

СОДЕРЖАНИЕ

Том 91, номер 9, 2021

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ВЫПУСК ЖУРНАЛА “ВЕСТНИК РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК” ПО ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ПРОБЛЕМАМ

Вступительное слово	809
<i>С. В. Рязанцев, Л. Л. Рыбаковский</i>	
Демографическое развитие России в XX–XXI веках: историческое и геополитическое измерения	810
<i>И. П. Цапенко</i>	
Вынужденная мобильность и иммобильность в турбулентном мире	820
<i>В. А. Ильин, А. А. Шабунова, О. Н. Калачикова</i>	
Потенциал повышения рождаемости и семейно-демографическая политика России	831
<i>О. А. Козлова, В. Н. Архангельский</i>	
Прогноз рождаемости в России: подходы, гипотезы, результаты	845
<i>А. В. Топилин, О. Д. Воробьёва</i>	
Демографическая ситуация и особенности формирования трудовых ресурсов в России	856
<i>А. Е. Иванова, В. Г. Семёнова, Т. П. Сабгайда</i>	
Резервы снижения смертности в России, обусловленные эффективностью здравоохранения	865
<i>Т. К. Ростовская, О. В. Кучмаева</i>	
Вспомогательные репродуктивные технологии глазами россиян	879
<i>В. Г. Доброхлеб</i>	
Когда общество становится старше	889
<i>О. И. Аполихин, А. Е. Иванова</i>	
Самосохранительное поведение семей, планирующих рождение ребёнка	896

CONTENTS

Vol. 91, No. 9, 2021

**THEMATIC ISSUE OF THE “HERALD OF THE RUSSIAN ACADEMY
OF SCIENCES” ON DEMOGRAPHIC PROBLEMS**

INTRODUCTION	809
<i>S. V. Ryazantsev, L. L. Rybakovsky</i>	
Demographic development of Russia in the XX-XXI centuries: historical and geopolitical dimensions	810
<i>I. P. Tsapenko</i>	
Forced mobility and immobility in a turbulent world	820
<i>V. A. Ilyin, A. A. Shabunova, O. N. Kalachikova</i>	
The potential of increasing the birth rate and demographic policy in Russia	831
<i>O. A. Kozlova, V. N. Arkhangelsky</i>	
Birth rate forecast in Russia: approaches, hypotheses, results	845
<i>A.V. Topilin, O. D. Vorobyova</i>	
Demographic situation and peculiarities of the formation of labor resources in Russia	856
<i>A. E. Ivanova, V. G. Semenova, T. P. Sabgaida</i>	
Reserves for reducing mortality in Russia due to the effectiveness of healthcare	865
<i>T. K. Rostovskaya, O. V. Kuchmaeva</i>	
Assisted reproductive technologies through the eyes of Russians	879
<i>V. G. Dobrokhleb</i>	
When society gets older	889
<i>O. I. Apolikhin, A. E. Ivanova</i>	
Self-preserving behavior of families planning the birth of a child	896

**ТЕМАТИЧЕСКИЙ ВЫПУСК ЖУРНАЛА
“ВЕСТНИК РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК”
ПО ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ПРОБЛЕМАМ**

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

DOI: 10.31857/S0869587321090115

Настоящий тематический выпуск “Вестника Российской академии наук” посвящён исследованию демографических процессов в России. Его идея принадлежит члену-корреспонденту РАН, директору Института демографических исследований ФНИСЦ РАН С.В. Рязанцеву, доктору социологических наук, заместителю директора по научной работе ИДИ ФНИСЦ РАН Т.К. Ростовской и кандидату философских наук, заместителю главного редактора журнала “Вестник Российской академии наук” Г.А. Заикиной.

Особенности демографического развития и миграционных процессов в России остаются актуальной темой исследований на протяжении последних нескольких десятилетий. Однако акценты в подходе к ним с течением времени меняются. Если в 1980-е годы основное внимание уделялось вопросам повышения рождаемости, то на излёте 1990-х годов, фатально отразившихся на динамике численности российского населения, со всей очевидностью встала проблема сверхсмертности трудоспособных когорт на фоне резко снизившейся рождаемости. Эта драматическая коллизия благодаря меткому определению члена-корреспондента РАН Н.М. Римашевской (ныне покойной) получила название “русского креста”. С 2016 г. Россия вступила во вторую волну депопуляции, которую многие справедливо считают демографическим кризисом или даже демографической катастрофой.

После распада СССР в 1990-е годы приобретает актуальность исследование миграционных

процессов на постсоветском пространстве. Активные миграции в 1990-е годы носили преимущественно вынужденный характер и были связаны с потоками беженцев и внутренне перемещённых лиц после этнических конфликтов и гражданских войн. В 2000-е годы на первый план вышла трудовая миграция, которая стала миграционным мейнстримом в обмене населением между постсоветскими странами. В научную повестку включаются вопросы адаптации и интеграции мигрантов в принимающие общества, особенности формирования миграционной политики. Теперь в научной литературе широко обсуждаются тенденции миграционного поведения, их причины и последствия для социально-экономического и демографического развития России, в том числе с точки зрения расселения населения, обеспеченности трудовыми ресурсами, структурных особенностей рабочей силы, оттока квалифицированных кадров за рубеж, возможностей управления миграционными процессами в интересах развития. Мнения специалистов-демографов относительно последствий демографических и миграционных процессов в России существенно различаются, что отражается и на подходах к социально-демографической и миграционной политике.

Тематический выпуск освещает ряд актуальных тем в демографических исследованиях в России, в определённой мере отражает уровень их развития и, надеемся, будет интересен нашим читателям.

ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РОССИИ В XX–XXI ВЕКАХ: ИСТОРИЧЕСКОЕ И ГЕОПОЛИТИЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЯ

© 2021 г. С. В. Рязанцев^{a,b,*}, Л. Л. Рыбаковский^{b,**}

^a Московский государственный институт международных отношений (университет) МИД России,
Москва, Россия

^b Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН,
Москва, Россия

*E-mail: riazan@mail.ru

**E-mail: 1284781@mail.ru

Поступила в редакцию 10.04.2021 г.

После доработки 14.04.2021 г.

Принята к публикации 18.05.2021 г.

В статье рассматриваются особенности демографического развития в России в исторической ретроспективе с 1940-х годов до 2020 г. Анализируются этапы демографического развития страны, в том числе отмечается вклад различных компонентов в демографическую динамику в те или иные исторические периоды. Предложена идея выделения двух волн депопуляции, причём утверждается, что вторая волна депопуляции в России спровоцирована не только негативными современными тенденциями, но и связана с историческими особенностями демографического развития страны, а именно с деформированной под влиянием разных исторических событий возвратной структурой населения, или часто упоминаемыми в научной литературе “демографическими ямами”. Выделен вклад сверхсмертности в депопуляцию в 1990-е годы, названные шоковым этапом демографического развития России. Отмечаются особенности второй волны депопуляции, связанной с сокращением численности женщин репродуктивного возраста и новым витком повышения смертности из-за COVID-19. Обоснован системный подход к нейтрализации второй волны депопуляции на основе комплексной национальной демографической программы, включающей систему мер по созданию условий для рождения и воспитания детей, поддержке семей с детьми, развитию самосохранительного поведения, снижению смертности и увеличению продолжительности жизни, сокращению эмиграции и привлечению мигрантов необходимых категорий в Россию.

Ключевые слова: демографическое развитие, Россия, депопуляция, компоненты демографической динамики, естественный прирост (убыль), миграционный прирост, людские потери, смертность, рождаемость, демографическая политика.

DOI: 10.31857/S0869587321090085



РЯЗАНЦЕВ Сергей Васильевич — член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой демографической и миграционной политики МГИМО МИД России, директор ИДИ ФНИСЦ РАН. РЫБАКОВСКИЙ Леонид Леонидович — доктор экономических наук, главный научный сотрудник ИДИ ФНИСЦ РАН.

На фоне пандемии COVID-19 демографическая ситуация в России снова ухудшилась. За 2020 г., по оценке Росстата, население страны уменьшилось на 510 тыс. человек. Это стало самым масштабным сокращением за последнее относительно благополучное десятилетие. Напомним, что на начало 2021 г. в Российской Федерации проживало 146.24 млн человек [1]. По этому показателю страна находилась на девятом месте в мире. В мировой табели о рангах по численности населения выше России стоит Бангладеш, где проживает 167 млн человек, а ниже находится Япония — 127 млн человек. При этом по площади Бангладеш меньше России примерно в 120 раз!

Отечественные и зарубежные демографические прогнозы свидетельствуют, что численность населения РФ будет и далее сокращаться. Так, по

данным Департамента народонаселения ООН, к 2050 г. она составит 129 млн человек. Это означает, что Россия перейдёт во вторую десятку стран мира по этому показателю. Согласно прогнозу ООН, её опередят такие страны, как Мексика, Египет, Эфиопия, Филиппины и Вьетнам. Росстат ежегодно корректирует эти сведения по трём вариантам, но очевидно, что отрицательная динамика численности нашего населения в ближайшие годы станет доминирующей. Некоторые зарубежные издания не упустили возможность опубликовать в разное время по этому поводу статьи с весьма выразительными заголовками: “Амбиций больше – населения всё меньше” (“The New York Times”, США), “Россия: вымирающее население” (“Los Angeles Times”, США), “Россия: пространство без народа” (“Die Welt”, Германия), “Последний россиянин” (“Wprost”, Польша), “Россия обречена на роль “больного человека” Европы” (“The Times”, Великобритания), “Россия храбрится, но на самом деле разваливается – население сокращается” (“The Washington Post”, США), “Опасная тенденция: из-за сокращения населения России грозит системный упадок” (“The Boston Globe”, США), “Умирующий медведь: российская демографическая катастрофа” (“Foreign Affairs”, США).

Независимо от точности прогнозов сокращения численности населения для России имеет негативные геополитические и социально-экономические последствия. Будет сложно удерживать и развивать обширные территории на Востоке страны, которые теряют жителей в результате смертности и миграционного оттока. Процесс активного сокращения населения в Сибири и на Дальнем Востоке можно назвать не иначе как “восточным демографическим сжатием”. Именно эти регионы имели максимальные людские потери между переписями 2002 и 2010 г., хотя в аналогичной ситуации оказались и те регионы, которые расположены в Центральной России, Поволжье и на Урале. Кроме того, потеря населения отмечается в малых городах и сельских населённых пунктах, усугубляется дефицит трудовых ресурсов. Сокращается число абитуриентов в вузах и призывников для армии, снижается доля детей, молодёжи и возрастает доля пожилых людей в общей структуре населения. По оценкам экономистов “Credit Suisse”, к 2060 г. в России почти половина населения будет пенсионерами, что потребует колоссальных расходов Пенсионного фонда. Придётся реформировать пенсионную систему так, чтобы финансировать растущее число пенсионеров на фоне сокращения рабочей силы [2]. Таким образом, негативные демографические тенденции становятся всё более чувствительными для российской экономики и общества. Кроме того, нисходящая динамика численности на-

селения не добавляет авторитета стране на мировой арене.

В этих условиях российские власти постоянно предпринимают попытки активизировать демографическую и миграционную политику, стремясь увеличить численность населения за счёт различных источников. В 2007 г. была принята Концепция демографической политики до 2025 года, за ней последовал комплекс мер поддержки населения, в том числе использование материнского капитала. В 2007 г. начала действовать первая государственная программа стимулирования возвращения соотечественников в Россию. Во многих регионах страны активизировались демографические программы. В 2005 г. запущены приоритетные национальные проекты, в том числе “Здоровье”. В 2018 г. принят национальный проект “Демография”. В 2020 г. Президент РФ инициировал разработку Единого плана достижения национальных целей развития, в котором заложены демографические показатели. Сейчас они включены в систему оценки деятельности органов государственной власти на разных уровнях, приняты региональные программы демографического развития.

Эти меры позволили немного стабилизировать численность населения, динамика роста которого стала положительной с 2008 г. Но отметим, что значительный вклад в формирование этого показателя вносила иммиграция, резко сократившаяся в 2020 г. по причине закрытия границ. При этом, пополняя население, миграция не решала принципиально демографических проблем страны. Все организационные и финансовые меры не смогли погасить второй волны депопуляции, которая началась в России с 2016 г., когда естественная убыль составила 2.3 тыс. человек. А затем моховик депопуляции стал раскручиваться: в 2017 г. – 135.8 тыс., в 2018 г. – 224.6 тыс., в 2019 г. – 317.2 тыс., а в 2020 г. – 688.7 тыс. человек (превышение смертей над рождениями). При этом меры демографической политики не ослабевали, а, напротив, усиливались, затраты на демографические программы росли. В чём причина такого парадокса?

Гипотеза исследования заключается в том, что вторая волна депопуляции в России спровоцирована не только негативными современными тенденциями, но и связана с историческими особенностями демографического развития страны, а именно с деформированной под влиянием разных исторических событий возвратной структурой населения, или часто упоминаемыми в научной литературе “демографическими ямами”.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОНЯТИЮ “ДЕПОПУЛЯЦИЯ”

Понятие “депопуляция” в демографической литературе трактуется по-разному. Так, в Демографическом энциклопедическом словаре сформулировано три различных определения депопуляции, связанных либо с уменьшением абсолютной численности населения страны, либо с его суженным воспроизводством. Автор статьи пишет, что депопуляция реально наступает, если величина общего коэффициента смертности превышает величину общего коэффициента рождаемости [3, с. 123]. Собственно, такая же трюшвенная трактовка депопуляции даётся и в энциклопедическом словаре “Народонаселение” [4, с. 124].

Первое определение включает в детерминанты депопуляции наряду с естественным миграционным движение. Очевидно, что даже при высоком уровне рождаемости и низкой смертности, то есть существенном естественном приросте, миграция может вести к сокращению общей численности населения. И наоборот, при естественной убыли миграция может не только её полностью компенсировать, но и обеспечивать демографический рост. Миграция, как и естественное движение, — это две детерминанты демографической динамики, и лишь вторая из них может обуславливать депопуляцию. В свою очередь, миграция — это экзогенный, внешний для данной популяции фактор, тогда как естественное движение — эндогенный, внутренний фактор.

Не соответствует сути и второе определение депопуляции, которого придерживается ряд современных демографов. Вот пример. “Строго говоря, — пишет В.Б. Жиромская, — депопуляция — это вымирание населения вследствие его суженного воспроизводства” [5, с. 8]. Дело в том, что характеристики воспроизводства населения относятся не к реально происходящим процессам, а к тем, которые ожидают нас в будущем. Обычно уровни воспроизводства населения характеризуют суммарные коэффициенты рождаемости. Эти показатели в соответствии с современными российскими реалиями на отметке в 2.1–2.15 будут характеризовать уровень простого воспроизводства населения. Понятно, что если они окажутся выше данных величин, то будет расширенное воспроизводство, а если ниже, то суженное.

Согласно третьему определению, депопуляция — это превышение общих коэффициентов смертности над подобными показателями рождаемости. Но депопуляция выражается не только относительными показателями, такими как общие коэффициенты, но и абсолютными величинами, в частности, превышением чисел умерших над числами родившихся. Депопуляция — это од-

но из состояний демографического развития страны, суть которого — в сокращении численности населения за счёт его естественной убыли. В практической деятельности, оперирующей с реальными явлениями, сейчас прочно утвердилось именно представление о депопуляции как о превышении смертности над рождаемостью.

Ранее нами был предложен и обоснован термин “вторая волна депопуляции” как характеристика демографического развития российского общества с 2016 г. [6]. Данный этап характеризуется новым витком сокращения рождаемости по причинам углубления негативных изменений возрастной структуры населения и исчерпания резервов рождаемости, обусловленных воздействием мер материнского капитала, позволившим многим российским семьям реализовать отложенные рождения. Развитие теоретических и практических подходов по оценке масштабов и разработке мер компенсации депопуляции отмечается также на государственном уровне.

В связи с ухудшением демографической ситуации в стране Президиум Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам утвердил 24 декабря 2018 г. национальный проект “Демография”, который призван погасить вторую волну депопуляции [7]. Сейчас перед демографическими исследованиями стоят задачи выявить её причины и особенности; определить возможные социально-демографические и геополитические последствия; выделить резервы для компенсации убыли населения страны и отдельных её регионов; определить возможные резервы компенсации потерь населения за счёт миграционных процессов. Совершенно очевидно, что вторая волна депопуляции требует разработки новых, неординарных мер демографической и миграционной политики, которые могли бы помочь не просто компенсировать сокращение численности населения, а кардинально развернуть демографические тренды в России в позитивную сторону.

ДЕФОРМАЦИИ ПОЛОВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ В 1920–1980-е ГОДЫ

Среднегодовые темпы прироста населения в РСФСР в 1921–1940-е годы, несмотря на драматические события (коллективизация, политический террор, массовый голод, охвативший прежде всего районы Поволжья), составили 1.11%. За это время численность населения РСФСР увеличилась на 24.8%. Показатели рождаемости в тот период в 1.5–2 раза превышали показатели смертности. В 1926 г. на 1000 населения приходилось 43.4 рождений и 20.7 смертей, а в 1940 г. — 33.0 и

Таблица 1. Результаты естественного и миграционного движения населения России по пятилетним периодам 1951–1990 гг., млн человек

Численность населения, на начало года		Рост (убыль) населения, % к предыдущему году	Пятилетние периоды	Прирост или убыль населения за 5 лет		
				общий*	в том числе	
					естественный	миграционный
1951	102.9	X	1951–1955	9.4	9.2	0.2
1956	112.3	109.1	1956–1960	8.5	9.5	–1.0
1961	120.8	107.6	1961–1965	6.4	6.9	–0.5
1966	127.2	105.3	1966–1970	3.5	4.1	–0.6
1971	130.7	102.8	1971–1975	4.0	4.1	–0.1
1976	134.7	103.1	1976–1980	4.3	3.7	0.6
1981	139.0	103.2	1981–1985	4.8	4.0	0.8
1986	143.8	103.5	1986–1990	4.7	3.6	1.1
1991	148.5	103.3	1951–1990	45.6	45.1	0.5
1991 к 1951		144.3	X	X	X	X

Источник: [7, с. 32, 33, 84, 85].

* Общий прирост определён как разность между численностью населения на конец и начало пятилетних периодов. Сальдо миграции представляет разность между общим и естественным приростом.

20.6 соответственно [7, с. 84]. В годы Великой Отечественной войны, продолжавшейся около 47 месяцев, Советский Союз потерял 27 млн человек, из которых на долю России приходилось свыше 13 млн или более 48% демографических потерь. Если среди гражданского населения доля потерь России составляла 2/5, то по безвозвратным потерям военнослужащих – 2/3. До 1943 г. основная тяжесть потерь приходилась на военнослужащих, призванных в свободных от оккупации районах России, республиках Средней Азии и Закавказья. В 1941 г. на долю России пришлось 65% безвозвратных потерь Красной армии от общих потерь по СССР, в 1942 г. – 77.1%, в 1943 г. – 69.5%. По мере освобождения союзных республик, находившихся в оккупации, возрастал их вклад в пополнение советских Вооружённых сил и, соответственно, доля России в потерях сокращалась. Так, в 1945 г. она составила 50.9% [8, с. 164–166].

В ходе Великой Отечественной войны погибли миллионы людей, причём мужчин значительно больше, чем женщин (доля мужчин в населении России в 1959 г. не превышала 45% по сравнению с 47% в 1940 г., а женщин – 55 и 53% соответственно). Произошла деформация возрастной структуры. Вдвое сократилась доля лиц в возрасте

10–15 лет, то есть тех, кто родился в военные и первые послевоенные годы. Заметно уменьшилась доля лиц 1920-х годов рождения, то есть призывного контингента предвоенных лет. Произошедшие структурные изменения, потери миллионов людей, прежде всего мужчин наиболее активного возраста, не могли не сказаться на последующем демографическом развитии России.

Достоверная информация о динамике населения военных лет и первого послевоенного пятилетия (1946–1950) отсутствует, что обусловлено качеством учёта демографических событий в те годы, особенно на оккупированных территориях. То же можно сказать и о миграционном обмене населением с рядом стран в связи с изменением государственных границ, репатриационными процессами. Статистические органы начали публикацию сведений о численности населения и других демографических явлениях лишь с 1950 г. [7, с. 32; 9, с. 7]. Используя опубликованные ряды численности населения России и их компоненты в 1951–1991 гг., можно воспроизвести вполне достоверную картину демографического развития России в послевоенные советские годы (табл. 1).

В таблице 1 приведены числа в миллионном измерении, хотя в тех источниках, откуда они взяты, даются в тысячах. Это связано с неточностью све-

Таблица 2. Изменение численности и доли России (РСФСР) в мировом населении и в СССР с 1950 по 1990 г., млн человек

Годы	Мир	СССР	Россия	Доля СССР в мире, %	Доля России, %	
					в мире	в СССР
1950	2527	178.5	101.4	7.06	4.01	56.8
1965	3285	229.6	126.3	6.99	3.84	55.0
1974	3940	250.9	132.9	6.37	3.37	53.0
1985	4815	276.3	142.8	5.74	2.97	51.7
1990	5014*	288.6	147.7	5.76	2.95	51.2

Источники: [7, с. 32, 33]; [9, с. 7]; [12]; [13]; [14].

* Рассчитана как средняя арифметическая взвешенная из данных 1985 и 1992 г.

дений о естественном и миграционном движении населения, которые опубликованы, причём не только в научных трудах, но и в статистических справочниках. В советское время многие статистические данные о естественном и миграционном движении, особенно после 1976 г., когда почти всю информацию о населении запрещалось публиковать в открытой печати, могли быть получены лишь в служебном порядке. Согласно сведениям о демографическом развитии России с 1951 по 1990 г., переписанным ЦСУ РСФСР, общий прирост населения в тот период составил 45 760 тыс. человек. На долю естественного прироста пришлось 45 224 тыс. и, соответственно, миграционный прирост составил 536 тыс. человек. Эти показатели ненамного отличаются от тех, которые были опубликованы Госкомстатом России в 1998 г. Поскольку различия невелики, то числа, по сути, при округлении почти совпадают.

Данные, сформированные ЦСУ РСФСР в начале 1990-х годов и уточнённые Госкомстатом России в конце того же десятилетия, в ряде случаев отличаются от тех сведений, которые встречаются в публикациях, увидевших свет в 2010-е годы. Например, естественный прирост в 1976–1990 гг., по данным ЦСУ РСФСР, был равен 11 212 тыс., Госкомстата (1998) – 11 312 тыс., учёных НИУ ВШЭ (2014) – 11 317 тыс. [10], по оценке Л.Л. Рыбаковского (2014) – 11 419 тыс. [11, с. 109]. В статистике миграции населения ещё больше расхождений. Сальдо миграции в указанных источниках отличается на порядок. Для 1951–1955 гг. данные Л.Л. Рыбаковского свидетельствуют о миграционной убыли в 670 тыс. человек, по оценке учёных НИУ ВШЭ – 489 тыс., Госкомстата – 200 тыс., по сведениям ЦСУ РСФСР – 160 тыс. человек. Имеющиеся расхождения величин миграционного сальдо, как и общего прироста численности

населения, понятны, учитывая его регулярные уточнения. Но почему меняются цифры естественного прироста, то есть родившихся и умерших, остаётся загадкой.

За 40 послевоенных лет население России увеличилось на 44.3%. В первой половине этого периода оно возрастало на 5–9% за каждые пять лет, в остальное 20-летие – на 3–3.5%. Среднегодовые темпы прироста в 1951–1990 гг. немного снизились по сравнению с довоенным периодом, хотя и остались достаточно высокими. В среднем количество жителей увеличивалось на 0.92% ежегодно. Несмотря на постоянный рост, численность населения России (РСФСР) как в мировом населении, так и среди союзных республик СССР неуклонно снижалась. Если в начале 1950-х годов на долю России в мировом населении приходилось чуть больше 4%, то в 1974 г. – 3.37%, а в 1990 г. – 2.95%. Аналогично сокращалась и доля населения всего СССР (исключение составляли только 1986–1990 гг.) (табл. 2).

За четыре послевоенных десятилетия население России выросло на 45.6 млн человек (в среднем на 1–1.15 млн в год), причём 98.9% прироста пришлось на естественное движение и лишь 1.1% на миграцию. Двадцать лет (1956–1975) в стране отмечалась миграционная убыль, мигранты из России выезжали в союзные республики. Это было связано с социально-экономическими процессами. С 1950-х годов началось освоение целинных земель в Казахстане, в городах Средней Азии строились промышленные предприятия, электростанции, развивалась социальная сфера и т.д. Перепись 1959 г. зафиксировала свыше 2.2 млн русских в населении республик Средней Азии, а также почти 4 млн в Казахстане. Росло русское население в Закавказье. Но со второй по-

ловины 1970-х годов начался миграционный приток в Россию, возвратный отток русских.

В 1950-е и первую половину 1960-х годов величина естественного прироста во многом определялась высоким уровнем рождаемости, составлявшим ежегодно от 2.8 (1951) до 2.3 млн человек (1963). В это время в репродуктивный возраст вступали довоенные поколения, которые не были затронуты призывами в армию и участием в войне. С середины 1960-х годов в репродуктивный возраст стали вступать лица, родившиеся в годы войны, когда рождаемость заметно сократилась. Например, людям, родившимся в 1943–1945 гг., в 1979 г. было 36–34 года. К тому времени их осталось 2.9 млн человек. Тех же, кто родился в 1940–1942 гг. и достиг возраста 39–37 лет, в 1979 г. было 6.4 млн человек. Следовательно, родившихся в два с половиной довоенных и полгода военного времени оказалось, несмотря на большее число прожитых ими лет, в 2.2 раза больше, чем тех, кто родился в два военных и полгода послевоенного времени. Число родившихся в 1965–1971 гг. было меньше 2 млн и только в 1973 г. составило 1995 тыс. человек.

Вместе с сокращением рождаемости стали расти и числа умерших. До начала 1970-х годов умирало по 9–10 млн человек ежегодно, в 1969–1974 гг. — 11–12 млн, в 1975–1979 гг. — 13–14 млн, а в 1980-е годы число умерших составило 15–16.5 млн человек. В 1980-е годы возросло число родившихся. Это было вызвано реализацией постановления Правительства СССР “О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей” (1981), которым предусматривались меры по оказанию помощи молодым семьям в приобретении жилья, пенсионные льготы родителям, обеспечение населения детскими дошкольными учреждениями, выплаты единовременных и ежемесячных пособий на детей. В результате в 1982–1988 гг. ежегодно рождалось 2.3–2.5 млн человек. Число родившихся в 1989 г. составило 2.2 млн, а в 1990 г. — 2 млн. В середине 1980-х годов оно увеличилось на 400–500 тыс. по сравнению с 1970-ми годами. Столь высокий уровень рождаемости обеспечивал восходящую демографическую динамику в стране в послевоенные годы.

Одна из главных задач постановления “О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей” состояла в необходимости погасить влияние демографической волны, возникшей вследствие резкого падения рождаемости в военные годы. Успехи отмечались в 1983–1987 гг., а затем началось сокращение рождаемости, уровень которой уже в 1989 г. не отличался от конца 1970-х годов. Вслед за этим произошёл демографический обвал в 1990-е годы,

основной причиной которого стал пертурбационный процесс, радикально изменивший социально-экономический уклад общества, политическую систему страны, жизнедеятельность населения.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ШОК В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ В 1990-е ГОДЫ

Развал СССР в 1991 г. сопровождался кардинальной трансформацией экономики (падение производства, закрытие предприятий, рост безработицы), разрушением социальной сферы (системы здравоохранения, санитарного надзора за производимым продовольствием), ухудшением условий жизни населения (падение доходов, сокращение потребления продуктов, отсутствие уверенности в завтрашнем дне). В 1993 г. объём промышленного производства по сравнению с 1989 г. сократился на 35%. Доля безработных в составе экономически активного населения в 1992 г. составила 4.7%, а в 1993 г. достигла 5.5%. В 1992 г. Россия по величине ВВП оказалась на 35 месте среди 64 сравниваемых стран — на уровне Аргентины, Таиланда, Колумбии [15, с. 253, 298].

Происходившие изменения отразились на демографических процессах: продолжилось сокращение рождаемости и резко увеличилась смертность. Если число родившихся сокращалось сравнительно монотонно (за девять лет с 1990 по 1999 г. на 39%), то число умерших резко возросло: в 1990 г. — 1656 тыс. (максимум с начала 1950-х годов), в 1993 году — 2.1 млн человек, а в 1994 г. — 2.3 млн. Увеличение на 40% за четыре года — прибавилось 600 тыс. смертей!

Сокращение чисел родившихся происходило параллельно со снижением величины суммарного коэффициента рождаемости: в 1990 г. — 1.892, к 1999 г. — 1.157. Численность женщин репродуктивного возраста в 1990-е годы менялась незначительно. Но многие молодые женщины отложили реализацию своих репродуктивных планов на будущее, поскольку были вынуждены обеспечивать себя, а иногда и мужа, и семью. Например, в членочном бизнесе было занято от 10 до 15 млн человек, в основном это люди молодых возрастных когорт, в том числе женщины. В 1990-е годы многие люди, выполнившие репродуктивные планы в предшествующее десятилетие, когда оказывалась помощь семьям, имеющим детей, выбыли из воспроизводственного процесса. С началом 2000-х годов числа родившихся и суммарный коэффициент рождаемости начали возрастать (табл. 3).

Число умерших в 1993 г. впервые превысило 2 млн. Резко ухудшилась криминальная ситуация в стране и, соответственно, возросла смертность от внешних причин. В 1990 г. было зарегистриро-

Таблица 3. Показатели рождаемости населения России в 1990–2005 гг.

Годы	Числа родившихся, тыс. человек	На 1000 человек населения	Суммарный коэффициент рождаемости
1990	1989	13.4	1.892
1995	1364	9.3	1.337
2000	1267	8.7	1.195
2005	1457	10.2	1.294

Источник: [16, с. 65, 91].

вано 21.1 тыс. убийств, а в 1993 г. их было уже 45.1 тыс., то есть показатели возросли в 2.1 раза. Количество самоубийств увеличилось с 39.2 до 56.1 тыс. Потребление некачественного и поддельного алкоголя, крепких алкогольных напитков привело к росту смертей с 18.2 до 52.8 тыс. [15, с. 50, 51].

Числа умерших в России не опускались ниже 2 млн на протяжении 18 лет, вплоть до 2011 г. Максимальный показатель приходился на 1994, 2002, 2003, 2005 гг. — в эти годы он превышал 2.3 млн! Рост количества умерших при сокращении численности населения страны привёл к увеличению коэффициента смертности: в 1990 г. — 11.2 на 1000 жителей, в 1995 г. — 15.0, в 2000 г. — 15.3, в 2005 г. — 16.1. Аналогичная нисходящая динамика отмечалась и относительно показателя ожидаемой продолжительности жизни населения: 1990 г. — 69.19 года, 1995 г. — 64.52, 2000 г. — 65.34, 2005 г. — 65.37. Столь низких показателей в истории страны не было даже в первые послевоенные годы.

Таким образом, шоковая сверхсмертность 1990-х — начала 2000-х годов отбросила Россию в демографическом развитии назад, затормозив рост продолжительности жизни и поставив её на уровень развивающихся государств. Только в 2011 г. число умерших опустилось ниже 2 млн и стало постепенно сокращаться, достигнув минимальной величины в 2019 г. (1798 тыс.), что соответствовало уровню 1991 г. Тогда, 30 лет назад, численность населения России была на 1.5 млн больше (а с учётом Крыма — на 4 млн), чем в 2019 г.

УЛУЧШЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ПЕРИОД АКТИВИЗАЦИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ И ВТОРАЯ ВОЛНА ДЕПОПУЛЯЦИИ

Улучшение демографической ситуации в России началось в середине 2000-х годов. Благодаря

реализации приоритетного национального проекта “Здоровье” с 2006 г. стала совершенствоваться первичная медицинская помощь, повысилась доступность высокотехнологичных видов лечения, возросла профилактическая направленность здравоохранения, как следствие, снижалась смертность населения от предотвратимых причин. С 2007 г. вступил в силу комплекс новых мер государственной помощи семьям с детьми. Наиболее сильной мерой оказался материнский капитал, предоставляемый семьям при рождении второго и последующих детей. Усилилась поддержка семей при рождении и воспитании детей, больше внимания стали уделять развитию учреждений родовспоможения, улучшению медицинской помощи женщинам во время беременности. Были повышены размеры пособия женщинам, в том числе неработающим, по уходу за ребёнком до достижения им возраста полутора лет. Все эти меры способствовали сокращению смертности и росту рождаемости, что в конечном счёте привело, хотя и на короткий срок, к прекращению естественной убыли населения, то есть преодолению депопуляции в России (табл. 4).

За последние 30 лет численность населения страны сократилась. На начало 2020 г. относительно 1991 г. она уменьшилась на 1.6 млн человек (без Крыма — на 4.1 млн). Доля России в мировом населении неуклонно уменьшалась: на 2.7% — в 1992 г., 2.5% — в 1998 г., 2.1% — в 2011 г., 1.9% — в 2020 г. Суммарно за это время она сократилась на 0.8%. Если в дореволюционное время росли одновременно и численность населения, и доля России в мировом населении, то в советские годы численность населения постоянно возрастала, хотя доля СССР и России в мировом населении снижалась. В постсоветской России сокращаются одновременно и численность населения, и доля страны в мировом населении. Такое положение геополитически опасно и чревато утратой места в ряду не только мировых, но и экономически значимых держав.

Таблица 4. Естественное и миграционное движение населения России по пятилетним периодам в 1991–2021 гг., млн человек

Численность населения на начало года		Рост (убыль) населения, % к предыдущему году	Пятилетние периоды, годы	Прирост или убыль населения за 5 лет		
				общий	в том числе	
					естественный	миграционный
1991	148.3	X	1991–1995	18	–2542	2560
1996	148.3	100.0	1996–2000	–1988	–4077	2089
2001	146.3	98.7	2001–2005	–3067	–4377	1310
2006	143.2	97.9	2006–2010	–371	–2008	1637
2011	142.9	99.8	2011–2015	1399	–43	1442
2016	144.2	101.0	2016–2021	–790	–1367	577**
2020*	144.4	100.9	1991–2021	–4799	–14414	9615
2020 в % к 1991		97.4	X			

Источники: [7, с. 32, 33, 84, 85]; [16, с. 21, 65]; [17, с.15].

* С Крымом 146.7 тыс.

** Данные за январь–ноябрь 2016 г.

Таблица 5. Показатели демографического развития России в 2016–2020 гг., тыс. человек

Показатели	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Число родившихся	1888.7	1690.3	1604.3	1481.1	14335.7
Число умерших	1891.0	1826.1	1828.9	1798.3	2124.5
Естественная убыль	–2.3	–135.8	–224.6	–317.2	–688.7
Численность населения на начало года	146545	146804	146880	146794	146745

Источник: данные Федеральной службы государственной статистики.

Ещё одна особенность динамики численности населения современной России – различная роль компонентов в демографической динамике. В послевоенные 40 лет население страны постоянно увеличивалось, причём почти полностью за счёт естественного прироста. На долю этого компонента в 1951–1990 гг. приходилось 98.9%, а на миграцию – только 1.1%. В постсоветское время сложился противоположный вклад этих компонентов в динамику населения. Все пятилетние периоды постсоветского 30-летия лишь 4 раза был небольшой естественный прирост: в 1991 г. – 104 тыс., в 2013–2015 гг. – суммарно 86 тыс. человек. В общей сложности от естественной убыли за 30 лет Россия потеряла 14.4 млн человек. Но благодаря миграционному компоненту было компенсировано 2/3 естественной убыли. В результате население страны сократилось лишь на 4.8 млн человек. А геополитический шаг – присоеди-

ние Крыма – уменьшил эту величину до 2.5 млн человек.

Худшим периодом в демографическом развитии России были 1996–2005 гг. До середины 2000-х годов вследствие роста смертности, начавшегося после дефолта 1998 г., естественная убыль населения держалась на отметке 840–850 тыс. человек в год. Это было самое трудное время депопуляции. Затем последовало десятилетие её преодоления и оздоровления демографической ситуации в стране. Но улучшение длилось недолго. За ним вновь наступила новая волна депопуляции. Принципиальное отличие этого этапа демографического развития страны состоит в том, что величина естественной убыли определяется исключительно сокращением чисел родившихся, а смертность продолжает снижаться (табл. 5).

Наступившая депопуляция устранила одну из главных её особенностей, когда определяющим фактором естественной убыли был рост смертности. В 2020 г. число умерших превысило 2,1 млн человек, то есть, по сути, показатель вернулся к уровню 1993 г. Однако причина оказалась иной: резкий рост смертности был обусловлен пандемией, вызванной коронавирусом. Смертность возросла примерно на избыточную смертность в России в 2020 г., которая составила около 324 тыс. человек (или на 18% больше, чем в 2019 г.). Официальная смертность от COVID-19 в стране за время пандемии составила 116 тыс. человек, что усугубило вторую волну депопуляции, которая началась ранее, в 2016 г.

НЕОБХОДИМЫЕ МЕРЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ДЕПОПУЛЯЦИИ

России потребовалось 18 лет, чтобы преодолеть депопуляцию 1993–2010 гг. Возникает вопрос, как решить проблему в сфере рождаемости? Долгие годы рождаемость в стране будет зависеть не столько от низкого уровня суммарного коэффициента рождаемости, сколько от сокращающейся численности женщин репродуктивного возраста. А это проблема на долгие годы, и она может вновь негативно повлиять на демографическое развитие России.

Анализ демографической ситуации позволяет говорить о том, что для системного выхода из второй волны депопуляции требуется научно обоснованная национальная демографическая программа, в которой целесообразно выделить меры по четырём направлениям.

Во-первых, необходимо создать условия для рождения и воспитания детей, осуществлять поддержку семей с детьми, что может стимулировать рождаемость в стране и обеспечит естественный прирост населения.

Во-вторых, следует принять меры по развитию самосохранительного поведения, сокращению смертности и увеличению продолжительности жизни, что сократит показатели смертности и также обеспечит естественный прирост населения.

В-третьих, надо привлекать мигрантов различных категорий, которые хотят жить и работать в России, что обеспечит миграционный прирост населения. В современных условиях стране следует искать выход в усилении вклада миграционного компонента в демографическую динамику. Это относится прежде всего к реэмиграции русских. Расчёты численности русских, проживающих в странах нового зарубежья, показывают, что там могут находиться не более 13–14 млн человек. Наибольшее их количество приходится на Казах-

стан и Украину. К сожалению, эти миллионы никак нельзя рассматривать как российский миграционный потенциал. Это связано с их социально-демографическим составом. Со времени распада Советского Союза прошло почти 30 лет. За это время у русского населения, проживающего в странах нового зарубежья, родились миллионы детей, социализация которых проходила уже в новых условиях. К тому же и родившиеся в 1980-е годы тоже социализировались не только в советских условиях. Среди наиболее активных трудоспособных возрастов, то есть 20–40-летних, абсолютное большинство составляют те, кто родился не в России, а в государствах постоянного проживания. Их может быть примерно 35–40% во всём русском населении, а вместе с теми, кому нет ещё 20 лет, — как минимум 3/5. С учётом приведённых выше расчётов величина миграционного потенциала может составлять 2–4 млн человек [18, с. 11].

В-четвёртых, необходимо внутри страны создать условия для самореализации населения, ориентированного на эмиграцию из России, что дополнительно обеспечит миграционный прирост.

Кроме того, следует провести некоторые организационные изменения в структуре демографической и миграционной политики. В составе Правительства Российской Федерации важно иметь вице-преьера по социально-демографическому развитию, а также отдельные министерства демографического развития и миграции, которые должны действовать синхронно на общую цель — увеличение численности населения и улучшение качества человеческого потенциала в стране.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курносова А., Батманова А. Сокращение населения России на фоне пандемии стало рекордным за 15 лет // РБК. 28.01.2021. <https://www.rbc.ru/economics/28/01/2021/6012a7ca9a7947d4e0e8042d>
2. Холявко А., Оверченко М. К 2060 году в России почти половина населения будет пенсионерами. Ведомости. 23.01.2020. <https://www.vedomosti.ru/economics/articles/2020/01/22/821263-2060-godu>
3. Демографический энциклопедический словарь / Гл. ред. Д.И. Валентей. М.: Советская энциклопедия, 1985.
4. Жиромская В.Б. Основные тенденции демографического развития России в XX веке. М.: Кучково поле, 2012.
5. Народонаселение. Энциклопедический словарь / Гл. ред. Г.Г. Меликян. М.: Большая Российская Энциклопедия, 1994.
6. Демографическая ситуация в России: новые вызовы и пути оптимизации. Национальный демогра-

- фический доклад / Под ред. члена-корреспондента РАН С.В. Рязанцева. М.: Экон-Информ, 2019.
7. Население России за 100 лет (1897–1997). Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1998.
8. *Рыбаковский Л.Л.* Великая Отечественная. Особенности. Людские потери. Факторы победы. М.: Экон-Информ, 2020.
9. Население СССР. 1973. Статистический сборник. М.: Статистика, 1975.
10. Демоскоп Weekly. № 617–618. 3–16 ноября 2014. <http://www.demoscope.ru/weekly/2014/0617/index.php>
11. Миграционные процессы в России. М.: Экон-Информ, 2014.
12. United Nations. Population Division. Department of Economic and Social Affairs. World Population. 1985.
13. United Nations. Population Division. Department of Economic and Social Affairs. World Population. 1992.
14. *Козлов В.И.* Динамика численности народов. М.: Наука, 1969.
15. Российский статистический ежегодник. 1994. М.: Госкомстат России, 1994.
16. Демографический ежегодник. 2013. Статистический сборник. М.: Росстат, 2013.
17. Демографический ежегодник России. 2017. Статистический сборник. М.: Росстат, 2017.
18. Демографическое развитие России: тенденции, прогнозы, меры. Национальный демографический доклад – 2020 / Отв. ред. С.В. Рязанцев. М.: Объединённая редакция, 2020.

ВЫНУЖДЕННАЯ МОБИЛЬНОСТЬ И ИММОБИЛЬНОСТЬ В ТУРБУЛЕНТНОМ МИРЕ

© 2021 г. И. П. Цапенко

*Национальный исследовательский институт мировой экономики и международных отношений
им. Е.М. Примакова РАН, Москва, Россия*

E-mail: tsapenko@bk.ru; tsapenko@imemo.ru

Поступила в редакцию 10.05.2021 г.

После доработки 25.05.2021 г.

Принята к публикации 02.06.2021 г.

Вынужденная мобильность и вынужденная имобильность — не просто полярные типы недобровольного миграционного поведения. По мнению автора, они тесно взаимосвязаны и подобны сообщающимся сосудам, будучи порождением общих причин: конфликтности, насилия и неблагоприятных экологических процессов, действие которых может быть как выталкивающим, так и препятствующим передвижениям. На принятие решения, уехать или остаться на прежнем месте, влияет целый комплекс объективных факторов и субъективных обстоятельств, включая ценности, предпочтения, эмоции, иррациональность и др. Нарастание общественной нестабильности и неблагоприятия сказывается в росте масштабов вынужденных перемещений, повышении доли беженцев среди мигрантов, что говорит об усилении вынужденного характера современной миграции. Умножение горячих точек конфликтов и катастроф усиливает риски попадания людей, не располагающих миграционным ресурсом, в капканы имобильности. Улучшению защиты и поддержки пострадавших от политических и природных катаклизмов могут способствовать комплексные решения и совместные действия государств и других заинтересованных сторон. Наблюдается тенденция к распространению помощи на более широкие нуждающиеся группы населения.

Ключевые слова: конфликты и преследование, природные бедствия и изменение климата, пандемия COVID-19, вынужденная мобильность, беженцы, лица, перемещённые внутри стран, вынужденная имобильность, застрявшее население, комплексные решения и совместные действия в области защиты и поддержки пострадавших от политических и природных катаклизмов.

DOI: 10.31857/S0869587321090103

Современный мир переживает разительные трансформации — масштабные, глубокие и динамичные. В то же время переменам и ускорению, которыми отмечен наш век, нередко сопутствует нарастание общественной нестабильности и не-



ЦАПЕНКО Ирина Павловна — доктор экономических наук, заведующая сектором ИМЭМО им. Е.М. Примакова РАН.

благополучия. Согласно докладу о Глобальном индексе миролюбия 2020 г., составленному австралийским Институтом экономики и мира, с 2008 г. на планете наблюдается усиление конфликтности, насилия и неблагоприятных экологических процессов, сопровождаемое ухудшением безопасности условий жизни. За 2011–2019 гг. число гражданских волнений и общественных беспорядков, происходящих в мире, увеличилось более чем втрое, в том числе в Африке — в 9 раз. И природные бедствия разражаются ныне втрое чаще, чем четыре десятилетия назад [1]. Последствия этих катаклизмов усугубляются пандемией COVID-19 и вызванным ею экономическим кризисом.

В период турбулентности серьёзные сдвиги происходят также и в сфере людских перемещений, преобразуя миграционную повестку, в том

числе политику государств и их союзов, прав человека, социального неравенства, ценностей и установок и т.п. Как подчёркивается в докладе Международной организации по миграции (МОМ) 2020 г., подобные перемены побуждают исследователей миграции к обновлению изучаемой ими тематики и пересмотру прежних подходов [2].

Ещё совсем недавно — на рубеже веков — в центре внимания учёных и политиков был небывалый рост масштабов трансграничных миграций — перемещений людей со сменой стран их обычного проживания. Распространение краткосрочных немиграционных передвижений населения не преминуло сказаться на расширении предмета исследований и использовании термина “мобильность” для характеристики новых реалий в этой сфере. В то же время нарастание нестабильности и неблагополучия в мире, возникновение неблагоприятных, ненормальных и чрезвычайных жизненных ситуаций и условий усиливает действие негативных факторов, выталкивающих людей с насиженных мест или, наоборот, препятствующих передвижениям. Речь идёт о вынужденной мобильности и имобильности¹. Актуальность и значимость проблематики вынужденного миграционного поведения резко повысилась и особенно ярко высветилась в условиях застывания потоков, или “кризиса мобильности”, вызванного пандемией COVID-19.

Настоящая статья посвящена вынужденному миграционному поведению людей, трактуемому в широком смысле этого термина. Оно включает не только недобровольные перемещения населения, в первую очередь беженство, но и гораздо менее заметную и менее известную, но от этого не менее экстремальную форму такого поведения — вынужденную территориальную неподвижность людей, оказавшихся в капканах политических и природных катаклизмов.

Что понимается под вынужденной мобильностью и имобильностью? Каковы факторы и механизмы вынужденного миграционного поведения? Какие тенденции наблюдаются в сфере мобильности? Как влияет на них пандемия COVID-19? Какие изменения происходят в системе защиты лиц, пострадавших от конфликтов и природных бедствий? Эти вопросы окажутся в центре внимания в данной работе, которая основана на анализе имеющихся теоретических ис-

следований и статистической информации из различных источников.

ВЫНУЖДЕННЫЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ: ИЗДЕРЖКИ И АДАПТАЦИОННЫЙ РЕСУРС

Территориальная мобильность — это естественная черта и неотъемлемая часть современной жизни, метафорически и очень метко названной британским социологом З. Бауманом текучей (в силу непрерывных миграционных и прочих переливов). Другой британский социолог Дж. Урри, рассматривая мир сквозь призму потоков, отмечал, что «и для богатых, и даже для бедных движение стало означать “способ проживания” на земном шаре» [3, с. 69].

Вместе с тем очевидно, что не всякая мобильность является нормальной и добровольной. Статистика говорит о том, что мобильность всё чаще становится способом выживания, принимая вынужденный характер. В научной литературе термин “вынужденная мобильность” используется в качестве зонтичного для характеристики людских потоков, в которых присутствует элемент принуждения, в том числе угроза жизни, здоровью и свободе в результате политических преследований и конфликтов, природных или техногенных катаклизмов. Однако разделение мобильности на добровольную и вынужденную отчасти условно и произвольно. Так, миграция, обусловленная давлением неблагоприятных социально-экономических обстоятельств, в частности массовой безработицы, нищеты и т.п., то есть фактически являющаяся вынужденной, формально считается добровольной. Более того, множественность причин перемещения людей из страны в страну затрудняет чёткое их разграничение. Поэтому территориальную подвижность населения порой представляют как некий континуум разных видов перемещений — от полностью добровольных до полностью вынужденных [2, р. 256].

До недавнего времени концепт вынужденных миграций почти не разрабатывался. Швейцарский экономист Э. Пиге объясняет это доминированием экономической парадигмы в миграционных исследованиях. Построение миграционных теорий, как правило, сводилось к определению неких закономерностей людских передвижений, при принятии решения о которых потенциальные мигранты сохраняли большую свободу выбора и не принуждались к переезду [4]. Начало такому подходу было положено английским географом Э. Равенстайном, предложившим так называемые законы миграции. При рассмотрении миграции как экономического феномена и объяснении её причин, механизмов и последствий с позиций экономического детерминизма обычно не принималось во внимание бе-

¹ Как отмечается в Резолюции Ассамблеи Совета Европы 2009 г. № 1655, п. 2, “стихийные бедствия и ухудшение состояния окружающей среды во всё большей степени будут определять природу мобильности народонаселения, а также её гуманитарного и безопасностного измерения, что нуждается в срочном анализе”. (https://www.coe.int/T/1/Parliamentary_Assembly/%5bRussian_docs%5d/%5b2009%5d/%5bJan2009%5d/Res1655_rus.asp)

женство от вооружённых конфликтов, экологических катастроф и т.п. Как отмечал американский политолог и историк миграции А. Зольберг, стихийность, уникальность развития событий и непредсказуемость его вариантов, присущие данному виду передвижений, делают их малопригодными для теоретического анализа [цит. по: 4].

Между тем более полувека назад американский социолог-функционалист Е. Ли представил миграцию как результат действия факторов выталкивания (в том числе политических и природных) и притяжения. А по мнению британско-австралийского исследователя С. Кастлза, прежнее видение беженства как цепи несвязанных чрезвычайных ситуаций уступает место суждению о нём как неотъемлемой части отношений Север—Юг [5, р. 17], складывающихся в процессе глобализации и сопряжённых с огромными разрывами в развитии отдельных стран и регионов и острейшим социальным неравенством на отстающих территориях. А социальному неравенству, как известно, нередко сопутствуют политическая нестабильность и конфликтность, нарушения прав человека, преследования и т.п. К этому добавляются техногенные катастрофы и неблагоприятные изменения климата, провоцируемые безответственной хозяйственной деятельностью крупных корпораций, особенно на вновь осваиваемых экономических пространствах. Стимулируемые общественными трансформациями и социальным расслоением, политическими и экологическими катаклизмами перемещения населения, которые в совокупности определяются как “смешанные потоки” (*mixed migration*), органично вписываются в рамки миграционной теории [6, 7] и более объёмных концептуальных каркасов мировых систем И. Валлерстайна, глобализации С. Сассен и других историко-структуралистских конструкций.

Более того, развитие в последние десятилетия междисциплинарного подхода к изучению трансграничной миграции позволяет рассматривать вынужденные передвижения с позиций и в категориях разных наук как многомерный общественный процесс. Очевидно, что между уровнем политического и экологического неблагополучия и интенсивностью вынужденных потоков существует зависимость, однако, как показывают исследования, подобная связь обычно носит нелинейный характер. Решение о том, уехать или остаться на прежнем месте, невзирая на риски, на деле принимается с учётом целого ряда обстоятельств [2]. На склонность, мотивацию и готовность к миграции могут влиять как объективные, так и субъективные, личные факторы, причём они могут быть долговременными, а могут возникать вследствие внезапного побуждения (толчка). Если рассматривать вынужденную мобильность и иммобильность как две стороны од-

ного феномена, можно выстроить разветвлённую систему детерминантов, причин и условий, влияющих на миграционное поведение населения. При этом вынужденные перемещения могут трактоваться в широком политэкономическом контексте как один из видов отношений граждан с государством, когда люди сохраняют определённую автономию в принятии миграционного решения и в той или иной мере контролируют маршруты и способы своего передвижения [4]. Учитывая, что покинуть опасные территории возможно лишь при определённых условиях, такие перемещения, при всех их издержках для мигрантов и принимающих сообществ, обладают свойствами спасительного миграционного ресурса и важного элемента адаптационной стратегии [8], к которым, по сути, человечество обращалось с незапамятных времён.

Подобная интерпретация вынужденных миграций привносит в их модель некие элементы выбора и добровольности, что даёт основание для выявления правил и построения схем. Однако это ни в коей мере не меняет вынужденной природы таких потоков, очень точно отражённой в концепте “миграции выживания” (*survival migration*) британского политолога А. Беттса [9]. Прежде всего это относится к беженцам, которыми, согласно международному праву², считаются лица, покидающие родные места из-за серьёзной угрозы их жизни, физической неприкосновенности или свободе в результате преследования, вооружённого конфликта, насилия или крупных общественных беспорядков.

Статистика ООН свидетельствует, что за внешне устойчивой поступательной динамикой мировой численности международных мигрантов, возросшей за первое двадцатилетие нынешнего века с 173 млн до 281 млн (в первую очередь за счёт увеличения числа иностранных работников и воссоединившихся членов семей), скрывается значительная изменчивость потоков в чрезвычайных и иных не укладывающихся в понятие нормы ситуациях. С середины нулевых годов в условиях усиления политической нестабильности и конфликтности именно вынужденные перемещения, особенно из самых бедных стран, укрупнялись в относительном выражении наиболее интенсивно, породив в 2010-е годы острые миграционные кризисы в Европе и Северной Америке. В 2005–2020 гг. среднегодовые темпы

² Женевская конвенция ООН о статусе беженцев 1951 г., являющаяся основополагающим (наряду Протоколом 1967 г.) документом в этой области, определяет беженца как лицо, которое “в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, принадлежности к определённой социальной группе или политических убеждений находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны” (ст. 1).

роста мировой численности беженцев и лиц, ищущих убежища, составили 5.5%, тогда как всех мигрантов — 2.5% [рассчитано по: 10]. В результате с 2000 г. число беженцев и лиц, ищущих убежища, более чем удвоилось, составив в 2020 г. почти 34 млн человек. Доля этой категории в общей численности международных мигрантов возросла с 9.5% в 2000 г. до 12% в 2020 г. [10]. А в бедных странах назначения, которые не могут обеспечить приемлемые условия размещения столь массовых контингентов, этот показатель достигает 50%.

С конца прошлого века растущее внимание исследователей, политиков и общественности стали привлекать экологические миграции. Однако, несмотря на большой массив работ, посвящённых этой теме, до сих пор не сформировалось общепринятого понятия “экологический мигрант”, и в научной, в частности англоязычной, литературе используется большое количество терминов (*environmental migrant*, *environmental refugee*, *climate refugee*, *environmentally induced migrant*, *environmentally motivated migrant* и др. [11]).

В докладе Программы ООН по окружающей среде (ЮНЕП) прямо говорится, что деградация окружающей среды вызывает перемещения людей, “ставя под угрозу их жизни и лишая их средств к существованию до непереносимой степени” [12, с. 70]. Серьёзные миграционные вызовы связаны с обострением проблем продовольственной безопасности, дефицита питьевой воды и рисков потери ареалов обитания. Международная организация по миграции определяет экологическую миграцию шире — как “передвижения людей или групп людей, которые... по причинам внезапных или постепенных изменений среды обитания, негативно влияющих на их жизнь и условия жизни, вынуждены или предпочитают постоянно или временно покинуть место своего обычного проживания” [13, р. 65]. Среди факторов внезапного характера — природные бедствия (засухи, циклоны, штормы и наводнения), техногенные катастрофы, порождающие потоки экстренно спасающихся мигрантов; в числе факторов постепенного действия — неблагоприятное изменение климатических условий и среды обитания, в том числе опустынивание, обезлесение, эрозия почвы, повышение уровня моря и др., которые вынуждают к отъезду или побуждают и мотивируют людей к поиску лучшего места для жизни [14, с. 165].

Повышается значение внезапных и пульсирующих угроз, исходящих от эпидемий ранее не известных болезней, что соответствует концепции эпидемиологического перехода. Вызванное COVID-19 повышение биологической опасности и снижение комфортности среды обитания вынуждает людей покидать не только страны с высокими показателями заболеваемости коронави

русом, но и переезжать из крупных городов в сельские районы с более благополучной эпидемиологической ситуацией. В последнем случае можно говорить о явлении деурбанизации. В то же время пандемия спровоцировала нетипичные вынужденные потоки: массовую спешную репатриацию людей, опасавшихся застрять за рубежом из-за локдауна, включая нелегальные возвратные потоки, например, марокканцев, проживавших в Испании, тайцев, работавших в Мьянме.

Терминологическая сумятица в области экологических миграций сказывается в недостатке надёжной и регулярной статистики. Особенно сложно отслеживать перемещения, вызванные постепенными изменениями климата. Учитывая, что вынужденная миграция зачастую осуществляется на ограниченный промежуток времени и на относительно небольшие расстояния, основное внимание уделяется оценке масштабов внутренних перемещений³.

Данные Центра мониторинга внутреннего перемещения (IDMC) свидетельствуют, что экологические катаклизмы чаще вынуждают людей к смене места обитания, нежели политическое неблагополучие. Численность лиц, вновь перемещённых в течение 2020 г. внутри стран (число новых случаев перемещения за год), достигла 40.5 млн — наивысшего уровня с 2011 г. Большинство из них — 30.7 млн — покинули родные места в связи с природными бедствиями или эвакуированы перед ними (прежде всего в Китае, на Филиппинах, в Бангладеш, Индии и США); гораздо меньше — 9.8 млн — в связи с конфликтами и насилием (в первую очередь в Демократической республике Конго, Сирии, Эфиопии, Мозамбике, Буркина Фасо) (рис. 1). Порой действие этих двух факторов накладывается друг на друга. Так, жители Сомали и Йемена, покинувшие свои места из-за межнациональных конфликтов, природными бедствиями были принуждены к новым перемещениям. Подобные причины нередко движут людьми и на постсоветском пространстве [15]. В 2020 г. массовые перемещения в регионе вызвали наводнения в Узбекистане и Казахстане, армяно-азербайджанский конфликт вокруг Нагорного Карабаха (при временном затишье боевых действий на Украине).

Влияние природных бедствий обычно (но далеко не всегда) более кратковременно, что позво-

³ Согласно Руководящим принципам по вопросу о перемещении лиц внутри страны, принятым ООН в 1998 г., “...перемещёнными внутри страны лицами считаются лица или группы лиц, которых заставили или вынудили бросить или покинуть свои дома или места обычного проживания, в частности в результате или во избежание последствий вооружённого конфликта, повсеместных проявлений насилия, нарушений прав человека, стихийных или вызванных деятельностью человека бедствий, и которые не пересекали международно признанных государственных границ”.

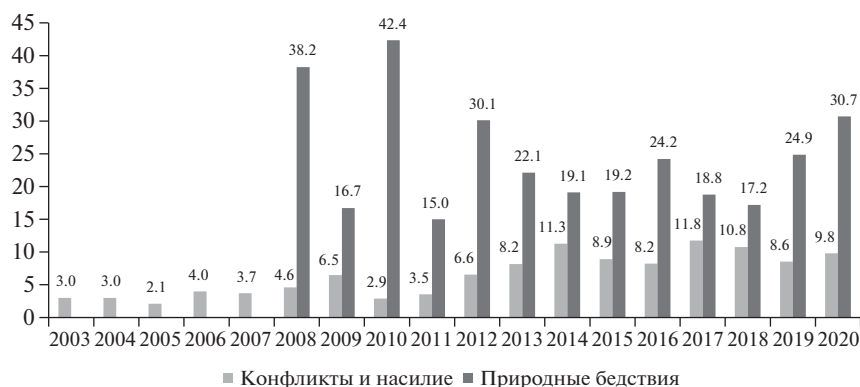


Рис. 1. Число вновь перемещённых лиц в результате конфликтов, насилия и природных бедствий в течение года, 2003–2020 гг., млн
Составлено по [16].

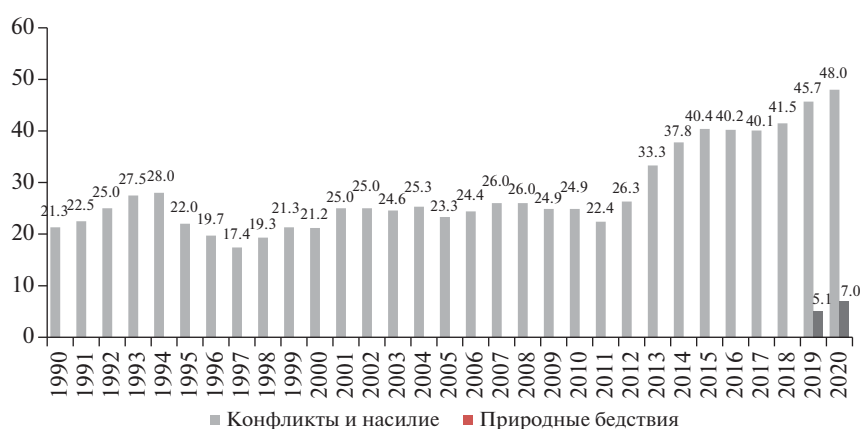


Рис. 2. Совокупное (накопленное) число ранее перемещённых лиц в результате конфликтов, насилия и природных бедствий, продолжающих вынужденно находиться вдали от дома, на конец года, 2003–2019 гг., млн
Составлено по [16].

ляет людям возвращаться в родные места по мере прекращения таких катаклизмов и ликвидации их последствий, в отличие от затяжного характера многих политических конфликтов, продолжительного пребывания у власти недемократических режимов, что препятствует обратному движению домой и нередко вынуждает к вторичным, в том числе трансграничным миграциям. В результате совокупная (накопленная) численность лиц, когда-либо перемещённых под действием политических причин и не имеющих возможности вернуться на прежнее место, регулярно, почти из года в год пополняется всё новыми контингентами и существенно превышает аналогичные когорты живущих вдали от дома из-за экологических катастроф. Из 55 млн общемирового количества внутренне перемещённых лиц, аккумулированного к концу 2020 г., 48 млн проживали не в родных местах вследствие конфликтов и насилия (максимум с 1990 г.), в то время как

из-за природных бедствий, глобальный учёт которых начал вестись только с 2019 г., за пределами традиционных ареалов находились 7 млн (рис. 2). Учитывая ныне действующую тенденцию к усилению конфликтности в мире, можно ожидать интенсификацию перемещений населения, вызываемых этим процессом. Подобный сценарий фигурирует среди основных вариантов развития миграции в ближайшие десятилетия, разработанных экспертным сообществом [17].

В связи с ростом интенсивности экстремальных погодных явлений учёные прогнозируют гигантское увеличение масштабов экологических миграций. В то же время их оценки, начало которых было положено британским экологом Н. Майерсом в начале 1990-х годов, существенно различаются. Так, по прогнозам Всемирного банка, внутренними перемещениями, обусловленными климатическими причинами, к 2050 г. будет охвачено 143 млн землян, в том числе 86 млн в

тропической Африке, 40 млн в Южной Азии и 17 млн в Латинской Америке [18]. Согласно данным Института экономики и мира, 1,2 млрд людей проживают в странах с высоким риском природных бедствий и низкой устойчивостью к ним, в частности с низким уровнем миролюбия, что предполагает высокую вероятность миграции жителей этих территорий [1]. Однако точность подобных оценок вызывает в академическом сообществе определённый скепсис, связанный в том числе с недоучётом немиграционных адаптационных мер при моделировании потоков.

Современный мир переживает рост миграций, вызванных аномальными ситуациями. Стихийные перемещения населения усиливают уязвимость охваченных ими людей, обременяют принимающие территории грузом издержек и проблем и требуют управленческо-правового ответа. В то же время миграция, пусть даже вынужденная, позволяет избегать опасных ситуаций и тем самым представляет активный ответ на экологические и политические стрессоры, в отличие от имобильности.

КАПКАНЫ ВЫНУЖДЕННОЙ ИММОБИЛЬНОСТИ

В начале нынешнего столетия норвежский социальный географ Й. Карлинг обратил внимание на то, что международных мигрантов многократно меньше, чем тех, кто не менял постоянного места жительства [19]. То есть имобильность — более распространённое состояние, чем трансграничная мобильность. Об этом, в частности, свидетельствует тот факт, что иностранные туристы составляют явное меньшинство по отношению к большинству людей, не совершающих подобных поездок.

Вопросы ограничений мобильности поднимались уже в классических теориях миграции. Так, в упомянутой выше теории миграции Е. Ли наряду с факторами выталкивания и притяжения учитываются также сдерживающие и препятствующие передвижениям факторы, включая отсутствие транспортного сообщения и законодательные рестрикции. Однако до недавнего времени в миграционных исследованиях доминировал “метанарратив номадизма”, в который не вписывалась остававшаяся на периферии научных изысканий тематика имобильности [20].

Голландская исследовательница К. Шевел определяет имобильность как пространственную непрерывность пребывания индивида в центре его притяжения, или месте его проживания, на протяжении определённого периода времени [20]. Ареал, в котором постоянно находится индивид, не пересекая границ этого пространства, может быть населённым пунктом, регионом,

страной, континентом. Территориальное ранжирование имобильности придаёт этому состоянию относительный характер: лица, считающиеся имобильными в международном или межрегиональном масштабах остаются мобильными на местном уровне. Даже в условиях жёстких антикоронавирусных ограничений люди имели возможность передвигаться хотя бы в пределах кварталов своего проживания.

При этом имобильность имеет разные, в том числе промежуточные, формы, которые могут перетекать друг в друга, равно как и в мобильность. Й. Карлинг, рассматривая миграционное поведение людей с точки зрения возможностей и желания переезжать, выделяет по аналогии с добровольной и вынужденной мобильностью два главных вида имобильности. Во-первых, добровольную имобильность, когда у индивидов или групп есть возможности, но нет стремления сменить место обитания; такая имобильность может олицетворять как успешность и перспективы жизни на определённом месте, так и отсутствие интереса и мотивации к переездам. Во-вторых, вынужденную имобильность, формирующуюся на фоне необходимости и желательности перемещения на другую территорию при отсутствии необходимых для этого возможностей [19]. Применительно к конфликтам и природным бедствиям рассматривается не постоянная имобильность, синонимичная оседлости, а временная, обусловленная теми или иными катаклизмами. Группы населения, вынужденные оставаться на прежнем месте в условиях кризисов, получили название запертых, оказавшихся в капкане, попавших в ловушку, западню и т.п. (*trapped*)⁴. Голландский исследователь Х. де Хаас пишет о третьей форме подобного поведения, обозначая его как имобильность покорности судьбе (*acquiescent immobility*), когда нет ни желания, ни возможности сменить место обитания, что связано с безразличием и обречённостью [22, p. 32].

Благодаря изысканиям в области имобильности некогда распространённое представление о преимущественно рациональном характере и экономической обусловленности миграционного поведения уступает место более сложному его пониманию. Признаётся роль неэкономических ценностей, иррациональности и эмоций (привязанность человека к своему микромиру, страх перед неизвестным, боязнь рисков и проблем, сопряжённых с переездом и т.п.) при принятии решения об отказе от переезда даже в экстраординарных условиях.

⁴ Данный термин был введён в научный оборот в 2011 г. в докладе по проекту “Предвидение”, реализованному под эгидой Отдела науки Правительства Великобритании [21, p. 15].

Существование двух противоположных стратегий миграционного реагирования на политические и природные катаклизмы — отъезд или жизнь на прежнем месте — указывает на то, что негативные общественные и экологические события способны не только порождать и интенсифицировать вынужденные потоки мигрантов, но и создавать препятствия для передвижения людей. Обследование сирийских беженцев обнаружило наличие временного лага (тайминговый эффект) при принятии решения об отъезде в условиях военного положения, который ассоциируется с выжидательной стратегией. В отличие от людей, никогда прежде не подвергавшихся насилию или ограничению их прав, которые стремятся уехать ещё до наступления непосредственной опасности, лица, оказавшиеся жертвами преследований, нередко снимаются с места лишь после повторных покушений на свободу и жизнь их лично или членов их семьи. Серьёзный имobilизирующий фактор — сложность выхода из зоны конфликтов и репрессий, поскольку на границах таких ареалов и на основных маршрутах передвижения беженцев могут поджидать засады боевиков [23].

Использованию мобильности в качестве спасительного средства могут препятствовать обстоятельства материального, физического, политического, психологического, социального и культурного характера [24]. В их числе недостаток финансовых ресурсов, социальных контактов, отсутствие транспортных средств или же сообщения, удалённость границ опасной зоны, нахождение на определённых этапах жизненного цикла, ограниченные физические возможности, рестриктивная миграционная политика, включая отказ в разрешении на въезд, задержания и депортации. Сочетание разных препятствий такого рода усиливает их эффект.

Мобильность выступает мощным стратифицирующим фактором, являясь, скорее, привилегией избранных, а не всеобщим благом, отсутствие доступа к которому символизирует обездоленность [20]. Жертвами социальных конфликтов и природных бедствий оказываются в основном малоимущие и наиболее уязвимые индивиды. Пример недавней войны в Сирии показывает, что первыми покинули страну обеспеченные люди со статусом и связями. Аналогичная ситуация сложилась и в случае с ураганом Катрина в Новом Орлеане (США) в 2005 г. Люди, обладавшие ресурсами для переезда, загодя покинули опасные территории. Лишённые же этих средств

малообеспеченные слои, в первую очередь афроамериканцы, пожилые люди, жители, не имеющие автомобилей, остались дома, где и были застигнуты наводнением.

Более того, вынужденная имобильность усиливает уязвимость людей и к другим обстоятельствам, усугубляя их положение [25]. Наносится ущерб не только физическому благополучию, но и душевному спокойствию людей, которые страдают от ощущения безвыходности, ущемления чувства собственного достоинства, расшатывания идентичности [24]. (Хотя известен и феномен личностного роста в ответ на тяжёлые жизненные ситуации.) Конфликты в Боснии, Шри-Ланке, Сомали в 1990-е годы убеждают, что те, кто не смог убежать от конфликтов и насилия, гораздо больше нуждались в гуманитарной помощи, нежели беженцы и внутренне перемещённые лица [26]. Между тем положение вынужденно имобилизованных групп вызывает гораздо меньший общественный резонанс и более слабый отклик политических инициатив, чем масштабные вынужденные миграции, не говоря о препятствиях доступу представителей гуманитарных организаций к попавшим в западню, как это было в Сирии, причём в условиях пандемии. Здесь следует иметь в виду, что в силу затяжного характера многих политических конфликтов скованность попавших в их капканы людей нередко бывает более продолжительной по сравнению с ситуациями природных бедствий.

Для последних десятилетий были характерны в основном очаговые формы вынужденной имобилизации, связанные в том числе с ограничениями передвижения населения по медицинским соображениям в условиях эпидемий SARS, MERS, H1N1, Zika и Ebola. Пандемия COVID-19, нарушив прежние алгоритмы передвижений, фактически вызвала глобальную вынужденную неподвижность населения. Массовое закрытие в начальный период пандемии государствами своих границ для иностранцев, а порой и для собственных граждан, прекращение прямого сообщения между странами и широкомасштабное введение других запретительных мер усугублялось финансовыми и логистическими сложностями возврата домой людей, находившихся за границей. Во многих странах иностранные работники, не имевшие возможности вернуться на родину, оказались в крайне тяжёлом материальном положении из-за потери работы при недоступности для многих из них социальных трансфертов. Истечение временной визы или вида на жительство ставило под вопрос легальность статуса пребывания таких мигрантов в стране.

В результате возникла глобальная когорта так называемых застрявших (*stranded*) в условиях пандемии мигрантов. По оценкам Международ-

ной организации по миграции, в июле 2020 г. в мире таковых насчитывалось более 2.75 млн, в том числе около 1.3 млн в регионе Ближнего Востока и Северной Африки, 977 тыс. в Азиатско-Тихоокеанском регионе и 203 тыс. на территории Европейской экономической зоны и Швейцарии [27]. В прессе также сообщалось о 400 тыс. застрявших из-за пандемии на морских судах международного плавания.

В то же время заметны различия между людьми, попавшими в капканы конфликтов и природных бедствий, и мигрантами, застрявшими в западне пандемии. В первом случае оказываются обездвиженными преимущественно наиболее уязвимые слои местного населения. Во втором — самые разные группы приезжих: иностранные сезонные рабочие и студенты, лица, имеющие временный вид на жительство, медицинские туристы, команды морских судов, участники программ переселения, добровольной репатриации и реинтеграции и многие другие. Кроме того, как подмечает бельгийская исследовательница К. Зикграф, те, кто ограничен в передвижении в условиях политических и природных катаклизмов, могут избежать угроз безопасности и свободе, покинув соответствующую территорию. Напротив, принудительное временное помещение властями на карантин путешественников из стран “красного списка”, равно как и контактировавших с ними лиц, а также жителей неблагополучных в эпидемическом отношении территорий, — это способ сохранить здоровье и жизнь не только этим, но и более широким категориям населения [26]. По большому счёту и режим самоизоляции носил, скорее, недобровольный характер. В результате локдауна весной 2020 г. почти половина землян были вынуждены оставаться дома, не говоря уже об отсутствии у них возможности выехать за границу.

О масштабном сдерживании мобильности в период пандемии свидетельствуют данные миграционной статистики. Согласно данным ОЭСР, число вновь выданных виз и других разрешительных документов в страны этой организации сократилось в первом полугодии 2020 г. на 46% по сравнению с аналогичным периодом 2019 г., в том числе на 72% во втором квартале 2020 г. [28]. Общемировое число въездов туристов в 2020 г. снизилось на 70% в сопоставлении с 2019 г. [29, р. xii]. По оценкам ООН, если бы не было пандемии, возможно, в середине 2020 г. когорты международных мигрантов была бы на 2 млн больше, а темпы её роста с июля 2019 по июнь 2020 г. были бы на 27% выше зафиксированных [30].

Согласно материалам Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ ООН), по меньшей мере 72 страны отказали в приёме лицам, ищущим убежища. Тысячи беженцев из Латинской Америки оказались “запертыми в пути” [25] на севере Мексики в долгом ожидании решения властей США в лагерях временного содержания. Сотни беженцев рохинджа (этническая группа в Мьянме) были вынуждены месяцами находиться в море, не имея возможности высадиться в Малайзии из-за антиковидных ограничений. Приостановка действия программы переселения беженцев привела к застыванию их потоков минимум на два месяца. В первые 9 месяцев 2020 г. было переселено лишь 15 тыс. беженцев по сравнению с 50 тыс. за аналогичный период 2019 г.⁵ Удар пандемии по системе защиты беженцев обнажает тесную связь между вынужденной мобильностью и иммобельностью, ставшими спутниками друг друга.

Хотя до сих пор не ведётся систематического учёта вынужденно имобилизованных, усиление неустойчивости современного развития, особенно в период пандемии, прямо и косвенно указывает на укрупнение таких групп. По мере накопления опыта противодействия пандемии запретительные меры уступают место разрешительным, однако множественность ограничений, которых весной 2021 г. насчитывалось в мире более 100 тыс., жёсткость требований к состоянию здоровья путешественников, а также их медицинским документам, цифровой контроль за передвижениями людей и пр. создают серьёзные препятствия для возобновления массовых перемещений населения, открывая “век недобровольной иммобельности” [19].

ПОЛИТИКО-ПРАВОВЫЕ ПОДХОДЫ В ОТНОШЕНИИ ВЫНУЖДЕННОЙ МОБИЛЬНОСТИ И ИММОБИЛЬНОСТИ

Превращение вынужденной миграции в важный вопрос международной повестки говорит об острой и неотложной потребности воздействия на коренные причины масштабного исхода населения из родных мест. Одновременно необходимо расширять сферу действия международной (и национальной) защиты, поддержки и помощи на большее число категорий и лиц, разрабатывать механизмы оперативного и гибкого реагирования на миграционные кризисы, повышать эффективность усилий в этой области.

Особое внимание уделяется беженцам. Лица, которые соответствуют определению “беженец”

⁵ COVID-19 Analytical Snapshot #63: Displaced Populations Impacts Update. 23 December 2020. https://www.iom.int/sites/default/files/documents/covid-19_analytical_snapshot_63_displaced_population_impacts_update.pdf

согласно международному, региональному (документы ЕС, Афросоюза и др.) или национальному законодательству, либо согласно мандату УВКБ ООН, являясь беженцами по международному праву, независимо от того, были ли они официально признаны таковыми. Это относится, например, к людям, которые вынуждены спасаться от неизбежных последствий вооружённых конфликтов.

На региональном и особенно международном уровне в 2010-е годы был принят ряд важных документов, позволяющих расширить основания предоставления указанного статуса. Руководство УВКБ ООН по процедурам и критериям для определения статуса беженцев (2011) предусматривает применение определения “беженец” к лицам, подвергающимся преследованиям на почве гендерной принадлежности, к жертвам торговли людьми, а также допускает толкование данного определения в связи с сексуальной ориентацией. В соответствии с Правовыми комментариями по защите беженцев УВКБ (2017) эти нормы могут относиться к людям, спасающимся бегством от голода, обусловленного вооружённым конфликтом, насилием, и от землетрясений в странах с недемократическими режимами.

Беженцам, а также лицам, ищущим убежища, предоставляются определённые права и блага, включая социальную поддержку. В то же время неполное или непоследовательное применение правовых стандартов и норм в данной области ослабляет обеспечение международной защиты. Улучшению ситуации в этой области призван способствовать Комплекс всеобъемлющих мер по оказанию беженцам помощи, принятый на Генеральной Ассамблее ООН в 2016 г. и вошедший в Глобальный договор по беженцам 2018 г. Позитивный импульс этому процессу могут дать усилия, направленные на ослабление нагрузки на принимающие страны; повышение способности беженцев самостоятельно себя обеспечивать; расширение возможностей их доступа в третьи страны; содействие их безопасному и достойному возвращению в родные места. В то же время с понятийной точки зрения представляется не вполне корректным употребление в упомянутых документах терминов “беженец” и “мигрант” для обозначения самостоятельных, не пересекающихся групп мобильного населения.

При этом так называемые климатические, экологические и т.п. беженцы, не имеющие принятого определения, фактически “проваливаются в расселины, существующие в международном гуманитарном праве” [11, с. 72]. Особенно это касается людей, вынужденных покидать свои страны вследствие постепенного разрушения окружающей среды. Ведь до недавнего времени в международ-

ных и региональных документах (вышеупомянутые Руководящие принципы ООН 1998 г. и Кампальская конвенция Афросоюза 2009 г.) были прописаны в основном вопросы, связанные с перемещением лиц по этим причинам лишь внутри страны. А значит, остро необходимо создание специальной нормативной базы для признания статуса и защиты таких внешних мигрантов, развитие и улучшение функционирования соответствующей институциональной структуры, формирование эффективного межгосударственного и регионального сотрудничества и согласованных ответов в данной области.

Формированию правовых оснований защиты этой категории мигрантов способствовала разработка УВКБ ООН рекомендаций (2017) по использованию в правовой практике более широкого, нежели “беженцы”, понятия “лица, нуждающиеся в международной защите”. Помимо беженцев эта категория охватывает людей, перемещающихся через международную границу в связи с природными или техногенными катастрофами или неблагоприятными последствиями климатических изменений, включая повышение уровня моря, угрожающего затоплением малых островных государств и безгражданством их подданных. В отношении таких лиц, которые подвергаются серьёзным угрозам, но не подпадают под определение беженцев, могут применяться механизмы временного пребывания в принимающей стране на гуманитарных основаниях и другие дополнительные инструменты защиты, регламентирующие правила приёма и статус таких мигрантов.

Знаковым документом с точки зрения совместных усилий, интегрированных подходов и комплексных мер стал Глобальный договор о безопасной, упорядоченной и легальной миграции, подписанный (хотя и не имеющий обязательной силы) в 2018 г. более чем 150 государствами. В числе наиболее важных действий, предлагаемых в его разделе, посвящённом экологическим вопросам, — разработка стратегий адаптации, осуществляемой приоритетно в стране происхождения (что позволило бы ограничить вынужденную трансграничную миграцию), поддержка мер, способствующих снижению уязвимости, повышению потенциала противодействия и самодостаточности пострадавших лиц.

Данный договор, как и договор по беженцам, вписывается в более широкий контекст международных усилий. Они направлены на снижение вероятности конфликтов, природных бедствий, на повышение эффективности поддержки пострадавших, формирование у населения культуры гражданской защиты и принятие превентивных

мер⁶. Серьёзное внимание уделяется разработке программ переселения, в том числе в рамках адаптационного управления климатическими рисками. Схемы будущего расселения призваны обеспечить устойчивость людей и сообществ к изменениям среды обитания с учётом антропогенной нагрузки, напряжённости на рынке труда и в сфере социальных услуг, снизить вероятность межэтнических и межконфессиональных конфликтов на принимающих территориях.

В то же время положение вынужденно имобильных людей пока остаётся вне должного правового регулирования. Между тем ещё в 1993 г. тогдашний Верховный комиссар УБКБ ООН С. Огата сделал заявление о необходимости уважения, учёта воли населения кризисных зон, его “права оставаться”, что вдохновило кампанию “превентивной защиты”, развёрнутую ООН в 1990-е годы [25]. “Инициатива Нансена” также содержала призыв не оставлять без внимания тех, кто продолжает находиться в неблагоприятных экологических условиях. Эксперты подчёркивают важность предоставления людям, оказавшимся в кризисной ситуации, необходимых сведений, чтобы их выбор был информированным, предотвращения попадания людей в ловушки конфликтов и природных бедствий и обеспечения возможностей покинуть их очаги. Не побуждая к переезду тех, кто, возможно, этого не хочет, необходимо создавать зоны безопасности, в которых имобильные группы могли бы пользоваться защитой и помощью ООН и гуманитарных организаций [25].

Для улучшения участи мигрантов, застрявших в начальный период пандемии, МОМ запустила инициативу по выявлению их потребностей в информационной, консульской и визовой поддержке и содействии репатриации. Правительства стран пребывания таких иностранцев предприняли срочные меры правового и социально-экономического характера, которые носили кратковременный и несистемный характер [31, 32]. Целый ряд государств происхождения мигрантов организовал возвращение на родину своих граждан. Весной 2020 г. в рамках таких кампаний домой вернулись, по разным оценкам, порядка

200 тыс. россиян, 600 тыс. жителей стран ЕС, 145 тыс. филиппинцев, 77 тыс. египтян⁷.

* * *

Вынужденная мобильность и имобильность, олицетворяя прямо противоположные варианты миграционного поведения — действие и бездействие, представляют собой родственные концепты и взаимосвязанные процессы и состояния, порожаемые одними и теми же или сходными причинами. Политические и экологические катаклизмы увеличивают когорты населения, вынуждаемого к перемещениям, которое ретранслирует неблагополучие и нестабильность из одних регионов в другие. Умножение горячих точек конфликтов и катастроф усиливает риски застревания в капканах имобильности больших групп людей. Рост масштабов вынужденных перемещений, повышение доли беженцев и соискателей убежища среди мигрантов говорят об усилении вынужденного характера современной миграции. В перспективе укреплению этой тенденции может способствовать ослабление добровольной миграции при распространении вынужденной имобильности населения, в том числе на фоне высокой вероятности новых пандемий. Свой вклад в снижение мобильности вносит цифровизация экономики, ведущая к сокращению потребностей в малоквалифицированной иностранной рабочей силе и замещению физической миграции специалистов виртуальной.

При сохранении коренных причин вынужденных перемещений и неподвижности населения меры по улучшению положения пострадавших от политических и экологических катаклизмов зачастую носят паллиативный характер. Тем не менее наблюдается тенденция к расширению сферы защиты и помощи на более широкие нуждающиеся в них категории лиц. В отношении беженцев и лиц, перемещённых внутри стран, положение которых регламентируется большим числом нормативных документов, актуально совершенствование правоприменительных механизмов. Статус мигрантов, покидающих родину по экологическим, в том числе климатическим причинам, нуждается в более чётком определении на уровне международной конвенции. Требуется разработка стандартов защиты и поддержки лиц, оказавшихся в капканах конфликтов и катастроф. Усиливающаяся ориентация заинтересованных сторон на принятие комплексных решений и осуществление совместных действий позволяет надеяться на продвижение в разработке действенных и проактивных ответов на вызовы вынужденной мобильности и имобильности.

⁶ В числе важных соглашений — принятые в 2015 г. Повестка дня в области устойчивого развития, Парижское соглашение по изменению климата и Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий на 2015–2030 гг. Среди консультативных процессов — “Инициатива Нансена”, запущенная в 2012 г. и преобразованная в 2016 г. в Платформу по вопросам перемещения населения в результате стихийных бедствий; Инициатива МОМ “Мигранты в странах, переживающих кризис” и Руководство по защите мигрантов в условиях конфликтов и природных бедствий (2016), Глобальная платформа по снижению риска бедствий (2017).

⁷ COVID-19 Analytical Snapshot #54: Returning Migrants UPDATE. 8 September 2020. https://www.iom.int/sites/default/files/documents/covid-19_analytical_snapshot_54_returning_migrants_update.pdf

ЛИТЕРАТУРА

1. Global Peace Index 2020: Measuring Peace in a Complex World. Sydney: Institute for Economics & Peace. 2020. https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2020/10/GPI_2020_Briefing_Web.pdf (дата обращения 05.03.2021).
2. World Migration Report 2020. Geneva: IOM, 2019.
3. Урри Дж. Мобильности / Пер. с англ. М.: Практикс, 2012.
4. Piguet E. Theories of Voluntary and Forced Migration // Routledge Handbook of Environmental Displacement and Migration / Ed. by R. McLeman and F. Gemenne. New York: Routledge, 2018. P. 17–28.
5. Castles S. Towards a Sociology of Forced Migration and Social Transformation // Sociology. 2003. № 37 (1). P. 13–34.
6. Van Hear N. Theories of Migration and Social Change // Journal of Ethnic and Migration Studies. 2010. № 36 (10). P. 1531–1536. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2010.489359>
7. Castles S. Understanding Global Migration: a Social Transformation Perspective // Journal of Ethnic and Migration Studies. 2010. № 36 (10). P. 1565–1586.
8. Black R., Bennett S., Thomas S., Beddington J. Migration as adaptation // Nature. 2011. № 478. P. 447–449.
9. Betts A. Survival Migration: A New Protection Framework // Global Governance. 2010. № 3. P. 361–382.
10. International Migrant Stock 2020. POP/DB/MIG/Stock/Rev.2020. UNDESA, PD, 2020.
11. Зворыкина Ю.В., Тетерятников К.С. Климатическая (или экологическая?) миграция: проблемы и перспективы // Труды ВЭО России. 2019. № 2. С. 237–256.
12. Передовые рубежи 2017 года: намечающиеся проблемы, имеющие экологическое измерение. Найроби: ЮНЕП, 2017.
13. Glossary on Migration. Geneva: IOM, 2019.
14. Евтушенко В.И. Экологическая миграция как составная часть системы защищённости человека и обеспечения экологической безопасности // Lex russica. 2016. № 6 (115). С. 158–169.
15. Топилин А.В. Миграция населения и формирование трудовых ресурсов в СССР и на постсоветском пространстве: тенденции и регулирование. М.: Экон-Информ, 2020.
16. Global Internal Displacement Database. <https://www.internal-displacement.org/database/displacement-data> (дата обращения 29.05.2021).
17. Tomorrow's World of Migration. Geneva: FES, Global Future, IOM, 2017.
18. Rigaud K. et al. Groundswell: Preparing for Internal Climate Migration. Wash., DC.: World Bank, 2018.
19. Carling J. Migration in the Age of Involuntary Immobility: Theoretical Reflections and Cape Verdean Experiences // Journal of Ethnic and Migration Studies. 2002. № 28(1). P. 5–42.
20. Schewel K. Understanding Immobility: Moving Beyond the Mobility Bias in Migration Studies // International Migration Review. 2020. № 54(2). P. 328–355. <https://doi.org/10.1177/0197918319831952>
21. Foresight. Migration and Global Environmental Change: Future Challenges and Opportunities. Final Project Report. London: The Government Office for Science, 2011. <https://www.gov.uk/government/publications/migration-and-global-environmental-change-future-challenges-and-opportunities>. С. 15 (дата обращения 03.04.2021).
22. Haas H. Migration Theory Quo Vadis? // IMI Working Papers Series. 2014. № 100. P. 1–39. <https://www.migrationinstitute.org/publications/wp-100-14> (дата обращения 1.05.2021).
23. Schon J. Violent Encounters and Social Status Shape the Conditions for Migrants Fleeing Civil War // Migration Information Source. March 4, 2021. <https://www.migrationpolicy.org/article/conditions-migrants-flee-civil-war-syria> (дата обращения 23.04.2021).
24. Ayebe-Karlsson S., Kniveton D., Cannon T. Trapped in the Prison of the Mind: Notions of Climate-Induced (Im)Mobility Decision-Making and Wellbeing from an Urban Informal Settlement in Bangladesh // Palgrave Communications. 2020. V. 6. Article № 62. <https://doi.org/10.1057/s41599-020-0443-2> (дата обращения 23.04.2021).
25. Black R., Collyer M. Populations 'trapped' at times of crisis // Forced Migration Review. 2014. № 45. P. 52–56.
26. Zickgraf C. Were we all trapped? Reflections on immobility during a global pandemic. <https://environmentalmigration.iom.int/blogs/were-we-all-trapped-reflections-immobility-during-global-pandemic> (дата обращения 03.04.2021).
27. COVID-19 Impact on Stranded Migrants // Return Task Force. 8 October 2020. https://www.iom.int/sites/default/files/documents/issue_brief_return_task_force.pdf (дата обращения 01.05.2021).
28. International Migration Outlook 2020. Paris: OECD Publishing, 2020.
29. World Economic Situation and Prospects 2021. NY: UN, 2021.
30. International Migration 2020 Highlights (ST/ESA/SER.A/452). UNDESA, PD, 2020.
31. Рязанцев С.В., Брагин А.Д., Рязанцев Н.С. Положение трудовых мигрантов в регионах мира: вызовы пандемии COVID-19 и реакция правительств // Научное обозрение. Серия 1. Экономика и право. 2020. № 3. С. 7–21.
32. Социальное государство в зеркале общественных трансформаций / Отв. ред. Е.С. Садовая, И.П. Цапенко, И.В. Гришин. М.: ИМЭМО РАН, 2020.

ПОТЕНЦИАЛ ПОВЫШЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ И СЕМЕЙНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА РОССИИ

© 2021 г. В. А. Ильин^{a,*}, А. А. Шабунова^{a,**}, О. Н. Калачикова^{a,b,***}

^a Вологодский научный центр РАН, Вологда, Россия

^b Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Москва, Россия

*E-mail: ilin@volnc.ru

**E-mail: aas@volnc.ru

***E-mail: onk82@yandex.ru

Поступила в редакцию 31.03.2021 г.

После доработки 20.04.2021 г.

Принята к публикации 21.05.2021 г.

В России уже давно закрепился малодетный тип семьи. Важными факторами его формирования выступают распространённость сожительства, высокий уровень разводимости и абортс среди замужних женщин. На основе оригинального исследования показаны новые тенденции брачно-семейного поведения, которые могут рассматриваться как своего рода вызовы, например, формирование субкультуры сознательной бездетности. Анализируя перспективы повышения рождаемости в стране, авторы обращают внимание на такие факторы, как сохранение значимости легитимного брака при принятии решения о рождении детей, наличие потенциала увеличения доли многодетных семей, формирование модели активного включённого отцовства, которое повышает удовлетворённость браком и способствует профилактике разводов. Проведённое исследование позволило сформулировать ряд рекомендаций по совершенствованию семейно-демографической политики с учётом выявленных мнений россиян.

Ключевые слова: демографическая политика, брачное поведение, репродуктивные установки, социально-демографическая дифференциация демографического поведения, сознательная бездетность, включённое отцовство.

DOI: 10.31857/S0869587321090048

Трансформационный кризис конца 1990-х годов в России привёл к масштабным демографическим изменениям, волновые последствия которых остро ощущаются и через 20 лет [1]. К 2020 г. численность трудоспособного населения в стране

снизилась на 5 млн человек, и, что ещё более важно, существенно сократилась численность женщин детородного возраста (с 39 млн до 35 млн), а значит, сужаются возможности воспроизводства населения. В конце 1990-х годов российский де-



ИЛЬИН Владимир Александрович — член-корреспондент РАН, научный руководитель ВолНЦ РАН. ШАБУНОВА Александра Анатольевна — доктор экономических наук, директор ВолНЦ РАН. КАЛАЧИКОВА Ольга Николаевна — кандидат экономических наук, заместитель директора по научной работе ВолНЦ РАН, ведущий научный сотрудник ИДИ ФНИСЦ РАН.

мограф В.А. Борисов доказал, что именно рождаемость, а не смертность играет главную роль в воспроизводстве населения [2, с. 255–257].

В период восстановительного подъёма экономики и социальной сферы (2000–2008) демографическая политика в России была направлена на устранение наметившейся депопуляции, в том числе на повышение рождаемости. В тот период большой вклад в решение этой задачи внесли целевые национальные программы “Демография” и “Здоровье населения”, которые реализовывались с 2006 по 2014 г. Уже к 2008 г. стали заметны положительные результаты этих социальных проектов. По оценкам демографов В.Н. Архангельского и Н.В. Зверевой [3], а также по нашим расчётам [4], в период 2006–2014 гг. рост рождаемости был преимущественно обусловлен повышением её интенсивности, а не структурными факторами. В управленческий оборот вошёл важный в контексте популяционных волн показатель – суммарный коэффициент рождаемости (СКР – число детей в расчёте на одну женщину фертильного возраста), который за обсуждаемый период повысился с 1.2 в 2000 г. до 1.77 в 2015 г.

Усилия, направленные на улучшение оснащённости и повышение эффективности здравоохранения, также имели заметный эффект: ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) увеличилась с 65 лет в 2000 г. до 71 года в 2014 г. Однако Россия по-прежнему отстаёт по этому показателю от европейских стран, где ОПЖ достигает 80 лет и более.

В условиях малой численности когорт 1990-х годов рождения, входящих в активный репродуктивный возраст, особое значение приобретает фактор *демографического поведения*. В ближайшей и долгосрочной перспективе значительное влияние на уровень рождаемости по-прежнему будут оказывать ориентация на малодетность, повышение возраста вступления в брак и рождения первого ребёнка [5]. Достаточно утопично предполагать, что уже сложившийся малодетный тип репродуктивного поведения может трансформироваться в многодетный, но необходимо создать условия для максимальной реализации репродуктивных планов населения. Это единственный путь повышения рождаемости.

После Обращения Президента РФ к Федеральному собранию в 2006 г. демографическая политика опиралась в том числе на данные социологических исследований репродуктивного поведения (вопросы о репродуктивных намерениях вошли в программу переписей населения 2002 и 2010 гг.; с 2012 г. Росстат проводит выборочное обследование репродуктивных планов населения), что позволило повысить её эффективность. Дополнились меры поддержки, которые, безусловно, следует называть демографически-

ми, а не социальными или социально-экономическими. К числу таких мер можно отнести оплачиваемый отпуск по беременности и родам (декретный отпуск) и отпуск по уходу за ребёнком до 1.5 и до 3 лет, а среди новаций – выплату материнского капитала. Право воспользоваться данными мерами не зависит от материального достатка, единственное основание для наступления этого права – рождение детей. Дифференциация размера материальных выплат в зависимости от очередности рождённого – ещё один верный шаг на пути реализации репродуктивных планов. Особенно хочется отметить пакет мер поддержки первенцев. В связи с тенденцией изменения возрастной модели рождаемости, в частности увеличения возраста матери при рождении первого ребёнка [6], это решение вывело из зоны дискриминации молодых матерей.

Однако в условиях снижения численности репродуктивных когорт позитивный эффект от принимаемых мер оказался недостаточным: с 2016 г. началось снижение суммарного коэффициента рождаемости, в 2019 г. его значение зафиксировано на уровне 1.5. Этот уровень не позволяет обеспечить даже простое воспроизводство населения. Очевидна необходимость нового витка активизации демографической политики, основанной на понимании современных тенденций в этой области. И здесь важна оценка потенциала повышения рождаемости, в том числе через выявление того, в какой мере люди реализуют свои репродуктивные намерения и что этому мешает. Формирование позитивных репродуктивных установок должно стать стратегически важной составляющей демографической политики [7]. Основанием для актуализации эффективных мер и инструментов последней являются социодемографические исследования тенденций и детерминант демографического поведения населения, в том числе в сфере брачно-семейных отношений.

В нашем исследовании современные тренды демографического поведения в брачной и репродуктивной сфере рассмотрены с точки зрения важности их учёта при разработке мер демографической политики. Эмпирическую базу работы составили итоги первой волны всероссийского мониторинга “Демографическое самочувствие населения регионов России”, в ходе которого опрошено 5616 человек в 10 регионах России (республики Башкортостан и Татарстан, Ставропольский край, Волгоградская, Вологодская, Ивановская, Московская, Нижегородская и Свердловская области, Москва) [8].

Теоретическое осмысление демографической динамики представлено в ряде известных концепций демографического перехода (первого, второго [9–12] и третьего [13, 14]) и эпидемиологического перехода [15]. В рамках концепции первого

демографического перехода динамика движения населения увязывается с экономическим развитием и модернизацией по образцу развитых стран. Второй демографический переход — это трансформация важнейшего института воспроизводства населения — семьи, когда наблюдается превалирование индивидуалистических ценностей. В концепции третьего — учтена миграция и управляемость демографических процессов. Однако все они актуальны преимущественно для реалий развитых стран западноевропейской культуры.

Что касается концепций детерминации рождаемости, то здесь следует упомянуть микроэкономические модели “цены времени” (Г. Беккер) и “относительного дохода” (Р. Истерлин), в качестве ключевой детерминанты выделяющие баланс экономической полезности детей и затрат на них, а также концепции промежуточных переменных, в рамках которых оценивается связь рождаемости с брачностью, контрацептивным поведением, биологическими факторами (Д. Бонгаартс, К. Девис и Дж. Блейк). В.А. Борисовым предложен гипотетический минимум естественной рождаемости, то есть такой её уровень, ниже которого она не может опуститься без влияния каких-либо обстоятельств (пониженная плодovitость значительной части населения, высокая доля супругов, живущих долгое время раздельно, контроль рождаемости), ключевым среди которых является демографическое поведение. Концепция потребности в детях и кризиса семьи разрабатывается российскими демографами и социологами МГУ им. М.В. Ломоносова под руководством профессора А.И. Антонова в контексте теории запланированного поведения. В репродуктивном поведении это связь между репродуктивными установками, измеряемыми желательным числом детей, и реальными действиями, определяющими итоговое число детей в семье.

Активное участие социологов в изучении демографических тенденций обусловлено в том числе тем, что демографическое поведение имеет социокультурные детерминанты, включая ценность родительства, супружества, семьи, их образы, фигурирующие в обществе. Современная быстро меняющаяся социальная реальность породила не только разнообразие смыслов, поведенческих практик и стратегий (от традиционных до инновационных), но и их противоречивость (это особенно актуально для молодёжи [16]), что требует внимания и осмысления в междисциплинарном исследовательском поле.

По вопросу управления демографическим развитием сформировались две научные позиции, определённые В.В. Локосовым как “скептическая и прагматическая” [17]. Их суть и концептуальное расхождение весьма ярко показаны в дис-

куссии, опубликованной в журнале “Социологические исследования”, между известными демографами А.Б. Синельниковым [18] и А.Г. Вишневским [19]. Скептики придерживаются мнения о нецелесообразности и низкой эффективности демографической политики, прагматики, напротив, указывают на желательность регулирования демографических процессов. Присоединяясь к мнению прагматиков, отметим, что демографическая политика на современном этапе общественного развития ориентирована в первую очередь на демографическое поведение. В сфере рождаемости её главная задача — создание условий для реализации репродуктивных намерений, а в средне- и долгосрочной перспективе — их формирование; в области регулирования смертности — распространение здоровьесберегающего поведения; в сфере миграционных процессов — создание условий для устойчивого развития территорий и обеспечения достойного качества жизни населения.

Следует отметить, что население восприимчиво к управляющим воздействиям. Констатируемая многими исследованиями разность между желаемым и ожидаемым числом детей, которая заметно сократилась в период устойчивой экономической ситуации и активной демографической политики в России в начале XXI в., свидетельствует о том, что за счёт создания условий, объективно и субъективно воспринимаемых как благоприятные для рождения детей, можно повысить степень реализации репродуктивных намерений, то есть увеличить рождаемость.

Современные особенности брачного поведения. Брачность — один из важных процессов, влияющих на воспроизводство населения. В последние десятилетия в России под воздействием внутренних трансформационных процессов и современных глобальных тенденций институт брака претерпевает существенные изменения. Среди наиболее заметных следует отметить легитимизацию сожителств, откладывание заключения браков, превалирование репродуктивных мотивов заключения брака, возникновение новых видов брака — пробный брак, брак выходного дня, или гостевой, когда супруги живут раздельно и не ведут общего хозяйства, брак на расстоянии, когда супруги живут в разных городах и периодически навещают друг друга [20].

Данные первой волны всероссийского мониторинга “Демографическое самочувствие регионов России” подтверждают распространённость сожителств как своего рода репетиции создания семьи: 64% опрошенных, намеренных в будущем узаконить свои отношения, считают, что “сначала надо пожить вместе год-два и проверить свои чувства” (табл. 1). В Республиках Татарстан и Башкортостан доля ориентированных на реги-

Таблица 1. Намерение зарегистрировать свой брак в случае создания брачно-семейного союза, % не состоящих в браке на данный момент

Вариант ответа	Ивановская область	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Нет, не предполагаю ни при каких условиях	0.0	2.0	2.1	4.6	0.9	0.8	7.6	2.6	3.2	7.5	2.6
Да, предполагаю, прежде чем начать жить вместе	2.6	22.4	21.8	13.8	18.1	18.5	22.8	24.8	3.2	10.0	16.3
Да, предполагаю сразу же, как начнём жить вместе	0.0	11.8	10.4	10.8	12.9	16.9	19.6	20.3	12.9	17.5	12.8
Да, предполагаю, но сначала надо пожить вместе год-два и проверить свои чувства	93.6	59.2	62.7	63.1	64.7	58.5	41.3	47.7	77.4	62.5	63.9
Да, предполагаю, но только если должен будет родиться ребёнок	3.8	4.6	3.1	7.7	3.4	5.4	8.7	4.6	3.2	2.5	4.4

страцию брака до начала совместной жизни или сразу после её начала выше, чем в других регионах, что укладывается в гипотезу о влиянии религиозности и традиционности на все сферы жизнедеятельности.

Брак рассматривается в первую очередь как партнёрский союз с близким по духу, родным, любимым человеком, возможность избежать одиночества — этот мотив начала совместной жизни набрал 4.7 балла по 5-балльной шкале (табл. 2). Второе место по значимости занимает желание иметь постоянного сексуального партнёра (3.5 балла), третье место — потребность рационализировать ведение домашнего хозяйства (3.4 балла), а вот желание в ближайшее время завести ребёнка — лишь 2.8 балла. Вместе с тем стремление иметь детей в зарегистрированном браке — первое в числе мотивов легитимизации отношений (3.9 балла по 5-балльной шкале, табл. 3). По-прежнему немалую роль играют правовые и моральные нормы, которым хотят соответствовать многие опрошенные (3 балла).

В ходе исследования оценивалось отношение к межнациональным бракам, которое служит косвенным свидетельством напряжённости в межнациональных отношениях. Среди участников нашего опроса большинство (58%) одобряют такие союзы (табл. 4), а 15% считают, что успешность отношений в них зависит от конкретной национальности супругов. Максимальная доля одобряющих межнациональные браки (66%) в Республике Татарстан, а вот их противников

больше в Москве (28%) и Ставропольском крае (27%).

Весьма лояльной оказалась оценка сожительства: 43% одобряют и поддерживают их (табл. 5). В то же время противников незарегистрированных отношений больше всего в Ставропольском крае (51.4%), Татарстане (54.3%) и Башкортостане (56.5%). Напротив, одобряют сожительства жители Московской области (47.2%), Москвы (43.8%) и Вологодской области (53.9%).

Менее толерантны, что ожидаемо, респонденты к однополым бракам: категорически против 59%, не одобряют их ещё 18% (табл. 6). Но немало и тех, кто не видит в узаконивании однополых союзов серьёзной проблемы. Их больше среди москвичей (31%), жителей Волгоградской (28%) и Московской (27%) областей.

Можно заключить, что, несмотря на разброс мнений и общую терпимость, россияне всё же отдают предпочтение легитимному браку как основе отношений с близким человеком, рассматривая его как институт, закреплённый правом и моралью, предпочтительный в случае рождения детей. Сожительства явно институционализированы, но большей частью населения рассматриваются в качестве репетиции брака, проверки отношений на прочность.

Важный аспект брачного поведения — *разводимость*. Россия лидирует среди промышленно развитых стран мира по общему коэффициенту разводимости (в 2019 г. он составил 4.2 на 1000 чело-

Таблица 2. Мотивы начала супружеской жизни (средний балл оценки значимости каждого фактора по 5-балльной шкале)

Вариант ответа	Ивановская область	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Желание иметь рядом близкого по духу, родного, любимого человека, не чувствовать себя одиноким	5.0	4.7	4.7	4.5	4.7	4.4	4.4	4.7	4.8	4.4	4.7
Потребность иметь постоянного сексуального партнёра	3.2	3.6	3.5	3.6	3.7	3.6	3.7	3.5	3.4	3.6	3.5
Желание рационализировать ведение общего домашнего хозяйства	3.8	3.7	3.3	3.1	3.4	3.3	3.6	3.4	3.2	3.4	3.4
Стремление стать по настоящему взрослым, самостоятельным человеком	3.1	3.1	3.1	3.3	3.2	3.3	3.4	3.2	3.2	3.4	3.2
Потребность в ближайшее время родить ребёнка	2.8	2.7	2.4	2.7	2.8	3.1	3.2	3.1	2.9	2.8	2.8

век населения). Близкий уровень характерен для других постсоветских стран: Белоруссии — 3.4, Латвии — 3.1, Украины — 3.0, а также США — 3.2. Общий коэффициент разводимости в России увеличивался с 1990 г. (3.8‰), достиг максимума в 2002 г. (6.0) и к 2019 г. снизился до 4.2‰. По оценке специалистов НИУ ВШЭ С.В. Захарова и Е.В. Чуриловой [21], коэффициент суммарной разводимости (он показывает итоговую долю распавшихся браков) составил в России 0.58 на один брак в 2011–2014 гг. и 0.52 в 2015–2017 гг.

В среднем длительность распавшихся браков (по всем причинам, в том числе в случае смерти одного из супругов) составляет 9.5–10.5 лет. При этом женщины в 2 раза чаще мужчин думают о разводе и в 3.5 раза чаще реализуют такое намерение. Незарегистрированные браки (сожительства) распадаются вдвое чаще. 60% женщин и 63% мужчин заявили, что решение о разводе принимается совместно. Среди причин разводов главные — измены, бедность, ссоры и взаимное непонимание, алкоголизм и наркомания, несовпадение характеров и взглядов на жизнь. Высокий уровень разводимости — важный фактор риска с точки зрения воспроизводства населения. Ведь 70–75% детей рождаются в браке, и неустойчивость союзов способствует распространению малолетности.

Неудовлетворённость браком и отношениями в нём женщины высказывают чаще мужчин. Возможно, это обусловлено размыиванием гендерных ролей и функций супругов. Данный аспект целесообразно рассматривать в возрастном разрезе, так как молодёжь переосмысливает транслируемые нормы и образцы поведения. Три ключевые проекции характеризуют основные властные полномочия в семье: принятие ответственных решений, распоряжение материальными ресурсами семьи и распределение функций (бытовых, родительских и пр.). Почти 40% россиян в качестве главы семьи видят мужа, 11% — жену, почти 20% считают, что в современной семье главы нет. При этом и женщины, и мужчины чаще считают главой семьи себя, чем супруга. Четверть молодых людей рассматривают в этой роли родителей. Молодые женщины реже, чем молодые мужчины определяют в качестве главы семьи мужа (табл. 7), реже считают, что “хорошая жена всегда покорна своему мужу” (табл. 8), что свидетельствует о возможном конфликте притязаний на властные полномочия.

Аналогичные закономерности наблюдаются в оценках вклада супругов в семейный бюджет. По мнению россиянок, больше половины (55%) семейного бюджета обеспечивает доход мужчины (супруга), доход женщины (супруги) — 39%. Мужчины оценивают свой вклад более высоко (61%), а вклад супруги ниже (34%). 13% семейного бюджета, по мнению опрошенных, обеспечивает по-

Таблица 3. Причины регистрации брака, средний балл по 5-бальной шкале

Вариант ответа	Ивановская область	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Желание иметь ребёнка в зарегистрированном браке	3.7	3.8	3.7	3.8	3.9	3.8	4.1	4.1	4.1	4.3	3.9
Необходимость обеспечить материальные права родителя, остающегося с детьми, в случае возможного развода	3.2	3.5	3.4	3.4	3.3	3.5	3.7	3.6	3.6	3.8	3.5
Совместная жизнь в незарегистрированном браке прошла проверку на прочность	2.9	3.1	3.0	3.1	3.3	3.2	3.5	3.1	3.2	3.2	3.2
Стремление соответствовать нормам общественной морали, мнению окружающих	2.6	2.8	2.6	3.1	3.0	3.1	3.7	3.0	3.0	3.5	3.1
Вера в то, что зарегистрированный брак станет гарантией долгой совместной жизни	3.1	2.5	2.5	2.8	2.7	2.8	3.2	2.6	2.5	2.6	2.7

Таблица 4. Отношение к межнациональным бракам, % числа опрошенных

Вариант ответа	Ивановская область	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Категорически против	0.0	7.0	13.1	9.7	8.6	12.3	9.8	8.1	8.6	6.7	8.8
В целом не одобряю	19.5	13.0	15.1	14.2	12.9	14.7	12.1	8.5	10.9	13.3	13.2
<i>В сумме</i>	19.5	20.0	28.2	23.9	21.5	27.0	21.9	16.6	19.5	20.0	22.0
В целом одобряю	57.8	43.6	36.9	48.6	49.4	46.2	47.0	48.5	46.1	47.8	46.6
Полностью поддерживаю	6.5	13.9	12.1	7.6	9.6	11.4	14.6	17.9	9.4	10.2	11.5
<i>В сумме</i>	64.3	57.5	49.0	56.2	59.0	57.6	61.6	66.4	55.5	58.0	58.1
Зависит от того, какой национальности будущие супруги	13.6	16.4	20.2	15.1	15.7	12.4	14.0	13.2	18.8	13.8	15.4
Другой ответ	2.6	6.0	2.6	4.7	3.8	3.1	2.5	3.8	6.3	8.1	4.4

мощь родителей жены, а мужа — только 2%. 24% женщин и 22% мужчин заявили, что они контролируют доходы и расходы семьи, а о раздельном бюджете с супругом сообщили 10% женщин и 7%

мужчин. Среди молодых россиян отсутствие практики объединения финансовых средств супругов практикуется несколько чаще, чем у старшего поколения.

Таблица 5. Отношение к незарегистрированным бракам, созданию семьи без регистрации, % числа опрошенных

Вариант ответа	Ивановская область	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Категорически против	6.5	10.4	14.5	7.2	8.9	19.0	15.7	17.3	10.6	9.6	12.2
В целом не одобряю	57.8	34.8	36.3	33.5	35.5	32.4	40.8	37.0	44.7	37.7	38.1
<i>В сумме</i>	64.3	45.2	50.8	40.7	44.4	51.4	56.5	54.3	55.3	47.3	50.3
В целом одобряю	27.9	35.8	33.6	44.9	39.5	35.8	35.5	34.1	29.3	38.6	36.0
Полностью поддерживаю	0.0	11.4	10.2	9.0	8.1	5.8	5.7	4.7	7.3	5.3	7.1
<i>В сумме</i>	27.9	47.2	43.8	53.9	47.6	41.6	41.2	38.8	36.6	43.9	43.1
Другой ответ	7.8	7.6	5.4	5.4	8.1	6.9	2.3	6.8	8.1	8.8	6.7

Таблица 6. Отношение к однополым бракам, % числа опрошенных

Вариант ответа	Ивановская область	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Категорически против	42.2	49.2	46.9	68.3	50.0	66.7	67.4	54.9	71.3	65.2	58.7
В целом не одобряю	35.1	18.8	18.8	19.7	17.8	13.0	17.5	16.6	13.9	13.4	17.7
<i>В сумме</i>	77.3	68	65.7	88	67.8	79.7	84.9	71.5	85.2	78.6	76.4
В целом одобряю опыт узаконивания однополых браков	0.0	6.0	7.9	1.4	10.1	3.5	4.2	6.7	0.8	3.6	4.7
Не вижу в этом ничего особенного	20.1	20.5	23.1	9.0	17.6	14.2	9.8	17.7	12.3	15.7	15.9
<i>В сумме</i>	20.1	26.5	31.0	10.4	27.7	17.7	14	24.4	13.1	19.3	20.6
Другой ответ	2.6	5.5	3.3	1.6	4.6	2.8	1.2	4.2	1.6	2.0	3.0

Существенный вклад в материальное обеспечение семьи даёт основание женщинам стремиться к паритету в распределении бытовых функций и родительских обязанностей. По данным мониторинга репродуктивного потенциала населения Вологодской области, молодые люди более склонны к эгалитарной модели отношений, предполагающей равное участие супругов в обеспечении жизнедеятельности семьи [22]. Это подразумевает активное участие мужчин в организации быта и воспитании детей.

Отмечаемая многими исследователями проблема размывания гендерных ролей, в частности

мужской, кроется в противоречии содержательных смыслов гегемонной маскулинности и отцовства [23]. Проще говоря, в современном понимании ответственного (включённого) родительства понятия “хороший отец” и “хорошая мать” функционально схожи, что порождает противоречивость определений “настоящего мужчины” и “хорошего отца”. В то же время включённое отцовство, участие мужчин в исполнении бытовых обязанностей — одно из ключевых условий профилактики разводов. Удовлетворённость женщин браком выше в тех семьях, где мужья вовлечены в воспитание детей и повседневную хозяй-

Таблица 7. Распределение ответов на вопрос “Как Вы считаете, кто является главой Вашей семьи?”, %

Вариант ответа	Среднее по опросу	Женщины	Женщины в возрасте, лет			Мужчины	Мужчины в возрасте, лет		
			17–30	30–40	40–50		17–30	30–40	40–50
Жена	11.1	15.3	5.1	19.2	22.3	6.4	2.6	6.3	10.0
Муж	38.6	32.7	25.8	40.3	34.7	45.0	34.8	52.7	51.8
Кто-то из Ваших родителей (родителей супруга)	10.5	10.5	24.1	4.1	2.3	10.5	22.7	4.2	2.7
Главы семьи нет	19.4	20.5	22.6	18.8	19.0	18.3	18.9	16.1	20.7
Затрудняюсь ответить	16.3	16.7	18.0	12.6	18.5	15.7	16.1	15.8	12.6
Кто-то ещё	4.1	4.2	4.4	5.0	3.3	4.0	4.8	4.9	2.2

Таблица 8. Некоторые представления о современной семье, % (доля респондентов, полностью согласных с данным утверждением)

Утверждение	Среднее по опросу	Женщины	Женщины в возрасте, лет			Мужчины	Мужчины в возрасте, лет		
			17–30	30–40	40–50		17–30	30–40	40–50
Хорошая жена всегда покорна своему мужу	17.0	13.2	12.7	14.4	14.1	20.4	21.1	24.1	15.6
Мужчина должен заниматься бытовыми вопросами и воспитанием детей наравне с женщиной	40.7	47.8	45.0	49.6	50.9	33.5	34.5	30.9	35.5
Забота о детях является исключительно обязанностью женщин	9.7	7.8	7.6	7.6	7.6	11.1	12.0	14.0	6.5
В наше время развод — это нормальное явление	25.0	27.7	33.4	25.0	24.2	22.2	28.8	21.8	12.5
Брак должен быть обязательно зарегистрирован, иначе это не настоящая семья	27.8	31.9	22.0	36.0	35.8	23.6	16.5	25.1	28.6
Чтобы быть счастливым, необязательно создавать семью	22.1	24.4	28.7	21.6	22.7	19.4	27.4	17.6	11.3
Семья без детей — это не семья	27.2	29.6	17.7	35.7	37.4	24.3	14.5	28.3	31.8

ственную активность [24]. Мнение о том, что мужчина должен заниматься бытовыми вопросами и воспитанием детей наравне с женщиной, разделяют 48% женщин и 33% мужчин (табл. 8).

Полученная картина отражает выявленную ранее проблему совмещения семейных и супружеских ролей (функций) с профессиональной трудовой деятельностью [25–28]. Отчасти приоритетность трудовой сферы жизнедеятельности россиян обусловлена передачей ряда функций семьи социальным институтам в период индустриализации. Важность профессиональной стороны

жизни связана также с тем, что она является источником дохода, необходимого для содержания семьи. Выталкивание женщин, которые хотели бы заниматься семьёй и воспитанием детей, на рынок труда стало фактором, ограничивающим их репродуктивные намерения.

Потенциал повышения рождаемости в России. Один из демографических методов оценки такого потенциала — расчёт гипотетического минимума естественной рождаемости (ГМЕР). В XXI в. ГМЕР стал ниже и оценивается в 38–39‰. Ограничение его реализации осуществляется метода-

ми планирования семьи (контрацептивное и абортное поведение). Однако заметно выросший в последние годы уровень реализации гипотетического минимума естественной рождаемости свидетельствует о том, что население реагирует на введение новых мер демографической политики. В 2002 г. реализация ГМЕР в России составляла 24%, а в 2010 и 2015 гг. — 32 и 33% соответственно (табл. 9).

Очевидно, что добиться полной реализации биологической фертильности, скорректированной на брачность, невозможно в первую очередь в связи с особенностями *репродуктивного поведения малолетнего типа*, господствующего в современном российском обществе. Поэтому более взвешенными и реалистичными представляются оценки потенциала повышения рождаемости в рамках *теории запланированного поведения*, связывающей намерения и реальные действия людей. В социологических исследованиях в качестве эмпирического индикатора, позволяющего проводить такие оценки, используются данные о предпочитаемом числе детей в семье.

Простейший расчёт потенциала увеличения доли многодетных семей — вычисление разности между фактической долей семей с тремя и более детьми (по статистике их всего 6–8%) и долей россиян, планирующих родить трёх и более детей. По данным первой волны мониторинга “Демографическое самочувствие регионов России”, разность составляет 18% (табл. 10), то есть существует вероятность увеличения доли таких семей на 10–12 п.п. По оценке известного социодемографа А.И. Антонова, для обеспечения простого воспроизводства населения страны многодетных семей должно быть около 50%. Однако желают иметь трёх и более детей 32% опрошенных — это потенциал, детерминированный на стадии осознания намерений. Оценка благоприятности условий для реализации намерений отражается в разнице между желаемым и ожидаемым числом детей. В нашем исследовании она в среднем составила 83%. Однако те, кто ориентируется на многодетность, оценивают имеющиеся условия для осуществления своих намерений хуже: среди участников опроса доля тех, кто хотел бы родить трёх и более детей, составила 33%, реально планируют реализовать потребность в нескольких детях только 18%, тогда как доля ориентированных на двухдетность совпала в желаниях и планах — 41%.

Обычная российская семья не может позволить себе иметь нескольких детей без внешней поддержки. Об этом говорит высокая заинтересованность в социальной помощи среди фактически многодетных и даже среди тех, кто только планирует иметь троих и более детей. Так, ответ на вопрос “Какие меры социальной помощи и поддержки необходимы для Вашей семьи?” пока-

Таблица 9. Общий коэффициент рождаемости, гипотетический минимум естественной рождаемости и степень реализации ГМЕР в России

Год	Общий коэффициент рождаемости	Гипотетический минимум естественной рождаемости	Реализация ГМЕР, %
	в промилле		
1897	49.9	47.7	104.7
1927	46.0	50.2	91.6
1939	37.0	51.4	72.0
1959	23.9	49.2	48.6
1970	14.4	47.2	30.6
1979	15.9	47.6	33.4
1989	15.3	48.7	31.5
2002	9.7	39.3	24.7
2010	12.5	38.6	32.4
2015*	12.9	38.5	33.5

Источники: Антонов А.И., Борисов В.А. Лекции по демографии. М.: Академический Проект; Альма Матер, 2011. С. 204; Оперативные данные Росстата о естественном движении населения; Данные Вологдастата; Расчёты авторов.

* Рассчитано по данным Микрореписи населения 2015 г. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/micro-perepis/finish/micro-perepis.html

зал, что степень значимости такой поддержки для ориентированных на многодетность практически по всем её видам заметно выше, чем для тех, кто собирается родить не более двух детей.

На наш взгляд, следует обратить особое внимание на категорию людей, планирующих остаться бездетными. В среднем они составляют около 5% опрошенных, однако среди молодых мужчин — 8%, среди молодых женщин — 7% (для сравнения: в более старших группах — менее 4%). Сознательная бездетность (*child free*) и её радикальный вариант “детоненавистники” (*child hate*) стали заметным контркультурным течением, представленным преимущественно в молодёжной среде [29–31]. Можно выделить две ключевые причины добровольной бездетности. Во-первых, это конкуренция потребности в детях с иными потребностями, удовлетворение которых наличие детей затрудняет (высокие требования к комфорту и личной свободе, самодовлеющая ценность самовыражения и построения карьеры); подобные представления часто сопровождается негативный образ родителей, особенно матери, которая не следит за собой, ограничена в своих интересах, излишне сосредоточена на детях. Во-

Таблица 10. Репродуктивные установки населения

	Ивановская область	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Сколько всего детей (включая имеющихся)											
Вы хотели бы иметь, если бы у Вас были все необходимые условия?											
0	0.0	2.1	5.5	3.6	5.0	2.9	7.7	3.0	5.9	3.4	4.1
1	6.5	9.2	13.1	10.0	12.6	9.4	7.8	7.5	10.2	6.1	9.4
2	48.7	41.0	39.5	44.7	39.7	45.9	30.4	37.2	49.2	41.4	41.3
3 и более	29.2	36.5	31.0	27.6	28.3	29.8	34.6	42.7	24.5	39.3	32.5
Трудно сказать	15.6	11.1	10.9	14.2	14.5	12.0	19.5	9.7	10.2	9.9	12.7
Среднее желаемое число детей	2.3	2.5	2.2	2.2	2.1	2.3	2.4	2.5	2.1	2.5	2.3
Сколько всего детей (включая имеющихся)											
Вы собираетесь иметь?											
0	6.5	4.8	8.7	2.7	4.9	4.3	6.9	4.2	5.7	4.2	5.2
1	28.6	17.7	21.7	17.1	18.0	16.3	10.8	14.6	24.5	17.7	18.1
2	42.2	40.3	35.7	47.5	40.5	46.6	31.3	44.5	45.3	46.5	41.9
3 и более	7.8	21.0	19.6	13.3	17.9	16.5	26.8	23.0	7.5	18.0	17.8
Трудно сказать	14.9	16.1	14.4	19.4	18.7	16.3	24.2	13.7	17.0	13.7	17.0
Среднее планируемое число детей	1.6	2.1	1.9	1.9	1.9	2.0	2.1	2.1	1.7	2.0	1.9
Реализация желаемого в ожидаемом, %	69.6	84.0	86.4	86.4	90.5	87.0	87.5	84.0	81.0	80.0	82.6

вторых, это нелюбовь к детям, к проявлениям взросления, основанная в том числе на личных воспоминаниях о себе в детстве; это страх стать плохим родителем, не суметь достойно воспитать ребёнка, нежелание нести за него ответственность.

“Детоненавистники” рассматриваются как крайнее проявление добровольной бездетности. Для них типично агрессивное неприятие детей и проявлений детоцентризма в словесной и физической форме. По мнению некоторых экспертов, подобное отношение к детям носит временный, обусловленный возрастом характер и не обязательно влечёт за собой бездетность, а значит, наличие этой группы в молодёжной среде “не может существенным образом повлиять на демографическую ситуацию в стране” [32]. На наш взгляд, данное явление требует более серьёзного отношения, поскольку налицо формирование определённого культурного феномена, причины и по-

следствия которого следует рассматривать в контексте трансформации института семьи.

Речь идёт о признании детей в качестве атрибутивного признака семьи. Среди молодёжи в возрасте до 30 лет треть абсолютно не согласна с утверждением “Семья без детей – это не семья”, это в 2 раза больше, чем в старших возрастных группах (15–16% в группе россиян старше 30 лет). Кроме того, среди молодёжи, особенно среди юношей, значимо больше полностью согласных с тем, что “Для того чтобы быть счастливым, обязательно создавать семью” (см. табл. 8). К регистрации брака молодёжь также менее расположена, а мнение о нормальности развода разделяет чаще. Всё это может говорить об изменении системы ценностей, о формировании нового подхода к организации жизни в принципе, когда семья идентифицируется не с собственной, а с родительской и/или заменяется принадлежностью к какой-либо общности. Конечно, взросление со-

Таблица 11. Распределение ответов на вопрос “Были ли у Вас аборт?”, % опрошенных женщин

Вариант ответа	Ивановская область	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
До вступления в нынешний брак (для всех женщин)											
Да	33.3	9.4	12.4	18.1	24.7	12.6	10.9	7.9	20.3	19.1	16.3
Нет	66.7	90.6	87.6	81.9	75.3	87.4	89.1	92.1	79.7	80.9	83.7
После вступления в нынешний брак до рождения первого ребёнка (для всех женщин)											
Да	0.0	3.6	7.6	7.6	24.0	8.0	5.4	4.2	3.9	11.7	8.7
Нет	100.0	96.4	92.4	92.4	76.0	92.0	94.6	95.8	96.1	88.3	91.3
Между рождениями первого и второго ребёнка (для женщин, имеющих двух и более детей в нынешнем браке)											
Да	100.0	21.5	35.9	20.2	50.0	27.3	26.4	20.3	23.8	29.1	27.0
Нет	0.0	78.5	64.1	79.8	50.0	72.7	73.6	79.7	76.2	70.9	73.0
Между рождениями второго и третьего ребёнка (для женщин, имеющих трёх и более детей в нынешнем браке)											
Да	0.0	20.0	50.0	15.0	0.0	36.8	27.0	42.9	0.0	8.3	25.4
Нет	0.0	80.0	50.0	85.0	0.0	63.2	73.0	57.1	100.0	91.7	74.6
После рождения младшего ребёнка (для всех женщин, имеющих детей в нынешнем браке)											
Да	0.0	7.1	14.3	20.9	15.0	13.4	15.7	11.6	24.3	20.3	16.1
Нет	100.0	92.9	85.7	79.1	85.0	86.6	84.3	88.4	75.7	79.7	83.9

проводится переоценкой взглядов и ценностей, что зачастую приводит к созданию семьи в более позднем возрасте. Это новая жизненная стратегия, связанная с демографическими рисками – поздним рождением детей и малодетностью, когда снижается вероятность появления даже второго ребёнка. Эта ситуация потребует пересмотра механизмов демографической политики, поскольку будет необходимо стимулировать сокращение интервалов между родами и обеспечить эффективную социальную поддержку семей с детьми-погодками, что предполагает непрерывное длительное исключение родителей (в первую очередь матерей) из трудовой деятельности.

С точки зрения регулирующего воздействия социума требует осмысления и сохранения довольно высокого уровня абортов. Остаётся необъяснённым тот факт, что искусственное прерывание беременности – по-прежнему широко применяется супругами для регулирования рождаемости: в сложившихся семьях к абортam прибегают чаще, чем незамужние женщины. Доля

женщин с абортom в анамнезе до вступления в брак в среднем составила 16%, но по регионам ситуация различается (табл. 11). Доля женщин, прерывавших беременность до рождения первенца меньше – 9%. Однако между первым и вторым ребёнком уже четверть женщин прерывали беременность, а между вторым и третьим – 27%. Это серьёзная проблема, вероятно, обусловленная старением материнства и низкой контрацептивной культурой населения при довольно раннем начале половой жизни.

Анализ результативности семейно-демографической политики невозможен без оценок её мер объектом этой политики, то есть населением, особенно имея в виду их влияние на принятие семьёй решения о рождении детей. Крайне важным с точки зрения совершенствования федеральной и региональной семейно-демографической политики представляется изучение потребности населения в отдельных мерах государственной помощи, выявление уровня информированности о них, а также отношения населения к поддержке

семьи со стороны государства и других структур (бизнеса, НКО, церкви, семейных объединений). Подавляющее большинство опрошенных считают, что именно государство должно поддерживать семью (79%). Представления об участии бизнеса, гражданского общества в поддержке семьи присутствуют в общественном сознании фрагментарно (16 и 13% соответственно).

Согласно данным опроса, усиление мер государственной поддержки не оказало влияния на принятие решения о рождении младшего (единственного) ребёнка в 57% случаев, тогда как для 24% опрошенных эти меры стали стимулом. Женщины чаще, чем мужчины заявляли об отсутствии влияния мер поддержки семей с детьми на рождение ребёнка (62% против 52%). Наиболее восприимчивыми к мерам семейно-демографической политики оказались россияне в возрасте от 30 до 40 лет (30% из них признали, что они в той или иной степени повлияли на их решение).

Самые востребованные меры поддержки семьи с детьми, по нашим данным, — консультативно-медицинские услуги, дополнительное образование для детей, а также помощь в трудоустройстве родителей с возможностью работы по гибкому графику. Меньше всего население нуждается в помощи в виде оказания бытовых услуг, организации семейного дела и ухода за нетрудоспособными членами семьи.

Обнаруживают себя половозрастные различия в оценке востребованности отдельных мер помощи семье. Например, потребность в консультативно-медицинских услугах оказалась наиболее высокой у женщин в возрасте 30 лет и старше, в дополнительном образовании детей и в помощи по уходу за ребёнком дошкольного возраста — у женщин и мужчин 30–40 лет. В трудоустройстве с возможностью работы по гибкому графику особенно заинтересованы молодые женщины 17–30 лет.

У 46% респондентов уровень информированности о региональных мерах государственной семейной политики ниже среднего (2.6 балла по 5-балльной шкале). Полностью владеют информацией о мерах поддержки семей с детьми лишь 9% опрошенных, тогда как практически ничего о них не знают 24%. Лучше других о мерах региональной семейной политики информированы женщины в возрасте 30–40 лет (3.0 балла), в то время как самую низкую осведомлённость продемонстрировали молодые женщины 17–30 лет (2.5 балла) и мужчины всех возрастов (2.6 балла). По нашим данным, главным источником информации о мерах семейной политики выступает сеть Интернет (78%). Важным информационным ресурсом оказались сведения, получаемые от соседей и друзей (32%), в меньшей степени — теле- и радиопередачи (22%), публикации в газетах и журна-

лах, специализированные источники (18%). Доля тех, кто не нуждается в какой-либо информации по данному вопросу, оказалась мала и составила лишь 5%.

Выводы и рекомендации. Проведённое исследование позволило сформулировать ряд предложений по совершенствованию семейно-демографической политики в России. Разработку её мер следует осуществлять в соответствии с особенностями (социально-демографическими, региональными) и потребностями групп населения, наиболее к ним восприимчивых. Особое внимание нужно уделять группам риска (сознательно бездетные) и негативным с точки зрения воспроизводства населения трендам демографического поведения (распространённость сожительства, абортное поведение замужних женщин, высокая разводимость по инициативе женщин).

В целях профилактики разводов, повышения степени реализации репродуктивных планов необходимо поддержать *формирование модели эгалитарной семьи* с равноправным распределением семейных обязанностей, а также позитивно-активного вовлечённого отцовства. Существует потенциал увеличения доли многодетных семей: 32% россиян сообщили, что хотели бы иметь троих и более детей при наличии всех необходимых условий. Решение задачи максимальной реализации репродуктивных планов предполагает компенсацию иждивенческой нагрузки.

По мнению респондентов, самыми важными направлениями деятельности по укреплению семьи в России должны стать: обеспечение достойной оплаты родительского труда; предоставление жилья нуждающимся семьям; увеличение пособия при рождении ребёнка, а также введение пособия на ребёнка в возрасте до трёх лет в размере прожиточного минимума для тех семей, чей доход ниже среднего; частичное погашение кредита или субсидии на приобретение жилья (при рождении первого и второго ребёнка) или полное его погашение при рождении третьего ребёнка; обеспечение гарантий получения детьми качественного профессионального образования. Реже всего респонденты отмечали в качестве желательных такие меры, как формирование негативного отношения общества к прерыванию беременности и введение законодательных норм, усложняющих процедуру развода.

Поскольку молодые женщины высоко оценили значимость трудоустройства с возможностью работы по гибкому графику, а женщины 30–40 лет — помощи в присмотре за детьми, особенно дошкольного возраста, представляется актуальной разработка системы мер, способствующих совмещению женщинами воспитательной и трудовой функций, а именно помощи матерям, находящимся в отпуске по уходу за ребёнком, в

участии в профессиональной деятельности. Здесь возможны две формы: помощь женщинам в адаптации к профессиональной деятельности после выхода из отпуска по уходу за ребёнком и расширение использования так называемых гибких форм занятости (работа на условиях неполного рабочего дня или неполной рабочей недели, работа на дому, дистанционная работа и т.д.) [33]. Данное направление соответствует целям гендерного подхода в социальной политике [34]. Ещё одна возможность совмещения родительских и профессиональных обязанностей — развитие института сертифицированных нянь, пока ещё находящегося в стадии становления. Причём спрос здесь существенно превышает предложение.

Целесообразно *расширить перечень инструментов информирования населения* о мерах поддержки семей с детьми, например, посредством разработки специальных веб-сайтов и приложений для мобильных устройств, содержащих всю необходимую информацию по актуальным мерам, критериям и процедуре их получения, перечню необходимых для этого документов. Позитивным опытом в этом отношении располагает Вологодская область. Здесь на официальном портале правительства области есть раздел, посвящённый действующим мерам поддержки семей с детьми в регионе, а молодёжным парламентом области в 2017 г. был выпущен информационный буклет “Меры государственной поддержки семей в Вологодской области”, содержащий перечень мер помощи и условия её получения разными категориями семей (семьи, ожидающие рождение ребёнка; семьи, в которых родился первый ребёнок; семьи, в которых родился второй ребёнок; семьи, в которых родился третий и последующие дети; семьи, воспитывающие ребёнка-инвалида и т.д.). Информация на сайте правительства регулярно актуализируется, а информационный буклет периодически переиздается.

По нашему мнению, одной из первоочередных мер должно стать создание *единой системы мониторинга* результативности проводимой социально-демографической политики во всех субъектах РФ. Принципиально важным представляется введение в круг отслеживаемых индикаторов данных социологических исследований о репродуктивных установках и планах населения (желаемом и ожидаемом числе детей), о причинах ограничения детности и откладывания рождений, об условиях, необходимых для реализации потребности в детях, об оценке результативности существующих мер семейно-демографической политики, а также о потребности в дополнительных мерах государственной поддержки.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнена при финансовой поддержке РНФ, проект № 20-18-00256 “Демографическое поведение населения в контексте национальной безопасности России”.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аганбегян А.Г.* Новой России — 30 лет. Достижения и упущения (социально-экономический анализ). М., 2021.
2. *Борисов В.А.* Демография. Учебник для вузов. М.: Издательский дом NOTABENE, 1999, 2001.
3. *Зверева Н.В., Архангельский В.Н.* Предварительные итоги и перспективы современной политики в области рождаемости в России // *Федерализм*. 2010. № 2 (58). С. 69–84.
4. *Калачикова О.Н., Шабунцова А.А.* О причинах роста рождаемости населения в период активизации демографической политики России (на примере Вологодской области) // *Проблемы прогнозирования*. 2013. № 5. С. 129–136.
5. *Захаров С.В.* Какой будет рождаемость в России? // *Демоскоп Weekly*. 23 января — 5 февраля 2012. № 495–496. <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0495/tema01.php>
6. *Архангельский В.Н., Калачикова О.Н.* Возраст матери при рождении первого ребёнка: динамика, региональные различия, детерминация // *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2020. Т. 13. № 5. С. 200–217.
7. *Шабунцова А.А., Ростовская Т.К.* О необходимости разработки модели оптимальных условий для формирования и реализации демографических установок // *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2020. Т. 13. № 4. С. 38–57.
8. *Ростовская Т.К., Кучмаева О.В.* Концептуальные подходы к проведению всероссийского социологического исследования “Демографическое самочувствие России” как инструменту мониторинга результативности демографической политики // *Вестник ЮРГТУ (НПИ)*. 2020. № 3. С. 89–99.
9. *Notestein F.W.* Population. The Long View // *Food for the World*. University of Chicago Press, 1945. P. 35–57.
10. *Landry A.* La Révolution Démographique / A. Landry, A. Girard. INED, 1982.
11. *Van de Kaa D.J.* Europe’s second demographic transition // *Population Bulletin*. 42(1). The Population Reference Bureau. Washington, 1987.
12. *Lesthaeghe R.* The second demographic transition: A concise overview of its development // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2014. № 111 (51). P. 18112–18115.
13. *Коулмен Д.* Третий демографический переход // *Демоскоп Weekly*. 2007. № 299–300. <http://www.demoscope.ru/weekly/2007/0299/tema05.php>
14. *Coleman D.* Why we don’t have to believe without doubting in the “Second Demographic Transition” —

- some agnostic comments // Vienna Yearbook of Population Research. 2004. № 2. P. 11–24.
15. *Omran A.R.* The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change // The Milbank Quarterly. 2005. V. 83(4). P. 731–757.
 16. *Зубок Ю.А., Чупров В.И.* Жизнедеятельность молодёжи в изменяющейся реальности: противоречия саморегуляции // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2020. № 6. С. 215–231.
 17. *Локосов В.В.* Демографическое развитие России: динамика и социально-экономические риски // Вестник РАН. 2020. № 3. С. 251–258.
 18. *Синельников А.Б.* Демографическая саморегуляция в условиях роста и убыли населения // Социологический журнал. 2019. № 4. С. 84–92.
 19. *Вишневский А.Г.* Демографический переход и проблема демографического саморегулирования. Ответ А.Б. Синельникову // Социологический журнал. 2019. № 4. С. 93–104.
 20. *Осипова Л.Б.* Гражданский брак как социальное явление // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. 2014. № 2(29). С. 189–195.
 21. *Соболевская О.В.* Развод по плану. Кто и почему чаще разывает отношения. <https://iq.hse.ru/news/350701666.html>
 22. *Калачикова О.Н., Груздева М.А.* Гендерные стереотипы в современной семье: женщины и мужчины (На материалах социологического исследования) // Женщина в российском обществе. 2019. № 1. С. 64–76.
 23. *Ильдарханова Ч.И., Калачикова О.Н.* Концептуализация понятия “генеративное поведение”: методологические возможности гендерного подхода // Казанский экономический вестник. 2019. № 5. С. 77–84.
 24. *Калачикова О.Н.* Конфликт гендерных ролей и обязанностей: “тройная занятость” женщин как источник нестабильности брака // Демографическая и семейная политика в контексте целей устойчивого развития: сборник статей IX Уральского демографического форума: в 2-х томах. Том I. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2018. С. 76–85.
 25. *Багирова А.П., Бледнова Н.Д.* Совмещение профессионального и родительского труда в оценках уральских женщин: объективные и субъективные барьеры // Женщина в российском обществе. 2021. С. 150–167.
 26. *Савинская О.Б.* Баланс работы и семьи: стратегии совмещения профессиональных и семейных обязанностей работающими матерями в Москве // Журнал социологии и социальной антропологии. 2013. № 2. С. 142–166.
 27. *Баскакова М.Е., Соболева И.В.* Баланс семьи и работы: новые возможности в условиях цифровой экономики // Народонаселение. 2018. № 3. С. 122–134.
 28. *Чернова Ж.В.* Баланс семьи и работы: политика и индивидуальные стратегии матерей // Журнал исследований социальной политики. 2012. № 3. С. 295–308.
 29. *Белинская Д.В.* Социальный портрет чайлдфри // Вестник Тамбовского университета. Серия: Общественные науки. 2018. № 13. С. 12–19.
 30. *Клименко Н.С., Карелина Н.А.* Материнство как социокультурный концепт (типология, трансформация, перспективы) // Вестник Кемеровского государственного университета культуры и искусств. 2019. № 46. С. 126–130.
 31. *Клименко Н.С.* “Чайлдфри” и “Яжемать” как биполярные категории современной фемининности // Вестник Кемеровского государственного университета культуры и искусств. 2017. № 40. С. 59–62.
 32. *Бичарова М.М.* “Чайлдфри” и “чайлдхейт” среди Российской молодёжи: к вопросу о причинах // Инновации в науке. 2016. № 12-2 (61). <https://cyberleninka.ru/article/n/chayldfri-i-chayldheyt-sredi-rossiyskoy-molodezhi-k-voprosu-o-prichinah> (дата обращения 11.03.2021).
 33. Демография для практических работников: Методические рекомендации для специалистов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации / Под ред. Л.Л. Рыбаковского. М.: Экон-информ, 2014.
 34. *Ржаницына Л.С., Кравченко Е.В.* Программно-целевой гендерный бюджет (рекомендации по применению гендерного подхода при подготовке социально значимого решения) // Экономист. 2019. № 9. С. 52–61.
 35. АНО Центр консультационной помощи и развития семей “Мама может”. https://vk.com/mama_vologda35

ПРОГНОЗ РОЖДАЕМОСТИ В РОССИИ: ПОДХОДЫ, ГИПОТЕЗЫ, РЕЗУЛЬТАТЫ

© 2021 г. О. А. Козлова^{a,*}, В. Н. Архангельский^{b,c,d,**}

^a Институт экономики УрО РАН, Екатеринбург, Россия

^b Институт демографических исследований ФНИСЦ РАН, Москва, Россия

^c Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

^d Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, Россия

*E-mail: kozlova.aa@uiec.ru

**E-mail: archangelsky@yandex.ru

Поступила в редакцию 20.05.2021 г.

После доработки 04.06.2021 г.

Принята к публикации 07.06.2021 г.

Прогнозы численности и половозрастного состава населения — один из важнейших прикладных результатов демографических исследований. Их учёт необходим при разработке стратегий и программ социально-экономического развития страны и её территорий. Наиболее сложно предсказуемый компонент в демографических прогнозах — динамика показателей рождаемости, которые, как правило, являются следствием репродуктивного поведения населения, подверженного влиянию различных объективных и субъективных факторов. Цель исследования заключалась в построении прогноза рождаемости на основе календарных показателей для реальных поколений россиян. Определены возможности и ограничения основных подходов к прогнозированию рождаемости. Дан обзор тенденций в динамике календарных показателей рождаемости для реальных поколений. Сформулирована гипотеза, которая представляется авторам наиболее вероятной, о возможных причинах изменений суммарного коэффициента рождаемости по очередности рождения до 2030 г., обусловленных тайминговыми сдвигами в календаре рождений. Построен прогноз показателей рождаемости в реальных поколениях до 2035 г. На его основе произведён прямой пересчёт в возрастные и суммарный коэффициенты рождаемости с использованием распределения однолетних коэффициентов рождаемости. Установлено, что рассчитанный таким образом суммарный коэффициент рождаемости в России в 2050 г. может составить 1.77.

Ключевые слова: рождаемость, прогноз, реальные поколения, тайминговые сдвиги, суммарный коэффициент рождаемости, очередность рождения.

DOI: 10.31857/S0869587321090061



КОЗЛОВА Ольга Анатольевна — доктор экономических наук, профессор, руководитель Центра исследований социэкономической динамики ИЭ УрО РАН. АРХАНГЕЛЬСКИЙ Владимир Николаевич — кандидат экономических наук, руководитель отдела рождаемости и репродуктивного поведения ИДИ ФНИСЦ РАН, заведующий сектором воспроизводства населения и демографической политики лаборатории экономики народонаселения и демографии экономического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова, ведущий научный сотрудник международной лаборатории демографии и человеческого капитала РАНХиГС.

Прогнозы численности и половозрастного состава населения — один из важнейших прикладных результатов демографических исследований. Их учёт необходим при разработке стратегий и программ развития практически всех отраслей социально-экономической сферы. Население является одновременно и производителем товаров и услуг, и их потребителем. Причём производственные возможности и особенности потребления товаров и услуг существенно различаются в зависимости от пола и возраста.

Степень точности демографического прогноза, его близость к реальным показателям зависят от того, насколько верно будут определены перспективы изменения рождаемости, смертности и продолжительности жизни, миграции.

Один из наиболее сложно предсказуемых компонентов в демографических прогнозах — динамика показателей рождаемости. Эти показатели в конечном счёте являются результатом репродуктивного поведения населения, которое, с одной стороны, весьма инерционно, а с другой — может быть подвержено влиянию плохо предсказуемых социально-экономических изменений, учитываемых семьями при оценке условий реализации намерений в отношении рождения детей [1–5]. Отдельно следует выделить социально-демографическую политику, направленную на поддержку семей с детьми [6–8].

Влияние общественных трансформаций на репродуктивное поведение может быть и долгосрочным, и краткосрочным, приводящим к так называемым тайминговым (временным) сдвигам, проявляющимся как в более ранних рождениях в связи с создавшимися благоприятными условиями, так и, наоборот, в откладывании рождений по причине временных неблагоприятных условий. И те, и другие условия ограничены по времени. Тайминговые сдвиги могут оказывать значительное влияние на ежегодную динамику показателей рождаемости, не сказываясь на итоговых (к концу репродуктивного периода) числах рождённых детей в реальных поколениях женщин. На это указывают многие специалисты, например, А.О. Тындык [9, с. 20–23]. Возможности и ограничения использования суммарного коэффициента рождаемости для оценки её трендов в сравнении с показателями в реальных поколениях подробно рассматриваются в работах М. Ни Вролхайна, Р. Шона, Т. Соботки и В. Лутца [10–12]. Среди российских публикаций в этой связи можно отметить работу А.Г. Вишневого [13]. С точки зрения прогнозирования рождаемости важно иметь в виду, что те или иные тайминговые сдвиги оказывают существенное влияние на календарные показатели возрастной модели рождаемости [14].

Демографический прогноз численности и половозрастного состава населения разрабатывается по календарным годам. Соответственно, и показатели рождаемости — возрастные и суммарный коэффициенты, используемые в прогнозе, тоже должны относиться к календарным годам. Однако их прогнозные величины могут быть получены двояко: на основе непосредственного анализа динамики, определения детерминации и возможных перспектив, а также в результате прогноза показателей рождаемости для реальных поколений с последующим пересчётом в возрастные и суммарный коэффициенты рождаемости.

Прогноз среднего числа рождённых детей для реальных поколений в России был сделан в 2007 г. в Институте демографии Высшей школы экономики. Одновременно специалисты спрогнозировали рождаемость для календарных лет, но прямого пересчёта из прогнозных показателей для реальных поколений не осуществлялось. По крайней мере об этом не сказано в публикации, содержащей гипотезы и результаты данного расчёта [15, с. 148–164].

Цель настоящей статьи — рассмотреть возможности и ограничения обоих подходов к прогнозированию рождаемости.

Прогностические возможности и ограничения показателей рождаемости для календарных лет и реальных поколений. Использование для прогноза тренда суммарного коэффициента рождаемости¹ даёт наилучший результат, если за предшествующий период он был устойчивым, а отклонения от него носили случайный характер. В действительности этот тренд не бывает постоянным длительное время.

В России за последние 30–35 лет наблюдались периоды и значительного повышения, и снижения суммарного коэффициента рождаемости. Если бы изменения этого показателя носили случайный характер, то линию тренда можно было бы использовать как сглаживающую и определяющую генеральную тенденцию. Но они были не случайны, а определялись влиянием разного рода факторов в те или иные временные периоды.

В начале 1980-х годов вводились дополнительные меры государственной помощи семьям с детьми, обусловившие некоторое повышение суммарного коэффициента рождаемости, в значительной мере связанное с тайминговыми сдвигами. С конца 1980-х годов показатели рождаемости снизились, что, скорее всего, было связано с так называемым тайминговым провалом: часть

¹ Суммарный коэффициент рождаемости — число детей, которые были бы рождены в среднем одной женщиной при условии сохранения на протяжении репродуктивного периода её жизни (от 15 до 50 лет) неизменными возрастными коэффициентами рождаемости на уровне данного календарного года.

рождений, которые могли бы иметь место в конце 1980-х годов, произошли ранее благодаря активизировавшейся помощи семьям с детьми.

Значительное снижение рождаемости в 1990-е годы было обусловлено отказами от рождения детей и их откладыванием, реализованным в начале 2000-х годов. Иными словами, произошло как реальное сокращение рождаемости, так и тайминговые сдвиги. Только если в 1980-е годы эти сдвиги проявились в более раннем рождении детей и последующем тайминговом провале, то в 1990-е годы — в откладывании рождения детей и последующей реализации, то есть отчасти способствовали повышению рождаемости в начале 2000-х годов.

При использовании динамики рождаемости в предшествующие годы для определения её прогнозных сценариев следует иметь в виду, что тайминговые сдвиги, с одной стороны, будут оказывать небольшое влияние (линия тренда в основном сгладит процесс), а с другой — их сложнее предвидеть на прогнозируемый период. Корректность выявления тренда и, следовательно, прогноза предполагает необходимость включения во временной интервал, для которого определяется этот тренд, периодов тайминговых сдвигов, в том числе последующее снижение (тайминговый провал) и последующее повышение после откладывания рождений. На практике эта задача может оказаться весьма сложной, так как потребуются корректная оценка времени начала и окончания тайминговых сдвигов и оценка массовости их распространения в соответствующие временные периоды.

В связи с этим возможности использования предшествующей динамики суммарного коэффициента рождаемости в России для её прогнозирования на долгосрочный период представляются весьма ограниченными. В то же время при прогнозировании рождаемости на ближайшие 5–10 лет целесообразно применять именно суммарный и возрастные коэффициенты рождаемости. Во-первых, прогноз на относительно короткий период времени позволяет использовать и менее продолжительную динамику показателей за предшествующие годы. Во-вторых, и это главное, в ближайшие годы динамика показателей рождаемости в значительно большей мере (по сравнению с долгосрочной перспективой) будет зависеть от её изменения в течение 10–15 лет, и особенно в последние годы. В-третьих, использование для прогноза календарных показателей рождаемости позволяет учесть возможное влияние тех или иных факторов, в том числе реализуемых и предполагаемых мер демографической политики, которое может иметь долгосрочный характер или приводить к тем или иным тайминговым сдвигам. Это целесообразно для прогноза на 5–10 лет, но вряд ли корректно на долгосрочную перспективу.

Для долгосрочного прогноза (например, до 2050 г.) целесообразнее учитывать динамику показателей рождаемости в реальных поколениях. Это связано прежде всего с тем, что она, если говорить об итоговых числах рождённых детей к концу репродуктивного периода, не подвержена влиянию тайминговых сдвигов и носит более устойчивый характер. При этом, как будет продемонстрировано далее, тренды поколенческих изменений показателей рождаемости в России тоже меняли свою направленность, но не носили таймингового характера.

Прогноз рождаемости в России до 2030 г. на основе анализа динамики суммарного коэффициента рождаемости. После наметившегося с конца 1980-х годов значительного снижения суммарный коэффициент рождаемости в России в 1999 г. достиг минимума, но в начале 2000-х годов немного повысился. Более существенное и устойчивое его повышение началось с 2007 г. и тянулось вплоть до 2015 г. В 2016–2019 гг. коэффициент стал снижаться, а в 2020 г. практически остался неизменным (табл. 1).

С точки зрения анализа детерминации динамики рождаемости и, соответственно, её прогнозирования важно отметить, что она значительно различается по очередности рождения. Это даёт основания говорить, что изменение показателей рождаемости по первым, вторым, третьим и последующим рождениям определялось разными причинами. Такую дифференциацию следует иметь в виду и при определении прогнозных гипотез, то есть прогноз должен разрабатываться отдельно для каждой очередности рождения, а полученные прогнозные величины — суммироваться.

Прирост суммарного коэффициента рождаемости по первым и вторым рождениям в 2006 г. по сравнению с 2000 г. был почти одинаковым (0.046 и 0.053 соответственно). По третьим и последующим рождениям он оказался значительно меньше (0.011), но и сама величина суммарного коэффициента рождаемости по ним была меньше. Относительный прирост по третьим и последующим рождениям (8.4%) — почти такой же, как по первым (6.5%) и вторым (14.8%).

В 2007 г. наблюдался небольшой прирост суммарного коэффициента рождаемости по первым рождениям — 0.005, или 0.7%. Более существенным он был по вторым (0.069, или 16.8%), третьим и последующим (0.037, или 26.1%) рождениям. Есть основания связывать его с началом реализации дополнительных мер государственной поддержки семей с детьми, прежде всего материнского (семейного) капитала, право на получение которого возникало при рождении второго или последующих детей.

Таблица 1. Динамика суммарного коэффициента рождаемости в России в 2000–2020 гг.*

Годы	Суммарный коэффициент рождаемости	В том числе по очередности рождения		
		первые	вторые	третьи и последующие
2000	1.195	0.707	0.357	0.131
2001	1.223	0.719	0.370	0.134
2002	1.286	0.745	0.396	0.145
2003	1.320	0.759	0.413	0.148
2004	1.344	0.773	0.421	0.150
2005	1.294	0.744	0.407	0.144
2006	1.305	0.753	0.410	0.142
2007	1.416	0.758	0.479	0.179
2008	1.502	0.784	0.518	0.200
2009	1.542	0.800	0.536	0.206
2010	1.567	0.785	0.565	0.217
2011	1.582	0.783	0.574	0.226
2012	1.691	0.814	0.620	0.257
2013	1.707	0.809	0.625	0.273
2014	1.750	0.798	0.658	0.294
2015	1.777	0.788	0.688	0.302
2016	1.762	0.764	0.686	0.312
2017	1.621	0.705	0.604	0.312
2018	1.579	0.664	0.582	0.332
2019	1.504	0.638	0.531	0.335
2020**	1.505	0.625	0.523	0.356

* Рассчитано по: Российская база данных по рождаемости и смертности. Центр демографических исследований Российской экономической школы. http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data; данные Росстата.

** Здесь и далее за 2020 г. предварительные данные.

Повышение суммарного коэффициента рождаемости по вторым рождениям продолжалось до 2015 г., после чего его величина начала снижаться, тогда как положительная динамика этого показателя по третьим и последующим рождениям сохранялась (см. табл. 1). Разнонаправленность динамики суммарного коэффициента рождаемости по вторым, третьим и последующим рождениям в последние годы даёт основания предполагать, что она определяется разными факторами. Что могло повлиять на снижение суммарного коэффициента рождаемости по вторым рождениям и не оказать негативного влияния на изменение величины этого показателя по третьим и последующим рождениям?

В этой связи важно обратить внимание на то, что снижение рождаемости началось с сентября 2016 г. Именно с этого времени её динамика изменилась. Причём есть основания говорить об изменении рождаемости именно по вторым рождениям, так как снижение показателей рождаемости по первым рождениям произошло несколькими годами раньше, а по третьим и последующим рождениям показатели продолжают повышаться. Если за январь–август 2016 г. число родившихся по сравнению с 2015 г. сократилось на 0.8%, то за сентябрь–декабрь – на 6.3%. При этом следует иметь в виду, что на сокращение числа родившихся повлияло снижение доли женщин активного репродуктивного возраста. Под

влиянием этого фактора общий коэффициент рождаемости в 2016 г. должен был снизиться по сравнению с 2015 г. (при неизменных возрастных коэффициентах рождаемости) на 3.0%. Поэтому уменьшение числа родившихся в январе–августе 2016 г. менее чем на 1% было обусловлено влиянием структурного фактора, а суммарный и возрастные коэффициенты рождаемости продолжали повышаться. По нашим оценкам, в России суммарный коэффициент рождаемости в январе–августе 2016 г. составлял 1.81, то есть был существенно выше, чем в 2015 г., при этом по вторым рождениям в тот же период он находился на отметке 0.7. Учитывая, что в целом за 2016 г. коэффициент равнялся 0.688, в октябре–декабре того же года его величина, вероятно, не превышала 0.65.

Каковы причины снижения суммарного коэффициента рождаемости по вторым рождениям с сентября 2016 г.?

В декабре 2015 г. произошла значительная девальвация рубля, что могло повлиять на негативное восприятие социально-экономической ситуации с точки зрения рождения детей. Однако ещё более существенная девальвация рубля наблюдалась в середине декабря 2014 г., но в течение 2015 г. и в январе–августе 2016 г. суммарный коэффициент рождаемости продолжал повышаться. Кроме того, непонятно, почему этот экономический фактор повлиял на вторые рождения и не оказал воздействие на третьи и последующие.

К другим обстоятельствам, способствовавшим снижению рождаемости по вторым рождениям осенью 2016 г., относится, как это ни покажется парадоксальным, продление программы федерального материнского капитала, которая изначально была принята на период до конца 2016 г. 3 декабря 2015 г. Президент России в Послании Федеральному собранию Российской Федерации сказал: “Считаю необходимым продлить программу материнского капитала ещё как минимум на два года”. Существенное повышение суммарного коэффициента рождаемости по вторым рождениям в 2014, 2015 гг. и в январе–августе 2016 г. отчасти могло быть обусловлено тайминговыми сдвигами — более ранним рождением второго ребёнка, чтобы успеть воспользоваться материнским капиталом. Об этом же пишет Л.А. Попова, отмечая, что часть дополнительных рождений — это “следствие уплотнения календаря рождений у молодых когорт населения” [16, с. 172]. После таких сдвигов неизбежны тайминговый провал и снижение показателей рождаемости, так как дети, которые при “несдвинутом” календаре рождений могли бы родиться в последующие годы, уже появились на свет ранее. Этот провал начал исчезать по мере того, как более молодые поколения женщин подходили к возрасту рождения вто-

Таблица 2. Среднее число вторых рождений в реальных поколениях женщин в России (оценка на начало 2021 г.)*

Годы рождения женщин	Среднее число вторых рождений		
	к 30 годам	в 30–31 год	в 30–32 года
1980	0.27	0.08	0.12
1981	0.28	0.09	0.12
1982	0.28	0.09	0.13
1983	0.29	0.09	0.14
1984	0.30	0.10	0.14
1985	0.30	0.10	0.14
1986	0.32	0.09	0.13
1987	0.34	0.08	0.12
1988	0.34	0.08	0.11
1989	0.33	0.07	—
1990	0.31	—	—
1991	0.31	—	—

*Рассчитано по: Human Fertility Database. <https://www.humanfertility.org/cgi-bin/country.php?country=RUS&tab=si>; данные Росстата.

рого ребёнка. Об ожидаемом повышении рождаемости под влиянием мер демографической политики “с приходом нового поколения потенциальных родителей” пишет Е.Н. Синдяшкина [17, с. 84]. Этот фактор мог повлиять на динамику показателей рождаемости по вторым рождениям, но его влияние на третьи и последующие рождения практически исключено. Материнским капиталом можно было воспользоваться при рождении третьего или последующего ребёнка в случае, если он не был предоставлен на второго ребёнка. А это могло произойти, если второй родился до 2007 г. Более или менее массовое распространение рождений третьего ребёнка в 2014–2016 гг. с интервалом 8–10 лет после рождения второго при намерении воспользоваться материнским капиталом маловероятно.

В пользу гипотезы тайминговых сдвигов по вторым рождениям свидетельствуют данные, относящиеся к реальным поколениям, обобщённые в таблице 2.

Среднее число вторых рождений к 30 годам существенно повышалось в поколениях 1980-х годов рождения. Если у женщин 1980 года рождения оно составляет 0.27, то в поколениях 1987–1988 годов рождения — 0.34. У более молодых женщин оно немного ниже (1990–1991 годов рождения — 0.31) (табл. 2). Сами по себе эти данные не свидетельствуют о тайминговых сдвигах.

Такое повышение среднего числа вторых рождений в возрасте до 30 лет может быть этапным компонентом существенного увеличения итоговой величины этого показателя к завершению репродуктивного периода женщин данной возрастной группы. О тайминговых сдвигах (более раннем рождении вторых детей) может свидетельствовать тот факт, что в поколениях женщин с существенно более высоким средним числом вторых рождений к 30 годам в последующие годы это число уменьшается по сравнению с другими поколениями. К самому молодому поколению, для которого сейчас может быть рассчитано среднее число вторых рождений в возрасте 30–31 год, относятся женщины 1989 года рождения, а в возрасте 30–32 года — 1988 года рождения. Другими словами, есть возможность сравнить его у поколений женщин 1987–1988 годов рождения с самым высоким (из рассматриваемых поколений) средним числом вторых рождений к 30 годам с показателями для более старших поколений, но нет возможности для такого сравнения с более молодыми поколениями. У женщин 1987–1988 годов рождения среднее число вторых рождений в возрасте 30–31 год и 30–32 года немного ниже, чем у женщин более старших поколений (в возрасте 30–31 год оно ещё ниже у женщин 1989 года рождения) (см. табл. 2).

Вопрос о том, что влияло в последние годы на динамику показателей рождаемости по вторым рождениям, принципиально важен для прогноза. Если это следствие изменений в восприятии условий жизни с точки зрения реализации репродуктивных намерений, то такое влияние может продолжаться и в последующие годы. Если же имел место тайминговый провал, что, на наш взгляд, более вероятно, то в 2021–2022 гг. его негативное влияние на динамику вторых рождений прекратится.

Снижение суммарного коэффициента по первым рождениям началось в России в 2013 г., то есть на три года раньше, чем по вторым, и, вероятно, обусловлено другими причинами. Основная из них — снижение показателей брачности. Связь снижения числа первых рождений с уменьшением числа браков отмечают многие специалисты [18, с. 35]. В 2019 г. коэффициент брачности по первым бракам у женщин в возрасте 18–19 лет снизился по сравнению с 2011 г. на 22%, в 20–24 года — на 9.5, в 25–29 лет — на 15.8. Наибольшее снижение суммарного коэффициента рождаемости по первым рождениям произошло в 2017 г. (на 0.059, или на 7.7%). В предшествующем 2016 г. отмечалось наибольшее за рассматриваемый период снижение коэффициентов брачности по первым бракам у женщин: 18–19 лет — на 12.1%, 20–24 года — на 13.1, 25–29 лет — на 14.5. На 13.1% снизился суммарный коэффициент рождаемости по первым рождениям в 2018 г. по сравне-

нию с 2016 г., то есть практически в той же мере, что и коэффициенты брачности в 2016 г.

На уровень рождаемости по первым рождениям, очевидно, влияет не только снижение показателей брачности, но и откладывание этих рождений в браке. В данном случае можно говорить о двух вариантах поведения. Первый — откладывание рождения первого ребёнка при наличии супружеских отношений без регистрации брака. Здесь зачастую взаимосвязанно откладывается и регистрация брака, и рождение ребёнка. О динамике распространённости таких ситуаций сказать сложно, потому что статистических данных нет. Второй вариант — откладывание рождения первого ребёнка после регистрации брака. Статистика не позволяет сделать прямой оценки этого явления, так как в ежегодно публикуемых статистических данных даётся распределение по длительности брака только всех родившихся в зарегистрированном браке без дифференциации по очередности рождения. Косвенную оценку можно сделать, используя показатель доли родившихся в первые два года брака в общем числе родившихся в зарегистрированном браке. Но этот показатель будет зависеть от доли первых рождений. При более высокой её величине, при прочих равных условиях, выше будет и доля родившихся в первые два года брака. В России в последние годы доля родившихся в первые два года брака в общем числе родившихся в зарегистрированном браке постоянно сокращалась и только в 2019 г. не изменилась по сравнению с 2018 г.: 2011 г. — 48.3%, 2012 г. — 47.2, 2013 г. — 45.0, 2014 г. — 42.5, 2015 г. — 40.3, 2016 г. — 38.1, 2017 г. — 37.5, 2018 г. — 36.4, 2019 г. — 36.4. Ориентируясь на такую динамику этого показателя, можно было бы говорить о существенном (по крайней мере до 2016 г.) сокращении доли родившихся в первые два года брака и, следовательно, о расширении масштабов откладывания рождения первого ребёнка в браке. Однако сокращалась и доля первых рождений в общем числе родившихся: 2011 г. — 49.5%, 2012 г. — 47.3, 2013 г. — 45.7, 2014 г. — 43.2, 2015 г. — 41.2, 2016 г. — 39.7, 2017 г. — 39.3, 2018 г. — 37.7, 2019 г. — 37.6. Обратим внимание, что в 2019 г. практически не изменились оба показателя. Учитывая почти одинаковое их снижение, нельзя трактовать сокращение доли родившихся в первые два года брака в общем числе родившихся в зарегистрированном браке как расширение масштабов откладывания рождения первого ребёнка.

Суммарный коэффициент рождаемости по первым рождениям в России очень низкий (в 2020 г. — 0.625). Для сравнения: среднее число первых рождений в реальных поколениях составляет у женщин 1981–1982 годов рождения — 0.86, 1983 года рождения — 0.85 (на начало 2021 г.). Таким же или чуть меньшим оно будет в итоге у поколений середины 1980-х годов рождения. Столь

существенные различия показателей рождаемости по первым рождениям по календарным годам и в реальных поколениях, значительное снижение суммарного коэффициента рождаемости по первым рождением в последние годы косвенно свидетельствуют о вероятном их откладывании.

В отличие от первых и вторых рождений, суммарный коэффициент рождаемости по третьим и последующим рождением продолжает повышаться (только в 2017 г. он не изменился). Его прирост существенно различается по годам, но нет оснований говорить об устойчивой тенденции увеличения или уменьшения такого прироста от года к году. Самый большой прирост произошёл в 2012 г. (на 0.031), когда в большинстве регионов были введены дополнительные меры помощи семьям, ориентированные главным образом на семьи с тремя и более детьми. В последующие годы он был меньше: 2013 г. — 0.016, 2014 г. — 0.021, 2015 г. — 0.008, 2016 г. — 0.010, 2017 г. — 0.000, 2018 г. — 0.020, 2019 г. — 0.003, 2020 г. — 0.021.

Представленные результаты анализа динамики суммарного коэффициента рождаемости по очередности рождения в России за последние годы позволяют предложить следующие гипотезы его возможного изменения на период до 2030 г.

Суммарный коэффициент рождаемости по первым рождением находится на очень низком уровне. Возможные резервы и, соответственно, вероятность его дальнейшего снижения невелики. Если значительное снижение коэффициента обусловлено тайминговыми сдвигами, то, учитывая их масштаб и продолжительность, в 2021–2022 гг. можно ожидать прекращение дальнейшего падения этого показателя и некоторый его рост. Более того, есть основания полагать, что этот рост может быть весьма существенным под влиянием предоставления, начиная с 2020 г., материнского капитала при рождении первого ребёнка. Примерно оценить возможное прогнозируемое повышение в связи с реализацией данной меры можно по аналогии с приростом суммарного коэффициента рождаемости по вторым рождением после введения материнского капитала при рождении второго или последующего ребёнка в 2007 г. Наиболее существенный прирост пришёлся на 2007 г. (0.069, или 16.8%) и 2008 г. (0.039, или 8.1%). В целом за 2007–2008 гг. он составил 0.108, или 26.3% (см. табл. 1). Нынешняя ситуация с суммарным коэффициентом рождаемости по первым рождением и возможным влиянием на него материнского капитала имеет, на наш взгляд, два принципиальных отличия. С одной стороны, принятие решения о рождении первого ребёнка, вероятно, в меньшей степени, по сравнению со вторым ребёнком, связано с уровнем жизни и его оценкой. Поэтому влияние материнского капитала на показатели рождаемости по

первым рождением может быть меньше, чем по вторым рождением. С другой стороны, в годы, предшествовавшие началу действия программы федерального материнского капитала в 2007 г., суммарный коэффициент рождаемости по вторым рождением повышался с 2000 г. (кроме 2005 г.), что свидетельствует об отсутствии таймингового откладывания вторых рождений. По первым рождением в последние годы происходило значительное снижение рождаемости, в том числе в связи с их откладыванием, и перспектива реализации отложенных рождений, обусловленных предоставлением материнского капитала при рождении первого ребёнка, может способствовать существенному повышению суммарного коэффициента рождаемости по первым рождением в 2021–2022 гг.

Учитывая тенденции и уровень суммарного коэффициента рождаемости по первым рождением, возможные отличия (по сравнению со вторыми рождением) реакции на введение материнского капитала, можно предполагать повышение этого показателя до 0.72 к 2022 г. и последующее небольшое увеличение к 2030 г. до уровня 0.75–0.76, предшествовавшего наибольшему его снижению в 2017 г. Следует иметь в виду, что динамика этого показателя во второй половине 2020-х годов во многом зависит от того, какие решения будут приниматься по программе материнского капитала, срок действия которой определён до конца 2026 г. То есть возможны тайминговые сдвиги и соответствующие колебания величины этого показателя.

Последнее относится и к суммарному коэффициенту рождаемости по вторым рождением. Его повышение после вероятного таймингового провала может начаться если не с 2021 г., то с 2022 г. В пользу такого предположения свидетельствует некоторое повышение в 2020 г. коэффициентов рождаемости по вторым рождением в возрастной группе 22–26 лет, к которой сейчас относятся женщины поколений, практически не затронутых тайминговыми изменениями по вторым рождением. Вряд ли следует ожидать возврата суммарного коэффициента рождаемости по вторым рождением к уровню 0.69, как в 2015–2016 гг., поскольку он, вероятно, был связан с тайминговыми сдвигами. По мере преодоления таймингового провала в ближайшее десятилетие суммарный коэффициент рождаемости по вторым рождением может повыситься с 0.523 в 2020 г. до 0.62, то есть до уровня, близкого к 2013 г. (0.625). Этому будет способствовать и предполагаемое повышение суммарного коэффициента рождаемости по первым рождением, которое с лагом в 4–6 лет может повлечь за собой повышение этого показателя по вторым рождением.

Пока нет оснований предполагать, что повышение суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождением остановится, хотя, скорее всего, может иметь место постепенное уменьшение величины его ежегодного прироста.

Таким образом, основной прогнозной гипотезой в отношении динамики суммарного коэффициента рождаемости на ближайшее десятилетие служит его повышение, связанное с выходом из таймингового провала по первым и вторым рождением и замедляющимся приростом по третьим и последующим рождением.

Учитывая возможные перспективы динамики суммарного коэффициента рождаемости по очередности рождения, его величина в целом для всех рождений может иметь следующую прогнозную динамику на период до 2030 г.: 2021 — 1.57, 2022 г. — 1.63, 2023 г. — 1.65, 2024 г. — 1.67, 2025 г. — 1.69, 2026 г. — 1.70, 2027 г. — 1.72, 2028 г. — 1.73, 2029 г. — 1.75, 2030 г. — 1.76.

Интересно, что точно такая же величина суммарного коэффициента рождаемости (1.671) на 2024 г. (конечный год прогнозного периода) приводится в прогнозе, разработанном А.В. Кашеповым по модели, основанной на оценке влияния некоторых макроэкономических факторов на рождаемость. Ещё более высокий суммарный коэффициент рождаемости спрогнозирован этим автором на 2024 г. на основе консервативного (1.805) и базового (1.833) прогнозов Минэкономразвития России [19, с. 134–155; 20].

Прогноз рождаемости в России до 2050 г. на основе тренда показателей рождаемости в реальных поколениях. Для более долгосрочного прогноза рождаемости представляется целесообразным учитывать её тренд в реальных поколениях. Прогнозы рождаемости для реальных поколений делаются реже, чем для календарных лет. Среди работ последнего десятилетия можно выделить доклад Т. Сobotки, К. Земана, Р. Лестага и Т. Фрейки [21]. В России такие сценарии описаны при разработке демографического прогноза в Национальном демографическом докладе 2020 г. “Демографическое развитие России: тенденции, прогнозы, меры” [22, с. 130–134].

Оценка, основанная на использовании коэффициентов рождаемости в однолетней возрастной группировке, показывает, что после значительного снижения среднего числа рождённых детей в поколениях 1960-х годов рождения оно, вероятно, достигло минимума у женщин 1972–1973 годов рождения, составив 1.58–1.59. В поколениях 1970-х годов рождения среднее число рождённых детей немного повышается и достигает максимума у женщин 1979 года рождения — 1.67. К завершению репродуктивного периода оно

может увеличиться на 0.01–0.02. Более высоким оно будет у женщин 1980-х годов рождения².

Поколенческая динамика среднего числа рождённых детей складывается под влиянием двух разнонаправленных тенденций. С одной стороны, снижается среднее число первых рождений или доля родивших хотя бы одного ребёнка, а с другой — повышается доля родивших второго ребёнка среди родивших первого и доля родивших третьего ребёнка среди родивших второго. Это обстоятельство важно иметь в виду при прогнозировании. Прогноз рождаемости в реальных поколениях (как и по календарным годам) в России целесообразно разрабатывать дифференцированно по очередности рождения.

В большинстве поколений женщин до 1961 года рождения включительно среднее число первых рождений не меньше 0.93 (кроме поколений 1953 и 1956 годов рождения). В поколениях следующего десятилетия (1962–1971 годов рождения) оно составляет 0.92 (кроме 1969 года рождения). Начиная с поколения 1973 года рождения среднее число первых рождений не превышает 0.90. В поколениях 1970-х годов рождения оно, скорее всего, уже не повысится (с точностью до 0.01) до конца репродуктивного периода и у женщин, родившихся в конце 1970-х годов, и будет составлять 0.88. Ещё ниже (86–87%) оценивает С.В. Захаров этот показатель для родившихся в начале 1980-х годов [23, с. 138].

Для оценки тенденций и прогноза рождаемости по вторым и третьим рождением в реальных поколениях лучше использовать не средние числа этих рождений, а доли родивших второго и третьего ребёнка среди родивших ребёнка предыдущей очередности, так как они не зависят от среднего числа рождённых детей предыдущей очередности.

Доля родивших второго ребёнка среди родивших первого повышалась в поколениях 1950-х годов рождения до 72.9% у женщин 1956 года рождения. Отчасти это повышение обусловлено реализацией мер государственной помощи семьям с детьми в 1980-е годы. В более молодых поколениях доля родивших второго ребёнка среди родивших первого снизилась до 54.2% у женщин 1971 года рождения. В поколениях 1970-х — начала 1980-х годов рождения она повышается и пока максимальна у женщин 1983 года рождения — 64.9%. До завершения репродуктивного периода она немного возрастет. С.В. Захаров отмечает, что сегодня вероятность вторых рождений пока отстаёт от значений, достигнутых в 1980-е годы поколениями 1950–1960-х годов рождения [8, с. 12, 13].

² Здесь и далее оценка показателей рождаемости в реальных поколениях дана по состоянию на начало 2021 г., то есть с учётом предварительных возрастных коэффициентов рождаемости за 2020 г.

Это, конечно, так, но следует учитывать, с какого уровня в реальных поколениях повышалась доля родивших второго ребёнка тогда (с 64.3% у женщин 1946 года рождения до 72.9% у женщин 1956 года рождения, то есть на 8.6%-ных пункта) и сейчас (с 54.2% у женщин 1971 года рождения до 64.9% у женщин 1983 года рождения, то есть на 10.7%-ных пункта). Таким образом, прирост этого показателя сегодня больше, чем был в поколениях второй половины 1950-х годов рождения.

Доля родивших третьего ребёнка среди родивших второго снижалась до поколения женщин 1965 года рождения, составив 23.9%. В более молодых поколениях она повышается и достигает пока максимума (31.3%) у женщин 1980 и 1981 годов рождения.

При прогнозе показателей рождаемости в России в реальных поколениях целесообразно ограничиться их трендами до младшего поколения 1985 года рождения. Во-первых, это позволяет использовать в прогнозе достаточно длинный поколенческий ряд показателей. Во-вторых, этот ряд включает поколения женщин, находившихся в последние 15 лет в активном репродуктивном возрасте. В-третьих, в этом случае необходимый досчёт показателей (с использованием возрастных коэффициентов рождаемости по очередности рождения 2020 г., гипотетически предполагая их неизменность) требуется только для возрастов от 36 лет. Динамика коэффициентов рождаемости в них в последние годы носит достаточно устойчивый характер, тогда как в более молодых возрастах она претерпевала существенные изменения.

Проведённый анализ показал целесообразность использования для прогноза показателей рождаемости, начиная с поколения 1965 года рождения, и применение линейного тренда. В этом случае коэффициент аппроксимации по поколенческому ряду среднего числа первых рождений составляет 0.92. Для сравнения: при использовании логарифмического тренда этот показатель составляет 0.70, а применительно к ряду с поколения 1955 года рождения при использовании линейного тренда — 0.79, логарифмического — 0.49. Хуже всего аппроксимируется поколенческий ряд доли родивших второго ребёнка среди родивших первого. При применении линейного тренда к этому ряду с поколения 1965 года рождения коэффициент аппроксимации составляет 0.56 — это существенно больше, чем при использовании логарифмического тренда (0.21) или ряда с поколения 1955 года рождения (линейный — 0.14; логарифмический — 0.34). Коэффициент аппроксимации по линейному тренду ряда с поколения 1965 года рождения доли родивших третьего ребёнка среди родивших второго составляет

0.97 (при использовании логарифмического тренда — 0.76, а для тренда с поколения 1955 года рождения — 0.60 и 0.25 соответственно).

Среднее число четвёртых и последующих рождений на весь прогнозируемый период в данном случае принято постоянным на среднем уровне для поколений 1965–1985 годов рождений.

Прогноз суммарного коэффициента рождаемости до 2050 г. предполагает использование прогноза поколенческих показателей рождаемости до поколения женщин 2035 года рождения, которым в 2050 г. будет 15 лет, то есть они достигнут репродуктивного возраста.

Как отмечалось, прогноз показателей рождаемости в реальных поколениях делается дифференцированно по очередности рождения. Для получения прогнозной величины среднего числа рождённых детей рассчитывается сумма средних чисел первых, вторых (среднее число первых рождений, умноженное на долю родивших второго ребёнка среди родивших первого), третьих (среднее число вторых рождений, умноженное на долю родивших третьего ребёнка среди родивших второго), четвёртых и последующих рождений.

Результаты прогнозного расчёта показали, что среднее число рождённых детей в поколении 2035 года рождения может составить 1.79.

На основе прогноза показателей рождаемости в реальных поколениях осуществляется прямой пересчёт в возрастные и суммарный коэффициенты рождаемости с использованием распределения однолетних коэффициентов рождаемости. Их можно рассчитывать на каждый год прогнозируемого периода или использовать упрощённый подход, при котором эти показатели рассчитываются только на последний год, а за остальные годы использовать интерполяцию. В данной работе применялся второй подход.

При прогнозе до 2050 г. коэффициент рождаемости для возраста 15 лет в 2050 г. рассчитывается как среднее число рождённых детей у женщин 2035 года рождения, умноженное на долю коэффициента рождаемости у 15-летних в сумме возрастных коэффициентов, и т.д.; для 49 лет — как среднее число рождённых детей у женщин 2001 года рождения, умноженное на долю коэффициента рождаемости у 49-летних в сумме возрастных коэффициентов. Рассчитанный таким образом на основе прогноза чисел рождённых детей в реальных поколениях суммарный коэффициент рождаемости в России в 2050 г. может составить 1.77.

* * *

Результаты исследования и основанные на них прогнозные расчёты показали, что в случае реализации высказанных гипотез о возможных при-

чинах и динамике суммарного коэффициента рождаемости по очередности рождения, его величина в целом по всем рождениям может составить к 2030 г. 1.76, что существенно выше показателей 2020 г. (1.505) и прогноза Росстата (1.669 — по высокому варианту; 1.499 — по среднему варианту). Таким образом, представленный в данной работе прогноз может показаться слишком оптимистичным. Но он основан на подробно рассмотренных в статье гипотезах, которые авторам представляются весьма вероятными. Можно обсуждать справедливость высказываемых прогнозных гипотез, но не полученный результат, который является лишь следствием расчёта, основанного на авторских предположениях.

Прогнозная величина среднего числа рождённых детей в поколении 2035 года рождения составила 1.79. Максимальная фактическая величина этого показателя сейчас у женщин 1979 года рождения (1.67), то есть полученный расчётным путём прирост этой величины небольшой, особенно с учётом длительности прогнозного периода. Он значительно меньше, чем предполагаемый прирост суммарного коэффициента рождаемости в ближайшее десятилетие, который, возможно, обусловлен преодолением двух совпавших в последние годы тайминговых провалов — по первым и вторым рождениям. Если это так, то в ближайшее десятилетие эти провалы, вероятно, будут в той или иной мере преодолены. Более долгосрочные тенденции, которые отражает динамика показателей рождаемости в реальных поколениях, практически не подвержены влиянию тайминговых сдвигов, что и предопределяет их небольшое изменение в течение прогнозного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Miller A.R. The effect of motherhood timing on career path // *Journal of Population Economics*. 2010. V. 24. № 3. P. 1071–1100.
2. Rondinelli C., Aassve A., Billari F.C. Women's wages and childbearing decisions; Evidence from Italy // *Demographic Research*. 2010. V. 10. № 6. P. 549–578.
3. Хачатрян Л.А. Рождаемость в современном российском обществе: особенности и последствия // *Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология*. 2011. № 4. С. 98–106.
4. Rodrigo-Comino J., Egidi G., Sateriano A. et al. Suburban Fertility and Metropolitan Cycles: Insights from European Cities // *Sustainability*. 2021 V. 13. № 2181. <https://doi.org/10.3390/su13042181> (дата обращения 5.05.2021).
5. Polykretis C., Alexakis D.D. Spatial stratified heterogeneity of fertility and its association with socio-economic determinants using Geographical Detector: The case study of Crete Island, Greece // *Applied Geography*. 2021. V. 127.
6. Андреев Е.М. Конечный эффект мер демографической политики 1980-х в России // *Мир России. Социология. Этнология*. 2016. № 2. С. 68–97.
7. Лунёва И.С., Иванова О.Ю., Хардинов А.В., Абросимова Н.В. Факторы, влияющие на рождаемость в современной России // *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2019. № 2. С. 14–20.
8. Захаров С.В. Скромные демографические результаты пронаталистской политики в контексте долгосрочной эволюции рождаемости в России. Ч. 2 // *Демографическое обозрение*. 2016. № 4. С. 6–26.
9. Тындык А.О. Демографическая повестка современной России: структура и воспроизводство населения. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2015.
10. Ní Bhrolcháin M. Tempo and the TFR // *Demography*. 2011. V. 48. № 3. P. 841–861.
11. Schoen R. Timing Effects and the Interpretation of Period Fertility // *Demography*. 2004. V. 41. № 4. P. 801–819.
12. Sobotka T., Lutz W. Misleading Policy Messages Derived from the Period TFR: Should We Stop Using it? // *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*. 2010. V. 35. № 3. P. 637–664.
13. Вишневский А.Г. Демографический прорыв или движение по кругу? // *Демоскоп Weekly*. 2012. № 533–534. <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0533/demoscope533.pdf> (дата обращения 2.05.2021).
14. Козлова О.А., Секицки-Павленко О.О. Модели рождаемости и репродуктивного поведения женского населения России: современные тенденции // *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2020. № 5. С. 218–231.
15. Население России 2006. Четырнадцатый ежегодный демографический доклад. М.: Изд. дом ВШЭ, 2008.
16. Попова Л.А. Тенденции и перспективы рождаемости населения России в контексте современной просемейной политики // *Актуальные проблемы, направления и механизмы развития производительных сил Севера – 2018. Сборник статей Шестой Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием)*. Ч. 1. Сыктывкар, 2018. С. 166–174.
17. Синдяшкина Е.Н. Отражение демографической политики в показателях рождаемости в России // *Социально-трудовые исследования*. 2021. № 1. С. 75–85.

18. Синельников А.Б. Трансформация брака и рождаемость в России // Народонаселение. 2019. № 2. С. 26–39.
19. Кашепов А.В. Взаимосвязи экономики и демографии. М.: МАКС Пресс, 2019.
20. Кашепов А.В. Прогнозирование рождаемости на основе экономических факторов // Уровень жизни населения регионов России. 2019. № 1(211). С. 48–58.
21. Sobotka T., Zeman K., Lesthaeghe R., Frejka T. Postponement and Recuperation in Cohort Fertility: New Analytical and Projection Methods and their Application. Vienna: Vienna Institute of Demography, 2011.
22. Демографическое развитие России: тенденции, прогнозы, меры. Национальный демографический доклад – 2020. М.: ООО “Объединённая редакция”, 2020.
23. Население России 2017. Двадцать пятый ежегодный демографический доклад. М.: Изд. дом ВШЭ, 2019.

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ В РОССИИ

© 2021 г. А. В. Топилин^{a,*}, О. Д. Воробьёва^{a,**}

^a Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН,
Москва, Россия

*E-mail: topilina@mail.ru

**E-mail: 89166130069@mail.ru

Поступила в редакцию 03.03.2021 г.

После доработки 27.03.2021 г.

Принята к публикации 17.04.2021 г.

В статье проведён критический анализ тенденций сокращения численности населения России под воздействием рождаемости, смертности и миграции населения, ухудшения его возрастного состава. Рассматриваются прогнозируемые возрастные сдвиги в формировании рабочей силы, региональная дифференциация перспектив демографического развития. Выдвигается гипотеза о необходимости использования компенсирующей роли миграционного прироста населения и проведения активной миграционной политики, обеспечивающей рост численности постоянного населения для удовлетворения спроса на рабочую силу на рынке труда.

Ключевые слова: демографический кризис, трудовые ресурсы, рынок труда, возрастная структура населения, миграционная политика.

DOI: 10.31857/S0869587321090097

В соответствии с разнообразными демографическими прогнозами в ближайшие десятилетия в России сохранится неблагоприятная тенденция сокращения численности населения. Официальный прогноз, на который ориентируются властные структуры, органы исполнительной власти, политические партии, научные организации,

публикуется Росстатом, и эти ориентиры чётко указывают на необходимость поиска путей выхода из демографического тупика.

Актуальная демографическая ситуация в России. По данным демографической статистики, в России на протяжении уже более пяти лет — с 2016 г. — отмечается естественная убыль населения. Этот процесс принято называть второй волной депопуляции [1, 2]. В 2017 г. население страны в результате естественной убыли уменьшилось на 135.8 тыс. человек, а коэффициент естественного прироста (убыли) составил -0.9% , в 2018 — уже на 224.6 тыс. (-1.6%), в 2019 г. — на 316.2 тыс. (-2.21%) и в крайне неблагоприятном для социально-демографического развития 2020 г. продолжало сокращаться¹. Причём потери населения в результате превышения числа умерших над числом родившихся не были компенсированы миграционным приростом.

Сокращение численности населения продолжится и в перспективе. Россия вынуждена будет, как и в годы первой волны депопуляции (1992–2012), развиваться в условиях уменьшения кон-



ТОПИЛИН Анатолий Васильевич — доктор экономических наук, профессор, главный научный сотрудник ИДИ ФНИСЦ РАН. ВОРОБЬЁВА Ольга Дмитриевна — доктор экономических наук, профессор, главный научный сотрудник ИДИ ФНИСЦ РАН.

¹ Официальный сайт Росстата <https://showdata.gks.ru/report/297732/> (дата обращения 01.03.2021)

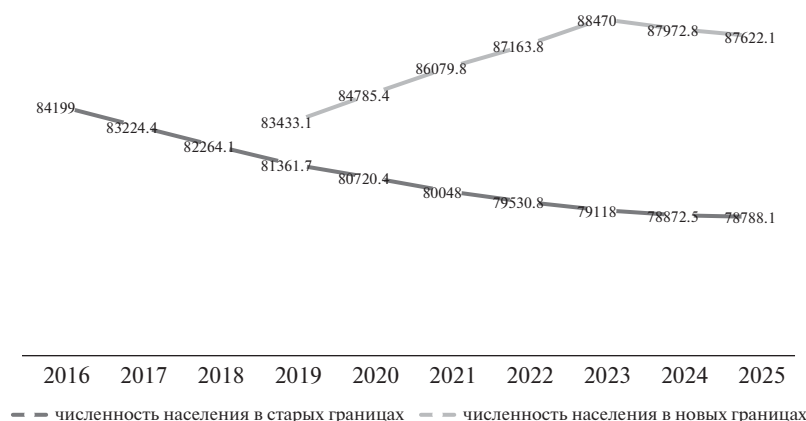


Рис. 1. Численность трудоспособного населения в старых и новых возрастных границах, тыс. человек

тингента людей трудоспособного возраста. В 2019 г. доля этой группы в составе трудовых ресурсов не превышала 88.6%. Численность населения трудоспособного возраста меняется под влиянием процессов замещения поколений (разность между численностью возрастных групп, входящих в определённый возрастной интервал и выходящих из него в течение года). Когорта входящих в трудоспособный возраст формируется за счёт лиц, которые достигают трудоспособного возраста (16 лет), и зависит от изменения числа родившихся и уровня смертности в период жизни до 16 лет. Так, в 2016–2019 гг. численность 16-летних увеличилась с 1299.1 тыс. до 1436.9 тыс. человек, или на 10.6%. Численность населения, которое выходит из трудоспособного возраста, зависит как от уровня рождаемости (то есть от того, сколько родилось в том или ином поколении), так и от продолжительности жизни. Численность 60-летних мужчин и 55-летних женщин сократилась за 2016–2019 гг. с 2114.2 тыс. до 1970.9 тыс. человек, или на 6.8%. Иначе говоря, процесс замещения поколений выглядел следующим образом: в период 2016–2019 гг. за пределы трудоспособного возраста выходило более многочисленное поколение, чем то, которое вступало в трудоспособный возраст [3–8].

Это означает, что происходило неполное замещение выбывающих поколений старших возрастов малочисленными контингентами молодёжи. Коэффициент замещения поколений составлял 0.614–0.733, то есть за 2016–2019 гг. произошло сокращение численности населения трудоспособного возраста с 84199 тыс. до 80720.4 тыс. (на 3478.6 тыс., или на 4.1%). В период до 2025 г. по среднему варианту прогноза Росстата потери составят ещё 1932.3 тыс., или 2.4% [5–8].

Демографические тенденции и рынок труда. На демографическую ситуацию и рынок труда оказало влияние постепенное повышение возраста вы-

хода на пенсию по старости на 5 лет начиная с 2019 г. — с 60 до 65 лет для мужчин и с 55 до 60 лет для женщин. По расчётам, сдвиг верхней границы выхода на пенсию может привести к росту численности населения трудоспособного возраста в новых границах по сравнению с прежними к 2025 г. на 8.8–9.2 млн человек (рис. 1). Фактический прирост будет меньше, учитывая увеличение смертности населения в 2020 г. в связи с пандемией.

Но от каких реальных факторов будет зависеть численность занятых в экономике трудовых ресурсов? Скорее всего, от спроса на рабочую силу старших возрастных групп. По данным официальной статистики, в предпенсионном возрасте растёт уровень безработицы, а в связи с отсрочкой возможности получения пенсионного обеспечения доходы этой группы населения сокращаются. У основной массы занятых, продолжающих с 2019 г. согласно новому пенсионному законодательству работать дополнительно ещё один год, денежные доходы снизились на размер пенсии, которую они могли бы получать. Другая часть предпенсионеров может лишиться не только пенсии, но и работы, учитывая неустойчивое развитие экономики и падение спроса на рабочую силу [8, 9].

Таким образом, арифметический рост численности трудоспособного, экономически активного (то есть занятого и ищущего работу) населения в связи с административным изменением верхней границы пенсионного возраста, безусловно, произойдёт. Но это повлечёт за собой не увеличение занятого населения, а расширение слоя не имеющих ни работы ни пенсии, то есть увеличатся бедность и социальная незащищённость. Новые предпенсионеры, которые станут старше, останутся, по существу, без средств к существованию, без заработной платы в связи с отсутствием работы и без пенсии, которую назначат только по

Таблица 1. Численность населения по трём укрупнённым возрастным группам в старых и новых возрастных границах 16–55 (59) и 16–60 (64) (тыс. чел.) и изменение демографической нагрузки *

Год	Всё население	Моложе трудоспособного возраста	В трудоспособном возрасте		Старше трудоспособного возраста		Демографическая нагрузка на население трудоспособного возраста (чел.)	
			от 16 до 55–60	от 16 до 60–65	55–60 лет	60–65 лет	старые границы	новые границы
2016	146545.0	26360.0	84199.0		35986.0		740	
2017	146804.4	26895.0	83224.4		36685.0		764	
2018	146880.4	27254.0	82264.1		37362.3		785	
2019	146781.0	27430.0	81361.7	83433.1	37989.3	35927.2	804	759
2020	146796.5	27544.5	80720.4	84785.4	38531.6	34466.2	819	731
2021	146757.8	27585.8	80048.0	86079.8	39124.0	33092.2	833	705
2022	146675.3	27578.5	79530.8	87163.8	39566.0	31933.0	844	683
2023	146579.6	27550.9	79118.0	88470.0	39910.7	30558.7	853	657
2024	146473.9	27379.6	78872.5	87972.8	40221.8	31127.5	857	665
2025	146360.7	27104.0	78788.1	87622.1	40468.6	31634.6	858	670

* Расчёты авторов на основе материалов Демографического прогноза Росстата до 2035 г.

достижении увеличившегося пенсионного возраста. Для них остаётся лишь перспектива обращения в службу занятости и регистрация в качестве безработных для получения пособия по безработице. Эти вызовы усилят социальную напряжённость в обществе. В результате косвенный эффект от увеличения возраста выхода на пенсию — это сохранение и рост таких социально опасных явлений, как бедность и особенно бедность работающего населения [10, 11].

Реализация пенсионной реформы существенно отразится на структуре населения по укрупнённым возрастным группам и на демографической нагрузке. Увеличение в результате пересчёта по новым возрастным границам численности населения в трудоспособном возрасте за 2019–2025 гг. на 6260.4 тыс. человек (с 81361.7 тыс. до 87622.1 тыс.) и соответствующее сокращение численности лиц старших возрастов за тот же период на 6354.7 тыс. (с 37989.3 тыс. до 31634.6 тыс.) приведёт к снижению демографической нагрузки (соотношение численности населения за пределами трудоспособного возраста и населения в трудоспособном возрасте) с 804 человек на 1000 в 2019 г. до 670 на 1000 в 2025 г. (табл. 1).

Социально-экономические последствия таких структурных сдвигов в возрастном (трудовом) составе населения неоднозначны. Опытные кадры помогают замещать рабочие места в сфере услуг, здравоохранении, образовании, науке. Вместе с

тем внедрение новых технологий, цифровизация экономики требуют новых специалистов, обученных по современным программам. Кроме того, эффект от компенсации сокращения численности населения трудоспособного возраста за счёт старших поколений усилит демографическую нагрузку на малочисленный контингент вступающих в трудоспособный возраст.

По прогнозным расчётам, за 2020–2025 гг. численность возрастных групп 25–29 и 30–34 года уменьшится на 5.3 млн человек (24.2%), в том числе в возрастной группе 25–29 лет — на 2.3 млн (24.5%), 30–34 года — на 3.0 млн (24.0%). В целом доля молодёжи 25–34 лет в общей численности населения в возрасте 15–64 лет снизится с 22.5% в 2020 г. до 17.6% в 2025 г. И это результат не только сокращения абсолютной численности молодёжи, но и увеличения абсолютной численности старших возрастных групп в связи с изменением верхних границ трудоспособного возраста (табл. 2).

Трансформации, которые происходят в возрастной структуре трудовых ресурсов повлекут за собой снижение предложения рабочей силы на российском рынке труда уже в ближайшие пять лет. В предыдущие четыре года (2016–2019) ситуация на рынке труда оставалась относительно стабильной. Официальная безработица снижалась довольно высокими темпами — с 4243 тыс. до 3465 тыс. человек (18.3%), а её уровень — с 5.5% до 4.6%, то есть безработица сокращалась быстрее,

Таблица 2. Распределение численности населения трудоспособного возраста по возрастным группам в 2020 и 2025 гг.*

Возрастные группы	Численность населения, тыс. чел.		2025 г. в % к 2020 г.	Абсолютный прирост (сокращение), тыс. чел.	2020, %	2025, %
	2020	2025				
15–19	7170.8	8090.3	112.8	919.5	7.3	8.5
20–24	6898.3	7330.4	106.3	432.1	7.0	7.7
25–29	9421.1	7115.2	75.5	–2305.9	9.6	7.5
30–34	12624.0	9595.6	76.0	–3028.4	12.9	10.1
35–39	11995.8	12631.7	105.3	635.9	12.2	13.3
40–44	10710.7	11905.0	111.2	1194.3	10.9	12.5
45–49	9889.3	10539.0	106.6	649.7	10.1	11.1
50–54	8845.5	9634.0	108.9	788.5	9.0	10.1
55–59	10436.4	8500.7	81.5	–1935.7	10.6	8.9
60–64	10113.9	9787.5	96.8	–326.4	10.3	10.3
Всего	98105.8	95129.3	97.0	–2976.6	100	100

* Расчёты авторов на основе материалов Демографического прогноза Росстата до 2035 г.

Таблица 3. Характеристика рынка труда в России, 2016–2019 гг.

Показатели	2016	2017	2018	2019
Численность рабочей силы, тыс. человек	76636	76285	76190	75398
в том числе:				
занятые	72393	72316	72532	71933
безработные	4243	3969	3658	3465
Лица, не входящие в состав рабочей силы, тыс. человек	33590	45276	45066	45665
из них потенциальная рабочая сила	1203	1127	1100	1050
Уровень участия в составе рабочей силы, %	69.5	62.8	62.8	62.3
Уровень занятости, %	65.7	59.5	59.8	59.4
Уровень безработицы, %	5.5	5.2	4.8	4.6
Совокупный показатель безработицы и потенциальной рабочей силы, %	7.0	6.6	6.2	6.0

Источник: Труд и занятость в России. 2017: Стат. сб. М.: Росстат, 2017; Труд и занятость в России. 2019: Стат. сб. М.: Росстат, 2019.

чем численность рабочей силы (сумма занятых и безработных составила в 2020 г. 75.4 млн человек — на 1.2 млн (1.6%) меньше, чем в 2016 г.). Занятость уменьшилась на 0.5 млн человек — с 72.4 млн до 71.9 млн (0.7%). С учётом потенциальной рабочей силы, то есть лиц, которые активно ищут и готовы приступить к работе, если появится возмож-

ность трудоустройства, совокупный показатель безработицы составил в 2019 г. 6.0% численности рабочей силы против 7.0% в 2016 г. (табл. 3).

Однако в связи с непредвиденным эпидемиологическим кризисом в первом полугодии 2020 г. ситуация на рынке труда заметно ухудшилась. С падением производства сократился спрос на ра-

Таблица 4. Группа 1. Регионы с интенсивным снижением численности населения трудоспособного возраста и пониженной долей молодёжи

Регион	Среднегодовая численность населения трудоспособного возраста, тыс. человек				Доля населения моложе трудоспособного возраста, %		
	2020	2035	2035 в % к 2020	изменение за 2020—2035	2020	2035	изменение п.п.
Тамбовская область	533.7	439.0	82.3	–94.7	15.1	12.8	–2.3
Орловская область	386.1	322.7	83.6	–63.4	16.6	14.4	–2.2
Пензенская область	692.0	588.0	85.0	–104.0	16.1	13.1	–3
Ивановская область	531.5	452.2	85.1	–79.3	16.7	14.3	–2.4
Тверская область	658.0	565.0	85.9	–93.0	17.1	14.9	–2.2
Владимирская область	713.2	614.8	86.2	–98.4	16.8	14.1	–2.7
Брянская область	639.4	552.3	86.4	–87.1	17.2	14.1	–3.1
Новгородская область	305.3	263.8	86.4	–41.5	18.0	15.4	–2.6
Волгоградская область	1345.9	117.8	87.4	–169.1	17.3	14.2	–3.1
Псковская область	327.0	286.1	87.5	–40.9	16.8	14.2	–2.6
Саратовская область	1317.6	1155.1	87.7	–162.5	16.8	13.9	–2.9
Ульяновская область	649.8	573.3	88.2	–76.5	16.7	14.3	–2.4
Костромская область	327.7	289.6	88.4	–38.1	18.7	15.5	–3.2
Республика Карелия	326.6	290.3	88.9	–36.3	18.5	15.0	–3.5
Кировская область	643.2	572.7	89.0	–70.5	18.4	15.3	–3.1
Смоленская область	511.9	459.4	89.7	–52.5	15.7	12.7	–3
Всего	9908.9	8601.1	86.8	–1307.8	15.1–18.7	12.7–15.5	–2.2 – –3.5

* Расчёты авторов на основе материалов Демографического прогноза Росстата до 2035 г.

бочую силу, общая численность безработных в 3 квартале 2020 г. возросла до 4.8 млн, или до 6.3% в среднем за месяц. Наибольшее число занятых, находящихся под риском потери работы, по информации Минтруда России, отмечалось в таких секторах экономики, как торговля, бытовое обслуживание, сфера услуг и транспорт.

В период до 2025 г. глобальные изменения прогнозируются как на мировом, так и на российском рынке труда [11, 12]. Они приведут к увеличению профессиональной и социальной мобильности в связи с развитием новых форм занятости, таких как дистанционная работа, платформенная занятость по оказанию услуг, самозанятость. Возрастет движение и оборот рабочей силы между отдельными секторами экономики и отраслями.

Расчёт основных показателей баланса трудовых ресурсов на 2020–2021 гг., проведённый авторами по двум вариантам — со стабильной числен-

ностью занятых и с ростом занятости в 2021 г. при темпах роста ВВП России до 2.5% (это предусмотрено Общенациональным планом действий, обеспечивающих восстановление занятости и доходов населения, рост экономики и долгосрочные структурные изменения в экономике), позволяет сделать следующие выводы:

- развитие экономики в период выхода из пандемии и экономического кризиса, по каждому из двух вариантов, будет происходить в условиях депопуляции, которая наиболее сильно затронет молодые, наиболее трудоспособные и репродуктивные возраста — 25–29 лет и 30–34 года;
- изменится возрастная структура рабочей силы в сторону сокращения численности и доли молодых возрастных групп, наиболее востребованных на рынке труда, и увеличения доли лиц в возрасте 60–64 лет (среди мужчин) и 55–59 лет (среди женщин);

Таблица 5. Группа 2. Регионы с интенсивным снижением численности населения трудоспособного возраста и повышенной долей молодёжи

Регион	Среднегодовая численность населения трудоспособного возраста, тыс. человек				Доля населения моложе трудоспособного возраста, %		
	2020	2035	2035 в % к 2020	изменение за 2020—2035	2020	2035	изменение, %
Еврейская автономная область	85.9	60.9	70.9	—25.0	21.1	18.1	—3
Республика Коми	451.1	335.6	74.4	—115.5	20.4	17.4	—3
Курганская область	410.3	325.5	79.3	—84.8	19.7	17.5	—2.2
Магаданская область	81.6	65.9	80.8	—15.7	18.9	16.2	—2.7
Архангельская область	598.7	484.5	80.9	—114.2	19.0	15.3	—3.7
Республика Калмыкия	145.6	120.5	82.8	—25.1	21.7	18.1	—3.6
Алтайский край	1208.0	1041.1	86.2	—166.9	19.2	16.0	—3.2
Омская область	1036.5	901.8	87.0	—134.7	19.8	16.6	—3.2
Мурманская область	427.6	372.8	87.2	—54.8	18.8	15.0	—3.8
Оренбургская область	1035.0	905.1	87.4	—129.9	20.3	17.2	—3.1
Вологодская область	612.2	547.6	89.4	—64.6	19.5	16.2	—3.3
Забайкальский край	587.9	525.5	89.4	—62.4	23.0	20.1	—2.9
Чувашская Республика	659.8	591.6	89.7	—68.2	19.4	16.1	—3.3
Всего	7340.2	6278.4	85.5	—1061.8	18.8—23.0	15.0—20.1	—2.2— —3.8

* Расчёты авторов на основе материалов Демографического прогноза Росстата до 2035 г.

• в результате повышения возраста выхода на пенсию по старости усилится диспропорция между спросом и предложением труда по возрасту и полу;

• очевидна чёткая тенденция опережения роста численности рабочей силы над ростом числа рабочих мест (численности занятых); по нашим расчётам, это может стать причиной расширения безработицы до 6—7 млн человек, уровень безработицы может достичь 8.0—9.2% численности рабочей силы.

Региональные особенности актуальных и грядущих демографических проблем. Известная истина о крайней дифференциации территории России практически по всем социально-экономическим показателям находит своё подтверждение и при анализе данных демографического прогноза [13, 14]. По признаку интенсивности снижения численности населения трудоспособного возраста и доле молодёжи в составе населения все регионы РФ можно объединить в шесть групп.

В первую группу, где этот показатель особенно высок, а доля молодёжи самая низкая, вошли

16 регионов, расположенных в Европейской части страны, преимущественно в ЦФО и СЗФО (табл. 4). Сокращение населения трудоспособного возраста в этих регионах с 2020 по 2035 г. составит от 10 до 18%. Снизится и доля детей в составе населения (на 2 и более п.п.). Демографическая ситуация в европейской части страны, в прошлом наиболее обжитой, освоенной и экономически развитой, в перспективе окажется особенно тяжёлой.

Сочетание высокой (19% и более), но также сокращающейся доли детей в составе населения (на 2—4%) и быстрого уменьшения населения трудоспособного возраста (достигает 30%) отмечено в 13 регионах, которые вошли во вторую группу. Это регионы с наиболее низкими показателями социально-экономического развития, расположенные и на европейском, и на азиатском севере, на Урале, в Поволжье, Сибири и ДФО (табл. 5).

Несколько иное сочетание показателя снижения численности населения трудоспособного возраста (умеренное) и доли детей (ниже средних

Таблица 6. Группа 3. Регионы с умеренным снижением численности населения трудоспособного возраста и пониженной долей молодёжи

Регион	Среднегодовая численность населения трудоспособного возраста, тыс. человек				Доля населения моложе трудоспособного возраста, %		
	2020	2035	2035 в % к 2020	изменение за 2020—2035	2020	2035	Изменение, %
Самарская область	1715.8	1557.5	90.8	–158.3	17.6	14.7	–2.9
Курская область	582.0	529.6	91.0	–52.4	17.0	14.5	–2.5
Рязанская область	584.2	531.8	91.0	–52.4	16.1	13.9	–2.2
Тульская область	788.6	722.1	91.6	–66.5	15.1	12.5	–2.6
Нижегородская область	1720.5	1579.2	91.8	–141.3	17.2	14.4	–2.8
Липецкая область	603.6	554.4	91.8	–49.2	17.3	14.6	–2.7
Приморский край	1069.9	992.6	92.8	–77.3	18.0	15.5	–2.5
Республика Мордовия	444.9	413.7	93.0	–31.2	15.0	11.7	–3.3
Ростовская область	2293.1	2143.2	93.5	–149.9	17.1	14.2	–2.9
Ярославская область	667.3	629.8	94.4	–37.5	17.5	14.7	–2.8
Белгородская область	833.0	788.8	94.7	–44.2	17.0	13.5	–3.5
Калужская область	540.5	520.4	96.3	–20.1	17.1	14.9	–2.2
Республика Крым	1003.3	982.8	98.0	–20.5	18.4	14.9	–3.5
Всего	12846.7	11945.9	93.0	–900.8	15.0–18.4	11.7–15.5	–2.2—–3.5

* Расчёты авторов на основе материалов Демографического прогноза Росстата до 2035 г.

показателей по РФ) отмечается в 13 регионах, которые вошли в третью группу. Их географический разброс не так велик — в основном это регионы ЦФО и три региона Поволжья, а также Приморский край и Республика Крым (табл. 6).

Многочисленна группа регионов (24), где также отмечается сокращение населения в трудоспособном возрасте, но не столь интенсивное, как в первой и второй группах, — от 1 до 10%, а доля детей несколько выше (примерно 20% общей численности населения региона), чем в среднем по России. И только в 19 регионах численность населения трудоспособного возраста увеличивается. Однако в пятой группе это происходит на фоне крайне низкой доли детей, а в шестой группе — в сочетании с повышенной долей детей. В пятую группу вошли Москва и Санкт-Петербург с областями, а также город федерального подчинения Севастополь, Воронежская и Калининградская области. В шестую группу — ряд национальных республик Северного Кавказа и Сибири, национальные округа (ЯМАО и ХМАО Тюменской области) и Новосибирская область.

Региональную дифференциацию структуры населения России необходимо учитывать не только в целях выравнивания уровня социально-экономического развития, а значит, и условий жизни населения, но и при выработке подходов в государственном управлении и политике [15–19].

Анализ данных демографического прогноза позволяет сформулировать следующие выводы:

- в период второй волны депопуляции, по данным Росстата, численность населения в трудоспособном возрасте сократится на 2.1 млн человек, или на 2.6%;
- основное сокращение коснётся самых молодых возрастных групп — от 25 до 34 лет, численность которых уменьшится за 2020–2025 гг. на 5.3 млн человек, или на 24.1%;
- недостаток населения наиболее трудоактивных и репродуктивных возрастов может привести к сокращению предложения рабочей силы на

рынке труда, возможно, объёма ВВП, отрицательно скажется на динамике семейно-брачных отношений и рождаемости;

- региональные диспропорции в размещении трудового потенциала и различия в его качестве не только сохраняются, но и в ряде случаев усилятся;

- на государственном уровне необходимо реализовывать меры по повышению компенсирующей роли международной миграции населения.

Как правило, миграционная привлекательность стран и отдельных территорий для переезда на постоянное место жительства зависит от общей социально-экономической ситуации. Если экономика развивается высокими темпами, позволяет обеспечить мигрантам относительно стабильную занятость и доход, то специальных мер для привлечения дополнительного населения не требуется. Политика таких стран строится, скорее, как селективная, основанная на отборе кандидатов из многочисленных претендентов, желающих стать постоянными жителями. Разность экономических потенциалов привлекает население из менее развитых стран в страны, располагающие относительно высокими экономическими преимуществами. Но здесь встаёт вопрос о качестве человеческого капитала переселенцев.

Говоря о России, следует иметь в виду, что на постсоветском пространстве ещё сохранился миграционный потенциал, характеризующийся высокими показателями человеческого капитала. Следовательно, основные направления миграционной политики должны сочетать в себе меры, устраняющие любые препятствия для переселения носителей русского языка и определённых образовательных и профессиональных компетенций. Для таких мигрантов должны быть созданы условия максимального благоприятствования приёма, размещения и интеграции.

Другая категория мигрантов, которая не располагает подобным адаптационным потенциалом, но также имеет конечной целью переселение на постоянное место жительства через фазу временной трудовой миграции, должна быть определена уже на первоначальной стадии. Мотивация, намерения, возможности могут и должны быть выявлены в процессе трудовой деятельности, выстраивания отношений в быту, позиционирования себя в качестве законопослушных граждан. Именно по отношению к временным трудовым мигрантам должна проводиться селективная миграционная политика, в том числе такой эффективный её метод, как балльная оценка претендентов на переселение.

Миграционная привлекательность Российской Федерации должна не только создаваться

путём опережающего социально-экономического развития по сравнению с соседними странами, но и подкрепляться мерами миграционной политики, способствующими как привлечению иностранной рабочей силы, так и переселению людей на постоянное место жительства в Россию. Приоритет должен отдаваться возвратным мигрантам, репатриации носителей русского языка и урегулированию правового статуса мигрантов, уже длительное время живущих в России, но не имеющих должного правового статуса.

В последней редакции Концепции государственной миграционной политики (2018) прямо подчёркивается компенсирующая роль миграционного прироста, которая должна смягчить естественную убыль населения. И это вполне реально при использовании соответствующих механизмов и инструментов миграционной политики. В крайне тяжёлые 1990-е годы, когда бюджетных возможностей поддержки мигрантов (в определённом смысле репатриантов) практически не было, именно правовая помощь переселенцам позволила за счёт положительного миграционного сальдо фактически на три четверти (на 70–80%) компенсировать депопуляцию.

В современной социально-экономической ситуации благодаря использованию потенциала репатриации и упорядочения статуса мигрантов можно вернуть в Российскую Федерацию до 2 млн человек. Кроме того, следует активнее использовать ресурс образовательной миграции, который рассматривается большинством стран как один из наиболее эффективных механизмов интеграции молодёжи, не требующий дополнительных материальных затрат.

По нашему глубокому убеждению, противоречия между необходимостью привлечения трудовых мигрантов в Россию и возможностями использования собственной рабочей силы нет. В условиях коррупции и слабого исполнения законов, низкой оплаты труда сложились огромные перекосы в спросе и предложении рабочей силы по отраслям, профессиям и квалификациям. Такая ситуация зачастую устраивает отдельных работодателей, но противоречит общенациональным интересам. Важное значение для принципиального изменения баланса спроса и предложения рабочей силы на российском рынке труда имеет коренная реформа принципов оплаты труда, обеспечивающая не только простое, но и расширенное воспроизводство рабочей силы. Рост и соответствие оплаты труда его сложности и квалификации дадут возможность российским гражданам более активно вести себя на рынке труда, а это снизит потребность в иностранных трудовых мигрантах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рыбаковский Л.Л., Кожеевникова Н.И. Депопуляция в России: этапы, особенности и возможности нейтрализации // Социально-трудовые исследования. 2019. № 2 (35). С. 6–15.
2. Рыбаковский Л.Л. Накануне выбора: второй этап депопуляции или демографический рост? // Народонаселение. 2013. № 4 (62). С. 39–49.
3. Демографическая ситуация в России: новые вызовы и пути оптимизации: национальный демографический доклад / Под ред. С.В. Рязанцева. М.: Экон-Информ, 2019.
4. Доброхлеб В.Г. Старение населения России: региональный аспект // Вопросы территориального развития. 2018. № 4 (44). С. 1–8.
5. Архангельский В.Н., Елизаров В.В. Демографические прогнозы в современной России: анализ результатов и выбор гипотез // Научные труды Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. М.: МАКС Пресс, 2016. С. 524–545.
6. Демографический ежегодник России, 2019. https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Dem_ej-god-2019.pdf
7. Российский статистический ежегодник, 2020. https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/KrPEsh-qg/year_2020.pdf
8. Демографический прогноз до 2035 г. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_-main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#
9. Рабочая сила, занятость и безработица в России в 2018 г. https://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/rab_sila18.pdf
10. Трудовые ресурсы: социально-экономический анализ / Под ред. В.Г. Костакова. М.: Экономика, 1976.
11. Коровкин А.Г. Динамика занятости и рынка труда. Вопросы макроэкономического анализа и прогнозирования. М.: МАКС Пресс, 2001.
12. Аганбегян А.Г., Клепач А.Н., Порфирьев Б.Н. и др. Постпандемическое восстановление российской экономики и переход к устойчивому социально-экономическому развитию // Проблемы прогнозирования. 2020. № 6. С. 18–26.
13. Сукнева С.А., Мостахова Т.С. Демографическое развитие региона: оценка, прогноз, политика. Новосибирск: Издательство Сибирского отделения РАН, 2002.
14. Архангельский В.Н., Иванова А.Е., Рыбаковский Л.Л. Результативность демографической политики России. М.: Экон-Информ, 2016.
15. Вызовы цифрового будущего и устойчивость России. Социально-экономическое положение и демографическая ситуация в 2017–2018 годах / Под ред. Г.В. Осипова, С.В. Рязанцева, В.К. Левашова, Т.К. Ростовской. М.: Перспектива, 2018.
16. ЕМИСС (Единая межведомственная информационно-статистическая система): Численность постоянного населения – женщин по возрасту на 1 января: <https://fedstat.ru/indicator/33459>
17. Численность постоянного населения – мужчин по возрасту на 1 января: <https://fedstat.ru/indicator/31548>
18. Елизаров В.В., Сеница А.Л. Бедность семей с детьми: проблемы определения и измерения, региональные особенности // Уровень жизни населения регионов России. 2018. № 2 (208). С. 24–33.
19. Социально-экономическое положение России – январь 2021 г. <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Fu7e3Umd/osn-01-2021.pdf>

РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© 2021 г. А. Е. Иванова^{a,*}, В. Г. Семёнова^{a,**}, Т. П. Сабгайда^{a,***}

^a Институт демографических исследований
Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Москва, Россия

*E-mail: ivanova-home@yandex.ru

**E-mail: vika-home@yandex.ru

***E-mail: tsabgaida@mail.ru

Поступила в редакцию 12.05.2021 г.

После доработки 12.05.2021 г.

Принята к публикации 02.06.2021 г.

В статье обсуждаются подходы к оценке роли здравоохранения в сокращении смертности в России с позиции контроля управляемых причин. С опорой на концепцию предотвратимой смертности проанализированы тенденции региональной вариативности смертности, её нозологических и гендерных особенностей в 2000–2019 гг. Выявленные закономерности свидетельствуют: о существенном вкладе медицины и здравоохранения в снижение преждевременного сокращения продолжительности жизни населения, целесообразности разработки региональной классификации списка предотвратимых причин смертности, решающей роли профилактики и оздоровления образа жизни населения молодых и средних возрастов в последние два десятилетия на фоне медленного наращивания возможностей клинической медицины в диагностике и лечении болезней.

Ключевые слова: предотвратимая смертность, эффективность здравоохранения, продолжительность жизни, причины смерти.

DOI: 10.31857/S086958732109005X

В период переживаемой Россией, как и всем миром, пандемии COVID-19, значимость клинической медицины и здравоохранения как социального института не вызывает сомнений. Однако в настоящее время здравоохранение вынуждено осуществлять свои функции в экстраординарном, мобилизационном режиме, который со спадом пандемии неизбежно будет отменён. Какова роль здравоохранения в сохра-

нении здоровья и продолжительности жизни в “мирное время”?

Чтобы адекватно оценить эффективность работы здравоохранения как социального института, в 1976 г. Д. Рутштейном и его коллегами была предложена концепция предотвратимой смертности [1], основанная на определении причин смерти, от которых люди при современном развитии медицины умирать не должны. В соответ-



ИВАНОВА Алла Ефимовна — доктор экономических наук, заведующая отделом здоровья и самосохранительного поведения ИДИ ФНИСЦ РАН. СЕМЁНОВА Виктория Георгиевна — доктор экономических наук, главный научный сотрудник отдела здоровья и самосохранительного поведения ИДИ ФНИСЦ РАН. САБГАЙДА Тамара Павловна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела здоровья и самосохранительного поведения ИДИ ФНИСЦ РАН.

ствии с этой концепцией масштаб смертности от предотвратимых причин и вклад её в общую смертность, а также темпы снижения предотвратимой смертности служат критериями оценки уровня здравоохранения.

Многочисленные исследования в мире показали, что реализованные в практике управления здравоохранением идеи Д. Рутштейна позволили существенно повысить эффективность инвестиций в охрану здоровья населения. Концепция получила признание, когда были выявлены опережающие темпы снижения смертности от причин, отнесённых к предотвратимым, по сравнению с последствиями остальных заболеваний, а также общей смертности [2–4]. Безусловное достоинство концепции — в количественных критериях, позволяющих оценивать ситуацию, опираясь на объективные данные, не зависящие от конъюнктурных обстоятельств.

Все потери от причин, отнесённых к предотвратимым, делятся на 3 группы, отражающие стадийность процесса: на первой стадии (первая группа) — это причины, смертность от которых может быть предупреждена мерами первичной профилактики; на второй (вторая группа) — своевременным выявлением заболевания, то есть качеством диагностики; на третьей стадии (третья группа) — адекватным лечением и медицинской помощью.

По мере роста продолжительности жизни критерии предотвратимости, а, следовательно, и причины, отнесённые к предотвратимым, как и возраст предотвратимой смертности, менялись [5–10]. В 2004 г. Е. Нолте и М. Макки [11] составили новый список причин с доказанным влиянием на смертность от них служб здравоохранения с учётом достижений в области медицинских знаний и технологий в странах Евросоюза в 1980–1990-х годах. Предыдущие списки причин смерти, составленные Дж. Карлтоном с соавторами [5] и Дж. Макенбахом с соавторами [6], были изменены. В обновлённом списке они стали характеризоваться как поддающиеся лечению причины (“amenable” или “treatable”). Для России, в соответствии со средней продолжительностью жизни в нашей стране, как показано одним из авторов данной статьи, наиболее адекватна классификация, основанная на более широкой оценке предотвратимых смертей и более широких детерминантах общественного здоровья, таких как поведение, образ жизни, социально-экономический статус и факторы окружающей среды [12].

При анализе предотвратимой смертности российского населения в период после 1989 г., включивший этап кризиса и начавшийся этап социального оздоровления, отечественными исследователями было показано, что смертность в кризисных социально-политических и экономи-

ческих условиях растёт более быстрыми темпами, чем снижается при улучшении условий жизни населения [13–16].

В ходе проведённых исследований [17–19] удалось выявить, что в настоящее время как в России, так и в постиндустриальных странах наиболее значима 1-я группа причин предотвратимой смертности, то есть тех, которые можно предупредить профилактическими мерами, так как они формируются за счёт поведенческих факторов риска — от травм и отравлений до рака трахеи, бронхов и лёгкого. Однако было бы явным преувеличением возлагать ответственность за потери такого рода на здравоохранение, поскольку в большей степени они определяются уровнем, стилем и качеством жизни населения. В этой ситуации здравоохранению отводится роль скорее информационная и образовательная. Было установлено, что самые большие различия между странами в тенденциях смертности связаны с причинами, полностью или частично поддающимися первичной профилактике [20]. Заметные различия в уровне предотвратимой смертности между районами европейских городов связаны с социальной депривацией населения [21].

Представляется, что наиболее объективно эффективность здравоохранения может оцениваться масштабами потерь и динамикой смертности от причин второй и третьей группы, обусловленных своевременной диагностикой заболеваний и качеством лечения. В настоящем исследовании, охватывающем по временной протяжённости два первых десятилетия XXI в., оцениваются резервы снижения смертности в России, обусловленные именно эффективностью здравоохранения, прежде всего клинической медицины. Мы опирались на данные Росстата и их интегративной оценки на базе фактографической автоматизированной информационно-справочной системы (ФАИСС) “Потенциал”. Предотвратимые причины смертности классифицировали с использованием системы, предложенной в соответствующем Европейском атласе [8] (табл. 1). Согласно ей, смертность населения от указанных причин относится к предотвратимой в возрасте до 65 лет.

Общие тенденции предотвратимой смертности. В последние два десятилетия динамика продолжительности жизни населения России характеризуется двумя периодами: в 2000–2003 гг., когда последствия кризиса, обусловленного дефолтом 1998 г., ещё не были исчерпаны, её показатели снизились на 0.5 года в мужской и 0.4 года в женской популяции. А вот последовавшие за 2003 г. полтора десятилетия отмечены наиболее длительным за последние 55 лет позитивным трендом: к 2019 г. продолжительность жизни выросла на 9.7 года в мужской и 6.3 года в женской популяции, достигнув 68.3 и 78.2 года соответственно

Таблица 1. Классификация причин смерти в соответствии со стадиями предотвратимости

№	Причины смерти	Код по МКБ-10
Причины, потери от которых могут быть предотвращены мерами первичной профилактики (первая группа)		
1	Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки	C00-C14
2	Злокачественные новообразования пищевода	C15
3	Злокачественные новообразования печени и внутрипечёночных желчных протоков	C22
4	Злокачественные новообразования гортани	C32
5	Злокачественные новообразования трахеи, бронхов, лёгких	C33, C34
6	Злокачественные новообразования других и неточно обозначенных локализаций органов дыхания и грудной клетки	C30, C31, C37-C39
7	Злокачественные новообразования мочевого пузыря	C67
8	Злокачественные новообразования других и не уточнённых мочевых органов	C65, C66, C68
9	Субарахноидальное кровоизлияние	I60
10	Внутримозговые и другие внутричерепные кровоизлияния	I61-I62
11	Инфаркт мозга	I63
12	Инсульт, не уточнённый как кровоизлияние или инфаркт	I64
13	Другие цереброваскулярные болезни	I67-I69
14	Алкогольная болезнь печени (алкогольный цирроз, гепатит, фиброз)	K70
15	Фиброз и цирроз печени (кроме алкогольного)	K74
16	Другие болезни печени	K71-K73, K75-K76
17	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов	S00-S99, T00-T98
Причины, потери от которых могут быть предотвращены своевременным выявлением заболеваний (вторая группа)		
1	Злокачественная меланома кожи	C43
2	Другие злокачественные новообразования кожи	C44
3	Злокачественные новообразования молочной железы	C50
4	Злокачественные новообразования шейки матки	C53
5	Злокачественные новообразования других и не уточнённых частей матки	C54, C55
Причины, потери от которых могут быть предотвращены улучшением лечения и медицинской помощи (третья группа)		
1	Злокачественные новообразования предстательной железы	C61
2	Злокачественные новообразования других мужских половых органов	C60, C62, C63
3	Болезнь Ходжкина	C81
4	Неходжкинская лимфома	C82-C85
5	Лейкемия	C91-C95
6	Хронические ревматические болезни сердца	I05-I09
7	Гипертоническая болезнь	I11- I13, I10, I15

Таблица 1. Окончание

№	Причины смерти	Код по МКБ-10
8	Язва желудка	K25
9	Язва двенадцатиперстной кишки	K26
10	Болезни червеобразного отростка (аппендикса)	K35-K38
11	Грыжи	K40-K46
12	Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)	K80
13	Холецистит	K81
14	Инфекционные и паразитарные болезни	A00-A99, B00-B99
15	Болезни органов дыхания	J00-J99
16	Осложнения беременности, родов и послеродового периода	O00-O99

(рис. 1). Таким образом, реперной точкой, годом смены тенденций смертности российского населения в 2000–2010-е годы, стал 2003 г.

Следует отметить, что в начале 2000-х годов темпы негативных тенденций смертности в “возрасте предотвратимости” (до 65 лет) кратно превышали таковые в старших возрастах, составив в мужской популяции 7.7% против 2.6%, в женской – 8.2% против 1.4%. Однако после 2003 г. ситуация зеркально изменилась: темпы снижения смертности населения в возрасте до 65 лет значительно превышали таковые в старших возрастах, составив 49.3% против 34.4% у мужчин и 43.5% против 34.6% у женщин. Таким образом, можно констатировать, что рост продолжительности жизни в этот период был обусловлен в первую очередь населением детского и трудоспособного возрастов (рис. 2).

Важно отметить, что даже в период негативно-го тренда продолжительности жизни (2000–2003 гг.) темпы роста предотвратимой смертно-

сти оказались меньшими, чем темпы роста общих потерь как в мужской, так и в женской популяции, составив 4.2% против 7.7% у мужчин и 7.3% против 8.2% у женщин соответственно. Более того, в эти годы темпы роста смертности от причин, которых можно избежать с помощью клинической медицины, оказались кратно меньшими по сравнению не только с общей смертностью, но и с совокупной предотвратимой смертностью, составив 2.7% у мужчин и практически не увеличившись у женщин (рост показателей всего 0.1%) (рис. 3).

После 2003 г. динамика изменилась: и в мужской, и особенно в женской популяции темпы снижения потерь, обусловленных медицинским компонентом, уступали позитивным трендам совокупной предотвратимой смертности, составив соответственно 49.2% против 54% у мужчин и 29.7% против 47.9% у женщин. При этом если у мужчин темпы снижения совокупной предотвратимой смертности заметно опережали таковые для общей смертности (54% против 49.3%), а темпы сокращения смертности, предотвратимой усилиями клинической медицины, составили 49.2%, то есть были всего на 0.1% ниже темпов снижения общей смертности, то у женщин ситуация развивалась по несколько иному сценарию. С одной стороны, предотвратимая смертность снижалась быстрее общей смертности (47.9% против 43.5%), с другой – темпы снижения смертности, обусловленной медицинским компонентом, составили 29.7%, то есть уступали таковым и для предотвратимой, и для общей смертности.

Интересно, что если у мужчин вариабельность вклада медицинской составляющей предотвратимой смертности в общую на протяжении многих лет нашего исследования была довольно незначительной (от 12.6% в 2004 г. до 13.8% в 2011 г.), то у женщин показатели варьировали от 16.6%

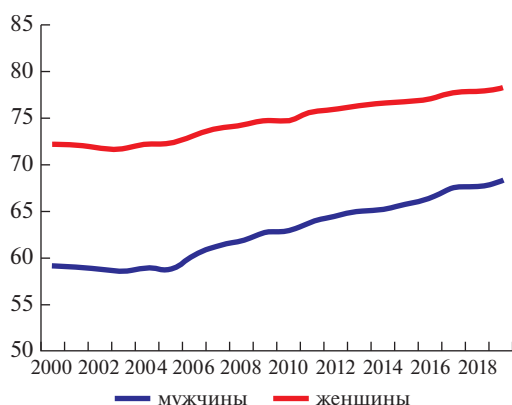


Рис. 1. Динамика продолжительности жизни населения России в 2000–2010-е годы

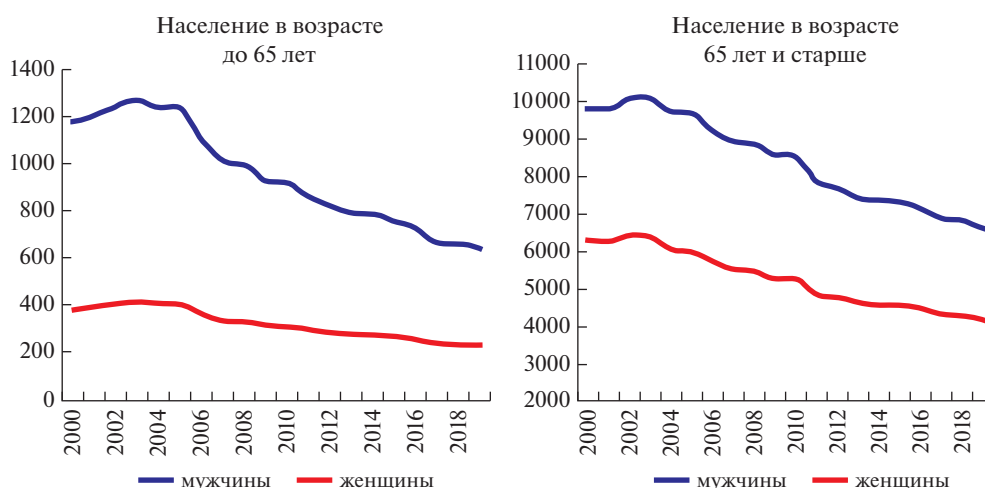


Рис. 2. Динамика смертности населения России в возрастах до и после 65 лет в 2000–2010-е годы (стандартизованный коэффициент на 100 000 человек)

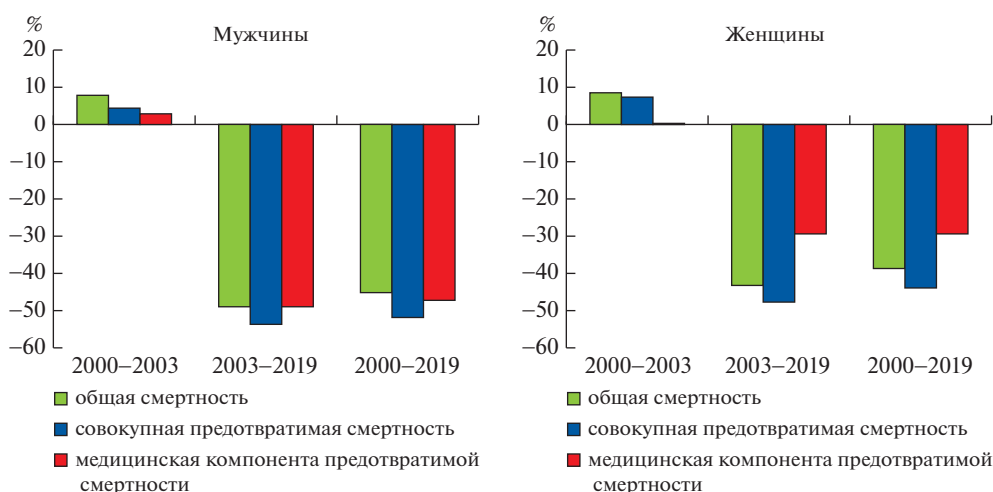


Рис. 3. Темпы изменения общей, предотвратимой смертности и смертности, обусловленной деятельностью клинической медицины, населения России в возрасте до 65 лет в 2000–2010-е годы, %

(2003–2004 гг.) до 21.3% (2017 г.). Нами отмечена гендерная синхронность динамики вклада медицинского компонента в общую смертность до 2011 г., после чего эти тренды у мужчин и женщин разошлись: до 2017 г. у мужчин наблюдалось снижение, у женщин – рост показателя. Только в последние два года исследования вклад медицины и в мужскую, и в женскую смертность снизился (до 12.9% и 20.6% соответственно) (табл. 2).

Заболевания и причины смерти, предотвратимые в результате своевременной диагностики и качественного лечения. Из данных, приведённых в таблицах 1, 3 и 4, следует, что потери, обусловленные медицинским компонентом предотвратимой смертности, вызываются следующими патологиями: новообразования (меланома и другие злокачественные опухоли кожи, лейкоз, болезнь

Ходжкина и неходжкинская лимфома, а также рак грудной железы, шейки и других частей матки у женщин, предстательной железы и других половых органов у мужчин), болезни системы кровообращения (хронические ревматические болезни сердца и гипертония), органов дыхания (в целом) и пищеварения (язва желудка и 12-перстной кишки, аппендицит, холецистит и холангит, грыжи), инфекционные болезни (в целом), а также осложнения беременности, родов и послеродового периода у женщин.

В 2000–2003 гг. негативные тенденции предотвратимой смертности, обусловленной медицинской составляющей, характеризовались рядом особенностей. Так, и в мужской, и в женской популяциях снижалась смертность от предотвратимых болезней органов пищеварения (на 14.9% и 9.1% соответственно), у мужчин – от инфекцион-

Таблица 2. Резервы снижения смертности населения России в возрасте до 65 лет за счёт потерь, предотвратимых деятельностью медицины и здравоохранения

Годы	Общая смертность		Медицинский компонент предотвратимой смертности		Вклад медицинского компонента в общую смертность	
	Стандартизованный коэффициент на 100000 человек (европейский стандарт)				%	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
2000	1180.6	383.2	159	68.6	13.5	17.9
2001	1209.2	393.9	156	66.8	12.9	17.0
2002	1248.8	405.7	163.8	68.5	13.1	16.9
2003	1271.3	414.6	163.3	68.7	12.8	16.6
2004	1242.0	404.8	156.5	67.3	12.6	16.6
2005	1240.3	402.7	160.1	67.6	12.9	16.8
2006	1102.6	365.3	141.5	63	12.8	17.2
2007	1017.6	338.6	133.2	61.4	13.1	18.1
2008	995.1	332.5	132.9	60.4	13.4	18.2
2009	933.1	317.4	128	61.4	13.7	19.3
2010	920.2	313.9	123.1	58.5	13.4	18.6
2011	864.5	297.3	119.4	58.5	13.8	19.7
2012	824.2	286.9	110.2	55.6	13.4	19.4
2013	794.3	276.3	105.9	55.5	13.3	20.1
2014	789.2	274.3	103.7	54.9	13.1	20.0
2015	757.8	267.0	100.6	54.3	13.3	20.3
2016	727.5	256.8	97.6	53.5	13.4	20.8
2017	670.2	240.4	88.5	51.1	13.2	21.3
2018	664.3	239.4	86.5	50.3	13.0	21.0
2019	644.5	234.1	83	48.3	12.9	20.6

ных (на 0.7%), у женщин — от предотвратимых сердечно-сосудистых болезней (на 13.4%). Количественные показатели смертности от предотвратимых онкологических патологий были стабильными у мужчин и практически стабильными (рост 0.3%) у женщин (см. табл. 3, 4).

После 2003 г., на фоне снижения показателей во всех группах предотвратимых причин у мужчин, в женской популяции наблюдался рост смертности от инфекционных болезней почти на 40%¹. Если иметь в виду итоги прошедших 20 лет в целом, то за этот период отмечено снижение потерь от всех групп предотвратимых причин, у женщин исклю-

чением оказались инфекционные болезни, смертность от которых выросла более чем в 1.5 раза.

Разброс в темпах изменений смертности от рассмотренных предотвратимых причин достигает больших величин. При этом наибольшая инерция как при негативных, так и при позитивных

¹ Источником роста инфекционной смертности явился ВИЧ, потери от которого возросли и у мужчин, и у женщин. Но у мужчин они были компенсированы снижением смертности от туберкулёза, и общие итоги динамики инфекционной смертности у них оказались позитивными. Тогда как у женщин из-за существенно более низкой смертности от туберкулёза, в сравнении с мужчинами, позитивная динамика потерь от этой инфекции не компенсировала роста смертности от ВИЧ.

Таблица 3. Нозологический профиль медицинского компонента предотвратимой смертности мужского населения России в 2000–2010-е годы (на 100 тыс. мужчин возрастной категории от 0 до 64 лет, стандартизованный коэффициент, европейский стандарт; %)

Причины смерти	2000		2003		2019	
	На 100 тыс. человек	%	На 100 тыс. человек	%	На 100 тыс. человек	%
Злокачественная меланома кожи	1.2	0.8	1.5	0.9	1.3	1.6
Другие злокачественные новообразования кожи	0.6	0.4	0.5	0.3	0.3	0.4
Злокачественные новообразования грудной железы	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
Злокачественные новообразования предстательной железы	3.0	1.9	3.1	1.9	3.3	4.0
Злокачественные новообразования других мужских половых органов	0.8	0.5	0.8	0.5	0.5	0.6
Болезнь Ходжкина	1.1	0.7	1	0.6	0.5	0.6
Неходжкинская лимфома	1.8	1.1	1.9	1.2	2	2.4
Лейкемия	4.0	2.5	3.8	2.3	2.7	3.3
Онкологические болезни, предотвратимые деятельностью клинической медицины	12.8	8.1	12.8	7.8	10.7	12.9
Хронические ревматические болезни сердца	4.3	2.7	3.5	2.1	0.5	0.6
Гипертоническая болезнь	19.3	12.1	21.1	12.9	9.8	11.8
Сердечно-сосудистые болезни, предотвратимые деятельностью клинической медицины	23.6	14.8	24.6	15.1	10.3	12.4
Язва желудка	4.3	2.7	3.7	2.3	2.5	3.0
Язва двенадцатиперстной кишки	2.7	1.7	2.3	1.4	2	2.4
Болезни червеобразного отростка (аппендикса)	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
Грыжи	0.3	0.2	0.3	0.2	0.3	0.4
Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2
Холецистит	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Болезни органов пищеварения, предотвратимые деятельностью клинической медицины	8.1	5.1	6.9	4.2	5.2	6.3
Инфекционные болезни	45.2	28.4	44.9	27.5	31	37.3
Болезни органов дыхания	69.3	43.6	74.1	45.4	25.8	31.1
Медицинская компонента предотвратимой смертности	159	100.0	163.3	100.0	83	100.0

сдвигах в мужской и женской популяциях характерна, как правило, для онкологических заболеваний, наибольшая лабильность — для болезней органов дыхания и сердечно-сосудистых патологий, смертность от которых снизилась за 20 лет соответственно в 2.3 и 2.7 раза у мужчин и в 5.4 и 2.3 раза у женщин.

Эти изменения не могли не сказаться на структуре медицинского компонента предотвратимой смертности: из данных, приведённых в таблицах 3 и 4, следует, что за прошедшее 20-летие в мужской и женской популяциях наблюдалось снижение значимости сердечно-сосудистых болезней — с 14 до 12.4% у мужчин и с 14.1 до 3.7% у

Таблица 4. Нозологический профиль медицинского компонента предотвратимой смертности женского населения России в 2000–2010-е годы (на 100 тыс. женщин возрастной категории от 0 до 64 лет, стандартизованный коэффициент, европейский стандарт; %)

Причины смерти	2000		2003		2019	
	На 100 тыс. человек	%	На 100 тыс. человек	%	На 100 тыс. человек	%
Злокачественная меланома кожи	1	1.5	1.1	1.6	1	2.1
Другие злокачественные новообразования кожи	0.4	0.6	0.3	0.4	0.1	0.2
Злокачественные новообразования грудной железы	17.3	25.2	17.3	25.2	12	24.8
Злокачественные новообразования шейки матки	5	7.3	5.2	7.6	5.7	11.8
Злокачественные новообразования других и неуточнённых частей матки	3.5	5.1	3.5	5.1	2.9	6.0
Болезнь Ходжкина	0.6	0.9	0.6	0.9	0.2	0.4
Неходжкинская лимфома	0.9	1.3	1	1.5	1	2.1
Лейкемия	2.9	4.2	2.7	3.9	1.8	3.7
Онкологические болезни, предотвратимые деятельностью клинической медицины	31.6	46.1	31.7	46.1	24.7	51.1
Хронические ревматические болезни сердца	3.9	5.7	3	4.4	0.4	0.8
Гипертоническая болезнь	5.8	8.5	5.4	7.9	1.4	2.9
Сердечно-сосудистые болезни, предотвратимые деятельностью клинической медицины	9.7	14.1	8.4	12.2	1.8	3.7
Язва желудка	0.7	1.0	0.6	0.9	0.7	1.4
Язва двенадцатиперстной кишки	0.4	0.6	0.4	0.6	0.5	1.0
Болезни червеобразного отростка (аппендикса)	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0.0
Грыжи	0.4	0.6	0.4	0.6	0.3	0.6
Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)	0.5	0.7	0.4	0.6	0.3	0.6
Холецистит	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0.0
Болезни органов пищеварения, предотвратимые деятельностью клинической медицины	2.2	3.2	2	2.9	1.8	3.7
Инфекционные болезни	8.3	12.1	9.3	13.5	12.9	26.7
Болезни органов дыхания	16.1	23.5	16.6	24.2	6.9	14.3
Осложнения беременности и родов	0.7	1.0	0.7	1.0	0.2	0.4
Медицинский компонент предотвратимой смертности	68.6	100.0	68.7	100.0	48.3	100.0

женщин, обусловленное сдвигами 2010-х годов, а также болезней органов дыхания — с 43.6% до 31.1% у мужчин и с 23.5% до 14.3% у женщин. Это снижение происходило на фоне роста вклада но-

вообразований — с 8.1% до 12.9% у мужчин и с 46.1% до 51.1% у женщин и особенно инфекционных болезней — с 28.4% до 37.3% у мужчин и с 12.1% до 26.7% в 2019 г. у женщин. Несколько

выросла и доля болезней органов пищеварения — с 5.1% до 6.3% у мужчин, с 3.2% до 3.7% у женщин.

Таким образом, в период с 2000 по 2019 г. принципиальное отличие медицинского компонента предотвратимой смертности у мужчин и женщин сохранилось и проявилось очень отчетливо: в женской популяции потери формируются более чем наполовину (51.1%) за счёт онкологических заболеваний, что выглядит вполне предсказуемым, поскольку в этот блок входит рак грудной железы, который, если исключить внешние причины, лидирует среди причин смертности женщин в возрасте до 65 лет. Тогда как у мужчин в 2019 г. вклад онкологии в предотвратимую смертность составил 12.9%.

Ещё одна особенность: если в 2000 г. вклад предотвратимых сердечно-сосудистых патологий в мужской и женской популяциях практически не различался (14.8 и 14.1% соответственно), то к концу 2010-х годов различия оказались кратными (12.4% против 3.7%). Нельзя также не отметить рост значимости инфекционных болезней, вследствие чего в мужской популяции они с большим отрывом заняли 1-е место среди медицинских причин, в женской — передвинулись с 4-го на 2-е место. Ранг болезней органов дыхания, наоборот, снизился (с 1-го до 2-го места у мужчин и со 2-го до 3-го места у женщин). Тем не менее общим вектором эволюции медицинского компонента предотвратимой смертности в мужской и женской популяциях служит рост значимости эндогенных патологий, к которым, безусловно, относятся новообразования.

Региональные особенности предотвратимой смертности. В России отмечаются существенные региональные различия предотвратимой смертности, обусловленной медицинскими факторами: в 4.4 раза в мужской популяции (от 39.6 на 100 тыс. мужчин возрастной категории от 0 до 65 лет в Дагестане до 174.2 в Кемеровской области соответственно) и в 4.6 раза — в женской (от 27.6 на 100 тыс. женщин возрастной категории от 0 до 65 лет в Липецкой области до 126.7 в Чукотском автономном округе соответственно). Существенным представляется и разброс вклада медицинской составляющей предотвратимой смертности в общие потери населения в возрасте до 65 лет (от 7.1% у мужчин в Магаданской области и 12.4% у женщин Республики Алтай до 20.2% у мужчин в Кемеровской области и 30.5% у женщин Чукотского автономного округа).

Отметим, что несмотря на очевидные различия в структуре медицинской компоненты предотвратимой смертности мужчин и женщин, обусловленных объективными факторами, региональный её профиль обладает несомненным

гендерным сходством, о чём свидетельствует коэффициент ранговой корреляции, составивший в 2019 г. 0.83². Более того, гендерным подобием характеризуется и региональный профиль вклада медицинского компонента в общую смертность населения в возрасте до 65 лет (в 2019 г. составил 0.78) (табл. 5).

Говоря об ареале благополучия — четверти российских территорий с минимальным уровнем смертности, предотвратимой благодаря клинической медицине, следует выделить население Москвы, республик Дагестан, Мордовия, Кабардино-Балкария, Калмыкия, Марий Эл, Чувашия, Ямало-Ненецкого автономного округа, Ставропольского края, Липецкой, Белгородской, Московской, Воронежской, Тамбовской, Кировской, Рязанской, Пензенской, Архангельской, Вологодской и Калужской областей, мужчин Мурманской области и женщин республик Саха (Якутия), Алтай, Татарстан, Ханты-Мансийского автономного округа, Краснодарского края, Орловской и Брянской областей (см. табл. 5).

К ареалу неблагополучия — четверти российских территорий с высокой предотвратимой смертностью, зависящей от эффективности клинической медицины, следует отнести г. Севастополь, республики Крым и Тыва, Чукотский автономный округ, Алтайский, Красноярский, Пермский и Приморский края, Кемеровскую, Иркутскую, Курганскую, Новосибирскую, Свердловскую, Челябинскую, Оренбургскую, Тюменскую (без автономных округов) и Самарскую области (население в целом), а также мужчин Хакасии, Хабаровского края, Амурской, Омской, Ленинградской областей, Еврейской автономной области и женщин Бурятии, Забайкальского и Камчатского края, Тверской, Сахалинской и Магаданской областей. (Заметим, что Магаданская область довольно неожиданно вошла в четверть российских территорий с минимальным уровнем предотвратимой смертности среди мужчин.)

Таким образом, за редким исключением, ареал благополучия формируется за счёт европейских, ареал неблагополучия — за счёт азиатских регионов России. Крайне интересной представляется

² Ранговая корреляция — метод корреляционного анализа, отражающий отношения переменных, упорядоченных по возрастанию (убыванию) их значения. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена используется для выявления и оценки тесноты связи между двумя рядами сопоставляемых количественных показателей. В том случае, если ранги показателей, упорядоченных по степени возрастания или убывания, в большинстве случаев совпадают (большему значению одного показателя соответствует большее значение другого показателя), делается вывод о наличии прямой корреляционной связи. Если ранги показателей имеют противоположную направленность (большему значению одного показателя соответствует меньшее значение), то говорят об обратной связи между показателями. <https://medstatistic.ru/methods/methods9.html>

Таблица 5. Региональный профиль медицинского компонента предотвратимой смертности и её вклад в общую смертность населения в возрасте до 65 лет регионов России в 2019 г.

Территории	Общая смертность		Медицинский компонент предотвратимой смертности		Вклад медицинского компонента в общую смертность	
	Стандартизованный коэффициент на 100000 человек, европейский стандарт				%	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Российская Федерация	644.5	234.1	83	48.3	12.9	20.6
Москва	418.8	166.9	47.8	35.2	11.4	21.1
Санкт-Петербург	498.6	202.9	67.1	48.6	13.5	24.0
Севастополь	611.5	232.9	103.4	58.8	16.9	25.2
Республики						
Адыгея	591.2	201.8	86.7	38.4	14.7	19.0
Алтай	780.1	279.2	77.4	34.7	9.9	12.4
Башкортостан	686.4	244.6	82	43.8	11.9	17.9
Бурятия	786.2	314.8	74.9	58.4	9.5	18.6
Дагестан	299.2	128.1	39.6	29.3	13.2	22.9
Кабардино-Балкария	430.8	159.3	58.3	37	13.5	23.2
Калмыкия	569.9	169.5	58.6	29	10.3	17.1
Карачаево-Черкесия	482.6	157.6	82.1	38	17.0	24.1
Карелия	798.4	283.2	80.8	41.8	10.1	14.8
Коми	785.3	281.6	71.5	44.8	9.1	15.9
Крым	682.2	252.2	99.2	56.1	14.5	22.2
Марий Эл	700.8	211.4	60.8	32	8.7	15.1
Мордовия	584.8	196.4	54.9	36.2	9.4	18.4
Саха (Якутия)	660	242.8	65.5	33.3	9.9	13.7
Северная Осетия	550.5	165.4	74.4	40.8	13.5	24.7
Татарстан	565.6	184.6	65.8	36.6	11.6	19.8
Тыва	927.1	431.3	128.6	64.6	13.9	15.0
Удмуртия	688.1	225.4	79.9	40.7	11.6	18.1
Хакасия	798.3	290.8	95.1	43.6	11.9	15.0
Чувашия	686.1	202.4	60.9	29.9	8.9	14.8
Края						
Алтайский	731.8	275.7	135.5	61.1	18.5	22.2
Забайкальский	921.3	347.8	89	60.5	9.7	17.4
Камчатский	781.6	295.1	70.4	55.1	9.0	18.7
Краснодарский	612.5	210.1	70.5	36.9	11.5	17.6

Таблица 5. Продолжение

Территории	Общая смертность		Медицинский компонент предотвратимой смертности		Вклад медицинского компонента в общую смертность	
	Стандартизованный коэффициент на 100000 человек, европейский стандарт				%	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Красноярский	757.1	292.1	99.4	61.2	13.1	21.0
Пермский	785.6	276.1	119.2	63.7	15.2	23.1
Приморский	789.1	311.5	104.4	63.4	13.2	20.4
Ставропольский	537	200.2	55.3	37.7	10.3	18.8
Хабаровский	887.6	320.8	94.8	48.2	10.7	15.0
Области						
Амурская	910.2	359.5	102.6	50.7	11.3	14.1
Архангельская	740.8	257.8	63.4	38	8.6	14.7
Астраханская	613.2	224.7	83.8	38.5	13.7	17.1
Белгородская	574.3	194.2	52.9	31.4	9.2	16.2
Брянская	752.1	240.8	81.3	36.9	10.8	15.3
Владимирская	748.9	257.2	76.2	39.4	10.2	15.3
Волгоградская	600.8	212.5	79.9	42	13.3	19.8
Вологодская	769.6	245.2	63.8	35.9	8.3	14.6
Воронежская	637.2	211.9	54.6	34.7	8.6	16.4
Ивановская	739.1	274.3	73.9	49.5	10.0	18.0
Иркутская	878.4	347.3	147.3	86.5	16.8	24.9
Калининградская	611.8	231.4	65.2	47.4	10.7	20.5
Калужская	745.3	242.7	63.9	37.3	8.6	15.4
Кемеровская	862.5	338.5	174.2	87.8	20.2	25.9
Кировская	684.4	225	58.9	29.9	8.6	13.3
Костромская	693.6	248.2	73.2	45.5	10.6	18.3
Курганская	792.3	263.7	143.6	61.9	18.1	23.5
Курская	721.2	228.9	69.1	41.5	9.6	18.1
Ленинградская	674.6	240.3	95.1	50.5	14.1	21.0
Липецкая	636.2	214.2	51.4	27.6	8.1	12.9
Магаданская	888.4	315.6	63.2	63.6	7.1	20.2
Московская	601.2	219.8	54.4	38.2	9.0	17.4
Мурманская	729.9	276.4	63.5	48.5	8.7	17.5
Нижегородская	728.4	239.4	81.6	42	11.2	17.5
Новгородская	866.2	301	86.1	44.7	9.9	14.9

Таблица 5. Окончание

Территории	Общая смертность		Медицинский компонент предотвратимой смертности		Вклад медицинского компонента в общую смертность	
	Стандартизованный коэффициент на 100000 человек, европейский стандарт				%	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Новосибирская	684.3	265.1	126	62.6	18.4	23.6
Омская	674.1	252.2	98.4	48	14.6	19.0
Оренбургская	710.1	262.9	111.7	59	15.7	22.4
Орловская	682.9	227.9	74.3	33.4	10.9	14.7
Пензенская	639.1	212.5	62.9	31.8	9.8	15.0
Псковская	806.9	316.5	69.5	45.6	8.6	14.4
Ростовская	600.9	227.9	87.2	47.9	14.5	21.0
Рязанская	667.2	218	60.6	32.5	9.1	14.9
Самарская	683.3	249.9	104	56.4	15.2	22.6
Саратовская	653.6	234.8	84.4	51.7	12.9	22.0
Сахалинская	810.4	310.8	81.6	54.4	10.1	17.5
Свердловская	744	261.2	118	60.9	15.9	23.3
Смоленская	747.9	270	73.3	43.8	9.8	16.2
Тамбовская	651.4	204.2	57.3	31	8.8	15.2
Тверская	775.4	289.7	91.9	58.3	11.9	20.1
Томская	685.9	257.7	90.6	43	13.2	16.7
Тульская	727.5	255.6	71.7	46.2	9.9	18.1
Тюменская (без АО)	656.3	241.9	106.1	55.7	16.2	23.0
Ульяновская	654.7	232.6	82.2	45.8	12.6	19.7
Челябинская	721.6	266.6	113.9	64.6	15.8	24.2
Ярославская	702	240.2	71.1	39.1	10.1	16.3
Автономии						
Еврейская АО	945.3	389.6	102.5	52.2	10.8	13.4
Ханты-Мансийский АО	491.9	171.6	71.5	35.3	14.5	20.6
Ямало-Ненецкий АО	452.1	166.6	54.7	30.5	12.1	18.3
Чукотский АО	933.9	414.9	148.3	126.7	15.9	30.5

ситуация, складывающаяся в Тюменской области, автономные округа которой (Ямало-Ненецкий и Ханты-Мансийский) оказались в ареале благополучия, в то время как основная территория области — в ареале неблагополучия.

Обсуждая концепцию предотвратимой смертности в её приложении к России, выделим несколько моментов, вытекающих из специфики нашей страны как таковой, в частности, её огромную гетерогенность не только в географическом,

социально-экономическом, но и в медико-демографическом аспекте. Об этом свидетельствует очень значительный разброс продолжительности жизни населения российских регионов (от 77.1 года у мужчин республики Дагестан и 82.2 года у жительниц Москвы до 62.7 у мужчин и 72.5 лет у женщин в Тыве), составивший 14.4 и 9.7 года — чуть ли не целую демографическую эпоху³. А ведь Всемирная организация здравоохранения указывает, что продолжительность жизни служит интегральным критерием, характеризующим не только состояние здоровья населения, но и уровень жизни, а также качество медицинской помощи в том или ином регионе.

Из приведённых данных следует, что оценка ситуации в целом по нашей стране не может быть универсальной для всех её регионов, и критерии работы здравоохранения, применимые к Москве, явно неактуальны для Тывы. Отсюда можно сделать вывод, что для России крайне важна региональная классификация причин, входящих в число предотвратимых, с учётом местных приоритетов здоровья и возможностей здравоохранения, и выделения причин, смертность от которых предотвратима деятельностью служб здравоохранения.

Наряду с необходимостью региональной классификации нам представляется важной оценка вклада медицинских факторов в предотвратимую смертность. Напомним, что первая и наиболее крупная доля потерь относится к сфере профилактики и определяется не столько работой здравоохранения, так как в значительной степени формируется за счёт внешних причин, сколько деятельностью целого комплекса социальных институтов. Из этого следует, что по мере роста социального благополучия в стране значимость первой группы причин должна снижаться, что, как следствие, приведёт к увеличению значимости медицинской составляющей в предотвратимой общей смертности.

Третье обстоятельство относится к оценке онкологических заболеваний как предотвратимых. Безусловно, клиническая онкология в последние десятилетия совершила огромный прорыв в диагностике и лечении злокачественных новообразований, однако нельзя забывать, что этиология раковых заболеваний до конца не исследована. В старческом возрасте они зачастую обусловлены дистрофическими процессами. В возрасте до 65 лет возникновение и формирование патологии, а также прогноз не всегда определяются ранней диагностикой и адекватным лечением. Поэтому в случае онкологических заболеваний в на-

стоящее время более корректно было бы говорить не о полной их элиминации, но о степени предотвратимости этих патологий.

Таким образом, как представляется, позитивные процессы будут определяться общим снижением смертности, обусловленной медицинскими факторами, на фоне роста значимости (но не уровня!) эндогенных патологий, прежде всего новообразований, и снижения доли экзогенных заболеваний, к которым относятся все остальные болезни, смерть от которых предотвратима.

* * *

В заключение нашего анализа необходимо обратить внимание на следующие обстоятельства.

Первое. Предотвратимая смертность населения России, обусловленная деятельностью клинической медицины, в 2000–2010-е годы снизилась на 47.8% у мужчин и на 29.6% у женщин, уступая, особенно заметно у женщин, темпам сокращения общей смертности, продемонстрировавшей более чем 2-кратное снижение в мужской и женской популяциях. По сути, это означает, что предотвратимая смертность снижалась преимущественно за счёт оздоровления образа жизни населения.

Второе. Динамика медицинской составляющей предотвратимой смертности характеризовалась более инерционным развитием, нежели общей смертности: так, темпы её роста в период действия негативных тенденций, касающихся средней продолжительности жизни, и темпы снижения в период позитивных трендов оказались ниже темпов соответствующих изменений общей смертности населения в возрасте до 65 лет. Таким образом, клиническая медицина, как показывает опыт, оказывается достаточно устойчивой в кризисные периоды, но требует продолжительного периода для восстановления и тем более наращивания своего потенциала.

Третье. Структура медицинских факторов предотвратимой смертности на протяжении двух десятилетий исследования характеризовалась выраженной гендерной спецификой: если у мужчин потери в значительной мере определялись инфекционными болезнями и болезнями органов дыхания, то у женщин — новообразованиями. Это, в свою очередь, определило и различия в динамике медицинского компонента предотвратимой смертности: судя по темпам изменения показателей, мужчины более остро реагировали и на негативные, и на позитивные изменения.

Четвёртое. Происшедшие в 2000–2010-е годы изменения в структуре медицинской составляющей предотвратимой смертности характеризовались разнонаправленными векторами: с одной стороны, наблюдался рост значимости новообра-

³ Показатели Ингушетии, средняя продолжительность жизни населения которой, по официальным данным, в 2019 г. составила 81.5 у мужчин и 89.5 года у женщин, из анализа исключены как очевидно недостоверные.

зований — патологий эндогенных, не связанных напрямую с внешними факторами, с другой — рост вклада безусловно экзогенных инфекционных болезней (особенно у женщин).

Пятое. В течение всего периода исследования вклад медицинских компонентов в общую смертность в женской популяции был существенно выше, чем у мужчин. Согласно международным критериям, по состоянию на 2019 г., резервы сокращения общей смертности российского населения, обусловленные эффективностью медицины и здравоохранения, составляют 12.9% у мужчин и 20.6% у женщин в возрасте до 65 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rutstein D.D., Berenberger W., Chalmers T.C. et al. Measuring the quality of medical care // N. Engl. J. Med. 1976. V. 294. P. 582–588.
2. Charlton J.R.H., Velez R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention // Br. Med. J. 1986. V. 292. P. 295–300.
3. Westerling R. Trends in “avoidable” mortality in Sweden, 1974–1985 // J. Epidemiol. Community Health. 1992. V. 46. № 5. P. 489–493.
4. Kjellstrand C.M., Kovithavongs C., Szabo E. On the success, cost and efficiency of modern medicine: an international comparison // J. Intern. Med. 1988. V. 24. P. 3–14.
5. Charlton J.R., Hartley R.M., Silver R., Holland W.W. Geographical Variation in Mortality from Conditions Amenable Medical Intervention in England and Wales // Lancet. 1983. V. 26. P. 691–696.
6. Mackenbach J.P., Bouvier-Colle M.H., Jouglu E. “Avoidable” mortality and health services: a review of aggregate data studies // J. Epidemiol. Community Health. 1990. V. 44. P. 106–111.
7. Westerling R. “Avoidable” causes of death in Sweden 1974–85 // Int. J. Qual. Assur Health Care. 1992. V. 4. № 4. P. 319–328.
8. The European Community atlas of “avoidable deaths” / Holland W.W. (ed). Commission of the European Communities Health Services Research. Series 9. Oxford: Oxford University Press, 1993.
9. Westerling R. Decreasing gender differences in “avoidable” mortality in Sweden // Scand. J. Public Health. 2003. V. 31. № 5. P. 342–349.
10. Simonato L., Ballard T., Bellini P. et al. Avoidable mortality in Europe 1955–1994: a plea for prevention // J. Epidemiol. Community Health. 1998. V. 52. P. 624–630.
11. Nolte E., McKee M. Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust, 2004.
12. Сабгайда Т.П. Предотвратимые причины смерти в России и странах Евросоюза // Здравоохранение Российской Федерации. 2017. № 3. С. 116–122.
13. Михайлова Ю.В., Шестаков М.Г., Соболева Ю.В. и др. Предотвратимые потери здоровья населения как объект анализа // Экономика здравоохранения. 2008. № 2. С. 37–42.
14. Стародубов В.И., Кондракова Э.В., Иванова А.Е. Предотвратимость потерь здоровья населения — критерий оценки деятельности органов местного самоуправления // Сибирское медицинское обозрение. 2009. № 5. С. 94–98.
15. Сабгайда Т.П., Михайлов А.Ю. Новые подходы к оценке предотвратимой смертности в России // Народнонаселение. 2009. № 3. С. 115–122.
16. Сабгайда Т.П., Аксёнова Е.И., Евдокушкина Г.Н. Предотвратимая смертность населения трудоспособного возраста // Национальные демографические приоритеты: новые подходы, тенденции / Ред. С.В. Рязанцев, Т.К. Ростовская. Сер. “Демография. Социология. Экономика.” М.: ООО “Экон-Информ”, 2019. С. 127–131.
17. Рубцова И.Т. Опыт типизации муниципальных образований Краснодарского края на основе социально-экономических факторов развития // Сб. матер. Всерос. науч.-практ. конференции “Управление здравоохранением в современных условиях: проблемы и поиски решений”. Краснодар, 2006. С. 194–197.
18. Предотвратимая смертность в России и пути её снижения / Ред. Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова. М.: ЦНИИОИЗ, 2006.
19. Сабгайда Т.П., Антонюк В.В., Евдокушкина Г.Н., Кондракова Э.В. Предотвратимая смертность населения // Демографические перспективы России / Ред. Г.В. Осипов, С.В. Рязанцев. М.: Экон-Информ, 2008. С. 373–394.
20. Treurniet H.F., Boshuizen H.C., Harteloh P.P.M. Avoidable mortality in Europe (1980–1997): a comparison of trends // J. of Epidemiol. Community Health. 2004. V.58. P. 290–295.
21. Hoffmann R., Borsboom G., Saez M. et al. Social differences in avoidable mortality between small areas of 15 European cities: an ecological study // Int. J. Health Geogr. 2014. V. 13. № 8. <http://www.ij-healthgeographics.com/content/13/1/8>

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ГЛАЗАМИ РОССИЯН

© 2021 г. Т. К. Ростовская^{a,b,*}, О. В. Кучмаева^{a,b,**}

^a Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Москва, Россия

^b Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

*E-mail: rostovskaya.tamara@mail.ru

**E-mail: kuchmaeva@yandex.ru

Поступила в редакцию 20.02.2021 г.

После доработки 29.03.2021 г.

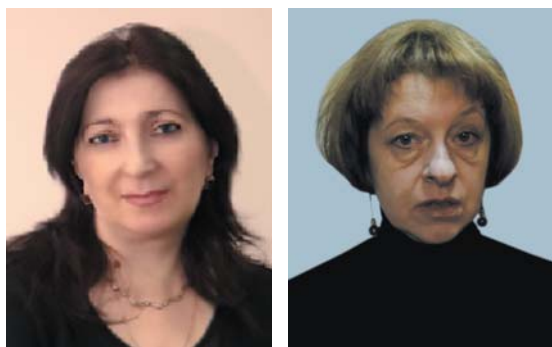
Принята к публикации 27.05.2021 г.

В последние десятилетия наблюдается бурное развитие медицинских технологий, в том числе репродуктивных. Однако остаётся неясным, каковы масштабы и потребность в использовании вспомогательных репродуктивных технологий в России. С целью прояснить этот вопрос в конце 2019 — начале 2020 г. было предпринято социологическое исследование “Демографическое самочувствие России”, объём выборочной совокупности которого составил 5308 человек.

Анализ полученных данных свидетельствует, что сформировалась устойчивая потребность во вспомогательных репродуктивных технологиях, обусловленная как состоянием здоровья определённых групп населения, так и распространёнными ныне моделями репродуктивного поведения, связанными, в частности, с повышением возраста женщин при рождении детей. Однако наблюдается значительная региональная дифференциация в восприятии новых репродуктивных технологий, кроме того, препятствиями для их использования во многих случаях выступают стоимость процедур и сомнения в их результативности. В то же время роль общественного мнения и религиозных норм в восприятии вспомогательных репродуктивных технологий весьма незначительна.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), демографическая политика, тенденции рождаемости, репродуктивное здоровье, социологические исследования рождаемости.

DOI: 10.31857/S0869587321090073



РОСТОВСКАЯ Тамара Керимовна — доктор социологических наук, профессор, заместитель директора ИДИ ФНИСЦ РАН. КУЧМАЕВА Оксана Викторовна — доктор экономических наук, главный научный сотрудник ИДИ ФНИСЦ РАН, профессор кафедры народонаселения МГУ им. М.В. Ломоносова.

Уже не одно десятилетие современные репродуктивные технологии являются предметом обсуждения как специалистов, так и широкой общественности. Интерес к ним обусловлен тем влиянием, которое они оказывают на различные аспекты жизни общества и конкретных индивидов, на репродуктивное поведение. Немаловажную роль играет и морально-нравственная сторона вопроса.

С 2019 г. в России реализуется Национальный проект “Демография”, одно из направлений которого — помощь супругам, имеющим проблемы с репродуктивным здоровьем, в рождении ребёнка. Ныне процедура экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) рассматривается как одна из важных мер демографической политики, направленных на возможно более полное использование

репродуктивного потенциала населения в условиях депопуляции.

Однако в России ощущается недостаток исследований, затрагивающих оценку масштабов и факторов использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и основанных на данных представительных социологических исследований. Наше исследование призвано в какой-то мере заполнить этот пробел путём оценки потребностей россиян в использовании ВРТ, имеющихся препятствий и перспектив использования новейших репродуктивных технологий. С этой целью:

- выявлялись масштабы и потребность в использовании ВРТ в России на основе данных выборочных обследований, которые позволяют определить не только статистику обращаемости по этому поводу в медицинские учреждения, но и латентную потребность;
- определялись основные факторы и барьеры для использования ВРТ в регионах России;
- уточнялись перспективы использования ВРТ с учётом ситуации в Москве — крупном мегаполисе, тенденции репродуктивного поведения населения которого впоследствии распространяются и на другие типы поселений.

Выводы работы основаны на данных обследований Росстата (“Выборочное наблюдение репродуктивных планов населения”, 2012 г., “Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения”, 2018 г.), а также результатах авторского исследования. В статье используются данные всероссийского социологического исследования “Демографическое самочувствие России”, проведённого путём анкетного опроса в конце 2019 — начале 2020 г. в десяти субъектах страны: Москве, Республике Башкортостан, Республике Татарстан, Вологодской, Волгоградской, Ленинградской, Московской, Нижегородской, Свердловской и Ивановской областях. Однако данные по Ивановской области в силу несоблюдения объёма выборки в анализе не учитываются. Общий объём выборочной совокупности составил 5308 человек, в каждом регионе было опрошено более 600 человек в возрасте от 17 до 50 лет. Благодаря использованию многоступенчатой выборки удалось достичь высокой точности результатов, предельная ошибка выборки по основным показателям (пол, возрастные группы, тип поселения) составила для общероссийской выборки $\pm 0.4\%$ (при уровне достоверности 99.7%), для региональных выборок $\pm 4\%$ (при уровне достоверности 95.4%). Результаты репрезентативны для России в целом и для включённых в выборочную совокупность регионов.

Цель исследования “Демографическое самочувствие России” — определить тенденции изме-

нения представлений россиян о моделях демографического поведения, семейной политике, что будет способствовать формированию эффективных стратегий реализации национальных демографических проектов. Программа исследования включала и блок вопросов, связанных с самооценкой респондентами своего здоровья, его влиянием на реализацию репродуктивных намерений, отношением к использованию ВРТ. Для решения поставленных задач использовались методы статистического анализа, в частности, построение таблиц сопряжённости и непараметрические критерии для выявления различий в распределениях.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВРТ

Динамика рождаемости во многом определяется состоянием здоровья населения. Вследствие действия совокупности социальных, психологических, генетических, экологических и эпидемиологических факторов бесплодие становится значимой составляющей структуры заболеваемости [1, 2]. Данные Всемирной организации здравоохранения свидетельствуют, что бесплодие в перспективе станет третьей по распространённости патологией в мире (после онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний) [3]. В середине XX в. каждый десятый брак был бесплоден. Возникновение вспомогательных репродуктивных технологий отчасти позволило решить эту проблему, но не привело к значительному росту рождаемости. По данным выборочных исследований, увеличение рождаемости за счёт использования ВРТ составило в большинстве стран не более 5%. Однако есть и исключения. На Тайване, например, эта цифра достигает 35.7% [4]. В России после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) на свет появляется не больше 2% новорождённых в год [5], несмотря на то, что уже в 2014 г. по числу проводимых процедур ЭКО наша страна вышла на второе место в Европе после Испании [6, 7].

Масштабы использования ВРТ в различных странах расширяются [8]. И проблемой оказывается уже не включение ВРТ в стратегию демографической политики, а расширение комплекса мер вспомогательной репродукции, разрешённых и финансируемых государством [5]. Анализ доступности ВРТ в странах мира приводит к выводу, что возможность воспользоваться данными методами во многом определяется социально-экономическим и финансовым статусом человека, что приводит к появлению новых форм социального неравенства [9].

В России стратегия государственной политики по регулированию рождаемости за несколько десятилетий прошла путь от рассмотрения аборт

как ведущего элемента репродуктивного регулирования до финансирования программ экстракорпорального оплодотворения [10]. По оценкам, потери рождаемости от причин, связанных с проблемами здоровья, сейчас составляют 20%, причём в некоторых регионах России цифра достигает 80% (Республика Мордовия, Камчатский край, Карачаево-Черкесская Республика) [11, 12]. Одним из выходов из сложившейся ситуации, хотя и носящим дискуссионный характер с точки зрения этики [13], является использование современных репродуктивных технологий. Безусловно, важная задача в изучении этой проблемы — определение всей совокупности факторов, снижающих репродуктивный потенциал общества.

ВРТ стали предметом междисциплинарных исследований, значительное число которых посвящено медицинским аспектам проблемы, а также последствиям применения вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе суррогатного материнства [14]. Отдельное место занимают исследования, связанные с поиском этического компромисса в обществе в отношении таких технологий. Особенно острые дискуссии разворачиваются по поводу правоотношений, связанных с суррогатным материнством [15], которое обретает денежную стоимость и фактически становится товаром. Отдельное направление исследований — психология отношений в сфере реализации ВРТ, в том числе и отношений между родителями и детьми [16].

Исследователи связывают вопрос об использовании вспомогательных репродуктивных технологий с решением задач по сохранению общественного здоровья. Так, в работе [17] авторы приходят к выводу, что требуется специальный комплекс мер по подготовке пар к естественному и искусственному зачатию ребёнка. Это позволит минимизировать как количество циклов ВРТ, так и осложнений, связанных с беременностью, у матери и ребёнка. Ведь сейчас, по некоторым данным, среди североευропейских детей, зачатых с помощью ВРТ, 5% имеют проблемы со здоровьем и нуждаются в медицинской помощи [18].

В условиях широкого распространения поздних браков реализация программ вспомогательных репродуктивных технологий, их включение в сферу государственной демографической политики в определённой степени способствует повышению рождаемости [19]. Отсрочка деторождения может привести к трудностям с зачатием вследствие возрастного снижения фертильности [20, 21], и возможности ВРТ воспринимаются широкими слоями общества как решение проблемы бесплодия, несмотря на отсутствие гарантированного успеха [22]. Это обстоятельство имеет и обратную сторону: в массовом сознании начинает преобладать мнение, что при рождении

детей возраст — не помеха [21, 23–25]. С другой стороны, исследование совокупности бездетных женщин методом онлайн-опроса выявило, что основной причиной, по которой респонденты, здоровье которых не позволяет им зачать и выносить ребёнка естественным путём, не прибегают к ВРТ, выступает эмоциональное неприятие соответствующих методов. Среди тех женщин, которые используют ВРТ, наиболее популярный метод — экстракорпоральное оплодотворение [26].

Следует иметь в виду, что из-за специфики национального регулирования некоторые ВРТ запрещены в одних странах, однако доступны в других, и это привело к возникновению трансграничной репродуктивной помощи и своего рода репродуктивной миграции [27].

ПОТРЕБНОСТЬ И МАСШТАБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВРТ В РОССИИ

Изучение особенностей поведения россиян в сфере потребностей и опыта использования вспомогательных репродуктивных технологий возможно на основе представительных выборочных исследований. Так, в ходе мониторинга “Выборочное наблюдение репродуктивных планов населения” (проводится Росстатом раз в пять лет, выборочная совокупность — 10 тыс. респондентов) в 2012 г. выяснилось, что 5.2% женщин и 2.8% мужчин хотели бы воспользоваться современными репродуктивными технологиями, так как имеют проблемы с репродуктивным здоровьем [28].

Также в режиме мониторинга Росстат изучает поведенческие факторы, влияющие на состояние здоровья населения (выборочная совокупность — 15 тыс. домохозяйств), во всех субъектах Российской Федерации [29]. В 2018 г. 3.3% мужчин и 3.8% женщин указали, что их состояние здоровья не позволяет им иметь детей, причём доля таких респондентов больше в сельской местности (4.5%), чем в городах (3.1%). С возрастом этот показатель возрастает — от 1.0% для возрастной группы 20–24 года до 7.9% для лиц старше 50 лет.

Оценка репродуктивного здоровья населения и подготовка рекомендаций по активизации государственной демографической политики выступали в качестве главных задач упомянутого выше исследования “Демографическое самочувствие России”. Предполагалось, что самооценка здоровья с точки зрения не только возможности зачатия, но и ухода за ребёнком, его содержания и воспитания — значимый фактор демографического поведения. По нашим исследованиям в девяти регионах России, 16.3% респондентов (20.2% женщин и 12.2% мужчин) в возрасте 17–50 лет полагают, что состояние их здоровья не позволяет им завести ребёнка (рис. 1). То есть цифры значительно выше, чем по данным обсле-

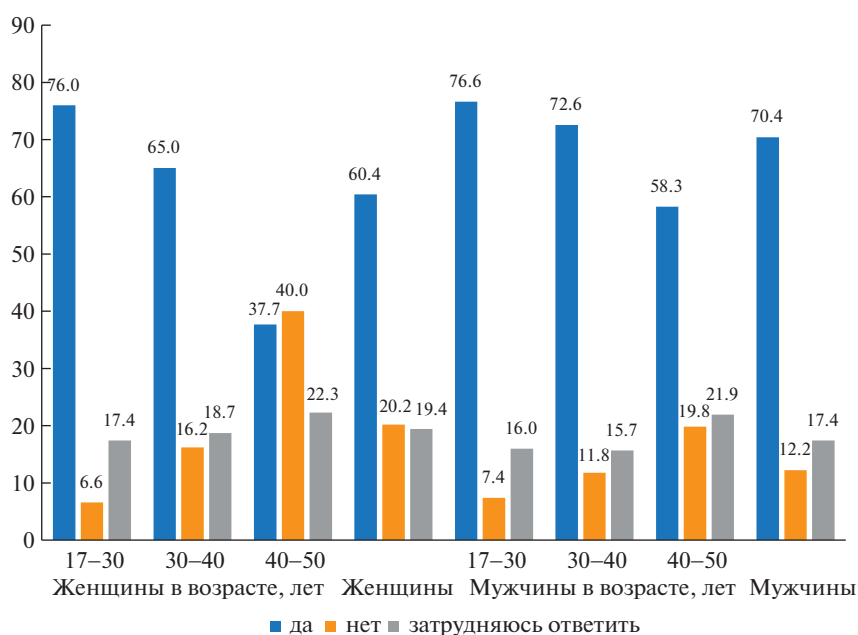


Рис. 1. Распределение ответов на вопрос «Позволяет ли Вам состояние здоровья иметь детей?», по полу и возрасту, % числа опрошенных

дований Росстата. Однако формулировка вопросов в нашем исследовании подразумевает выявление наличия проблем со здоровьем не только в репродуктивной сфере, но и в целом нарушений здоровья, мешающих родить ребёнка. Только 60.4% женщин и 70.4% мужчин считают, что с точки зрения здоровья им ничто не мешает иметь детей. Показательно, что уже среди молодых женщин и мужчин 7% уверены, что здоровье не позволит им стать родителями.

Как это ни покажется странным, но среди мужчин и женщин, состоящих в браке (или имеющих постоянного партнёра), доля лиц, имеющих серьёзные проблемы со здоровьем, мешающие им стать родителями, значимо больше. Видимо, в этом случае проблема оказывается очевидной, состоя в браке, люди задумываются о реализации своих репродуктивных намерений и, столкнувшись с трудностями, обращаются к врачу за консультацией.

К возрасту 30–39 лет доля лиц, признающих наличие проблем с репродуктивным здоровьем, увеличивается до 13.9%, после 40 лет — до 31.1%. Соответственно возрастает значимость доступности ВРТ, мер медицинской и консультативной помощи. Доля женщин, имеющих проблемы со здоровьем, препятствующие рождению ребёнка, возрастает к 40–50 годам до 40%. У мужчин, состоящих в браке, данный показатель увеличивается до 19.8%. Различия в доле мужчин и женщин, оценивших своё репродуктивное здоровье как неблагоприятное, статистически значимы, но можно предположить, что дело здесь не столько в худ-

шем здоровье женщин, сколько в нежелании мужчин либо признавать свою несостоятельность в этой области, либо проходить медицинское обследование.

Оценка состояния репродуктивного здоровья довольно существенно различается по регионам России, например, доля оценивших своё здоровье как хорошее колеблется от 58.9% в Ставропольском крае до 69.6% в Волгоградской области (табл. 1). Можно предположить, что эти результаты в значительной степени зависят от доступности услуг медицинских учреждений и обращений за консультацией специалиста. На состояние репродуктивного здоровья оказывают влияние факторы, не воспринимаемые как серьёзная угроза, в частности, перенесённые простудные и инфекционные заболевания, неграмотное использование контрацептивных средств, злоупотребление абортами как мерой регулирования рождаемости, специфические диеты и жёсткое голодание.

В ходе опроса 11.2% москвичей сообщили, что по состоянию здоровья они не могут иметь детей (табл. 1). Это несколько меньше, чем в среднем по России (16.3%), что, видимо, обусловлено большей доступностью в столице медицинских услуг. С возрастом масштаб проблем нарастает. Доля женщин, состояние здоровья которых не позволяет им завести ребёнка, увеличивается с 0.7% в возрасте до 30 лет до 28.8% в 40–50 лет, мужчин — с 5.5 до 16.1% соответственно. Однако это всё же меньше, чем во многих других регионах.

Наше исследование свидетельствует о сформированной потребности многих супружеских

Таблица 1. Распределение ответов на вопрос “Позволяет ли Вам состояние здоровья ещё иметь детей (или родить первого ребёнка, если у Вас нет детей)?”, % числа опрошенных

Вариант ответа	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Да	60.7	67.2	63.6	69.6	58.9	67.0	67.9	61.2	66.0	65.3
Нет	20.9	11.2	16.0	12.5	20.6	16.3	15.3	22.4	15.6	16.3
Затрудняюсь ответить	18.4	21.7	20.5	18.0	20.5	16.7	16.8	16.4	18.4	18.4

пар в ВРТ. Среди всех респондентов в возрасте 18–50 лет, состоящих в браке (зарегистрированном и незарегистрированном) и потенциально имеющих проблемы со здоровьем, хотели бы воспользоваться современными репродуктивными технологиями 14.2%, в том числе 15.8% женщин и 12.2% мужчин. Причём среди женщин 17–30 лет желающих воспользоваться ВРТ в 1.5 больше, чем среди мужчин той же возрастной категории. Если распространить полученные в ходе выборочного исследования результаты на всю генеральную совокупность, численность россиян, нуждающихся во вспомогательных репродуктивных технологиях, составляла к началу 2020 г. более 1.5 млн человек ($\pm 4\%$).

Настораживает, что, по ответам респондентов, среди представителей молодых поколений довольно много тех, кто сталкивается с проблемами репродуктивного здоровья (более трети). Возможно, это реальная тенденция, но она требует дальнейшей проверки. Складывается впечатление, что молодые люди уже рассматривают использование ВРТ как обыденную жизненную альтернативу в случае невозможности зачать ребёнка естественным путём (рис. 2). Как ни странно, с возрастом доля лиц, готовых воспользоваться ВРТ, постепенно снижается — примерно до 10% для группы 35–49 лет. Интерпретировать этот факт можно по-разному: кто-то уже имеет детей, кто-то надеется забеременеть естественным путём, кто-то не готов воспользоваться новыми технологиями из этических или иных соображений. К 40–50 годам доля лиц, состоящих в браке и желающих воспользоваться ВРТ, составляет 10.5% среди женщин и 7.8% среди мужчин. Однако доля тех, кто воспользовался современными репродуктивными технологиями (2.6%), гораздо меньше нуждающихся. Это может свидетельствовать о сложностях с доступом к ВРТ, но также и о психологических проблемах с их принятием.

Показательно, что лишь каждый десятый москвич, имеющий проблемы со здоровьем, мешающие завести ребёнка, хотел бы воспользоваться современными репродуктивными технологиями. Это меньше, чем по стране в целом и в большинстве регионов, где проводился опрос. Возможно, данная ситуация связана с постепенным формированием модели репродуктивного поведения, допускающей отказ от рождения детей. По показателю желаемого числа детей столица находится на 7 месте среди 9 регионов, участвовавших в обследовании (показатель составил 2.26 ребёнка в столице и 2.33 — в среднем по России). Желание воспитать ребёнка в системе ценностей москвичей оценивается по 5-балльной шкале в 4.1 балла — несколько ниже, чем в других регионах и России в целом (4.4 балла).

Показательно, что опыт использования ВРТ повышает положительное их восприятие и готовность прибегнуть к ним, чтобы родить ещё одного ребенка (47.4%). Среди тех, кто не имел такого опыта, эта цифра не превышает 13.5%.

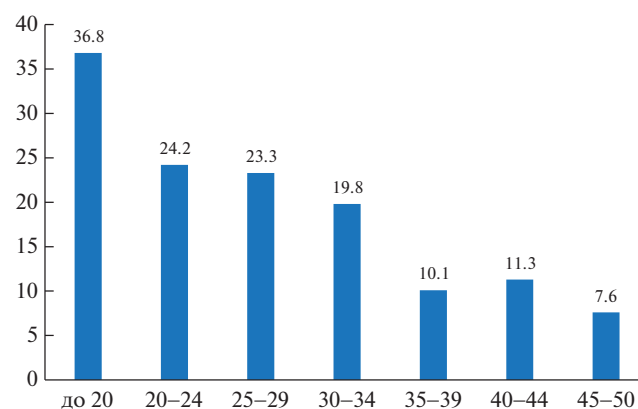


Рис. 2. Доля респондентов, желающих воспользоваться ВРТ, % числа имеющих проблемы с репродуктивным здоровьем

Таблица 2. Распределение ответов на вопрос “Если состояние здоровья не позволяет Вам иметь детей, хотели бы Вы воспользоваться современными репродуктивными технологиями (например, искусственным оплодотворением)?”, % от числа респондентов, состоящих в зарегистрированном браке или имеющих постоянного партнёра

Вариант ответа	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Да	10.3	10.7	9.7	15.4	16.7	7.9	18.6	19.7	18.6	14.2
Нет	63.7	59.8	63.3	51.7	56.4	69.8	50.0	60.6	49.7	58.0
Затрудняюсь ответить	26.1	29.4	27.0	32.8	26.8	22.3	31.4	19.7	31.8	27.8

Таблица 3. Распределение ответов на вопрос “Пользовались ли Вы современными репродуктивными технологиями?”, % от числа, респондентов, состоящих в зарегистрированном браке или имеющих постоянного партнёра

Вариант ответа	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Да	3.9	2.6	1.7	1.4	3.0	3.4	5.2	0.0	3.4	2.6
Нет	96.1	97.4	98.3	98.6	97.0	96.6	94.8	100.0	96.6	97.4

Анализ региональной дифференциации свидетельствует, что меньше всего желающих обратиться к новым репродуктивным технологиям среди жителей Республики Башкортостан, Вологодской и Московской областей, а больше всего – в Нижегородской области (почти каждый пятый) (табл. 2, 3). Расхождения во мнениях определяются оценкой значимости препятствий в использовании ВРТ. Кроме того, имеет значение соотношение городского и сельского населения на территории: например, в Татарстане горожане составляют 79%, а в Башкортостане 66.1%, но именно сельское население менее склонно использовать новые технологии.

Следует обратить внимание на тот факт, что среднее число детей у респондентов младше 35 лет – всего 0.6 ребёнка, причём 56.4% опрошенных этого возраста, имеющих проблемы с репродуктивным здоровьем, бездетны. Можно говорить о нарастающем влиянии репродуктивного здоровья на рождаемость у лиц молодого возраста, наряду со старением рождаемости. Для участников опроса в возрасте 35–46 лет среднее число детей составило 1.63, 3/4 имеют 1–2 детей. У тех, кто старше 46 лет, детей ещё меньше – среднее число 1.4, 80.6% имеют 1–2 детей (почти 20% без-

детны). То есть во многом проблемы с репродуктивным здоровьем – это, по сути, вторичное бесплодие. Люди среднего возраста уже имеют ребёнка (детей), но в дальнейшем не надеются самостоятельно родить ещё одного.

Опрос не выявил существенных различий в отношении к ВРТ в зависимости от религиозных взглядов. Доля лиц, имеющих проблемы со здоровьем и желающих воспользоваться ВРТ, составляет 14.2% среди верующих и 14.8% среди тех, кто не относит себя к верующим. Возможно, здесь имеет значение тот установленный во многих исследованиях факт, что религиозность наших сограждан подчас носит поверхностный характер. Однако по-настоящему воцерковленные люди (те, кто молятся часто) всё же менее склонны использовать репродуктивные технологии – лишь в 11.7% случаев, даже если им не удастся забеременеть естественным путём. Здесь имеет значение официальная позиция большинства конфессий по отношению к ВРТ. Так, в Основных концепциях Русской православной церкви утверждается, что “пути к деторождению, не согласные с замыслом Творца жизни, Церковь не может считать нравственно оправданными. Если муж или жена неспособны к зачатию ребёнка

ка, а терапевтические и хирургические методы лечения бесплодия не помогают супругам, им следует со смирением принять свое бесчадие как особое жизненное призвание”.

Состояние репродуктивного здоровья в большинстве случаев является маркером состояния здоровья вообще. Те, кто в целом оценивают своё здоровье как плохое, сомневаются и в возможности иметь детей (41.3%), в то время как люди с очень хорошим здоровьем (по самооценке) подобные сомнения посещают относительно редко (9.7%).

Специфику распространённости использования ВРТ целесообразно рассматривать с учётом тенденций абортно-контрацептивного поведения, поскольку зачастую именно его особенности приводят впоследствии к вторичному бесплодию, провоцируя потребность в ВРТ. Россияне довольно широко используют контрацептивные средства (табл. 4), даже после вступления в брак около половины супружеских пар стремятся отложить рождение первого ребенка. Особенно это характерно для москвичей. Так, уже до рождения первого ребёнка прибегают к мерам предупреждения нежелательной беременности 2/3 жителей столицы. После рождения младшего ребёнка доля лиц, использующих контрацепцию, возрастает до 80% в столице и 70.2% в среднем по России.

Между ответами мужчин и женщин существуют статистически значимые различия в оценке частоты использования контрацептивных средств после рождения первого ребёнка. Женщины чаще мужчин отвечают утвердительно. Можно предположить, что в некоторых семьях мужчины не осведомлены, что их жёны стремятся предотвратить беременность. Возможно, это связано с различиями во взглядах на желаемое число детей в семье.

Женщин, использующих аборт как средство регулирования рождаемости, значительно меньше, чем тех, кто использует контрацепцию (табл. 5). Но наблюдаются различия в отношении допустимости абортов среди женщин в зависимости от этапа жизненного цикла семьи. Частота использования абортов значительно выше среди респонденток, имеющих одного-двух детей, она возрастает до 27% среди тех, кто родив первого ребёнка, откладывает рождение второго.

ПРЕПЯТСТВИЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

По мнению участников нашего опроса (57.2%), самое значимое препятствие к использованию ВРТ — их высокая стоимость (табл. 6). Далее следуют такие факторы, как неуверенность в

Таблица 4. Доля респондентов, использовавших средства контрацепции в нынешнем браке, %

Варианты ответа	Всего	В том числе	
		женщины	мужчины
После вступления в нынешний брак до рождения первого ребёнка	48.3	48.2	49.0
Между рождениями первого и второго ребёнка	64.2	66.6	61.3
Между рождениями второго и третьего ребёнка	54.1	58.9	49.1
После рождения младшего ребёнка	70.2	73.1	67.2

Таблица 5. Распределение ответов на вопрос “Были ли у Вас аборты?”, % от числа ответивших женщин

Варианты ответа	В среднем по совокупности
До вступления в нынешний брак	16.3
После вступления в нынешний брак до рождения первого ребёнка	8.7
Между рождениями первого и второго ребёнка	27.0
Между рождениями второго и третьего ребёнка	25.4
После рождения младшего ребёнка	16.0

успешном результате (45.6%) и сложности получения квоты (44.9%). Более трети респондентов испытывают боязнь, что ребёнок может родиться больным, пятая часть респондентов не знает, куда обратиться за подобной помощью. Существенное значение имеет и согласие (несогласие) супругов в этом вопросе. Настораживает значительная доля респондентов, затруднившихся с ответами. Так, 39.2% не могут сказать, за или против использования ВРТ их супруг(а). Чаще других отмечали нежелание супруга/супруги использовать ВРТ жители Башкортостана и Татарстана (48.0% и 37.5% соответственно), что ещё раз подчёркивает противоречивое отношение к данной теме в массовом сознании. Религиозные и этические соображения играют роль в качестве барьера для использования ВРТ для 12.6% респондентов (максимальное значение показателя — в Ставропольском крае и Республике Татарстан). Мотивы, связанные с влиянием негативного общественного мнения (в частности, родственников), а также влияние религиозных норм на принятие решения

Таблица 6. Причины отказа от ВРТ в случае бесплодия, % от числа респондентов, состоящих в зарегистрированном браке или имеющих постоянного партнёра и желающих воспользоваться современными репродуктивными технологиями

Причины	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Не знаю куда обратиться	4.8	9.5	22.2	25.0	17.7	16.0	17.6	46.2	25.9	22.1
Трудно получить квоту на бесплатную процедуру	36.9	36.8	26.9	32.5	48.5	62.4	45.5	76.9	45.3	44.9
Высокая стоимость процедуры	47.6	42.8	34.6	51.3	61.8	70.9	64.8	84.7	64.8	57.2
Супруг(а)/партнёр(ша) против использования этой процедуры	5.0	23.8	11.5	25.6	26.4	48.0	37.5	23.1	13.2	21.9
Родные против использования этой процедуры	5.0	9.5	7.7	25.0	20.0	24.0	21.9	23.1	7.7	15.7
Нет уверенности в результате	23.8	33.4	23.0	62.5	37.2	44.0	41.2	53.9	35.9	45.6
Опасение родить больного ребёнка	25.0	42.8	30.7	55.0	42.9	32.0	40.6	30.8	41.5	36.2
Велика вероятность рождения двойни (многоплодных родов)	20.0	23.8	3.8	27.5	25.7	28.0	21.9	30.8	9.6	20.0
Религиозные, этические соображения	5.0	9.5	11.5	7.5	20.0	12.0	18.8	15.4	15.1	12.6

об использовании ВРТ занимают весьма незначительное место в структуре причин отказа от них.

Проблемы с получением квот (оценка значимости проблемы составила 2.08 балла по 4-балльной шкале для россиян в целом и 1.87 балла для москвичей) и с оплатой стоимости процедуры (2.47 балла и 1.87 балла соответственно) в регионах страны стоят более остро, чем в столице. Для москвичей основными причинами, которые мешают нуждающимся использовать современные репродуктивные технологии, выступают отсутствие уверенности в результате (значимость 2.08 балла по 4-балльной шкале) и боязнь, что ребёнок может родиться больным (2.06 балла); затем уже следуют трудности с получением квоты и высокая стоимость процедуры. То есть в столице на первых местах стоят психологические проблемы, сомнения в результативности ВРТ.

Тот факт, что большая часть респондентов рассматривает в качестве барьера на пути использования ВРТ высокую стоимость этой процедуры, может свидетельствовать о недостаточной информированности населения: люди не знают, что процедура ЭКО с 2013 г. финансируется в том числе и за счёт средств обязательного медицинского страхования. Так, в 2007 г. пациенты оплачивали 98.1% всех циклов экстракорпорального

оплодотворения, в 2016 г. — 61.4%, в 2017 г. — 55.9%. В 2017 г. зачатие с помощью ЭКО 84.5% новорождённых было оплачено по системе ОМС [5].

Полученные результаты говорят о необходимости повышать информированность населения в рассматриваемой области, а также шире использовать квоты на проведение процедур ВРТ в соответствии с нуждами населения. Пока в рамках реализации Национального проекта “Демография” число лиц, которым будет оказана помощь в получении услуг в сфере репродуктивных технологий, искусственного оплодотворения, значительно меньше существующей потребности. Что касается региональных различий, то наибольшие трудности в получении квот испытывают жители Нижегородской области и Республики Башкортостан. Для этих же территорий характерна, по мнению респондентов, высокая стоимость ВРТ и, видимо, связанный с этим низкий уровень их использования на фоне высокой потребности в них.

Подводя итоги анализа данных социологических опросов населения, можно заключить, что в России сформировалась потребность в примене-

нии вспомогательных репродуктивных технологий, несмотря на региональные различия в осведомлённости людей о них и в их использовании. Эта потребность обусловлена как проблемами репродуктивного здоровья, так и получающими распространение моделями репродуктивного поведения, связанными с более поздним вступлением в брак (или с отказом от него) и откладыванием рождения детей. Сложившаяся ситуация диктует необходимость обеспечения доступности специализированной медицинской помощи по сохранению репродуктивного здоровья и усиления информационной кампании по реализации стратегии самосохранительного поведения.

Доля желающих воспользоваться современными репродуктивными технологиями составляет 7.8% численности населения в возрасте от 17 до 50 лет, или 14.2% численности лиц этого возраста, состоящих в браке. Эти цифры заметно превышают количественные показатели, заложенные в Национальном проекте “Демография” (80 тыс. процедур ЭКО в год). Особенность нынешнего момента, помимо прочего, состоит в том, что желание воспользоваться ВРТ выражают не только женщины и мужчины, состоящие в браке. После 40 лет к ним стали прибегать лица, не имеющие постоянного партнёра, то есть аудитория новых репродуктивных технологий расширяется как за счёт отказа от возрастных ограничений для рождения ребёнка, так и за счёт людей с разным материальным статусом.

Исследование показало, что среди лиц, состоящих в браке или имеющих постоянного партнёра, 2.6% завели ребёнка благодаря использованию ВРТ. Однако спрос на эти услуги в силу ряда причин пока остаётся неудовлетворённым, особенно в регионах. Препятствиями здесь выступают высокая стоимость процедур, трудность в получении соответствующих квот, сомнения в возможности достижения положительного результата. В то же время роль общественного мнения и религиозных норм в отношении использования ВРТ весьма незначительна.

Говоря о возрастных особенностях восприятия ВРТ, следует обратить внимание на то обстоятельство, что интерес к новым технологиям проявляют не только люди среднего и старшего репродуктивного возраста, что естественно, но и молодёжь. Наблюдается своего рода эйфория от возможностей использования ВРТ при недостатке информации о вероятных негативных последствиях их применения для здоровья матери и ребёнка. В этой связи важна разъяснительная работа, предоставление объективной информации о последствиях откладывания зачатия на более поздний возраст.

На потребность в ВРТ влияет совокупность весьма разноплановых факторов — не только

состояние здоровья, но и ценности, разделяемые различными социально-демографическими группами населения. В России, как и в большинстве развитых стран мира, наблюдается переход к разнообразию репродуктивных стратегий. Стремление использовать ВРТ в случае проблем со здоровьем или одинокими людьми связано со следованием традиционным ценностям, когда рождение ребенка воспринимается как необходимое, значимое событие, реализация важнейшей потребности человека. Однако в последнее время приобретает популярность иная жизненная стратегия — добровольная бездетность, когда рождение ребёнка не входит в систему приоритетных жизненных ценностей. Как это повлияет и повлияет ли на масштабы использования ВРТ в долгосрочной перспективе, пока остаётся вопросом.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проведено в рамках проекта Российского научного фонда № 20-18-00256 “Демографическое поведение населения в контексте национальной безопасности России”.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Нифантова Р.В.* Репродуктивные технологии в решении проблем бесплодия как социальные инновации в системе здравоохранения // Учёные записки Забайкальского государственного университета. 2013. № 4 (51). С. 96–100.
2. *Русанова Н.Е.* Бездетная семья в России: политика государства и выбор супругов // Труд и социальные отношения. 2009. № 8. С. 91–97.
3. *Feng H.L., Qiao J.* Assisted reproductive technology in China: compliance and non-compliance // Transl Pediatr. 2014. № 3(2). P. 91–97. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4729105/> (дата обращения 25.01.2021).
4. *Hsu J.C., Su Y.-C., Tang B.-Y., Lu C.Y.* Use of assisted reproductive technologies before and after the Artificial Reproduction Act in Taiwan // PLoS ONE. 2018. № 13(11). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30383814/> (дата обращения 25.01.2021).
5. *Русанова Н.Е.* Вспомогательные репродуктивные технологии в современной демографической политике // Стратегические задачи демографического развития: приоритеты и региональные особенности. Десятые Валентеевские чтения: Сборник докладов / Ред. О.С. Чудиновских, И.А. Троицкая, А.В. Степанова. М.: Экономический факультет МГУ им. М.В. Ломоносова, 2020. С. 85–89.
6. Russian Register of ART, 2016. http://rahr.ru/register_otchet.php (дата обращения 25.01.2021).
7. Число прерываний беременности (значение показателя за год). https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdra36_bd.htm (дата обращения 25.01.2021).

8. *Wyns C., Bergh C., Calhaz-Jorge C. et al.* ART in Europe, 2016: results generated from European registries by ESHRE. Human Reproduction Open. 2020. Is. 3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32760812/> (дата обращения 25.01.2021).
9. *Богомякова Е.С., Ломоносова М.В.* Вспомогательные репродуктивные технологии: к вопросу о новых формах социального неравенства // Журнал социологии и социальной антропологии. 2017. № 20(3). С. 180–198.
10. *Русанова Н.Е.* Планирование семьи в России сегодня: аборты или ЭКО? // Национальные демографические приоритеты: новые подходы, тенденции. Сер. “Демография. Социология. Экономика” / Под ред. С.В. Рязанцева, Т.К. Ростовской. М.: Экон-Информ, 2019. С. 312–315.
11. *Землянова Е.В.* Потери потенциальных рождений в России из-за проблем, связанных со здоровьем // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. № 2 (48). Электронный журнал. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/742/30/lang,ru/> (дата обращения 21.04.2021).
12. *Русанова Н.Е.* Репродуктивные возможности демографического развития. М.: Спутник+, 2008.
13. *Лучко С.А., Михалевич С.И.* Многоплодие после применения методов вспомогательной репродукции: спорные вопросы // Медицинские новости. 2018. № 4 (283). <https://cyberleninka.ru/article/n/mnogoplodie-posle-primeneniya-metodov-vspomogatelnoy-reproduksii-spornye-voprosy> (дата обращения 26.01.2021).
14. *Трифонов Н.С., Жукова Э.В., Ищенко А.И., Александров Л.С.* Суррогатное материнство: исторический обзор. Особенности течения беременности и родов // Российский вестник акушера-гинеколога. 2015. № 2. С. 49–55.
15. *Алборов С.В.* Правоотношения в сфере суррогатного материнства // Актуальные проблемы российского права. 2017. № 5 (78). С. 142–146.
16. *Ланцбург М.Е., Полупанова Д.А.* Характер взаимодействия матерей с детьми раннего возраста, зачатыми с помощью ЭКО // Международный симпозиум “Л.С. Выготский и современное детство”. Сборник тезисов / Ответственный редактор К.Н. Поливанова. 2017. С. 144–145.
17. *Ришук С.В., Душенкова Т.А., Мирский В.Е.* Вспомогательные репродуктивные технологии и здоровье населения // Медицинский альманах. 2014. № 4 (34). С. 71–74.
18. *Kirkman-Brown J.C., Martins M.V.* Genes versus children: if the goal is parenthood, are we using the optimal approach? // Human Reproduction. 2020. V. 35. Is. 1. P. 5–11. <https://academic.oup.com/humrep/article/35/1/5/5698586> (дата обращения 26.01.2021).
19. *Русанова Н.Е.* Динамика репродуктивного здоровья и перспективы увеличения рождаемости в России // Здоровье как ресурс: V. 2.0. Международная научно-практическая конференция / Под общей ред. З.Х. Саралиевой. 2019. С. 180–182.
20. *Eriksson C., Larsson M., Svanberg A.S., Tyden T.* Reflections on fertility and postponed parenthood – interviews with highly educated women and men without children in Sweden // Upsala J. Med. Sci. 2013. № 118. P. 122–129. https://www.researchgate.net/publication/234103675_Reflections_on_fertility_and_postponed_parenthood_-_Interviews_with_highly_educated_women_and_men_without_children_in_Sweden (дата обращения 26.01.2021).
21. *MacDougall K., Beyene Y., Nachtigall R.D.* Age shock: misperceptions of the impact of age on fertility before and after IVF in women who conceived after age 40 // Hum. Reprod. 2013. № 28. P. 350–356. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23203214/> (дата обращения 26.01.2021).
22. *Greil A.L., Slauson-Blevins K., McQuillan J.* The experience of infertility: a review of recent literature // Sociol. Health Illn. 2010. № 32. P. 140–162. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20003036/> (дата обращения 26.01.2021).
23. *Campbell P.* Boundaries and risk: media framing of assisted reproductive technologies and older mothers // Soc. Sci. Med. 2011. № 72. P. 265–272. <https://ideas.repec.org/a/eee/socmed/v72y2011i2p265-272.html> / (дата обращения 26.01.2021).
24. *Everywoman J.* Cassandra’s prophecy: why we need to tell the women of the future about age-related fertility decline and ‘delayed’ childbearing // Reprod. BioMed. Online. 2013. № 27. P. 4–10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23673191/> (дата обращения 26.01.2021).
25. *Mills T.A., Lavender R., Lavender T.* ‘Forty is the new twenty’: an analysis of British media portrayals of older mothers // Sexual Reprod. Healthcare. 2015. № 6. P. 88–94. <https://www.pubfacts.com/detail/25998876/Forty-is-the-new-twenty-An-analysis-of-British-media-portrayals-of-older-mothers> (дата обращения 26.01.2021).
26. *Chauhan D., Jackson E., Harper J.C.* Childless by circumstance – Using an online survey to explore the experiences of childless women who had wanted children // Reproductive BioMedicine and Society Online. 2021. № 12. March 01. P. 44–55.
27. *Русанова Н.Е.* Трансграничная репродуктивная помощь: рождаемость, миграция, институциональное регулирование // Ломоносовские чтения – 2020. Секция экономических наук. Экономическая повестка 2020-х годов: сб. тезисов выступлений. М.: Экономический факультет МГУ им. М.В. Ломоносова, 2020. С. 602–603.
28. Данные Выборочного наблюдения репродуктивных планов населения. Официальный сайт Росстата. https://gks.ru/free_doc/new_site/RPN/Publisher/index.html/ (дата обращения 26.01.2021).
29. Данные Выборочного наблюдения поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения. Официальный сайт Росстата. https://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Factors2018_2812/index.html/ (дата обращения 26.01.2021).

КОГДА ОБЩЕСТВО СТАНОВИТСЯ СТАРШЕ

© 2021 г. В. Г. Доброхлеб^{a,b,*}

^a Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН, Москва, Россия

^b Институт демографических исследований ФНИСЦ РАН, Москва, Россия

*E-mail: vdobrokhleb@mail.ru

Поступила в редакцию 17.05.2021 г.

После доработки 21.05.2021 г.

Принята к публикации 21.06.2021 г.

Россия относится к демографически старым странам мира. Процесс демографического старения в нашей стране имеет ряд особенностей, связанных с изменением возрастной структуры населения, обусловленным вторым этапом депопуляции; существенным отставанием показателей продолжительности жизни не только от экономически развитых, но и от ряда развивающихся стран; демографической асимметрией по полу; невысокими показателями ожидаемой продолжительности здоровой жизни, которые рассчитываются без учёта гендерной составляющей, и с бременем болезней, продиктованных возрастом и накапливаемым до достижения 65-летия. Сложившаяся ситуация повышает актуальность поиска эффективного выхода из процесса демографического старения, основанного на стратегических подходах к формированию общественного здоровья в течение всего жизненного цикла человека, в том числе представителей старших возрастных групп.

Ключевые слова: возрастная структура населения, демографическое старение, эйджизм, ожидаемая продолжительность жизни.

DOI: 10.31857/S0869587321090036

Одним из существенных факторов глобальных перемен стало изменение численности и возрастной структуры населения как отдельных стран, регионов, так и мира в целом. Динамика численности населения складывается из событий в жизни каждого человека. При этом демография как наука изучает массовые процессы, охватывающие совокупность случаев рождения, смерти, миграции. Демографические исследования предлагают подходы, позволяющие противостоять новым вызовам, в том числе четвёртой промышленной революции, и в этом контексте становятся базовыми для выживания человечества, отдельных стран и регионов [1–5].



ДОБРОХЛЕБ Валентина Григорьевна — доктор экономических наук, профессор, главный научный сотрудник ИСЭПН РАН и ИДИ ФНИСЦ РАН.

Увеличение доли и численности пожилых и старых людей в структуре населения (демографическое старение) — серьёзный вызов для современного общества [1]. Оценка демографической динамики населения — фундаментальная научная проблема, имеющая существенное значение для эффективного управления социально-экономическим развитием территорий. Разработанные европейскими учёными ещё в прошлом столетии концепции, объясняющие изменение демографических трендов, широко известны [6–8]. Однако при всей логичности, например, теории демографического перехода она имеет ряд ограничений, обусловленных, в частности, различиями социокультурного поля и институциональной среды. Необходимость понимания значимости цивилизационной и региональной специфики в определении демографических детерминант особенно важно для России в XXI в.

КАК ОПРЕДЕЛЯЮТ УРОВЕНЬ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО СТАРЕНИЯ

Под демографическим старением, причины возникновения которого детально исследованы [6, 7], понимают увеличение доли пожилых и ста-

рых людей в общей численности населения. Старение населения — результат длительных сдвигов в характере рождаемости и смертности и их соотношении, а также, частично, в миграции. Различают два типа этого процесса:

- “старение снизу” — результат снижения рождаемости, то есть в структуре отмечается всё меньше детского населения, всё больше людей старших возрастов;
- “старение сверху” — результат увеличения средней продолжительности жизни, то есть люди живут дольше, что обусловлено уменьшением смертности в старших возрастах в условиях низкой рождаемости.

Для оценки уровня демографического старения населения в качестве меры используют долю лиц старше определённого возраста. Например, по шкале известного польского исследователя Э. Россета границей старости считается возраст 60 лет. Страны, в которых доля людей 60 лет и старше менее 8%, отнесены к демографически молодым, при доле старших возрастов выше 12% страна считается демографически старой. Россет выделял четыре уровня демографической старости. Если в населении старшее поколение составляет 18% и более, это означает очень высокий уровень демографической старости [6]. Существует и другой подход, часто используемый в исследованиях ООН, при котором границей старости принимают возраст 65 лет. Здесь другая шкала оценок: если в населении доля лиц в возрасте 65+ меньше 4%, оно демографически молодое, а при достижении этой возрастной категории в составе населения более 7% мы имеем дело с демографически старым населением.

По данным ООН, согласно отчёту “Мировые демографические перспективы: пересмотренное издание 2019 года” [9], к 2050 г. каждый шестой человек в мире будет старше 65 лет (16% населения), при этом в 2019 г. им был лишь каждый 11-й (9%). К 2050 г. в Европе и Северной Америке каждый четвёртый житель будет в возрасте 65 лет и старше. Обратим внимание на важный демографический рубеж, который был достигнут в 2018 г., когда впервые в истории число людей в возрасте 65 лет и старше превысило число детей в возрасте до пяти лет в мировом населении. Быстрыми темпами увеличивается количество людей в возрасте 80 лет и старше. Эта возрастная группа утроится: со 143 млн в 2019 г. до 426 млн в 2050 г.

На начало 2020 г. численность населения России составляла 146749 тыс. человек. Среди них людей в возрасте 65–69 лет — 8339 тыс., а в возрасте 70 лет и более — 14361 тыс. [10]. Если воспользоваться международной границей старости 65+, то можно рассчитать уровень демографического старения нашей страны: он составляет более 15%. Безусловно, согласно данному крите-

рию, Россия относится к демографически старым странам. Однако есть государства — Япония (27%), Италия (23%) и Португалия (22%), — превзошедшие нашу страну по этому показателю [11].

Самым демографически старым регионом России считается Тульская область, где люди в возрасте 65+ составляют 18.2%, самый молодой субъект РФ — Чеченская Республика (4.3%).

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО СТАРЕНИЯ

Демографический ресурс, в рамках которого формируется человеческий потенциал, имеет как количественное, так и качественное измерение [12, 13]. Один из основных качественных показателей — ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ). В большинстве экономически развитых стран она непрерывно и довольно быстро повышалась с 1990-х годов. В России устойчивая тенденция роста ОПЖ наблюдалась с 2004 г., увеличившись к 2015 г. на 6.5 года (с 64.9 года в 2003 г. до 71.4 года). Однако по сравнению с лучшим показателем 1986–1987 гг. (70.13 года) рост составил всего 1.3 года. В 2016 г. ОПЖ при рождении человека в России составила 71.87 года (для мужчин — 66.5, для женщин — 77.06 лет). По продолжительности жизни Россия отстаёт от экономически развитых стран, например, Европейского союза, почти на 10 лет. В нашей стране сохраняются значительные различия в ОПЖ для мужчин и женщин. В 2018 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении для мужчин составляла 67.8 года, для женщин — 77.8 года, в 2019 г. при рождении по обоим полам — 73.34 года.

Пандемия COVID-19 повлияла на сокращение численности населения и продолжительность жизни. Так, по предварительной оценке, численность постоянного населения Российской Федерации на 1 января 2021 г. составила 146.2 млн человек. С начала 2020 г. она снизилась более чем на полмиллиона (582.2 тыс. человек, или на 0.4%). За 2019 г. население уменьшилось на 32.1 тыс. человек, или на 0.02%. При этом в 2020 г. миграционный прирост лишь на 15.5% компенсировал естественную убыль [14]. В 2020 г. продолжительность жизни в стране впервые с 2003 г. сократилась. По ОПЖ, как считают аналитики, Россия сможет возвратиться к уровню 2019 г. в 2024 г., в 2021 г. ожидаемая продолжительность жизни составит 71.7 года [15].

Ещё одна отличительная особенность демографической динамики России — дисбаланс соотношения полов в разных возрастных группах. Так, на начало 2019 г. численность населения РФ составляла 146.8 млн человек. Среди них 68.1 млн мужчин (46% населения) и 78.7 млн женщин

(54%). Такое соотношение мужского и женского населения практически не менялось с конца 1980-х годов. При этом в разных возрастах оно имеет существенные отличия. Неблагоприятное соотношение полов в старших возрастных группах нельзя целиком объяснить эхом Великой Отечественной войны, так как население современной России в основном рождено после этого события. Общая численность населения, безусловно, могла быть существенно больше, если бы не значительные человеческие потери в 1941–1945 гг. Демографический разрыв по полу объясняется различным уровнем смертности мужчин и женщин, формируемым качеством жизни граждан, а также гендерными особенностями поведения. Высокая смертность мужчин, с одной стороны, обусловлена распространением вредных привычек (табакокурение, употребление алкоголя и др.), недостаточным уровнем самосохранительного поведения, а с другой — институциональными издержками, в числе которых низкое качество медицинского обслуживания, проблемы его доступности в малых городах и сельской местности, высокая стоимость эффективных лекарств и инновационных медицинских технологий, бедность.

Продолжительность жизни — важнейший показатель. Однако всё большее значение приобретает не только продление, но и возможность увеличения долгой здоровой жизни. Именно это становится главным критерием оценки эффективности социальной политики и охраны здоровья. По результатам выборочного наблюдения состояния здоровья населения, проведённого Росстатом в 2019 г., около 7% респондентов всех возрастов определили своё здоровье как “плохое”, в том числе около 1% — как “очень плохое”. С возрастом самооценка здоровья существенно ухудшается. Пожилые женщины оценивают его более негативно, чем их ровесники мужчины. 22.6% мужчин и 23.9% женщин старше трудоспособного возраста указали, что их здоровье “плохое” и “очень плохое”.

Росстат рассчитал ожидаемую продолжительность здоровой жизни (число лет, которые предстоит прожить без каких-либо серьёзных проблем со здоровьем). Этот показатель составил по стране 60.3 года. Были выявлены региональные различия ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ). Например, ОПЗЖ жителей Чукотки — 49.1 года, Республики Ингушетия — 67.2 года. Росстат не приводит данных по полу и возрасту. К сожалению, и в показателях Национальных проектов ОПЗЖ не предусматривает учёта его гендерной специфики. По майскому указу Президента России 2018 г. [16] ожидаемая продолжительность здоровой жизни россиян к 2024 г. должна достигнуть 67 лет. Этим же указом предусмотрено повышение ожидаемой продол-

жительности жизни к 2024 г. до 78 лет (к 2030 г. — до 80 лет).

Исследователи продолжают совершенствовать методологию оценки проблем старения населения, позволяющую сравнивать различия как на глобальном уровне, так и между странами. Определён ряд связанных с возрастом заболеваний из полного списка их причин. Во взаимосвязи с показателями смертности благодаря этому подходу удаётся измерять как продолжительность жизни, так и здоровье населения, а также избегать установления произвольных возрастных порогов. Предложенный новый показатель даёт возможность не только пользоваться сведениями о хронологическом возрасте, но и оперировать данными о состоянии здоровья и степени тяжести заболевания у стареющего населения. При этом, например, среди стран с аналогичным уровнем общего стандартизированного бремени смертности, связанного с возрастом, модели накопления бремени болезней различаются: некоторые группы населения начинают ощущать его в более раннем возрасте, чем другие. На глобальном уровне средний возраст старения составляет 65 лет. При этом следует отметить, что для жителей Японии и Швейцарии он наступает в 76.1 лет. В первую пятёрку медленно стареющих стран входит Франция (76 лет), Сингапур (76 лет) и Кувейт (75.3). У россиян набор болезней, характерный для старости, появляется в 59 лет. По этому показателю РФ заняла 160 позицию в составленном учёными рейтинге [17].

Выявление особенностей процесса демографического старения в России имеет принципиальное значение для принятия решений в области социальной политики. К таким особенностям относятся:

- изменение возрастной структуры населения на фоне невысокой рождаемости, связанной со вторым этапом депопуляции в России;
- по продолжительности жизни как женщин, так и мужчин Россия существенно отстаёт не только от экономически развитых, но и ряда развивающихся стран;
- сложившаяся демографическая асимметрия по полу;
- невысокие показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни, которые рассчитываются без учёта гендерной составляющей;
- бремя болезней, связанных с возрастом, которое накапливается до достижения 65-летия.

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА И СОЦИАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Изменение возрастной структуры, обусловленное процессом демографического старения, порождает социальные и экономические вызовы

[18]. Наиболее часто старение населения связывают с проблемами для экономики, в первую очередь для рынка труда [19]. Выборочные обследования рабочей силы Росстата показывают, что в декабре 2020 г. в структуре рабочей силы в России население в возрасте 60–69 лет составляло 6% (4.5 млн человек), а в возрасте 70 и старше — 0.4% (около 0.3 млн человек). Исследователи отмечают существенное снижение занятости людей старше трудоспособного возраста, произошедшее в 2017 г. Если в 2016 г. на рынке труда участвовал практически каждый третий пенсионер (29.8%, 7 млн человек), то в 2017 г. — лишь каждый пятый (20.1%, 7.3 млн человек). В последующем уровень занятости пожилых людей немного увеличился: в 2019 г. этот показатель составил 21.3% (7.9 млн человек) [20].

Исследователи делают вывод о том, что глобальными стратегическими изменениями на рынке труда для старшего поколения становится изменение пенсионного возраста, возможная отсрочка выхода на пенсию, связанная с различными факторами, в числе которых существенное место отводится применению гибкого рабочего графика, обучению и переквалификации пожилых сотрудников [21].

В России в связи с пенсионной реформой 2018 г. в законодательном порядке была изменена граница возрастных групп: до 1 января 2019 г. включительно мужчины в возрасте 60 и более лет, женщины в возрасте 55 и более лет относились к возрастной группе старше трудоспособного возраста. С 1 января 2020 г. к этой группе добавлены мужчины в возрасте 61 и более лет, женщины в возрасте 56 и более лет. В 2020 г. численность населения старше трудоспособного возраста составляла 36.6 млн человек. По сравнению с 2019 г. эта возрастная группа сократилась почти на 1.4 млн человек. Инициаторы данной реформы обосновывали необходимость её проведения тем, что продолжительность жизни пожилых граждан выросла, а их здоровье улучшилось настолько, что они могли бы трудиться дольше и выходить на пенсию позже. Согласно данным обследования Росстата, проведённого в августе 2020 г., численность рабочей силы составила 75.3 млн человек, или 51% от общей численности населения страны: 70.5 млн человек были заняты в экономике и 4.8 млн человек были безработными. Занятость населения составила 97.3% к соответствующему периоду прошлого года, а безработица — 147.6% соответственно. В определённой степени на занятость повлияла пандемия COVID-19. При этом наиболее высокий уровень безработицы наблюдался среди предпенсионеров. Таким образом, цель пенсионной реформы по изменению соотношения между ресурсами Пенсионного фонда Российской Федерации и их обязательствами перед пенсионерами не была достигнута. Её прове-

дение не привело к увеличению занятых и росту ожидаемой продолжительности жизни [22].

В России доступ пожилых сотрудников к оплачиваемой занятости затруднён, в том числе в связи с распространением эйджистских стереотипов. Его преодоление требует перемен в системе ценностей, психологии, культуре, здравоохранении и образовании, политике, международных отношениях. Иными словами, они должны охватить практически все сферы общественной и частной жизни. При этом общество может как эффективно отвечать на демографические перемены, так и оставаться в плену социальных стереотипов. Эйджизм ведёт к стигматизации пожилых людей, определяя их как не вполне полноценных членов общества, что ограничивает их права и возможности в различных сферах жизнедеятельности.

Учёные подтверждают, что в современном обществе авторитет пожилых и старых людей падает. Способность оставаться молодым, здоровым, полным жизненных сил рассматривается как моральная обязанность, а старение и болезнь как недопустимый проступок. Распространение эйджизма влияет как на престарелых, так и на другие возрастные группы. В этих условиях даже в семье пожилые и старые люди играют меньшую роль по сравнению с прежними формами родственных связей. “Ненужность”, приписываемая старым людям, зачастую является причиной их депрессий и самоубийств [23].

Сформировалось два различных подхода к оценке старения населения. С одной стороны, акцентируется внимание на его социально-экономических издержках, с другой — пожилые люди всё чаще рассматриваются как полноценные участники процесса социально-экономического развития общества. Около 30 лет назад, в 1982 г., состоялась Первая Всемирная ассамблея ООН по проблемам старения, где был предложен содержащий 62 пункта Венский международный план действий по проблемам старения. В 1991 г. Генеральная Ассамблея одобрила Принципы Организации Объединённых Наций в отношении пожилых людей из 18 пунктов, где сформулированы подходы к проблемам независимости, вовлечённости людей пожилого возраста, ухода за ними, самореализации и соблюдения достоинства старших возрастных групп общества. Международная конференция по старению (1992) приняла План действий и Декларацию по проблемам старения. По предложению её участников Генеральная Ассамблея ООН провозгласила 1999-й Международным годом пожилых людей. Сегодня Международный день пожилых людей отмечается 1 октября. Вторая Всемирная ассамблея по проблемам старения состоялась в 2002 г. в Мадриде. В Мадридском международном плане по

проблемам старения предлагалось на всех уровнях использовать потенциал пожилых людей [9].

Глубже понять человека в современном многообразном мире позволяет использование гендерного подхода. При этом необходимо помнить, что в России среди пожилых людей больше женщин. Это требует, с одной стороны, активнее решать вопросы сверхсмертности российских мужчин, а с другой — расширять возможности для пожилых женщин и мужчин полноценно участвовать в жизни общества.

Проблемы достижения гендерного равенства стали частью многих международных программ и документов [24]. Гендерное равенство — это не только одно из основных прав человека, но и необходимая основа для достижения мира, процветания и устойчивого развития. В докладе по реализации Целей устойчивого развития (ЦУР) в России указывалось на сохранение неравенства между мужчинами и женщинами. При этом оно объяснялось “сохранившимися элементами патриархального уклада жизни, а не неравенством возможностей”.

По данным Гражданского обзора о реализации ЦУР в России [25], опиравшимся на исследование Всемирного экономического форума, гендерное равенство в стране достигнуто на 70.6%. По параметрам “здоровье и продолжительность жизни” и “доступность образования” Россия находится в числе лидеров среди 153 государств. Российская Федерация предприняла определённые шаги в реализации цели 5 в области устойчивого развития (“Гендерное равенство”). Например, перечень работ, при выполнении которых запрещается применение труда женщин, был сокращён с 456 до 100 позиций [26]. При этом необходим баланс и учёт возможностей, в том числе физических, при формировании профессиональных стандартов и трудовых нормативов.

Следует отметить, что по показателю “Гендерное равенство” в последние 14 лет РФ ухудшает свои позиции. В рейтинге “Индекс гендерного разрыва” [27] в 2006 г. страна занимала 49-е место, в 2016 г. — 75-е, в 2020 г. — 81-е среди 153 стран. Позиции нашей страны снизились по параметрам “экономическое участие и возможности” (22-е место в 2006 г. и 33-е — в 2020 г.) и “политическое участие” (108-е — в 2006 г. и 122-е — в 2020 г.). По оценкам Международной организации труда [28], гендерный разрыв в оплате труда в России — 27.9% — не вызван объективными условиями рынка труда. Как свидетельствуют данные российских профсоюзов [29], различия достигают в среднем 40%. Разрыв в размерах пенсий мужчин и женщин увеличился с 5.5% в 2016 г. до 11% в 2018 г. Отсутствует финансирование адаптационно-интеграционной программы для внешних мигрантов с выделением женщин как особо уяз-

вимой группы. Слабо выражена гендерная ориентированность государственной статистики, в том числе миграционной. Женщины недостаточно представлены в органах политической власти: в 2019 г. в нижней палате парламента доля женщин составила 15.8%, в верхней — 18.2%, в региональных парламентах число женщин не превышает 15% [30]. Существенное значение приобретают демографическая асимметрия и гендерные роли в старших возрастных группах. Во многих странах женщины чаще, чем мужчины, доживают до преклонного возраста. В России численность пожилых и старых женщин более чем на 15 млн превышает число их ровесников мужчин.

Социальные, технологические и демографические трансформации оказывают влияние на динамику социальных ролей. Важнейшее её изменение — увеличение доли женщин в сфере оплачиваемого труда по всему миру, в том числе в России. Численность семей с традиционными гендерными ролями, где женщина — только домохозяйка и хранительница домашнего очага, резко сократилась [31]. В связи с этим остро встает вопрос, кто будет ухаживать за детьми, немощными лицами старшего возраста, заменяют или вытесняют меры государственной поддержки помощи внутри семьи или же государственная поддержка лишь дополняет её. Больше всего проблем связано с тем, что у немощных или недееспособных пожилых людей нет членов семьи, которые могли бы ухаживать за ними. Женщины составляют самый большой сегмент пожилых людей, нуждающихся в уходе.

Россия относится к странам с низким уровнем дохода на душу населения. В этих условиях неотъемлемой частью жизни россиян пожилого возраста становится стратегия выживания. Следует отметить, что сокращение смертности, улучшение качества жизни людей этой категории определяется далеко не только качеством медицинской помощи. Существенное значение имеют здоровое питание, здоровые привычки, что зависит как от общей экономической ситуации, так и от материального благополучия граждан. Однако трудно говорить о предпосылках к долгой жизни в условиях падения реальных доходов населения, экономической нестабильности, международных санкций.

Отличительная особенность населения в возрасте 65+ — его серьёзная уязвимость во время пандемии COVID-19. Режим самоизоляции, по мнению многих исследователей, негативно влияет на организм пожилых людей. Пандемия, начавшаяся в 2019 г, до сих пор не преодолена. Согласно данным университета Джона Хопкинса, по состоянию на 5 февраля в мире коронавирусом подтвердили почти у 105 млн человек, вылечились 58.3 млн, умерли более 2.2 млн. В активной

стадии заболевания находится свыше 44.2 млн жителей планеты. По числу заболевших наша страна находится на четвёртом месте в мире. В этом антирейтинге первое место у США — более 26.6 млн человек, второе у Индии — свыше 10.8 млн, на третьем — Бразилия — почти 9.4 млн заболевших [32]. Выявлены ограничения, с которыми сталкиваются пожилые люди в период пандемии. В их числе сложность доступа к медицинским услугам и отсутствие поддержки в случае заражения коронавирусом, сокращение медицинской помощи при заболеваниях, не связанных с COVID-19 (психические, сердечно-сосудистые, нейродегенеративные и другие возрастные расстройства). Самоизоляция может усилить некоторые психические проблемы у пожилых людей и оказать негативное влияние на их психологический статус. Из-за “цифрового разрыва” использование новых технологических устройств для налаживания социальных контактов может быть затруднено. Проживающие одиноко или находящиеся в сложной жизненной ситуации представители старшего поколения могут испытывать трудности с покупкой продуктов и лекарств. Проблемы, обнажившиеся на фоне распространения коронавирусной инфекции нового типа, — не столько медицинские или биологические, сколько политические и социальные. Поэтому России предстоит выработать и предложить соответствующий условиям жизнедеятельности курс для сегодняшних и будущих поколений.

* * *

Исследователи указывают, что социальное здоровье общества зависит от отношения к пожилым людям, формирования новой культуры старения, включая социальную политику государства и бытовое взаимодействие [34].

Согласно последним опросам общественного мнения, старость в нашей стране наступает в 62 года. При нынешнем образе жизни женщины предполагают, что будут жить до 81 года, мужчины — до 74 лет. При этом опрошенные считают, что в лучших условиях могли бы дожить до 85 лет. Основные проблемы пожилых россиян — бедность и низкие пенсии (71%), ухудшение здоровья и болезни (44%), ощущение ненужности и невостребованности (19%), одиночество (17%). При этом больше половины респондентов (54%) отметили, что окружающие уважают пожилых, но 43% не разделяют это мнение [33]. Демографическая тенденция старения населения диктует необходимость изменения отношения к пожилым людям в обществе, преодоления эйджизма.

Социальные реформы оцениваются по их эффективности. Вряд ли можно говорить о положительных последствиях последней пенсионной реформы в России, в том числе и потому, что она не

учитывает структуру смертности и заболеваемости населения предпенсионного и пенсионного возраста (в старых его границах). Следует отметить, что 74% населения ожидают, что социальные поправки, внесённые в Конституцию РФ в 2020 г., будут реализованы [35]. Власти должны научиться реагировать на запросы пожилых людей, уметь использовать их потенциал, реализовывать стратегические подходы к формированию общественного здоровья в течение всего жизненного цикла человека, а также на разработке социальной политики государства, где уместно сочетаются новые технологии контроля с правами и свободами, в том числе старшего поколения. Безусловно, следует согласиться с мнением члена-корреспондента РАН А.В. Юревича [23] в том, что разработка “идеологии пожилого возраста” может стать одной из фундаментальных научных задач, имеющей существенное прикладное значение. При этом требуется интеграция усилий учёных, в том числе геронтологов, демографов, психологов, социологов и экономистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Alper F., Alrep A., Ucan O.* The Economic Impacts of Aging Societies // *International Journal of Economics and Financial Issues*. 2016. № 3. P. 1225–1235.
2. *Dobrokhleb V.G., Barsukov V.N.* Demographic Theories and the Regional Aspect of Population Ageing // *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*. 2017. № 6. P. 89–103.
3. *Golini A.* Demographic trends and aging in Europe. Prospects, problems and policies // *Genus*. 1997. № 53. P. 33–74.
4. *Kaplan M., Inguanzo M.* The Social, Economic, and Public Health Consequences of Global Population Ageing: Implications for Social Work Practice and Public Policy // *Journal of Social Work in the Global Community*. 2017. № 1. P. 1–12.
5. *Lee R., Mason A.* Population aging, wealth, and economic growth: demographic dividends and public policy. N.Y.: WESS background paper, 2015.
6. *Россет Э.* Процесс старения населения. М.: Статистика, 1968.
7. *Сови А.* Общая теория населения. Т. 2. Жизнь населения. М.: Прогресс, 1977.
8. *Thompson W.S.* Population // *American Journal of Sociology*. 1929. V. 34. P. 959–975.
9. Мировые демографические перспективы: пересмотренное издание 2019 года. <https://population.un.org/wpp/> (дата обращения 20.02.2021).
10. Распределение населения по возрастным группам. https://docviewer.yandex.ru/view/0/?*=uWu4HWW2hn1vY%2BH19LS%2021 (дата обращения 10.03.2021).
11. 10 стран с самым старым населением в мире. https://news.rambler.ru/sociology/42809939/?utm_content=news_media&utm_medi-

- um=read_more&utm_source=copylink (дата обращения 10.03.2021).
12. Римашевская Н.М. Человек и реформы: секреты выживания. М.: ИСЭПН РАН, 2003.
 13. Яковец Ю.В., Доброхлеб В.Г., Яковец Т.Ю. и др. Критические ситуации и перспективы социодемографической динамики России и других стран БРИКС. М.: Проспект, 2017.
 14. Демография на 1 января 2021 года. <https://rossstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения 10.03.2021).
 15. Ожидаемая продолжительность жизни в России в пандемию снизилась на 2 года. <https://news.mail.ru/society/45523761/> (дата обращения 14.03.2021).
 16. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 “О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года”. <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027> (дата обращения 09.03.2021).
 17. Chahg A.Y., Skirbekk V.F., Tyrovoras S. et al. Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017 // *Lancet Public Health*. 2019. V. 4. P. e159–e167.
 18. Доброхлеб В.Г., Барсуков В.Н. Старение населения в России и Китае: особенности и социально-экономические риски // *Уровень жизни населения регионов России*. 2020. № 4. С. 36–48.
 19. Бобровская О.Н. О стратегических задачах России и опыте Японии в создании рабочих мест для граждан нового возраста трудоспособности: экономико-правовое исследование // *Успехи геронтологии*. 2019. № 6. С. 870–881.
 20. Старость в регионах России. <https://static.tochno.st/files/analytical/b4604-fa2f20405af96fd2ee17a99172a.pdf> (дата обращения 27.05.2021).
 21. Дудовцева Ю.В. Стратегический анализ трендов на рынке труда старшего поколения // *Управленческое консультирование*. 2020. № 1. С. 93–103.
 22. Доброхлеб В.Г. Социальное государство и старшее поколение России: заявленные и реализованные принципы // *Экономика. Налоги. Право*. 2021. № 14. С. 64–71.
 23. Юревич А.В. Старость как междисциплинарная проблема // *Вестник РАН*. 2019. № 1. С. 49–55.
 24. Воронина О.А. Конструирование и деконструкция гендера в современном гуманитарном знании // *Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология*. 2019. № 1. С. 5–16.
 25. Гражданский обзор о реализации ЦУР в России. <http://kurs2030.ru/report2020> (дата обращения 14.03.2021).
 26. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 июля 2019 г. № 512н “Об утверждении перечня производств, работ и должностей с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых ограничивается применение труда женщин”. <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/1366> (дата обращения 14.03.2021).
 27. The Global Gender Gap Report 2020. <http://weforum.org> (дата обращения 10.03.2020).
 28. Global Wage Report 2018/19. What lies behind gender pay gaps. <http://ilo.org> (дата обращения: 10.03.2020).
 29. Конфедерация труда России. <http://ktr.su> (дата обращения 30.03.2020).
 30. “Трансперенси Интернешнл” в России. <http://transparency.org.ru> (дата обращения 19.03.2020).
 31. Arber S. Gender and ageing in global context: role of marital status / Translated by E. V'yugovskaya, A. Ipato-va // *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. 2016. № 2. P. 59–78.
 32. Последние данные по коронавирусу во всём мире. Таблица и карта распространения. Сколько людей заболели, количество жертв, сколько выздоровевших. <https://meduza.io/feature/2020/03/05/poslednie-dannye-po-koronavirusu-vo-vsem-mire-tablitsa> (дата обращения 05.03.2021).
 33. Россияне назвали возраст, когда наступает старость. https://www.m24.ru/news/obshchestvo/04122020/144235?utm_source=smi2&utm_campaign=video&utm_medium=exchange (дата обращения 05.03.2021).
 34. Краснова О.В. Психология старости и старения. М.: Академия, 2004.
 35. Россияне высказались об изменениях в жизни после принятия поправок в Конституцию. <https://lenta.ru/news/2020/12/11/porprvki> (дата обращения 05.05.2021).

САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СЕМЕЙ, ПЛАНИРУЮЩИХ РОЖДЕНИЕ РЕБЁНКА

© 2021 г. О. И. Аполихин^{a,*}, А. Е. Иванова^{b,**}

^a Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

^b Институт демографических исследований ФНИСЦ РАН, Москва, Россия

*E-mail: apolikhin.oleg@gmail.com

**E-mail: ivanova-home@yandex.ru

Поступила в редакцию 21.04.2021 г.

После доработки 13.05.2021 г.

Принята к публикации 04.06.2021 г.

В статье обсуждаются различные аспекты самосохранительного поведения 20–34-летних мужчин и женщин, состоящих в зарегистрированном браке, в зависимости от их репродуктивных намерений. Гипотеза исследования заключалась в предположении о более здоровом образе жизни респондентов, планирующих рождение ребёнка. Отчасти она подтвердилась: перспектива рождения ребёнка усиливает самосохранительное поведение молодёжи, прежде всего женщин, способствует активному оздоровлению образа жизни, однако не приводит к полному отказу от алкоголя и курения как значимых факторов риска для здоровья потомства.

Выяснилось, кроме того, что репродуктивные планы не влияют ни на установки на долголетие, ни на оценку ожидаемой продолжительности жизни, ни на представления о помехах для достижения желаемой продолжительности жизни. Главное здесь – негативный образ старости, которая ассоциируется с болезнями и отсутствием адекватной медицинской помощи, социальной поддержки и одиночеством. Материальные и жилищные трудности, а также желание жить, ни в чём себе не отказывая, не рассматриваются респондентами в качестве препятствий для достижения долголетия.

Ключевые слова: самосохранительное поведение молодёжи, репродуктивные планы, установка на долголетие, мотивация долголетия, ожидаемая продолжительность жизни.

DOI: 10.31857/S0869587321090024



АПОЛИХИН Олег Иванович – член-корреспондент РАН, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью. ИВАНОВА Алла Ефимовна – доктор экономических наук, профессор, заведующая отделом здоровья и самосохранительного поведения населения ИДИ ФНИСЦ РАН.

Теме поведения российского населения в области сохранения здоровья и продления жизни посвящены десятки публикаций. Наиболее актуальными темами на протяжении долгого времени остаются алкогольное потребление и обусловленная им сверхсмертность преимущественно мужчин трудоспособного возраста. По мере достижения некоторых успехов в реализации антиалкогольной политики и снижения среднелюбового потребления алкоголя активизировались борцы с табакокурением, Россия приняла комплексную антитабачную стратегию. В последнее время в стратегии оздоровления образа жизни на первый план выходят вопросы здорового питания и физической активности. При этом не теряет своей значимости проблема медицинской активности населения, то есть своевременности обращения в медицинское учреждение с профилактическими и иными целями.

Таблица 1. Возрастной состав двух групп респондентов, %

Возраст, лет	Планирующие рождение ребёнка		Не планирующие рождение ребёнка	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
20–24	14.9	14.4	13.3	15.0
25–29	28.7	32.0	22.7	30.4
30–34	56.4	53.6	64.0	54.5

Многokrатно изучалась и описана зависимость образа жизни от возраста и пола, места жительства, образования и доходов, статуса занятости и профессии [1–14]. Существенно реже обсуждаются аспекты, связанные с наличием семьи и детей, и практически отсутствуют исследования особенностей самосохранительного поведения женщин и мужчин, планирующих рождение ребёнка. Именно этой теме посвящена настоящая работа.

Информационную базу исследования составил социологический опрос, проведённый под эгидой Института демографических исследований ФНИСЦ РАН в 10 регионах страны¹. Задача нашего исследования — сравнительный анализ ценностей здоровья и долголетия, приверженности здоровому образу жизни мужчин и женщин, состоящих в браке, в зависимости от наличия у них планов на рождение ребёнка. Сравнительная оценка проводилась в возрастных группах 20–34 года среди пар, состоящих в зарегистрированном браке. Незарегистрированные официально союзы не включались в анализ, поскольку такие пары отличаются особым репродуктивным поведением. Выборка состоящих в браке и планирующих рождение ребёнка — 184 человека (97 женщин и 87 мужчин), состоящих в браке, но не планирующих рождение ребёнка — 464 человека (253 женщины и 211 мужчин). По возрасту сравниваемые группы принципиально не отличаются (табл. 1).

Что касается уровня образования, то он довольно высокий в обеих группах. Так, доля мужчин с высшим образованием составляет 53.9% среди имеющих репродуктивные планы и 53.5% среди не планирующих рождения ребёнка. У женщин доля лиц с высшим образованием выше в сравнении с мужчинами, причём среди респонденток, планирующих стать матерями, это пре-

вышение более существенное: 64.6% против 56.1% среди не имеющих репродуктивных планов.

Из видов занятости доминируют два: в бюджетных организациях чаще работают женщины (37.3% респонденток, планирующих рождение ребёнка, и 42.3% не имеющих репродуктивных планов против 30.3% и 26.3% среди мужчин соответственно); во внебюджетных — мужчины, не имеющие репродуктивных планов в сравнении с женщинами из той же группы (39.9% и 32.0% соответственно), а также женщины и мужчины, имеющие репродуктивные намерения (44.4% и 35.6% соответственно). При этом мужчины чаще относятся к категории самозанятых (11.2% среди имеющих репродуктивные планы и 7.0% среди тех, кто не планирует рождение ребёнка), чем женщины (4.0% и 4.3% соответственно) и имеют собственный бизнес (5.6% и 10.8% соответственно).

Самооценка условий жизни (по 10-балльной шкале) в обеих группах респондентов оказывается довольно близкой: в среднем 7.0 балла среди женщин и 6.4 балла среди мужчин, планирующих рождение ребёнка, 6.6 и 6.2 балла соответственно среди не имеющих репродуктивных планов.

Можно констатировать, что сравниваемые группы принципиально не различаются по социально-демографическому статусу. Пожалуй, лишь одна особенность отличает женщин, намеревающихся родить ребёнка, от других респондентов, как женщин, так и мужчин: они более образованны и, по-видимому, располагают более высокими доходами, судя по более частой занятости во внебюджетном секторе и по несколько более высокой самооценке условий жизни.

Установки на долголетие. Желаемая продолжительность жизни² оказалась довольно близка не только в группах респондентов в зависимости от их репродуктивных планов, но также у мужчин и женщин (статистически достоверные отличия от-

¹ Всероссийское социологическое исследование «Демографическое самочувствие России» проводилось в конце 2019 — начале 2020 г. в Центральном, Северо-Западном, Приволжском, Уральском, Северо-Кавказском, Южном федеральных округах. Общий объём выборки — 5616 респондентов. <http://демография2020.рф>

² Число лет, которое респондент предпочёл бы прожить при самых благоприятных условиях, если бы у него была возможность выбора.

Таблица 2. Желаемая и ожидаемая продолжительность жизни в группах респондентов в зависимости от репродуктивных планов и самооценки здоровья, лет

Самооценка здоровья	Планирующие рождение ребёнка		Не планирующие рождение ребёнка	
	желаемая ПЖ	ожидаемая ПЖ	желаемая ПЖ	ожидаемая ПЖ
Мужчины				
Всего, в том числе	89.7	78.3	91.4	77.3
хорошее	97.9	93.1	99.4	87.0
удовлетворительное	84.7	73.6	91.5	73.6
плохое	78.5	65.0	88.3	65.6
Женщины				
Всего, в том числе	90.0	78.4	88.3	76.7
хорошее	95.0	81.3	91.5	83.9
удовлетворительное	88.3	75.2	88.7	75.4
плохое	80.0	—	88.0	68.5

сутствуют). Последнее тем более странно, что фактическая продолжительность жизни мужчин и женщин различается существенно — около 10 лет по данным за 2019 г. Вместе с тем самооценка состояния здоровья вносит значительные коррективы в представления о желаемой продолжительности жизни: у мужчин от 78.5 лет среди считающих, что у них плохое или очень плохое здоровье, до 97.9 лет среди респондентов с хорошим или очень хорошим здоровьем; у женщин — от 80 лет до 95 лет соответственно. В целом для всей совокупности опрошенных показатель составил 89.7 лет у мужчин и 90 лет для женщин (табл. 2). Таким образом, желаемая продолжительность жизни 20–34-летних российских мужчин и женщин оказалась лишь немногим больше, чем достигнутая к настоящему времени реальная продолжительность жизни населения Японии.

Сопоставление желаемой и ожидаемой продолжительности жизни³ даёт представление о факторах (помехах), которые, по мнению респондентов, мешают прожить им столько лет, сколько они хотят. Суммарная оценка этих факторов составляет 11.4 для мужчин и 11.6 лет для женщин в группе намеревающихся родить ребёнка и 14.1 и 11.6 соответственно среди не имеющих репродуктивных планов. Различия между желаемой и ожидаемой продолжительностью жизни нарастают по мере ухудшения самооценки здоровья. Осо-

бенно отчётливо эта закономерность проявляется у мужчин: в группе планирующих рождение ребёнка различия увеличиваются от 4.8 лет среди оценивающих своё здоровье как хорошее до 13.5 лет среди считающих его плохим; в группе не имеющих репродуктивных планов различия между желаемой и ожидаемой продолжительностью жизни возрастают от 12.4 до 22.7 лет соответственно (см. табл. 2).

Поскольку самооценка здоровья столь существенно дифференцирует не только установки на долголетие, но прежде всего ожидаемую продолжительность жизни, можно ожидать, что наиболее значимым фактором в достижении желаемого возраста окажется организация медицинской помощи. Действительно, как показал опрос, для 4/5 респондентов, как мужчин, так и женщин, независимо от их репродуктивных планов, неудовлетворительное медицинское обслуживание является серьёзным препятствием на пути достижения долголетия (табл. 3). Высока значимость и таких факторов, как бедность и недостаточная социальная поддержка в старости.

Традиционные факторы, такие как большая занятость, отсутствие времени для заботы о здоровье, рассматриваются в качестве препятствия долголетия 2/3 женщин и 4/5 мужчин, а недостаточные возможности для занятий физкультурой и оздоровительными видами спорта — для примерно половины опрошенных.

Материальные и жилищные трудности — фактор, который традиционно занимает значимое

³ Число лет, до которого предполагает дожить респондент исходя из состояния собственного здоровья, условий и образа жизни.

Таблица 3. Факторы, которые, по мнению респондентов, мешают им достичь желаемой продолжительности жизни, %

Факторы долголетия	Планирующие рождение ребёнка		Не планирующие рождение ребёнка	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
Материальные и жилищные трудности	49.4	67.1	54.9	56.7
Желание жить в своё удовольствие, ни в чём себе не отказывая	26.5	46.8	40.7	32.2
Неуверенность в завтрашнем дне	58.5	64.6	76.2	61.5
Опасение одиночества в старости	64.6	59.5	66.8	57.5
Опасение бедности в старости	71.1	73.7	81.0	72.1
Неудовлетворительная медицинская помощь	77.1	81.2	84.3	81.6
Недостаточная социальная поддержка в старости	73.7	82.3	85.0	82.1
Отсутствие условий для занятий физкультурой, оздоровительными видами спорта	50.6	68.7	56.1	50.0
Большая занятость, отсутствие времени для заботы о здоровье	65.0	76.2	77.7	70.0

место в структуре помех достижения желаемой продолжительности жизни, — оказался не столь значимым, причём в наименьшей степени для мужчин, планирующих рождение ребёнка. Более того, желание жить, ни в чём себе не отказывая, которое зачастую интерпретируется исследователями как альтернатива репродуктивным установкам, не противоречит намерению родить детей и достижению долголетия, особенно у женщин. В семьях, которые не имеют репродуктивных планов, желание жить в своё удовольствие чаще не является помехой достижения желаемой продолжительности жизни у мужчин.

Таким образом, главным препятствием достижения желаемой продолжительности жизни для молодёжи, независимо от репродуктивных планов, является негативный образ старости, которая ассоциируется с болезнями и отсутствием адекватной медицинской помощи, а также социальной поддержки и одиночеством. Характерно, что опасение одиночества практически в одинаковой степени характерно для семей, планирующих и не планирующих рождение ребёнка. Это неожиданный результат, поскольку проводившиеся ранее исследования свидетельствуют о том, что важный мотив долголетия — потребность дожить до появления внуков и заботиться о них [3, 9].

Самосохранительное поведение: потребление алкоголя и курение. Тема отказа от курения в связи с желанием родить здоровое потомство актив-

но продвигается не только профессиональным медицинским сообществом, но и СМИ, популярными сайтами, социальной рекламой. Профилактикой курения в обязательном порядке занимаются центры планирования семьи. Тем не менее среди респондентов, планирующих рождение ребёнка, курят 14.8% женщин и 33.8% мужчин (табл. 4). Среди молодых людей, не имеющих репродуктивных планов, курящих даже несколько меньше — 13.0% женщин и 27.6% мужчин. Курение с тяжёлыми последствиями для здоровья (пачка сигарет в день и более) не встречается среди женщин и редко — среди мужчин. Но следует иметь в виду, что даже сравнительно небольшая частота курения, особенно у женщин, крайне негативно сказывается на репродуктивном здоровье и качестве потомства.

Что касается потребления алкоголя, то, судя по ответам участников опроса, довольно большая группа молодёжи вообще отказалась от спиртных напитков (табл. 5). Отрицают употребление алкоголя около трети мужчин и примерно половина женщин. Вред алкогольного потребления принято оценивать в так называемых стандартных порциях. Это понятие аккумулирует количество алкоголя и его крепость⁴. Проблемной считается ситуация, когда в день выпивается пять и более стандартных порций. Как показало наше иссле-

⁴ Стандартная порция — это бокал вина (150 мл), бутылка или банка пива (500 мл), рюмка крепкого напитка (50 мл) или алкогольный коктейль.

Таблица 4. Распределение респондентов по частоте курения в зависимости от репродуктивных планов, %

	Планирующие рождение ребёнка		Не планирующие рождение ребёнка	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
Не ответили	—	—	3.2	—
больше пачки	—	4.1	—	2.2
10–20 сигарет	4.9	14.9	1.9	7.7
5–9 сигарет	6.2	10.8	7.4	8.8
до 5 сигарет	3.7	4.1	0.5	8.8
не курят	85.2	66.2	87.0	72.4

дование, среди потребляющих алкоголь таких случаев за месяц, предшествовавший опросу, не было у 70.0% женщин и 49.0% мужчин, планирующих рождение ребёнка, у 56.1% и 45.0% респондентов, не имеющих репродуктивных планов, соответственно. Иными словами, у остальных подобных ситуации за последние 30 дней случались от 1 до 5 раз, причём среди женщин, планирующих рождение ребёнка, 1 раз у 21%, 3–5 раз — у 7.0%.

Помимо частоты и количества выпитого алкоголя, важна структура его потребления (см. табл. 5). Ежедневное потребление, причём это относится к любым алкогольным напиткам, встречается среди молодёжи лишь в единичных случаях. Еженедельное потребление в выходные дни исчерпывается пивом и некреплённым вином. Что касается пива, то его по выходным пьют около 40% мужчин и вдвое меньше женщин. Лишь в праздники число потребителей алкоголя существенно возрастает, причём происходит переход с пива на вино и крепкий алкоголь. Складывается впечатление, что пиво не воспринимается респондентами как алкогольный напиток, тем более что женщины, планирующие родить ребёнка, потребляют его чаще, чем те, кто не имеет репродуктивных планов, тогда как в отношении других видов алкоголя соотношение обратное. Данные по женскому потреблению крепкого алкоголя не позволяют делать статистически обоснованных выводов из-за небольшого числа подобных событий.

Полученные результаты можно интерпретировать двояко. С одной стороны, семьи, планирующие рождение ребёнка, особенно женщины, реже курят и выпивают в сравнении с респондентами, не имеющими репродуктивных планов. С другой стороны, заметная часть будущих родителей курит и употребляет алкоголь, причём иногда в количествах, опасных для здоровья. Важно понять мотивацию подобного поведения, а именно: яв-

ляется ли курение и потребление алкоголя симптомом болезни, то есть зависимости от психоактивных веществ, или определяется иными факторами.

Главным мотивом для тех, кто продолжает выпивать в период подготовки к рождению ребёнка, становится “возможность расслабиться” (53.6% женщин и 31.4% мужчин), желание “поддержать компанию” (14.3% и 20.0% соответственно), “снять чувство усталости” (14.3% для мужчин и женщин). Аналогичная структура мотивов характерна и для респондентов, не имеющих репродуктивных планов, хотя относительная значимость отдельных позиций несколько отличается (у женщин потребление алкоголя чаще связано с поддержанием компании, у мужчин — с потребностью расслабиться). При этом на зависимость от алкоголя не указал никто из респондентов обеих групп (табл. 6).

Иная ситуация сложилась в отношении курения. Среди женщин, планирующих родить ребёнка и продолжающих курить, подавляющее большинство (63.6%) указали на сложившуюся зависимость от курения; у мужчин данной группы мотивация более разнообразна, зависимость от табака они признают заметно реже. В группе респондентов, не имеющих репродуктивных планов, мотивация курения схожа: 46.2% женщин заявили о наличии зависимости, среди мужчин — 26.8%, причины курения здесь более многообразны.

Следует заметить, что большинство исследований обнаруживают чёткую связь между зависимостью от алкоголя и курением [2, 5], в то время как наши респонденты указали только на свою зависимость от табака. По-видимому, эмоционально легче считать себя курильщиком, чем признаться в зависимости от алкоголя.

Предпринимают ли респонденты попытки бросить курить и снизить потребление алкоголя? И насколько успешны эти попытки? Среди пла-

Таблица 5. Частота потребления различных видов алкоголя в зависимости от репродуктивных планов, %

Потребляют алкоголь	Планирующие рождение ребёнка		Не планирующие рождение ребёнка	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
	Пиво (более 1 бутылки)			
ежедневно	5.9	2.0	—	2.7
по выходным	20.6	40.0	17.2	41.1
по праздникам	32.4	20.0	23.2	20.5
до 3 раз в месяц	14.7	14.0	13.1	18.8
не употребляю	26.5	24.0	46.5	17.0
	Некреплёное вино (более 200 мл)			
ежедневно	—	—	3.6	0.9
по выходным	6.3	2.4	5.4	8.3
по праздникам	43.8	35.7	65.8	25.9
до 3 раз в месяц	6.3	7.1	8.1	5.6
не употребляю	43.8	54.8	17.1	59.3
	Креплёное вино (более 100 мл)			
ежедневно	3.2	2.4	—	2.9
по выходным	3.2	2.4	—	6.7
по праздникам	35.5	4.8	32.3	19.0
до 3 раз в месяц	6.5	—	10.4	1.9
не употребляю	51.6	90.5	57.3	69.5
	Крепкие спиртные напитки (более 50 мл)			
ежедневно	—	4.7	—	0.9
по выходным	3.2	2.3	2.1	8.8
по праздникам	48.4	39.5	32.6	61.4
до 3 раз в месяц	3.2	4.7	5.3	6.1
не употребляю	45.2	48.8	60.0	22.8

нирующих рождение ребёнка более половины женщин и мужчин, потребляющих алкоголь (59.5% и 55.3% соответственно), в течение последнего года не предпринимали усилий сократить потребление; вместе с тем 27.0% женщин и 31.9% мужчин такие попытки предпринимали, и они увенчались успехом. Среди респондентов, не имеющих репродуктивных планов, 81.0% женщин и 63.9% мужчин не рассматривают потребление алкоголя в качестве проблемы и не пытаются его ограничить, лишь 10.3% женщин и 26.1% мужчин сообщили, что им удалось это сделать.

Важный результат заключается в том, что мужчины чаще, чем женщины, осознают проблему алкогольного потребления и демонстрируют успехи в его ограничении. Возможно также, что проблема алкогольного потребления объективно не является для женщин столь острой в силу существенно меньшего потребления спиртного в сравнении с мужчинами. Эти различия характерны для обеих групп, но среди респондентов, не имеющих репродуктивных планов, они выражены сильнее.

Таблица 6. Мотивация потребления алкоголя и курения, % от числа потребляющих алкоголь и курящих

Мотивы	Планирующие рождение ребёнка		Не планирующие рождение ребёнка	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
	Мотивы потребления алкоголя			
Возможность расслабиться	53.6	31.4	31.5	42.1
Для повышения настроения	3.6	14.3	3.3	10.5
Для поддержания компании	14.3	20.0	34.8	16.8
Испытываю потребность выпить	—	—	1.1	1.1
Нравится вкус/запах алкоголя	3.6	11.4	5.4	4.2
Алкоголь облегчает процесс общения	3.6	5.7	4.3	4.2
Алкоголь позволяет отвлечься от проблем	7.1	2.9	7.6	12.7
Снимает чувство усталости	14.3	14.3	12.0	8.4
	Мотивы курения			
Возможность расслабиться	—	33.3	15.4	19.5
Для повышения настроения	—	—	—	2.4
Для поддержания компании	—	16.7	—	17.1
Испытываю потребность закурить	63.6	11.1	46.2	26.8
Нравится вкус/запах табака	9.1	11.1	—	4.9
Курение облегчает процесс общения	—	5.6	—	4.9
Курение позволяет отвлечься от проблем	27.3	16.7	—	21.9
Курение снимает чувство усталости	—	5.6	30.8	2.4

Нельзя исключить, что полученные результаты обусловлены довольно редким (преимущественно по праздникам) потреблением алкоголя и в количествах, не наносящих серьёзного ущерба здоровью (эпизоды употребления пяти и более стандартных порций редки). Но в случае, когда планируется рождение ребёнка, даже такой уровень потребления неприемлем.

Ситуация в отношении курения складывается похожим образом: большая часть респондентов обеих групп, продолжающих курить, не пыталась в течение последнего года бросить курить, причём различия между группами в этом отношении практически отсутствуют (58.3% женщин и 48.0% мужчин, планирующих рождение, 66.7% и 51.0% соответственно среди респондентов, не имеющих репродуктивных планов). Успешные попытки справиться с курением встречаются в единичных случаях. А вот на негативный опыт в борьбе с курением указали 41.6% женщин и 48.0% мужчин, намеревающихся родить ребёнка, и 19.0% и 36.0%

соответственно среди тех, кто не имеет репродуктивных планов. По-видимому, в ситуации с курением имеет место сформировавшаяся зависимость.

Самосохранительное поведение: питание, физическая активность, медицинское обслуживание. Несмотря на достаточно высокую самооценку уровня жизни, около четверти респондентов планируют рацион, исходя из его доступности, дохода семьи, причём среди планирующих рождение ребёнка таких даже несколько больше, чем среди не имеющих репродуктивных планов. Более чем для трети мужчин ключевое значение в составлении рациона имеют вкусовые качества еды, а для четверти женщин — рекомендации о здоровом питании. Стремление похудеть не всегда основано на здоровом питании, а этот фактор определяет рацион 13.6% женщин, собирающихся стать матерью, и 18.5% — не имеющих репродуктивных планов (табл. 7). Для мужчин этот мотив мало значим. В целом поведение респондентов в во-

Таблица 7. Факторы планирования рациона питания, %

Альтернативы	Планирующие рождение ребёнка		Не планирующие рождение ребёнка	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
Ем всё, что вкусно	21.0	39.2	19.0	34.8
Ем то, что доступно по цене	28.4	24.3	23.6	21.0
Не думаю об этом	9.9	12.2	14.4	17.7
Руководствуюсь рекомендациями о здоровом питании	25.9	18.9	22.7	22.1
Стараюсь похудеть	13.6	5.4	18.5	4.4
Не ответили	1.2	—	1.9	—

Таблица 8. Виды физической и оздоровительной активности, практикуемые респондентами в настоящее время, %

Виды активности	Планирующие рождение ребёнка		Не планирующие рождение ребёнка	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
Занятия спортом на стадионе	1.2	1.4	3.2	12.7
Посещение сауны, русской бани	18.5	31.1	27.8	32.6
Посещение спортивно-оздоровительных секций	17.3	13.5	12.0	14.4
Принятие контрастного душа	24.7	14.9	9.7	8.8
Утренняя зарядка	19.8	20.3	17.6	13.8
Не ответили	18.5	18.9	29.6	17.7

просах питания практически не зависит от репродуктивных планов и определяется главным образом гендерными предпочтениями.

Женщины чаще, чем мужчины, предпринимают успешные усилия по оздоровлению питания. Так, 32.1% женщин, планирующих рождение, и 27.8% их ровесниц, не имеющих репродуктивных намерений, уменьшили потребление жиров, тогда как среди мужчин таких результатов добились 16.2% и 13.8% соответственно. Потребление соли снизили 27.2% и 23.6% женщин, 14.9% и 16.0% мужчин соответственно. Сократили потребление сахара 40.7% и 38.4% женщин, 23.0% и 22.7% мужчин.

Среди видов физической и оздоровительной активности наиболее популярны те, которые не требуют усилий над собой: это посещение сауны, русской бани, принятие контрастного душа. Вместе с тем нельзя сказать, что молодёжь не стремится к физической активности. Утреннюю зарядку делает почти пятая часть респондентов,

планирующих рождение ребёнка, а среди молодых людей, не имеющих репродуктивных намерений, 17.6% женщин и 13.8% мужчин. Спортивно-оздоровительные секции посещают 17.3% женщин и 13.5% мужчин, собирающихся стать родителями, и 12.0% и 14.4% соответственно среди их ровесников, не имеющих таких планов. Лишь меньшинство участников опроса не ответили на вопрос о практикуемых видах физической и оздоровительной активности, что, по видимому, свидетельствует об отсутствии таковых. В целом более активный образ жизни ведут респонденты, планирующие рождение ребёнка (табл. 8).

За последний год многие молодые люди предпринимали попытки повысить свою физическую активность, которые увенчались успехом. В большей степени это характерно для женщин, планирующих рождение ребёнка (43.2% против 32.9% среди не намеревающихся заводить детей). Среди мужчин успехов добились 35.1 и 34.8% соответ-

Таблица 9. Стратегия поведения в случае болезни, %

Альтернативы	Планирующие рождение ребёнка		Не планирующие рождение ребёнка	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
Ничего не делаю, само пройдет	6.2	18.9	15.3	19.3
Обращаюсь в государственное медицинское учреждение	53.1	43.2	40.7	42.0
Обращаюсь в частное медицинское учреждение	17.3	18.9	24.1	16.6
Обращаюсь за медицинской помощью в другом населённом пункте	1.2	2.7	1.4	1.1
Обращаюсь за медицинской помощью за границей	—	—	—	2.8
Пользуюсь народными рецептами	16.0	13.5	11.1	13.3
Не ответили	6.2	2.7	7.4	5.0

Таблица 10. Самооценка респондентами образа жизни, %

Альтернативы	Планирующие рождение ребёнка		Не планирующие рождение ребёнка	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
До здорового образа жизни мне далеко	6.2	12.2	12.5	16.0
Мой образ жизни можно назвать здоровым	35.8	33.8	37.5	37.6
Мой образ жизни не совсем здоровый	58.0	51.4	47.2	45.9
Не ответили	—	2.7	2.8	0.6

ственно. У значительной части опрошенных попытки увеличить физическую активность не увенчались успехом: 17.3% женщин и 21.6% мужчин, собирающихся стать родителями, и 25.9 и 18.2% представителей второй группы.

Важный аспект самосохранительного поведения — своевременное обращение за медицинской помощью, от которого зачастую зависит продолжительность и качество жизни (табл. 9). Представители всех групп респондентов в 2–3 раза чаще обращаются за медицинской помощью в государственные организации, чем частные. Финансовые ограничения вряд ли играют здесь ключевую роль, учитывая довольно высокую самооценку молодыми людьми своего уровня жизни.

Наибольшую активность в этой области, что вполне объяснимо, проявляют женщины, планирующие рождение ребёнка: среди них более 70% в

случае болезни готовы обратиться в медицинскую организацию и лишь 6.2% не станут ничего предпринимать. Неожиданным результатом стало отсутствие значимых различий в стратегии медицинской активности мужчин и женщин, не имеющих репродуктивных планов. Все предшествующие исследования констатировали низкую обращаемость мужчин за медицинской помощью в сравнении с женщинами [1, 6, 14].

Что касается видения респондентами своего образа жизни, как здоровый его оценили немногим более трети и мужчин, и женщин, независимо от их репродуктивных планов. Женщины, планирующие рождение ребёнка, чаще других групп респондентов признавали наличие некоторых проблем, но в то же время не склонны были оценивать свой образ жизни негативно. Среди других групп респондентов принципиальных отличий не отмечено (табл. 10).

Завершая обзор полученных результатов, следует отметить, что представления российской молодёжи о желаемой продолжительности жизни довольно скромные: они лишь слегка превышают реально достигнутые в передовых странах цифры. Несколько выше притязания только тех респондентов, кто отличается завидным здоровьем, — они приближаются к столетнему рубежу. Главной помехой в достижении желаемой продолжительности жизни для молодёжи, независимо от репродуктивных планов, является негативный образ старости, которая ассоциируется с болезнями и отсутствием адекватной медицинской помощи, а также социальной поддержки и одиночеством. Материальные и жилищные трудности, а также желание жить, ни в чём себе не отказывая, не рассматриваются в качестве значимых помех в достижении долголетия. Существенно, что репродуктивные планы не влияют ни на установки на долголетие, ни на оценку ожидаемой продолжительности жизни, ни на характеристику помех в её достижении.

Поведение молодых людей в вопросах самосохранительного поведения отличается определёнными противоречиями. Более 85% молодых женщин и более чем 2/3 мужчин не курят. Вместе с тем курящие женщины, в том числе планирующие рождение ребёнка, признают свою зависимость от курения, причём более половины курящих не предпринимали в течение последнего года попыток избавиться от этой пагубной привычки, успешные попытки единичны, а негативный опыт в борьбе с курением имеют более 40% женщин и мужчин, намеревающихся родить ребёнка.

Не употребляют алкоголь немногим более половины женщин, планирующих рождение детей, и немногим менее половины их ровесниц, не имеющих репродуктивных планов. Потребление алкоголя в количествах, опасных для здоровья (пять и более стандартных порций) встречается в единичных случаях. Судя по частоте и структуре потребления алкоголя, складывается впечатление, что пиво не воспринимается респондентами как алкогольный напиток, причём женщины, планирующие в ближайшее время иметь детей, потребляют его чаще, чем те, кто не намерен обзаводиться потомством в обозримой перспективе, тогда как в отношении других видов алкоголя соотношение обратное. В целом молодые люди, потребляющие алкоголь, в большинстве своём не признают проблемы и не пытаются её решать.

В вопросах питания поведение респондентов практически не зависит от репродуктивных планов и определяется лишь личными предпочтениями: женщины стремятся похудеть, мужчины — получить удовольствие от еды. Женщины чаще предпринимают успешные усилия по оздоровлению питания. Молодёжь ведёт достаточно активный образ жизни. Лишь меньшинство респондентов (от 18 до 30%) не практикуют никаких видов физической и оздоровительной деятельности. В целом более активный образ жизни ведут респонденты, которые собираются родить ребёнка. Как здоровый свой образ жизни оценили немногим более трети респондентов, как мужчин, так и женщин, независимо от репродуктивных планов.

Можно заключить, что перспектива рождения ребёнка в какой-то мере усиливает самосохранительное поведение молодёжи, прежде всего женщин, способствует активным усилиям по оздоровлению образа жизни. Однако это не приводит к полному отказу от алкоголя и курения как значимых факторов риска для здоровья будущего ребёнка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журавлёва И.В. Почему не улучшается здоровье россиян? // Вестник Института социологии. 2013. № 6. С. 163–176.
2. Иванова А.Е. К оценке результативности мер по формированию здорового образа жизни // Социологические исследования. 2015. № 11 (379). С. 132–138.
3. Киенко Т.С. Институциональные и неинституциональные факторы формирования здоровьесберегающего поведения // Современные проблемы науки и образования: Электронный научный журнал. 2015. № 1–1. <https://science-education.ru/ru/article/view?id=18094>
4. Ковалёва А.А. Самосохранительное поведение в системе факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья // Журнал социологии и социальной антропологии. 2008. Т. XI. № 2. С. 179–191.
5. Корнешов А.А. Современный образ жизни населения как фактор разрушения демографического потенциала России. Автореф. дис. ... д-ра эконом. наук. М., 2010.
6. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М.: ПЕР СЭ, 2002.
7. Одинокоева В.А. Социальные предпосылки проблемной алкоголизации в современной России. Автореф. ... канд. социол. наук. СПб., 2016.
8. Поздеева Т.В. Научное обоснование концепции и организационной модели формирования здоровьесберегающего поведения студенческой молодёжи. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008.

9. *Рассказова Е.И.* Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: проблема разрыва между намерением и действием // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2015. № 1. С. 105–130.
10. *Ростовская Т.К., Шабунова А.А., Князькова Е.А.* Самоохранительное поведение россиян: оценка состояния здоровья и возможности долгожительства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. № 6. С. 1275–1280.
11. *Скоробогатов А.С.* Зависимость между человеческим капиталом и самоохранительным поведением // TERRA ECONOMICUS. 2010. № 4. С. 20–36.
12. Тяжкий труд, бедность и старость: три причины болезней в России. Пресс-выпуск ВЦИОМ № 3954 от 16 мая 2019 г. // Всероссийский центр изучения общественного мнения. <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9687>
13. *Шабунова А.А., Шухатович В.Р., Корчагина П.С.* Здоровьесберегающая активность как фактор здоровья: гендерный аспект // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2013. № 3 (27). С. 123–132.
14. *Шилова Л.С.* Самоохранительное поведение пациентов в условиях модернизации первичной медицинской помощи. Автореф. дис. ... канд. социол. наук. М., 2012.