 г. – М.: МЗСР, 2003; Справочно-информационные материалы Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации – на основе отчетных форм службы за 2008 г.

¹³³ См.: Захаров С. В., Сакевич В. И. Цит. соч. С. 153–155.

женщин репродуктивного возраста, которые хотели бы в настоящее время завести ребенка, но имеют трудности с зачатием или вынашиванием. Этот процент колеблется от 0,4 в возрастной группе 20–24 лет до 3,6 в возрастной группе 35–39 лет. Эта оценка, по-видимому, и есть приблизительный масштаб бесплодия в России.

В то же время это не означает, что проблема репродуктивного здоровья для россиян неактуальна, что проблема бесплодия как медико-биологическая проблема, как психологическая проблема на индивидуально-семейном уровне не существует. Более того, учитывая стремление современных поколений отодвигать рождение детей на более поздние возрасты, планировать наступление беременностей в желательные сроки, социальное значение развития служб планирования семьи, центров репродукции, гинекологических и андрологических центров будет все больше возрастать.

Среди проблем в сфере репродуктивного здоровья и репродуктивных потерь значительное место занимает внематочная беременность. Ежегодное число этой патологии превышало 40 тыс. случаев¹³⁴.

Как и в целом в структуре патологии, рост доли онкологических заболеваний наблюдается и в репродуктивной сфере. В последние годы регистрируется ее рост по всем видам локализации. О необходимости расширения профилактической работы среди женщин свидетельствует относительно высокая, хотя и снижающаяся, доля выявления злокачественных новообразований в III–IV стадиях (18–30 %)¹³⁵.

Основными видами патологии беременных женщин, которые ежегодно учитываются статистикой, являются анемия беременных, болезни мочеполовой системы, болезни системы крово-

обращения, осложнения беременности. Среди женщин, закончивших беременность, процент страдающих анемией несколько сократился (на 10 %), но болезни мочеполовой системы и системы кровообращения имели тенденцию к росту: болезни системы кровообращения с 9 % в 1999 году до 11 % в 2008 году; болезни мочеполовой системы с 18 % (1999) до 20 %¹³⁶. Осложнения беременности составляют 19–20 % к числу закончивших беременность и демонстрируют тенденцию к снижению.

Преждевременные роды сократились с 4 % в 1999 году до 2,5 % в 2008 году, доля нормальных родов возросла с 31 (1999) до 37 % (2008). Возрастает число оперативных родов. Если в 1999 году лишь 13 % родов завершалось операцией кесарева сечения, то в 2002 году – 15 %; в 2004 году – 17 %; а в 2008 году – уже 20 %¹³⁷.

В последние годы мир столкнулся с новым вызовом – рост заболеваемости ВИЧ/СПИД. Рост заболеваемости ВИЧ/СПИД обусловил необходимость анализа показателей, характеризующих частоту беременностей и родов у женщин с данными заболеваниями. Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин в России возрастает: еще в 1999 году их доля составляла 0,02 %; в 2004 году – 0,36 %; а в 2008 году – 0,45 %. По данным официальной статистики Минздравсоцразвития РФ, в 2008 году 4636 ВИЧ-инфицированных женщин прервали беременность, у 8873 женщин состоялись роды и родилось 8931 детей. По оперативным данным, полный курс химиопрофилактики (во время беременности и родов) прошли 85 % от числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин, завершивших беременность родами¹³⁸.

Основными показателями и состояниями репродуктивного здоровья, и качества акушерской

¹³⁴ Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2002 г. – М.: МЗСР, 2003; Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007 г. – М., 2007; Справочно-информационные материалы Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации – на основе отчетных форм службы за 2008 г.

¹³⁵ Там же.

¹³⁶ Там же.

¹³⁷ Там же.

помощи являются материнская и перинатальная смертность. Этим вопросам и Каирская программа, и позднее Цели развития Тысячелетия уделяют особое внимание. В России оба показателя существенно сократились, и это является реальным достижением последних лет (см. главу 7).

В России действует трехуровневая система оказания медицинской помощи женщинам во время беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным детям, которая обеспечивается многопрофильной сетью лечебно-профилактических учреждений¹³⁹. Большинство родов (59 %) в России проходит в учреждениях родовспоможения II уровня; в учреждениях I и III уровней – соответственно 21 и 20 %¹⁴⁰.

В рамках национального проекта «Здоровье», стартовавшего в 2006 году, предусмотрена специальная программа «Родовой сертификат», которая призвана повысить качество медицинской помощи при родовспоможении и снизить уровень материнской и младенческой смертности. Родовые сертификаты позволили привлечь в систему родовспоможения дополнительные финансовые ресурсы. В 2008 году общая сумма средств, перечисленных учреждениям здравоохранения, составила 16 508,5 млн рублей, что позволило улучшить оснащение родовспомогательных учреждений, обеспечить их современными лекарственными средствами, повысить квалификацию кадров.

8.3. Репродуктивные права: базовые принципы и государственная политика

Репродуктивные права – это права граждан на охрану их репродуктивного здоровья и свободное принятие решений в отношении рождения или отказа от рождения ребенка в браке или вне брака, а также на медико-социальную информированную и консультативную помощь в этой сфере. Право человека, семейной пары свободно решать, сколько детей иметь и когда, располагая для этого необходимой информацией и широким выбором средств регулирования деторождения, а также право на достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья признаны на Каирской конференции неотъемлемым элементом общих прав человека.

В настоящее время законодательство Российской Федерации в отношении тех или иных аспектов репродуктивных прав регламентировано:

- Конституцией РФ (1993);
- Основами законодательства об охране здоровья граждан (1993) (с последующими поправками);
- Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1991);
- Семейным кодексом РФ (1995);
- Трудовым кодексом РФ (2001);
- Законом РФ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» (1995) (с последующими дополнениями) и другими законодательными актами.

В Конституции России в соответствии со ст. 19 государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола: мужчина и женщина имеют равные права и свободы и равные возможности для их реализации.

¹³⁸ Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007 г. – М., 2007; Справочно-информационные материалы Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации – на основе отчетных форм службы за 2008 г.

¹³⁹ Филиппов О. С. и соавт. Многоуровневая система организации акушерской помощи и показатель материнской смертности // Здравоохранение. 2009. № 7.

¹⁴⁰ Там же.

В «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (24.12.1993 г. с учетом ФЗ до 2006 г.) подтверждена ответственность государства за сохранение и укрепление здоровья граждан РФ, определены права беременных женщин и матерей; права на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона; искусственное прерывание беременности (по желанию женщины) при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям – при сроке беременности до 22 недель, при наличии медицинских показаний и согласия женщины – независимо от срока беременности.

Трудовым кодексом (от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ) определен порядок на неполное рабочее время при наличии ребенка, об отпуске по беременности, родам, по уходу за ребенком, о переводе на другую работу беременных женщин и женщин, имеющих детей до полутора лет, отпуска работникам, усыновившим ребенка, а также перерывы для кормления ребенка. Этими документами также определены: право на пособие по беременности и родам, период выплаты этих пособий и их размер; право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические, другие консультации и обследования в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства; право на работу беременным женщинам в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья; право на бесплатную и доступную медицинскую и иную помощь на всех стадиях беременности; право на доступ ко всем современным методам и средствам поддержания репродуктивного здоровья и регулирования рождаемости, а также на всеобъемлющую информацию о них.

На каждом этапе социально-экономического развития страны рядом документов уточняются права граждан по ряду вопросов. Действую-

щие в настоящее время национальный проект «Здоровье» и программа «Родовой сертификат» позволяют обеспечить доступность медицинской помощи, повысить ее качество, дают право беременной женщине выбрать родоспомогательное учреждение для наблюдения во время беременности и родоразрешения.

Вместе с тем следует признать, что традиционно репродуктивные права в нашей стране связываются, главным образом, с материнством. Основное внимание в нормативных документах уделяется охране материнства и детства, репродуктивному здоровью женщины-матери, и в этом направлении, как было указано, делается немало. Отношение государства к праву на безопасную и приносящую удовлетворение сексуальную жизнь, на планирование семьи и репродуктивный выбор было и остается двусмысленным (хотя и искусственный аборт, и применение средств контрацепции законодательно разрешены), а часть общества настроена по отношению к этим правам откровенно негативно. Миф о том, что регулирование рождаемости является синонимом ее ограничения, и широкий доступ к услугам по планированию семьи приводит, якобы, к снижению рождаемости, достаточно распространен как на бытовом уровне, так и на уровне лиц, принимающих решения.

За последние пятнадцать лет политика в отношении планирования семьи кардинально менялась – от благоприятствования и содействия до критики и игнорирования. В начале 1990-х годов на волне демократических преобразований в России была принята Федеральная целевая программа «Планирование семьи», получившая незадолго до начала Каирской конференции статус президентской (в рамках программы «Дети России», Указ Президента РФ от 18.08.1994 г. № 1696). Программа была призвана коренным образом изменить отношение к репродуктивным правам в обществе, сформировать у населения потребность в реализации права на планирование семьи и создать условия для реализации этого права. Предполагалось, что повышение сексуальной культуры населения, переход к более цивилизованному способу контроля рождаемости позволят, сре-

ди прочего, существенно снизить материнскую и младенческую заболеваемость и смертность.

Так совпало, что как раз в годы, последовавшие за МКНР, практически впервые в стране была создана служба планирования семьи, открыты сотни центров планирования семьи и репродукции в ведении Министерства здравоохранения. В рамках программы осуществлялись государственные закупки средств контрацепции, так что многие учреждения имели возможность бесплатного обеспечения ими социально незащищенных групп населения. Были организованы курсы подготовки и повышения квалификации специалистов. Велась значительная работа по повышению информированности населения, предусматривалось создание и внедрение программ сексуального образования подростков. Программа оказалась очень эффективной: в стране быстрыми темпами снижались число искусственных абортов, материнская смертность (см. соответствующие разделы).

Однако принимаемые меры по расширению репродуктивных прав происходили на фоне острой политической дискуссии и встретили сопротивление. Против программы была развернута кампания, которая нашла поддержку в Государственной Думе РФ, и уже в 1998 году ее финансирование было исключено из государственного бюджета. Основными направлениями государственной политики в области снижения числа абортов в настоящее время приняты: постепенное ограничение доступности услуг по искусственному прерыванию беременности¹⁴¹, активное распространение информации о вредных последствиях аборта для здоровья женщины и его неприемлемости с этической точки зрения¹⁴².

В настоящее время никаких программ по продвижению идеологии планирования семьи – рождения желанных детей в оптимальные сроки, – которая является действенным инструментом борьбы с абортom (как и инструментом профилактики ИППП, включая ВИЧ/СПИД), нет. Кроме того, специальные нормативно-правовые акты, регулирующие статус, распространение средств контрацепции, консультирование по вопросам планирования семьи¹⁴³ и т. д. в стране до сих пор отсутствуют.

Нет в России и государственных программ всестороннего сексуального образования в школах; некоторые его элементы включены в факультативные программы воспитания здорового образа жизни, профилактики ВИЧ/СПИД и др.

Хотя в принятой в 2007 году Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года в части задач «по укреплению института семьи, возрождению и сохранению духовно-нравственных традиций семейных отношений» говорится о необходимости реализации мер по дальнейшему снижению числа абортов, однако сами меры при этом не раскрываются.

Непоследовательность государственной политики и отсутствие финансовой поддержки ставит под сомнение устойчивость положительных изменений репродуктивного поведения в части регулирования рождаемости последних лет. В то же время как позитивный шаг можно рассматривать создание в 2009 году рабочей группы по разработке законопроекта «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации»¹⁴⁴.

¹⁴¹ Например, в 2003 году Правительство Российской Федерации (Постановление от 11.08.2003 г. № 485) приняло решение резко сократить перечень социальных показаний для производства искусственного аборта в сроки после 12 недель беременности – с 13 до 4 пунктов. В 2007 году был сокращен перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 г. № 736). В 2009 году приняты поправки в ст. 24 и 38 Федерального закона «О рекламе», которые предусматривают введение ограничений на рекламу абортов.

¹⁴² В этом правительство активно сотрудничает с Русской Православной Церковью.

¹⁴³ Профилактический компонент оказания медицинской помощи не оплачивается из Фонда ОМС.

¹⁴⁴ В начале 2000-х годов законопроект «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления» был снят с рассмотрения в Государственной Думе.

ГЛАВА 9



© Джастин Джин

Инфицированность вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)

Пандемия СПИДа является одной из серьезнейших проблем как в развитых, так и в развивающихся странах. [Глава 8, раздел D-8.28]

Цели заключаются в следующем:

а) осуществлять профилактику ВИЧ-инфекции, сокращать темпы ее распространения и максимально сокращать ее последствия. Повышать осведомленность о катастрофических последствиях ВИЧ-инфекции и СПИДа, а также связанных с ними смертельных заболеваний и о путях их профилактики на личном, общинном и общенациональном уровнях; преодолевать социальное, экономическое, половое и расовое неравенство, повышающее уязвимость перед болезнью;

б) обеспечивать лиц, инфицированных ВИЧ, надлежащим медицинским обслуживанием и предотвращать их дискриминацию; обеспечивать консультирование и иную поддержку лиц, инфицированных ВИЧ, и облегчать страдания больных СПИДом и членов их семей, особенно сирот; обеспечивать уважение личных прав и соблюдение врачебной тайны в отношении лиц, инфицированных ВИЧ; обеспечивать освещение ВИЧ-инфекции и СПИДа в программах охраны полового и репродуктивного здоровья;

с) активизировать исследование методов борьбы с пандемией ВИЧ/СПИДа и заниматься поисками эффективного средства лечения заболевания. [Глава 8, раздел D-8.29]¹⁴⁵

Глобальное распространение ВИЧ/СПИД создает серьезные угрозы для благополучия населения. Рост эпидемии ВИЧ вызывает многофакторное деструктивное воздействие на социальную и экономическую жизнь общества, рост смертности среди лиц репродуктивного возраста, снижение рождаемости. Половой путь передачи ВИЧ обуславливает преимущественное заражение молодой части населения. Таким образом, ВИЧ/СПИД становится мощным фактором, вызывающим уменьшение численности населения и средней продолжительности жизни. В наиболее пораженных СПИДом регионах Африки отме-

чено снижение средней ожидаемой продолжительности жизни на 15–20 лет, то есть возвращение к показателям 1950-х годов прошлого века. Для стран с отрицательным приростом населения, таких как Россия, масштабная эпидемия ВИЧ-инфекции может усугубить уже имеющиеся демографические проблемы.

Болезнь и связанные с ней переживания, затраты на лечение, потеря близких – все это существенно снижает качество жизни населения. Болезнь и смерть части населения в наиболее работоспособном возрасте приводит к уменьшению трудовых

¹⁴⁵ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г.

ресурсов. Люди на продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции могут терять трудоспособность, что приводит к потребности в уходе и поддержке (медицинской, психологической, социальной), пособиях и лекарствах, а также сказывается на их близком окружении. В случае частичной потери трудоспособности снижается и качество трудовой деятельности. Таким образом, отмечается снижение не только численности, но и качества рабочей силы. Медицинское обслуживание и меры по противодействию эпидемии требуют дополнительных средств и перераспределения имеющихся ресурсов здравоохранения.

За пятнадцать лет, прошедших со времени Каирской конференции, ситуация по ВИЧ/СПИД в России претерпела существенные изменения, а борьба с эпидемией и ее последствиями изобиловала драматические поворотами. В России эпидемия ВИЧ-инфекции по общему числу пострадавших является одной из самых крупных в европейском регионе. Но в то же время в России постепенно начал формироваться национальный ответ на вызов СПИДа, который проявляется в активизации действий не только правительственных органов и медицинских структур, но также гражданского общества и самих людей, инфицированных ВИЧ/СПИД.

9.1. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИД в России

Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией, действующий в РФ, в последнее пятнадцатилетие был основан на обязательном сообщении о каждом выявленном случае ВИЧ-инфекции и активном обследовании населения на выявление этого заболевания. Диагностика ВИЧ-инфекции основывалась на обнаружении антител к ВИЧ с помощью иммуноферментного анализа (ELISA) с подтверждением с помощью иммунного блота (WESTERN BLOT).

Важным изменением, произошедшим в 1995 году, стала норма, согласно которой ранее проводившееся обязательное обследование определенных групп российских граждан (беременных, наркопотребителей, больных венерическими заболеваниями и др.) было отменено и заменено добровольным для всех групп населения, за исключением доноров крови и органов. Хотя сохранилось требование к обязательному предъявлению иностранцами, прибывающими в Россию на длительный срок, справки об обследовании на ВИЧ, в целом изменение политики тестирования на ВИЧ-инфекцию продемонстрировало существенное движение российского общества в сторону соблюдения прав человека.

Вплоть до последнего времени Россия принадлежала к числу стран, мало затронутых пандемией ВИЧ-инфекции (рис. 9.1, 9.2)

Так, в 1994 году было проведено почти 22 миллиона обследований россиян на антитела к ВИЧ, из которых позитивными в иммунном блоте, то есть инфицированными ВИЧ, оказались лишь 158. В 1994 году общее число россиян, живущих с ВИЧ, зарегистрированных за все годы наблюдения, то есть с 1987 года, не достигало и 500 человек. Большинство из них заразились половым путем. Однако, начиная именно с 1994 года в России стали регистрировать и первые случаи заражения ВИЧ потребителей психотропных веществ, вводящих наркотики внутривенно. Распространение ВИЧ среди наркоманов в последующие годы приняло характер эпидемии, и именно эта уязвимая группа сыграла основную роль в распространении ВИЧ в России. Начиная с 1996 года, когда было зарегистрировано 1546 новых случаев заражения, то есть в 10 раз больше чем в 1994 году, началось быстрое распространение ВИЧ в России. Пик выявления новых случаев ВИЧ-инфекции в России был отмечен в 2001 году: за год было проведено 24 миллиона обследований и зарегистрировано более 88 739 новых ВИЧ-позитивных граждан.

Затем число регистрируемых случаев начало снижаться и достигло минимума в 37 000 в 2003 году, но с 2004 по 2008 годы отмечался прирост числа новых регистрируемых случаев в среднем на 10 %, и в течение 2008 года было зарегистрировано 54 046 новых случаев.

Общее число зарегистрированных инфицированных ВИЧ среди россиян составило к 31 декабря 2008 года 470 689 человек. Таким образом, число ВИЧ-положительных граждан России, зарегистрированных за пятнадцатилетний период, выросло приблизительно в 1000 раз, и это следует считать существенным негативным изменением.

Люди, живущие с установленным диагнозом ВИЧ, составили к концу 2008 года 0,3 % всего населения России. Среди взрослого населения страны в возрасте 15–49 лет 0,6 % жили с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции.

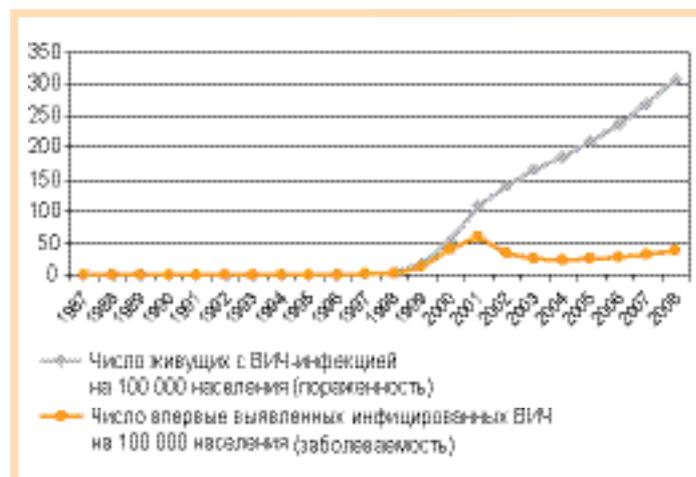
Главной причиной заражения ВИЧ-инфекцией в России продолжает оставаться внутривенное введение наркотиков нестерильным инструментарием. На конец 2008 года 82,4 % от всех лиц с известными причинами заражения были инфицированы ВИЧ при употреблении наркотиков. За последние пять лет в стране активизировалась передача инфекции от уязвимых групп в основное население половым путем. Среди инфицированных лиц, впервые выявленных в 2008 году, были заражены ВИЧ при гетеросексуальных контактах 36 % (в 2007 году – 34 %; в 2006 году – 33 %), а при употреблении наркотиков – 62 % ВИЧ-положительных (в 2007 году – 64 %; в 2006 году – 65 %). В 2008 году женщины чаще всего инфицировались ВИЧ при гетеросексуальных контактах (62 % новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин), а мужчины – при внутривенном введении наркотиков (78 %). Значительно возросла в 2008 году группа ВИЧ-положительных лиц, заражение которых связано с половыми контактами между мужчинами.

В общей структуре ВИЧ-инфицированных в России по-прежнему преобладают мужчины (67 %). С 2002 года отмечается увеличение доли молодых женщин, что свидетельствует о вовлечении в эпидемический процесс основного гетеросексуального населения страны. Доля женщин среди ВИЧ-инфицированных, впервые выявленных в 2006–2008 годах, составила 43–44 %. В 2008 году среди беременных женщин в России было 0,5 % инфицированных ВИЧ. Однако в 2008 году в 4 регионах страны среди беременных женщин было зарегистрировано более 1 % инфицированных

ВИЧ: в Самарской (1,8 %), Иркутской (1,2 %), Свердловской (1,2 %), Тюменской (1,2 %). По критериям Всемирной организации здравоохранения эпидемия ВИЧ-инфекции в этих регионах может быть названа генерализованной, что подтверждает выход инфекции из уязвимых групп в основное население.

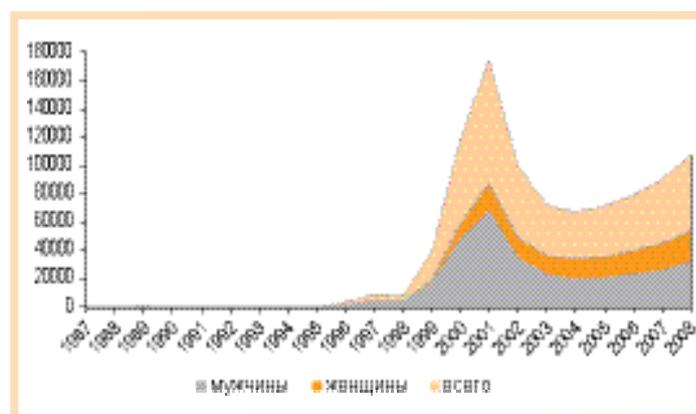
Всего в России зарегистрировано более 157 тыс. инфицированных ВИЧ женщин. По сообщенным сведениям, к концу 2008 года у них родилось 51 947 детей, в том числе в 2008 году – 8927, в 2007 году – 7880, в 2006 году – 7014. Благодаря проведению

Рисунок 9.1. Пораженность и заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди населения России в 1987–2008 годах



Источник: Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. 2009.

Рисунок 9.2. Количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции в 1987–2008 годах



Источник: Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. 2009.

химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку за весь период эпидемии от матерей заразились ВИЧ-инфекцией только 3422 ребенка.

В России ВИЧ-инфекция чаще поражает молодое население. По данным на конец 2008 года, у 73 % впервые ВИЧ-инфекция была выявлена в возрасте до 30 лет. Наиболее поражена ВИЧ-инфекцией в России молодежь в возрасте от 15 до 29 лет. В возрастной группе 25–29 лет 1,5 % жили с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, среди населения в возрасте от 15 до 29 лет было зарегистрировано 0,6 % ВИЧ-инфицированных. Среди молодых мужчин в возрасте от 15 до 29 лет 1,9 % жили с ВИЧ. В некоторых городах России процент инфицированных молодых мужчин в возрасте от 15 до 30 лет доходит до 7–8 %, а в 5 территориях среди беременных женщин от 1 до 1,8 % ВИЧ-позитивны.

Особенностью эпидемии ВИЧ-инфекции в стране в 2007–2008 годы является быстрое увеличение числа лиц, нуждающихся в антиретровирусной терапии. В 2000–2001 годах в России наблюдался резкий подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией, что к 2008 году привело к значительному увеличению числа инфицированных, нуждающихся в антиретровирусной терапии. В связи с этим в этот период в стране быстро наращивала темпы программа по лече-

нию инфицированных ВИЧ. На конец 2008 года было принято на лечение более 54 тыс. инфицированных ВИЧ. Однако число нуждающихся в терапии возросло гораздо более высокими темпами.

В связи с быстрым увеличением числа пациентов на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, а также и числа пациентов с большим стажем наркотизации, росла смертность среди инфицированных ВИЧ. В 2008 году, по данным мониторинга национального приоритетного проекта «Здоровье», умерло 12 759 ВИЧ-инфицированных российских граждан, тогда как еще в 2007 году – 8547.

Наиболее неблагополучными по пораженности населения ВИЧ-инфекцией остаются такие территории, как Самарская, Иркутская, Ленинградская, Оренбургская, Свердловская, Ульяновская, Челябинская области, г. Санкт-Петербург и Ханты-Мансийский автономный округ. В этих регионах ранее сформировался большой резервуар инфекции среди потребителей наркотических препаратов.

Реальное количество инфицированных ВИЧ превышает официально зарегистрированные показатели. По оценкам число людей, живущих с ВИЧ/СПИД в России, в конце 2007 года составляло от 940 тыс. до 1,1 млн человек.

9.2. Меры по борьбе с ВИЧ/СПИД в России

Основополагающая роль российского государства в организации борьбы с ВИЧ/СПИД закреплена Конституцией РФ и Федеральным законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», принятым в 1995 году. Важно отметить, что этот закон, в котором закреплены положения, обязывающие государство вести борьбу с заболеванием и направленные на улучшение жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИД, появился в России еще в тот период, когда ВИЧ-инфекция еще не представляла серьезной угрозы для безопасности страны.

Закон определяет стратегию противодействия ВИЧ-инфекции в России и до сих пор является одним из наиболее полноценных документов такого рода, известных в мировой практике. Статья 4 этого Закона определяет следующую ответственность государства:

- регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции;
- эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории России;

- производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей;
- доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием;
- бесплатное предоставление всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным – гражданам РФ, бесплатное получение ими медикаментов при лечении в амбулаторных или стационарных условиях, а также бесплатный проезд к месту лечения и обратно в пределах Российской Федерации;
- развитие научных исследований по проблеме ВИЧ-инфекции;
- включение в учебные программы образовательных учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию;
- социально-бытовая помощь ВИЧ-инфицированным гражданам Российского государства, получение ими образования, их пере-квалификация и трудоустройство;
- подготовка специалистов по реализации мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции;
- развитие международного сотрудничества и регулярный обмен информацией в рамках международных программ предупреждения распространения ВИЧ-инфекции.

К 1994 году в России уже существовала государственная структура, призванная выполнять основные задачи по противодействию эпидемии, – система федеральных и территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом, которые были организованы во всех субъектах РФ и некоторых крупных городах. Однако по своему оснащению к началу 2000-х годов они существенно отстали от современных требований и стандартов.

Несмотря на существование Федерального закона «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», реальное федеральное финансирование программ по борьбе с ВИЧ/СПИД началось в России лишь в 2002 году в рамках подпрограммы «Профилактика, диагностика, лечение заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» (2002–2006). Объем финансирования программы из федерального бюджета не превышал в этот период 125 млн рублей (менее 5 млн долларов США) в год.

В этот период впервые были опубликованы исследования, поддержанные Всемирным банком и Международной организацией труда, в которых прогнозировалось влияние эпидемии ВИЧ-инфекции на социально-экономические процессы. Было показано, что ВИЧ-инфекция может деструктивно повлиять не только на экономику здравоохранения, но также на сокращение трудоспособного населения, что может вызывать и макроэкономические сдвиги, такие как сокращение темпов прироста ВВП. Наряду с предостерегающими выступлениями представителей организаций системы ООН, в середине 2000-х годов эти прогнозы оказали существенное влияние на активизацию национального ответа на эпидемию ВИЧ/СПИД.

Правительство России получило заем Всемирного банка на противодействие эпидемии ВИЧ/СПИД в размере около 50 млн долларов сроком на 5 лет (2004–2009). Если в начале 2005 года лишь 20 % территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом были полностью укомплектованы современным оборудованием, обеспечивающим диагностику ВИЧ-инфекции и контроль за состоянием ВИЧ-инфицированных лиц и эффективностью их лечения, то к 2009 году за счет поставок в рамках займа Всемирного банка эта проблема была практически решена.

Другим внешним источником средств на профилактику ВИЧ-инфекции стали гранты Гло-

бального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией (ГФ). Грант 3-го раунда ГФ на период 2005–2009 годы получен Консорциумом неправительственных организаций и направлен на развитие программ профилактики и лечения в 10 регионах РФ, в том числе на обеспечение терапии 2 тыс. пациентов. Грант 4-го раунда в объеме 110 млн долларов со сроком на 5 лет был получен в 2005 году Страновым координационным механизмом РФ и направлен преимущественно на лечение населения, особенно уязвимого к ВИЧ-инфекции. В рамках этого проекта к 2009 году было включено в лечение 12 000 ВИЧ-инфицированных, в том числе представителей таких уязвимых групп населения, как наркопотребители и трудовые мигранты.

В 2006 году проблема ВИЧ-инфекции неоднократно поднималась Президентом России в различных выступлениях.

Повышенное внимание государства к проблеме обеспечило исключительно благоприятную среду для осуществления различных проектов, связанных с борьбой с ВИЧ/СПИД. С другой стороны, поручения Президента были исключительно важны для формирования стратегии противодействия эпидемии и предупреждения ее последствий.

В России с 2006 года начата реализация приоритетного национального проекта «Здоровье», в рамках которого выделено направление «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ». Впервые за всю историю эпидемии ВИЧ-инфекции в России этой проблеме уделено столь пристальное внимание на самом высоком государственном уровне и выделены значительные средства на работу по противодействию распространению эпидемии ВИЧ-инфекции в стране. Целями подпрограммы «ВИЧ-инфекция» были названы:

- снижение числа лиц, впервые инфицированных ВИЧ-инфекцией;

- дальнейшее внедрение методов профилактики заражения ВИЧ-инфекцией новорожденных;
- обеспечение доступности антиретровирусных препаратов;
- снижение уровня смертности больных ВИЧ-инфекцией.

Оценка эффективности реализации программы проводится в сравнении с 2005 годом с учетом следующих показателей: (1) снижение числа вновь зарегистрированной ВИЧ-инфекции до 31 тыс. случаев, в исправительных учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний – до 1,6 тыс. случаев; (2) увеличение доли ВИЧ-инфицированных беременных женщин, включенных в программу профилактики заражения ВИЧ-инфекцией новорожденных, до 98 %.

За период с 2006 по 2008 годы выделено 18,7 млрд рублей, из них 3,2 % на проведение профилактических мероприятий. В 2006–2008 годах в субъектах Российской Федерации были реализованы 175 проектов по профилактике ВИЧ-инфекции, в том числе: 39 – по профилактике ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы; 16 – по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов; 45 – по повышению приверженности АРВ-терапии пациентов из уязвимых групп населения; 45 – по оказанию паллиативной помощи¹⁴⁶ при ВИЧ/СПИД; 20 – по профилактике ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков; 12 – по профилактике ВИЧ среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату.

В 2008 году в рамках приоритетного национального проекта:

- обследовано на ВИЧ-инфекцию 24 млн человек;
- на диспансерном наблюдении находилось 318 340 лиц, живущих с ВИЧ, или 87 % от общего их числа;

¹⁴⁶ Паллиативная помощь – подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и других физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки.

- лечение антиретровирусными препаратами получали свыше 55 тыс. ВИЧ-инфицированных, из них 41 331 – за счет национального проекта и 14 тыс. – за счет Глобального фонда;

Программами по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в 2008 году были охвачены 94 % ВИЧ-инфицированных беременных женщин (в 2007 году – 90 %, в 2006 году – 58 %). Всего в России ВИЧ-инфицированными женщинами за время наблюдения с 1987 года было рождено более 30 тыс. детей. Более 4,5 тыс. детей диагноз «ВИЧ-инфекция» окончательно снят. Диагноз «ВИЧ-инфекция», по данным на конец 2008 года, установлен 2,5 тыс. детей, однако более 22,5 тыс. еще находятся под диспансерном наблюдением до уточнения их ВИЧ-статуса. Получают антиретровирусную терапию 96 % детей, нуждающихся в лечении ВИЧ-инфекции.

В настоящее время в 50 субъектах Российской Федерации организованы и активно работают филиалы организации «Всероссийское объединение людей, живущих с ВИЧ/СПИД». Они активно участвуют в решении таких важных вопросов, как обеспечение приверженности АРВ-терапии, профилактика ВИЧ среди уязвимых контингентов, создание групп само- и взаимопомощи.

Координация мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией осуществляется Правительственной комиссией по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, возглавляемой Министром здравоохранения и социального развития РФ. В этой комиссии представлены как представители правительства, министерств и ведомств, так и медицинские работники и представители общественных организаций. Активную деятельность по координации мероприятий осуществляет также Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека. Площадкой обмена мнениями между правительственными

функционерами, учеными, представителями неправительственных организаций и людей, живущих с ВИЧ/СПИД служит Страновой координационный механизм по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией.

В профилактике и борьбе против ВИЧ/СПИД участвуют не только государственные органы, но и неправительственные организации. В России функционируют такие объединения как Консорциум неправительственных организаций и Форум неправительственных организаций. Эти объединения также представлены в Страновом координационном механизме.

Наличие этих программ позволяет утверждать, что Россия имеет основные элементы стратегии преодоления эпидемии ВИЧ/СПИД и ее последствий.

Таким образом, высокие темпы распространения ВИЧ/СПИД и вызванные ими социальные, экономические, демографические и прочие риски привели к активизации действий российского государства, международных неправительственных организаций. В последние годы был успешно выполнен ряд важнейших задач, например, организация лечения ВИЧ-позитивных лиц, предупреждение передачи ВИЧ от инфицированной матери ее будущему ребенку. В то же время профилактика передачи ВИЧ половым путем и при употреблении наркотиков не носила системного характера и финансировалась по остаточному принципу, что значительно снижало ее эффективность. Наиболее уязвимым для ВИЧ-инфекции контингентом по-прежнему является молодежь, что с точки зрения последствий влияния эпидемии на демографические процессы в России не может не вызывать тревогу и озабоченность. Очевидно, что в ближайшей перспективе российскому государству и другим участникам борьбы против ВИЧ/СПИД и его последствий придется решать большой круг старых и новых задач.

ГЛАВА 10



© Джастин Джин

Подростки и молодежь

Цель заключается в том, чтобы:

а) всемерно способствовать охране здоровья, обеспечению благосостояния и расширению возможностей всех детей, подростков и молодежи, которые представляют собой будущие людские ресурсы планеты...

б) обеспечить удовлетворение особых потребностей подростков и молодежи, особенно молодых женщин, при должном учете их творческих способностей, социальной, семейной и общинной поддержки, возможностей получения работы, участия в политическом процессе и доступа к образованию, здравоохранению, юридическим консультациям и высококачественным услугам в области репродуктивного здоровья;

с) поощрять продолжение детьми, подростками и молодежью, особенно молодыми женщинами, своего образования с тем, чтобы они были готовы к более качественной жизни в целях развития их человеческого потенциала, содействие предотвращению ранних браков и опасной беременности и снижению связанных с этим коэффициентов смертности и заболеваемости. [Глава 6, раздел В-6.7]¹⁴⁷

Программа действий МКНР обращается к проблемам подростков и молодежи, подчеркивая необходимость защиты их здоровья

в целом и, в частности, их репродуктивного здоровья и снижения числа подростковых беременностей.

10.1. Общая характеристика здоровья и заболеваемости подростков и молодежи

Перспективы демографического развития страны в значительной мере определяются репродуктивным потенциалом и репродуктивным поведением молодежи. Понятие «репродуктивный потенциал» появилось в России в конце прошлого столетия. Под этим термином отечественные авторы предлагают понимать уровень физического и психического состояния, который, при достижении социальной зрелости, определит качество здоровья рожденного поколения. При оценке репродуктивного потенциала

рекомендуется учитывать распространенность соматических заболеваний, влияющих на репродуктивную функцию; уровень физического и полового развития; распространенность заболеваний репродуктивной системы; состояние полового воспитания, сексуального образования и поведения; психологическую готовность к материнству, репродуктивные установки¹⁴⁸.

Согласно материалам Росстата, на протяжении последних 15 лет наблюдается неуклон-

¹⁴⁷ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г.

¹⁴⁸ Кротин П. Н., Юрьев В. К., Куликов А. М. Репродуктивный потенциал современных девушек-подростков // Гедеон Рихтер в СНГ. 2001. № 3. С. 5–8.

ный рост заболеваемости подростков по всем классам болезней (табл. 10.1), хронической патологии, ежегодно увеличивается число детей-инвалидов. В период с 1992 по 2007 годы заболеваемость детей подросткового возраста увеличилась на 78 %. Почти 60 % заболеваемости детей и подростков связано с болезнями органов дыхания¹⁴⁹.

В результате, по данным Научного центра здоровья детей РАМН, в настоящее время не более 3–10 % детей (в зависимости от возраста) можно признать здоровыми. По данным выборочных исследований, у каждого подростка в 10–14 лет в среднем диагностируется 2–3, а в возрасте 15–18 лет – 4–5 хронических заболеваний¹⁵⁰.

Особую тревогу вызывает высокий уровень заболеваемости детей и подростков психическими расстройствами и нестабильности поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ. Так, за последние 15 лет в России количество взятых под наблюдение подростков с впервые установленным диагнозом «наркомания» увеличилось в 2 раза, а с впервые в жизни установленным диагнозом «токсикомания» – выросло в 3 раза. Уменьшается возраст приобщения к алкоголю и наркотикам. Численность детей, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением алкоголя, в расчете на 100 тыс. человек составляла: в 1995 году – 14,4; в 2000 – 27,8; в 2006 – 36,6¹⁵¹.

Таблица 10.1. Распространенность заболеваний и заболеваемость подростков 15–17 лет в Российской Федерации, на 100 тыс. человек соответствующего возраста

Годы	Заболеваемость*	Распространенность заболеваний**
1992	61 220,2	96 471,9
1993	67 426,9	105 149,5
1994	66 453,4	106 567,8
1995	71 513,8	113 498,0
1996	69 142,7	114 533,7
1997	74 646,4	123 231,9
1998	79 948,5	132 991,0
1999	88 267,3	146 283,0
2000	90 943,0	150 412,8
2001	93 399,5	154 866,0
2002	100 469,1	164 365,0

* Заболеваемость определяет совокупность заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год (отношение числа вновь возникших заболеваний (заболеваний с впервые установленным диагнозом) за год к средней численности населения, умноженное на 100 тыс. подростков 15–17 лет).

** Распространенность заболеваний определяет количество зарегистрированных заболеваний (число первичных обращений к численности населения, умноженное на 100 тыс. подростков 15–17 лет).

Источник: Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года). – М.: Минздрав РФ, 2003. С. 27.

¹⁴⁹ Население России, 2002: Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А. Г. Вишневецкого. – М., 2004. С. 79.

¹⁵⁰ Баранов А. А., Сухарева Л. М. Особенности состояния здоровья современных школьников // Вопросы современной педиатрии. 2006. Т. 5. № 5. [Прил. 1: Школа и здоровье]; Ахполов А. А. Основной фактор дефицита трудовых резервов в России в ближайшее десятилетие // Экономика. Налоги. Право. 2009. № 1. С. 10–17.

¹⁵¹ Римашевская Н. М., Бреева Е. Б., Шабунова А. А., Барсукова Р. Т. Мониторинг подрастающего поколения: тенденции и особенности развития // Народонаселение. 2007. № 1 (35). С. 4–12.

Доля детей и подростков в общем числе больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения в России составляет около трети (33 %) всей зарегистрированной

заболеваемости. По данным Института мозга человека РАН, проблемы с психическим здоровьем имеют 15 % детского населения, 25 % подростков и до 40 % контингента призывников¹⁵².

10.2. Репродуктивные права и репродуктивное здоровье подростков

Сексуальное поведение и репродуктивные установки

Сексуальное поведение в современных условиях характеризуется целым рядом особенностей и новых тенденций: более раннее начало сексуальных отношений; приемлемость для большинства юношей и девушек добрачных сексуальных связей; увеличение различий сексуального поведения молодежи и предшествующих поколений; возрастание значения сексуального удовлетворения для стабильности брака. На протяжении 1990-х годов возраст приобретения сексуального опыта неуклонно снижался. По данным различных выборочных обследований середины 1990-х годов, сексуальную жизнь до достижения 16 лет начали 6–12 %; в возрасте до 18 лет – 40–50 % опрошенных женщин¹⁵³. В настоящее время средний возраст первого сексуального контакта в России составляет 16,5±0,4 лет для мальчиков и 17,5±0,2 лет для девочек. На характер сексуальных отношений влияет социальный статус опрашиваемых: среди учащихся техникумов и училищ оказалось в 1,5 раз больше подростков (67 %), имевших частую смену половых партнеров при нерегулярном характере сексуальных отношений, чем среди студентов вузов (43 %)¹⁵⁴.

Данные выборочных исследований свидетельствуют о том, что в настоящее время 67 % девушек спокойно относятся к внебрач-

ным половым отношениям, притом всего лишь 5 % юношей и 17 % девушек считают, что в их возрасте сексуальные отношения могут быть опасными для здоровья¹⁵⁵.

Более ранняя сексуальная активность подростков и молодежи сопровождается усилением целого ряда социальных рисков, включая нежеланные беременности и рождения, аборты, заболевания, обусловленные инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) и пр. К сожалению, значительный рост сексуальной активности молодых людей не сопровождается ростом знаний о методах профилактики нежеланной беременности и ИППП.

Следует отметить, что статистика о применении методов и средств контрацепции (МСК) в разрезе возрастных групп отсутствует, что вынуждает исследователей этого вопроса обращаться к данным выборочных обследований, которые не всегда обладают достаточной надежностью. Тем не менее, результаты этих обследований свидетельствуют о намного более ограниченном использовании контрацепции среди российских подростков и молодежи, чем среди их западных сверстников. Так, по данным опросов студентов, только 29,7–33,4 % девушек при первом сексуальном контакте использовали какие-либо контрацептивные средства и методы; только 57,6 % из их числа применяли кон-

¹⁵² Бойко Ю. П. Психическое здоровье детей и подростков в условиях модернизирующегося общества // Народонаселение. 2008. № 4 (42).

¹⁵³ Сакевич В. И. Сексуальное и репродуктивное поведение подростков в России // Демоскоп-weekly. 2001. № 13–14 (26 мар. – 8 апр.): <http://demoscope.ru/weekly/013/tema01.php>

¹⁵⁴ Радзинский В. Е., Семятов С. М. Репродуктивное здоровье девушек московского мегаполиса // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006. № 4.

¹⁵⁵ Савельева И. С., Волкова О. И., Городничева Ж. А. Репродуктивное поведение и репродуктивное здоровье глазами подростков: потребности и нужды // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006. № 4.

трацепцию стабильно в течение исследуемого года; 11,6 % девушек – 7–12 месяцев; 14,4 % – 4–6 месяцев и 16,4 % – менее 3 месяцев; 13 % респондентов не применяли никаких средств¹⁵⁶. Похожие результаты получены по данным исследования «Репродуктивное здоровье российских женщин» (ВЦИОМ, CDC [США], USAID), согласно которым «только 44 % респонденток в возрасте 15–24 лет использовали какие-либо МСК при первом половом контакте»¹⁵⁷.

Расширению использования средств контрацепции препятствует плохая информированность подростков и молодежи, опасение, что использование контрацептивов может нанести вред их здоровью, дороговизна многих средств контрацепции и т. п. По данным опросов, около половины девушек, имеющих опыт половой жизни, не используют комбинированные оральные контрацептивы (КОК), так как считают их удобным, но небезопасным средством; 8 % считают неудобным и небезопасным; 4 % считают неудобным, но безопасным; 26 % затруднились ответить. Удобным и безопасным методом профилактики нежеланной беременности КОК считают лишь каждая пятая девушка. Высокие цены на гормональные контрацептивы делают их недоступными для малообеспеченных слоев населения¹⁵⁸.

В результате, несмотря на существенное снижение за последние пятнадцать лет, уровень абортс у несовершеннолетних остается высоким по меркам развитых стран Европы и Америки (табл. 10.2, 10.3)¹⁵⁹. Так, общее количество абортс среди подростков России в 2008 году составило 111 330, или 23,4 на 1000 женского населения соответствующего возраста. Абсолютное число абортс у подростков в возраст-

те 10–14 лет составило 828 (0,23 на 1000 женского населения соответствующего возраста, или 0,07 % от общего числа абортс во всех возрастных группах), в возрасте 15–19 лет – 110 502 (20,32, или 8,9 % соответственно), в том числе в возрасте 15–17 лет – 32 148 (11,8, или 2,6 % соответственно).

Отрадно, что с 1994 года интенсивность абортс снижается особенно заметно именно в молодых возрастах. Абсолютное число абортс сократилось с 1993 по 2008 годы в 5,8 раз среди подростков в возрасте 10–14 лет и в 2,9 раза – в возрасте 15–19 лет (табл. 10.2, 10.3). Число зарегистрированных абортс на 1000 женщин 15–19 лет в период с 1996 по 2006 годы снизилось в 1,8–1,9 раз.

Тем не менее, серьезной проблемой на сегодня является сохранение постоянной величины доли абортс у беременных впервые (11,2–11,5 % от общего числа абортс), в основном за счет подросткового и молодежного контингента. В 2007 году абортс закончилось 11,8 % первых беременностей у женщин в возрасте от 15 до 24 лет, но 95,1 % у юных женщин в возрасте до 15 лет и 54,9 % – у подростков в возрасте 15–19 лет. Этот показатель является одним из самых высоких среди экономически развитых стран.

Сохраняется также высокий уровень осложнений после абортс. В основном, это происходит из-за того, что значительное число абортс (около 80 %) производится без учета современных технологий.

Приходится с сожалением констатировать, что в России более половины молодых жен-

¹⁵⁶ Коломейцев М. Г. Проблемы и перспективы развития «репродуктивного образования» в системе здоровьесбережения молодежи в России // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2009. № 2.

¹⁵⁷ Сакевич В. И. Цит. соч.

¹⁵⁸ Батурина Н. В., Сапрыкин В. Б. Особенности психоэмоционального состояния у девочек-подростков после искусственного прерывания первой беременности // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2009. № 2.

¹⁵⁹ По данным, которые приводит в своей статье В. И. Сакевич, во второй половине 1990-х годов среди развитых стран лидерами по числу подростковых беременностей были США (84 беременности на 1000 женщин 15–19 лет против 64 в 1999 году в России), однако подростковых абортс там было меньше, чем в России (29 на 1000 женщин в США против 38 – в России). В конце 1990-х годов Россия лидировала по числу подростковых абортс, обгоняя не только развитые страны Западной Европы и США, но и бывшие социалистические страны – Болгарию, Эстонию, Румынию и пр. См.: Сакевич В. И. Цит. соч.

Таблица 10.2. Общее число абортс среди подростков и молодежи, по данным Минздравсоцразвития России, тыс.

	10–14 лет	15–19 лет
1993	4,80	320,6
1994	2,80	306,1
1997	2,32	236,9
1998	1,84	224,7
1999	1,61	199,4
2000	1,27	193,6
2001	1,42	188,8
2002	1,34	183,9
2003	1,21	171,8
2004	1,06	160,1
2005	0,97	147,9
2006	0,90	142,9
2007	0,79	124,5
2008	0,83	110,5

Источник: данные Минздравсоцразвития России.

Таблица 10.3. Число зарегистрированных абортс в возрасте моложе 20 лет, по данным Росстата/Минздравсоцразвития, на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет

	Росстат	Минздравсоцразвития
1991	69,7	–
1994	63,9	58,3
1995	57,1	52,6
1996	50,8	47,0
1997	47,0	43,6
1998	42,9	40,1
1999	37,1	34,5
2000	36,0	32,7
2001	34,2	31,3
2002	32,7	29,9
2003	30,8	28,0
2004	29,5	26,7
2005	28,5	25,5
2006	28,9	25,6
2007	27,4	24,0
2008	26,3	23,4

Источник: Население России 2007: Пятнадцатый ежегодный демографический доклад / Отв. ред. А. Г. Вишневский. – М.: ГУ-ВШЭ, 2009. С. 150.

щин, перенесших аборт, в дальнейшем продолжают сексуальные контакты без использования надежной контрацепции.

Репродуктивное здоровье подростков

В 1990-е годы в России на фоне либерализации сексуальных контактов значительно увеличилось число инфекций, передаваемых половым путем. Болевыми точками проблемы

репродуктивного здоровья подростков в настоящее время являются воспалительные заболевания половых органов с хроническим и рецидивирующим течением и нарушения менструаций; фоновые соматические заболевания и психические расстройства с периода детства; задержка полового развития, в том числе генетически обусловленная; пороки развития половых органов и их осложнения; нерациональное использование репродуктивного потенциала (рисковое поведение, абортс,

ИППП); осложненное течение беременности и родов. По данным статистики Минздравсоцразвития России, с 1992 по 2008 годы заболеваемость расстройствами менструаций выросла с 398 до 1359 у девочек в возрасте до 14 лет и с 1189 до 4556 у девочек в возрасте 15–17 лет включительно, а воспалительных заболеваний придатков матки (сальпингитов и оофоритов) – с 738 до 1429 на 100 000 девочек-подростков.

В структуре гинекологических заболеваний у девочек 0–18 лет основное место занимают воспалительные процессы половых органов (52 %) и нарушения менструаций (41 %). Остальные 7 % составляют опухоли и пороки развития половых органов. Расстройства менструаций в возрасте 10–14 лет стали регистрироваться на 24 % чаще, чем 5 лет назад, а в возрасте 15–17 лет – на 22 %; регистрация воспалительных заболеваний половых органов у подростков возросла на 15,7 %. Притом, у сексуально активных девочек частота воспалительных заболеваний половых органов в 3 раза выше (45,2 %) по сравнению со сверстницами, не имевшими сексуальных отношений (15,1 %). У девочек с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового созревания в 75 % случаев имеются по 2–3 хронических экстрагенитальных заболевания, и 30 % из их числа относятся к III группе здоровья¹⁶⁰.

До настоящего времени в России сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая ситуация с ИППП, в первую очередь, в подростковой и молодежной среде. По данным Орлова Е. В., рост заболеваемости ИППП у населения РФ в основном обусловлен значительным распространением их среди молодежи. За период с 1990 года в десятки раз выросло число детей и подростков до 19 лет,

заболевших ИППП. На возрастные группы до 18 лет падает около 10 % всей заболеваемости ИППП, а пораженность этих групп в 1,5 раза превышает таковую в старших возрастных группах. До 70 % случаев ИППП приходится на возраст 15–24 лет. Эти заболевания в данной возрастной группе вызывают большинство осложнений репродуктивного здоровья, включая возникновение бесплодия¹⁶¹. Ситуация усугубляется тем, что ИППП концентрируются в основном у молодежи из низших социально-экономических слоев населения, где масштабы заболеваемости намного превышают средние значения.

Уровень заболеваемости сифилисом в России в 1990-е годы возрастал наиболее интенсивно среди детей и подростков и в настоящее время составляет 211 на 100 000 подростков в возрасте 15–19 лет, в то время как в Голландии – 1, а в США – 6,4 на 100 000 подростков такого же возраста. Несмотря на снижение этого показателя в России за последние годы, ситуация остается крайне неблагоприятной.

На современном этапе существует ряд особенностей течения ИППП: одновременное сочетание нескольких заболеваний у одного пациента, возможность ассоциации с вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией, затруднение регистрации и контроля случаев заболевания из-за выраженной миграции населения¹⁶². Высокий уровень заболеваемости ИППП среди подростков не только сам по себе опасен для их репродуктивного здоровья, но создает условия для быстрого распространения ВИЧ-инфекции. В настоящее время абсолютное большинство новых случаев заражения ВИЧ приходится на молодежь в возрасте 15–29 лет.

¹⁶⁰ К третьей группе здоровья относятся дети с наличием хронических болезней или врожденной патологии в состоянии компенсации, т. е. с редкими, незначительными по характеру течения обострениями хронического заболевания без выраженного нарушения общего самочувствия и поведения. См.: Кулаков В. И., Долженко И. С. Основные тенденции изменения репродуктивного здоровья девочек в современных условиях // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005. № 1. С. 22–26; Уварова Е. В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России // Вопросы современной педиатрии. 2006. Т. 5. [Прил. 2: Репродуктивное здоровье].

¹⁶¹ Орлов В. Е. Репродуктивное здоровье. Проблемы и возможности // Репродуктивное здоровье подростков и молодежи. 2001. № 4. 8 с.

¹⁶² Кубанова А. А., Лесная И. Н., Рахматулина М. Р. и др. Разработка новой стратегии контроля над распространением инфекций, передаваемых половым путем, на территории Российской Федерации // Вестник дерматологии и венерологии. 2009. № 3. С. 4–12.

10.3. Политика в области полового воспитания и информирования подростков

На современном этапе достигнуты положительные сдвиги в массовом и педагогическом сознании по вопросам полового воспитания, но это отнюдь не означает, что все проблемы в данной области решены. У населения, в том числе у подростков и молодежи, отсутствует доступ к квалифицированной информации о том, что такое планирование семьи, сексуальность, инфекции, передаваемые половым путем, современная контрацепция, безопасный секс. Основным источником информации по вопросам профилактики ИППП, а также способом знакомств у социально-адаптированных подростков является Интернет и сервисы знакомств с помощью мобильных телефонов¹⁶³.

Понимая, какую роль играет предохранительное поведение в предупреждении ИППП и профилактики подростковой беременности, становится очевидной важность активного внедрения программ по половому воспитанию подростков. К сожалению, на протяжении последних 10 лет решение этой проблемы не сдвигается с места. В Российской Федерации до сих пор не разрешены к внедрению на федеральном уровне программы профилактики рискованного поведения, в том числе сексуального, у подростков и молодежи. С начала 1990-х годов российские и зарубежные общественные организации разработали лишь единичные профилактические программы, в основном направленные на использование методов контрацепции и профилактики ИППП¹⁶⁴.

Ранее существовавшая программа полового просвещения в школах раскритикована обществом как неприемлемая по содержанию и подходам и до сих пор является предметом острых дискуссий профессионалов охраны репродуктивного здоровья и ряда негативно на-

строенных общественных организаций и формирований. В результате, до сих пор в школах России нет системы полового воспитания, а число специальных учреждений по оказанию подросткам и молодежи помощи в охране репродуктивного здоровья крайне недостаточно. Все это связано с отсутствием позитивного межведомственного взаимодействия при разработке системы сексуального образования и недостатком квалифицированных специалистов, умеющих корректно и адекватно возрасту и уровню общей подготовки проводить работу с подростками и молодежью по вопросам репродуктивного поведения.

В медицинских учреждениях фактически отсутствует специальная литература по вопросам репродуктивного здоровья женщин и молодежи. Подготовка персонала по проблемам консультирования и психологии общения с женщинами и молодежью проводится далеко не везде. Притом, женщины, проживающие в сельской местности и в небольших городах Российской Федерации, имеют наиболее ограниченный доступ к информации и услугам по охране репродуктивного здоровья.

Из-за недооценки значимости проблемы теми, кто определяет и реализует политику в области охраны здоровья населения, или из-за того, что работники здравоохранения и образования не готовы к общению с подростками, последние могут не получить необходимую помощь даже тогда, когда они хотят ее получить. Но достаточно часто подростки и не хотят обращаться со своими проблемами в существующие государственные структуры (женские консультации, кожно-венерологические диспансеры и др.), так как далеко не всегда могут получить там анонимную и бесплатную помощь¹⁶⁵. До и

¹⁶³ Дмитриева Е. В. Средства массовой информации и их влияние на репродуктивное поведение молодежи в России // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006. № 4.

¹⁶⁴ Таенкова И. О. Опыт работы Хабаровской краевой ассоциации «Планирование семьи». 2001.

¹⁶⁵ Краснопольский В. И., Савельева И. С., Белохвостова Ю. Б., Соколова И. И., Ерофеева Л. В. Планирование семьи и репродуктивное здоровье девочек-подростков и молодых женщин // Вестник Рос. асс. акуш.-гин. 1998. 1:27–28.

послеабортное консультирование получают не более 30 % обратившихся женщин.

Таким образом, в стране можно выделить несколько препятствий, мешающих удовлетворить потребности подростков в охране репродуктивного здоровья:

1. Недостаточно информации о сексуальном и репродуктивном поведении, информации об имеющихся службах и о том, как ими могут пользоваться подростки;
2. Крайне малое количество служб, предназначенных для удовлетворения специфических потребностей молодых людей в конфиденциальном, доступном, недорогом, индивидуальном обслуживании;
3. Перевод подростков в педиатрическую службу (практически ликвидация специальности «подростковая медицина») без подготовки специалистов и условий для работы с подростками;
4. Проблемы с обучением медицинских работников и тех, кто занят в смежных областях по вопросам сексуальности подростков, а также с приобретением ими навыков межличностного общения при проведении консультирования;
5. Отсутствие последовательного взаимодействия между различными ведомствами и общественными организациями по удовлетворению различных потребностей подростков в области права, информационного образования, доступного консультирования и клинического обслуживания с целью предупреждения нежелательной беременности и ИППП.

Принятие и полноценное финансирование государством комплексных программ межведомственного взаимодействия по предупреждению аборт и профилактике ИППП – ключевой фактор в улучшении репродуктивного

здоровья, снижении масштабов бесплодия, повышении рождаемости в России. Такие программы должны включать совершенствование законодательства; информационно-образовательные кампании среди населения, в первую очередь, среди молодежи, направленные на формирование ответственного и безопасного сексуального поведения, здорового образа жизни; повышение качества оказания услуг по профилактике аборт и лечению ИППП.

Усилия по решению некоторых проблем здоровья необходимо ориентировать на специфические для различных полов виды поведения и позиции. Гендерные роли и стереотипы межличностных отношений, помимо биологической уязвимости, создают девочкам препятствия в контроле сексуальных и репродуктивных аспектов своей жизни, так что проблемы репродуктивного здоровья, включая ИППП и ВИЧ-инфекцию, на девочек влияют сильнее, чем на мальчиков¹⁶⁶. Соответственно, для удовлетворения различающихся потребностей мальчиков и девочек необходимо использовать специфические для каждого пола программные подходы.

С целью оказания эффективной помощи детям и подросткам с ИППП в настоящее время представляется необходимой разработка новых форм и методов лечебно-профилактической деятельности, новых моделей медицинской, психологической и социальной служб для детей и подростков. В этой связи особенно важно создание и внедрение в муниципальные и государственные медицинские учреждения страны центров охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи, в которых должна быть интегрирована помощь разнопрофильных специалистов: гинекологов, урологов, андрологов, дерматовенерологов, психологов и социальных работников для комплексного решения профилактических, диагностических и терапевтических мероприятий у молодых людей различных социальных групп.

¹⁶⁶ Куликов А. М. Подростки в современной России: Здоровье и медико-социальные особенности // Журнал акушерства и женских болезней. 2006. Т. LV: Спец. выпуск. С. 36–39.

В последние годы в большинстве стран Европы на государственном уровне была организована работа молодежных клиник. Основным направлением деятельности клиник является оказание медицинской помощи людям от 10 до 24 лет включительно. Все молодежные клиники в основном работают бесплатно и предлагают добровольный и персональный выбор консультанта без участия родителей, а также занимаются широким спектром услуг, включая консультирование по вопросам контрацепции и скрининг на ИППП.

На сегодняшний день в России функционируют более 70 медико-социальных центров, работающих в соответствии с принципами оказания услуг по проблемам репродуктивного здоровья молодежи. В 26 регионах страны проведены установочные семинары для руководителей администраций, депутатов законодательных собраний, руководителей комитетов здравоохранения, социальной защиты и образования, определивших пути развития сети клиник, дружественных молодежи, в своих регионах с использованием комплексного, межведомственного взаимодействия.

Вместе с тем, создаваемые медико-социальные отделения или центры охраны репродуктивного здоровья подростков, работающие по принципам «клиник, дружественных молодежи», не являются альтернативой и не должны заменить для подростков уже имеющиеся службы, например, детские поликлиники. Эти службы будут взаимодополнять друг друга в достижении единой цели – обеспечении здоровья молодого поколения.

К первым положительным результатам деятельности медико-социальных служб, внедряющих в свою деятельность принципы «клиник,

дружественным к молодежи», можно отнести: внедрение новых методов работы, невозможных в обычных поликлиниках; комплексность помощи; большую значимость и значительную самостоятельность в деятельности среднего медицинского персонала, особенно при проведении профилактических осмотров, обучении навыкам здорового образа жизни, консультировании по контрацепции; а также работа в команде и комплексная подготовка персонала.

Работа служб изменяет в положительную сторону отношение детей и к обычной детской поликлинике. Доступ к медико-социальным службам (КДМ) делает сами детские поликлиники более привлекательными для подростков, повышает уровень их профилактической работы и диспансеризации.

Однако создание действенной государственной программы невозможно без четкого распределения сферы участия и соблюдения преемственности работы педагогов и психологов, семейных и школьных врачей, персонала детских поликлиник и центров репродуктивного здоровья подростков.

Не менее важна организация профилактической и просветительной работы среди подростков, их родителей, педагогов и школьных социальных работников по предупреждению нарушений полового развития и гинекологических заболеваний, по формированию правильных ориентиров на роль семьи и деторождение в обществе.

Реальное обоснование, полноценное обеспечение и жесткий контроль финансирования службы охраны репродуктивного здоровья детей позволят осуществить четкое и последовательное выполнение указанных задач.

ГЛАВА 11



© Джастин Джин

Пространственное распределение населения,
урбанизация и внутренняя миграция

Движение населения внутри стран и между ними, включая чрезвычайно быстрый рост городов, а также неравномерное распределение населения по регионам сохранятся и станут более широкомасштабными явлениями в будущем. [Глава 3, раздел А-3.2]

Предлагается расширять координацию, сотрудничество и существующие... связи на местном, национальном, региональном и международном уровнях... [Глава 15, раздел А-15.6]¹⁶⁷

11.1. Расселение

Все большие по территории страны заселены неравномерно. В России почти 90 % населения проживает в так называемой «основной полосе расселения», которая включает территории с более благоприятными природно-климатическими условиями. Она тянется от западных границ страны, охватывая Европейскую часть, за исключением ее северных территорий, и продолжается узкой полосой на юге Сибири и Дальнего Востока. Около 80 % населения концентрируется в Европейской части, а на Азиатскую часть, занимающую почти 75 % территории страны, приходится только 20 % населения.

Расселение инерционно и в основном зависит от природно-климатических факторов, но в России особую роль играла политика государства. Она стимулировала перемещение населения на Восток и Север для освоения земельных и минеральных ресурсов. Заселение Сибири и Дальнего Востока были наиболее масштабными в XX веке, численность населения Дальнего Востока за этот

век выросла на порядок, в том числе за 1926–1989 годы – в 5 раз. В советское время началось индустриальное освоение зоны Севера¹⁶⁸ с неблагоприятными климатическими условиями, занимающей 70 % территории страны. Создание новых городов и поселков для освоения минеральных ресурсов привело к резкому росту численности населения в регионах, относящихся к зоне Севера. К концу XX века там проживало 10 млн человек, или 7 % населения страны.

Сдвиг населения на Север и Восток, продолжавшийся в России почти весь XX век, противоположен тенденциям расселения в других странах, население которых концентрировалось в более благоприятных для жизни районах. В России перелом тренда произошел только в начале 1990-х годов, и он обусловлен переходом к рыночной экономике: государство перестало выделять масштабные дотации, покрывающие высокую стоимость жизни на Севере и издержки транспортной удаленности, как это было в плановой эконо-

¹⁶⁷ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г.

¹⁶⁸ Территории, относящиеся к зоне Севера, определены российским законодательством; их население получает надбавки к заработной плате.

мике. Население стало покидать территории с неблагоприятными климатическими условиями и перемещаться в более комфортные для жизни регионы Европейской части с более развитой инфраструктурой. Численность жителей Азиатской части России к 2008 году сократилась более чем на 2,7 млн человек (почти на 10 %), а наиболее удаленные северо-восточные регионы потеряли от 2/3 населения (Чукотский АО) до половины (Магаданская область). Но российский Север остается более заселенным по сравнению с северными регионами Канады и США.

Плотность населения – не только географическая характеристика, но и экономический фактор, влияющий на мобильность населения и стоимость социальных услуг государства. В России очень мало плотно заселенных территорий, в которых дешевле финансировать инфраструктуру, а населению легче перемещаться в поисках работы. Даже в Европейской части страны плотность населения невелика (31 чел. на кв. км), хотя она на порядок выше, чем в Азиатской (3 чел. на кв. км). Более плотно заселены Центральная часть как историческое ядро России, Поволжье и Северный Кавказ, но и здесь плотность населения вдвое ниже, чем в странах Евросоюза и сопоставима с Северной Европой (55 чел. на кв. км). Высокой плотностью выделяется только крупнейшая в стране Московская агломерация. Население российских регионов концентрируется в немногочисленных крупных городах с их ближайшими пригородами, а периферийные территории заселены намного слабее. Внутрирегиональные центро-периферийные контрасты, наряду с макрорегиональными (между Европейской и Азиатской частями, между Севером и Югом), формируют мозаичную картину расселения.

Сельское население концентрируется в южных регионах с более благоприятными условиями для сельского хозяйства (в Южном федеральном округе проживает более четверти сельского населения страны), а также в пригородных зонах крупных городов. Южные и пригородные села значительно крупнее, более сбалансированы по возрастной структуре населения, имеют более устойчивое транс-

портное сообщение с городами и развитую социальную инфраструктуру, что позволяет лучше удовлетворять базовые потребности сельского населения в социальных услугах и облегчает трудовую мобильность.

В Нечерноземной зоне, к которой относится большинство регионов Центра и Северо-Запада, сельское расселение создает проблемы для социального развития. Исторически в Нечерноземье сложилась густая сеть небольших сельских поселений, а в XX веке их население резко сократилось из-за миграций в города и сильно постарело. В регионах с самой сильной депопуляцией (Ивановская, Тверская, Псковская области и др.) средний размер сельского поселения не превышает 35–50 человек, а доля деревень с населением менее 10 жителей составляет 40–50 % всех сельских поселений (по данным последней переписи 2002 года). Мелкодисперсная система сельского расселения в Нечерноземье снижает доступность социальных услуг и увеличивает затраты бюджетов регионов на содержание многочисленных сельских социальных учреждений.

Слабозаселенные Север и Восток страны отличаются самой низкой плотностью населения и большими расстояниями между населенными пунктами при слаборазвитой сети дорог. Государству приходится сохранять и финансировать учреждения социальной сферы (школы, фельдшерские пункты или небольшие больницы и др.) в большинстве сельских поселений, чтобы обеспечить доступность базовых услуг, и это также увеличивает стоимость бюджетных расходов на социальную сферу.

Фактор расселения учитывается Министерством финансов при расчете потребностей регионов в бюджетных расходах на социальные цели и выделении трансфертов менее развитым регионам. В 2000-е годы в ходе реформы образования и здравоохранения началось сокращение сети и укрупнение сельских школ и медицинских учреждений первичного звена. Его цель – повышение качества услуг в крупных и укрупненных более современным оборудованием учреждениях об-

разования и здравоохранения при снижении неэффективных бюджетных расходов. Для подвоза школьников из удаленных деревень внедряется система школьных автобусов, но для медицинских учреждений проблема

территориальной доступности усугубилась. Расселение остается одним из наиболее значимых факторов неравенства в доступности социальных услуг, особенно для сельских жителей.

11.2. Урбанизация

Россия относится к урбанизованным странам, доля городского населения составляет 73 % населения, и за последние 20 лет она почти не менялась. Наиболее урбанизованы северные регионы России (Магаданская, Мурманская области, Ханты-Мансийский АО – 91–95 %). Среди регионов освоенной зоны выделяются наиболее индустриальные: Кемеровская, Свердловская, Челябинская, Ярославская, Ивановская и Самарская области, а также пристольная Московская область, в них доля городского населения достигает 81–85 %. Ниже всего доля городского населения в слаборазвитых республиках (Алтай – 27 %; Чечня – 35 %; Дагестан, Ингушетия, Карачаево-Черкесия и Калмыкия – 42–44 %) и других аграрных регионах Юга (Краснодарский и Алтайский края – 53–54 %), так как процесс урбанизации в них начался позже.

В каждой стране существуют свои критерии выделения городов, влияющие на показатели урбанизации. В России к городскому населению относятся не только жители городов, которых совсем немного для ее огромной территории (1099 на начало 2009 года), но и население так называемых поселков городского типа. Они возникли в советское время при промышленных предприятиях, отличаются относительно небольшой численностью населения и неразвитой социальной инфраструктурой. Число таких поселков сократилось в ходе административных преобразований 1990–2000-х годов¹⁶⁹ почти вдвое

(с 2,2 до 1,3 тыс.), но все еще превышает число городов. Кроме того, почти 15 % российских городов не соответствуют законодательному критерию минимальной численности, их население меньше 10 тыс. человек.

Ускоренная урбанизация в годы советской индустриализации создала проблему монопрофильных городских поселений. Они есть во всех индустриально развитых странах, но в России масштабы проблемы намного больше: помимо поселков городского типа, в которых живет 7,5 % городского населения, монопрофильны многие небольшие города, созданные при промышленных или транспортных предприятиях. Такие «города при заводах» не имеют развитой городской культуры и разнообразных функций, характерных для города. В начале 1990-х годов число монопрофильных промышленных городов достигало 440–460¹⁷⁰ (более 40 % всех городов России), но в 2000-е годы экономическую жизнеспособность сохранили менее половины из них. В остальных производство резко сократилось, и основными источниками дохода стали занятость в отраслях бюджетной сферы и трудовые миграции населения. Несмотря на масштабность проблемы моногородов, в России до последнего времени не существовало специальных программ развития их экономики и городской среды. В кризисные 1990-е годы государство не имело для этого финансовых средств, а в период экономического роста проблема стала менее острой, и о ней забы-

¹⁶⁹ В начале 1990-х годов административные преобразования поселков городского типа (пгт) в сельские поселения инициировались снизу и были обусловлены экономическими причинами (снижением платы за электроэнергию в сельской местности, более значительным размером земельного участка для сельских жителей). В 2004–2005 годах преобразования проводились в рамках муниципальной реформы, многие поселки городского типа были включены в состав городов или других муниципальных поселений.

¹⁷⁰ Монопрофильные города и градообразующие предприятия: Обзорный доклад // Под ред. И. В. Липсица. М.: ИД Хроникер, 2000.

ли. Новый кризис, начавшийся в 2008 году, в очередной раз показал уязвимость моногородов. Министерство регионального развития в 2009 году начало разработку специальной программы по их поддержке, но процесс находится на ранней стадии.

Еще одна особенность российской урбанизации – немногочисленность крупнейших городов с населением свыше миллиона человек. Одной из причин стало регулирование численности населения крупнейших городов в советский период с использованием института прописки. Только для Москвы, притягательность которой наиболее велика, эти ограничения не достигли цели, население столицы росло каждое десятилетие примерно на миллион человек, а за период между двумя последними переписями 1989 и 2002 годов – даже на 1,5 млн человек, хотя точный учет населения столицы затруднен из-за огромного количества трудовых мигрантов. Москва входит в число крупнейших городов мира по численности населения (10,5 млн человек), более чем в два раза опережая второй по величине город России – Санкт-Петербург (4,6 млн человек). Рост других крупнейших городов в советские времена также тормозился административными ограничениями на проживание, а в постсоветский период основным фактором стала естественная убыль населения.

В начале 1990-х годов помимо двух федеральных городов – Москвы и Санкт-Петербурга – в России было 11 городов-миллионников, а в 2000-е годы их число сократилось до 9. Больше всего таких городов в Приволжском федеральном округе – 4, по два города имеют Уральский и Сибирский федеральные округа. За исключением Нижнего Новгорода, Новосибирска и Екатеринбурга, все остальные города этой группы в обозримой перспективе выйдут из категории крупнейших, так как их население ненамного превышает миллион человек, а его естественная убыль не восполняется миграционным приростом. Положительную динамику численности населения сохраняет только столица страны благодаря мощному миграционному притоку.

Хотя доля городского населения почти не меняется, его структура трансформируется. Продолжается концентрация населения в наиболее крупных городах. За 2004–2008 годы доля населения, живущего в городах с численностью свыше полумиллиона человек, выросла с 28 до 29 %, в основном за счет роста Москвы. В отличие от развитых стран, в России запаздывает процесс субурбанизации – перетока населения крупных городов в пригороды и небольшие города с более комфортной для жизни средой. Помимо барьера низких доходов населения есть и другие факторы, тормозящие процесс субурбанизации: экономические ресурсы и более высокооплачиваемые рабочие места концентрируются в федеральных городах¹⁷¹ и крупных региональных центрах, а плохое состояние дорожной сети не позволяет жить на значительном удалении от места работы. В России со второй половины XX века сформировалась специфическая сезонная «субурбанизация» – летний выезд на дачные участки и в сельскую местность, в том числе для обеспечения семей продуктами питания со своего огорода. Только в последние годы и преимущественно в Москве начинают формироваться тенденции реальной субурбанизации с переселением в благоустроенное коттеджное жилье в пригородах. Развитие субурбанизации мог бы ускорить национальный проект «Доступное жилье», реализация которого началась с 2006 года. Однако многочисленные институциональные барьеры, связанные с монополизацией муниципальных рынков земли, получением разрешений на строительство, оказались трудно преодолимым препятствием. Начавшийся экономический кризис неизбежно замедлит процессы субурбанизации.

Все города выполняют функцию центров услуг для окружающей сельской местности, и чем гуще сеть городов, тем доступней для сельского населения городские услуги и рабочие места. Кроме того, густая сеть городов облегчает их жителям возможности искать работу за пределами своего города. Однако средние расстояния между городами велики не только в Сибири (более 200 км), но и в европейской

¹⁷¹ Доля Москвы в валовом региональном продукте всех субъектов РФ превышает 23 %.

части России (около 50 км), поэтому межгородская трудовая мобильность развита слабо. Разреженность сети городов влияет и на экономическое положение сельской местности. Как показывают исследования Т. Нефедовой, удаленные от городов сельские районы резко отстают в экономическом развитии по сравнению с пригородными¹⁷².

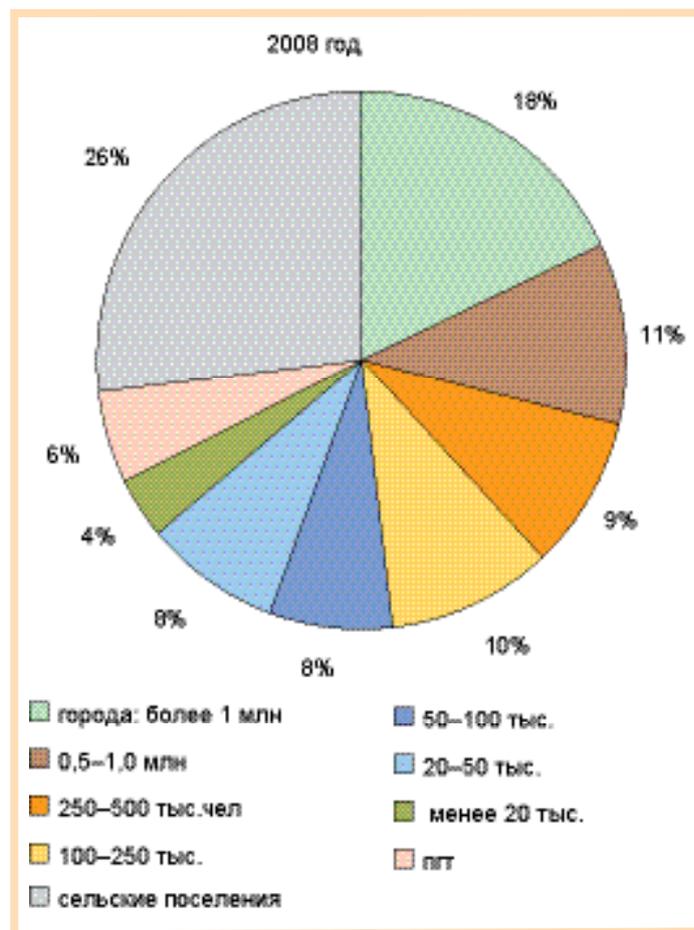
Более плотной сетью городов, интегрирующих окружающую сельскую местность, отличаются только агломерации, крупнейшая из которых – Московская, в ней проживает около 12 % россиян. Она включает не только столицу и Московскую область, но и прилегающие районы соседних областей, расположенные вдоль крупных транспортных магистралей. По оценкам, более 2 млн жителей Подмоскovie работают в столице. Агломерации формируются и вокруг других крупнейших городов, но численность их населения значительно ниже: агломерации Санкт-Петербурга – 5 млн человек; Самары с Тольятти – 2 млн человек; Нижнего Новгорода, Екатеринбурга – менее 2 млн человек.

Качество жизни и доступность более высокооплачиваемых рабочих мест в России слишком сильно зависят от места проживания человека. Все население России можно разделить на три группы по типам поселений, в которых оно проживает (рис. 11.1). Более трети россиян (38 %) живет в крупных городах с численностью свыше 250 тыс. человек. Таких городов всего 73 (7 % городов), большинство из них являются региональными центрами. Города с численностью населения свыше 250 тыс. человек оказались более устойчивыми в период экономического кризиса¹⁷³, они же быстрее развивались в период экономического роста, концентрируя экономические и человеческие ресурсы своих регионов. Сопоставимая доля россиян (36 %) проживает в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с населением менее 20 тыс. человек. Возможности развития человеческого потенциала для населения этой группы наиболее огра-

ничены, за исключением сел и малых городов, расположенных в пределах крупнейших агломераций страны. Третья, промежуточная, группа включает жителей городов с населением от 20 до 250 тыс. человек, экономическое положение может быть очень разным, в этой группе и «богатые» нефтедобывающие моногорода, и маленькие периферийные райцентры без промышленных активов. Но всем этим городам не хватает устойчивости развития, которую обеспечивают разнообразие функций и более значительные экономические и человеческие ресурсы.

11

Рисунок 11.1. Доля населения, проживающего в городских поселениях разного статуса и величины и в сельских поселениях, %



Источник: данные Росстата.

¹⁷² Нефедова Т. Г. Сельская Россия на перепутье: Географические очерки. – М.: Новое издательство, 2003.

¹⁷³ Нефедова Т. Г., Трейвиш А. И. Сильные и слабые города России: Полюса и центры роста в региональном развитии / Под ред. Ю. Г. Лилеца. – М.: ИГ РАН, 1998.

11.3. Демографическая ситуация в российских регионах

Демографический переход в России начался в наиболее индустриализированных и урбанизированных районах – в Центре и на Северо-Западе (в зонах влияния Москвы и Санкт-Петербурга). Отсюда «волны» демографического перехода (снижение общего коэффициента рождаемости и постепенный переход к простому воспроизводству) шли на Север, Восток и Юг. Быстрее переходили к новому типу воспроизводства регионы более урбанизированные, медленнее – более традиционные аграрные. Региональные различия были максимальными в конце 1960-х годов: суммарный коэффициент рождаемости в Москве составлял 1,4 ребенка на одну женщину; Московской и Ленинградской областях – 1,5–1,7; а в республиках Северного Кавказа и Южной Сибири он был в три раза выше (в Тыве – 4,2; Дагестане – 4,9). Через полвека, при общем снижении показателя, демографические различия стали намного более сглаженными: в 2007 году суммарные коэффициенты рождаемости различались от 1,2 в некоторых регионах Центра до 1,8 в республиках Дагестан, Ингушетия и Калмыкия, и только в Чеченской Республике показатель оставался высоким – 3,3 (в среднем по РФ – 1,4). Важно отметить, что в Дагестане и Калмыкии он повышен за счет сельской местности (2,1–2,2), а в городах суммарный коэффициент рождаемости уже намного ближе к среднему по стране (1,4–1,6). Это означает, что городское население республик Юга, как и подавляющего большинства регионов России, перешло к суженному воспроизводству. При идущей в этих республиках урбанизации и миграциях из села вклад сельского населения в показатели региона сокращается, и оно само в перспективе утратит режим расширенного воспроизводства.

Чтобы смягчить депопуляцию, российские власти с 2006 года реализуют программу поддержки рождаемости. Результатом стал рост суммарного коэффициента рождаемости во всех регионах России в 2007 году и, одновременно, усиление региональных различий. Стимулирующая политика государства оказала более сильное воздействие на сельское

население (суммарный коэффициент рождаемости вырос с 1,6 до 1,8), чем на городское (с 1,2 до 1,3). Наиболее значительно вырос этот показатель в слаборазвитых республиках Юга Сибири и Северного Кавказа (Тыва – на 0,54; Чечня и Республика Алтай – на 0,36; Карачаево-Черкесия, Кабардино-Балкария, Северная Осетия – на 0,2–0,3). Среди прочих регионов выделялись республики Башкортостан и Хакасия и Калининградская область (на 0,19), а также Архангельская область (на 0,17). Статистика показывает, что стимулирующая политика государства оказалась более эффективной для регионов, не завершивших демографический переход и имеющих повышенную долю сельского населения или населения, живущего в промышленных поселках. В них оказалось легче стимулировать рождаемость с помощью мер, которые предложило государство. В более урбанизированных и развитых регионах прирост суммарного коэффициента рождаемости, как правило, не превышал среднего по стране (0,11) или был еще ниже. Слабая реакция большинства населения страны, живущего в городах, на меры демографической политики государства, а также начавшийся экономический кризис не позволяют рассчитывать на длительный позитивный эффект поддержки рождаемости в перспективе.

Постепенно сокращаются и региональные различия общих показателей рождаемости, смертности и естественного прироста в расчете на 1000 населения. Они зависят не только от стадии демографического перехода, но и от различий в возрастной структуре населения, сложившихся под воздействием миграций и других событий предшествующих лет. В течение последних трех лет общей тенденцией для регионов России стал рост рождаемости и сокращение смертности, но географические различия изменились незначительно. В 2008 году максимальным уровнем рождаемости отличались республики Чечня (29‰) и Тыва (25‰), немного отставали республики Дагестан, Ингушетия и Алтай (18–21‰). Повышенная рождаемость сохранялась также

в северных и восточных регионах с более молодой возрастной структурой населения. Это следствие длительного миграционного притока, а для республик Якутия и Бурятия – также значительной доли титульного населения с более высокой рождаемостью. Самой низкой рождаемостью отличаются наиболее постаревшие регионы Центра и Северо-Запада, где раннее начало демографического перехода дополнялось миграционным оттоком населения в крупнейшие города, продолжавшимся весь XX век. В 2008 году общий коэффициент рождаемости был самым низким в Тульской, Тамбовской и Воронежской областях (9–10‰), близкие показатели имели и другие регионы Центра, а также федеральные города и Ленинградская область. Кроме того, зоной низкой рождаемости стали некоторые регионы Приволжского федерального округа (Пензенская область, Республика Мордовия), они быстро стареют и теряют население в миграционном обмене с другими регионами России.

Территориальная картина показателей смертности еще более устойчива: с 1960-х годов максимальный уровень имеют наиболее постаревшие регионы Северо-Запада и Центра – Псковская, Новгородская, Тверская, Тульская, Смоленская и Ивановская области (20–22‰ при среднем показателе по России 14‰). Ситуация немного улучшилась по сравнению с 2005 годом, когда уровень смертности достигал 22–24‰, но эти регионы все равно остаются «полюсом смертности» в России. Минимальные показатели имеют регионы с наиболее молодой возрастной структурой населения – республики с незавершенным демографическим переходом и максимальной долей детей (Чечня, Дагестан – 4–6‰) и регионы Севера с низкой долей пожилых (Ханты-Мансийский, Ямало-Ненецкий автономные округа – 5–7‰).

В 2000-е годы в 75–80 % регионов России число умерших превышало число родившихся. Самой высокой естественной убылью населения (-10–12‰) давно и устойчиво выделяются сильно постаревшие регионы Центра и

Северо-Запада с максимальной смертностью – Псковская, Тульская, Новгородская, Смоленская и Тверская области, хотя по сравнению с 2005 годом (-12–15‰) показатель естественной убыли сократился. В 2008 году естественный прирост населения отмечался в четверти регионов России (21 из 83), их стало больше, чем в 2005 году (17 регионов). Максимальным естественным приростом отличаются регионы с самой высокой рождаемостью – Чечня (25‰), Дагестан, Ингушениа и Тыва (12–15‰), а также автономные округа Тюменской области (9‰) с низкой долей пожилого населения. Однако пятая часть из регионов с естественным приростом имеет настолько низкие положительные значения (менее 1‰), что даже незначительные изменения рождаемости или смертности могут привести к естественной убыли населения. Только в 20 % регионов России естественный прирост более устойчив и может сохраниться на среднесрочную перспективу, остальные будут депопулировать и в будущем, хотя с разной скоростью. Наиболее проблемными являются регионы российского Нечерноземья, уже давно превратившиеся в демографические «черные дыры» по темпам естественной убыли. Их демографические потери огромны: население Псковской, Смоленской и Тверской областей сократилось за XX век вдвое.

Уровень младенческой смертности сокращается с середины 1990-х годов, его динамика наиболее устойчива и позитивна на фоне всех других демографических индикаторов. Мультипликативный эффект дали два фактора: модернизация прокреативного поведения и распространение современных методов планирования семьи с 1990-х годов, а затем и увеличение инвестиций государства в здравоохранение в период экономического роста 2000-х годах. Значительно выросло число регионов с низким уровнем младенческой смертности: если в среднем за 2000–2002 годы¹⁷⁴ в России вообще не было регионов с показателем младенческой смертности 8 и менее на тысячу родившихся живыми, то в среднем за 2006–2008 годы такие показатели имел каж-

¹⁷⁴ Данные за год в региональном разрезе нестабильны, поэтому сравниваются средние показатели за три года.

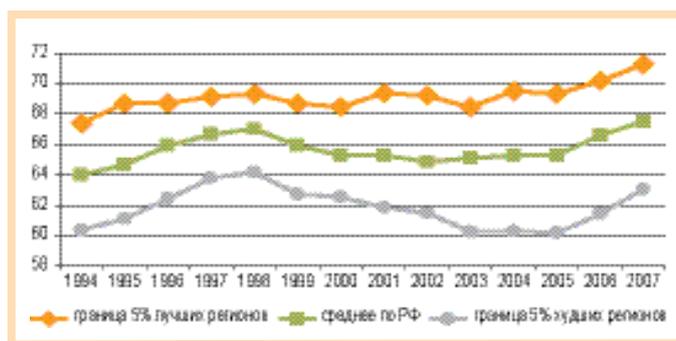
дый пятый регион страны. Наиболее низкими показателями устойчиво выделяются Санкт-Петербург (менее 5 на тысячу родившихся живыми), Ханты-Мансийский АО и Белгородская область (6–6,5). В регионах-лидерах, как и в других регионах с низкими показателями, созданы современные перинатальные центры, выше душевые расходы на здравоохранение и территориальная доступность медицинских учреждений. В Москве уровень младенческой смертности выше (7), хотя столица обладает всеми вышеперечисленными преимуществами в максимальной степени. Негативное воздействие оказывают неблагоприятная экологическая среда в сочетании с повышенными стрессами проживания в огромном городе, а также концентрация мигрантов с низкими доходами и нерешенными жилищными проблемами. Очевидно, что эти проблемы не решаются инвестициями в здравоохранение.

В течение многих лет младенческая смертность максимальна в слабозразвитых республиках Северного Кавказа¹⁷⁵ и Юга Сибири (Ингушетия – 22 в среднем за 2006–2008 годы, Чечня – 17, Дагестан, Тыва и Алтай – 14–15), выше она и в регионах со значительной долей коренных малочисленных народов Севера (Чукотский и Ненецкий автономные округа – 14–17). В целом проблемы младенческой

смертности сильнее выражены в удаленных и слабозаселенных регионах с худшей доступностью медицинских услуг: из 15 регионов с самыми худшими показателями 11 расположены на Востоке и Крайнем Севере.

За 2000-е годы наибольшего прогресса в снижении младенческой смертности достигли далеко не самые благополучные регионы – Калининградская, Ивановская, Читинская и Тамбовская области, Республика Карачаево-Черкесия: в них младенческая смертность снизилась вдвое на фоне общероссийского снижения на треть (средние показатели 2006–2008 годов к средним показателям 2000–2002 годов). Регионы с незначительным сокращением младенческой смертности еще более разнородны, среди них и слабозразвитые республики (Дагестан, Калмыкия, Северная Осетия – снижение на 15–20 %), и «богатый» Ямало-Ненецкий автономный округ (на 16 %), и восточные регионы с сильным миграционным оттоком (Магаданская область – на 7 %). Каждый из этих регионов имеет свой «букет» проблем, препятствующих сокращению младенческой смертности: маргинализация населения, в том числе малочисленных народов Севера, низкие доходы и высокий уровень бедности, немодернизированный образ жизни и др. Решение этих проблем выходит за рамки возможностей системы здравоохранения; для дальнейшего сокращения младенческой смертности в регионах России требуется координация усилий всех социальных институтов.

Рисунок 11.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении за 1994–2007 годы*



* средние показатели по РФ и показатели, отделяющие 5% лучших и худших регионов (без 6 укрупненных автономных округов и Чечни).

Источник: данные Росстата.

Гораздо труднее решается проблема низкой ожидаемой продолжительности жизни, которая обусловлена высокой смертностью мужчин трудоспособного возраста. Даже в период экономического роста ожидаемая продолжительность жизни снижалась или стагнировала, и только с середины 2000-х годов начала расти (рис. 11.2). Региональные различия и их динамика наиболее показательны для двух полярных групп. В регионах с максимальной ожидаемой продолжительностью жизни показатели наиболее устойчивы. Для республик Северного

¹⁷⁵ Учет младенческой смертности по республикам Северного Кавказа неполон и, по мнению российских демографов, показатели явно занижены.

Кавказа (71–74 лет в 2007 году) это следствие стабильных преимуществ в виде благоприятного климата и незначительного распространения алкоголизма, хотя следует принимать во внимание неполный учет младенческой смертности, особенно в Ингушетии, а также в Чечне и Дагестане, что завышает значения показателя. Преимущества Москвы, также входящей в группу лидеров (72,5 лет), – самый высокий уровень жизни в стране и развитая система здравоохранения дополняются распространением более здорового образа жизни. К 5 % лучших близки и другие регионы с более высокими доходами населения (Санкт-Петербург и нефтегадобывающие автономные округа Тюменской области) или сочетающие преимущества благоприятного климата с низкой стоимостью жизни, повышенными или средними доходами населения (Республика Татарстан, Белгородская область, Ставропольский и Краснодарский края). В них ожидаемая продолжительность жизни достигает 69–70 лет. Но не стоит забывать, что эти показатели на 8–10 лет ниже, чем в развитых странах.

Проблемные регионы расположены на Востоке или на Крайнем Севере, в них наиболее остры проблемы долголетия титульных народов (Чукотский, Ненецкий АО, Республика Тыва – 59–62 лет). Например, в Ненецком

АО ненцы составляют 20 % населения и проживают в основном в сельской местности, при этом ожидаемая продолжительность жизни сельских мужчин составляет только 48 лет. Немного выше показатели и в восточных регионах с преимущественно русским населением (Читинская, Амурская и Магаданская области – 63–64 лет), а также в областях Нечерноземья (Новгородская, Тверская, Псковская области – 63–64 лет). Все эти регионы отличаются деградацией социальной среды и сильным распространением алкоголизма.

Регионы-аутсайдеры сильнее реагируют на изменение общероссийских тенденций ожидаемой продолжительности жизни. До середины 2000-х годов тренды двух полярных групп расходились, ожидаемая продолжительность жизни отражала две тенденции – модернизацию образа жизни в более развитых регионах и его маргинализацию в депрессивных регионах с деградирующей социальной средой. Однако в последние годы именно в них отмечался более значительный рост долголетия благодаря улучшению финансирования здравоохранения, в том числе в рамках национального проекта «Здоровье». Но вряд ли этот позитивный эффект будет длительным в условиях нового экономического кризиса и сокращения доходов и расходов бюджетов всех уровней.

11

11.4. Внутренние межрегиональные миграции

Во внутренних миграциях за переходный период произошли масштабные изменения. Во-первых, длительный тренд миграций на Север и Восток сменился в начале 1990-х годов новым трендом – перемещениями населения на Запад и Юг, в обжитые регионы Европейской части страны. Отток с Севера и Востока страны был наиболее значительным в первой половине 1990-х годов: уезжало более конкурентоспособное население трудоспособного возраста. Это привело к почти двукратному росту доли пожилых в возрастной структуре регионов Крайнего Севера. Кроме того, резко вырос риск бедности для пожилого населения из-за низких пенсий и высокой стоимости жизни. До последних лет средняя

пенсия была ниже прожиточного минимума пенсионера в четверти регионов страны, в основном на Востоке и Севере. К 2007 году число таких регионов сократилось вдвое, но проблема бедности пожилого населения не решена.

Во второй половине 2000-х годов масштабы миграционного оттока резко снизились по сравнению с первой половиной 1990-х годов, особенно на Дальнем Востоке – в 6–7 раз, а в его южных регионах миграционное сальдо приблизилось к нулю (Приморский, Хабаровский края). Но в целом вектор сдвига населения в более комфортные для жизни районы страны устойчив.

Во-вторых, изменились направления миграций и в более полно заселенных регионах из-за возросшего влияния экономических факторов. В 1990-е годы, в период стрессовых миграций, страна была разделена на две большие зоны – миграционного оттока и миграционного притока. Отдавали население в миграционном обмене северные регионы, расположенные за пределами основной полосы расселения (за исключением нефтегазодобывающих автономных округов Тюменской области), а также Забайкалье и весь Дальний Восток. Миграционный прирост имели почти все регионы освоенной зоны (Европейская часть и юг Западной Сибири), независимо от уровня их развития (рис. 11.3). Для мигрантов из стран ближнего зарубежья, с российских Севера и Востока выбор региона определялся дешевизной жилья, близостью к границе со страной выхода и др. После завершения периода кризисных (стрессовых) миграций география зон оттока расширилась, в 2000-е годы сальдо миграций стало отрицательным во многих менее развитых и депрессивных регионах Европейской России и юга Западной Сибири.

Основные центры притяжения мигрантов – крупнейшие агломерации страны и нефтегазодобывающие регионы Тюменской области с наиболее высокими доходами населения. На Московскую агломерацию в 2006–2008 годах приходилось почти 60 % всей чистой миграции в России, на агломерацию Санкт-Петербурга – 18 %. Центро-периферийный вектор миграций (из села и малых городов в крупные) был устойчивым все советские годы, после первых лет кризиса 1990-х годов он восстановился и все более узко фокусируется на крупнейших агломерациях. В целом современная карта миграций постепенно сближается с экономической картой страны.

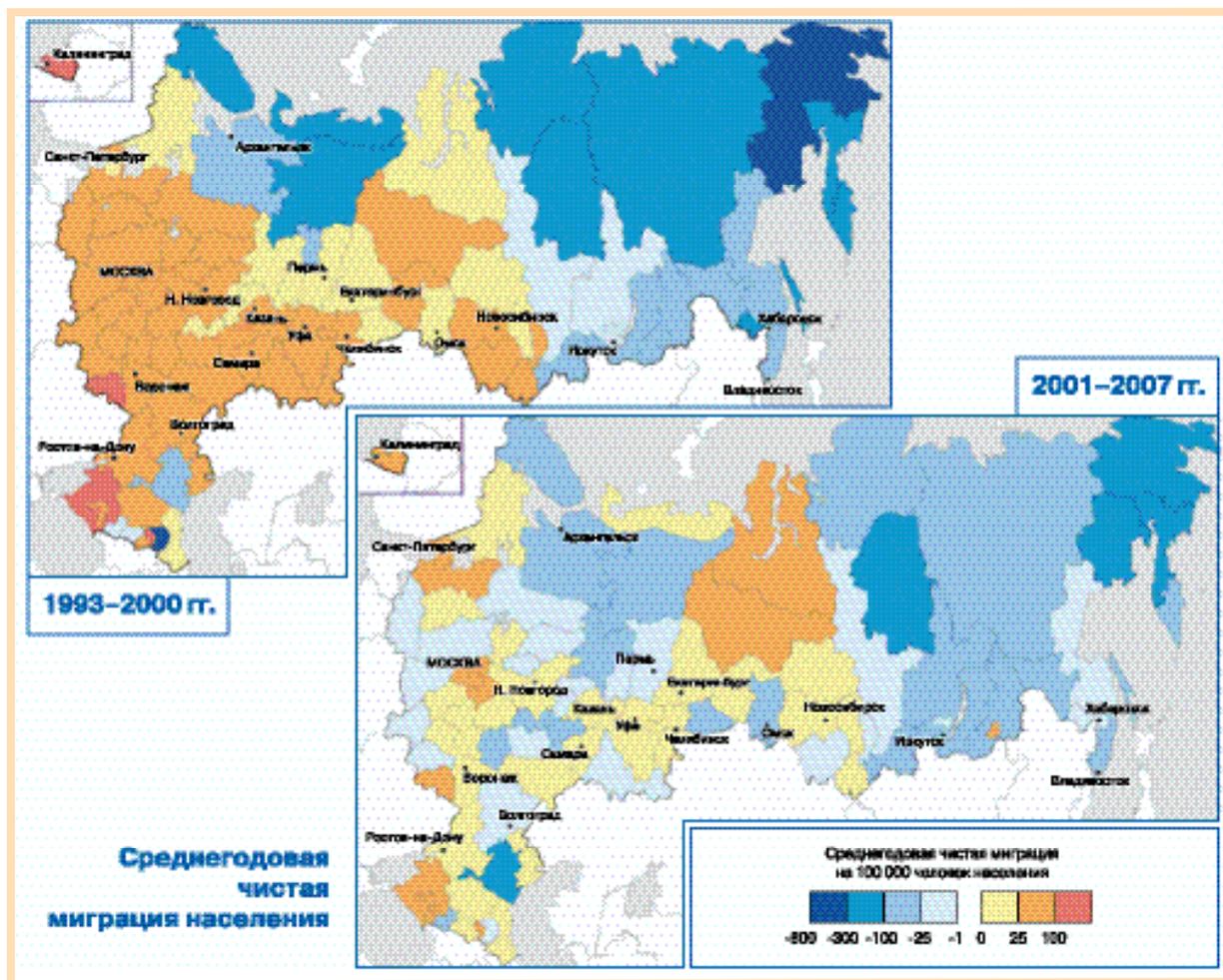
Политика федеральных властей во внутренней миграции была разной. В 1990-е годы при поддержке Всемирного банка была реализована программа переселения с Крайнего Севера для сокращения численности работников, ставшей избыточной в рыночных условиях. В нескольких пилотных городах

(Воркута, Норильск и др.) отработывались механизмы стимулирования переезда и частичной компенсации затрат мигрантов. Эти программы были относительно успешными, но высокочрезмерными, и не получили широкого распространения. Население покидало Крайний Север в основном самостоятельно.

В 2000-е годы политика федеральных властей кардинально изменилась, вновь оказался востребованным советский приоритет сдвига населения на Восток. Он противоположен устойчивым тенденциям современных миграций, сверхзатратен экономически, и для него нет человеческих ресурсов в депопулирующей стране. Эти объективные барьеры подтверждаются опытом реализации в 2007–2008 годы «Программы переселения соотечественников» из ближнего зарубежья. Одной из основных ее целей было преимущественное размещение мигрантов в восточных районах страны, стимулируемое дополнительными выплатами. Программа оказалась провальной не только по результату (за три года переселено около 15 тыс. человек), но и по пространственным приоритетам – в восточные регионы переехали 0,5 тыс. человек. В 2009 году было заявлено о сокращении финансирования этой программы.

В большинстве регионов России власти уделяют мало внимания миграционной политике, даже в условиях депопуляции. Особое место занимает федеральная столица, где все меры городских властей направлены на ограничение притока мигрантов. Это сильно осложняет их жизнь и увеличивает коррупционные выплаты, но не может сдерживать миграционный приток, так как экономические факторы притяжения столичного рынка труда намного сильнее. Наиболее известным примером успешной миграционной политики является Белгородская область, где с 1990-х годов реализуется программа поддержки мигрантов из ближнего зарубежья и из северных регионов России с помощью субсидий на приобретение жилья и других мер, облегчающих адаптацию. В результате область имела высокий коэффициент миграционного прироста в 1990-е годы, получив

Рисунок 11.3. Средние коэффициенты миграционного прироста в 1990-е и 2000-е годы



значительное число мигрантов, в основном городских жителей из стран СНГ с более высоким уровнем образования. В 2000–2008 годы такого потока мигрантов из СНГ уже не было, но суммарные показатели Белгородской области в 5,2 раза превышали средние по стране и в 4–10 раз – показатели регионов-соседей. Устойчивая репутация благоприятного для мигрантов региона усилила не только миграционный приток, но и преимущества социально-

экономического развития: Белгородская область входит в число лидеров по жилищному строительству, быстро развивается ее высшая школа и сектор услуг, решены проблемы обеспечения кадрами социальных учреждений в сельской местности. К сожалению, примеры такой политики в регионах России единичны. И властям, и российскому обществу не хватает понимания ценности человеческого потенциала мигрантов.

ГЛАВА 12



© Джастин Джин

Внешние миграции

Странам, принимающим зарегистрированных мигрантов, следует обеспечивать надлежащее обращение с ними и предоставлять им и их семьям адекватные услуги в области социального обеспечения, а также обеспечивать их физическую неприкосновенность и безопасность с учетом специфики условий и потребностей стран, в частности, развивающихся стран, пытаясь достигать эти цели и соблюдать эти требования в отношении незарегистрированных мигрантов согласно положениям соответствующих конвенций и международных договоров и документов. Странам следует гарантировать всем мигрантам все основные права человека, включенные во Всеобщую декларацию прав человека. [Глава 2, Принцип 12]

Каждый человек имеет право искать убежища от преследований в других странах и пользоваться этим убежищем. Государства имеют обязанности в отношении беженцев... [Глава 2, Принцип 13]¹⁷⁶

12.1. Трансформация миграционной ситуации

Время, прошедшее после Каирской конференции, охватывает почти весь период постсоветских трансформаций. В течение этого периода миграционные процессы подверглись очень сильным изменениям, которые быстро отражали все изменения в социально-экономической и политической жизни страны.

1990-е годы, прошедшие под знаком дезинтеграции СССР, тяжелой экономической депрессии, затяжных вооруженных конфликтов, крушения многих жизненных ориентиров, вызвали глубокий кризис и в миграционных процессах. В этот период координаты, которые определяют направления миграционных процессов: урбанизация, рынок труда, система образования и демографическая ситуация, – потеряли былое значение. На первый план вышли стрессовые факторы: этническая дискриминация; утрата привычной социаль-

ной идентичности; вооруженные конфликты; потеря работы; бедность. Эти факторы изменили природу миграций, придав им вынужденный характер, спровоцировав массовые потоки беженцев, репатриантов, процессы этнического размежевания, активизировали семейные и родственные переселения, в то время как учебные миграции, передвижения, связанные со службой в армии, сменой и поиском постоянной работы, вертикальной мобильностью, резко сократились.

Деструктивным процессам с самого начала противостояли новые возможности, появившиеся благодаря переходу России с начала 1993 года к политике открытых дверей и рыночным отношениям. Свобода передвижения через границы резко расширила пространство поиска новых возможностей для улучшения качества жизни. Развитие частного предприни-

¹⁷⁶ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г.

мательства и коммерции в самой России стимулировало появление на рынке труда альтернативных, не связанных с находящимся в упадке государственным сектором, широкодоступных возможностей трудоустройства и заработков, что создало предпосылки для взрывного распространения трудовых миграций.

По мере стабилизации общей обстановки и преодоления экономической депрессии вынужденные миграции уходят в прошлое. Миграционные процессы постепенно нормализуются, и управление ими вновь переходит

к экономическим факторам: спросу на труд, разнице в уровне жизни, заработной плате.

Таким образом, в миграционных процессах последнего времени можно выделить 2 периода: (1) 1990-е годы XX века – период преимущественно вынужденных миграций, когда главным потоком была репатриация русских и других народов России из республик бывшего СССР; (2) первое десятилетие XXI века, когда ведущую роль стала играть экономическая мотивация, а самым массовым потоком стала трудовая миграция.

12.2. Регистрируемая миграция

Иммиграция

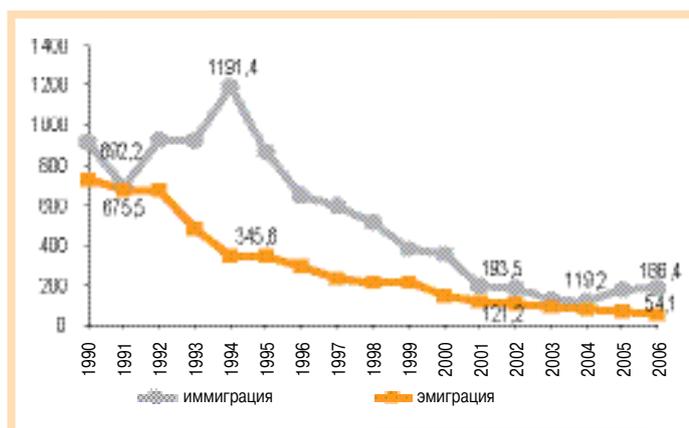
В 1990-е годы Россия превратилась в крупнейшую принимающую страну мира. Согласно переписи населения 2002 года, по объему миграционных потоков она оказалась на третьем месте в мире, приняв за 14 лет с 1989 по 2002 годы 11 млн человек, или по 781 тыс. мигрантов в среднем за год против, например, 865 тыс. в Германии и 924 тыс. в США. По коэффициентам же иммиграции,

рассчитанным на 10 000 жителей, Россия с показателем 54 находилась впереди США (32), но очень сильно уступала Германии (142).

Основной приток мигрантов пришелся на первую половину 1990-х годов, когда в Россию хлынули волны вынужденных мигрантов и репатриантов (рис. 12.1). Затем привлекательность России сильно упала, вначале под воздействием чеченского конфликта, затем дефолта 1998 года, а после 2000 года сказалось ужесточение миграционной политики. В последние годы иммиграция вновь стала расти в значительной мере в результате предпринятых мер по более полному учету прибывших.¹⁷⁷

Подавляющую часть иммигрантов составили репатрианты из бывших республик СССР – русские (70 %) и другие народы России, имеющие национальные административные образования (10 %). Рост репатриации пришелся на 1992–1995 годы – разгар крупных вооруженных конфликтов. Важным фактором репатриации в эти годы был раздел армии, вывод в Россию присягнувших ей военнослужащих. Репатриантов выталкивал и острый кризис идентичности, который испытали русские

Рисунок 12.1. Международная миграция в России, тыс. чел



Источник: данные Росстата.

¹⁷⁷ Начиная с 2007 года, наряду с мигрантами, прибывающими на постоянное место жительства и временно пребывающими в течение 1 года и более, стали учитываться мигранты, впервые получившие вид на жительство. См.: Численность и миграция населения Российской Федерации в 2008 году: Стат. бюллетень / Росстат. – М., 2009.

в бывших республиках из-за вспыхнувшего почти повсеместно национализма, сужения сферы употребления русского языка, ограничения в гражданских и политических правах, вытеснения из сферы управленческого и интеллектуального труда, частной деятельности, а также утрата ведущего положения в экономике из-за остановки государственных предприятий. Общие потери русской диаспоры в странах СНГ можно оценить в 5,5 млн человек, из которых около 4 млн выехали в Россию¹⁷⁸. Репатриация позволила России пополнить свое население русскими, а также способствовала снижению этнической напряженности в странах СНГ, что в итоге благоприятно отразилось и на положении русских, оставшихся на прежних местах жительства.

Окрепшая Россия, заинтересованная в возвращении русских на родину, в 2006 году приняла государственную программу «Оказание содействия добровольному переселению в РФ соотечественников, проживающих за рубежом», рассчитанную на 2006–2012 годы.

Программой предусмотрена серьезная финансовая поддержка переселения¹⁷⁹. Но привлечение в Россию сохраняющегося в ближнем зарубежье иммиграционного потенциала русских становится все более проблематичным, поскольку значительная часть из них адаптировалась к новым условиям. На это указывает и снижение доли русских в миграционном потоке, полученном за счет постсоветских стран: 80 % в 1992–2000 годах и 50 % в 2001–2007 годах. Всего до 2012 года предполагается принять 443,2 тыс. человек. В 2007–2008 годах ожидался приезд 65,2 тыс. человек, фактически переселилось 8,8 тыс. человек. Очевидно, что на программу возлагались чрезмерно завышенные надежды, но, приняв ее, Россия продемонстрировала соотечественникам свою готовность помогать им в возвращении на историческую ро-

дину. При этом программа не устанавливает каких-либо ограничений по этническому признаку.

Иммиграция оказала существенное положительное влияние на демографическую ситуацию в России. Приток населения существенно смягчил демографический кризис в России. В 1992–2008 годах миграция пополнила население страны на 6 млн человек, что компенсировало 46 % его естественной убыли за это время. Важным преимуществом было то, что иммиграция привнесла в Россию, главным образом, родственное в социально-культурном отношении население, вышедшее из общей бывшей страны, знающее русский язык. Половина мигрантов, прибывших в 2008 году, имела высшее, неоконченное высшее и среднее профессиональное образование, лишь немного уступая в этом отношении населению страны.

Приток мигрантов улучшает структуру населения, сглаживает половые диспропорции и частично компенсирует дефицит предложения рабочей силы в самых востребованных возрастных группах. Например, в 2008 году среди иммигрантов было 51,9 % мужчин, тогда как в населении страны – 46,3 %. Подавляющая часть прибывших были в трудоспособном возрасте – 78,8 % (против 63,2 % в населении страны). При этом 21,3 % мигрантов находились в самых активных возрастах – от 20 до 39 лет (в населении страны – 31,3 %). Напротив, доля населения в нетрудоспособных возрастах среди мигрантов в 2 раза ниже по сравнению с населением (10,6 % и 21 % соответственно).

Вместе с тем, низкие объемы регистрируемой иммиграции в 2000-е годы, не соответствующие демографической ситуации в стране, указывают на существование серьезных нерешенных проблем в данной области.

¹⁷⁸ Эти оценки в целом подтверждаются и данными переписей населения постсоветских стран, проводившихся в основном на рубеже прошлого и нынешнего столетий.

¹⁷⁹ В соответствии с программой предусматривается оплата проезда всем членам семьи переселенца, выплата подъемных, денежного пособия, помощь в трудоустройстве, обеспечении жильем на первых порах, оформление гражданства по упрощенной схеме.

Эмиграция

Несмотря на то, что двери России действительно открыты, для эмиграции характерен стремительно нисходящий тренд. К настоящему времени регистрируемый выезд из страны упал практически до минимальной отметки – 47 тыс. человек в 2008 году по сравнению с 346 тыс. в 1994 году и 670 тыс. в 1992 году.

Другое важное изменение в эмиграции – диверсификация выезда по странам. Если в СССР почти весь обратный поток из России направлялся в бывшие союзные республики, то с начала 1990-х годов в этом потоке заметное место заняли другие страны, куда за 1989–2008 годы выехало 1,5 млн человек, или четверть всех выбывших. С 2003 года потоки в страны СНГ и другие страны практически сравнялись. При этом оба потока сократились. Принимая во внимание неучтенную эмиграцию за пределы СНГ, можно утверждать, что чуть больше, чем за 10-летие произошла переориентация эмиграции из России на другие страны.

Коренным образом изменились условия эмиграции. Если в СССР выезд из страны был

сопряжен с трагедией разрыва семейных и родственных отношений, прощанием с родиной, теперь нет препятствий для взаимных поездок.

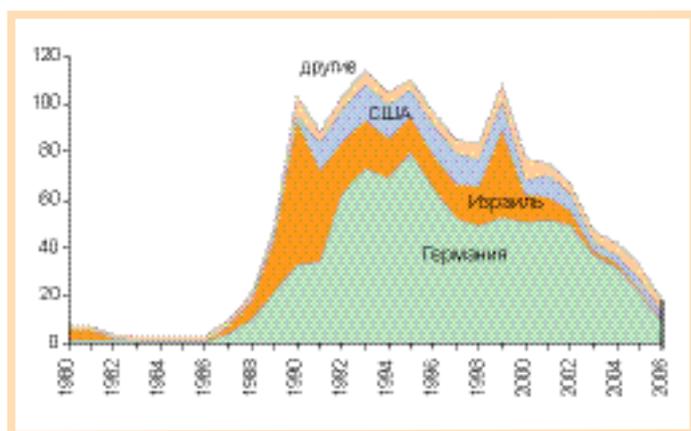
Официальная эмиграция за пределы СНГ до сих пор носит этнически избирательный характер. Отдельные народы (евреи, немцы, греки и др.) имеют преимущества в плане возможностей выезда, поскольку их с готовностью принимают на исторической родине. После продолжительного периода резкого взлета эта эмиграция возвратилась почти к исходному уровню конца 1980-х (рис. 12.2).

Сокращение эмиграции в определенной мере связано с исчерпанием соответствующего потенциала, в частности, свертыванием Германией программы приема немцев из стран СНГ, напряженной обстановкой в Израиле в последние годы. Наряду с этим столь стремительное уменьшение потока, несомненно, свидетельствует об улучшении обстановки в самой России.

Для России сохраняет свою актуальность проблема «утечки умов», осуществляемая главным образом через учебные каналы, программы стажировок и научного сотрудничества. В стране прилагаются усилия к тому, чтобы заинтересовать творческих специалистов вернуться в страну, но конкурентные условия для этого только предстоит создать. Эмиграция такого типа была примерно равна официальной, а в сумме она составила около 3 млн человек за весь постсоветский период.

Чем меньше эмиграционный поток, тем относительно больше в нем доля русских, выезжающих в составе смешанных семей. В 2001–2006 годы русские составили 43 % эмиграции за пределы СНГ¹⁸⁰. Если старт эмиграции дали евреи, то сейчас она поддерживается русскими.

Рисунок 12.2. Эмиграция из России по странам выезда в 1980–2006 годы



Источник: данные Росстата.

¹⁸⁰ Начиная с 2007 года, разработка миграционной статистики в разрезе национальностей не проводится, поскольку в российском паспорте соответствующая запись ликвидирована.

Трудовая миграция

Приток иностранной рабочей силы – самый массовый миграционный поток в современной России, пришедший на смену репатриации и вынужденной миграции. Потребность России в иностранных работниках с конца 1990-х годов непрерывно возрастала. Число официально работающих мигрантов в 2008 году достигло 2426 тыс. человек, что на порядок превосходит уровень 2000 года и в 8 раз превосходит число иммигрантов, прибывших в 2008 году на постоянное жительство (рис. 12.3).

В 2009 году, несмотря на кризис, потребность в иностранной рабочей силе, хотя и сократилась вдвое, оставалась высокой: за 9 месяцев этой категории мигрантов выдано 1125 тыс. разрешений на работу. Высокой занятости трудовых мигрантов способствовала естественная убыль трудоспособного населения, составляющая в 2009 году более 750 тыс. человек. В то же время их наем сдерживали меры, принятые правительством по защите национального рынка труда.

Мигранты приезжают на работу в Россию более чем из 100 стран мира, но главные ее доноры – страны СНГ, которые (кроме Грузии и Туркмении) имеют право безвизового въезда в Россию. В 2008 году 74 % законно нанятых трудовых мигрантов были из стран СНГ. Структура потока из стран СНГ все больше смещается в сторону самых бедных и трудоизбыточных стран Центральной Азии: Кыргызстана, Таджикистана, Узбекистана. В 2008 году на эти три страны пришлось 69 % трудовых мигрантов из СНГ и половина общего объема трудовой миграции, тогда как еще в 2005 году соответствующие пропорции составляли 34 и 17 %. Мигранты из Центральной Азии по численности сильно превзошли украинских мигрантов, долгое время лидировавших на российском рынке труда среди мигрантов из СНГ, равно как и китайцев, отодвинутых с первой на третью позицию (16 % в общем потоке). Среди мигрантов, прибывших не из СНГ,

вслед за Китаем идут Турция (5 %), Вьетнам (4 %), КНДР (1,4 %), страны бывшей Югославии (1,1 %).

Наибольшая часть легитимных трудовых мигрантов занята в строительстве (42 % в 2008 году), но и другие отрасли экономики привлекают значительное количество мигрантов: в торговле занято 17 %; в обрабатывающей промышленности – 10 %; в сельском хозяйстве – 7 %; в жилищно-коммунальном хозяйстве – 4 %; на транспорте – 4 %; в добыче полезных ископаемых – 2 % и др.

Россия активно сотрудничает в области трудовой миграции со странами-донорами. Заключены многосторонние в рамках СНГ (1994) и двусторонние соглашения, регламентирующие порядок трудовой миграции и защиту прав трудовых мигрантов. Эти договоры открыли дорогу для сотрудничества на уровне отдельных регионов взаимодействующих стран, которое активно развивается, особенно между регионами Урала и Сибири, с одной стороны; Узбекистана, Таджикистана и Кыргызстана – с другой. Наряду с этим необходимо отметить слабую разработанность правоприменительной документации к законодательным актам и отсутствие договоров о реадмиссии с рядом стран СНГ, что затрудняет решение многих вопросов.

Рисунок 12.3. Число официально нанятых трудовых мигрантов, тыс.



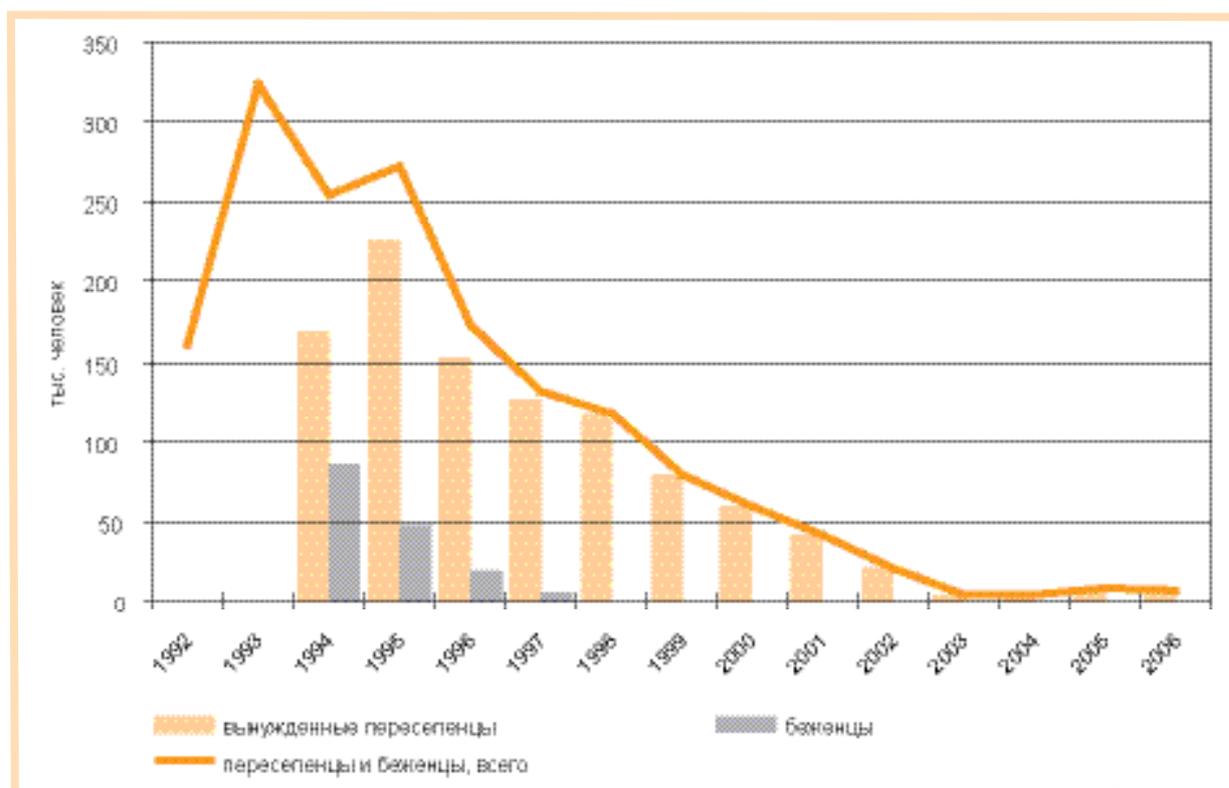
Источник: Федеральная миграционная служба Российской Федерации.

12.3. Беженцы и вынужденные переселенцы¹⁸¹

Численность беженцев и вынужденных переселенцев достигла максимальной величины в начале 1998 года, когда она составила 1191,9 тыс. человек, в том числе 956,9 тыс. вынужденных переселенцев и 235,1 тыс. беженцев. Из общего количества вынужденных переселенцев 194,3 тыс. человек (20,3 %), по сути, были внутри перемещенными лицами из Чеченской Республики, Северной Осетии, Ингушетии, на которых тоже распространялся статус вынужденных переселенцев. Пиковое число вынужденных переселенцев из стран СНГ составляло 762,6 тыс. человек. Всего же, начиная с 1992 года, Россия приняла 1,8 млн вынужденных переселенцев и беженцев.

Самый быстрый рост количества вынужденных мигрантов пришелся на 1993–1995 годы, когда ежегодно их регистрировалось 255–288 тыс. человек. Затем по мере прекращения активных вооруженных действий и заключения перемирия в зонах конфликтов на постсоветском пространстве, укрепления политической власти в странах исхода вынужденная миграция стала быстро сокращаться (рис. 12.4) и сейчас утратила свое бывшее значение. В 2008 году было зарегистрировано 184 вынужденных переселенца из стран СНГ. Общая численность беженцев составила 320 чел., из них 232 из Афганистана – зоны действия конфликта. В начале 2009 года всего на учете состояло 713 беженцев и 53,7 тыс. вынужденных переселенцев из СНГ.

Рисунок 12.4. Численность ежегодно регистрируемых вынужденных мигрантов, 1992–2006 годы, тыс. человек



Источник: Федеральная миграционная служба Российской Федерации.

¹⁸¹ *Вынужденные переселенцы* – категория, отсутствующая в международном праве, но введенная Россией в целях адекватного отражения местной специфики. Беженцами могли быть признаны только иностранные граждане, в то время прибывавшие из-за границ бывшего СССР. На статус вынужденного переселенца могли претендовать мигранты из бывших республик СССР, принявшие российское гражданство.

Организация переправки, приема и обустройства беженцев и вынужденных переселенцев стала главной задачей Федеральной миграционной службы, созданной летом 1992 года. Россия первая из постсоветских стран присоединилась к Конвенции ООН «О статусе беженцев» 1951 года и Протоколу 1967 года (1992). В 1993 году были приняты законы «О беженцах» и «О вынужденных переселенцах», определившие обязательства государства перед ними. Разделив беженцев – иностранных граждан, в то время прибывающих в основном из-за границ бывшего СССР, и вынужденных мигрантов из стран СНГ и Балтии, стремящихся стать гражданами России, – Россия тем самым сразу же ясно обозначила свои приоритеты, поскольку вынужденным переселенцам гарантировались более широкие права и большая поддержка. Однако ослабленная Россия была не готова выполнить и финансово обеспечить взятые на себя обязательства перед беженцами и вынужденными переселенцами. В 1997 году была осуществлена новая редакция Закона «О беженцах», в которой государственные гарантии по сравнению с требованиями Конвенции ООН 1951 года были ограничены, особенно это касалось обустройства мигрантов. Наряду с этим основания для предоставления статуса были сужены, процедуры усложнены. Статус беженца стал предоставляться в ограниченном количестве: если в 1997 году его

получили 5751 человек, то в 1998 году – 510. Одновременно с ограничениями на получение статуса беженца был введен институт «временного убежища» для иностранных граждан и лиц без гражданства, но в реальной жизни он практически не используется.

Главное внимание в 1990-е годы было сосредоточено на приеме и обеспечении интеграции вынужденных переселенцев, подавляющая часть которых были репатриантами. В результате реализации Федеральной миграционной программы (1997) в течение 1998–2000 годов в условиях экономического кризиса 17,2 тыс. вынужденным переселенцам было предоставлено жилье; 63,3 тыс. получили долговременные ссуды на обустройство жильем; 345 тыс. – пособия; 6 тыс. прошли медико-психологическую реабилитацию; было создано 92 центра временного размещения мигрантов, где содержалось 3,5 тыс. человек; оказана помощь при создании 24 компактных поселений переселенцев.

Вместе с тем у определенной части вынужденных переселенцев до сих пор не решена проблема предоставления российского гражданства и регистрации по постоянному месту жительства. Сохраняет остроту проблема нескольких тысяч афганцев, фактически бежавших из своей страны, но получивших в России отказ в предоставлении статуса беженца или вида на жительство.

12.4. Нерегистрируемая миграция

Фактическая иммиграция в Россию многократно превышает регистрируемую. За рамками учета находятся не только незаконные мигранты, не прошедшие регистрацию. До 2007 года не учитывались также мигранты, получившие вид на жительство сроком на 1 год и более (их около 100 тыс. человек в год). По экспертным оценкам общее количество одновременно присутствующих в России мигрантов – граждан иностранных государств – составляет

не более 8 млн человек¹⁸², из которых зарегистрирован примерно каждый третий мигрант (включая временных трудовых мигрантов).

Основной источник незаконной миграции – неформальная трудовая миграция. До недавнего времени, по оценке Федеральной миграционной службы, официально нанятые мигранты составляли примерно 10–15 % иностранных работников. В 2007–2008 годах в ре-

¹⁸² Россия перед лицом демографических вызовов: Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации. UNDP, 2008. С. 98.

зультате правовой реформы эта доля выросла до 35–40 % при оценочной же минимальной численности незаконных трудовых мигрантов в 5 млн человек в пик сезона¹⁸³.

Учитывая теневую составляющую трудовой миграции, средняя доля иностранной рабочей силы в численности занятых в России в настоящее время может составить около 10 %. Этот показатель примерно соответствует доле иностранных работников в таких странах Европы, как Германия и Австрия.

В основном незаконные мигранты заняты на таких рабочих местах, на которые не претендует местное население. Это тяжелые, непрестижные и малооплачиваемые работы, носящие временный или сезонный характер, неформальный труд в сфере теневой занятости. Согласно исследованиям, половина трудовых мигрантов не имеет профессионального образования. Тяжелое положение на родине заставляет мигрантов соглашаться на рабские условия труда, что создает базу для неправовых практик занятости.

Незаконная занятость создает благоприятную среду для политических спекуляций, обвинения мигрантов в том, чего они не совершали, чаще всего в увеличении показателей. В действительности же мигранты совершают правонарушения гораздо реже по сравнению с местным населением; по данным МВД, на них приходится 3–4 % общего числа преступлений¹⁸⁴.

По данным обследования МОМ (2006), около половины опрошенных трудовых мигрантов, прибывших из стран СНГ, из которых около 80 % работали неформально, не имели стабильной занятости на родине (были безработными, имели эпизодическую или временную работу). Несмотря на молодой возраст, более половины мигрантов имели семью и несовер-

шеннолетних детей; около половины являлись единственными кормильцами в семье, в среднем имея по 3 иждивенца; 50 % трудовых мигрантов до приезда в РФ на заработки можно было отнести к группе крайне бедных, так как их доходов не хватало даже на еду, необходимую одежду и т. п.

Как показало то же исследование МОМ, на момент опроса (июль-сентябрь 2006 года) в среднем мигранты получали в России около 11 тыс. рублей в месяц, что примерно эквивалентно 420 долл. США и равно средней зарплате по России на сентябрь 2006 года. Такой заработок позволял мигрантам поддерживать свои семьи на родине, спасая их от нищеты, и часто делать и относительно серьезные вложения, например, в строительство или ремонт дома, обзаведение собственным бизнесом.

Миграция в Россию, в особенности нерегистрируемая, быстро смещается в сторону увеличения социально-культурной дистанции с принимающим обществом. В структуре потока растет доля мигрантов из мусульманских стран, Китая, Вьетнама, плохо владеющих русским языком. С этим, видимо, связан рост случаев проявления ксенофобии и расизма, а также количества тяжелых преступлений против мигрантов. Если в 2005 году было убито 49 мигрантов, то в 2008 году – 109, из них 57 уроженцев Центральной Азии и 25 – Кавказа. Количество избитых или раненых тоже быстро росло (618 человек в 2007 году против 419 в 2005 году), но в 2008 году стало сокращаться (475) и, судя по предварительным данным, эта тенденция продолжилась и в 2009 году (276 случаев на 15 октября)¹⁸⁵.

Таким образом, задачи сокращения нерегистрируемой миграции, пресечения неправовых практик найма мигрантов, противодействия ксенофобии и расизму чрезвычайно актуальны для России.

¹⁸³ Кроме мигрантов, занятых у физических лиц.

¹⁸⁴ Ромодановский К. О. Там, где есть ограничения, там – коррупция и обман людей: <http://www.novayagazeta.ru/data/2009/093/14.html>

¹⁸⁵ По данным Информационно-аналитического центра «Сова».

12.5. Миграционная политика

Период, прошедший после Каирской конференции, можно назвать периодом активного формирования миграционной политики России, которая трансформировалась по мере изменения миграционной ситуации.

В России существует разветвленная система учета мигрантов. Статистика учитывает мигрантов, получивших регистрацию по постоянному месту жительства, а также (с 2007 года) лиц, впервые получивших вид на жительство на срок 1 год и более. Федеральная миграционная служба ведет учет иностранных граждан, въехавших в Россию и выехавших из нее; зарегистрированных по месту пребывания; получивших разрешения на работу; лиц, ищущих убежища; вынужденных переселенцев и др.

Вместе с тем, из-за излишней усложненности соответствующих процедур учет мигрантов страдает неполнотой. Это касается всех категорий мигрантов, но больше всего трудовых мигрантов, значительная часть которых, как было отмечено выше, работает, не имея соответствующих разрешений, т. е. незаконно.

На первом этапе миграционной политики (1992–2001) внимание акцентировалось на приеме вынужденных мигрантов, другие виды движения практически оставались вне сферы государственного регулирования. Свободная иммиграция привела к появлению и быстрому увеличению количества мигрантов с неурегулированным статусом и сопряженных с этим проблем: распространению неформальной занятости среди мигрантов и, как следствие, недополучению налоговых поступлений; распространению принудительного труда; торговли людьми; наркотрафика; контрабанды природных ресурсов; коррупции и др. В ответ страной был принят ряд мер по жесткой ограничительной политике, стержнем которой стал миграционный контроль. Этому способствовало и настороженное отношение к иностранцам со стороны населения, привыкшего раньше жить в условиях закрытой страны.

Первые меры миграционной политики отразили надежды новой России на быстрое движение к демократическим свободам, рыночным отношениям и ее стремление стать органичной частью международной миграционной системы. Сразу же после распада СССР Россия заявила о своей готовности принять беженцев и репатриантов из бывших советских республик. Приоритеты в отношении мигрантов из СНГ были подтверждены согласием России на их безвизовый въезд, что остается в силе до сих пор (кроме Грузии и Туркменистана).

В 1993 году был принят Закон «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах РФ». Этот закон вместе с Законом «О порядке выезда из РФ и порядке въезда в РФ» артикулировали принципиально новый по сравнению со сложившимся в советское время концептуальный взгляд на миграции и подход к управлению ими. Право на свободу передвижения и выбор места жительства гарантировалось также мигрантам, находящимся на территории России на законных основаниях. Приняв данные законы, Россия де-юре отказывалась от административных методов управления миграциями, доставшихся ей в наследство от СССР. На практике столь открытую и свободолобивую миграционную политику реализовать не удалось.

Этот этап (1992–2001) завершился упразднением в 2001 году Федеральной миграционной службы России как самостоятельного государственного института, созданного в середине 1992 года.

Начало *второго этапа* (2002–2006) четко обозначается принятием в 2002 году Закона «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», нового Закона «О гражданстве РФ» и воссозданием Федеральной миграционной службы в составе Министерства внутренних дел.

Сложный нормативно-процедурный порядок, соответствующий новому подходу, возвел

труднопреодолимые барьеры на пути законного пребывания и трудоустройства иностранных граждан. Легитимное пространство для мигрантов стало крайне узким. В результате жесткие меры дали обратный результат. Чрезмерное ограничение легитимного пространства, вытесняя мигрантов в неправовое поле, способствовало еще большему развитию незаконной миграции, формированию мафиозных сетей, вербовки и переправки мигрантов, росту коррупции в миграционной сфере. Регистрируемая же миграция резко уменьшилась.

Несостоятельность проводимой миграционной политики и необходимость ее поворота в сторону расширения возможностей для легализации мигрантов становилась все более очевидной. С 15 января 2007 года, когда стартовал либеральный порядок приема мигрантов, в корне отличный от прежнего, начался *третий этап* миграционной политики.

Новая политика задумывалась как непосредственно нацеленная на стимулирование иммиграции. Этот подход к регулированию иммиграции постулируется в новом Законе «О миграционном учете иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации» и в новой редакции Закона «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», которые введены в действие с 15 января 2007 года.

Изменения заключаются в значительном упрощении правил и процедур регистрации иностранных граждан по месту пребывания, а также порядка их трудоустройства, то есть касаются тех проблем, которые как раз являлись камнем преткновения для легализации иммигрантов.

Для временно пребывающих на территории страны, каковыми и является основная часть мигрантов, разрешительная регистрация по месту жительства заменена действительно уведомительной регистрацией по месту пребывания в соответствии с заявлением принимающей стороны. При этом до минимума сокращен перечень требуемых для постановки

на учет документов и разрешена регистрация по почте.

Не менее решительно был изменен порядок трудоустройства мигрантов, приезжающих в Россию на безвизовой основе из стран СНГ. Ранее разрешение на наем иностранной рабочей силы выдавалось работодателю. Это ставило мигрантов в зависимое положение от работодателя, провоцировало развитие неправовых практик трудового найма. По новым правилам разрешение на работу в виде трудовой карты выдается лично мигранту. Мигрант получил право свободного поиска работы, а работодатель – свободного найма иностранного гражданина, имеющего трудовую карту. Таким образом, была ликвидирована «привязка» работника к работодателю и созданы предпосылки для свободного перемещения на рынке труда иностранной рабочей силы.

Важнейшим результатом новой политики в 2007 году стало повышение уровня легитимности временных трудовых мигрантов, что, в свою очередь, способствовало улучшению защиты их прав человека и трудовых прав. Ситуация изменилась коренным образом. Подавляющее большинство мигрантов из числа въехавших в страну в 2007 году (85 %) встали на миграционный учет и были выведены из тени.

Улучшилась, хотя и не столь радикально, ситуация с получением разрешений на работу мигрантов. Доля официально оформленных на работу поднялась примерно до 1/3. Более чем в 2 раза увеличилась налогооблагаемая база в сфере трудовой миграции.

Вместе с тем, расширение прав мигрантов на рынке труда не стало гарантией их официальной занятости. Новый порядок выдачи разрешений на работу мигрантам лишь раз подчеркнул двойственную природу российского рынка труда, существование на этом рынке огромных возможностей для теневой занятости. Так, примерно 40 % мигрантов, получивших разрешения на работу, были наняты работодателями неофициально, чтобы

избежать выплаты налогов. Эта коллизия дала почву для резкой критики нового миграционного режима и апелляции к старому порядку. Разразившийся экономический кризис усугубил ситуацию. В результате с 2008 года миграционная практика демонстрирует рецидив жесткого контроля миграционной занятости. В качестве инструмента такого контроля используется механизм квотирования иностранной рабочей силы, несмотря на то, что определение квот в условиях современного российского рынка труда – неизученного, быстро меняющегося, импульсивного, в значительной части находящегося в тени – проблематично и пока не имеет адекватной методической основы. Разработанный механизм оформления квоты сложен, многоступенчат. Его не под силу пройти малым предприятиям. В этих условиях попытка контролировать трудовую иммиграцию вновь оборачивается сдерживанием развития собственной экономики и косвенным поощрением незаконной занятости. Установленная на 2008 год квота в размере 1,8 млн иностранных работников была выбрана уже в первом полугодии, а в некоторых регионах – уже в апреле. До конца года, несмотря на кризис, потребовалось еще более 600 тыс. трудовых мигрантов. Но пока принимались решения об увеличении квоты, работодатели, использующие иностранных работников, вынуждены были прибегнуть к незаконному найму. Так трудовые мигранты в очередной раз были вытеснены в неправовое поле.

В 2009 году порядок трудоустройства мигрантов вновь сильно усложнился. Теперь работодатель вновь должен получать разрешение на привлечение иностранных работников, а трудовая карта мигранту выдается после того, как конкретный работодатель, наделенный соответствующим правом, подтвердит свое согласие на наем мигранта. Процедура найма сильно удлинилась и усложнилась. В итоге первые мониторинговые исследования свидетельствуют о росте нелегального найма мигрантов и коррупции на миграционной почве.

Гораздо опаснее для будущего страны то, что сосредоточение усилий на инструментах кон-

троля отвлекает внимание от определения стратегических задач миграционной политики. Не разработана общая концепция миграционной политики, не определены масштабы необходимой иммиграции хотя бы в ближайшее десятилетие, не говоря уже о конкретной программе действий по инфраструктурному обеспечению необходимого притока рабочей силы и условий ее приема и интеграционных программах.

Россия декларировала проведение селективной политики в отношении профессионально-квалификационного состава мигрантов, но при этом отсутствует как обоснование такой селекции, так и оценка потенциала стран-доноров. Между тем есть основания полагать, что достаточного количества мигрантов нужной квалификации может просто не оказаться в наличии. За высококвалифицированных мигрантов Россия конкурирует с развитыми странами Европы и других регионов, экономические условия в которых гораздо более привлекательные. В условиях отсутствия достаточного предложения на международном рынке квалифицированного труда от России, несомненно, потребуются дополнительные инвестиции в систему профессионального обучения мигрантов.

Не менее важный вопрос, какие мигранты наиболее предпочтительны для России – долговременно находящиеся в стране или приезжающие работать на более или менее короткий срок? Какова должна быть их пропорция? Учитывая, что Россия остро нуждается в пополнении как трудовых ресурсов, так и постоянного населения, представляется целесообразным открытие натурализационного коридора для мигрантов, длительное время проживающих и работающих в стране, а также для студентов-иностранцев. Пока же действующее законодательство делает ставку на правовые программы, обеспечивающие трудовую миграцию на срок до одного года, тогда как программы, предусматривающие получение долгосрочного разрешения на работу, разрешения на постоянное проживание или вида на жительство, за редким исключением затруднены.

Заключение

Итоги прошлого и взгляд в будущее: пути ускорения достижения целей Каирской программы действий

Значение Международной конференции по народонаселению и развитию будет зависеть от готовности правительств, местных общин, неправительственного сектора, международного сообщества и всех других заинтересованных организаций и частных лиц претворить в жизнь рекомендации Конференции. Наличие такой готовности на национальном и индивидуальном уровнях будет иметь особо важное значение. Такая готовность к подлинному учету проблем народонаселения в рамках всех аспектов экономической и социальной деятельности, а также их взаимосвязей будет в значительной степени содействовать повышению качества жизни всех людей, в том числе будущих поколений. Все усилия должны быть направлены на обеспечение устойчивого экономического роста в контексте устойчивого развития... [Глава 16, раздел А-16.1]

При подготовке этих оценок и докладов правительствам следует отмечать достигнутые успехи, а также обращать внимание на возникшие проблемы и препятствия. [Глава 16, раздел А-16.13]¹⁸⁶

За пятнадцатилетие, прошедшее с Каирского форума, Россия пережила без преувеличения кардинальные трансформации: экономические, демографические, социальные, политические и пр., – которые имели беспрецедентный характер и коснулись всех сторон развития. Процессы в сфере народонаселения также находились под влиянием этих кардинальных перемен.

В этот период российское население пережило драматическое падение уровня **доходов и качества жизни**, а также появление значительной по масштабу зоны бедности, затем был период восстановления доходов и сокращение феномена бедности. В период экономического роста 2000-х годов наблюдался рост доходов и улучшение других показателей

материального благополучия. Однако до сих пор в целом качество жизни для большинства россиян далеко отстает от уровня развитых экономик мира и составляет главную социальную проблему в России. В ближайшие годы Россия будет вынуждена решать целый ряд проблем, связанных с уровнем благосостояния. Несмотря на сокращение уровня бедности в последние годы, в России существуют традиционно бедные группы населения. Наибольшими рисками бедности обладают семьи с детьми, и появление уже второго ребенка ставит большие по численности группы перед угрозами бедности. Бедность распространена также среди лиц пенсионного возраста и, особенно, среди одиноких пенсионеров. Наконец, в России в период экономических трансформаций, которые сопровождались глубоким

¹⁸⁶ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г.

падением заработной платы, сложилась и сохраняется до сих пор нетрадиционная группа бедности – «работающие бедные».

Среди факторов, от которых зависит качество жизни россиян, остро стоит проблема жилья – нехватка жилых помещений для многих российских семей, а также его низкое качество, не отвечающее современным стандартам.

Преодоление этих проблем будет требовать быстрее преодоления негативных социальных последствий экономического кризиса, высоких темпов экономического роста, роста доходов населения, а также формирования системы социальных институтов, направленных на социальную защиту малообеспеченных, а также на оказание социальных услуг населению по уходу за детьми и пожилыми.

В Каирской программе действий особое место уделялось вопросам **образования**. Россия была и остается страной с относительно высоким уровнем образования населения. В отличие от многих стран – участниц Каирских соглашений, перед которыми стояла цель доступности начального образования, в нашей стране вопрос об обязательном начальном и среднем образовании давно решен. В последние годы заметно расширился доступ людей к получению профессионального среднего и особенно высшего образования. Однако в профессиональном образовании до последнего времени явно или неявно превалировала задача обеспечения его доступности для различных социальных групп населения, под которую оформились все организационно-экономические механизмы, а проблема качества образования была отодвинута на второй план. После того, как задача доступности была решена, в полной мере встает вопрос о качестве профессионального образования. В ближайшие годы именно задача повышения качества начнет формировать требования к изменению экономики высшей школы. Все от-

четливее встает вопрос не о формальной, а о реальной доступности качественного высшего образования для различных слоев и групп населения.

Один из главных принципов Каирской программы – **равенство формальных прав и реальных возможностей мужчин и женщин**. Доступность образования для мужчин и женщин в России – реальный инструмент выравнивания гендерных возможностей. В молодых поколениях россиян женщины в целом даже образованнее мужчин. В сфере образования и рынка труда в современной России в целом нет гендерной дискриминации. В то же время наблюдаются процессы, свидетельствующие о гендерной сегрегации, то есть добровольном и традиционном выборе женщинами тех позиций в обществе, которые не позволяют им на равных конкурировать с мужчинами и играть такую же роль в экономике, политике и обществе. В последние годы глубина феминизации традиционно женских специальностей, таких как педагогика или социальные науки, возросла, в то время как обучение техническим и потенциально высокодоходным специальностям остается прерогативой мужчин. Неравный доступ наблюдается и в сфере дополнительного образования: основным препятствием для повышения квалификации является нехватка времени в связи с отсутствием сети социальных услуг и сверхзанятости женщин в домашнем хозяйстве и воспитании детей.

Устойчивая профессиональная и отраслевая сегрегация, сформированная еще на этапе получения образования, выступает одной из предпосылок формирования неравного социально-экономического положения мужчин и женщин. Общий уровень гендерных различий в заработной плате в России сопоставим с уровнем, наблюдаемым во многих развитых странах. Основной вклад в формирование этого разрыва вносит неравномерное распределение мужчин и женщин по отраслям, профессиям и режимам занятости.

Как и в большинстве стран с высокой занятостью женщин на рынке труда, в России остро ощущается конфликт между занятостью и материнством. Чем больше детей у женщины, тем меньше шансов, что она будет работать. В неразрешенности этого конфликта в определенной мере кроется причина того факта, что в России в 1990-х и 2000-х годах снижение рождаемости было особенно глубоким.

Фактическое неравенство на рынке труда является причиной сохранения традиционных ролевых функций в российской семье, согласно которым по-прежнему мужчина является основным кормильцем, а женщина отвечает за ведение домашних дел и уход за детьми и пожилыми.

В ближайшие годы Россия, которая стремится выйти из демографического кризиса за счет роста рождаемости, должна найти решения, позволяющие снизить степень гендерного неравенства на рынке труда и, в первую очередь, изменить политику в отношении гибких форм занятости для женщин, имеющих детей.

Одним из главных фокусов обсуждения на Каирской конференции стали темы **семьи** как основной структурной ячейки общества и **семейной политики**. Конференция призвала учитывать разнообразие типов семей и акцентировала внимание на необходимости поддержки семей с детьми.

В течение последних 15 лет структура семей в России претерпела значительные изменения: происходит (1) уменьшение среднего числа детей в семье; (2) рост доли однопородных семей; (3) рост доли монородительских семей (вследствие роста числа разводов, внебрачных рождений и раннего овдовения женщин) и (4) некоторое увеличение удельного веса сложных семей, в которых супруги или мать с детьми проживают вместе с родителями и другими родственниками. Первые две тенденции носят долгосрочный характер и вписываются в общемировые тренды социально-демографического развития. Последняя же, напротив, идет вразрез с основным направлением развития семейной структуры населе-

ния России и обусловлена обострением жилищной проблемы, затрудняющей выделение взрослых детей из родительской семьи.

Наиболее острым с социальной точки зрения фактором является широкое распространение бедности среди семей с детьми: домохозяйства с детьми не только являются группой максимального риска бедности, но и представляют наибольшую часть малоимущего населения. Государственная поддержка семей с детьми, начиная с 2006 года, стала приоритетом социальной политики в России, в рамках которого был реализован целый ряд мер по повышению пособия на ребенка, введение «материнского/семейного капитала», компенсация оплаты услуг детских дошкольных учреждений и пр. Преследуя долгосрочную цель – повышение рождаемости, государство повысило внимание к нынешнему поколению детей и оказывает всестороннюю поддержку семьям, в которых они растут и воспитываются. В этом контексте вне зависимости от успехов в повышении рождаемости такая политика в целом способствует росту благосостояния детей и является эффективным инструментом семейной политики. Между тем, сегодня материальная поддержка весома для семей с маленькими детьми в возрасте до 1,5 лет и мало что дает семьям с детьми за пределами этого возраста. Это явное противоречие в ближайшей перспективе должно быть решено.

Нельзя не отметить негативную тенденцию к росту социального сиротства и численности детей, оставшихся без попечения родителей. Одной из причин является явное превалирование практики «лишения родительских прав» над применением такой нормы, как «ограничения в родительских правах». В то же время немалый вклад в социальное сиротство вносит и отказ матерей от новорожденных детей. Это является признаком семейного неблагополучия во многих российских семьях.

Российское государство имеет определенный набор институтов для решения проблем социального сиротства. Однако сегодня эта политика направлена на ликвидацию послед-

ствий неблагополучия, но не на профилактику самого неблагополучия семей. В целом система мер остается несбалансированной, наблюдается глобальное несоответствие предлагаемой социальной помощи проблемам и потребностям неблагополучных семей, среди которых: отсутствие жилья, безработица, злоупотребление алкоголем, внутрисемейные конфликты и пр. Очевидно, что следующим необходимым шагом должна стать разработка практик выявления неблагополучных семей, расширение форм работы с ними и борьба за сохранение ребенка в семье.

Репродуктивные права, на которых делается акцент в Каирской программе действий, в России защищены законодательством и системой государственных гарантий. В целом услуги по охране репродуктивного здоровья в России доступны.

В то же время многие задачи по обеспечению всех слоев населения качественными услугами все еще не решены. Среди них – отсутствие просветительских и образовательных программ для населения, особенно для молодежи; региональные и территориальные различия в доступности качественных услуг; трудности в получении помощи для некоторых уязвимых групп населения (мигрантов, жертв насилия, подростков и др.). К сожалению, в России не проводятся национальные научные исследования состояния репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения населения.

Неоднозначно складывается положение и в сфере планирования семьи. В 1990-х годах современные методы планирования семьи при содействии государства активно входили в жизнь. В 2000-х годах эти методы в государстве и обществе стали подвергаться сомнению и критике. В итоге в России сложилась ситуация, когда люди полностью контролируют рождаемость внутри семьи (свидетельством чему являются низкие уровни рождаемости), однако не имеют достаточно широкого доступа к современным методам контрацепции. Закономерно, что, несмотря на сокращение числа аборт, в целом Россия относится к числу стран с очень высоким уровнем этого

показателя. Право на планирование семьи и ответственный репродуктивный выбор, на достижение максимально высокого уровня репродуктивного здоровья обеспечивается пока недостаточно.

В Каирских документах тема **рождаемости** рассматривалась в контексте неравномерности рождаемости и, соответственно, численности населения в развитых и развивающихся странах мира, а также возникающих диспропорций в экономическом и социальном развитии мира.

В России тема рождаемости имеет иное звучание. На протяжении многих лет Россия демонстрировала крайне низкую рождаемость, что сближало ее со многими развитыми странами Запада, хотя даже в этих сравнениях сокращение рождаемости в России было особенно глубоким. На протяжении многих лет после Каирской конференции государство лишь фиксировало тенденцию депопуляции, в том числе по причине низкой рождаемости, не предпринимая реальных шагов по регулированию демографического развития.

Начиная с 2006 года, государственная политика резко изменилась в сторону стимулирования рождаемости. Эта тема заняла центральное место в демографической программе российского государства. В 2007–2008 годах наблюдается рост рождаемости. Скачок рождаемости, произошедший в 2007 году, затронул рождения детей всех очередностей, кроме первых. Связь этого всплеска с новыми мерами демографической политики, введенными в действие в 2007 году, очевидна.

В то же время задача состоит в том, чтобы эта политика дала весомые результаты с точки зрения длительной перспективы. В качестве главного способа достижения количественных целей сегодня в политике делается ставка на денежно-финансовые методы стимулирования, что явно недостаточно для роста рождаемости. Помимо низких доходов населения, реальным барьером для роста рождаемости является слабое развитие рынка социальных услуг по уходу и воспитанию детей. Устойчи-

вый рост рождаемости требует изменения институциональной среды и законодательной базы, в том числе либерализации трудового законодательства и, как уже отмечалось, расширения сферы применения режимов неполной занятости, включая дистанционную занятость, в первую очередь, для матерей.

В современной семейной политике практически не находит отражение расширяющееся многообразие форм семейной жизни, о чем говорится в Каирской программе действий. Абсолютно большая часть инструментов социальной политики рассчитана на формально зарегистрированный брак и практически игнорирует неформальные союзы, число которых имеет тенденцию к росту, особенно среди молодежи. Тем самым из сферы социальной политики выпадают значительные группы населения, что требует изменения векторов в проводимой политике.

Здоровье, рост продолжительности жизни и роль систем здравоохранения являлись приоритетной темой на Каирском форуме. Для России эта тема является критически важной. На протяжении трех десятилетий до Каирской конференции продолжительность жизни россиян сокращалась. Каирская конференция совпала по времени с периодом, когда Россия столкнулась с открытым и острым кризисом смертности (1992–1994), который получил название «русской сверхсмертности». В последние годы продолжительность жизни имеет тенденцию к росту. Однако, несмотря на этот факт, отставание России от европейских стран по ожидаемой продолжительности жизни при рождении весьма значительно – примерно 18–13 лет для мужчин и 10–6 лет для женщин. Главными проблемами России были и остаются высокая смертность от внешних причин и высокая ранняя смертность от болезней системы кровообращения. В этой сфере рубежи, обозначенные в Каирской программе действий, для России пока нереалистичны, но реалистично преломление негативных тенденций.

За пятнадцать лет уровень младенческой смертности в России снизился почти вдвое,

и это очевидный успех. Между тем в абсолютном измерении он по-прежнему остается примерно в 3–4 раза выше, чем во многих развитых странах, а также намного выше, чем в странах Восточной Европы, включая и бывшие европейские республики СССР.

То же положение характерно и для материнской смертности. Достиженные успехи довольно существенны. Однако уровень материнской смертности в России остается довольно высоким и намного превосходит уровень западноевропейских стран. Дальнейшее снижение смертности от абортот представляется необходимой и вполне реальной задачей.

В последние годы государство предприняло меры по улучшению функционирования системы здравоохранения и реализует специальный национальный проект «Здоровье». Тем не менее, проблема доступности и качества медицинской помощи, внедрение современных методов диагностики и лечения, обеспечение населения высокоэффективными лекарственными препаратами и пр. – все это остается серьезным социальным вызовом, на который в ближайшие годы российской системе здравоохранения придется искать ответы и решения.

Среди проблем здоровья и здравоохранения в приоритетах Каирской конференции особое место занимает **проблема распространения и противодействия ВИЧ**. Долгое время масштабы распространения ВИЧ в России были незначительны, но в последние годы проблема набирает обороты. Государство отреагировало на появление угрозы комплексом мер, в результате которых за прошедшие 15 лет была создана система оказания медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ. Большинство ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в современной терапии, в настоящее время получили к ней доступ. Была также организована система обследования беременных женщин и разработаны меры по снижению риска передачи ВИЧ от матери ребенку, благодаря чему уровень перинатальной передачи ВИЧ резко снизился.

Одновременно с этим практически не решена проблема предупреждения передачи ВИЧ половым путем и при внутривенном употреблении наркотиков, следствием чего является непрекращающийся рост заболеваемости и пораженности ВИЧ населения России. Рост числа ВИЧ-позитивных россиян продолжается, количество нуждающихся в современной терапии также постоянно возрастает. Очевидно, что без дополнительных усилий по противодействию ВИЧ его пандемия уже в ближайшие годы может стать серьезной социальной проблемой.

Каирская программа действий подчеркивает необходимость защиты **здоровья подростков и молодежи в целом и в частности – их репродуктивного здоровья**; призывает содействовать снижению распространенности ранних браков и числа подростковых беременностей. За 15 лет, прошедших с принятия программы действий эта тема не потеряла своей актуальности в России. Эксперты и чиновники говорят об ухудшении состояния здоровья и росте заболеваемости детей, подростков и молодежи. К тому же на фоне либерализации сексуальных контактов значительно увеличилась распространенность среди подростков заболеваний, передаваемых половым путем. К сожалению, наблюдавшийся в последние десятилетия рост сексуальной активности молодых людей не сопровождается ростом знаний о методах предупреждения беременности и инфекций, передаваемых половым путем. Как следствие, несмотря на существенное снижение за последние пятнадцать лет, уровень аборт в молодых возрастах остается высоким по меркам развитых стран Европы и Америки.

Улучшению репродуктивного здоровья подростков могли бы способствовать информационно-просветительские кампании, направленные на повышение знаний подростков о методах и средствах контрацепции, повышение доступности служб по охране репродуктивного здоровья подростков. В настоящее время в отдельных регионах России имеются положительные примеры функционирования специализированных медико-социальных

центров, работающих в соответствии с принципами оказания услуг, дружественных молодежи. Тем не менее, в целом ситуация в области охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи остается неудовлетворительной. Служб и медицинских работников, обладающих необходимой квалификацией и навыками межличностного общения для работы с подростками недостаточно. Информационно-просветительские кампании, в том числе связанные с планированием семьи и использованием методов контрацепции, не носят системного и всеобщего характера. Отсутствует взаимодействие между различными ведомствами и общественными организациями по удовлетворению потребностей подростков в области права, информационного образования, доступного консультирования и клинического обслуживания с целью предупреждения нежелательной беременности и инфекций, передаваемых половым путем. Остается крайне неудовлетворительным и состояние статистики и иной доступной информации по вопросам репродуктивного поведения и здоровья подростков. До сих пор специалисты вынуждены опираться преимущественно на отдельные, часто несопоставимые между собой, выборочные обследования подростков и молодежи в отдельных регионах России.

Каирская конференция призвала к **координации политики на различных уровнях управления** – на национальном, региональном, местном. Пространственная протяженность и региональная дифференциация – экономическая, социальная, культурная, этническая – составляет важную особенность России и отличает ее от многих стран мира – участниц Каирского форума. Практически все показатели, характеризующие процессы в сфере народонаселения: динамика рождаемости и смертности, векторы и масштабы внутренней миграции, – очень дифференцированы по различным российским регионам. Также дифференцированы успехи и неудачи в социальной политике. Жители разных регионов страны имеют различную степень экономической свободы и социальной защиты.

Для России характерен высокий уровень урбанизации населения, который продолжался и в течение посткаирского периода. Особенностью российской урбанизации является ускоренный рост численности населения в крупнейших городах (городах-миллионниках), а также формирование так называемых монопрофильных поселений (городов, поселков). Наблюдаются глубокие и часто возрастающие различия между основными параметрами, характеризующими уровень и качество жизни в городской и сельской местности. Неравномерность экономического и социального развития России в пространственном измерении – главный вызов политике российского государства.

Политика федеральных властей во внутренней миграции была разной. В 1990-е годы была реализована программа переселения с Крайнего Севера для сокращения численности работников, ставшей избыточной в рыночных условиях. В 2000-е годы политика федеральных властей кардинально изменилась, вновь оказался востребованным приоритет сдвига населения на Восток. В большинстве регионов России власти уделяют мало внимания миграционной политике, даже в условиях депопуляции. И властям, и российскому обществу не хватает понимания ценности человеческого потенциала мигрантов.

Главные процессы, связанные с перемещением населения, в России связаны не с внутренними, а с **внешними миграциями**.

За период, прошедший после Каирской конференции, в сфере международной миграции в России произошли огромные изменения: создана законодательная база с учетом международных подходов к регулированию внешней миграции; отлажен механизм пограничного миграционного контроля; упрощена процедура регистрации мигрантов; заключены многосторонние и двусторонние соглашения о сотрудничестве в области трудовой миграции и защите прав трудящихся-мигрантов как в рамках СНГ, так и с основными странами-донорами.

В то же время Россия все еще находится в поиске эффективной миграционной политики,

соответствующей перспективной демографической ситуации. В наибольшей степени это относится к трудовой миграции. При этом недооцениваются как степень дефицита рабочей силы на рынке труда в будущем, так и риски незаконной миграции. Легитимное пространство для занятости иностранной рабочей силы остается слишком узким – большая часть трудовых мигрантов работает неформально. Наряду с ростом нелегальной миграции к рискам относится снижение общего уровня профессионализма рабочей силы (в связи с ростом доли мигрантов среди занятых). Наконец, пока в российском обществе не преодолена ксенофобия и социальная напряженность в связи с большой культурной дистанцией между мигрантами и коренным населением России.

Иммиграция становится в ряд важнейших факторов развития России в перспективе. От того, насколько страна справится с задачей привлечения необходимого количества иммигрантов, зависит не только численность ее населения и его структура, но и темпы экономического развития, уровень жизни населения, региональные пропорции развития, размеры страны и ее целостность. Миграционная политика в этих условиях должна предусматривать как протекционистские решения, так и меры противодействия рискам.

Наконец, нельзя обойти стороной еще одну важнейшую проблему, которая непосредственно влияет на достижение целей, поставленных международным сообществом в Каире пятнадцать лет назад. В России драматически остро стоит вопрос о демографической информации и глубоких демографических исследованиях, о развитии систем и баз данных официальной статистики, позволяющих проводить всесторонние исследования изменяющихся структур семьи, сексуального и репродуктивного поведения, гендерных проблем, взаимосвязи демографических и социально-экономических процессов. Нерешенность этих вопросов – это реальный барьер на пути реализации политики, направленной на достижение целей Каирской конференции и Целей развития Тысячеле-

тия. Будущая социально-демографическая политика должна опираться на надежные информационные источники и современные информационные системы. И эти задачи должны решаться в самой ближайшей перспективе.

Для достижения поставленных целей Каирская конференция призывала к формированию **эффективного партнерства между государством и неправительственными организациями**. В России некоммерческие организации (НКО), так называемый «третий сектор», представляют собой относительно молодой сектор, который получил старт для своего развития лишь в середине 1990-х годов, то есть практически в период формирования Каирской программы. К 2008 году в России действовало почти 130 тыс. общественных объединений, из них 75 тыс. некоммерческих организаций, в том числе 33 тыс. благотворительных фондов. Большая часть НКО связана с развитием социальной сферы и реализацией социальных программ¹⁸⁷.

В середине 2000-х годов развитие «третьего сектора» было осложнено ужесточением законодательных норм в отношении деятельности НКО (2006). Однако в 2009 году сектор НКО получил дополнительные стимулы к развитию: в середине года в законодательство об НКО были внесены смягчающие поправки¹⁸⁸; в конце года в Обращении к Федеральному Собранию Президент России Д. А. Медведев выдвинул ряд инициатив по налоговым льготам в отношении «социально-ориентированных некоммерческих организаций»¹⁸⁹. Тем са-

мым, на государственном уровне признается полезность и целесообразность развития «третьего сектора», который может и должен стать полноценным актором устойчивого социального развития и, в том числе, достижения тех целей, которые были названы в Каире в 1994 году.

Оглядываясь на пятнадцатилетний период, мы видим, какой сложный и тернистый путь прошла Российская Федерация в достижении тех рубежей в сфере народонаселения, которые были сформулированы мировым сообществом на Каирском форуме. Россия присоединилась к Каирской программе действий, поскольку цели программы отвечают долгосрочным идеалам и задачам нашей страны. Двигаясь в русле этих идеалов и задач, Россия достигла значительного прогресса. Вместе с тем неравномерность социально-экономического и демографического развития страны и непоследовательность ряда действий создали барьеры на пути достижения некоторых целей и осложнили их реализацию.

Тем не менее, главным достижением пятнадцатилетнего периода в России стало признание важности социальных и демографических факторов развития, понимание того, что «забота о людях занимает центральное место в усилиях по обеспечению устойчивого развития... Люди – это самый важный и самый ценный ресурс любого государства». Сегодняшний и будущий вектор развития России уже неразрывно связан с осознанием этих ценностей и приоритетов.

¹⁸⁷ Направления деятельности российских НКО (международная классификация): 22 % – оказание социальных услуг; 11 % – развитие и жилищная сфера; 5 % – филантропия; 4 % – образование и исследования; 2 % – здравоохранение.

¹⁸⁸ Федеральный закон от 17.07.2009 г. № 170-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон “О некоммерческих организациях”» // Законодательство. Консультант Плюс: Версия Проф [Электронный ресурс]. – М.: Консультант Плюс, 2009.

¹⁸⁹ Текст Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации см. на сайте Президента России: <http://www.kremlin.ru/transcripts/5979>

Приложение

№	Индикатор	Данные по стране			Источники данных
		1999	2004	2008 (если не указано иное)	
1.0	Бедность и занятость (и др. социально-экономические показатели)				
1.1	ВВП на душу населения, тыс. руб.	32,8	118,5	293,5	1999: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2005: Стат. сб. / Росстат. – М., 2005. 2004, 2008: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
1.2	Экономическая активность населения в возрасте 15–72 лет:				
	– всего, тыс. чел.	72 175	72 909	75 892	– // – // –
	– %	65,5	65,4	67,8	
1.3	Безработная молодежь в возрасте от 15–24:				1999: Труд и занятость в России. 2003: Стат. сб. / Госкомстат России. – М., 2003.
	– всего, тыс. чел.	2125	1625	1554	2004, 2008: Труд и занятость в России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
	– % (от населения в возрасте 15–72 лет)	23,3	28,1	29,4	– // – // –
1.4	Безработное население (по методологии МОТ):				1999: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2005: Стат. сб. / Росстат. – М., 2005.
	– всего, тыс. чел.	9094	5775	5289	2004, 2008: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
	– % (от экономически активного населения)	13,0	7,9	7,0	– // – // –
1.5	Безработное население, зарегистрированное в органах государственной службы занятости:				
	– всего, тыс. чел.	1263	1920	1522	– // – // –
	– % (от экономически активного населения)	1,8	2,6	2,0	– // – // –
1.6	Дифференциация доходов:				1999: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2005: Стат. сб. / Росстат. – М., 2005.
	– коэффициент фондов, в разах	14,1	15,2	16,9	2004, 2008: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
	– коэффициент Джини	0,400	0,409	0,423	– // – // –
1.7	Численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума:				
	– всего, млн чел.	41,6	25,2	18,5	– // – // –
	– % (от общей численности населения)	28,4	17,6	13,1	– // – // –
1.8	Минимальный размер оплаты труда в соотношении с величиной прожиточного минимума, на 1 января, %	10,0	24,0	48,4	1999: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2000: Стат. сб. / Госкомстат России. – М., 2000. 2004, 2008: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2008: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008.
1.9	Средний размер назначенных месячных пенсий в соотношении:				1999: Расчеты на основании источника: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2000: Стат. сб. / Госкомстат России. – М., 2000.
	– со средним размером начисленной заработной платы, %	29,5	28,4	24,3	2004, 2008: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
	– с величиной прожиточного минимума пенсионера, %	70,2	106,3	115,2	– // – // –
1.10	Размер ежемесячного пособия на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет, на 1 января соответствующего года, руб.:				1999: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2004: Стат. сб. / Росстат. – М., 2004.
	– по уходу за первым ребенком	167,0	500,0	–	2004, 2009: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
		–	–	1873,1 (2009)	
	– по уходу за вторым и последующими детьми	–	–	3746,2 (2009)	

№	Индикатор	Данные по стране			
		1999	2004	2008 (если не указано иное)	Источники данных
1.11	Размер ежемесячного пособия на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им полутора лет в соотношении с величиной прожиточного минимума, на 1 января, %: – по уходу за первым ребенком – по уходу за вторым и последующими детьми	18,4 – –	22,1 – –	– 38,6 (2009) 77,1 (2009)	1999: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2000: Стат. сб. / Госкомстат России. – М., 2000. 2004, 2009: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
1.12	Минимальный размер пособия по безработице в месяц, на 1 января, руб.	83,5	100,0	850,0 (2009)	1999: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2004: Стат. сб. / Росстат. – М., 2004. 2004, 2009: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
1.13	Минимальный размер пособия по безработице в соотношении с величиной прожиточного минимума, на 1 января, %	9,2	4,0	15,5 (2009)	– // – // –
1.14	Число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, тыс. чел.	667,6 (2000)	734,1	670,1 (2007)	2000, 2004, 2007: Государственный доклад «О положении детей в Российской Федерации» / Министерство здравоохранения и социального развития РФ. 2006. С. 135; Форма № 103-РИК «Сведения о выявлении и устройстве детей и подростков, оставшихся без попечения родителей за 2007 год».
1.15	Число детей-сирот, находящихся в институциональных учреждениях, % (от числа детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей)	27,0 (2000)	25,7	23,6 (2006)	2000, 2004, 2006: Государственный доклад «О положении детей в Российской Федерации» / Министерство здравоохранения и социального развития РФ. 2006. С. 135; Форма № 103-РИК «Сведения о выявлении и устройстве детей и подростков, оставшихся без попечения родителей за 2007 год».
2.0	Численность и структура населения (данные по разделу 2.0 приведены на 1 января 1999, 2004 и 2009 годов)				
2.1	Численность населения: – всего, тыс. чел. – мужского населения, тыс. чел. – женского населения, тыс. чел.	147 539,4 69 058,7 78 480,7	144 168,2 67 023,9 77 144,3	141 904,0 65 641,6 76 262,4	1999, 2004, 2009: Демографический ежегодник России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – // – // – – // – // –
2.2	Доля населения в возрасте: 0–14 лет, % 15–64, % 65 лет и старше, % 60 лет и старше, % 80 лет и старше в численности населения 60 лет и старше, %	19,2 68,5 12,3 17,9 11,0	15,7 70,9 13,4 17,8 10,7	14,9 71,8 13,3 17,4 15,5	1999, 2004: Расчет на основе неопубликованных данных Росстата. 2009: Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту: Стат. бюлл. / Росстат. – М., 2009. – // – // – – // – // – – // – // – 1999, 2004, 2009: Расчет на основе неопубликованных данных Росстата.
2.3	Коэффициент демографической нагрузки детьми, на 1000 чел. трудоспособного возраста (женщины 16–54, мужчины 16–59) приходится детей в возрасте 0–14 лет	358	278	253	– // – // –
2.4	Коэффициент демографической нагрузки пожилыми: на 1000 чел. трудоспособного возраста (женщины 16–54, мужчины 16–59) приходится женщин 55+ и мужчин 60+	352	325	337	– // – // –
2.5	Коэффициент демографической нагрузки: на 1000 чел. трудоспособного возраста приходится лиц нетрудоспособных возрастов	710	604	590	– // – // –
2.6	Доля городского населения, %	73,2	73,4	73,1	1999, 2004, 2009: Демографический ежегодник России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
2.7	Численность вынужденных переселенцев	880 394	237 998	66 488	1999: Численность и миграция населения Российской Федерации в 1999 году: Стат. бюлл. / Росстат. – М., 2000. 2004: Численность и миграция населения Российской Федерации в 2004 году: Стат. бюлл. / Росстат. – М., 2005. 2009: Численность и миграция населения Российской Федерации в 2008 году: Стат. бюлл. / Росстат. – М., 2009.
2.8	Численность беженцев	79 906	614	713	– // – // –
2.9	Обратились с ходатайством о признании вынужденным переселенцем и беженцем, чел.	6606	4210	4217	– // – // –

№	Индикатор	Данные по стране			
		1999	2004	2008 (если не указано иное)	Источники данных
2.10	Признано вынужденным переселенцем и беженцем, чел.	7268	4291	4337	– // – // –
2.11	Из общего числа вынужденных переселенцев и беженцев:				– // – // –
	– мужчин	441 756	105 479	29 703	
	– женщин	518 544	133 133	37 498	
	– в возрасте 0–5 лет	65 693	14 560	172	
	– в возрасте 6–15 лет	192 565	41 698	6 777	
	– в трудоспособном возрасте (муж. 16–59, жен. 16–54)	544 164	143 381	47 851	
	– старше трудоспособного возраста (муж. 60 и старше, жен. 55 и старше)	157 878	38 973	12 401	
3.0	Рождаемость				
3.1	Общий коэффициент рождаемости, на тыс. чел. населения	8,3	10,4	12,1	1999, 2004, 2008: Демографический ежегодник России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
3.2	Коэффициент суммарной рождаемости (число рождений на 1 женщину)	1,157	1,340	1,494	– // – // –
3.3	Возрастные коэффициенты рождаемости на 1000 женщин указанного возраста:				– // – // –
	15–19 (вкл. рождения у женщин до 15 лет)	28,9	28,2	30,5	
	20–24	91,8	93,4	89,8	
	25–29	63,7	80,2	91,0	
	30–34	32,2	45,9	60,4	
	35–39	11,1	17,6	25,9	
	40–44	2,2	2,9	4,6	
	45–49 (вкл. рождения у женщин 50 лет и старше)	0,1	0,1	0,2	
3.4	Средний возраст матери при рождении первого ребенка	23,3	24,0	24,4	1999, 2004, 2008: Расчет на основе неопубликованных данных Росстата.
3.5	Средний возраст матери при рождении второго ребенка	27,7	28,8	29,3	– // – // –
3.6	Средний возраст матери при рождении третьего ребенка	30,7	31,5	32,0	– // – // –
3.7	Доля рождений вне зарегистрированного брака, %	27,9	29,8	26,9	1999: Демографический ежегодник России: Стат. сб. / Госкомстат России. – М., 2001. 2004: Демографический ежегодник России. 2005: Стат. сб. / Росстат. – М., 2005. 2008: Демографический ежегодник России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
4.0	Смертность				
4.1	Коэффициент младенческой смертности (на 1000 родившихся живыми)	16,9	11,6	8,5	1999, 2004, 2008: Демографический ежегодник России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
4.2	Вероятность смерти от момента рождения до 5 лет	21,0	14,5	10,8	– // – // –
4.3	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины и женщины	65,9	65,3	67,9	1999: Российский статистический ежегодник. 2002: Стат. сб. / Госкомстат России. – М., 2002. 2004, 2008: Российский статистический ежегодник. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
4.4	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины	59,9	58,9	61,8	– // – // –
4.5	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины	72,4	72,3	74,2	– // – // –

№	Индикатор	Данные по стране			Источники данных
		1999	2004	2008 (если не указано иное)	
4.6	Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 15 лет:				1999: Демографический ежегодник России. 2002. Стат. сб. / Госкомстат России. – М., 2002.
	– мужчины	46,7	45,1	47,8	2004: Демографический ежегодник России. 2006. Стат. сб. / Росстат. – М., 2006.
	– женщины	59,0	58,4	59,8	2008: Демографический ежегодник России. 2009. Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
4.7	Стандартизованный коэффициент смертности (на 100 000 чел.):				1999, 2004, 2008: Демографический ежегодник России. 2009. Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
	– мужчины	2053,2	2180,3	1860,0	
	– женщины	1025,6	1038,1	907,2	
4.8	Коэффициент материнской смертности (на 100 000 родившихся живыми)	44,2	23,4	20,7	1999: Здоровоохранение в России: Стат. сб. / Госкомстат России. – М., 2001.
					2004: Здоровоохранение в России. 2005: Стат. сб. / Росстат. – М., 2005.
					2008: Демографический ежегодник России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009.
5.0	Репродуктивное здоровье (данные по разделу 5.0 приведены по 1999, 2004 и 2007 годам)				
5.1	Количество родов, принятых в присутствии квалифицированных специалистов	1 188 040	1 451 133	1 676 582	1999: Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2002 г. – М.: Мин-во здравоохран. РФ, 2003.
					2004: Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007 г. – М., 2007.
					2007: Справочно-информационные материалы Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения МЗиСР РФ – на основе отчетных форм службы за 2008 г.
5.2	Число медицинских учреждений, которые предоставляют базовый пакет акушерско-гинекологической помощи:				– // – // –
	<i>амбулаторная:</i>				
	– женские консультации	2070	1702	1622	
	– кабинеты акушера-гинеколога	4815	5008	3858	
	– медико-генетические консультации	117	127	121	
	– центры планирования семьи и репродукции	448	412	356	
	– ФАПы ¹⁹⁰	43 500	42 523	39 179	
	<i>стационарная:</i>				
	– роддома	247	221	188	
	– акушерско-гинекологические койки во всех учреждениях, тыс.	180,7	158,6	145,4	
5.3	Число медицинских учреждений, которые предоставляют специализированную акушерско-гинекологическую помощь:				– // – // –
	– перинатальные центры	12	35	48	
	– НИИ	6	7	7	
5.4	Число врачей акушеров-гинекологов:				– // – // –
	– всего, тыс.	38,9	39,1	39,0	
	– на 10 000 женщин	5,4	5,1	5,2	
5.5	Число медсестер (акушерок):				– // – // –
	– всего, тыс.	88,8	66,3	63,9	
	– на 10 000 женщин	11,5	8,7	8,4	

¹⁹⁰ ФАП – фельдшерско-акушерский пункт.

№	Индикатор	Данные по стране			Источники данных
		1999	2004	2008 (если не указано иное)	
6.0	Планирование семьи				
6.1	Неудовлетворенная потребность в планировании семьи, % (от числа пар): – по ответам женщин – по ответам мужчин	– –	8 10	9 (2007) 10 (2007)	1999: нет данных 2004: Рассчитано по данным обследования «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе», 2004. 2007: Рассчитано по данным обследования «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе», 2007.
6.2	Распространенность методов контрацепции: <i>внутриматочные спирали (ВМС),</i> на конец года: – всего, тыс. чел. – на 100 женщин в возрасте 15–49 лет <i>гормональная контрацепция,</i> на конец года: – всего, тыс. чел. – на 100 женщин в возрасте 15–49 лет проведено операций по поводу <i>стерилизации женщин:</i> – всего, тыс. чел. – на 100 000 женщин в возрасте 15–49 лет	6438 16,6 2863 7,4 19,4 50,0	5570 14,1 3496 8,9 18,0 45,5	5007 13,1 4120 10,8 14,7 38,4	1999: Здравоохранение в России: Стат. сб. / Госкомстат России. – М., 2001. 2004: Здравоохранение в России. 2005: Стат. сб. / Росстат. – М., 2005. 2008: Здравоохранение в России. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – // – // – – // – // – – // – // – – // – // – – // – // – – // – // –
6.3	Число абортс на 100 родов	179,4	122,0	81,1	– // – // –
6.4	Число абортс на 1000 женщин 15–49 (вкл. абортс у женщин до 15 лет) / то же, но без самопроизвольных абортс ¹⁹¹	55,5 / 51,2	45,5 / 41,1	36,1 (2008) / 33,6 (2007)	1999, 2004, 2007, 2008: База данных Росстата: www.gks.ru Расчет на основе неопубликованных данных Росстата и Минздравсоцразвития.
6.5	Число абортс на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет (вкл. абортс у женщин до 15 лет)	37,1	29,5	26,3	1999, 2004, 2007: База данных Росстата: www.gks.ru
7.0	ВИЧ/СПИД¹⁹² (данные по разделу 7.0 приведены по 1999, 2004 и 2007 годам)				
7.1	Распространенность ВИЧ среди населения в возрасте от 15–24 лет, %: – всего – среди мужчин – среди женщин	0,08 – –	0,43 0,54 0,33	0,28 0,26 0,31	1999, 2004, 2007: Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. 2009.
7.2	Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, %	0,01	0,36	0,45	1999: Российский научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом «ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: Информационный бюллетень № 16». – М., 2000. 2004, 2007: Шаропова О. В., Чумакова О. В., Садовникова В. Н. О профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации: Методическое письмо / Департамент медико-социальных проблем семьи, материнства и детства МЗ СР РФ. 2008.
7.3	Численность молодежи, имеющей правильные сведения о ВИЧ/СПИД	–	47,95 ¹⁹³	33,70 ¹⁹⁴	1999: нет данных. 2004: Страновой отчет Российской Федерации по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. – М., 2006. 2007: Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. – М., 2008.

¹⁹¹ Все зарегистрированные абортс, по данным Росстата (включая мини-абортс). Из числа общего числа абортс исключены самопроизвольные, которые международная практика обычно не включает в число искусственных абортс.

¹⁹² Приведено число зарегистрированных в Российской Федерации инфицированных ВИЧ лиц в возрасте 15–24 лет на 31.12.1999 г., 31.12.2004 г. и 31.12.2007 г. соответственно, в пересчете на численность соответствующей группы населения.

¹⁹³ Среди молодых людей в возрасте 14–30 лет на март 2005 года.

¹⁹⁴ Среди молодых людей в возрасте 15–24 лет.

№	Индикатор	Данные по стране			Источники данных
		1999	2004	2008 (если не указано иное)	
8.0	Гендер				
8.1	Доля женщин в Государственной Думе РФ	10,2	9,8	14,0	1999, 2004, 2008: Данные с сайта Межпарламентского Союза.
8.2	Доля средней заработной платы женщин от заработной платы мужчин	64,8	63,8	63,0 (2007)	1999: Труд и занятость в России: Стат. сб. / Госкомстат России. – М., 2001. 2004, 2007: Экономическая активность населения России: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008.
9.0	Миграция				
9.1	Численность прибывших, чел.:				
	всего	379 726	119 157	281 614	1999: Численность и миграция населения Российской Федерации в 1999 году: Стат. бюлл. / Росстат. – М., 2000. 2004: Демографический ежегодник России. 2005 / Росстат. – М., 2005.
	<i>в том числе:</i>				2008: Численность и миграция населения Российской Федерации в 2008 году: Стат. бюлл. / Росстат. – М., 2009.
	– из стран СНГ и Балтии	366 655	110 374	271 623	
	– из других стран	13 071	8783	9991	
	– мужчины	187 369	55 187	146 044	
	– женщины	192 357	63 970	135 570	
	– в возрасте 0–15 лет	76 016	17 035	29 937	
	– в возрасте 16–59 (муж.), 16–54 (жен.)	247 335	78 855	221 812	
	– в возрасте 60 и старше (муж.), 55 и старше (жен.)	56 375	23 267	29 865	
9.2	Численность выбывших, чел.:				– // – // –
	всего	214 963	79 795	39 508	
	<i>в том числе:</i>				
	– в страны СНГ и Балтии	129 704	37 017	26 856	
	– в другие страны	85 259	42 778	12 652	
	– мужчины	108 303	37 508	18 227	
	– женщины	106 660	42 287	21 281	
	– в возрасте 0–15 лет	44 828	15 183	4846	
	– в возрасте 16–59 (муж.), 16–54 (жен.)	141 080	54 046	27 913	
	– в возрасте 60 и старше (муж.), 55 и старше (жен.)	29 055	10 566	6749	
9.3	Миграционный прирост, чел.				– // – // –
	всего	164 763	39 362	242 106	
	<i>в том числе в обмене:</i>				
	– со странами СНГ и Балтии	236 951	73 357	244 767	
	– с другими странами	–72 188	–33 995	–2661	
	– мужчины	79 066	17 679	127 817	
	– женщины	85 697	21 683	11 289	
	– в возрасте 0–15 лет	31 188	1852	25 091	
	– в возрасте 16–59 (муж.), 16–54 (жен.)	106 255	24 809	193 899	
	– в возрасте 60 и старше (муж.), 55 и старше (жен.)	27 320	12701	23 116	
9.4	Внутренняя миграция, чел.				– // – // –
	всего	2 477 005	1 998 277	1 934 331	
	<i>в том числе:</i>				
	– мужчины	1 185 466	942 924	901 085	
	– женщины	1 291 539	1 055 353	1 033 246	
	– в возрасте 0–15 лет	420 350	269 844	253 638	
	– в возрасте 16–59 (муж.), 16–54 (жен.)	1 771 093	1 483 771	1 467 574	
	– в возрасте 60 и старше (муж.), 55 и старше (жен.)	285 562	244 662	213 119	

№	Индикатор	Данные по стране			Источники данных
		1999	2004	2008 (если не указано иное)	
9.5	Внутренняя мобильность (доля населения, сменившего место жительства внутри страны), %	1,69	1,39	1,36	1999, 2004, 2008: Расчеты на основе данных Росстата.
9.6	Миграционный прирост городских поселений, тыс. чел.				1999: Численность и миграция населения Российской Федерации в 1999 году: Стат. бюлл. / Росстат. – М., 2000. 2004: Демографический ежегодник России. 2005 / Росстат. – М., 2005. 2008: Численность и миграция населения Российской Федерации в 2008 году: Стат. бюлл. / Росстат. – М., 2009.
	всего	99,7	87,0	269,3	
	в том числе:				
	– внешняя миграция	83,1	29,1	168,8	
	– внутренняя миграция	16,6	57,9	100,5	
9.7	Миграционный прирост сельской местности, тыс. чел.				– // – // –
	всего	54,9	–45,7	–27,2	
	в том числе:				
	– внешняя миграция	71,5	10,2	73,4	
	– внутренняя миграция	–16,6	–55,9	–100,5	
9.8	Доля внешних мигрантов в возрасте 14 лет и старше, прибывших в Россию из-за обострения межнациональных отношений, %	10,0	4,4	1,4	1999: Численность и миграция населения Российской Федерации в 1999 году: Стат. бюлл. / Росстат. – М., 2000. 2004: Численность и миграция населения Российской Федерации в 2004 г.: Стат. бюлл. / Росстат. – М., 2005. 2008: Численность и миграция населения Российской Федерации в 2008 году: Стат. бюлл. / Росстат. – М., 2009.
9.9	Численность иностранной рабочей силы, тыс. чел.				1999, 2004: Мониторинг легальной (законной) внешней трудовой миграции за 2005–2006 годы: Сб. / ФМС России. – М., 2007. 2008: Мониторинг легальной (законной) внешней трудовой миграции за 2006–2007 годы: Сб. / ФМС России. – М., 2008.
	всего	211,4	460,4	1717,1	
	в том числе:				
	– страны СНГ	94,7	221,9	1152,8	
	– другие страны	116,7	238,5	564,4	

Социальное и демографическое развитие России Каирская программа действий: 15 лет спустя

Издательство «Права человека», Москва, пр-т Вернадского, д. 6в

Подписано в печать 19.03.2010 г. Тираж 1500 экз.