

**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. М.В. ЛОМОНОСОВА**

ЦЕНТР ПО ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выпуск восемнадцатый

**Рождаемость и планирование семьи в России:
История и перспективы**

Москва 2011

**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. М.В. ЛОМОНОСОВА**

ЦЕНТР ПО ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выпуск восемнадцатый

**Рождаемость и планирование семьи в России:
История и перспективы**

*Под редакцией
И.А.Троцкой и А.А.Авдеева*

Москва 2011

Рождаемость и планирование семьи в России: История и перспективы.

Сборник статей / Под ред. Троицкой И.А., Авдеева А.А. – М., 2011. – ("Демографические исследования", выпуск 18). – 177 с.

Fertility and family planning in Russia: History and perspectives

/ I.Troitskaia, A.Avdeev (eds.). *Demographic studies*, Vol.18. – Moscow, 2011. – 177 p.

Очередной выпуск серии «Демографические исследования» посвящен проблемам рождаемости и планирования семьи в России. В статьях, представленных в сборнике, ведущие исследователи Центра по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ имени М.В.Ломоносова, а также научные сотрудники ведущих российских и зарубежных демографических центров анализируют актуальные проблемы, связанные с современной демографической ситуацией: каковы перспективы российской рождаемости; какие отличительные черты характерны для планирования семьи в России в сравнении с другими европейскими странами; как меняются индивидуальные репродуктивные и брачные установки российского населения; каковы механизмы институционального влияния на рождаемость. Сборник предназначен для широкого круга специалистов: демографов, статистиков, социологов, медиков, работников государственных структур.

Оглавление

Предисловие	4
Аборты и контрацепция	
А.Авдеев <i>Искусственный аборт и контрацепция в 1990е-2000е годы в зеркале публичной и частной статистики</i>	7
А.Авдеев, И.Троицкая <i>Контрацептивное поведение в Европе: национальные различия</i>	28
И.Троицкая, Г.Андерссон <i>Переход к современной контрацепции в России: Результаты обследований «Репродуктивное здоровье женщин» 1996 и 1999 гг.</i>	47
Рождаемость и трансформация семьи	
А.Авдеев <i>На пути к однодетной семье: прошла ли Россия точку невозврата?</i>	68
Н.Зверева, В.Архангельский <i>Ценности семейной жизни, брачное и репродуктивное поведение молодежи</i>	98
Инструменты влияния на рождаемость	
М.Авдеева <i>Государственная поддержка семей с детьми в России и Франции: рожать ли еще одного ребенка?</i>	110
В.Елизаров <i>Стимулирование рождаемости и поддержка семей с детьми в современной России</i>	123
О.Исупова <i>Бесплодие и репродуктивные технологии в России: особенности развития и потенциальные возможности влияния на население</i>	152
Сведения об авторах	174
Summary	175

Предисловие

В последнее десятилетие рождаемость в России неуклонно растет. Пройдя на рубеже XX и XXI веков точку исторического минимума, основные показатели рождаемости – абсолютные числа рождений, общие и суммарные коэффициенты – демонстрируют небольшой, но постоянный рост. Несмотря на это, рождаемость в России по-прежнему остается ниже уровня простого воспроизводства, обладая всеми признаками и тенденциями, характерными для большинства развитых стран: женщины начинают все позднее обзаводиться детьми, все более редкими становятся рождения третьих и последующих детей, увеличивается доля детей, родившихся вне зарегистрированного брака. Низкие показатели рождаемости, даже на фоне повышения среднего возраста матери при рождении ребенка, приводят к тому, что российские женщины достигают желаемого числа детей в относительно молодом возрасте и в течение длительного времени подвержены риску нежелательной беременности.

В модели репродуктивного поведения российских женщин предупреждение беременности приходит на смену предупреждению нежелательного рождения. Искусственный аборт, который в советский период истории России был основным средством ограничения числа детей в семье, постепенно отходит на второй план, уступая место все более широкому использованию современной контрацепции. С другой стороны, развитие медицинских знаний и технологий позволяет обзавестись детьми тем женщинам, которые еще несколько лет назад, по состоянию своего здоровья, были бы обречены на бездетность.

Быстрое снижение рождаемости, которое наблюдалось в 1990-х годах, и его демографические последствия вновь заставили поставить на повестку дня вопрос об усилении мер экономической и социальной поддержки семей с детьми. Каким должны быть эти меры в условиях рыночной и пока еще очень нестабильной экономики России? Можно ли надеяться, что новая программа государственной поддержки семей обеспечит повышение рождаемости до уровня, который сегодня наблюдается во Франции и скандинавских странах? Этот круг проблем и вопросов находится в центре интересов авторов статей, собранных в данном издании и проливающих свет лишь на некоторые из множества аспектов современной российской рождаемости, требующей дальнейшего и подробного изучения.

Первая часть предлагаемого вниманию читателей сборника включает статьи, в которых рассматриваются различные аспекты планирования семьи. Она открывается статьей А.Авдеева, посвященной статистике искусственного аборта в России в 1990е – начале 200х годов, ее качеству и полноте, особенностям сбора и интерпретации данных,

отношению между публичной и частной статистикой аборт и контрацепции, а также роли выборочных обследований в изучении проблемы искусственного аборта. Важность последнего источника информации для изучения проблем планирования семьи в России демонстрируют следующие две статьи этого раздела: они посвящены контрацепции, базируются на данных выборочных обследований и показывают ситуацию в России в сравнении с рядом европейских стран. Особенностью использования контрацепции в России является сочетание высокой доли пользователей методами предупреждения беременности с низкой распространенностью современных методов; это не может не отражаться негативно на показателях искусственного аборта в России, одних из самых высоких в Европе. Статья А.Авдеева и И.Троицкой о региональных различиях в контрацептивном поведении в шести европейских странах демонстрирует явное деление Европы на Западную и Восточную с точки зрения использования контрацепции. В статье также рассматривается необходимость эффективной контрацептивной защиты в старших возрастах, после рождения женщиной желаемого числа детей. И.Троицкая и Г.Андерссон в своей статье пытаются объяснить относительно высокую долю пользователей традиционными методами в России, анализируя факторы и схемы перехода российских горожанок к современной контрацепции.

Вторая часть сборника посвящена влиянию на рождаемость изменений в семье, происходящих в последние десятилетия: трансформации репродуктивных ценностей и установок, распространения модели однодетной семьи в российском обществе, формирования механизмов принятия решений о рождении детей. Статья А.Авдеева анализирует снижение рождаемости в России в начале 1990х годов в условиях социально-экономических перемен. Автор пытается ответить на вопрос, является ли обвальное снижение рождаемости, которое Россия переживала в 1990-х годах, проявлением массового и ускоренного перехода к устойчивому идеалу однодетной семьи, или это лишь реакция в целом устойчивой двухдетной модели на изменения «социально-экономического климата» в России в конце XX века. Н.Зверева и В.Архангельский, опираясь на данные выборочных обследований, анализируют брачные и репродуктивные установки российской молодежи, изменение системы ценностей в этой группе населения.

Третья часть сборника включает статьи, в которых рассматриваются возможные инструменты влияния на показатели рождаемость в России. М.Авдеева в статье, посвященной рождению второго ребенка, сравнивает ситуацию в России и Франции, чтобы оценить влияние институциональных факторов на принятие такого решения в каждой из стран. Статья В.Елизарова посвящена стимулированию рождаемости мерами семейной политики, оценке эффективности этих мер и анализу содержания политических

дискурсов, касающихся помощи семье. О.Исупова рассматривает в своей статье влияние новых медицинских технологий на показатели рождаемости, место России в мировом рейтинге применения этих технологий и перспективы их более эффективного использования в нашей стране.

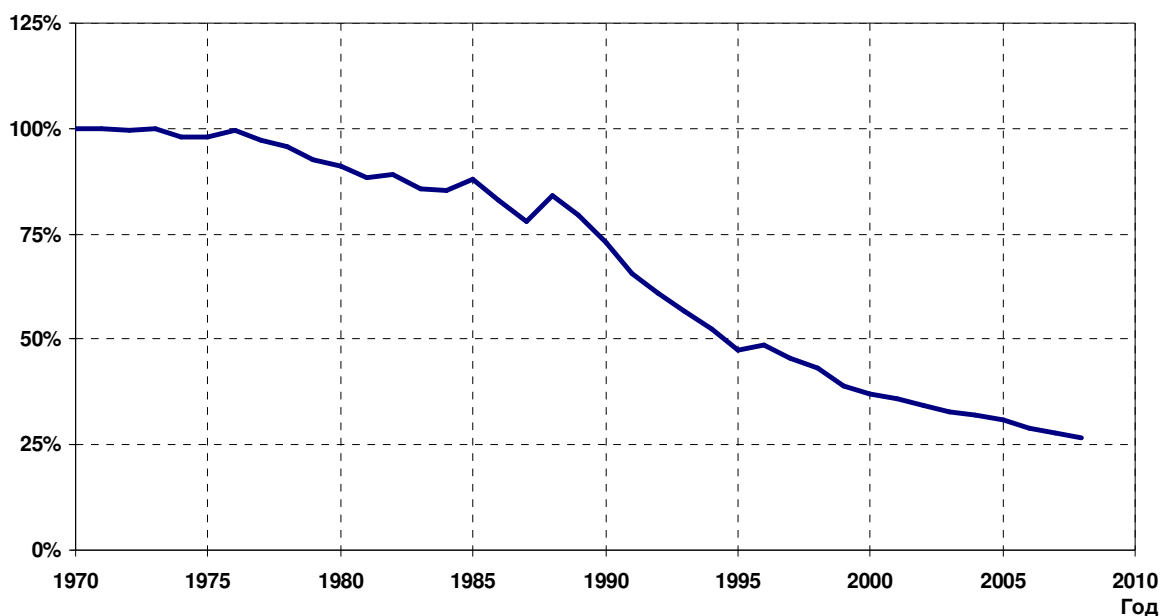
Аборты и контрацепция

А.Авдеев

Искусственный аборт и контрацепция в 1990е-2000е годы в зеркале публичной и частной статистики¹

Официальные статистические данные, публикуемые с конца 1980-х годов, свидетельствуют о достаточно быстром снижении уровня абортов в России (Рис. 1) Помня о манипуляциях со статистикой в советские времена, некоторые исследователи задают вопрос: можно ли доверять этим данным, и в какой степени они отражают реальное положение вещей? Не могло ли развитие частной медицинской практики негативно повлиять на полноту учета абортов? Не является ли уменьшение показателей абортов просто результатом ухудшения статистического учета?

Рис. 1 Снижение абортов в России по отношению к уровню 1970 года (суммарный коэффициент легальных абортов в 1970 = 100%)



Одной из причин, по которым возникают эти вопросы, являются расхождения в показателях абортов, публикуемых в различных статистических сборниках. Эти расхождения, вызывающие естественное сомнение в качестве и полноте учета абортов, обусловлены тем, что сегодня в России сосуществует три различных и некоторым образом конкурирующих статистики абортов. Две не совсем совпадающие между собой официальные, или публичные статистики (данные Росстата и Министерства

¹ Перевод с французского языка доклада «Les avortements provoqués et la contraception en Russie: la statistique publique et la statistique privée», представленного в октябре 2004 года на международной конференции «Кафедра Кетле» (Chaire Quetelet) в Лувен-ла-Нев, Бельгия. Доклад впервые опубликован в книге *Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action. Actes de la Chaire Quetelet 2004*, вышедшей в свет в 2009 году под редакцией К.Гурбэн (Catherine Gourbin), UCL Presses Universitaires de Louvain, p.405-422. Перевод И.Троицкой под редакцией автора.

здравоохранения и социального развития) и частная статистика, основанная на данных ряда выборочных обследований, проводившихся в рамках международных программ с середины 1990-х годов. В этой непростой информационной ситуации аналитические публикации по поводу искусственного аборта в России остаются немногочисленными и представляют собой главным образом технические отчеты о предварительных результатах выборочных обследований или короткие сообщения на демографических конференциях: круг специалистов, которым доступны эти публикации, узок. Поэтому в данной работе нам хотелось бы дать краткое описание современной ситуации со статистикой аборт в России и попытаться пролить свет на те особенности соотношения между этими тремя статистиками, которые до сих пор не получили должного описания в научной литературе.

Прежде всего, мне хотелось бы обратить внимание на истоки возникшего в начале 1980-х годов и сохраняющегося до сегодняшнего дня устойчивого стереотипа в отношении полноты учета аборт. Затем я рассмотрю особенности публичной статистики аборт в советский и постсоветский период, обращая особое внимание на неверную интерпретацию категорий аборт и ошибки при расчете показателей, которые приводили к завышению уровня аборт в России по сравнению с другими странами. При этом, продолжая отстаивать позицию в отношении полноты учета аборт в России, сформулированную в предыдущих публикациях,² мне хотелось бы обратить внимание на сформировавшиеся еще в 1970-х–1980-х годах идеологические клише, которые и сегодня во многом определяют угол зрения на состояние и тенденции планирования семьи в России. Наконец, я обращусь к данным частной статистики (результатам выборочных исследований) для того, чтобы проиллюстрировать новейшие тенденции аборт и контрацепции в России.

Полна ли регистрация аборт в России?

На этот вопрос непросто ответить, особенно относительно статистики аборт до 1990 года. Фактически, хотя искусственный аборт был легализован в СССР в 1955 году (во второй раз, после разрешения в 1920 и запрета в 1936 г.), первые официальные цифры было опубликованы в статистических сборниках только в 1988 году.³

² Avdeev A. et I. Troitskaia. Historical view of abortion statistics in the USSR // В: *Collecte et comparabilité des données démographiques et sociales en Europe*, Chaire Quetelet 1991, sous la direction de J.Duchêne et G.Wunsch, Louvain-la-Neuve, Academia L'Harmattan, 1995, p.277-300; Avdeev A. Contraception and Abortions: Trends and Prospects for the 1990s // В: *Demographic Trends and Patterns in the Soviet Union Before 1991*. Ed. by W.Lutz, S.Scherbov and A.Volkov. IIASA. Routledge. London, N.Y., 1994, p.131-149; Avdeev A., A.Blum et I.Troitskaia. Histoire de la statistique de l'avortement en Russie et en URSS jusqu'en 1991// *Population*, 1994, N°4-5, p.903-935.

³ Подробнее об истории аборт в России и СССР см. Авдеев А. Аборт и рождаемость // *Социологические исследования*, 1989, №3, с.54-62; Авдеев А. Аборт - дамоклов меч над каждой семьей // В: *СССР: демографический диагноз*, Москва: «Прогресс», 1990, с.337-350; Avdeev A. Le concept de la planification de la famille et son influence sur la pratique de la gestion d'état en URSS // *Annales de Démographie Historique*, 1992, p.151-168 ; а также работы, указанные в сноске 2.

Тем не менее, по крайней мере, с 1983 года оценки уровня искусственного аборта в СССР можно было найти в «Мировых обзорах искусственного аборта» (World Abortion Review), регулярно публиковавшихся Институтом Алана Гуттмахера (Alain Guttmacher Institute) и Советом по населению США (Population Council).⁴ Эти оценки были фантастически велики: например, указывалось, что в 1980 году в СССР было произведено 11 миллионов искусственных абортов. Издатели указанных обзоров, однако, не брали на себя всю ответственность за качество этих показателей. Они ссылались на результаты выборочных обследований, опубликованные в советских медицинских журналах, оставляя, впрочем, без внимания тот факт, что цитируемые обследования не предназначались для оценки показателей абортов на национальном уровне и часто базировались на смещенных выборках.

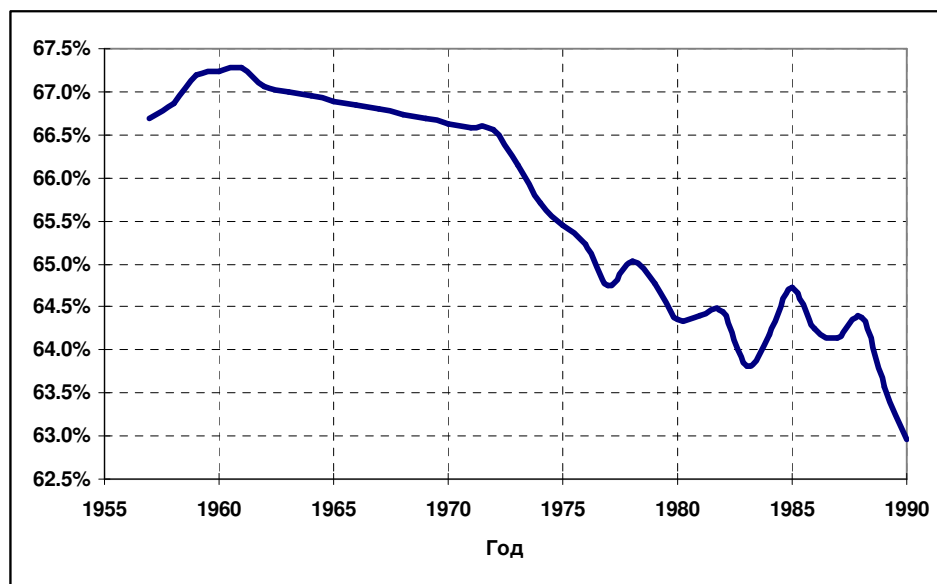
К примеру, уже упомянутая цифра в 11 млн. абортов в 1980 году отсылает нас к соотношению родов и абортов, опубликованному в 1984 г. М.С.Бедным, который, в свою очередь, ссылается на библиографический обзор, сделанный в 1980 году А.А.Поповым. В этом обзоре последний цитирует, помимо прочего, результаты обследования исходов беременностей, проведенного в 1969 году в Камне-на-Оби, небольшом алтайском городке (35 тыс. жителей по переписи 1970 года).⁵ Дальнейшие действия очень просты: нужно умножить соотношение родов и абортов, приведенное М.С.Бедным, на ежегодное число рождений в СССР, чтобы получить вышеупомянутые 11 млн. абортов. Подобная процедура оценивания содержала грубейшие методологические ошибки. Во-первых, речь даже не идет ни о случайной выборке, репрезентативной для населения России, ни о так называемом «рациональном выборе» типичного для России населенного пункта. Приведенная оценка касается весьма маленькой части населения России. Таким образом, даже если в городе Камень-на-Оби выполняется условие стабильности воспроизводства населения и сопутствующих характеристик (абортов, как средства уменьшения числа рождений), и соотношение абортов и родов в этом городе является устойчивым, нет никаких научных оснований предполагать, что для всего населения России соотношение абортов и родов должно быть таким же.

⁴ *Induced Abortion: a World Review*, 1983 by Christopher Tietze – 5th edition. Population Council, NY, p.34, Tabl.2; *Induced Abortion: a World Review*, 1986 by Christopher Tietze and Stanley K.Henshaw – 6th edition. Population Council, NY, p.41, Tabl.2.

⁵ *Induced Abortion: a World Review*, 1986 by Christopher Tietze and Stanley K.Henshaw – 6th edition. Population Council, NY, p.41, Tabl.2; Бедный М.С. Демографические факторы здоровья, М.: Финансы и статистика, 1984, с.111; Попов А.А. Медико-демографические и социально-гигиенические факторы искусственного аборта (обзор литературы) // *Здравоохранение Российской Федерации*, 1980, №3, с.27-30; Данилов И.А. Частота и исходы беременностей среди городских и сельских жительниц // *Здравоохранение Российской Федерации*, 1972, №6, с.26-28.

Во-вторых, даже если вообразить, что соотношение родов и аборт в маленьком алтайском городке по чистой случайности было таким же, как и во всем населении России, то было бы опрометчиво, вслед за М.С.Бедным, предположить, что российские показатели должны быть такими же, как и общесоюзные. В начале 1970-х годов на долю России приходилось лишь 66% среди всех аборт, зарегистрированных официальной статистикой, и 45% рождений. К 1990 году вклад России в аборт и рождения изменился незначительно, доля России в числе аборт уменьшилась до 63%, а в числе рождений – до 42% (Рис.2). Но если отказаться от веры в фантастические предположения, то нужно признать, что, вероятнее всего, соотношение родов и аборт в городе Камень-на-Оби смещено и по отношению к общероссийскому, и тем более по отношению к общесоюзному показателю. *Можно сказать, что здесь мы впервые можем констатировать пример конфронтации частной и публичной (официальной) статистики аборт.* Конечно, авторы локального обследования, проведенного в Алтайском крае, отнюдь не ставили перед собой задачу оценки общероссийского уровня искусственных аборт. Они не несут никакой ответственности за то, что последовательное цитирование их работы легло в основу легенды об астрономическом числе аборт в СССР, превратившейся впоследствии в легенду о «недоучете» аборт в советской (а позднее и в российской) статистике.

Рис.2 Доля аборт, зарегистрированных в России, в общем числе аборт, зарегистрированных в СССР, 1957-1990



Действительно, когда в 1988 году официальная статистика аборт была открыта для публичного доступа, и публикуемые Институтом Гуттмахера серии показателей для СССР были пересмотрены (см. Табл.3 в Приложении), существенная разница между

новыми оценками и цифрами, публикуемыми прежде, породила сомнения в качестве и особенно в полноте советской статистики. После исчезновения СССР с политической карты мира новые независимые государства, прежде всего Россия, естественным образом унаследовали эти сомнения в качестве статистики аборт.

Особенности официальной статистики аборт в СССР. Проблема интерпретации

Отсутствие в СССР, в течение долгого времени, публикаций по статистике аборт не только существенно ограничивало возможности научного анализа этого явления; оно также нанесло вред качеству самой статистики. Первые публикации на эту тему выявили следующий феномен: статистика аборт в СССР не соответствует общепринятым определениям и делает практически невозможными международные сравнения.⁶

Известно (и это указано в комментариях к Демографическим ежегодникам ООН), что для расчета всех показателей аборт следует использовать только данные о легальных зарегистрированных абортах. Для этого есть две причины: 1) очень трудно, практически невозможно отличить самопроизвольные аборт от нелегальных, закончившихся в медицинском учреждении по причине тяжелых осложнений; и 2) доля самопроизвольных аборт в общем числе беременностей достаточно стабильна, поэтому их ежегодное число зависит главным образом от числа беременностей и определяется факторами биологического порядка, тогда как число искусственных аборт в основном зависит от уровня и эффективности использования контрацепции.

Вопреки этому правилу, число аборт, публикуемое в советских статистических сборниках, объединяло все аборт – легальные, самопроизвольные и криминальные. Это общее число аборт ассоциировалось, в соответствии с международной практикой статистических публикаций, с числом *искусственных* аборт в СССР, которое таким образом, оказалось завышенным примерно на 10% по сравнению с аналогичным показателем в других странах.

Различием между общим числом аборт и числом искусственных аборт, произведенных по желанию женщины, пренебрегали и авторы опубликованных в 1990-е – начале 2000-х годов аналитических и описательных научных статей и докладов, посвященных абортам в СССР и в России. Поэтому и появлявшиеся в научном обороте показатели отношения аборт к рождениям, числа аборт на 1000 женщин

⁶ Avdeev A. et I.Troitskaia. Historical view of abortion statistics in the USSR // В: *Collecte et comparabilité des données démographiques et sociales en Europe*, Chaire Quetelet 1991, sous la direction de J.Duchêne et G.Wunsch, Louvain-la-Neuve, Academia L'Harmattan, 1995, p.277-300.

репродуктивного возраста, а также и суммарный коэффициент абортот показателя. ⁷

Если эта ошибка происходит вследствие пренебрежения определениями, пусть и произвольными, но общими для всех, другая типичная ошибка связана с пренебрежением демографической природой объекта исследования. На самом деле, демографический анализ аборта аналогичен анализу младенческой смертности: рассчитывая такой простой показатель, как отношение абортов к живорождениям, необходимо иметь в виду, что большинство рождений, зарегистрированных в данном календарном году – результат зачатий, произошедших в предыдущем году. Только дети, зачатые до апреля, рождаются в том же календарном году. Поэтому, рассчитывая отношение абортов к живорождениям, следует откорректировать число рождений в знаменателе, а именно отнести число абортов в году Т к средневзвешенному числу рождений в годах Т и Т+1. Такая коррекция, при всей своей простоте, практически никогда не делается. Поэтому оценки данного показателя оказываются либо завышены, либо занижены, в зависимости от динамики чисел рождений и абортов, но никогда не бывают точными.

Следует также упомянуть некоторые недоразумения, еще более усилившие недоверие к статистике абортов в СССР и России. С начала 1980х годов учреждения Министерства здравоохранения СССР начали практиковать, в порядке эксперимента, амбулаторное прерывание беременности на коротких сроках (до 7 недель) методом вакуум-аспирации. Этот метод стали называть «мини-абортом». После институционального обсуждения проблемы – считать ли эту процедуру абортом или методом «регулирующего менструального цикла» – вакуум-аспирация стала легальной и широко распространенной; начиная с 1988 года, мини-аборты стали учитываться официальной статистикой.

Но в первый год легализации мини-абортов в их учете возникла большая путаница, связанная с системой сбора информации в медицинских учреждениях разного типа. Фактически, официальная статистика абортов в СССР с 1955 года – это больничная статистика. Данные об абортах поступали из ежегодных статистических отчетов о деятельности стационаров, потому что только эти лечебные учреждения имели право производить аборты, рассматриваемые исключительно как хирургические операции.

⁷ Savelieva G.M., D.V.Gavrilova, T.A.Lobova. Family planning in Russia // *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1997, n°58, p.51-57; Кваша Е. Харьковская Т. Аборты в России // *Население и общество*. Информационный бюллетень Центра экологии и демографии человека, №48, сентябрь 2000; Сакевич В. Аборт или контрацепция: что выбирают российские женщины? // *Demoscope weekly*, №123-124, 25 августа–7 сентября 2003; D.Philipov, E.Andreev, T.Kharkova and V.Shkolnikov. Induced Abortion in Russia: Recent Trends and Underreporting in Surveys // *European Journal of Population* 2004, vol. 20, p. 95–117 (Table 1a, p.102 and Table 2, p.105).

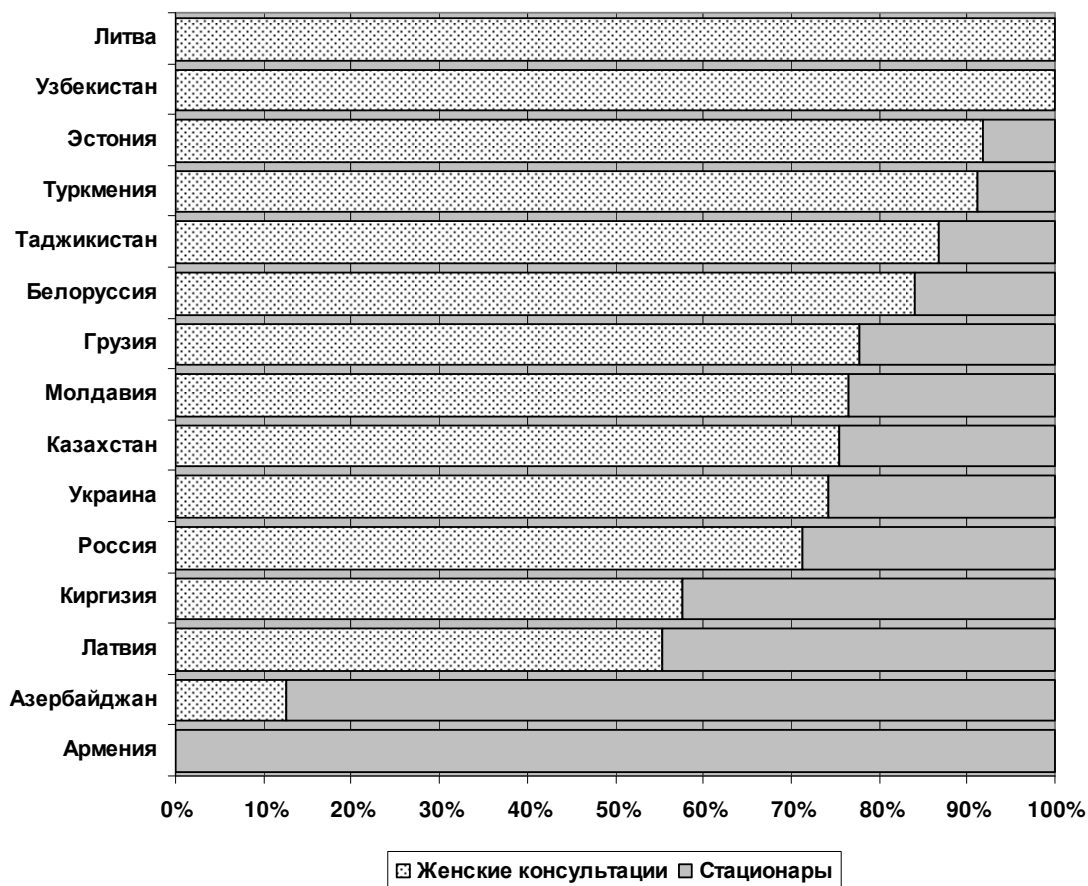
Производство мини-абортов, напротив, было отдано лечебным учреждениям амбулаторного типа, таким, как женские консультации. Первые статистические отчеты этих учреждений, касающиеся произведенных мини-абортов, не были вовремя собраны Управлением медицинской статистики Минздрава СССР, поэтому первые публикации данных о мини-абортах содержат противоречивые цифры. Именно эти расхождения в данных, как мы указали выше, усилили недоверие к качеству статистики аборт в СССР. Например, А.Попов писал в 1991 году: *«Следует предупредить читателей, что они должны критически отнестись к этим данным; их точность, полнота и достоверность исключительно низки. К примеру, Министерство здравоохранения сообщило, что в 1988 году в Молдавии было произведено только 77 регуляций менструального цикла. Вместе с тем, по данным из того же источника, в 1986 году в Кишиневе, только в одной женской консультации было проведено 2 200 таких процедур (См. Поночевная С.П. «Прерывание беременности на ранних сроках методом вакуум-аспирации», Здравоохранение, 1986, №5, с.26-28). Поскольку существует множество расхождений подобного рода между официальной и независимой статистикой, осторожное отношение к качеству данных Минздрава СССР об абортах было вполне оправдано».*⁸

Эта точка зрения в очередной раз нанесла ущерб репутации статистики аборт. Но дело было не в том, что «независимая» статистика хороша, а официальная (используя антоним, следовало бы сказать – «зависимая») плоха, а в том, что больничная статистика рассматривалась как общая, тогда как она (больничная статистика) является только частью общей статистики. Даже поверхностный анализ данных, опубликованных в статистических сборниках 1990 года, показывает, что в 1988 году среди 1,198 млн. мини-абортов, зарегистрированных в СССР, 64% были произведены в женских консультациях, и эта доля сильно изменяется от республики к республике. Например, если в России этот показатель был близок к общесоюзному, то в Молдавии, напротив, почти все мини-аборты (7 672 или 99%) были произведены в женских консультациях, и поэтому попали не в больничную статистику, а в статистику амбулаторий (поликлиник и диспансеров). Полярные случаи в этом плане представляют собой, с одной стороны, Армения, где все мини-аборты производились только в стационарах, с другой – Литва и Узбекистан, где 100% мини-абортов производилось в женских консультациях (Рис.3). Соотношение между этими основными поставщиками услуги по производству мини-аборта постепенно менялось по мере того, как женские консультации оснащались необходимым

⁸ Popov A. Family Planning and Induced Abortion in the USSR: Basic Health and Demographic Characteristics // *Studies in Family Planning* Vol.22, n°6 (Nov.-Dec., 1991), p.368.

оборудованием. В принципе, одна из задач специалиста-аналитика заключается именно в том, чтобы разбираться в подобных ситуациях и давать им соответствующую оценку.

Рис.3 Доля мини-абортов, произведенных в СССР в 1989 году в стационарах и женских консультациях, по республикам.



Список подобного рода недоразумений можно продолжить, но все они приводят к одному заключению: все дискуссии по поводу полноты статистики абортов в СССР (а затем – в России) являются главным образом порождением непрофессионализма при анализе данных и некомпетентности лиц, отвечающих за производство статистических показателей в Министерстве здравоохранения СССР. В то же время доступные данные и их корректный анализ не дают никакого повода сомневаться в полноте учета абортов статистическими органами в СССР и в России.

Однако, к большому сожалению, традиционная оценка российской статистики, как неполной, сохраняется. Так в недавней публикации Института Гуттмахера Россия вновь включена в список стран, для которых статистика абортов считается неполной или недоступной, в отличие от бывших советских республик, таких, как Эстония, Литва и

даже Казахстан.⁹ По этому поводу можно сказать только, что хуже глухого тот, кто не хочет ничего слышать.

Кроме того, вновь делаются попытки противопоставить публичную (официальную) и частную статистику, чтобы доказать, полностью пренебрегая при этом методологическими аспектами, слабость первой и надежность последней. Принцип тот же, что и в 1970-е годы: экстраполировать результаты, полученные для специфических групп населения, вошедших в выборку, на все российское население. К примеру, Е.Кеттинг рассказывает такую историю: «Недавно у меня был очень интересный разговор с руководителем Центра планирования семьи в одном из подмосковных городов. Она отметила, что число аборт в ее городе в последние годы значительно снизилось; при этом большинство произведенных аборт были бесплатными для женщин. Я был крайне удивлен. Даже самые общие оценки, сделанные по данным национального обследования подростков, в котором я участвовал вместе с российскими коллегами, дают абсолютно другую картину (подчеркнуто автором). В группе 16-17 летних девушек, имевших сексуальный опыт, 8% уже имели аборт».¹⁰ Критиковать такие крайне наивные суждения бессмысленно; заметим лишь, что обследования, проведенные в России международными исследовательскими коллективами в конце 1990-х годов, показали, что лишь треть девушек в возрасте 16-17 лет имели сексуальный опыт. Эта пропорция достигает 35-43% в больших городах и 21-27% – в маленьких городах и в селе,¹¹ что дает показатель аборт в 26 на 1000 женщин данной возрастной группы. Это значение достаточно близко к официальным показателям искусственного аборт в группе 15-19 лет. Однако этот показатель снизился с 46 на 1000 в 1996 году до 33 на 1000 в 2000 году (для всех категорий аборт). Хотя в этом сравнении трудно найти существенные противоречия между официальной и частной статистикой, в информационное пространство еще раз отправляется известие о недостаточной достоверности официальной статистики аборт в России, а общая сумма таких известий и формирует общественное мнение.

Официальная статистика аборт в 1990е годы

Россия унаследовала от советских времен все характерные особенности как самой системы здравоохранения, так и статистики, касающейся всех аспектов здоровья населения, и среди прочего – «ведомственный» принцип сбора информации. Фактически,

⁹ См.: *Sharing responsibility: women, society and abortion*. Alan Guttmacher Institute Report, 1999. Appendix Table 4 et Table 5. Доклад доступен на <http://www.agi-usa.org/pubs/sharing.pdf>.

¹⁰ Ketting, E. *Abortion in Europe: the East-West Divide*” (Editorial) *Choice*, 2000, vol.28, no.2 IPPF. Доступно на <http://www.ippf.org/regions/europe/choices/v28n2/editorial.htm>.

¹¹ 1999 Russia Women's Reproductive Health Survey: a follow-up study of three sites, preliminary report. Moscow: All Russian Centre for Public Opinion and Market Research (VCIOM) and Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2000.

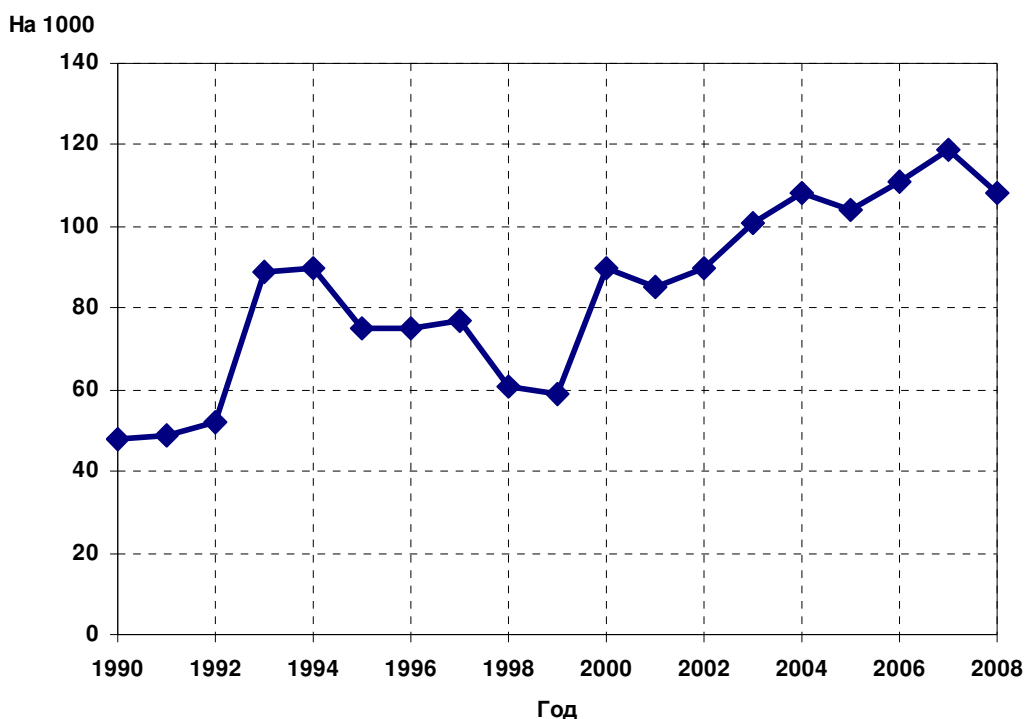
первоисточниками информации о заболеваемости являются медицинские учреждения. Подавляющее большинство этих учреждений находится в подчинении Министерства здравоохранения; меньшая, но вполне ощутимая часть относится к различным правительственным учреждениям – Министерству обороны (военные госпитали), Министерству внутренних дел (тюремные больницы), Министерству железнодорожного или речного и морского транспорта. Все эти медицинские учреждения собирают данные о произведенных ими абортах в соответствии с инструкциями и передают в управления статистики своих министерств. Оттуда данные попадают в центральный статистический орган, назвавшийся ранее Центральным статистическим комитетом (ЦСУ), затем Госкомстатом, а ныне – Росстатом (будем далее употреблять название Госкомстат в качестве общего, независимо от периода, о котором идет речь). Именно поэтому число аборт, представленное Госкомстатом, всегда выше, чем данные Министерства здравоохранения. Это не дает оснований ставить под сомнение полноту регистрации аборт учреждений, не относящимися к Минздраву; расхождения между данными Госкомстата и Минздрава скорее вызывают вопросы по поводу качества и своевременного представления статистической отчетности об абортах министерствами, по своей природе не имеющими отношения к медицине. Вынести обоснованное суждение по этому вопросу нелегко, прежде всего, потому, что он никогда специально не изучался. К тому же, разница между двумя версиями официальных данных очень невелика: в 1990-2002 гг. на 1000 аборт, заявленных Министерством здравоохранения, только 70 приходилось на медицинские учреждения, не находящиеся в подчинении Минздрава (Рис.4). Иными словами, доля искусственных аборт, произведенных вне системы Минздрава, составляла в этот период 4-8% от общего числа аборт в России.

С начала 1990х годов статистика аборт в России стала более детальной. В 1990 году в статистических отчетах можно было найти только три категории аборт; в отдельный показатель выделялись аборт у женщин моложе 17 лет. В 1991 году статистика Минздрава включает уже 6 категорий аборт, распределенных по возрастным группам (правда, неравномерным: до 15 лет, 15-19, 20-34, 35 лет и старше); к тому же, аборт стали классифицироваться по сроку беременности, и в отдельную категорию выделялись аборт у первобеременных. Статистика Госкомстата в том же 1991 году давала числа аборт по тем же возрастным группам, но для всех категорий вместе, а также число мини-аборт.

Эта система предоставления данных об абортах существует до 1996 года, затем Минздрав начинает распределять аборт по 5-летним группам (Табл.4 в Приложении). И, начиная с этой даты, в России сосуществуют два источника официальной статистики

абортов, данные которых не вполне сравнимы. Статистика Минздрава, будучи богатой деталями и категориями, не обладает достаточной полнотой на национальном уровне; статистика Госкомстата, которую есть все основания считать полной на национальном уровне, недостаточно подробна. Как можно совместить эти две статистики? Одно – очень простое и привлекательное – решение заключается в том, чтобы рассматривать данные Минздрава как результаты выборочного обследования, репрезентативного на национальном уровне (охватывающего 95% всех зарегистрированных абортов), и экстраполировать результат анализа этих данных на статистику Госкомстата. Однако, методологически это решение не совсем приемлемо, поскольку у нас нет никакой информации о характеристиках населения, обращающегося за производством аборта в лечебные учреждения Министерства обороны, внутренних дел и т.п.

Рис.4 Число абортов, произведенных в лечебных учреждениях различных министерств, на 1000 абортов, произведенных в учреждениях, находящихся в подчинении Минздрава России



Необходимо подчеркнуть, что категория «Аборты у женщин моложе 17 лет» исчезла из статистики, вероятнее всего, потому, что число абортов, попадавших в эту категорию, было весьма незначительным. В действительности, по российскому законодательству, каждая гражданка, достигшая 18 лет, имеет право на бесплатное прерывание нежелательной беременности в медицинском учреждении по направлению врача-гинеколога. Поэтому, чтобы сохранить все в тайне и не создавать для девушки трудностей, врачи иногда не проверяли информацию о возрасте. В статистике аборты из возрастной группы моложе 18 лет перетекали, таким образом, в группу 18-19 лет

Наконец, даже если наше законодательство гарантирует женщине бесплатный аборт, оно же дает право медицинским учреждениям предоставлять платные услуги, в том числе и производство аборта. Женщина имеет возможность выбрать между бесплатным абортом и абортом за деньги. Не стоит даже говорить, что качество платных услуг обычно выше тех, что предоставляются в рамках стандартной бесплатной процедуры. Тем не менее, это не означает, что платные абORTы могут избежать статистической регистрации; такая регистрация – правило, обязательное для всех медицинских учреждений. Кроме того, особый раздел медицинской статистики контролирует бюджет лечебных учреждений, обязывая их предоставлять данные о количестве платных процедур с разбивкой по видам, а также данные о полученных суммах. К тому же, тот факт, что с женщины не берут денег за аборт, не означает, что он бесплатный: просто он оплачивается системой медицинского страхования, что, кстати, является дополнительным элементом контроля качества регистрации.

Кроме статистики абORTов, лечебные учреждения, находящиеся в подчинении Минздрава, предоставляют данные о своей деятельности, связанной с контрацепцией. В этих данных можно найти ежегодное число установленных ВМС (внутриматочных спиралей), а также число пользователей гормональной контрацепцией, находящихся под наблюдением врача. Никакой информацией о прекращении использования этих средств контрацепции, равно как и о других методах предупреждения беременности, Минздрав не располагает.

Стерилизация в контрацептивных целях разрешена в СССР с 1990 года. Законодательство Российской Федерации подтвердило законность этой процедуры в 1993 году. За этот период ежегодное число операций стерилизации выросло с 11 до 18-19 тысяч. Эта статистика самая загадочная: она не разбита ни по полу, ни по возрасту, следовательно, практически бесполезна для исследований в области планирования семьи в России.

Частная статистика в 1990-2000 гг.

В России возможности частной, которая, как правило, бывает и выборочной, статистики абORTов достаточно ограничены. В самом деле, принимая во внимание численность населения и региональные различия в России, можно предвидеть, что затраты на организацию исследования на репрезентативной выборке будут колоссальными. Несмотря на это, в период с 1996 по 2003 год были проведены 4 обследования, посвященные, помимо прочего, изучению распространенности и уровня искусственного аборта в регионах России. Речь идет, прежде всего, о двух обследованиях, организованных CDC (Centers for Diseases Control and Prevention, Атланта, США) и

ВЦИОМ (Всероссийским центром по изучению общественного мнения, Москва) в рамках проекта «Репродуктивное здоровье российских женщин». Обследования были проведены с интервалом в 3 года (в 1996 и 1999 гг.) по одной и той же программе в одних и тех же регионах (города Пермь и Екатеринбург, Ивановская область с городом Иваново); в выборку вошли около 6 000 женщин в возрасте 15-44 года.¹²

Затем были проведены два обследования, организованные Институтом Джона Сноу (США) в сотрудничестве с ВЦИОМ в рамках проекта «Здоровье женщин и детей», в городах Пермь, Березники и Великий Новгород. Обследования, проведенные, как и предыдущие, с интервалом в 3 года по одной программе в одних и тех же регионах, охватили 3 900 женщин в возрасте 15-44 лет.¹³

Чтобы обеспечить репрезентативность обследования и не выйти за рамки бюджета, выделенного на его проведение, организаторы выбрали метод «типичных территорий», хорошо известный уже с конца XIX века.

Показатели аборт, рассчитанные на основании данных обследования, очень близки к полученным непосредственно из официальной статистики, по крайней мере, для лет, близких к дате обследования. Этот факт был не только отражен в официальных публикациях по результатам обследования, но и подтвержден в статье, недавно опубликованной в «Европейском демографическом журнале» независимыми исследователями.¹⁴

Поэтому мы не станем специально останавливаться на этой теме; тем не менее, предложим читателю сравнить некоторые показатели, рассчитанные по данным обследования 2003 года, с данными официальной статистики (Табл.1). Это станет еще одной иллюстрацией к нашему утверждению о близком соответствии этих двух типов данных.

Кроме уровня абортов, результаты обследования содержали интересную информацию об изменениях в поведении в связи с институциональной структурой «индустрии аборта» в России, и в частности – с коммерциализацией медицинского обслуживания в течение 1990-х и в начале 2000-х годов. Первым, очень важным результатом является *довольно быстрое снижение числа бесплатных абортов*. Обследование 1996 года показало, что до 1991 года практически никто из опрошенных

¹² *Исследование 1996 года «Репродуктивное здоровье российских женщин». Итоговый отчет.* Всероссийский Центр по изучению общественного мнения; Центры по контролю заболеваемости и по профилактике, Департамент репродуктивного здоровья, США; Агентство международного развития США. Май 1998.

¹³ David, P. H., V.Bodrova, A.Avdeev, I.Troitskaia and M.Boulay. *Women and Infant Health Project. Household Survey 2000. Report of Main Findings.* John Snow Inc., December 2000.

¹⁴ D.Philipov, E.Andreev, T.Kharkova and V.Shkolnikov. *Induced Abortion in Russia: Recent Trends and Underreporting in Surveys // European Journal of Population* 2004, vol. 20, p. 95–117.

женщин не платил за аборт. Но, начиная с этого года, ситуация меняется кардинальным образом, постепенно плата за аборт становится общим правилом, и между 1991 и 1996 годами доля платных абортов в общем числе увеличивается с 16 до 55% (Рис.5).

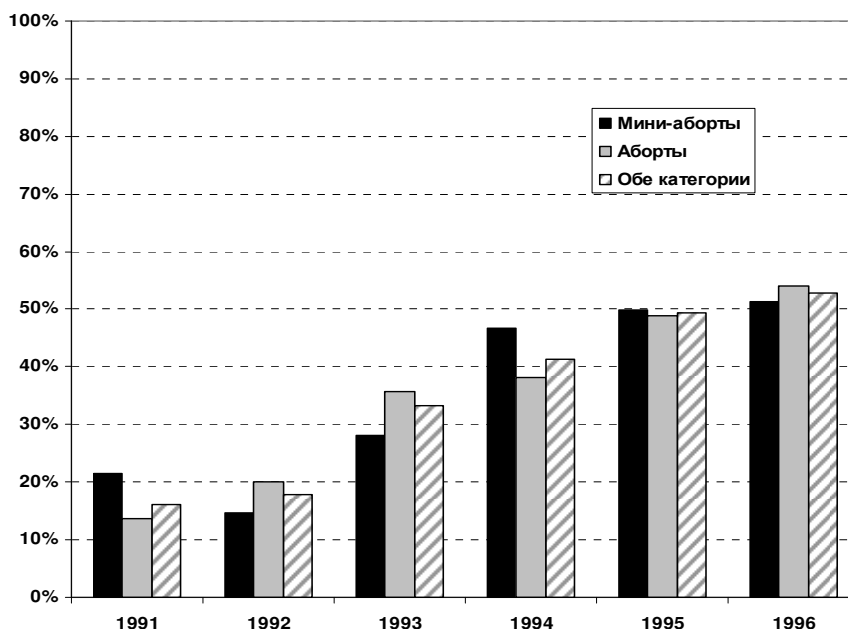
Таблица 1

**Показатели рождаемости и искусственного аборта в течение 30 месяцев
до и после даты обследования**

Город	Период	ПОКАЗАТЕЛИ РОЖДАЕМОСТИ И АБОРТОВ				
		СКА ¹⁾	ОКА ²⁾	Отношение ³⁾	СКР ⁴⁾	ОКР ⁵⁾
ПЕРМЬ	1998- июнь 2000	2.365	80.4	174	1.166	46.3
	С июня 2000	1.560	54.0	116	1.324	46.6
БЕРЕЗНИКИ	1998- июнь 2000	1.690	61.7	122	1.246	50.8
	С июня 2000	1.243	44.2	72	1.592	61.1
НОВГОРОД	1998- июнь 2000	1.191	44.7	112	1.044	40.0
	С июня 2000	1.070	37.3	94	1.122	39.7
ВСЕГО	1998- июнь 2000	1.730	61.9	136	1.149	45.6
	С июня 2000	1.288	45.1	92	1.353	49.1
Всероссийские показатели	1998-1999	1.710	56.6	149	1.211	37.8
	2000-2001	1.510	50.2	128	1.225	39.1

- 1) Суммарный коэффициент абортов
- 2) Общий коэффициент абортов - число абортов на 1000 женщин в возрасте 15-44 года
- 3) Отношение числа легальных абортов к числу живорождений
- 4) Суммарный коэффициент рождаемости
- 5) Общий коэффициент рождаемости - число рождений на 1000 женщин в возрасте 15-44 года

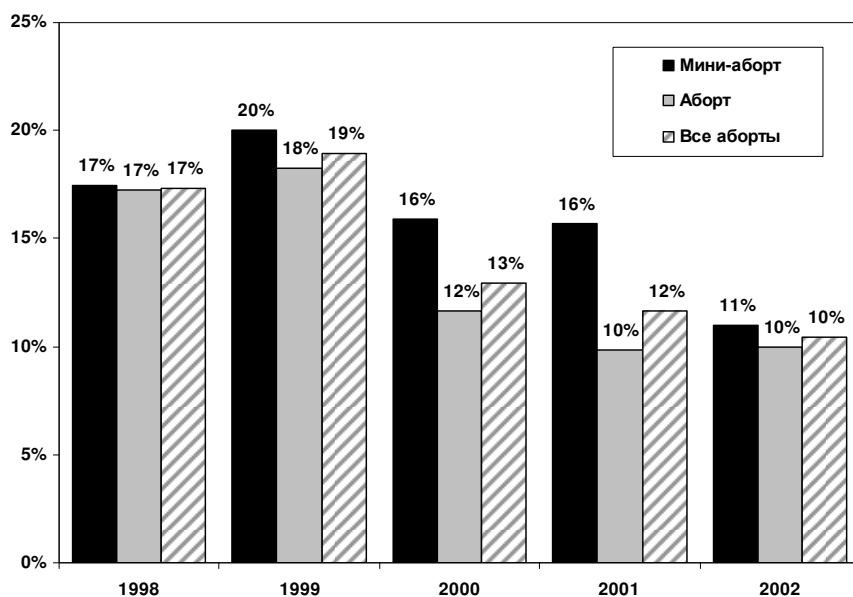
Рис.5 Доля платных абортов по категориям, обследование 1996 года



Последующие анкеты подтверждают эту тенденцию. Мы сошлемся на результаты обследования 2003 года, проведенного в большом городе – Перми, вошедшем во все четыре вышеупомянутых обследования, и в двух других городах. Обследование 2003 года

показывает, что доля бесплатных аборт снизилась к 2000 году до 10%, то есть можно сказать, что бесплатный аборт в России практически перестал существовать (Рис.6).

Рис. 6 Доля бесплатных аборт в 1998-2002 гг., по категориям (результаты обследования «Здоровье женщин и детей» 2003 года)

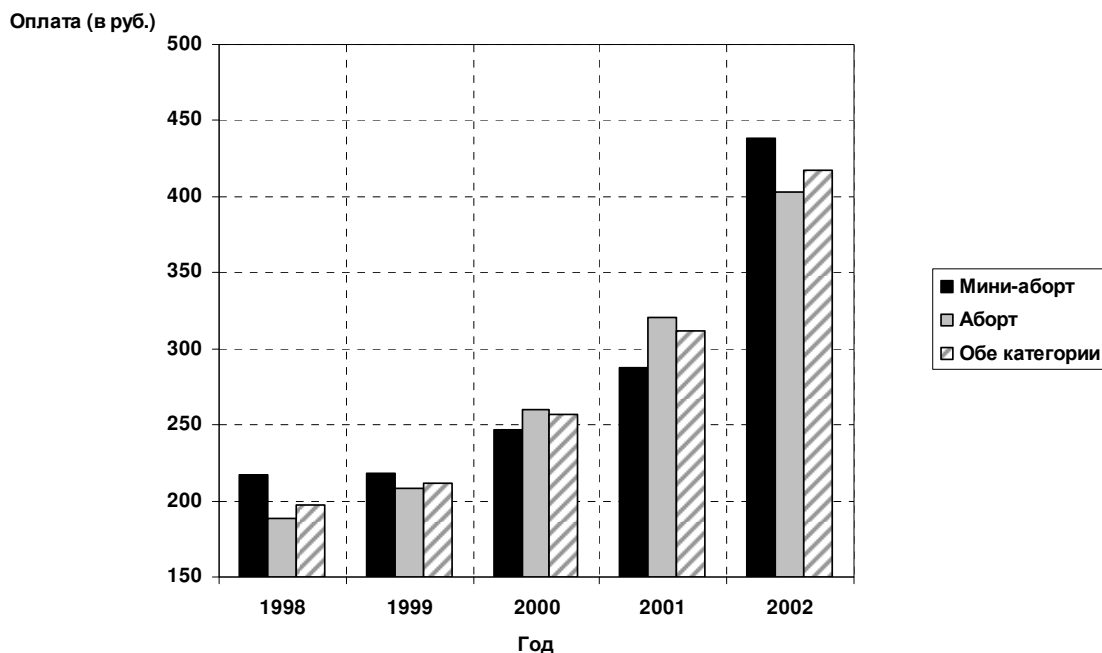


Хотя программы всех обследований включали вопрос о том, сколько женщина платила за последний аборт, судить об эволюции «цены» аборта в течение всего изучаемого периода (то есть с 1991 по 2003 годы) довольно трудно. Прежде всего, потому, что ответы на вопрос о размерах оплаты за аборт, произведенный в начале 1990-х годов, весьма неопределенны: чаще всего женщины отвечают, что не помнят или не знают суммы, заплаченной за аборт. Это неудивительно, если принять во внимание галопирующую инфляцию начала 1990-х. По мере стабилизации экономической ситуации, доля неопределенных ответов уменьшилась с 80 до 45% между 1991 и 1996 годами.

Но и на основании определенных ответов о том, сколько было уплачено за аборт, полученных в ходе обследования 1996 года, судить о динамике «цены» аборта очень трудно, поскольку, опять-таки в условиях сильной инфляции и быстрого изменения жизненных стандартов, практически невозможно высчитать динамику стоимости аборта в «сопоставимых ценах».

Относительная стабильность национальной валюты, установившаяся с 1998 года, позволяет оценить динамику платы за аборт по данным обследования 2003 года. Мы видим, что в течение 5 лет эта плата удвоилась (Рис.7).

Рис.7 Динамика платы за аборт в 1998-2002 гг. по категориям
(результаты обследования «Здоровье женщин и детей» 2003 года)

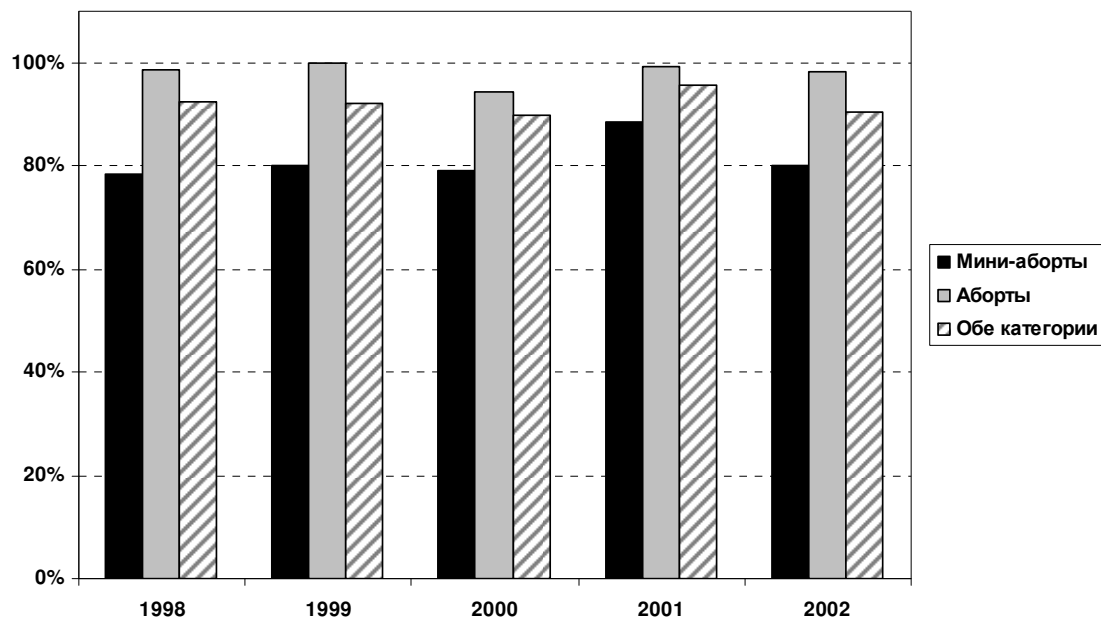


По данным Госкомстата, в начале 2003 г. средняя зарплата в России была около 4 600 руб.; таким образом, плата за аборт достигла 10% от этого показателя. Другими словами, аборт стоит очень дорого, если учесть, что средняя зарплата лишь слегка превышает прожиточный минимум. В легкой и пищевой промышленности, в образовании и в других отраслях женской занятости средняя зарплата была еще ниже – почти половина от средней по стране. Возможно, по этой причине, согласно обследованию 2003 года, женщины в малых и средних городах платят за аборт меньше, чем жительницы больших городов. И хотя аборт недешев для населения, его средняя цена совершенно не соответствует реальным затратам на его производство. Вполне возможно, что стоимость аборта определяется не только и не столько реальными затратами лечебного учреждения, сколько покупательной способностью населения. Посмотрим, в какие лечебные учреждения женщины обращаются за прерыванием беременности, чтобы ответить на вопрос, в каком отношении на «рынке услуг по производству абортов» находятся частные и государственные учреждения.

В вопроснике обследования 2003 года женщинам было предложено расположить лечебные учреждения, где им был произведен аборт, в соответствующей шкале: 1) больницы; 2) родильные дома; 3) частные клиники или кабинеты; 4) немедицинские учреждения и 5) другое. В России учреждения первого и второго типа финансировались из бюджета (федерального и местного), поэтому мы их объединим в

одну категорию – «государственные». Оказывается, практически все обычные аборт и 80% всех мини-аборт производятся в государственных учреждениях (Рис.8).

Рис.8 Доля аборт, произведенных в государственных лечебных учреждениях в 1998-2002 гг., по категориям (результаты обследования «Здоровье женщин и детей» 2003 года)



Таким образом, присутствие частного сектора на «рынке аборт» практически незаметно. К тому же, доля аборт, произведенных в государственных учреждениях, оставалась удивительно стабильной в течение 5 лет. Возможно, дело здесь в том, что частная медицина не очень заинтересована в аборт как источнике дохода.

Наконец, чтобы ответить на вопрос, связано ли снижение уровня аборт в России с ростом числа пользователей контрацепции, рассмотрим роль медицинских учреждений в распространении контрацептивов, особенно после производства аборт. Данные обследования 2003 года показали, что в течение 5 лет (1998-2002) доля женщин, получивших сразу после аборт консультацию врача или медсестры по поводу методов предупреждения беременности, выросла с 53 до 73%. Кроме того, повысилась и доля женщин, которые после аборт покинули лечебное учреждение, получив средство контрацепции или рецепт на его покупку, – с 26 до 45%. Напротив, если в 1998 году 80% женщин использовали тот вид контрацепции, который был им назначен после аборт, к 2003 году этот показатель снизился до 57%, оставаясь, тем не менее, достаточно высоким. Мы также наблюдаем рост доли женщин, не удовлетворенных тем методом, который был им назначен или рекомендован в послеабортный период (Табл.2).

Таблица 2

Деятельность лечебных учреждений по послеабортному распространению контрацепции. Доля женщин, давших положительный ответ на соответствующий вопрос анкеты «Здоровье женщин и детей» 2003 года

Тип аборта и год его производства	Q1 (рекомендации)	Q2 (само средство или рецепт на него)			Q3 (использование)	Q4 (удовлетворенность)
		Средство	Рецепт	То и другое		
Аборт						
1998	53%	23%	6%	29%	78%	65%
1999	55%	21%	8%	29%	68%	56%
2000	66%	21%	12%	33%	58%	73%
2001	69%	17%	17%	34%	57%	57%
2002	73%	19%	23%	42%	59%	48%
Мини-аборт						
1998	55%	10%	12%	21%	89%	56%
1999	62%	21%	17%	38%	80%	65%
2000	75%	25%	21%	46%	71%	71%
2001	74%	23%	13%	36%	86%	50%
2002	75%	30%	20%	50%	55%	53%
Обе категории						
1998	53%	18%	8%	26%	81%	63%
1999	58%	21%	12%	33%	73%	60%
2000	69%	22%	15%	38%	63%	72%
2001	70%	19%	16%	34%	67%	55%
2002	74%	24%	22%	45%	57%	50%
<i>Q1 : До или после Вашего последнего аборта / мини-аборта говорили ли Вам врач или медсестра о том, что нужно делать, чтобы избежать нежелательной беременности?</i>						
<i>Q2 : Получили ли Вы рецепт на контрацептивное средство или само средство при выписке из медицинского учреждения после Вашего последнего аборта / мини-аборта?</i>						
<i>Q3 : Использовали ли Вы средство, которое было Вам дано или назначено после Вашего последнего аборта / мини-аборта?</i>						
<i>Q4 : Удовлетворены ли Вы этим средством ?</i>						

Заключение:

Анализ официальной и выборочной статистики абортс показывает, что в современной России:

- критическое отношение к статистике абортс чаще всего основано на недоверии к ее структуре и функционированию, а также на ошибочной интерпретации данных выборочной статистики (локальных выборочных обследований);
- учет искусственных абортс обладает достаточной полнотой и детальностью, что дает основания для исключения России из списка стран с «неполной или несуществующей статистикой абортс»;
- снижение уровня абортс, наблюдаемое в течение двух последних десятилетий, следует отнести на счет распространения методов предупреждения нежелательной беременности; медицинские учреждения играют в этом важную роль;
- хотя законодательство Российской Федерации подтверждает право женщины на бесплатное прерывание беременности, такое постепенно исчезает из повседневной практики;

- средние затраты женщины на производство аборта постоянно растут; оставаясь вполне приемлемыми для всех слоев общества, они, тем не менее, достаточно высоки для того, чтобы вызвать вопросы о последствиях аборта не только для здоровья, но и для семейного бюджета;
- подавляющее большинство аборт производится в системе общественного здравоохранения; очевидно, частная медицина не заинтересована в более широком внедрении этой процедуры в своей системе;
- исследования, посвященные планированию семьи и абортам, очень мало развиты, особенно если принять во внимание важность этой проблемы.

Библиография

- Авдеев А. Аборты и рождаемость // *Социологические исследования*, 1989, №3, с.54-62.
- Авдеев А. Аборт - дамоклов меч над каждой семьей // В: *СССР: демографический диагноз*, Москва: «Прогресс», 1990, с.337-350.
- Бедный М.С. Демографические факторы здоровья, М.: Финансы и статистика, 1984.
- Данилов И.А. Частота и исходы беременностей среди городских и сельских жительниц // *Здравоохранение Российской Федерации*, 1972, №6, с.26-28.
- Исследование 1996 года «Репродуктивное здоровье российских женщин». Итоговый отчет.* Всероссийский Центр по изучению общественного мнения; Центры по контролю заболеваемости и по профилактике, Департамент репродуктивного здоровья, США; Агентство международного развития США. Май 1998.
- Кваша Е. Харьковская Т. Аборты в России // *Население и общество*. Информационный бюллетень Центра экологии и демографии человека, №48, сентябрь 2000.
- Попов А.А. Медико-демографические и социально-гигиенические факторы искусственного аборта (обзор литературы) // *Здравоохранение Российской Федерации*, 1980, №3, с.27-30.
- Сакевич В. Аборт или контрацепция: что выбирают российские женщины? // *Demoscope weekly*, №123-124, 25 августа–7 сентября 2003.
- 1999 Russia Women's Reproductive Health Survey: a follow-up study of three sites, preliminary report. Moscow: All Russian Centre for Public Opinion and Market Research (VCIOM); and Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2000.
- Avdeev A. Le concept de la planification de la famille et son influence sur la pratique de la gestion d'état en URSS // *Annales de Démographie Historique*, 1992, p.151-168.
- Avdeev A. Contraception and Abortions: Trends and Prospects for the 1990s // В: *Demographic Trends and Patterns in the Soviet Union Before 1991*. Ed. by W.Lutz, S.Scherbov and A.Volkov. IIASA. Routledge. London, N.Y.: 1994, p.131-149.
- Avdeev A., A.Blum et I.Troitskaia. Histoire de la statistique de l'avortement en Russie et en URSS jusqu'en 1991 // *Population*, 1994, N°4-5, p.903-935.
- Avdeev A. et I.Troitskaia. Historical view of abortion statistics in the USSR // В: *Collecte et comparabilité des données démographiques et sociales en Europe*, Chaire Quetelet 1991, sous la direction de J.Duchêne et G.Wunsch, Louvain-la-Neuve, Academia L'Harmattan, 1995, p.277-300.
- David, P.H., V.Bodrova, A.Avdeev, I.Troitskaia and M.Boulay. *Women and Infant Health Project. Household Survey 2000. Report of Main Findings*. John Snow Inc., December 2000.
- Induced Abortion: a World Review*, 1983 by Christopher Tietze – 5th edition. Population Council, NY.
- Induced Abortion: a World Review*, 1986 by Christopher Tietze and Stanley K.Henshaw – 6th edition. Population Council, NY.
- Ketting, E. Abortion in Europe: the East-West Divide” (Editorial) *Choice*, 2000, vol.28, no.2 IPPF.

Philipov, D., E.Andreev, T.Kharkova and V.Shkolnikov. Induced Abortion in Russia: Recent Trends and Underreporting in Surveys // *European Journal of Population* 2004, vol. 20, p. 95–117.

Popov A. Family Planning and Induced Abortion in the USSR: Basic Health and Demographic Characteristics // *Studies in Family Planning* Vol.22, n°6 (Nov.-Dec., 1991), p.368.

Savelieva G.M., D.V.Gavrilova, T.A.Lobova. Family planning in Russia // *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1997, n°58, p.51-57.

Sharing responsibility: women, society and abortion. Alan Guttmacher Institute Report, 1999.

Приложение

Таблица 3

Общее число и публикуемые показатели аборт в СССР

	Ежегодное число абортов	Общий коэффициент абортов	Число абортов на 1000 женщин в возрасте 15-44 лет	Число абортов на 100 живорождений	Число абортов на 100 известных беременностей
Источник:	<i>Induced Abortion: a World Review</i> , 1983 by Christopher Tietze – 5th edition. Population Council, NY, p.34 Tbl.2				
1960	8 500 000	40	170	160	62
1965	11 700 000	50	220	275	73
1970	10 000 000	41	180	230	70
Источник:	<i>Induced Abortion: a World Review</i> , 1986 by Christopher Tietze and Stanley K.Henshaw – 6th edition. Population Council, NY, p.41 Tbl.2				
1982	11 000 000	40	181	208	68
Источник:	<i>Induced Abortion: a World Review, 1990 Supplement</i> by Stanley K. Henshaw and Evelyn Morrow – The Alan Guttmacher Institute, NY, p.51 Tbl.2				
1975	7 135 000	28.0	124.8	152.9	60.5
1976	7 293 000	28.4	126.2	155.0	60.8
1977	7 238 000	27.9	123.9	153.1	60.5
1978	7 160 000	27.4	121.2	149.6	59.9
1979	7 009 000	26.6	117.4	145.1	59.2
1980	7 003 000	26.4	116.1	142.7	58.8
1981	6 834 000	25.5	113.6	135.9	57.6
1982	6 912 000	25.6	115.1	131.8	56.9
1983	6 765 000	24.8	113.0	125.5	55.7
1984	6 780 000	24.6	113.5	126.0	55.8
1985	7 034 000	25.2	118.0	128.1	56.2
1986	7 116 000	25.3	118.1	126.9	55.9
1987	6 818 000	24.0	111.9	(121.8)	(54.9)

Таблица 4

Пример ежегодной статистической таблицы об абортах, произведенных в учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения России, 2001 г. (форма существует с 1996 года)

		Всего	В том числе у женщин								
			< 15 лет	15-19 лет	20-24 лет	25-29 лет	30-34 лет	35-39 лет	40-44 лет	45-49 лет	> 50 лет
1	Всего аборт (без мини-аборт)	1 398 049	1207	154 379	379 357	343 781	249 874	179 507	82 225	7 440	279
	Из них:										
2	Самопроизвольные (спонтанные)	167 291	54	17 738	47 852	42 163	29 235	19 376	9 632	1 188	53
3	Искусственные легальные	1 063 231	245	105 276	285 018	266 204	196 417	143 432	61 601	4 871	167
4	Искусственные по медицинским показаниям	41 109	847	11223	9 312	7 139	4 538	3 056	4 379	593	22
5	Искусственные криминальные	2 440	3	296	689	593	435	285	121	16	2
6	Неуточненные	82 332	29	9 462	22 610	19 988	14 148	10 060	5 343	662	30
7	Аборты по социальным показаниям	41 646	29	10 384	13 876	7 694	5 101	3 298	1 149	110	5
8	Из общего числа – аборты у первобеременных	161 555	1162	81 797	60 790	13 398	2 904	1 101	374	28	1
9	Сроки прерывания беременности до 12 недель	1 278 799	817	131 244	343 518	318 096	232 340	168 641	7 7061	6 840	242
10	Сроки прерывания беременности до 22-27 недель	27 525	159	6 050	8 680	6 037	3 550	2 068	836	139	6
11	Число женщин, умерших после аборт	124	1	13	31	28	17	28	6	-	-
	Из них:										
12	От причин, не связанных с беременностью	15	-	2	4	3	3	3	-	-	-
13	После аборт, начатого или начавшегося вне лечебного учреждения	75	1	4	14	20	11	20	5	-	-
14	Проведено регуляций менструального цикла методом вакуум-аспирации (мини-аборты)	458 902	208	34 470	112 714	122 001	93 080	65 797	28 019	2 573	40

Контрацептивное поведение в Европе: национальные различия^{1,2}

Интерес к изучению контрацептивного поведения в Европе возник вследствие значительного и необратимого снижения рождаемости в 1960-1970е годы. Сочетание ряда факторов – желание ограничить число детей в семье и контролировать интервалы между их рожденьями, существенное удлинение периода подверженности риску нежелательной беременности после достижения желаемого числа детей в семье – привело к широкому распространению методов регулирования рождаемости.

Вопросы о контрацепции вошли в анкеты целой серии обследований рождаемости, прошедших в ряде европейских стран с середины 1960х до конца 1990х годов. Одной из основных задач этих обследований организаторы считали создание стандартизованных баз данных, которые объединяли бы данные национальных обследований и позволяли проводить сравнительный анализ рождаемости и планирования семьи, прежде всего в Европе. Первый проект «Сравнительные обследования рождаемости» (CFS, Comparative Fertility Surveys), базировался на данных 12 национальных обследований, проведенных в ряде стран–членов Европейской экономической комиссии ООН (ЕЭК) в середине 1960х – начале 1970х годов. Поскольку все национальные обследования проводились по различающимся вопросам и без координации со стороны ЕЭК, по крайней мере, на начальном этапе проекта, к данным пришлось применять сложные процедуры гармонизации, а результаты сравнительного анализа факторов снижения рождаемости в Европе изложены в единственной публикации.³

Следующий проект по изучению рождаемости в Европе, проведенный под эгидой Международного статистического института, относится к концу 1970х – началу 1980х годов. Список стран, участвовавших в проекте, расширился: в него вошли 17 европейских стран и США. Поскольку основой для национальных вопросников послужила анкета, разработанная для Всемирного обследования рождаемости (World Fertility Survey, WFS), этот проект дал гораздо больше возможностей для сравнительного анализа основных аспектов рождаемости, в том числе и контрацептивного поведения.⁴ Хотя в ЕЭК была

¹ Данные первой волны европейского обследования «Поколения и гендер» представлены Отделом населения Европейской экономической комиссии ООН (Population Activity Unit, UN Economic Commission for Europe).

² Статья представляет собой дополненные и переработанные тексты докладов на Всемирной конференции по народонаселению в Марракеше (сентябрь 2009 г.) и на Европейской конференции по народонаселению в Вене (сентябрь 2010 г.).

³ Fertility and Family Planning in Europe around 1970: A comparative study of twelve national surveys, *Population Studies*, n° 58, United Nations, New York 1976, 180 p.

⁴ См., например, H.Leridon. Fertility and Contraception in 12 Developed Countries // *Family Planning Perspectives*, Vol.13, No.2, 1981, pp.93-96+98-101.

разработана процедура сравнительного анализа факторов рождаемости на основе данных этого обследования, официального отчета о результатах не было представлено.⁵

Следующий проект «Обследование рождаемости и семьи» (FFS, Fertility and Family Survey), реализованный ЕЭК в конце 1980х – 1990е годы и направленный на разработку мер эффективной политики в области семьи и рождаемости в развитых странах, охватил Западную, часть Центральной и Восточной Европы, страны Балтии, а также Канаду, Новую Зеландию и США. Несмотря на то, что характеристики выборки и используемый вопросник были всего лишь рекомендованы странам-участницам проекта, большинство национальных данных оказались пригодными для межстрановых сравнений. К тому же доступ к этим данным получили исследователи и научные коллективы ведущих европейских и североамериканских научных центров, вследствие чего круг публикаций, содержащих результаты сравнительных исследований рождаемости и планирования семьи, значительно расширился.⁶

К сожалению, ни СССР, ни позднее Россия не участвовали ни в одном из вышеупомянутых проектов. Получить представление об особенностях российского планирования семьи в сравнении с другими странами отчасти помогает обследование «Репродуктивное здоровье женщин». Оно было проведено при поддержке Американского агентства по международному развитию (USAID) и Центра контроля и профилактики заболеваний (CDC) в 12 странах Восточной Европы и бывшего СССР во второй половине 1990х годов.⁷ Результаты этого обследования дают детальное сравнительное описание контрацептивного поведения в этом регионе: знание методов контрацепции, их распространенность, влияние социально-демографических характеристик респондента на использование контрацепции, неудовлетворенная потребность в контрацепции и пр. К достоинствам этого обследования можно отнести попытку изучения поведенческих аспектов планирования семьи в Восточной Европе и бывшем СССР, к недостаткам – особенности выборки, не всегда обеспечивающей репрезентативность на национальном уровне, а также ограниченную возможность сравнения ситуации с западноевропейской.

«Поколения и гендер» (Generations and Gender Survey, GGS) – первое исследование, репрезентативное на национальном уровне, которое позволяет сравнивать Россию со многими европейскими странами по широкому спектру демографических показателей, в том числе и по использованию контрацепции. К тому же это обследование – панельное, оно позволяет наблюдать в динамике изменения в контрацептивном поведении и

⁵ P.Festy, F.Prioux. *An evaluation of the Fertility and Family Survey project*. UN, New York and Geneva, 2002, p.3.

⁶ P.Festy, F.Prioux. *Op.cit.*, pp.3-5.

⁷ Centers for Disease Control and Prevention and ORC Macro. 2003. *Reproductive, Maternal and Child Care in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report*. Atlanta, GA (USA) and Calverton, MD (USA).

связывать их не только с переменами в характеристиках респондентов, но и с развитием соответствующих общественных и государственных институтов, прямо или косвенно влияющих на использование контрацепции.

В статье представлены результаты исследования контрацептивного поведения в Европе, основанного на данных первой волны обследования «Поколения и гендер», прошедшей в 2004-2006 гг.

Данные и методы

В настоящем исследовании использованы национальные данные для шести стран: Болгарии, Германии, Грузии, России, Румынии и Франции. Кроме того, в статье использованы показатели контрацептивного поведения для Литвы, найденные в литературе;⁸ авторы не имели доступа к литовской выборке. На данном этапе исследования авторы ограничиваются описательным анализом, который, тем не менее, дает ясное представление о национальных различиях контрацептивного поведения в Европе, а также демонстрируют возможности более детального анализа данных на примере использования контрацепции респондентами в старших возрастах.

Информация об использовании контрацепции в момент проведения обследования была получена из ответов на вопрос «Вы (или Ваш супруг/партнер) делаете или используете что-либо, чтобы предотвратить беременность?». Респонденты могли выбрать несколько ответов из представленного списка, включавшего 11 известных методов предупреждения беременности.

На вопрос о контрацепции отвечали не все респонденты, вошедшие в национальные выборки, а только те, кто отвечал следующим критериям:

✓ Женщины репродуктивного возраста (18-49 лет), имевшие супруга/партнера и не беременные в момент опроса, а также все мужчины, у которых была супруга/партнерша репродуктивного возраста, не беременная в момент опроса;⁹

✓ Не давшие отрицательного ответа («Определенно нет») на вопрос о физиологической возможности иметь детей со своим супругом/партнером.

После отбора в суммарной выборке для шести стран оказалось 11.6 тыс. мужчин и 13.3 тыс. женщин, отвечавших на вопрос об использовании контрацепции в момент опроса (см. Табл.1).

⁸ См.: И.Троицкая, А.Авдеев и др. Сравнительный анализ контрацептивного поведения: Россия, Грузия, Литва и Франция // В: Эволюция семьи в Европе: Восток-Запад. М.: НИСП, 2010, сс.266-303.

⁹ Кроме Франции, где вопрос об использовании контрацепции в момент обследования задавался всем респондентам, отвечавшим критериям возраста и способности к зачатию, независимо от наличия супруга/партнера. Чтобы синхронизировать национальные выборки, мы исключили французских респондентов, не имевших супруга/партнера, из дальнейшего анализа.

Таблица 1.

**Число респондентов, отвечавших на вопрос об использовании контрацепции,
по странам и полу**

Страна и год обследования	Мужчин	Женщин
Болгария (2004)	2 424	3 406
Германия (2005)	1 516	1 901
Грузия (2006)	1 699	1 681
Россия (2004)	1 917	2 299
Румыния (2005)	2 435	2 025
Франция (2005)	1 647	2 043
Всего	11 638	13 355

Использование контрацепции: описательный анализ

Дальнейший анализ по большей части базируется на ответах респондентов женского пола; исключение составляет раздел, посвященный сравнению ответов мужчин и женщин на вопрос об использовании контрацепции. Во-первых, мы считаем, что ответы женщин лучше отражают реальную ситуацию, поскольку ни один метод контрацепции не может быть использован без того, чтобы женщина о нем не знала,¹⁰ тогда как мужчина может не знать об использовании его супругой или партнершей таких методов предупреждения беременности, как внутриматочная спираль (ВМС) или гормональные таблетки. К тому же, как показал анализ, ответы мужчин и женщин на вопрос о контрацепции оказались очень близки (см. Табл.3).

Распространенность контрацепции

Результаты исследования показали, что распространенность контрацепции – доля пользователей каким-либо методом (или несколькими методами) предупреждения беременности среди опрошенных – различается от страны к стране (Табл.2). Во Франции и России этот показатель достигает 84% среди всех ответивших на вопрос об использовании контрацепции, что составляет практически предельное его значение при наблюдаемых в этих странах уровнях рождаемости. Болгария, Германия, Румыния и Литва образуют группу стран, где контрацепцию используют 72-74% опрошенных женщин. В Грузии только каждая вторая из опрошенных женщин использовала методы предупреждения беременности в момент обследования, что представляется недостаточным, если мы примем во внимание низкую рождаемость в этой стране.

¹⁰ Исключение составляет мужская стерилизация, но она не включена в список методов, предлагаемых респондентам для выбора ответов на вопрос о контрацепции.

Таблица 2.

Распространенность методов контрацепции по странам^{*)}

Страна	Суммарный коэффициент рождаемости в год обследования	Распространенность контрацепции среди респондентов-женщин	Из них используют современные методы
Франция	1.92	84.6	96.9
Германия	1.34	72.2	91.2
Литва	1.30	73.6	72.7
Грузия	1.41	52.1	65.7
Россия	1.34	84.2	65.0
Румыния	1.30	74.5	58.7
Болгария	1.29	71.6	53.5

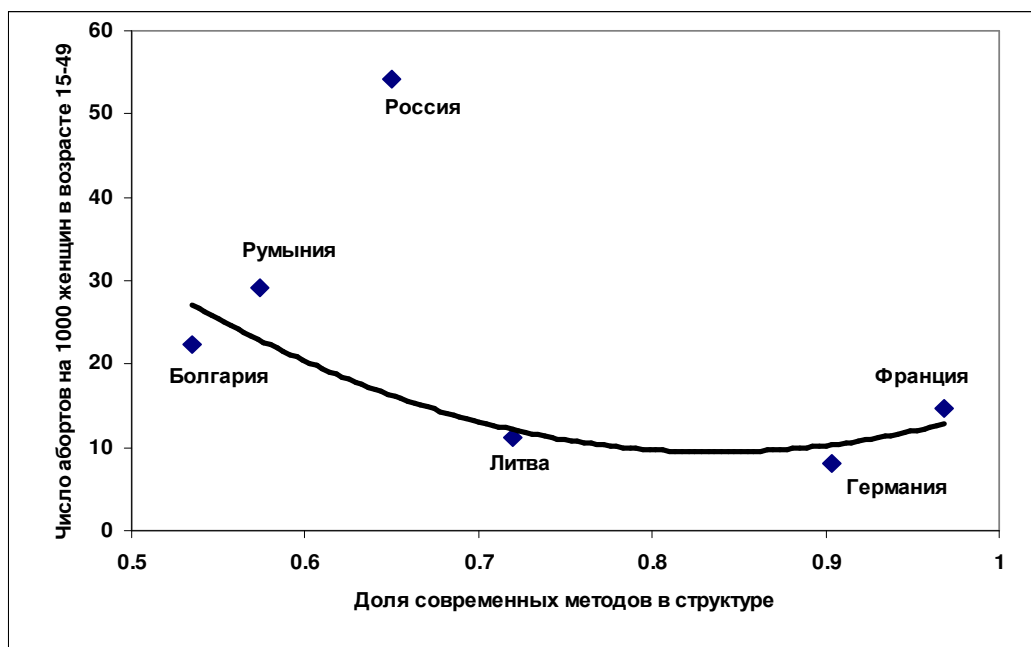
*) страны в таблице ранжированы по доле пользователей современной контрацепцией

Но следующий показатель – доля тех, кто применяет современные методы, среди всех пользователей, по-прежнему демонстрируя лидерство западноевропейских стран, по-прежнему группирует страны из Восточной Европы. К примеру, Грузия, занимая последнее место по общей доле пользователей контрацепцией, имеет относительно современную структуру используемых методов. Доля применяющих современные методы контрацепции среди всех пользователей в Грузии такая же, как в России, и выше, чем в Болгарии и Румынии.

Известно, что распространенность контрацепции и ее средняя эффективность, зависящая от соотношения традиционных и современных методов в структуре используемых методов, являются факторами, влияющими на уровень искусственных аборт. Данные нашего исследования в очередной раз подтверждают, что между этими показателями существует связь: чем выше доля современных методов, тем ниже уровень аборт. Эта связь была бы еще более сильной, если бы не случай России, выбивающийся из общего ряда: здесь относительно высокая доля современных методов в структуре используемой контрацепции сочетается с уровнем аборт, самым высоким среди шести изучаемых стран. Из Рис.1 видно, что, исключив Россию (как нетипичный случай) и Грузию (вследствие низкого качества статистики аборт в этой стране)¹¹, мы обнаруживаем довольно сильную корреляцию между структурой контрацепции и показателями аборт.

¹¹ И.Троицкая, А.Авдеев и др. Op.cit., с.270.

Рис.1 Связь показателей контрацепции и искусственного аборта



Использование контрацепции: сравнение ответов мужчин и женщин

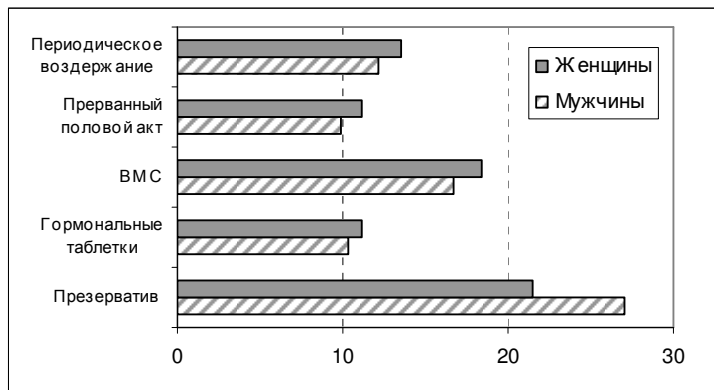
Прежде всего, обращает на себя внимание довольно близкое совпадение ответов на вопрос об используемом методе у мужчин и женщин во всех странах, за исключением Грузии (см. Рис.2 и Табл.3). Грузинские респонденты мужского пола в большинстве случаев значительно недооценивают использование коитус-независимой контрацепции их партнершей, а каждый пятый из них не знает, какой метод она использует для предупреждения нежелательной беременности.

На наш взгляд, такое совпадение ответов практически во всех странах косвенно подтверждает качество информации о контрацепции, полученной в результате обследования «Поколения и гендер», а также означает, что партнеры обсуждают вопросы регулирования рождаемости и, возможно, вместе принимают решения, касающиеся репродуктивных планов и контрацептивных стратегий.

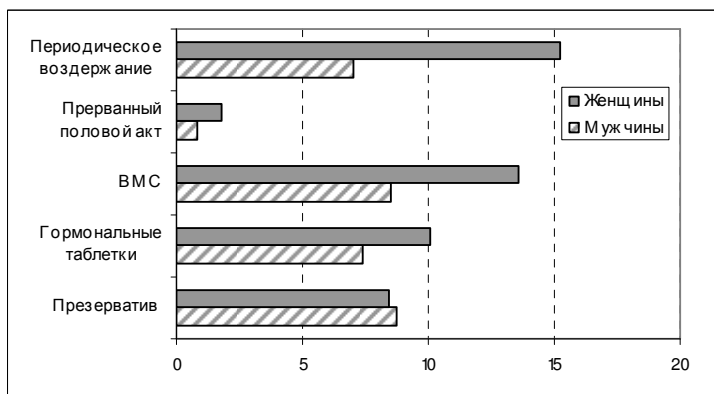
Максимальные расхождения между ответами мужчин и женщин мы наблюдаем в случае использования презерватива: респонденты мужского пола, согласно их ответам, используют этот метод чаще, чем это декларируют женщины, говоря об использовании презерватива их партнерами. Это связано, вероятнее всего, с двойной функцией презерватива – метода как предупреждения беременности, так и защиты от болезней, передаваемых половым путем. Возможно, женщины, отвечая на этот вопрос, имеют в виду только его использование партнерами в качестве контрацептива, в отличие от мужчин, которые в ряде случаев используют его как средство защиты от болезней, передаваемых половым путем, и это отражается в их ответах.

Рис.2 Сравнение ответов респондентов женского и мужского пола на вопрос об использовании контрацепции в момент обследования (доля пользователей, %)

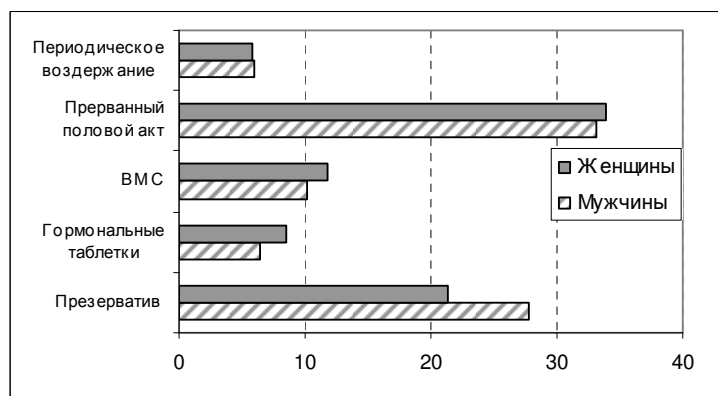
а) Россия



б) Грузия



в) Болгария



**Использование контрацепции респондентом или его/ее партнером в момент обследования,
по полу (в % от общего числа опрошенных)**

Использование контрацепции	Болгария		Грузия		Россия		Румыния		Германия		Франция	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Не используют никакого метода	29.0	28.4	46.0	47.0	17.3	15.8	27.3	25.5	31.8	27.8	20.2	15.6
Используют какой-либо метод	71.0	71.6	54.0	53.0	82.7	84.2	72.7	74.5	68.2	72.2	79.8	84.4
<i>Из них используют:</i>												
Презерватив	27.8	21.4	8.7	8.4	34.9	28.3	28.7	25.9	19.3	14.2	12.6	12.1
Гормональные таблетки	6.4	8.5	7.4	10.1	13.3	14.7	21.1	21.4	50.9	49.8	49.3	53.0
ВМС	10.2	11.8	8.5	13.6	21.5	24.3	6.5	7.5	4.9	8.7	18.2	20.1
Барьерные и химические методы	0.3	0.5	0.3	0.5	2.3	3.0	0.9	0.6	1.4	1.2	0.8	0.9
Импланты и инъекции	-	-	-	-	0.3	0.3	0.5	0.5	1.3	1.6	2.0	1.7
Morning after pill	0.5	0.8	0.1	0.1	0.7	0.7	1.5	1.3	0.3	0.6	0.4	0.4
Прерванный половой акт	33.2	33.9	0.8	1.8	12.8	14.6	10.9	11.2	2.1	1.9	1.8	1.6
Периодическое воздержание	6.0	5.8	7.0	15.2	15.7	17.7	29.8	30.1	3.5	5.5	0.9	1.3
Спринцевание	-	-	-	-	3.5	6.0	-	-	-	-	-	-
Другое	-	-	0.2	0.3	-	-	0.9	1.4	0.5	0.7	0.5	0.6
Не знают	-	-	21.0	3.4	1.3	1.2	-	-	-	-	-	-

*) сумма долей пользователей различными методами превышает общую распространенность контрацепции, поскольку респонденты могли указывать несколько методов

Структура используемой контрацепции: национальные особенности

Если распространенность контрацепции – общая доля пользователей каким-либо методом среди всех опрошенных – более или менее одинакова во всех изучаемых странах, кроме Грузии, то структура – вес каждого из методов в общем числе случаев использования контрацепции – существенно отличается от страны к стране. Как мы уже отмечали выше, страны Западной Европы (Франция и Германия) отличаются от восточноевропейских очень высокой долей пользователей современными методами предупреждения беременности, прежде всего ВМС и гормональными таблетками. В Табл.4 приведены пять наиболее часто употребляемых методов контрацепции и их доля в структуре используемых методов.

Как мы видим, в Западной Европе наиболее распространенным методом являются гормональные таблетки: они составляют почти 60% в структуре используемой контрацепции. В Восточной Европе этот показатель в 3-6 раз ниже, и в аутсайдерах находятся Россия и Болгария. В некоторых странах ВМС остается вторым по популярности методом контрацепции: в Грузии, России и Франции он составляет 22-25% в структуре используемых методов. Разница только в том, что во Франции первое место принадлежит таблеткам, тогда как в России – презервативу, а в Грузии – календарному методу (периодическому воздержанию). Наиболее архаичная структура, со значительным преобладанием традиционных методов – прерванного полового акта и периодического воздержания – наблюдается в Болгарии и Румынии.

Таблица 4.

Использование респондентами женского пола наиболее распространенных методов контрацепции, по странам (все методы = 100%)

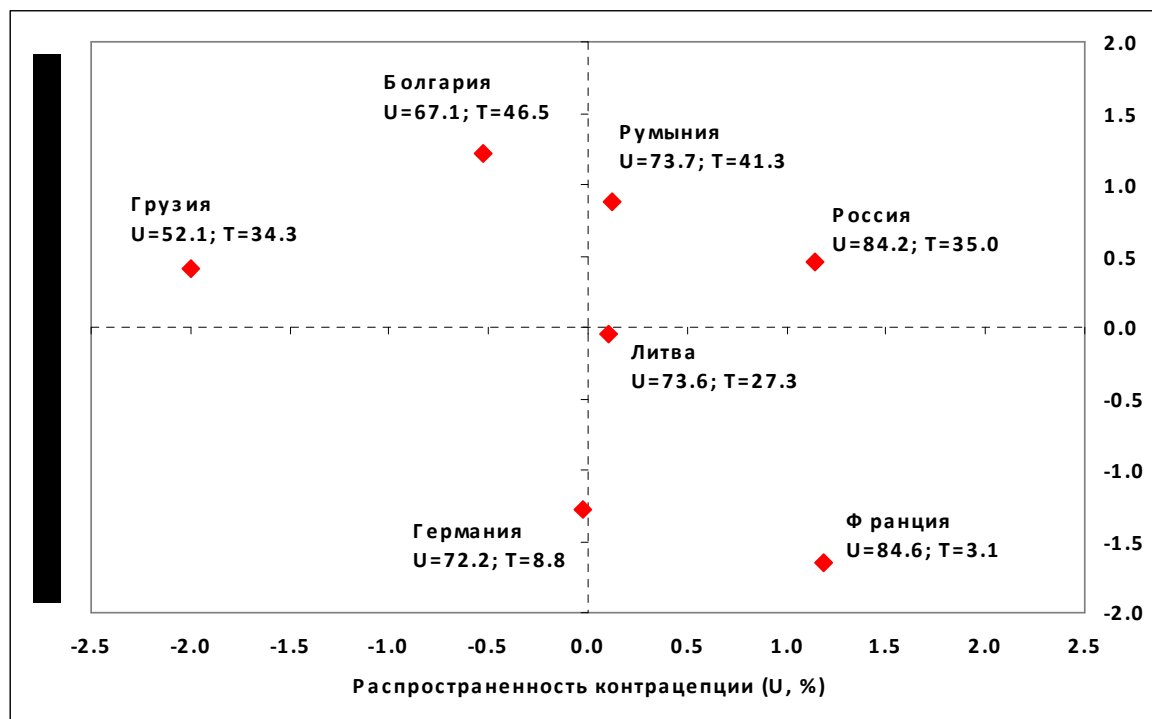
Страна	Таблетки	ВМС	Презерватив	Прерванный половой акт	Периодическое воздержание
Германия	59.1%	10.4%	16.8%	2.3%	6.5%
Франция	57.8%	21.9%	13.2%	1.8%	1.4%
Румыния	21.4%	7.5%	25.9%	11.2%	30.1%
Грузия	19.3%	25.1%	16.2%	3.5%	34.6%
Россия	13.4%	22.1%	25.8%	13.3%	16.2%
Болгария	9.9%	13.9%	28.2%	39.7%	6.8%

*) страны в таблице расположены в порядке возрастания доли гормональных таблеток в структуре используемой контрацепции

Типология контрацептивного поведения в Европе

Отмеченные выше региональные различия, даже основанные на результатах самого общего описательного анализа, позволяют нам сделать вывод о существовании нескольких типов контрацептивного поведения в Европе (см. Рис.3). К одной группе, безусловно, относятся страны Западной Европы, где максимально высокая или близкая к ней доля пользователей контрацепцией сочетается с современной структурой используемых методов: в нашем исследовании это Германия и Франция. Литва имеет показатели контрацептивного поведения, практически равные средним значениям для всей группы сравниваемых стран. Находится ли Литва в процессе перехода от «восточного» к «западному» типу контрацептивного поведения, или в Европе существует некий промежуточный тип, формирующийся под влиянием советского прошлого, европейского настоящего, политики, религии и других факторов? Ответ на этот вопрос затруднителен без расширения списка стран, включенных в анализ.

Рис.3 Распространенность контрацепции и доля традиционных методов в структуре контрацепции (отклонения от средних значений)



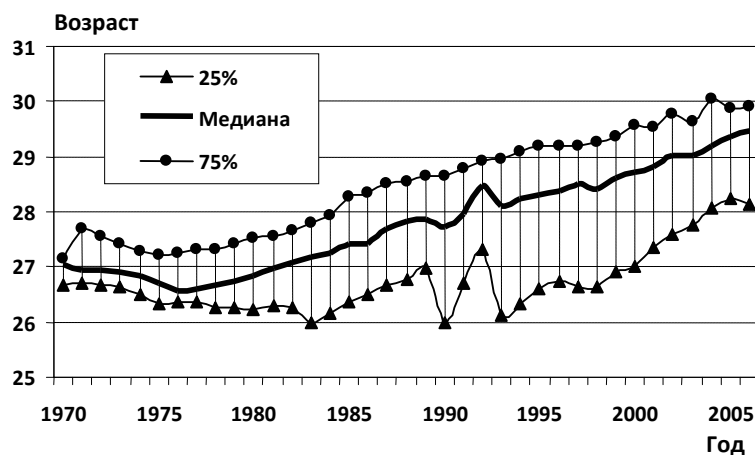
Остальные страны Восточной Европы – Болгарию, Грузию, Россию и Румынию – объединяет высокая (относительно среднего значения для всей группы) доля традиционных методов в структуре используемой контрацепции. Но внутри этой группы из четырех стран есть различия по второму параметру контрацептивного поведения –

распространенности контрацепции. В России он выше среднегруппового, в Румынии – практически равен ему, а в Болгарии и Грузии – ниже среднего для всей группы стран.

Особенности использования контрацепции после 35 лет

В последние десятилетия в европейской рождаемости наблюдаются изменения, имеющие все признаки процесса мировой модернизации демографического развития, которая носит в литературе название второго демографического перехода. Одним из признаков такого перехода являются изменения в возрастной модели рождаемости: откладывание первых рождений, существенное снижение рождаемости в самых молодых репродуктивных возрастах, неуклонное увеличение среднего возраста материнства (см. Рис.4) и т.п.

Рис.4 Динамика среднего возраста матери при рождении ребенка в странах Европейского Союза (среднее значение, 1й и 3й квантили)

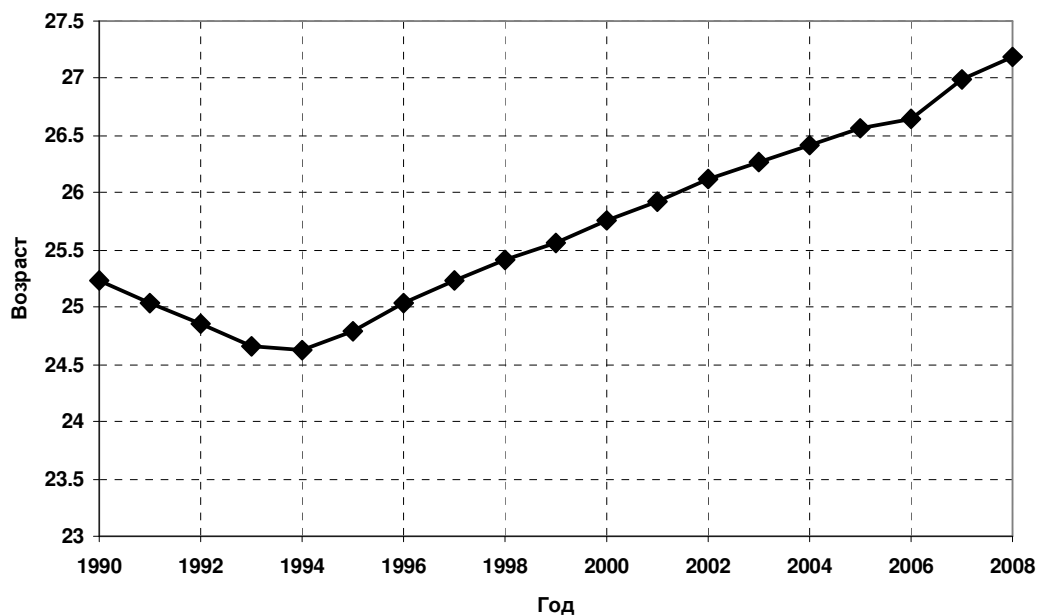


Источник: оценки А.Авдеева

В России эта тенденция отражается в динамике среднего возраста материнства, в изменениях кривой по возрастной рождаемости, ее смещению к старшим репродуктивным возрастам. За последние 15 лет средний возраст матери при рождении ребенка в России вырос на 2,5 года: с 24,8 лет в 1995 году до 27,2 – в 2008 (см. Рис.5).

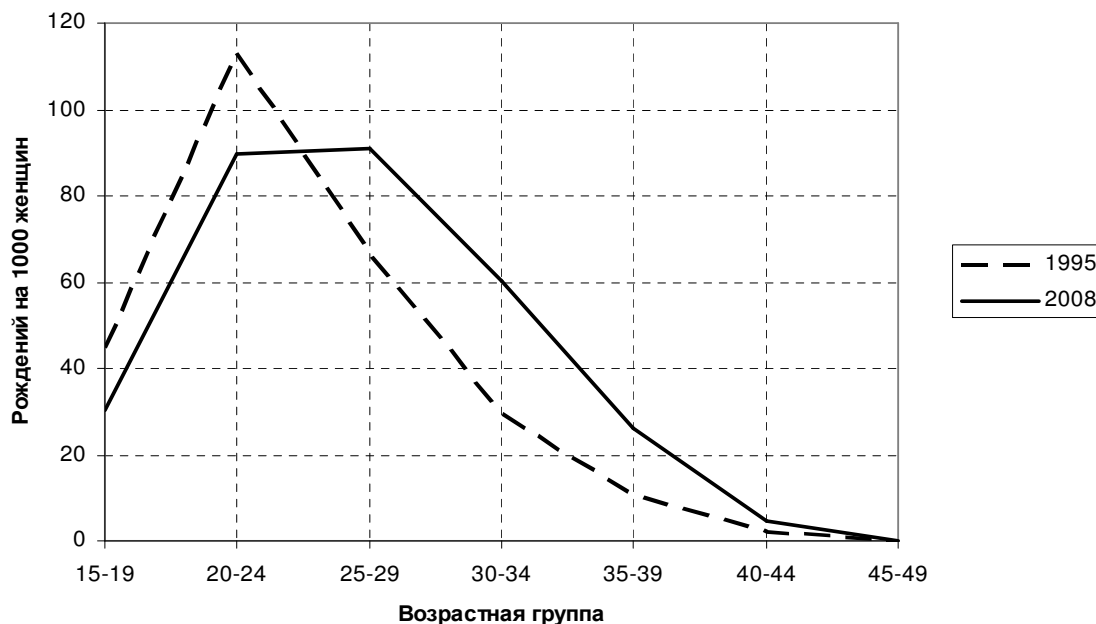
В этот же период в России значительно вырос вклад женщин старших репродуктивных возрастов в суммарную рождаемость. Доля детей, рожденных женщинами старше 30 лет, увеличилась почти вдвое за последние 15 лет: с 15,9% в 1995 году до 30,1% в 2008 году. В группе 35-49 лет этот показатель также вырос вдвое: с 4,9% до 10,1% соответственно (см. Рис.6).

Рис.5 Динамика среднего возраста матери при рождении ребенка, Россия



Источник: Население России 2008. Шестнадцатый ежегодный демографический доклад (отв. ред. А.А.Вишневский). М., 2010, с.97.

Рис.6 Повозрастные показатели рождаемости в России, 1995 и 2008 гг.



Источник: Население России 2008. Шестнадцатый ежегодный демографический доклад (отв. ред. А.А.Вишневский). М., 2010, с.94.

Несмотря на рост упомянутых выше показателей, в России, как и в других странах Европы, в условиях низкой рождаемости большинство женщин к 35-летнему возрасту завершает формирование семьи, родив запланированное число детей, как правило, одного-

двух. Таким образом, по достижении этого возраста женщины представляют группу высокого риска незапланированной беременности и, как следствие, риска ее прерывания посредством искусственного аборта. К примеру, статистика для России показывает, что в последние 15 лет вклад возрастной группы 35-49 лет в формирование суммарных показателей абортов был довольно стабильным и составлял 17-20 %.

Изучение контрацептивного поведения женщин в старших репродуктивных возрастах – 35-49 лет – в шести европейских странах: Болгарии, Германии, Грузии, России, Румынии и Франции на основе национальных обследований «Поколения и гендер» позволил нам:

1) оценить особенности использования контрацепции в этой возрастной группе, влияние социально-демографических характеристик респондента на выбор метода предупреждения нежелательной беременности;

2) продемонстрировать возможности этого обследования, перспективы использования его данных для дальнейшего анализа контрацептивного поведения в европейских странах.

В обследовании участвовали более 8 тыс. женщин в возрасте 35-49 лет, имеющих партнера в момент опроса. Исследование показало, что среди женщин этой возрастной группы от 60 до 80% респондентов считают себя физиологически способными к деторождению, но практически никто из них не хочет больше иметь детей (см. Табл.5). Это означает, что, несмотря на субъективность оценки респондентами собственной фертильности, доля нуждающихся в контрацептивной защите в этой группе очень высока.

Таблица 5.

Доля женщин в возрасте 35-49 лет, имеющих партнера в момент обследования, которые считают себя физиологически способными к деторождению

	Болгария	Грузия	Россия	Румыния	Германия	Франция
Всего в выборке женщин в возрасте 35-49 лет, имеющих партнера	1 786	1 318	1 534	1 399	1 497	1 239
Доля тех, кто считает себя физиологически способными к деторождению *	81.1%	57.7%	64.3%	72.5%	67.6%	79.4%
<i>Среди них:</i> не хотят больше иметь детей	92.5%	86.6%	84.3%	92.5%	82.8%	88.4%

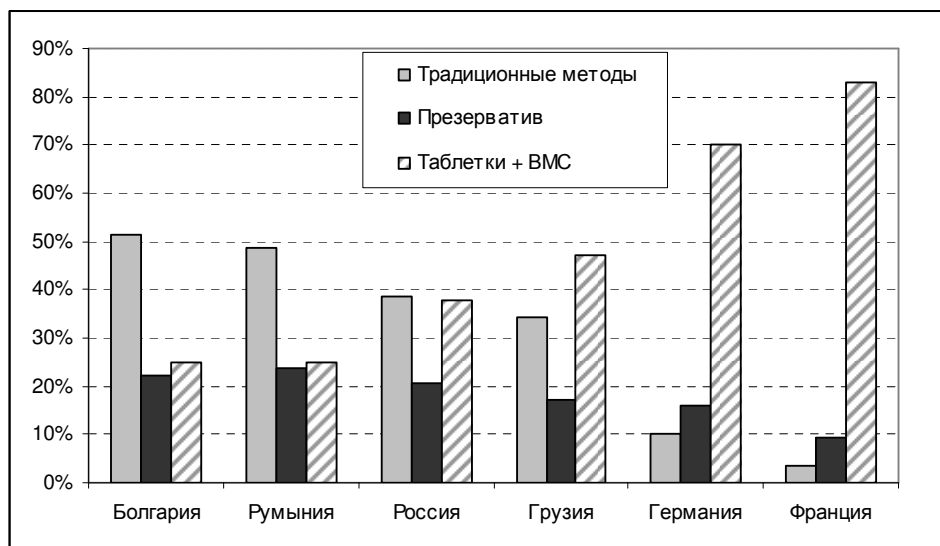
*) те, кто ответил «Возможно, да» и «Определенно да» на вопрос о способности иметь детей

Контрацепция после 35 лет: описательный анализ

Результаты описательного анализа показывают существенную разницу между странами. Распространенность контрацепции, то есть доля пользователей ею среди женщин 35-49 лет, имеющих партнера, меняется от 84% во Франции и 81.5% в России до 70% в Германии и Румынии и 65% в Болгарии; самое низкое значение этого показателя

наблюдается в Грузии – 45%. Кроме того, респонденты из Восточной Европы, по сравнению с Францией и Германией, демонстрируют контрацептивное поведение, характеризующееся низкой долей современных методов в структуре используемой контрацепции, а также относительно высокой неудовлетворенной потребностью в контрацепции (см. Рис.7 и 8).

Рис.7. Структура используемой контрацепции по группам методов (все методы = 100%)



Структура используемых методов контрацепции во Франции и Германии в группе женщин старших репродуктивных возрастов существенно отличается от структуры в четырех восточноевропейских странах (Рис.7). Во Франции и Германии из всех опрошенных, пользующихся контрацепцией, 70-80% отметили использование ВМС или гормональных таблеток. В Грузии и России современные методы составляют 40-45% в структуре используемых методов, в Болгарии и Румынии этот показатель еще ниже – на уровне 25%. При этом во Франции и Германии среди пользователей современными методами гораздо больше распространены таблетки, тогда как в Болгарии, Грузии, Румынии и России чаще используются ВМС.

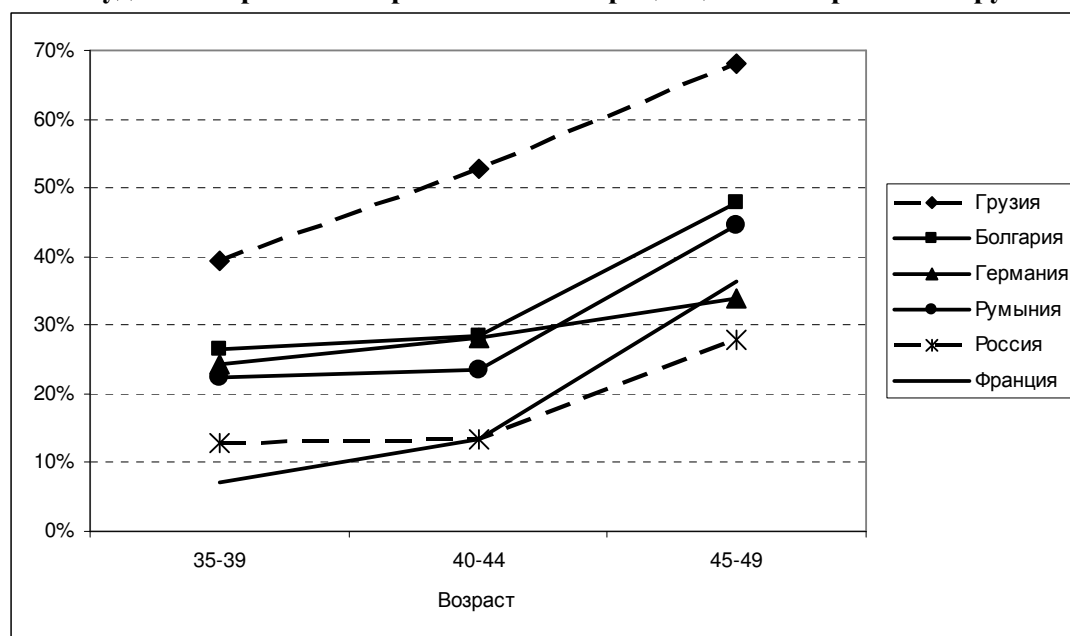
Что касается неудовлетворенной потребности в контрацепции, вопрос заключается в том, является ли низкая частота использования контрацепции в старших репродуктивных возрастах результатом свободного выбора, или это скорее вызвано недоступностью методов и услуг по планированию семьи по экономическим, социальным или даже моральным причинам.

Стандартное определение неудовлетворенной потребности в контрацепции включает всех фертильных женщин, состоящих в любом типе партнерского союза, желающих отложить рождение очередного ребенка на срок более 2 лет или вообще

прекратить деторождение, но не использующих при этом никаких методов контрацепции. В соответствии с более широким определением, пользователи низкоэффективных традиционных методов также рассматриваются как испытывающие неудовлетворенную потребность в контрацепции.

Наши оценки этого показателя для сравниваемых стран будут неполны, поскольку без информации о сексуальной активности нельзя точно оценить неудовлетворенную потребность в контрацепции. Наличие постоянного партнера – основной, но не единственный показатель такой активности. Но, как было упомянуто выше, блок вопросов о контрацепции задавался только респондентам, имеющим постоянного партнера в момент опроса.

Рис.8. Неудовлетворенная потребность в контрацепции по возрастным группам



Уровни неудовлетворенной потребности в контрацепции в Европе существенно различаются от страны к стране. Доля респондентов в возрасте 35-49 лет, нуждающихся в контрацепции, но не использующих ее, достигает 17-18% во Франции и России, 28-31% в Болгарии, Германии и Румынии, тогда как в Грузии более 50% женщин в возрасте старше 35 лет, находящихся в группе риска нежелательной беременности, не используют никакого метода для ее предупреждения. Во всех шести странах величина этого показателя растет с возрастом респондента (Рис.8).

Тем не менее, если бы мы использовали другое, широкое определение неудовлетворенной потребности в контрацепции, которое предусматривает включение пользователей традиционными методами в категорию нуждающихся в контрацептивной

защите, уровни неудовлетворенной потребности в контрацепции в Болгарии, Грузии, Румынии и России были бы значительно выше.

Современная контрацепция после 35 лет: влияние социально-демографических факторов

Чтобы оценить влияние социально-демографических характеристик, таких, как уровень образования, тип партнерского союза, место жительства или число рожденных детей, на вероятность использования современных методов контрацепции (ВМС и гормональные таблетки) в группе респонденток старше 35 лет, мы использовали метод логистической регрессии.

Несмотря на отмеченные выше различия в структуре используемых методов между странами, влияние социально-демографических факторов на использование современных методов контрацепции не так явно выражено, и отмеченное выше разделение изучаемых шести стран на «восточные» и «западные» становится неочевидным (см. Табл.5).

Анализ показывает, что отсутствие официальной регистрации партнерского союза при совместном проживании значительно повышает риск использования современной контрацепции во всех странах, кроме Грузии и России, где вероятность использования современной контрацепции практически одинакова в зарегистрированном и незарегистрированном браке. Что касается респонденток, живущих отдельно от своего партнера, в странах Западной Европы эти женщины демонстрируют самые высокие вероятности использования современной контрацепции. Тогда как в Болгарии, Грузии и России этот показатель ниже, чем у женщин, живущих вместе со своим партнером в любом типе брака, зарегистрированном или нет.

Практически во всех странах, кроме Франции, бездетные женщины демонстрируют гораздо более низкую вероятность использования современной контрацепции по сравнению с респондентками, уже имеющими детей. Можно предположить, что во Франции в эту группу входят респондентки, принявшие сознательное решение вообще не иметь детей, хотя это может быть и признаком очень сильного контроля времени первого рождения. В остальных странах, где практика child-free – добровольной бездетности – не очень распространена, а бездетность нередко рассматривается как отклонение от нормы, женщины в возрасте старше 35 лет, не имеющие детей, возможно, не теряют надежды их родить, отказываясь от современной контрацепции.

Франция представляет собой в некотором роде исключительный случай: здесь реже всего используют современную контрацепцию женщины, уже родившие одного ребенка. Это может быть отчасти связано с особенностями французской семейной политики, оказывающей очень незначительную поддержку семьям с одним ребенком по сравнению с теми, в которых двое и более детей. Возможно, подавляющее большинство однопородных

женщин во Франции намерены родить, рано или поздно, второго ребенка, и по этой причине не используют высокоэффективные методы предупреждения беременности.

Таблица 5.

Влияние социально-демографических характеристик респондента на риск использования современных методов контрацепции (ВМС и гормональных таблеток): логистическая регрессия

Независимые переменные	Болгария	Грузия	Россия	Румыния	Германия	Франция
<i>Тип партнерского союза</i>						
Состоят в зарегистрированном браке (ref.)	1	1	1	1	1	1
Состоят в незарегистрированном браке	1.21	0.85	0.93	1.72	1.61*	1.36**
Не живут вместе	0.52	0.27**	0.73**	1.23	1.81**	1.61***
<i>Число рожденных детей</i>						
0	0.29**	0.30*	0.59***	0.10**	0.59*	1.18
1 (ref.)	1	1	1	1	1	1
2	1.09	1.49**	1.01	0.86	0.85	2.00***
3+	0.86	1.28	1.06	0.92	0.65*	1.65***
<i>Место жительства</i>						
Большие города	1	0.74**	0.74***	1		0.88
Другие города (ref.)		1	1			1
Село	0.92	0.65***	1.14	0.89		1.01
<i>Уровень образования</i>						
Ниже среднего	0.36***	0.75	0.82	0.41***	0.50***	0.57***
Среднее (ref.)	1	1	1	1	1	1
Выше среднего	1.34**	1.18	0.98	1.58**	0.60***	1.07

*** - $p \leq 0.001$; ** - $p \leq 0.05$; * - $p \leq 0.1$

Что касается влияния уровня образования на вероятность использования современных методов контрацепции, более низкая доля пользователей ВМС и таблетками среди респонденток с более низким уровнем образования выглядит логично и не противоречит принятым в науке взглядам на роль этого фактора в модернизации поведения индивида. Поведение респонденток со средним и высшим образованием очень мало отличается в Грузии, России и Франции. В Болгарии и Румынии вероятность использования современных методов заметно увеличивается с повышением уровня образования. В Германии результат оказался неожиданным: женщины с высшим образованием почти вдвое реже используют современную контрацепцию.

Таким же неожиданным нам кажется влияние места жительства на вероятность использования контрацепции: во Франции, Грузии и России жительницы больших

городов используют контрацепцию реже, чем женщины, живущие в маленьких и средних городах.

Тем не менее, анализируя влияние социально-демографических характеристик пользователей на контрацептивное поведение этой группы, мы не смогли обнаружить типичных «западных» и «восточных» механизмов такого влияния. Одни и те же факторы могут быть значимыми в обеих группах стран – восточно- и западноевропейских, и внутри каждой группы стран могут действовать в разных направлениях.

Заключение

Описательный анализ агрегированных показателей контрацептивного поведения в шести сравниваемых странах дает нам основания для следующих выводов:

- Доля пользователей методами предупреждения нежелательной беременности соответствует наблюдаемым уровням рождаемости и искусственного аборта во всех сравниваемых странах, кроме Грузии;
- Контрацептивное поведение не зависит от пола респондента: мужчины и женщины дают очень близкие ответы на вопрос об используемых методах контрацепции во всех странах, кроме Грузии. Вероятно, это можно рассматривать как результат обсуждения партнерами проблем контрацепции и совместного принятия решений в этой области;
- В Европе существует, по крайней мере, два типа контрацептивного поведения: один характерен для Западной Европы, второй – для Восточной. Основным индикатором принадлежности к тому или иному типу является структура используемой контрацепции – более современная в Западной Европе, более архаичная в Восточной.

Анализ контрацептивного поведения женщин в возрасте 35 лет и старше показал, что эти женщины, оставаясь в большинстве своем способными к деторождению, не планируют иметь больше детей. Следовательно, они формируют группу риска нежелательной беременности и ее прерывания посредством искусственного аборта. Таким образом, при принятии правительствами этих стран программ планирования семьи и защиты репродуктивного здоровья необходимо учитывать потребности этой группы в контрацепции и особенности состояния ее репродуктивного здоровья. Во Франции и Германии проблема контрацепции в старших репродуктивных возрастах стоит не так остро.

Кроме того, детальный анализ использования контрацепции респондентками старше 35 лет демонстрирует широкие возможности данных обследования «Поколения и гендер» для сравнительного анализа всех аспектов контрацептивного поведения в Европе.

Библиография

- Захаров С.. Перспективы рождаемости в России: второй демографический переход // *Отечественные записки*, 2005, № 3
- Троицкая И., Авдеев А. и др. Сравнительный анализ контрацептивного поведения: Франция, Грузия, Литва и Россия // В: Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе, Вып.3, с.266-303.
- 1996 Russian Women's Reproductive Health Survey. Final Report, May 1998. All-Russian Centre for Public Opinion and Market Research, CDC, USAID.
- Bongaarts J., Johansson E. Future trend in contraceptive prevalence and method mix in the developing world // *Studies in Family Planning*, vol.33, no.1, 2002, pp.24-36.
- Festy P., Prioux F. An evaluation of the Fertility and Family Survey project. UN, New York and Geneva, 2002, p.3.
- Reproductive Health Survey Georgia, 1999. Final Report. October 2001.
- Reproductive Health Survey Georgia, 2005. Final Report. March 2007.
- Rossier C., Leridon H. et l'équipe COCON. Pilule et préservatif: substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000 // *Population*, vol.59, No.3-4, 2004, p.449-478.
- Troitskaia I., Andersson G. Transition to modern contraception in Russia: Evidence from the 1996 and 1999 Women's Reproductive Health Surveys / *Working Papers*, Max Planck Institute for Demographic Research, WP-2007-10.

**Переход к современной контрацепции в России: Результаты обследований
«Репродуктивное здоровье женщин» 1996 и 1999 гг.¹**

Параллельное снижение рождаемости и абортс с начала 1990х годов

В течение последнего десятилетия XX века снижение рождаемости в России было объектом научного интереса как российских, так и зарубежных демографов.² Несмотря на расхождения во взглядах на причины и перспективы низкой рождаемости в России, при обсуждении последствий этого снижения практически все исследователи соглашались с тем, что такое резкое снижение рождаемости неизбежно должно было спровоцировать рост числа искусственных абортс.³ Более того, подобный сценарий развития ситуации считался наиболее вероятным именно в России вследствие 1) свободного доступа к искусственному абортс; 2) традиционно толерантного отношения общества к этому методу регулирования рождаемости и 3) слабой государственной поддержки в сфере предоставления услуг, информации и собственно методов планирования семьи.⁴

Несмотря на подобные прогнозы, с начала 1990х годов показатели искусственных абортс падают одновременно со снижением рождаемости: в первой половине 1990х годов – примерно с одинаковой скоростью, а с конца 1990х, когда показатели рождаемости стабилизировались, показатели абортс продолжали снижаться (см. Рис. 1).

Подобное параллельное снижение показателей рождаемости и абортс может быть объяснено либо несовершенством статистики абортс, либо изменениями в контрацептивном поведении российского населения. Обширные исследования по истории статистики абортс в СССР и России, проведенные А.Авдеевым и И.Троицкой в 1990-х годах, показали, что не ни малейших оснований полагать, что после 1955 года в России существует недоучет искусственных абортс.⁵ В недавней публикации Д. Филипов и

¹ Авторский перевод с английского статьи «Transition to modern contraception in Russia: evidence from the 1996 and 1999 Women's Reproductive Health Surveys», впервые опубликованной в 2007 году в серии *Max Planck Institute for Demographic Research Working Papers*. Rostock, WP-2007-010.

² См., например: А.Авдеев. On the way to one-child family: are we beyond the point of no return?: Some considerations concerning the fertility decrease in Russia // In: Irena E. Kotowska, Janina Jzwiak (eds.) *Population of Central and Eastern Europe: challenges and opportunities*, 2003, pp. 139-163; S.Zakharov, E.Ivanova. Fertility decline and recent changes in Russia: On the threshold of the Second Demographic Transition // In: J.DaVanzo and G.Farnsworth (eds.) *Russia's Demographic "Crisis."* 1996. Santa Monica, CA: RAND; H.-P.Kohler, I.Kohler. Fertility decline in Russia in the early and mid 1990s: The role of economic uncertainty and labour market crises // *European Journal of Population*, 18 (3): 233-262.

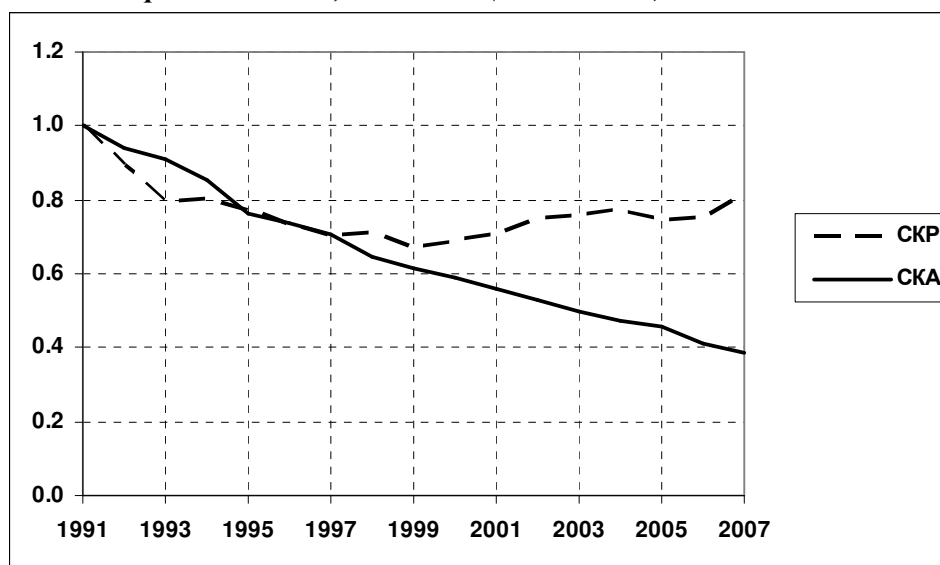
³ Население России 1998. Шестой ежегодный демографический доклад. Отв. ред. А.Г.Вишнеvский. М., 1999. с.49-55.

⁴ А.Авдеев, А.Blum, I.Troitskaia. L'avortement et la contraception en Russie et dans l'ex-URSS: histoire et présent // *Dossiers et recherches*, No.41, Paris 1993 ; Popov A. Family planning and induced abortion in post-Soviet Russia of the early 1990s: Unmet need in information supply // In: J.DaVanzo and G.Farnsworth (eds.) *Russia's Demographic "Crisis."* 1996. Santa Monica, CA: RAND.

⁵ А.Авдеев and I.Troitskaia, (1991) Historical view of abortion statistics in the USSR // *Collecte et comparabilité des données démographiques et sociales en Europe*, Chaire Quetelet 1991; sous la direction de J.Duchêne et G.Wunsch, p.277-300. А.Авдеев and I.Troitskaia (1999) New Features in Abortion Dynamics in Russia in the

соавторы еще раз подтвердили эту точку зрения, показав, что официальная статистика аборт в России достаточно точно отражает ситуацию, и наблюдаемое снижение показателей аборт действительно имеет место.⁶ Таким образом, наиболее вероятное объяснение заключается в том, что в течение последних 15-20 лет контрацептивное поведение российских женщин претерпело заметные изменения. Эти изменения могли происходить в двух направлениях: 1) рост распространенности контрацепции (доли пользователей контрацепцией среди женщин репродуктивного возраста) и 2) рост общей эффективности используемых методов предупреждения беременности за счет более широкого использования современных методов.⁷

Рис 1. Относительное изменение суммарных коэффициентов рождаемости и аборт в России, 1991-2007 (1991 год = 1)



СКР – суммарный коэффициент рождаемости;
СКА – суммарный коэффициент аборт

В Табл.1 приведены данные некоторых выборочных обследований, из которых видно, что доля пользователей контрацепцией в России выросла в последние 15 лет, тогда как распространенность современных методов практически не изменилась. Таким образом, судя по данным выборочных обследований, снижение аборт в 1990е – начале 2000х годов произошло отчасти благодаря изменениям в контрацептивном поведении

1990s // Communication on European Population Conference 1999, The Hague 30 August – 3 September 1999, Session A-5 : «Contraception and abortion»; A.Avdeev, P.Davis and I.Troitskaia (2001) What does the Sample Survey tell us about Abortion and Contraception in Russia? // Communication on European Population Conference 2001, Helsinki 7-9 June 2001, Theme A: Fertility, Contraception and Reproductive Health

⁶ D.Philipov, E.Andreev, T.Kharkova and V.Shkolnikov. Induced abortion in Russia: recent trends and underreporting in surveys // *European Journal of Population*, vol.20 (2004), p. 95.

⁷ О связи между искусственным аборт и контрацепцией см.: J.Bongaarts, Ch.F.Westoff. The Potential Role of Contraception in Reducing Abortion // *Studies in Family Planning*, Vol. 31, No. 3 (Sep., 2000), pp. 193-202; C.Marston, J.Cleland. Relationships between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence // *International Family Planning Perspectives*, Vol. 29, No. 1 (Mar., 2003), pp. 6-13.

российских женщин. Но эти изменения были скорее экстенсивными, связанными с увеличением числа пользователей, без значительных прогрессивных изменений других компонентов контрацептивного поведения, в частности без замещения традиционных низкоэффективных методов предупреждения беременности современными.

Таблица 1.

Распространенность контрацепции в России по данным выборочных обследований

Обследование	Выборка	Доля пользователей (%)	
		Всего	В том числе ВМС и таблетками
Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения, 1994	2 933 женщины в возрасте 15-49 лет, репрезентативная на национальном уровне	67.0 ^a	37.0
Репродуктивное здоровье российских женщин, 1996	6 000 женщин в возрасте 15-49 лет, городское население	73.6 ^b	38.7
Репродуктивное здоровье российских женщин, 1999	6 000 женщин в возрасте 15-49 лет, городское население	73.0 ^a	33.2
Здоровье женщин и детей, 2003	3 900 женщин в возрасте 15-49 лет, городское население	76.9 ^a	26.9
Репродуктивное здоровье и рождаемость, 2004	1 147 женщин в возрасте 18-44 года, Санкт-Петербург	77.3 ^b	22.4
Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе, 2004	3 845 женщин в возрасте 15-49 лет, репрезентативная на национальном уровне	83.9 ^c	39.0
Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе, 2007		80.0 ^c	33.6
<i>Официальная статистика, Россия, 2002</i>	<i>Женщины в возрасте 15-49 лет, состоящие в браке (22.4 млн.)</i>		38.7

a) Среди женщин, состоящих в браке

b) Среди сексуально активных женщин

c) Среди женщин, имеющих партнера

Источники: Российский мониторинг...: В.Entwisle, P.Kozyreva, 1997; Репродуктивное здоровье российских женщин: 1996 Russia Women's Reproductive Health Survey; Здоровье женщин и детей: P.David et al., 2003; Репродуктивное здоровье и рождаемость: Reproductive Health and Fertility in St.Petersburg; Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе, 2004: оценки авторов; Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе, 2007: Население России 2008, с. 161; официальная статистика (пересчитано авторами): Население России 2003-2004, с.268

Одной из особенностей планирования семьи в России является относительно высокая доля традиционных методов в структуре используемой контрацепции.⁸ Несмотря на то, что традиционные методы имеют низкую эффективность и, следовательно, часто дают «осечки» в виде незапланированной беременности, доля пользователей ими остается относительно стабильной – около трети женщин репродуктивного возраста применяют календарный метод, прерванный половой акт и спринцевание.⁹ По данным обследования «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе», наиболее распространены эти методы в старших репродуктивных возрастах: среди пользователей контрацепцией в возрастной группе старше 40 лет каждая вторая женщина использует традиционный метод предупреждения нежелательной беременности. Можно было бы надеяться, что с течением времени, по мере того, как эти женщины будут выходить из репродуктивного возраста, доля традиционных методов в структуре используемой контрацепции будет снижаться. Но относительная стабильность этого показателя в течение последних 15 лет означает, что группа пользователей традиционными методами постоянно пополняется, что молодые женщины, вступая в первые сексуальные отношения, не обязательно выбирают современные методы; часть из них начинает свой контрацептивный опыт с традиционного метода и продолжает его использовать в течение довольно длительного времени.

1.1 Официальная статистика контрацепции в России

Российская официальная статистика не предоставляет никакой информации, которая могла бы помочь в оценке вклада каждого из вышеприведенных факторов – роста доли пользователей и «модернизации» структуры используемых методов контрацепции – в снижение уровня аборт. Все, что исследователь может почерпнуть из официальной статистики – ежегодное число введенных ВМС (о прекращении использования этого метода данных нет) и ежегодное число женщин, обратившихся к врачу за консультацией по поводу использования гормональных таблеток (данных о числе женщин, купивших таблетки без консультации и рецепта, также нет).

Особенности сбора информации и расчета показателей приводят к неточности оценок и вызывают проблемы при сравнительном анализе использования контрацепции в разных странах. Число пользователей ВМС в России, вероятнее всего, преувеличено, поскольку, в отличие от начала использования этого метода, прекращение его использования, хотя и фиксируется в лечебном учреждении, не разрабатывается органами

⁸ И.Троицкая, А.Авдеев и др. Сравнительный анализ контрацептивного поведения: Франция, Грузия, Литва и Россия // В: *Эволюция семьи в Европе: Восток-Запад*. – М.: НИСЦ, 2010, с.266-303

⁹ Для сравнения: во Франции в середине 2000х годов этот показатель был равен 3%, в Германии – 8%. См.: А.Авдеев, И.Троицкая. Контрацептивное поведение в Европе: региональные различия (в настоящем сборнике).

статистики. С другой стороны, число пользователей таблетками оказывается преуменьшенным, поскольку из поля зрения официальной статистики выпадают те, кто покупает их в аптеках самостоятельно, без рецепта врача, что возможно в России. Не исключено, что эти две противоположные тенденции отчасти уравнивают друг друга, и ежегодная совокупная доля пользователей таблетками и ВМС, представленная статистикой, близка к реальности; но это лишь гипотезы, ничем не подкрепленные.

Для качественного исследования необходимо найти иной, более детальный источник информации; в России единственной альтернативой являются данные выборочных обследований. На основании таких данных мы попытаемся оценить вероятности перехода к современным методам контрацепции, а также особенности и факторы этого перехода.

2. Данные и метод

2.1 Обследование

Данные, использованные в исследовании, получены из двух выборочных обследований «Репродуктивное здоровье российских женщин», проведенных с интервалом в три года по одной программе. Обследования финансировались Агентством международного развития США (United States Agency for International Development, USAID) и проведены Всероссийским Центром по изучению общественного мнения (ВЦИОМ) в сотрудничестве с отделом репродуктивного здоровья Центра контроля и профилактики болезней США (Division of Reproductive Health of the US Centers for Disease Control and Prevention, DRH/CDC) в феврале-мае 1996 и 1999 гг. Оба обследования проводились в одних и тех же российских регионах – Екатеринбурге, Перми и Ивановской области с г.Иваново; каждое охватило около 6 000 женщин репродуктивного возраста. Тем не менее, обследование нельзя назвать панельным, поскольку для каждого из обследований – 1996 и 1999 года – составлялась новая выборка. Основные результаты первого обследования были опубликованы в 1998 году;¹⁰ поскольку детальная информация о планировании семьи в России отсутствует в официальной статистике, результаты этого обследования часто цитируются российскими и зарубежными демографами.¹¹ Как показали недавние публикации, данные этого обследования могут быть также использованы как показатель качества статистики аборт в России.¹²

¹⁰ 1996 *Russia Women's Reproductive Health Survey: A Study of the Three Sites (Final Report: May 1998)*. Centers for Disease Control and Prevention, All-Russian Centre for Public Opinion and Market Research, United States Agency for International Development. CDC, 1998.

¹¹ См., например, ежегодные доклады «Население России» Института Демографии ГУ-ВШЭ.

¹² D.Philipov, E.Andreev, T.Kharkova and V.Shkolnikov. Induced abortion in Russia: Recent trends and underreporting in surveys // *European Journal of Population* 20: 95-117, 2004.

2.2 Календарь использования контрацепции

В ходе обследования собиралась информация, которая до сих пор не очень широко использовалась, но которая, после применения соответствующих методов анализа, может пролить свет на некоторые аспекты принятия решений по поводу выбора метода контрацепции, в том числе и по поводу смены традиционного метода на современный. В обоих обследованиях со слов респондента заполнялся контрацептивный календарь, подобный тому, который используется в обследованиях программы DHS (Demography and Health Survey); он содержал ежемесячную информацию об используемом методе (или неиспользовании контрацепции) в течение 5 лет, предшествующих обследованию.¹³ В первом обследовании календарь охватывает период с января 1991 года до момента опроса, который проходил в феврале-апреле 1996 г.; во втором – с января 1994 по февраль-май 1999 года. Кроме информации об используемом методе, календарь позволял получить ежемесячные данные 1) о беременностях и их исходах за 5-летний период и 2) о причинах прекращения использования или смены метода контрацепции, если такое случалось в течение 5 лет, предшествующих опросу.

Самый общий анализ ситуации на основании данных контрацептивного календаря показывает, что в течение периода наблюдения (1991-1996 и 1994-1999 гг. соответственно) респонденты демонстрируют определенные изменения в репродуктивном поведении. На Рис.2 показано распределение респондентов, которым было больше 20 лет в момент опроса,¹⁴ по методам, используемым в начале и конце периода наблюдения.

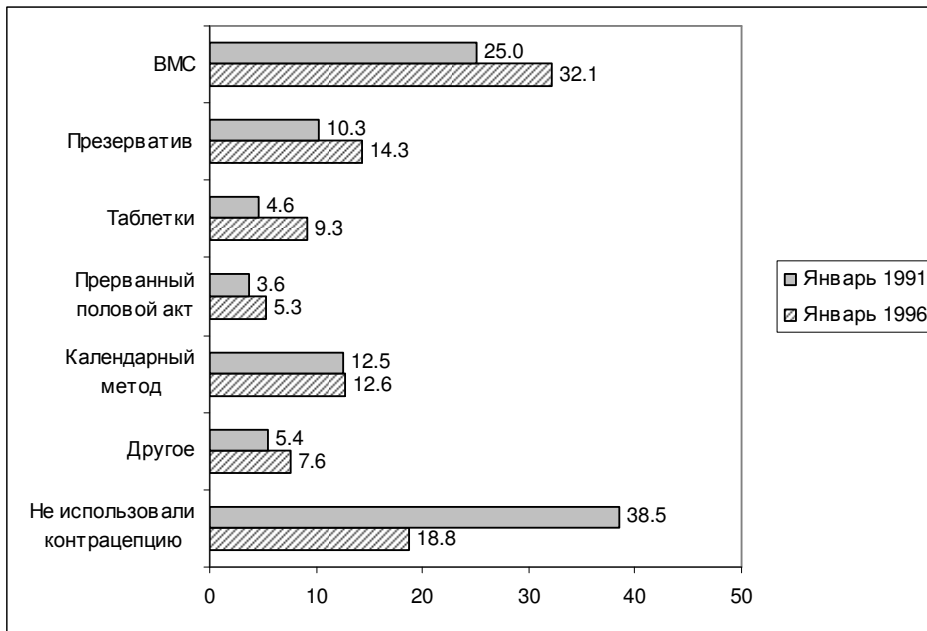
Прежде всего, обращает на себя внимание некий регресс в контрацептивном поведении в период, предшествующий обследованию 1999 года. В 1994-1999 гг. снизились, хоть и ненамного, доли пользователей таблетками и ВМС, доля новых пользователей увеличилась незначительно по сравнению с периодом 1991-1996, когда этот показатель практически удвоился, а доля пользователей современными методами – таблетками и ВМС – заметно возросла (Рис.2).

¹³ См. главу «Contraceptive failure/Discontinuation» в: *1996 Russia Women's...*, pp. 92-94.

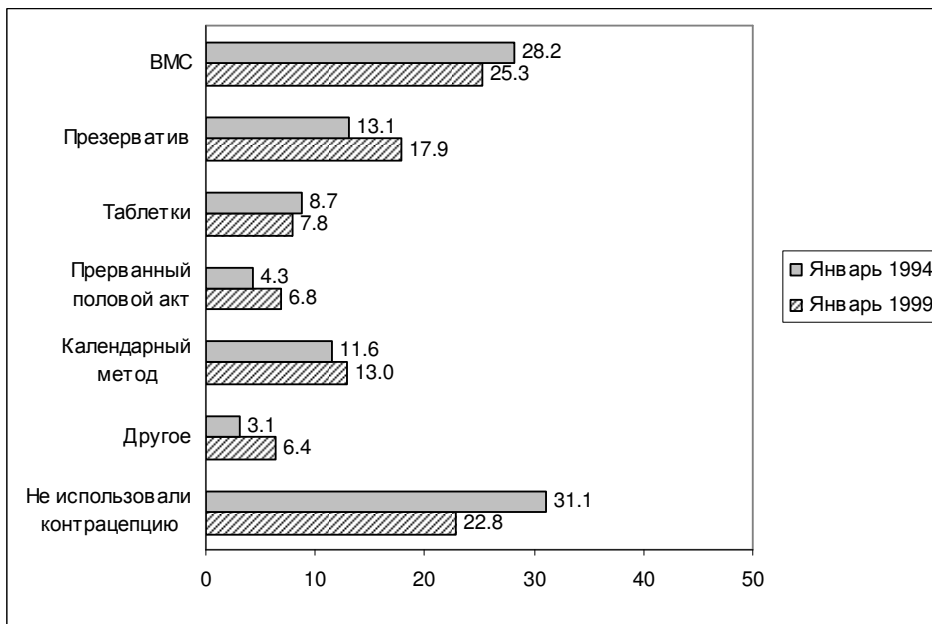
¹⁴ Ограничение по возрасту введено для того, чтобы исключить самых молодых респонденток, которым еще не исполнилось 15 лет в начале календаря. На этапе описательного анализа мы не могли учесть их постепенный вход в репродуктивные возраста и, следовательно, в группу потенциальных пользователей контрацепцией. В дальнейшем, применяя метод анализа биографий, мы сможем включить этих респонденток в наш анализ.

Рис. 2. Распределение респондентов по методу, используемому в начале и конце контрацептивного календаря

а) обследование 1996 года



б) обследование 1999 года



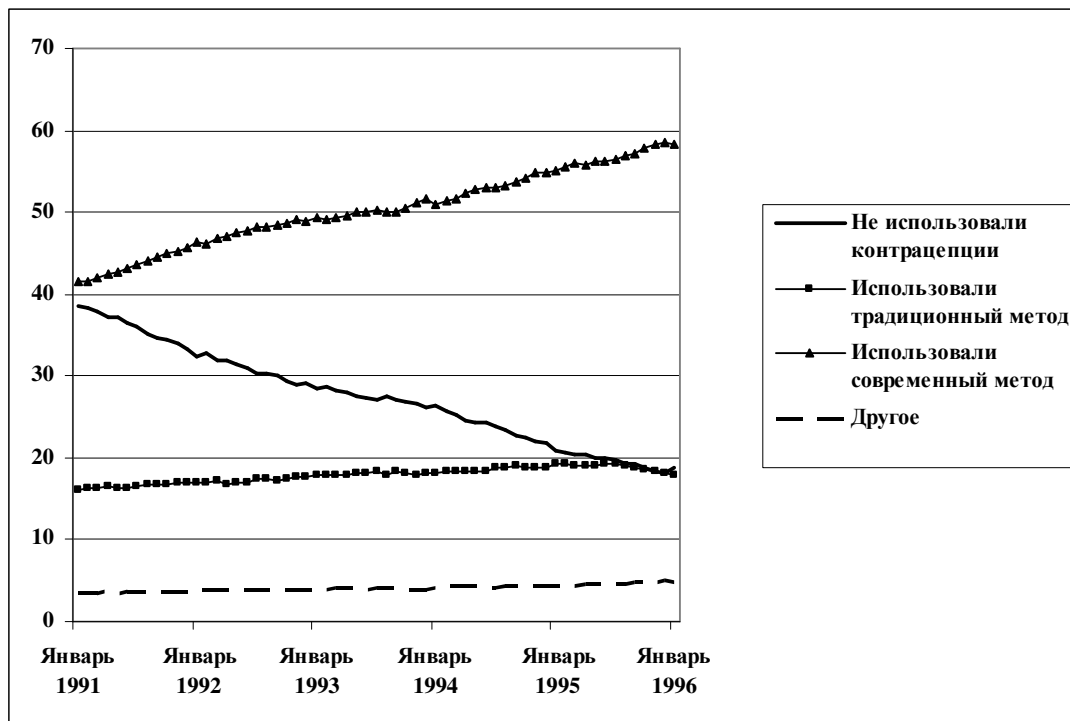
* В категорию «Другое» вошли пользователи, не указавшие метода, а также незначительное число респондентов, использующих барьерные методы или имевшие контрацептивную стерилизацию. В дальнейшем анализе две последних группы включены в категорию пользователей современными методами

Другой результат состоит в том, что мы не можем прямо подтвердить гипотезу о росте средней эффективности используемой контрацепции в 1990-х. Мы не только не наблюдаем замещения традиционных методов современными в структуре используемой контрацепции; более того, в обоих исследованиях доля пользователей традиционными

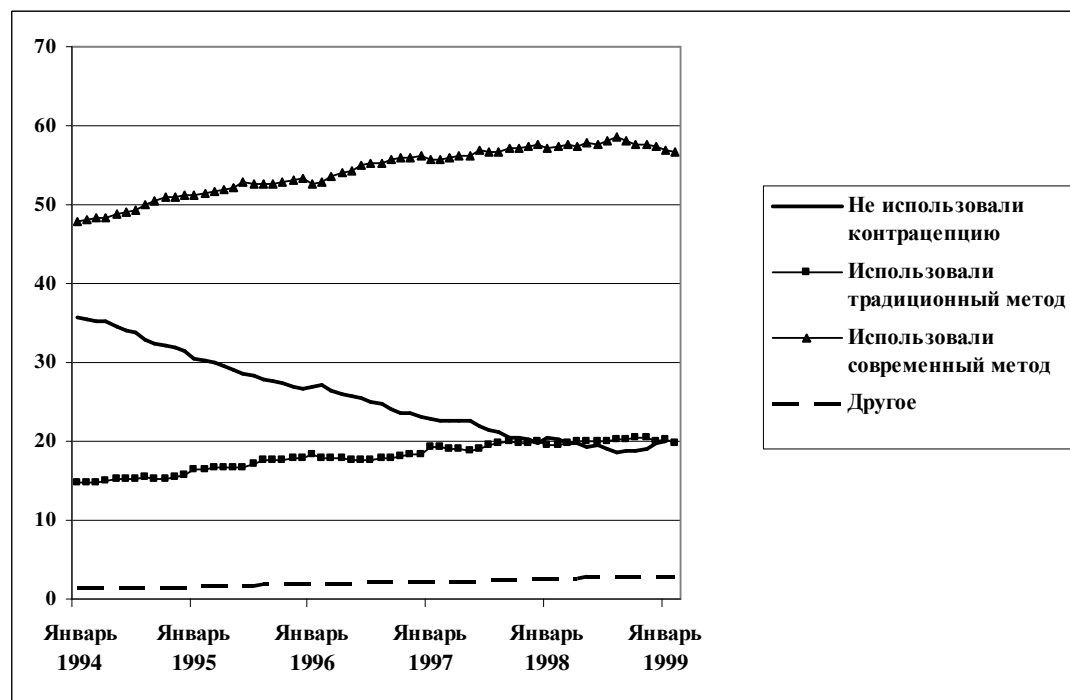
методами остается стабильной – на уровне 15-20% от числа опрошенных – в начале и конце периода наблюдений (Рис.3).

Рис. 3. Помесячная динамика долей респонденток в возрасте старше 20 лет в момент опроса, использующих различные методы контрацепции

а) обследование 1996 года



б) обследование 1999 года



Начало контрацептивного опыта с современного, а не традиционного метода можно считать наиболее важным фактором, снизившим уровень аборт в период наблюдения. Если разделить наших респонденток на 4 больших категории – 1) не использующие никакого метода, 2) использующие традиционные методы, 3) использующие современные методы, 4) остальные – мы увидим, что наиболее существенные изменения произошли в группе пользователей современными методами и в группе тех, кто не использовал никакого метода контрацепции (см. Рис.3). Изменения в обеих группах можно считать позитивными с точки зрения влияния на уровень аборт, несмотря на то, что, как мы уже упоминали, снижение доли не использующих контрацепцию произошло главным образом вследствие вступления наиболее молодых респонденток в первые в их жизни сексуальные и партнерские отношения в течение периода наблюдения.

В данной статье мы не ограничимся простым описанием ситуации и сосредоточимся на переходе к современной контрацепции тех респондентов, кто использовал традиционные методы или вообще не использовал контрацепции в начале периода наблюдений. С помощью метода анализа биографий мы оценим более детально влияние различных демографических факторов на вероятность перехода к современной контрацепции.

2.2 Отбор респондентов в группу риска

Чтобы оценить эту вероятность, мы включили в наше исследование всех опрошенных, которые 1) не были беременны и 2) либо не использовали никакого метода контрацепции, либо использовали традиционный метод в начале периода наблюдений, то есть в январе 1991 (3 654 респондентки) и январе 1994 года (3 477 респонденток) соответственно. Затем мы исключили из этих групп тех, у кого было более 5 беременностей в течение периода, покрываемого календарями (7 и 5 случаев соответственно), поскольку в этих случаях большое число прекращений и возобновлений использования контрацепции вызывало определенные технические проблемы при анализе. Еще несколько случаев (9 и 3 соответственно) были исключены из каждой группы из-за плохого качества данных. В итоге, мы изучали переход к современной контрацепции на основании 3 638 наблюдений в обследовании 1996 года и 3 469 наблюдений в обследовании 1999 года.

2.3 Распределение респондентов по региону, возрасту и числу рожденных детей

В Табл.2 приведено распределение респондентов, вошедших в группу риска, по основным демографическим характеристикам, которые мы будем использовать и в нашем дальнейшем анализе.

Таблица 2

Распределение респондентов из группы риска по региону, возрасту и числу рожденных детей

а) обследование 1996 года

Переменная	Метод, используемый в январе 1991 г.				Всего	
	Не использовали никакого метода		Использовали традиционный метод			
	Число случаев*	%	Число случаев	%	Число случаев	%
Регион						
Екатеринбург	997 (256)	82.4	213	17.6	1210	100
Пермь	984 (266)	79.9	248	20.1	1232	100
Иваново	951 (274)	79.5	245	20.5	1196	100
Возраст в январе 1991 года						
< 24	1976 (796)	91.4	185	8.6	2161	100
25-34	598	62.8	354	37.2	952	100
35-44	358	68.2	167	31.8	525	100
Число рожденных детей на январь 1991 года						
0	2090 (791)	93.6	142	6.4	2232	100
1	489 (5)	64.3	271	35.7	760	100
2	297	54.4	249	45.6	546	100
3 +	56	56.0	44	44.0	100	100
Всего	2932	80.6	706	19.4	3638	100

б) обследование 1999 года

Переменная	Метод, используемый в январе 1994 г.				Всего	
	Не использовали никакого метода		Использовали традиционный метод			
	Число случаев *	%	Число случаев	%	Число случаев	%
Регион						
Екатеринбург	874 (233)	80.6	211	19.4	1085	100
Пермь	986 (280)	82.1	215	17.9	1201	100
Иваново	927 (275)	78.4	256	21.6	1183	100
Возраст в январе 1994 года						
< 24	1935 (788)	90.8	196	9.2	2131	100
25-34	524	61.3	331	38.7	855	100
35-44	328	67.9	155	32.1	483	100
Число рожденных детей на январь 1994 года						
0	1968 (785)	93.1	146	6.9	2114	100
1	526 (3)	66.8	261	33.2	787	100
2	247	49.7	250	50.3	497	100
3 +	46	64.8	25	35.2	71	100
Total	2787	80.3	682	19.7	3469	100

* Числа в скобках относятся к группе респондентов, которым было менее 15 лет в начале периода наблюдений (январь 1991 г. и январь 1994 г. соответственно) и которые постепенно включались в изучаемое население в течение периода наблюдений по достижении 15 лет.

3. Результаты

3.1 Переход к современной контрацепции: таблицы выбытия

Интересующее нас событие, которое станет объектом исследования – переход к современному методу контрацепции. Мы рассматриваем первое зафиксированное в контрацептивном календаре использование современного метода как свершившийся факт такого перехода. Такое определение перехода позволяет нам избежать проблемы неизвестного нам контрацептивного поведения респондентов до начала периода наблюдений.

Простейший тип перехода к современной контрацепции – непосредственный и безвозвратный переход от неиспользования (код 0 в Табл.3) или использования традиционного метода (код 1 в Табл.3) к современному методу (код 2 в той же таблице). Более 80% респонденток, совершивших в течение периода наблюдений переход к современной контрацепции, следовали именно этой схеме. Мы также включили в нашу модель некоторые схемы непрямого перехода к современной контрацепции (см. Табл. 3). Если респондент сменил традиционный метод на современный 5 и более раз в течение периода наблюдений, мы считали, что респондент до сих пор находится в процессе принятия решения об использовании только современной контрацепции;¹⁵ мы исключали таких респонденток из наблюдения после пятой смены метода.

Таблица 3

Различные траектории перехода к современному методу

Начальное состояние	Состояние 1	Состояние 2	Обследование 1996 года		Обследование 1999 года	
			Число случаев перехода	%	Число случаев перехода	%
0 (не использует контрацепции) или 1 (использует традиционный метод)	2 (современный метод)		1061	85	1525	96
0	1 (традиционный метод)	2 (современный метод)	96	8	0	0
1	0 (беременность, не использует контрацепции)	2 (современный метод)	84	7	70	4
Всего:			1241	100	1595	100

¹⁵ О процессе принятия новых форм поведения см., например, E.M.Rogers. *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press, 1995.

Простой анализ перехода к современной контрацепции с помощью таблиц выбытия дает некоторые представления о доле женщин, совершивших такой переход в течение периода наблюдений (см. Табл.4 и Рис.5-6).

Таблица 4

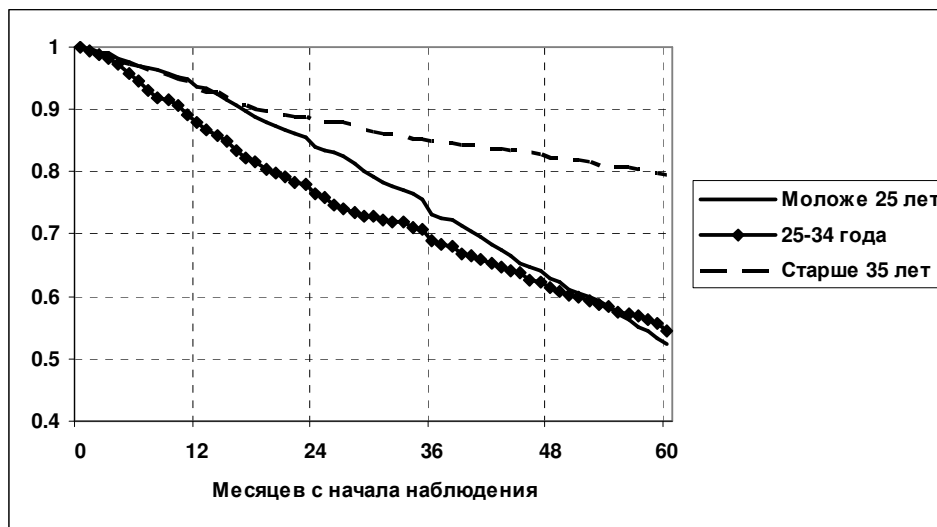
**Доля женщин, совершивших переход к современной контрацепции,
по характеристикам в начале периода наблюдений.
Оценка методом Каплана-Мейера (кривая дожития)**

	Обследование 1996 года	Обследование 1999 года
<i>Возрастная группа</i>		
моложе 24 лет	47%	60%
25-34 года	46%	45%
35 и более лет	21%	20%
<i>Число детей, рожденных к началу периода наблюдения</i>		
0	37%	50%
1	48%	54%
2	35%	36%
3 и более	37%	29%
<i>Использование контрацепции в начале периода наблюдения</i>		
Не использовала никакого метода	41%	52%
Использовала традиционный метод	33%	30%

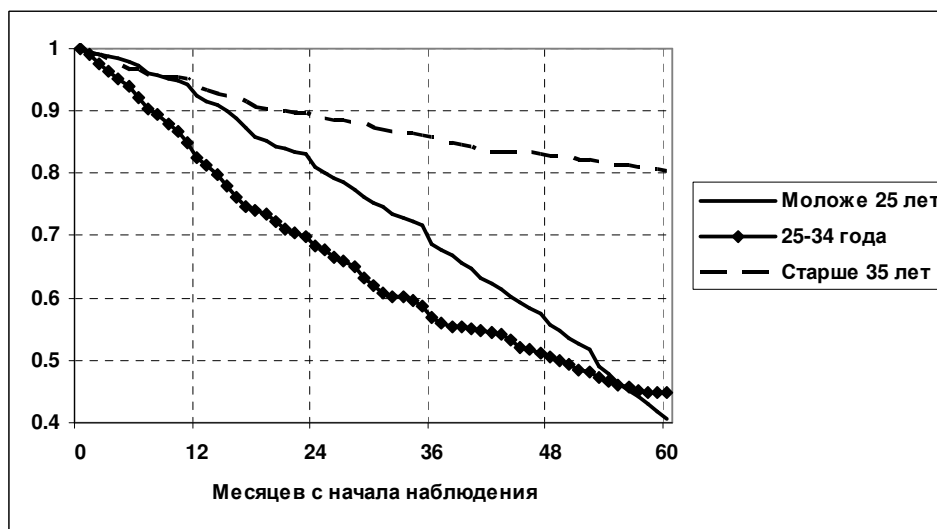
Согласно нашим оценкам, женщины в возрасте 35-44 года имеют гораздо более низкую вероятность перехода к современной контрацепции по сравнению с респондентами из более молодых возрастных групп (см. Рис.4). В обоих исследованиях примерно пятая часть женщин этой возрастной группы в течение периода наблюдения перешли к современной контрацепции, тогда как в самой молодой группе – до 25 лет – этот показатель составляет 47% в 1996 году и 60% – в 1999. В «средней» группе – 25-34 года – около половины респонденток совершили переход к современному методу в течение периода наблюдений.

Рис.4. Переход к современной контрацепции в зависимости от возраста опрошенных

а) обследование 1996 года



б) обследование 1999 года



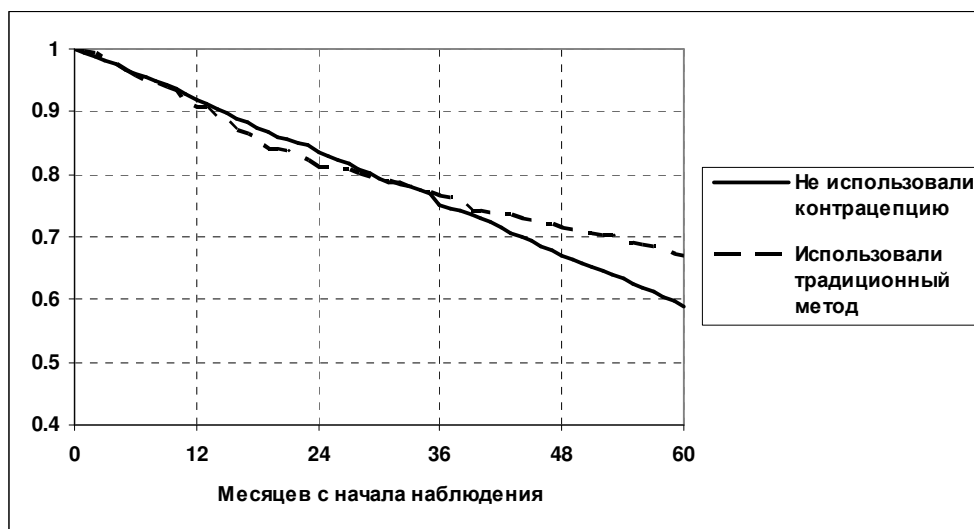
Число рожденных детей также является, судя по всему, важным фактором, влияющим на переход к современной контрацепции. В обоих исследованиях (1996 и 1999 года) женщины, родившие одного ребенка, показали самый высокий процент перехода к современной контрацепции: 48% и 54% соответственно. В остальных группах показатели перехода примерно одинаковы: около трети опрошенных, не имеющих детей или родивших двоих и более детей, перешли к современной контрацепции в течение периода наблюдений. Исключение составили бездетные женщины в обследовании 1999 года, у которых показатель перехода составил 50%.

Что касается влияния того контрацептивного состояния, из которого совершается переход к современной контрацепции, вероятность такого перехода в обоих

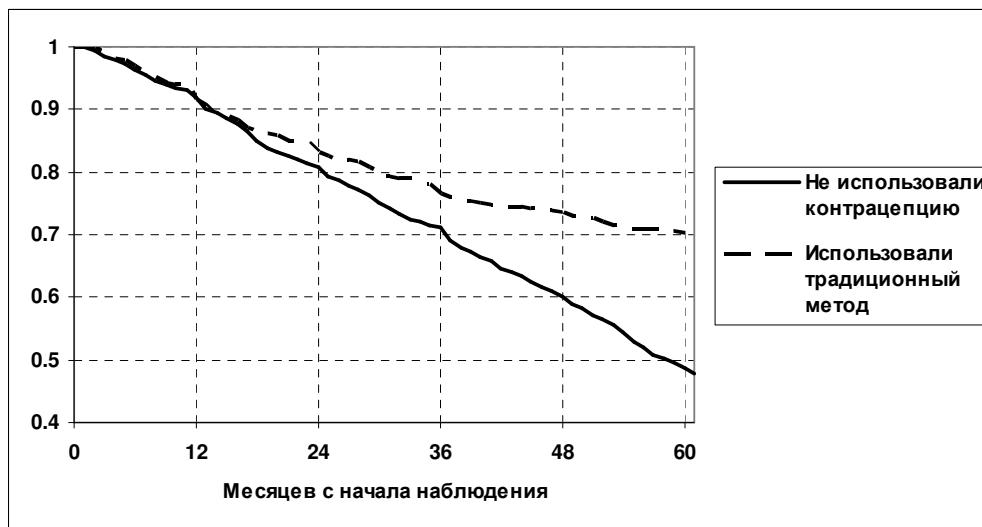
обследованиях была выше у женщин, не использовавших никакого метода в начале периода наблюдений (см. Рис.5). Но, согласно обследованию 1996 года, в 1991-1995 гг. переход к современной контрацепции гораздо меньше зависел от контрацептивного статуса в начале периода наблюдений (скорости перехода близки, см. Рис.5а). Тогда как в 1994-1998 гг. разница в показателях перехода между группами использующих традиционный метод и не использующих никакого метода была достаточно существенной (Рис.5б).

Рис.5. Переход к современной контрацепции в зависимости от контрацептивного статуса в начале периода наблюдений

а) обследование 1996 года



б) обследование 1999 года



3.2 Переход к современной контрацепции: анализ биографий

Способ организации информации в контрацептивном календаре обследований «Репродуктивное здоровье женщин» дает нам возможность применить к этим данным метод анализа биографий (event-history analysis).¹⁶ Суть метода заключается в том, что он позволяет оценивать вероятность наступления интересующего исследователя события (в нашем случае – перехода к современной контрацепции) с учетом:

1) длительности периода, прошедшего от начала наблюдения до момента наступления события, иными словами, длительности пребывания в группе риска наступления события;

2) изменения с течением времени индивидуальных характеристик респондента, влияющих на вероятность наступления события.

К сожалению, мы не можем использовать в нашем анализе многие «традиционные» социально-демографические характеристики, такие, как состояние в браке, уровень образования или занятость, поскольку вышеперечисленная информация относится только к моменту интервью. Таким образом, мы можем связать событие из прошлого – переход к новому методу контрацепции – только с ограниченным набором характеристик респондента, которые возможно оценить именно в момент этого перехода. При этом одни характеристики остаются неизменными в течение всего периода наблюдений, другие – изменяются со временем, и их влияние на вероятность наступления события также меняется.

Мы включили в модель две постоянных и две меняющихся с течением времени переменных:

Постоянные:

- **Регион проживания** (допустив, что респонденты не меняли место жительства в течение 5 лет перед опросом):

3 категории – Екатеринбург, Ивановская область и Пермь;

- **Использование контрацепции** в начале периода наблюдений:

2 категории – неиспользование контрацепции или использование традиционного метода.

Меняющиеся с течением времени:

- **Число рожденных детей:**

4 категории – от 0 до 3 и более детей;

- **Возраст:**

3 категории – до 25 лет, 25-34 года, старше 35 лет.

¹⁶ Подробнее о применении метода в демографических исследованиях см., например: Courgeau, D. and E.Lelièvre. *Event History Analysis in Demography*. Oxford, Clarendon Press, 1992.

Итак, чтобы оценить риски и факторы перехода к современной контрацепции, мы используем следующую мультипликативную модель:

$$h(t) = r_i a_j s_k p_l$$

где $h(t)$ – интенсивность перехода к современной контрацепции, зависящая от региона проживания респондента (r_i , $i=1...3$), возрастной группы (a_j , $j=1...3$), контрацептивного статуса в начале периода наблюдений (s_k , $k=1, 2$) и числа рожденных детей (p_l , $l=1...4$).

Мы используем время с начала наблюдений (с января 1991 или января 1994 года) как длительность пребывания в группе риска, с интервалом в один месяц.

Результаты применения модели приведены в Табл.5.

Таблица 5.

Относительные риски перехода к современной контрацепции

	Обследование 1996 года	Обследование 1999 года
<i>Контрацептивный статус в начале периода наблюдений</i>		
Не использовали никакого метода (ref.)	1	1
Использовали традиционный метод	0.75	0.47***
<i>Число рожденных детей</i>		
0 (ref.)	1	1
1	2.98***	2.79***
2	3.28***	2.66***
3 +	3.75***	2.34*
<i>Возрастная группа</i>		
15-25 (ref.)	1	1
25-35	0.52***	0.69***
35-45	0.16***	0.15***
<i>Регион</i>		
Екатеринбург (ref.)	1	1
Пермь	0.95	0.86
Иваново	0.87	0.87
<i>Базовая интенсивность перехода к современной контрацепции *</i>		
Год		
1991	8.33	
1992	10.04	
1993	9.40	
1994	9.77	10.00
1995	10.96	12.97
1996		13.55
1997		14.49
1998		17.09

*) число событий на 1000 женщин-месяцев

4. Дискуссия

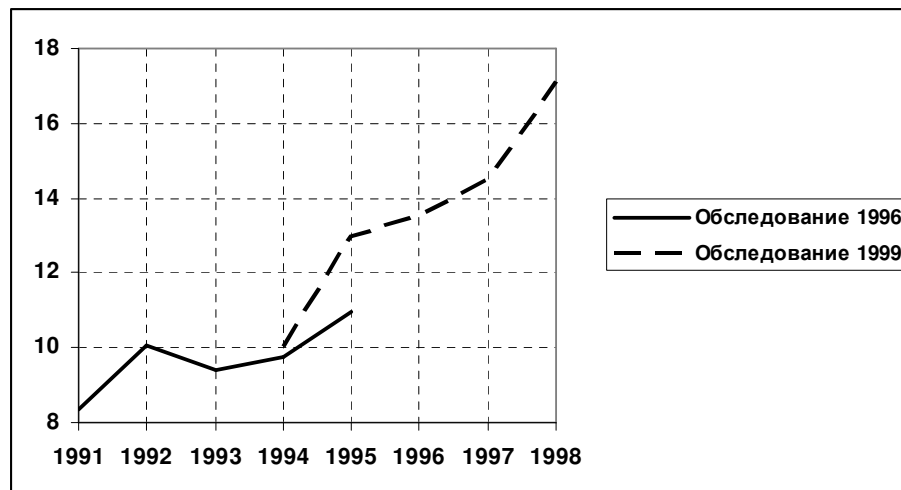
Прежде всего, отметим, что модель, построенная для обследования 1996 года, демонстрирует более или менее равную интенсивность перехода к современной контрацепции в течение всего периода наблюдений (см. Табл.5 и Рис.6). Такое отсутствие прогресса в переходе к современной контрацепции может частично объясняться экономической ситуацией в России в первой половине 1990х годов. Обследование 1996 года охватило наиболее сложные пост-кризисные годы, поэтому некоторые респонденты, даже будучи ориентированы на использование современных методов контрацепции, возможно, отказались от ее использования по финансовым причинам. Тем не менее, даже стабильная по величине интенсивность перехода увеличивала год от года общую численность в выборке группы респонденток, использующих современную контрацепцию, как это показано на Рис.3 и Рис.4.

Возраст женщины оказался очень важным фактором перехода к современной контрацепции в период 1991-1995 гг., а разница между возрастными группами – значимой. Женщины в возрасте 24-35 лет имели вдвое меньший риск перехода к современной контрацепции, чем респондентки моложе 25 лет, а в группе женщин старше 35 лет этот риск был в 6 раз ниже, чем в самой молодой группе. Совершенно очевидно, что поведение молодых женщин является решающим для модернизации контрацептивного поведения в России.

Контрацептивный статус в начале периода наблюдений, по данным обследования 1996 года, оказывает незначимое влияние на риск перехода к современной контрацепции, хотя респондентки, не использующие никакой контрацепции в начале периода наблюдений, имели вероятность такого перехода на 25% выше, чем пользователи традиционными методами.

Наличие детей значительно – в 2-3 раза – увеличивает риск перехода к современным методам, по сравнению с бездетными респондентками. Чем больше детей у женщины, тем выше риск перехода. Напротив, регион проживания не оказывает практически никакого влияния на вероятность перехода к современной контрацепции.

Рис.6. Базовая интенсивность перехода к современной контрацепции (число случаев на 1000 женщин-месяцев)



Обследование 1999 года дает нам слегка отличные результаты. Прежде всего, отметим очевидную тенденцию роста интенсивности переходов к современной контрацепции в период с 1994 по 1999 г. (См. Рис.6). Это некоторым образом подтверждает нашу гипотезу о влиянии экономического развития на контрацептивное поведение: стабилизация ситуации в России во второй половине 1990х годов, возможно, вносит свой вклад в выбор респондентами современных, хотя и более дорогих в использовании, методов предупреждения беременности.

Существенное увеличение интенсивностей перехода в последние годы периода наблюдений в каждом обследовании может быть отчасти связано с «короткой памятью», когда респонденты лучше помнят события из недавнего прошлого, особенно если дело касается такой детальной информации, как *помесячное* использование контрацепции.¹⁷ Тем не менее, мы склонны доверять полученной информации, потому что интенсивности перехода в «пересекающиеся» для обоих обследований годы (1994 и 1995) достаточно близки друг к другу.

Возраст остается важным фактором перехода, но разница между возрастными группами моложе 25 и 25-34 года становится менее выраженной, чем в обследовании 1996 года.

Влияние контрацептивного статуса в начале периода наблюдений становится более значимой переменной в обследовании 1999 года. Неиспользование респондентом контрацепции в начале периода наблюдений вдвое повышает риск перехода к

¹⁷ О достоверности ретроспективных обследований контрацептивного поведения см., например: Ch.Westoff *et al.* 1961. Some estimates of the reliability of survey data on family planning // *Population Studies* 15: 52-69; T.Joyce *et al.* 2002. On the validity of retrospective assessments of pregnancy intention // *Demography* 39: 199-213.

современному методу в течение периода наблюдений, по сравнению с теми, кто в начале периода уже использовал традиционный метод. Возможно, пользователи традиционными методами некоторым образом приспосабливаются к ним и не намерены отказываться от их использования, особенно если эти методы дают результат, то есть защищают от наступления нежелательной беременности.

Наличие детей по-прежнему существенно увеличивает вероятность перехода, но после рождения первого ребенка риск перехода слегка снижается, в отличие от обследования 1996 года, где этот риск возрастал пропорционально увеличению числа детей. Регион проживания все так же остается фактором, не оказывающим значимого влияния на вероятность перехода к современной контрацепции.

5. Заключение

В данном исследовании мы вынуждены были ограничиться небольшим списком переменных, влияние которых на переход к современной контрацепции мы могли оценить: возраст, число рожденных детей, календарный год, регион проживания и контрацептивное поведение, предшествующее переходу. Отсутствие в модели таких важных социально-демографических характеристик, как состояние в браке, образование, занятость существенно ограничивают возможности детальной оценки всего спектра факторов, влияющих на контрацептивное поведение и на отношение к современной контрацепции.

Наши оценки показывают, что не существует никаких заметных региональных различий в моделях перехода к современной контрацепции: во всех трех городах, в которых проводилось исследование, они относительно близки. Возраст респонденток, напротив, является очень важным фактором перехода к современной контрацепции. Молодые женщины, особенно не имевшие контрацептивного опыта, гораздо более интенсивно переключаются на современные методы, чем все остальные. Что касается контрацептивного статуса в начале периода наблюдений, мы обнаружили, что респондентки, не пользующиеся никакой контрацепцией, чаще выбирают в качестве первого метода контрацепции какой-либо современный метод, по сравнению с женщинами, которые уже используют какой-либо традиционный метод в начале периода наблюдений. Особенно явно эта тенденция проявилась во второй половине 1990х годов.

Достигнув желаемого числа детей, которое в России не так велико, женщины стремятся более эффективно предотвращать наступление нежелательных беременностей. Поэтому риск перехода к современной контрацепции возрастает с ростом числа рожденных респондентками детей. Что касается влияния периода наблюдений, мы

обнаружили возрастающую тенденцию перехода к современной контрацепции в конце 1990х годов.

Еще один важный вопрос – в какой степени мы можем доверять ретроспективной информации о такой тонкой материи, как ежемесячное использование контрацепции – также не остался без ответа. Основания для положительного ответа на него дает сравнение результатов двух обследований: 1996 и 1999 годов. Наши оценки показывают, что интенсивности перехода к современной контрацепции в пересекающиеся годы достаточно близки. Таким образом, одним из основных заключений нашей работы можно считать то, что мы продемонстрировали достоверность ретроспективных исследований контрацептивного поведения.

Еще один важный методологический вывод состоит в том, что анализ биографий дает интересные результаты в том случае, если есть возможность связать динамику демографического поведения респондентов и их меняющиеся во времени социально-демографические характеристики.

Библиография

- Население России 1998. Шестой ежегодный демографический доклад. Отв. ред. А.Г.Вишневский. М., 1999.
- Троицкая, И., А.Авдеев и др. Сравнительный анализ контрацептивного поведения: Франция, Грузия, Литва и Россия // В: Эволюция семьи в Европе: Восток-Запад. – М.: НИСЦ, 2010, с.266-303.
- 1996 Russia Women's Reproductive Health Survey: A Study of the Three Sites (Final Report: May 1998).* Centers for Disease Control and Prevention, All-Russian Centre for Public Opinion and Market Research, United States Agency for International Development. CDC, 1998.
- Avdeev, A. On the way to one-child family: are we beyond the point of no return? // In: I.Kotowska and J.Jozwiak (eds.) *Population of Central and Eastern Europe: challenges and opportunities.* Warsaw, 2003. P139-163.
- Avdeev, A., A.Blum, I.Troitskaia. L'avortement et la contraception en Russie et dans l'ex-URSS: histoire et présent (Abortion and contraception in Russia and former USSR) // *Dossiers et recherches*, No.41, Paris: INED, 1993.
- Bongaarts, J. and Ch.F.Westoff. The Potential Role of Contraception in Reducing Abortion // *Studies in Family Planning*, Vol. 31, No. 3 (Sep., 2000), pp. 193-202.
- Joyce, T. et al. On the validity of retrospective assessments of pregnancy intention // *Demography*, 2002. N° 39. P.199-213.
- Kohler, H.-P., I.Kohler. Fertility decline in Russia in the early and mid 1990s: The role of economic uncertainty and labour market crises // *European Journal of Population*, 2002, 18 (3): 233-262.
- Marston, C. and J.Cleland. Relationships between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence // *International Family Planning Perspectives*, Vol. 29, No. 1 (Mar., 2003), pp. 6-13.
- Philipov, D., E.Andreev, T.Kharkova and V.Shkolnikov. Induced abortion in Russia: Recent trends and underreporting in surveys // *European Journal of Population* 20: 95-117, 2004.
- Pirelli-Harris, B. The path to lowest-low fertility in Ukraine // *Population Studies* 59: 55-70.
- Rogers, E.M.. Diffusion of Innovations. New York: Free Press, 1995.
- Popov A. Family planning and induced abortion in post-Soviet Russia of the early 1990s: Unmet need in information supply // In: J.DaVanzo and G.Farnsworth (eds.) *Russia's Demographic "Crisis."* 1996. Santa Monica, CA: RAND.

- Westoff, Ch. et al. 1961. Some estimates of the reliability of survey data on family planning // *Population Studies* 15: 52-69.
- Zakharov, S., E.Ivanova. Fertility decline and recent changes in Russia: On the threshold of the Second Demographic Transition // In: J.DaVanzo and G.Farnsworth (eds.) *Russia's Demographic "Crisis."* 1996. Santa Monica, CA: RAND.

Рождаемость и трансформация семьи

А.Авдеев

На пути к однодетной семье: прошла ли Россия точку невозврата?

Размышления о снижении рождаемости в России в 1990е годы¹

Введение

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что во всех европейских странах рождаемость опустилась ниже уровня простого воспроизводства. При этом, несмотря на многочисленные демографические и социологические исследования, причины и перспективы этого снижения остаются неясными. Более того, демографический оптимизм, основанный на существовании некой «волшебной силы» (Westoff, 1997), которая могла бы повысить рождаемость, и на вере в которую до сих пор базируется «средний» вариант в прогнозах населения, постепенно исчезает из демографических дискурсов. Это не означает, что низкая рождаемость безоговорочно признается как долгосрочная перспектива демографического развития человечества. Ее можно рассматривать скорее как феномен переходного периода, когда общество питает слабую надежду на то, что двухдетная семья останется нормой в современном обществе. Эта надежда была краеугольным камнем теории демографического перехода до конца 1980х годов. Несоответствие между этой надеждой, теорией и реальностью породило в 1980-1990е годы теорию второго демографического перехода (Lesthaeghe and van de Kaa, 1986). Но не лучше ли отнести определение «второй» к теории, а не переходу (Cliquet, 1992)?

Российский контекст: рождаемость ниже уровня простого воспроизводства или снижение рождаемости?

В современной истории России 1992 год ознаменован двумя важными событиями. Прежде всего, в начале этого года правительство начало кардинальную реформу экономической системы. Экономическая «шоковая терапия» спровоцировала рост цен и чудовищную инфляцию – два феномена, до этого совершенно неизвестные 80% российского населения. Во-вторых, впервые в истории в мирное время годовое число

¹ Актуализированный перевод с английского языка доклада “The extent of the fertility decline in Russia: is the one-child family here to stay?”, сделанного в марте 2001 года на семинаре Международного союза по изучению населения (International Union for Scientific Studies of Population) в Токио. Доклад в модифицированном виде послужил основой для статьи “On the way to one-child family: are we beyond the point of no return? Some considerations concerning the fertility decrease in Russia”, опубликованной в 2003 г. в книге *Population of Central and Eastern Europe: challenges and opportunities*, под редакцией И.Котовской (Irena E. Kotowska) и Я.Йожвьяк (Janina Jozwiak) по итогам Европейской конференции по проблемам населения (European Population Conference 2003, Warsaw, 26-30 August 2003), с. 139-163. Перевод И.Троицкой под редакцией автора.

смертей превысило число рождений. Такое совпадение было случайным, и месячный баланс рождений и смертей стал отрицательным с ноября 1991 года (в городском населении – месяцем ранее). Тем не менее, эти два явления, а именно отрицательный естественный прирост и экономические реформы, не только определили социально-экономический контекст проблемы рождаемости ниже уровня простого воспроизводства, но и дали основания полагать, что между этими событиями была сильная причинно-следственная связь.

В последовавших дебатах противники реформ, не согласные с методами их проведения, утверждали, что причиной снижения рождаемости в начале 1990х годов стали именно эти поспешные и необдуманные экономические реформы. Противоположная точка зрения заключалась в том, что демографическая ситуация в России в этот период явилась естественным результатом долгосрочных тенденций, и что экономические преобразования только «ускорили наступление второго демографического перехода» (Дарский и Бондарская, 1995, с.6). Мы не будем вдаваться в подробности этих дебатов, они детально описаны в работах С.Захарова (Захаров, 1997; Захаров, 1999). Мы только хотели бы обратить внимание на тот факт, что эта дискуссия внесла существенный вклад в создание парадигмы демографического дискурса. В рамках этой парадигмы низкая рождаемость как социальный феномен была отодвинута на второй план, а все внимание сосредоточилось на процессе снижения рождаемости на очень коротком временном отрезке – с начала 1980х до середины 1990х годов.

Недавние исследования показали, что рождаемость ниже уровня простого воспроизводства устойчиво возникает в России уже в конце 1960х годов (Avdeev and Monnier, 1995 и 1996; Scherbov and Vianen, 1999). Но до начала 1990х тенденция не была такой очевидной. Действительно, после существенного снижения в 1960е годы (с 2.59 до 1.99) наблюдается относительная стабилизация суммарного коэффициента рождаемости (СКР) «чуть ниже» уровня простого воспроизводства. Но в 1980е годы реализация новых мер семейной политики спровоцировала гигантский рост СКР в России.

Более того, к концу 1980х годов российские и советские демографы не имели возможностей для детального изучения тенденций рождаемости вследствие недостатка или недоступности информации для подобных исследований. Важно отметить, что появление первого советского Демографического ежегодника, вышедшего после Второй мировой войны и скудного с точки зрения информации, датируется только 1973 годом. Следующий появился лишь через 15 лет, в 1988 году. Неудивительно, что демографы оказались неготовыми к решению возникших проблем рождаемости и к снижению СКР, начавшемуся в 1988 году.

Очень важно принять во внимание, что снижение рождаемости в России последовало за существенным, но очень кратковременным ее подъемом: это искажило общую картину. Поэтому снижение показателей было первым делом интерпретировано как реакция на их предшествующий рост (Darsky, 1993). На первый взгляд весьма логичное, это объяснение предполагало, что «нормальный» тренд рождаемости вскоре восстановится и стабилизируется на уровне, наблюдаемом в 1970х годах (Barkalov and Darsky, 1994, p.13). Реальность разбила эти иллюзии, хотя надежды на такое развитие событий еще долго присутствовали в демографическом сообществе. Таким образом, социальная позиция, которую можно определить как «демографический оптимизм», составила третий элемент общего контекста социального осмысления рождаемости ниже уровня простого воспроизводства в России на пороге XXI века.

Снижение рождаемости в России в 1990е годы было объектом многочисленных исследований как российских (Андреев, Бондарская, Харькова, 1998; Дарский, 1993; Дарский, Бондарская, 1995; Захаров, 1997, 1999; Захаров и Иванова, 1996а, 1996b), так и зарубежных демографов и интернациональных научных коллективов (Avdeev and Monnier, 1994/95; 1999/2000; Barkalov and Darsky, 1994; Philipov and Kohler, 1998; Scherbov and van Vianen, 1999). Хотя все эти исследования представляли собой глубокий анализ изменений рождаемости в этот период, причины и перспективы оставались без объяснения. Большинство этих работ базировалось на трех основных теоретических положениях:

1) экономический и социальный кризис (этот термин обычно использовался как синоним социальных преобразований) не является основной причиной снижения рождаемости, но лишь ускоряет второй демографический переход;

2) по крайней мере, в первой половине 1990х годов снижение СКР было, прежде всего, следствием эффекта компенсации; рождаемость в когортах не претерпела существенных изменений;

3) основной причиной снижения календарных показателей суммарной рождаемости были изменения в повозрастной рождаемости когорт; иными словами, происходил переход от молодой и сконцентрированной кривой повозрастной рождаемости к более поздней и растянутой, аналогичной наблюдаемой в западных странах.

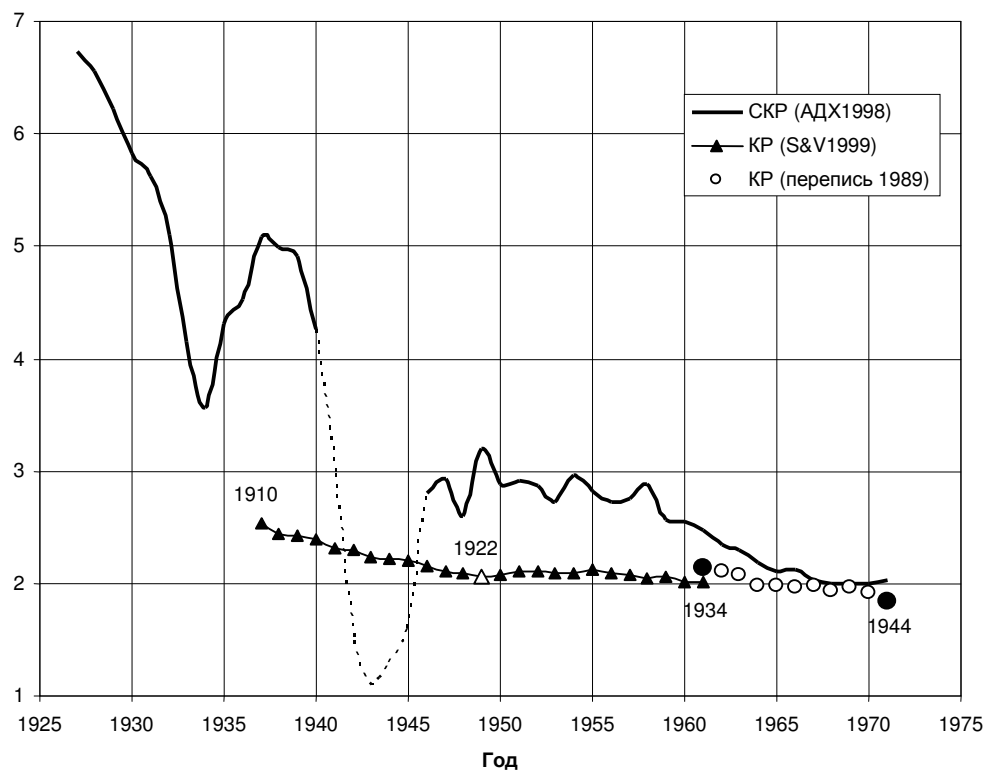
В нашей работе мы рассмотрим аргументы «за» и «против» каждого из вышеприведенных утверждений.

Основные характеристики низкой рождаемости в России

Мы не располагаем достоверными данными, которые позволили бы прямо оценить повозрастные показатели рождаемости в России для периода, предшествующего 1959 году. Тем не менее, недавние исследования, базирующиеся на результатах демографического моделирования (Андреев, Дарский, Харькова, 1998) или на данных микропереписи 1994 года (Scherbov and van Vianen, 1999), дают нам некоторые представления о снижении рождаемости в 1950е годы. В это десятилетие СКР снизился с 2.9 до 2.6, а итоговая рождаемость женщин в когортах 1924-1930 гг. рождения постепенно уменьшилась с 2.10 до 2.02. Из Рис. 1, на котором представлена динамика рождаемости в этот период и показатели когортной рождаемости, ясно видно, что Россия превратилась в страну с низкой рождаемостью уже к концу 1950х годов. Таким образом, двухдетная модель репродуктивного поведения распространилась в России не в конце 1960х, а по меньшей мере на десятилетие раньше.

Рис. 1 Снижение рождаемости в России до 1959 года

Рождений на 1 женщину



Источник: Андреев, Дарский, Харькова, 1998 (АДХ1998), с.164-165; Scherbov and van Vianen, 1999 (S&V1999), с.133

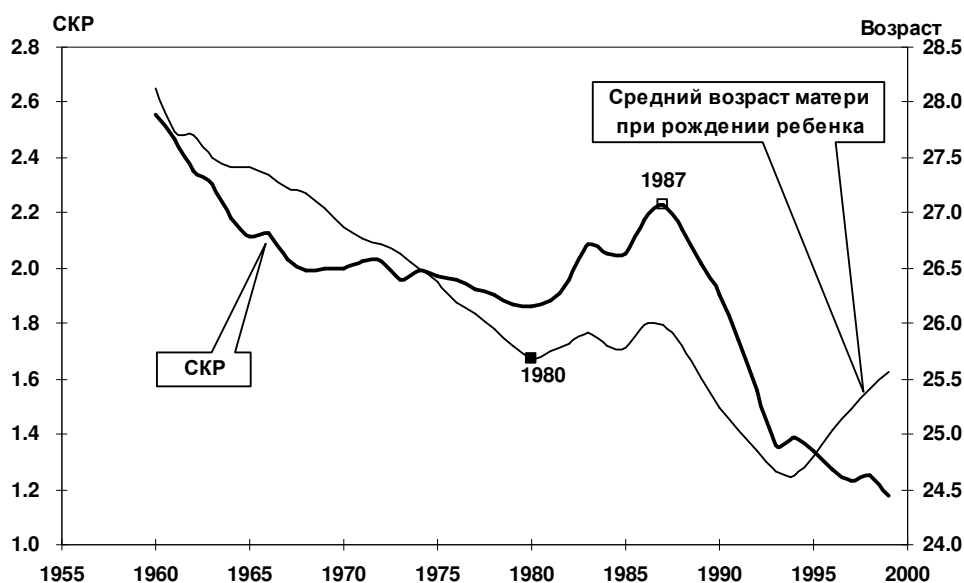
Примечание: КР (когортная рождаемость, рождаемость реальных поколений) – итоговое число детей, рожденных женщиной определенного года рождения (когорты) к возрасту 50 лет. Показатели когортной рождаемости на этом рисунке привязаны к возрасту 27 лет в каждой когорте, поскольку именно таким был средний возраст материнства в этот период

Относительно заметное снижение СКР между 1959 и 1968 гг. определялось двумя факторами. Первый связан с ускорением снижения рождаемости в селе. В 1959 году СКР в сельском населении был равен 3.3; к 1968 году он снизился до 2.5, или на 23%. В городском населении этот показатель уменьшился только на 15% (с 2.0 в 1959 до 1.7 в 1968 г.). За этот же период доля сельского населения в России снизилась с 43 до 37%.

Эти структурные изменения в населении стали вторым фактором снижения рождаемости в 1959-1968 гг. Этот фактор сохранял свое влияние на протяжении еще и следующего десятилетия, поскольку доля сельского населения продолжала снижаться и достигла 30% к концу 1970х годов.

Под воздействием этих двух факторов снижение СКР было численно выше для всего населения, чем для каждой из его частей. Между 1968 и 1979 гг. СКР в городском населении снизился на 3%, в сельском – остался практически неизменным, тогда как показатель для всего населения уменьшился на 6% (Рис. 2). С начала 1980х годов соотношение городского и сельского населения стабилизировалось, и этот фактор потерял свое значение.

Рис. 2 Суммарный коэффициент рождаемости (СКР) и средний возраст материнства в России, 1959-1999

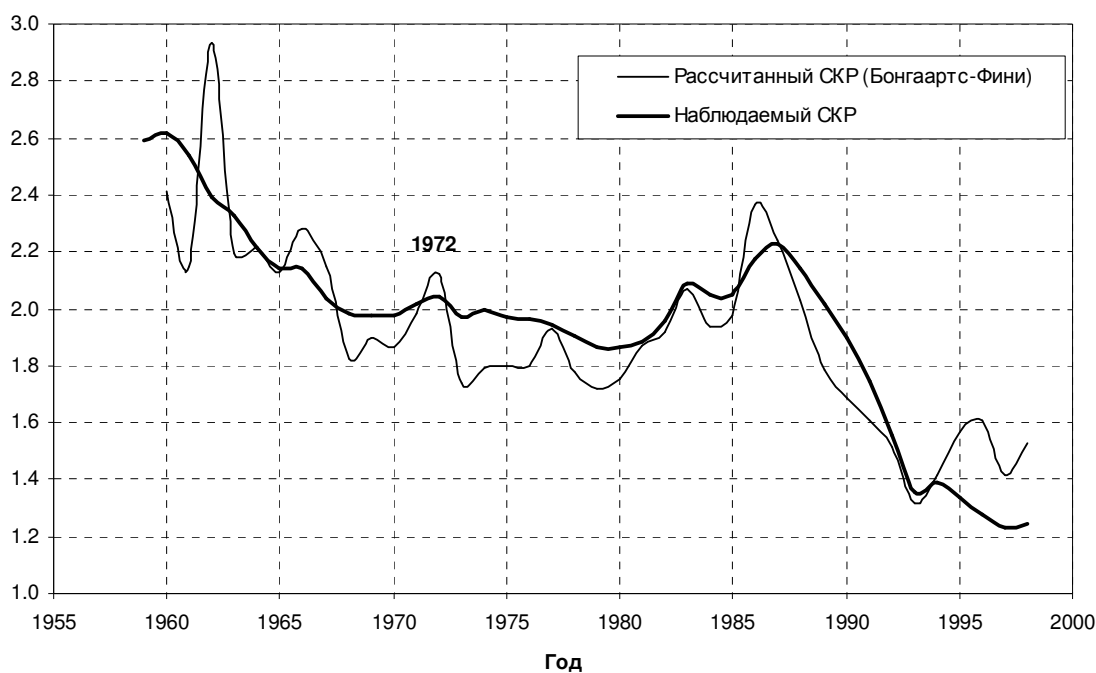


Параллельное снижение СКР и среднего возраста материнства означает, что Россия приняла «stopping model» формирования семьи. Эта гипотеза также подтверждается анализом тенденций брака в России с начала 1950х до конца 1990х годов (Avdeev and Monnier, 1999/2000).

В период 1968-1980 гг. непрерывное снижение среднего возраста материнства, выражающееся в смещении кривой повозрастных показателей рождаемости к более молодым возрастам, привело к стабилизации СКР как городского, так и сельского населения.

По аналогии с недавними исследованиями рождаемости в Восточной Европе (Philipov and Kohler, 1998), мы оценили, используя формулу Бонгаартса-Фини (Bongaarts and Feeney, 1998), влияние изменений в календаре рождений в России на показатели рождаемости. Рис. 3 показывает, что в конце 1960х и в 1970е годы рассчитанный по формуле СКР был ниже наблюдаемого: последний колебался около 2, тогда как рассчитанный был равен 1.8.

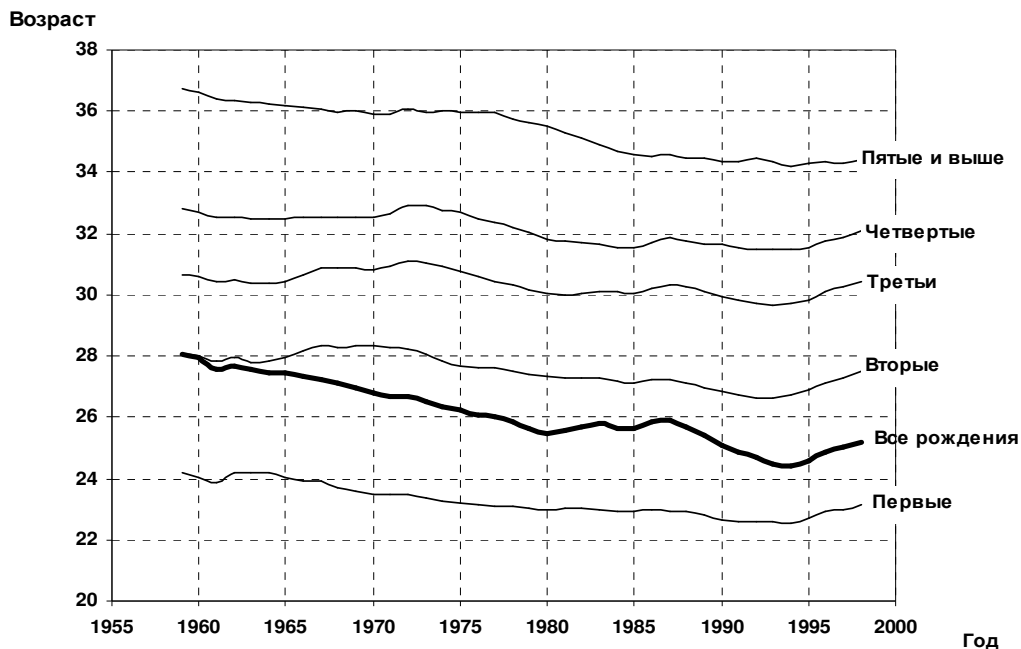
Рис.3 Наблюдаемый и рассчитанный по формуле Бонгаартса-Фини СКР в России, 1959-1998



Средний возраст материнства мог снижаться еще и вследствие снижения доли рождений высоких порядков и/или смещения таких рождений к более молодым возрастам. Рис. 4 показывает, что вплоть до начала 1970х годов основной вклад в снижение среднего возраста материнства вносило снижение возраста при первом рождении. Впоследствии ситуация изменилась, и, начиная примерно с 1972 года, наблюдается уменьшение среднего возраста при рождении любого порядка; самое существенное снижение этого показателя отмечалось для четвертых и пятых рождений. Но в период 1980-1987 гг. ситуация со средним возрастом материнства изменилась самым парадоксальным образом. Средний возраст материнства для всех рождений рос, и в то же время средний возраст для

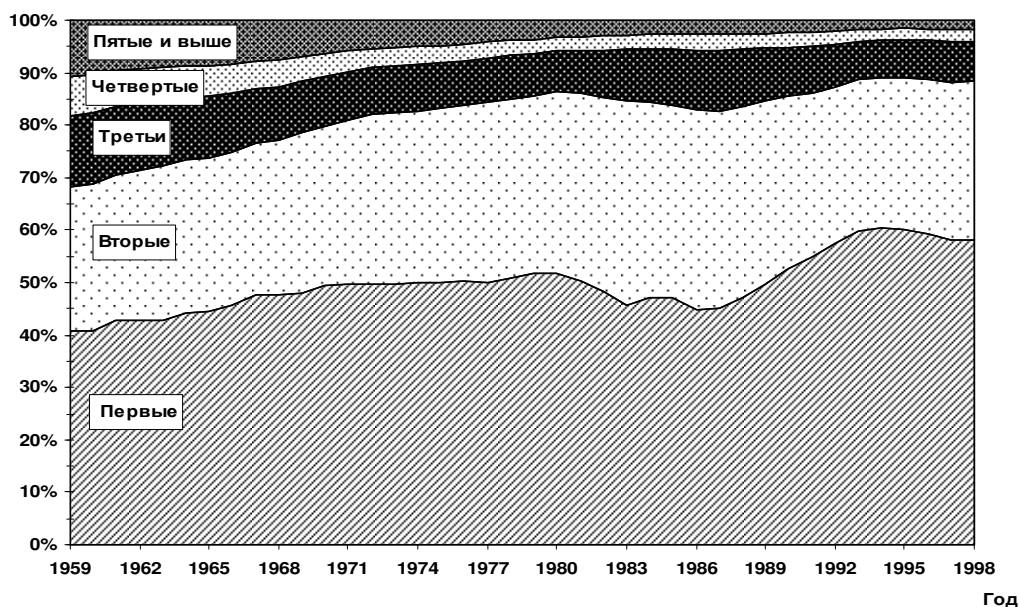
рождений каждого порядка уменьшался. В США между 1965 и 1974 годами наблюдалась прямо противоположная ситуация: снижение среднего возраста материнства сопровождалось ростом среднего возраста при рождении каждого порядка (Bongaarts and Feeney, 1998, p.281).

Рис. 4 Средний возраст материнства по порядку рождения (Россия, 1959-1998)



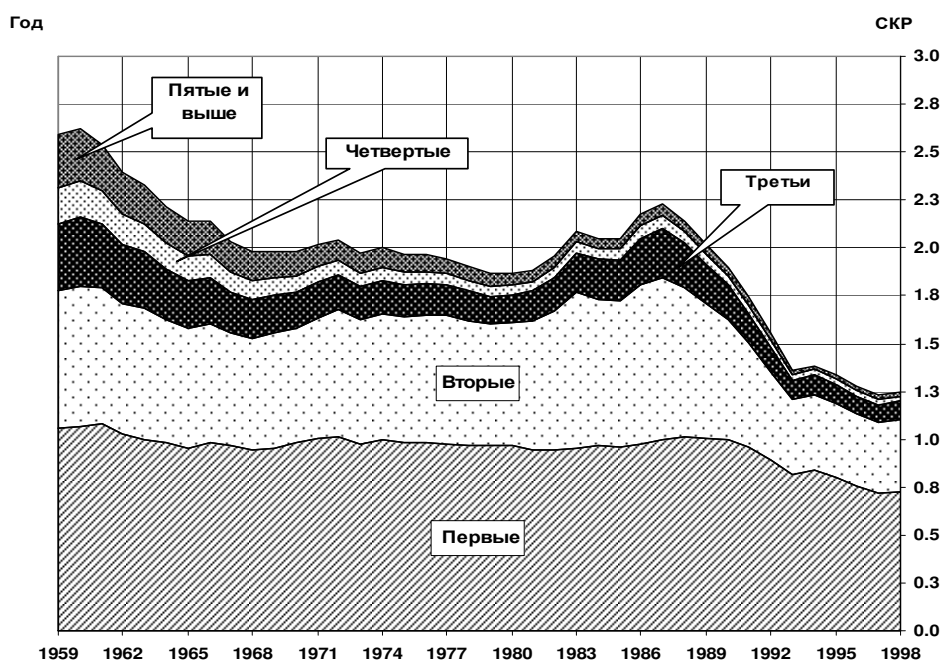
Из Рис. 5 видно, что такое изменение тенденции среднего возраста материнства в России произошло вследствие увеличения доли рождений второго (с 34 до 38%) и третьего (с 8 до 12%) порядков.

Рис. 5 Вклад в СКР рождений разных порядков, (Россия, 1959-1997)



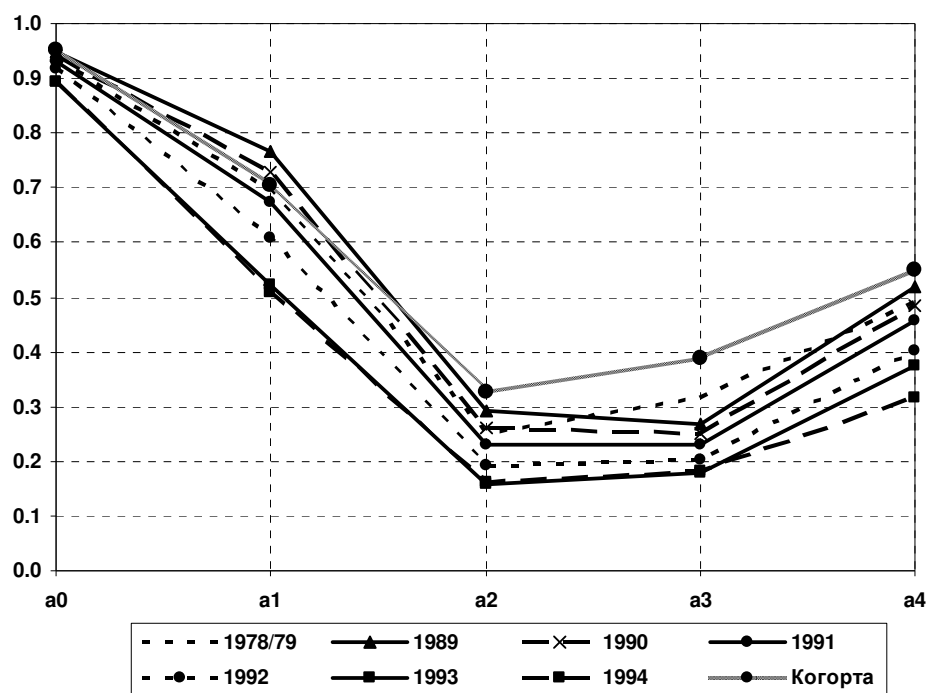
Помимо сдвига к молодым возрастам, низкая рождаемость в России характеризовалась почти полным исчезновением рождений высоких порядков и очень низкой бездетностью (Рис. 6). «Средняя низкая рождаемость» в России отражала очень однородное репродуктивное поведение российских семей. Можно даже сказать, что с начала 1960х годов девизом российских женщин в отношении рождаемости было: «Детей должна родить каждая – раньше, меньше и быстрее».

Рис. 6 СКР, разложенный по порядку рождений, Россия 1959-1998



В противоположность однородности одно-двухдетного репродуктивного поведения, незначительное количество семей по-прежнему были большими, имеющими более трех детей (Avdeev and Monnier, 1994/1995; Barkalov and Darsky, 1994; Andreev and Barlalov, 1999). Рис.7 является иллюстрацией к парадоксу российской рождаемости. Тот факт, что вероятность рождений порядка 4 и выше постоянно растет, тогда как вероятность третьих рождений стабильно остается очень низкой, доказывает, что в России семья с тремя детьми является скорее «отклонением» двухдетной модели, чем этапом формирования многодетной семьи. То есть, в российской модели рождаемости существует сильная количественная связь между третьим и последующими рождениями, но непреодолимый барьер между двумя полярными моделями репродуктивного поведения разделяет вторые и третьи рождения.

Рис. 7 Вероятность рождения ребенка для условных поколений в 1979-1994 гг. и для реальной когорты женщин возраста 45-49 лет в момент переписи 1989 года



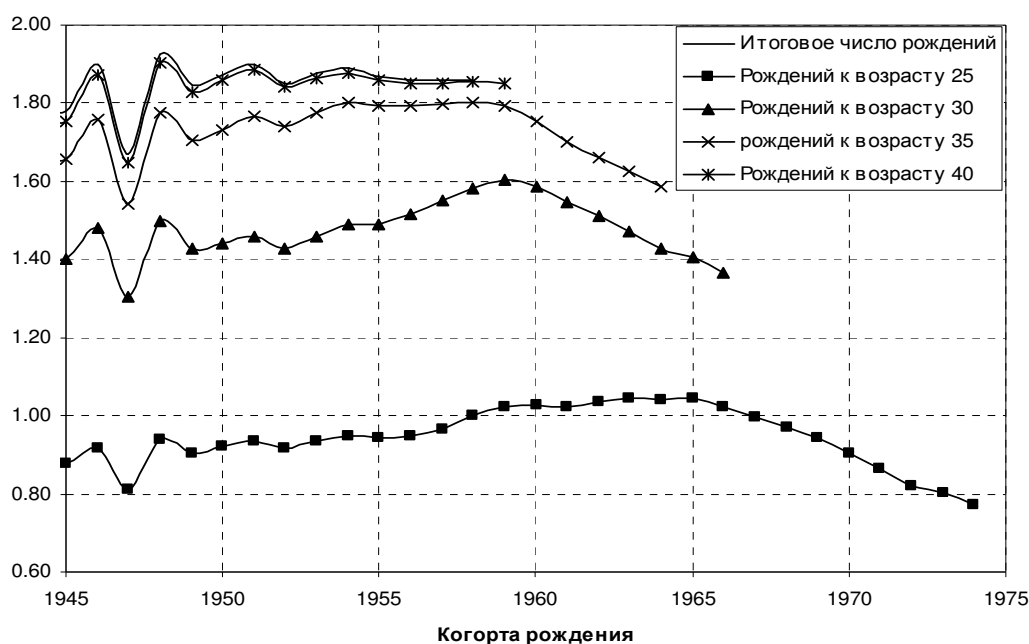
Источник: Barkalov and Darsky, 1994, с.19 (для когорты); Андреев, Баркалов, 1999, с.66 (для условных поколений)

В 1981-1987 гг. принятие новых мер семейной политики спровоцировало значительный рост как показателей рождаемости, так и среднего возраста материнства; при этом общая модель российской рождаемости осталась неизменной. Связь политики и рождаемости была очень сложной. Политика повлияла на количественные показатели рождаемости в группе женщин моложе 30 лет, а также на календарь рождений в этой же группе. Основным итогом этих мер стало сильное сжатие календаря рождений в когортах женщин 1954-1965 годов рождения.

Рис. 8 показывает заметный рост кумулятивного показателя рождаемости к возрастам 25 и 30 лет в этих когортах. Рост показателя к возрасту 35 лет в когортах 1954-1960 годов рождения остается очень слабым, а к возрасту 40 лет кумулятивная рождаемость практически не меняется от когорты к когорте. Таким образом, новая семейная политика всего лишь помогла российским семьям реализовать уже имеющиеся репродуктивные планы скорее, чем они предполагали, но не изменила их установок на двухдетную семью.

В конце 1980х советская экономика определенно вступила в период глубокой депрессии; реальная ценность мер, стимулирующих рождаемость, сократилась, и рождаемость вновь начала снижаться.

Рис. 8 Итоговая и кумулятивная рождаемость в когортах по достижении возрастов 25, 30, 35 и 40 лет



Семейная политика в России и ее последствия для рождаемости

Советский опыт является ярким примером того, как социальная политика может влиять на рождаемость. Существует множество исследований, посвященных семейной и демографической политике СССР, в которых исследователи иногда приходят к противоположным выводам (David and McIntyre, 1981; Chambre, 1954, Glass and Stolee, 1987). Мы приведем ниже краткий обзор эволюции семейной политики в России.

Сразу же после Октябрьской революции Советское государство приняло множество новых законов, целью которых было изменение структуры и функций семьи. В первый период (с 1917 до начала 1930х годов) государство не ставило никаких демографических целей. Некоторые законодательные меры можно было бы даже назвать анти-семейными. В 1917 году, через 10 дней после взятия власти большевиками, был опубликован законопроект о разрешении разводов, и в последний день 1917 года этот закон был принят. В 1920 году Советское правительство легализовало аборты. Позже, по кодексу о браке и семье 1927 года, незарегистрированный брак (сожитительство) стал рассматриваться как легальный, с теми же юридическими последствиями для мужчин, женщин и детей, что и законный брак. В настоящее время аналогичные меры обсуждаются или принимаются во многих странах Западной Европы, но в советской истории они часто интерпретировались как намерения советского правительства разрушить институт семьи (Glass and Stolee, 1987, с.893).

Этот первый, либеральный период в истории семейной политики в России закончился в 1936 году, когда отношение государства к семье и рождаемости изменилось кардинальным образом. С 1936 года Советское государство стало проводить сильную пронаталистскую политику. Искусственный аборт был запрещен, а процедура официального развода стала такой сложной, что ее можно было расценивать как непрямой запрет разводов. В дополнение к этим запретительным мерам, государство приняло обширную программу улучшения охраны здоровья матери и ребенка, а также ввело значительные ежегодные выплаты женщинам с 7 и более детьми.

Эти меры были усилены во время Отечественной войны декретом от 8 июня 1944 года. Согласно этому закону, были введены прогрессивные надбавки за рождения и ежемесячные выплаты за рождение третьего и последующих детей, декретный отпуск вырос с 63 до 77 дней (35 дней до родов и 42 – после). Декрет учреждал награды для многодетных матерей – «Медаль Материнства» за рождение 4-5 детей, орден «Материнская слава» за 7-9 детей и почетное звание «Мать-героиня», которое присваивалось женщинам, имевшим 10 и более детей. Согласно этому же декрету, незарегистрированный брак (сожительство) потерял всю юридическую защиту. В качестве дополнительной запретительной меры, декретом от 21 ноября 1941 года был введен налог на бездетность для мужчин 20-50 лет и женщин 20-45 лет, как состоящих в браке, так и одиноких. Советская семейная политика в этот период имела совершенно очевидную демографическую цель – стимулировать рост населения. Низкая рождаемость и маленькая семья в этот период рассматривались как девиантное поведение, и все меры были сосредоточены на поддержке большой семьи и поощрении рождений высоких порядков, хотя они практически исчезли в России уже в 1950е годы. Фактически, только один тип семьи был полностью исключен из системы прямой экономической поддержки, а именно одно- и двухдетная семья. Снижение рождаемости и распространение двухдетной модели семьи во всем населении в 1950е годы со всей очевидностью демонстрируют неудачи демографической политики, доминировавшей в СССР вплоть до 1980х годов.

Тем не менее, было бы неверным сводить семейную политику в Советском Союзе только к прямым пронаталистским мерам. Основная поддержка советским семьям поступала из системы социальной защиты, не преследующей демографических целей. Система гарантировала всем семьям бесплатное начальное, среднее и высшее образование, медицинскую помощь, полную занятость, жилье (это была единственная мера социальной защиты, зависящая от размера семьи). Интересно отметить, что, несмотря на политику поддержки большой семьи, государство планировало строительство нового жилья, в котором самые большие по числу комнат квартиры были

трехкомнатными, то есть рассчитанными на одно- или двухдетную семью. Этот аспект социальной политики, как в СССР, так и в странах Восточной Европы, стал «общим отцом» детям, по выражению Илоны Остнер (Ostner, 1993, p.107). На самом деле государство практически полностью сняло с индивида ответственность за строительство семейного жилья. Это было основной причиной ранних браков, молодого родительства, сжатия календаря рождений и гомогенности репродуктивного поведения в России и в большинстве стран социализма в Европе. Если в Западной Европе брак и рождение детей следовали после завершения образования, получения профессии и постоянной работы, приобретения жилья, в России ситуация была прямо противоположной.

После смерти Сталина семейная политика в России стала более либеральной. В 1955 году был вновь законодательно разрешен искусственный аборт, а в начале 1960х – упрощена процедура развода.

Более того, в 1974 году было введено пособие семьям, имеющим детей моложе 12 лет, если ежемесячный доход не превышал 50 рублей на члена семьи, независимо от числа детей. Это нововведение означало существенную поддержку сельских семей, чей денежный доход был очень низким, а также студенческих семей, живших на стипендию, размер которой составлял в то время 35-50 рублей. Но это также означало нарушение традиции поддержки больших семей. С этого момента основным объектом заботы государства стала «молодая семья».

Абсолютно новая концепция семейной политики получила свое материальное воплощение в 1981 году. Пособие по родам, детские пособия, годичный отпуск по уходу за ребенком для женщин, беспроцентные кредиты – все это было введено для семей с детьми, но при одном условии: один из супругов должен был быть моложе 30 лет. В СССР такие привилегии прежде не давались никому. Неудивительно, что этот закон спровоцировал маленький «беби-бум» в двухдетном российском обществе 1980х годов. Но новая семейная политика не оказала никакого влияния на социальную ценность двухдетной семьи.

Мы уже отмечали выше, что календарь рождений в России был довольно сжатым еще до введения новых мер семейной политики. Иными словами, резервы потенциального роста рождаемости в самых молодых возрастах были практически исчерпаны, а рост повозрастных показателей наблюдался только в возрастной группе 20-29 лет. Какой прогноз на начало 1990х годов можно было дать в конце 1980х? Первое – что рождаемость действительно вырастет и что суммарные показатели рождаемости стабилизируются на уровне, наблюдаемом в 1983-1987 годах. Второй сценарий, который можно было представить, заключается в том, что рождаемость в когортах не будет расти,

а СКР снизится за 5-10 лет, поскольку в когортах, находящихся в самых репродуктивных возрастах, резервы рождаемости уже исчерпаны. Если бы второй сценарий воплотился в жизнь, к середине 1990х годов рождаемость достигла бы уровня 1970х годов. Есть еще и третий сценарий, такой же, как второй, но с дополнительным предположением о постарении когортной рождаемости. В этом случае снижение рождаемости было бы более медленным и продолжалось бы до самого конца 1990х. Все эти три сценария рассматривались российскими демографами как возможные в начале 1990х годов, и именно с их помощью демографы объясняли снижение рождаемости, начавшееся в 1988 году.

Похоже, что ни один из вышеперечисленных сценариев не соответствовал действительности полностью, но часть каждого из них претворилась в реальность.

«Катастрофа» 1990х

На Рис.9 представлены кривые повозрастной рождаемости для четырех периодов:

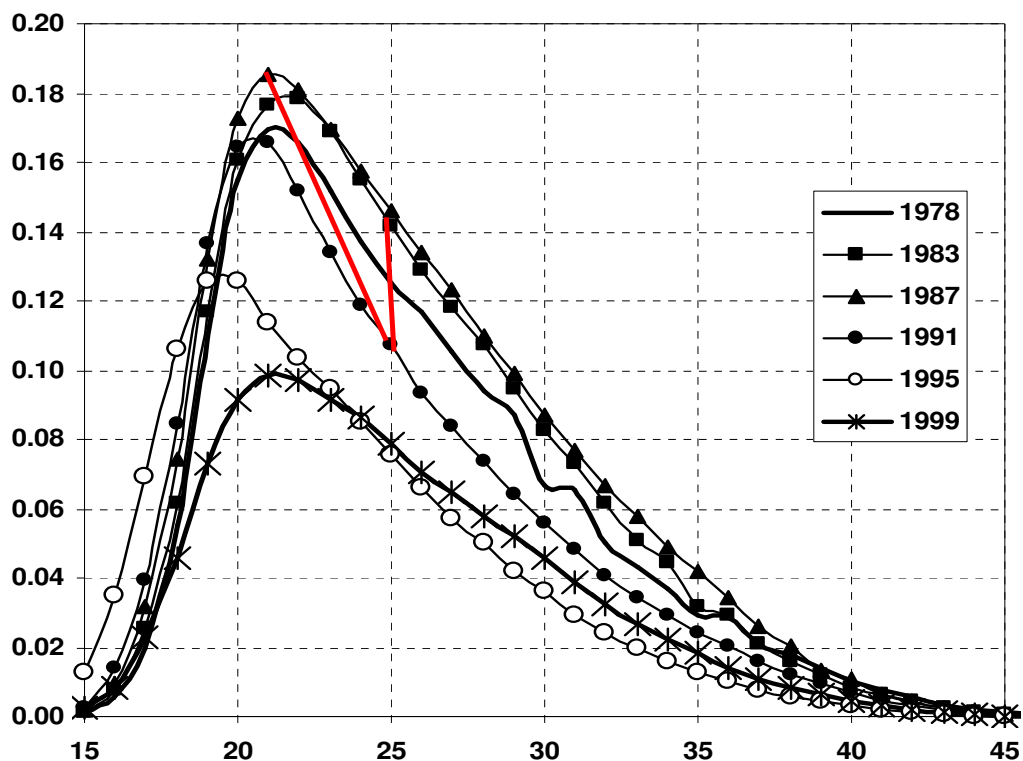
- 1978 год – непосредственно перед реализацией мер новой семейной политики;
- 1983 и 1987 гг., когда рождаемость в России достигла наивысших с начала 1960 годов значений;
- 1991 и 1995 гг. – первый этап снижения рождаемости
- 1999 – год наиболее резкого снижения рождаемости, когда-либо наблюдаемого в России.

Красная линия связывает показатели для 1987 и 1991 годов, относящиеся к одной когорте. Кривые показывают, что до начала 1990х годов снижение рождаемости было своего рода компенсацией за предшествующее ее повышение. Фактически, между 1987 и 1994 годами снижался не только СКР, но и средний возраст материнства, что означало слабый вклад старших когорт в формирование показателей рождаемости и существенное снижение рождений вторых и третьих детей (см. Рис. 2, Рис. 4 и Рис. 6). Но этот «компенсационный период» закончился в 1990 году, когда суммарный коэффициент первых рождений начал снижаться, а суммарный коэффициент вторых и третьих рождений стабилизировался.

Средний возраст материнства растет, начиная с 1995 года, в противоположность суммарному коэффициенту рождаемости, продолжающему свое снижение. Такая ситуация позволяет предположить, что в России начинает реализоваться сценарий «старения рождаемости», но более детальный анализ показывает, что это предположение неверно. Хотя средний возраст материнства для каждого рождения возрастает, во всех возрастах старше 20 лет наблюдается существенное снижение повозрастных показателей. Модальный возраст при рождении сдвинулся от 21-22 лет (значение, наблюдавшееся в

течение 30 лет) к 19-20 годам, а кривая повозрастной рождаемости в 1995 году выглядит даже моложе, чем в 1978. Таким образом, начиная с середины 1990х, снижение рождаемости в России уже нельзя объяснить ни компенсацией ее роста в 1981-1987 гг., ни постарением рождаемости; оно становится тенденцией.

Рис. 9 Повозрастные коэффициенты рождаемости в России в 1978-1999 гг.



В 1999 году повозрастные показатели для рождений всех порядков сохраняют примерно ту же структуру, что и в 1980е годы, а модальный возраст при рождении равен 21 году.

Даже если средний возраст уменьшается вследствие более существенного снижения рождаемости в средних репродуктивных возрастах, нельзя сказать, что повозрастная кривая рождаемости сдвигается к старшим возрастам. Наблюдаемые изменения повозрастных коэффициентов для первых, вторых и третьих рождений очевидно подтверждают гипотезу о том, что социальные и экономические преобразования, начавшиеся в 1992 году, привели к реальному снижению рождаемости (Рис.10 показывает в двух проекциях поверхности повозрастных коэффициентов рождаемости для рождений разных порядков).

**Рис. 10. Повозрастные показатели для первых, вторых и третьих рождений.
Россия, 1978-1998**

Рис.10а.

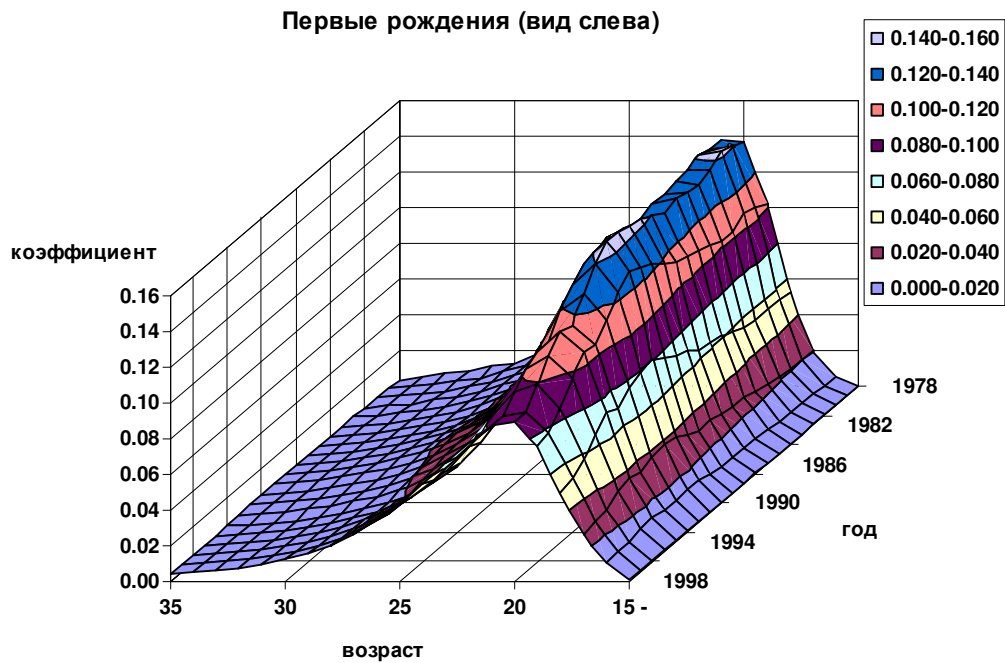
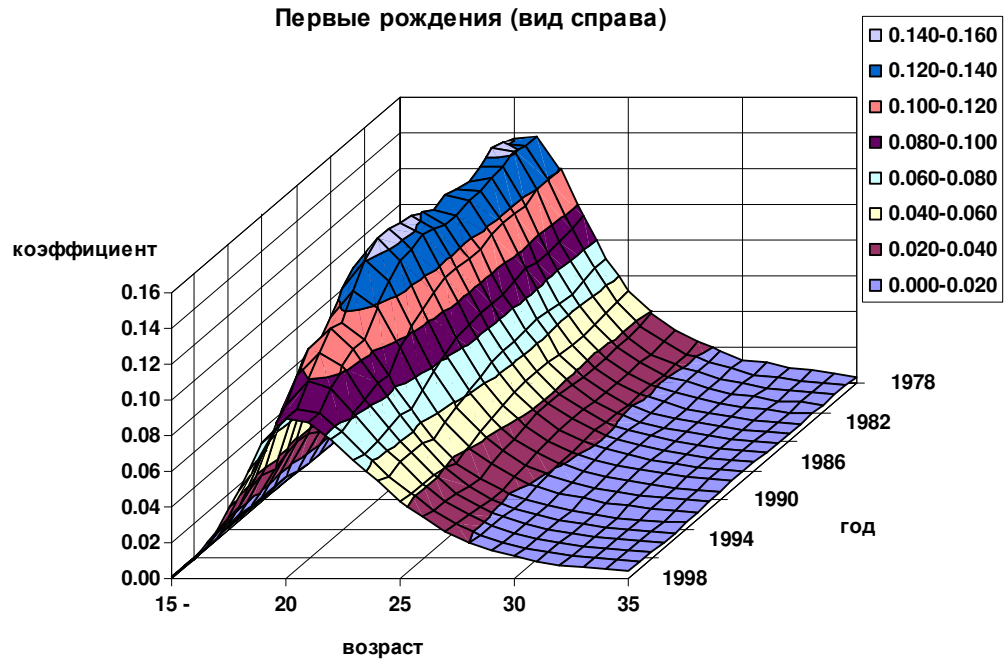
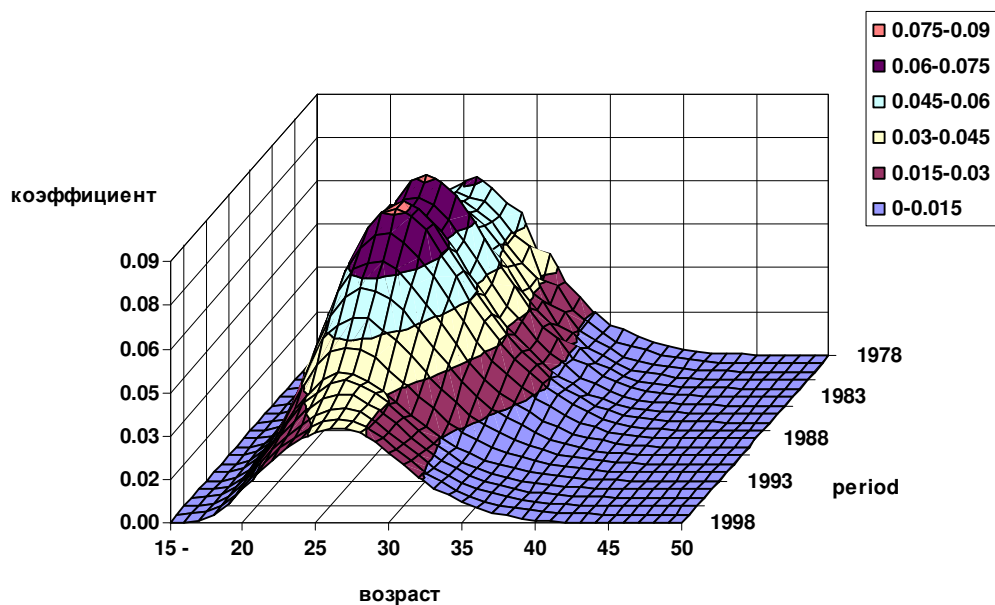


Рис. 10б.

Вторые рождения (вид справа)



Вторые рождения (вид слева)

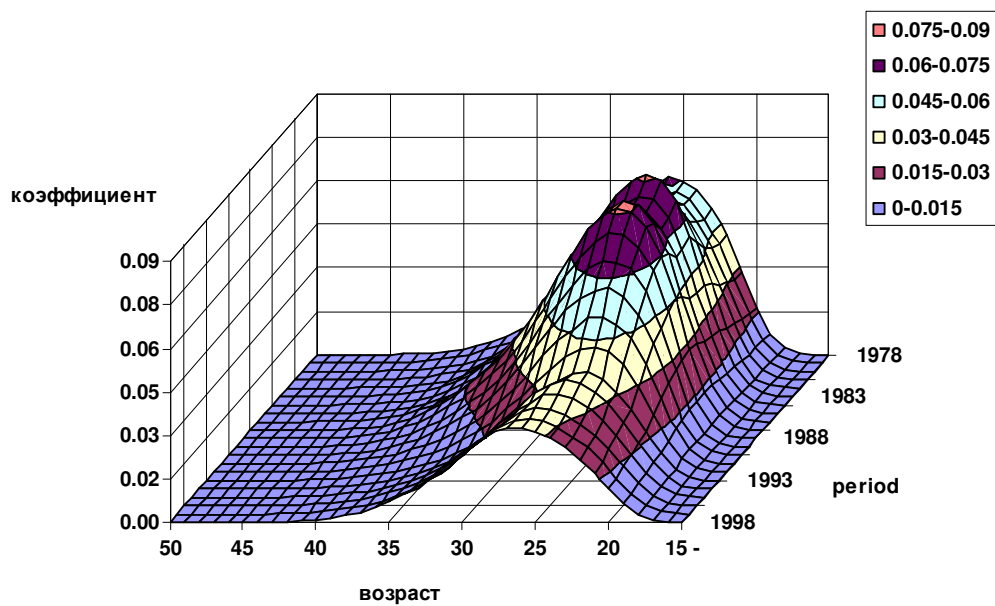
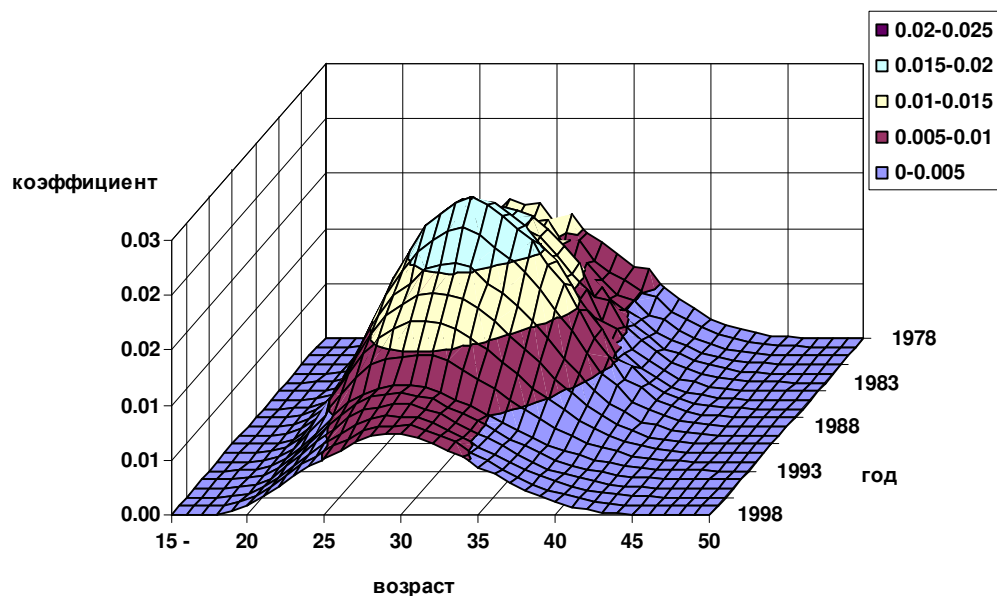
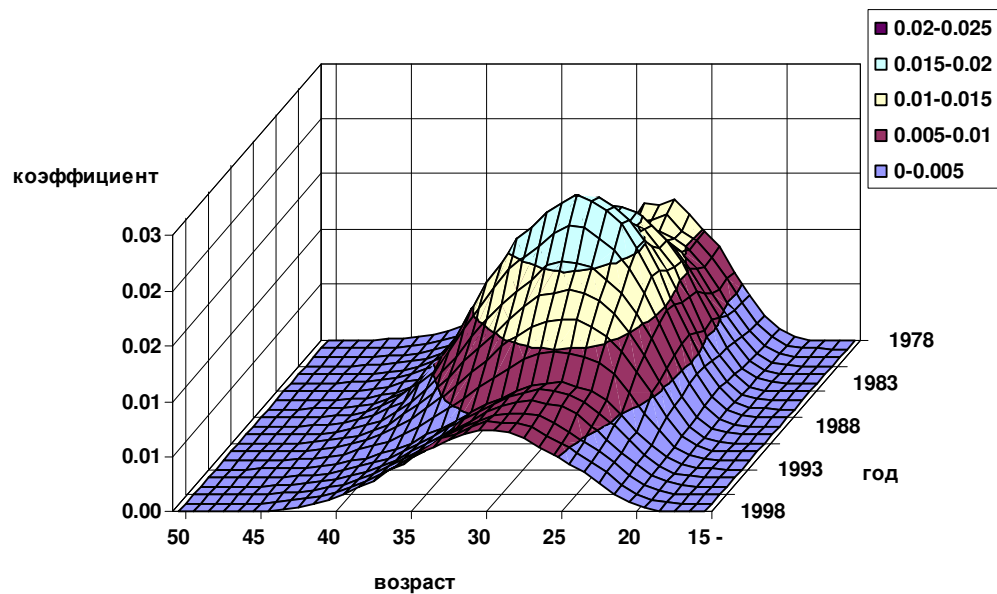


Рис. 10в. Третьи рождения

Третьи рождения (вид справа)



Третьи рождения (вид слева)



Изменения в рождаемости по регионам и социальным группам

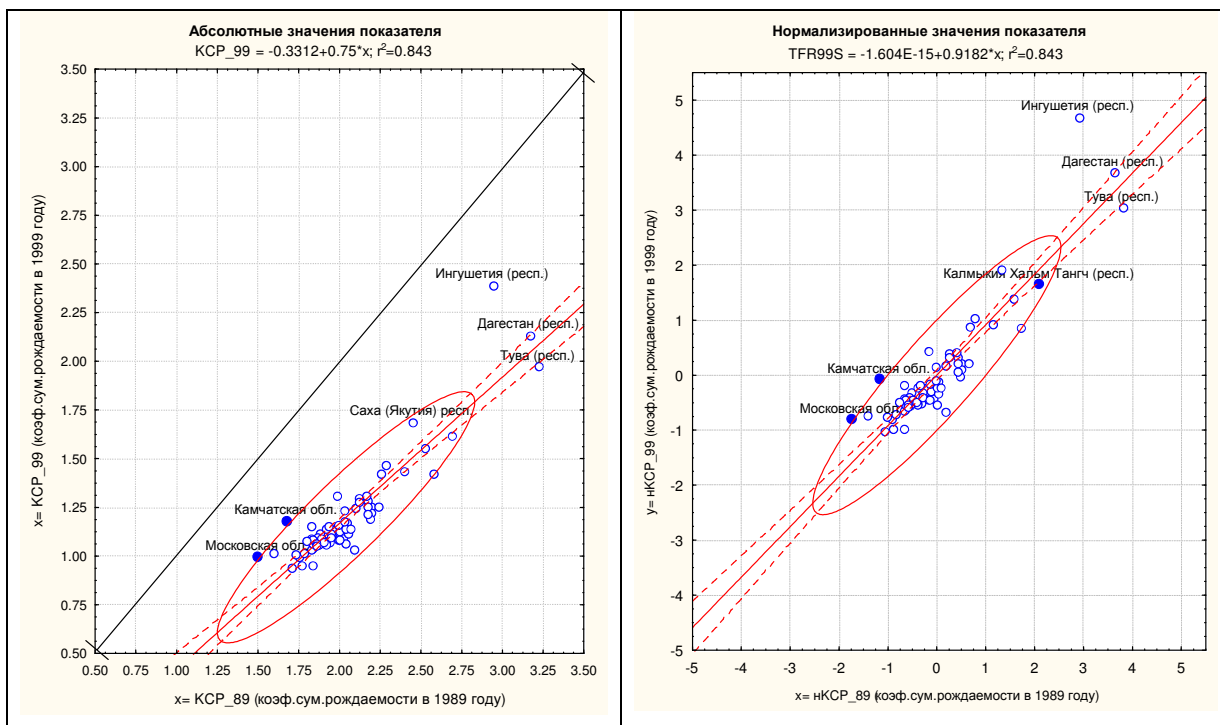
С.Захаров и Е.Иванова в своей работе объясняют региональные различия в показателях рождаемости в России в 1959-1994 гг. «адаптационной моделью» перехода рождаемости. Они утверждают, что в периоды медленного роста или относительной стабильности показателей рождаемости уменьшение до определенного предела региональных различий «проявляется как ведущий вектор изменений в периоды относительной стабильности». Напротив, в периоды быстрых изменений «региональные различия вновь становятся значительными» (1996а, с.354). Такое объяснение едва ли применимо даже к длительному демографическому переходу (Guinnane, Okun and Trussel, 1994); и также не подходит для объяснения снижения рождаемости в России в 1990е годы.

Анализ региональной дифференциации СКР в 1999 году, в сравнении с 1989 годом, показывает, что российская рождаемость демонстрирует скорее инновационную, нежели адаптационную модель изменения. Фактически, СКР снизился везде, в среднем на 41%. Максимальное снижение зарегистрировано в Хабаровском крае, где этот показатель уменьшился на 51%, с 2.093 в 1989 до 1.03 в 1999. Меньше всего СКР снизился на Кавказе, в Республике Ингушетии, хотя в этом регионе качество данных о естественном движении населения вызывает определенные сомнения. Если исключить этот регион из анализа, минимальное падение показателей рождаемости – на 30% – наблюдалось на Камчатке.

Хотя рождаемость в России и снизилась существенно между 1989 и 1999 гг., ее территориальная структура практически не изменилась. Так, в 1999 году большинство российских регионов занимало ту же позицию по отношению к общероссийскому СКР, что и на начальной стадии снижения рождаемости. Рис.11 демонстрирует относительное изменение региональных СКР в 1999 году относительно 1989. На левом графике представлены наблюдаемые показатели, на правом – стандартизованные.

Социальная дифференциация рождаемости в России недостаточно изучена. Но некоторые результаты анализа рождений, зарегистрированных в 1993 году, показывают, что рождаемость снижалась почти в одинаковой степени во всех социальных стратах (Andreev, Bondarskaya and Kharkova, 1998).

Рис.11 Изменения в региональной дифференциации СКР в России между 1989 и 1999 гг. (с линией регрессии и эллипсом 90%-ного доверительного интервала)



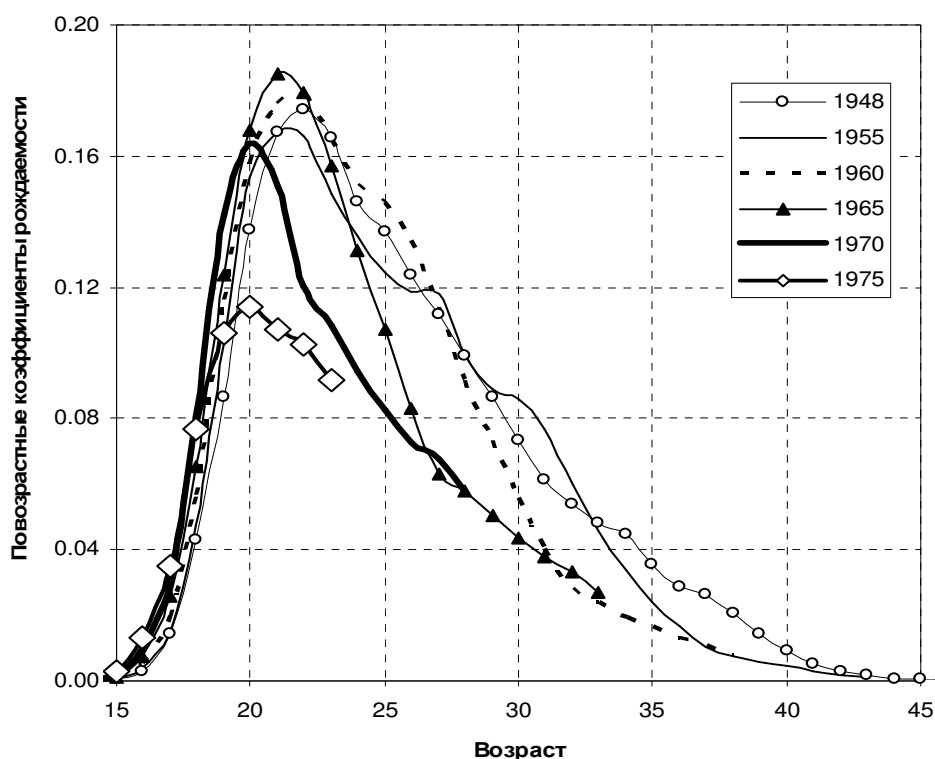
Снижение рождаемости: когортное измерение

Анализ когортной рождаемости показывает, что снижение рождаемости в 1990е годы было не просто откладыванием рождений, а вероятнее всего переходом от двух-к-одной семье. И этот переход можно добавить в качестве четвертого сценария эволюции рождаемости к тем трем, которые были представлены выше. Именно этот сценарий не попал в поле зрения демографов в 1990е годы.

На Рис.12 представлены повозрастные показатели рождаемости в нескольких когортах женщин:

- 1) практически реализовавших свои репродуктивные намерения до введения новых мер семейной политики в 1980х (когорта 1948 года рождения);
- 2) участвовавших в «беби-буме» 1980х (когорты 1955, 1960 и 1965 годов рождения);
- 3) бывших главными действующими лицами на российской демографической сцене в 1990е (когорты 1970 и 1975 годов рождения).

Рис.12 Повозрастные показатели рождаемости в выбранных когортах по году рождения



Как мы видим, рождаемость в когортах существенно снизилась в возрастной группе 20-25 лет, а в старших возрастах – удержала свои позиции. Интересным и важным является тот факт, что пик рождаемости не сдвинулся к более старшим возрастам и приходился на возраст 20 лет даже в самых молодых когортах – 1970 и 1975 годов рождения. Он даже слегка сдвинулся влево относительно старших когорт. Такое изменение в форме кривых повозрастной рождаемости в когортах означает заметное откладывание первого рождения в когортах.

Но какими бы непредсказуемыми ни оказались повозрастные показатели рождаемости в реальных когортах, трудно представить, что итоговая рождаемость в когортах может восстановиться до предшествующего уровня в 1.8.

От двухдетной к однодетной семье: является ли этот переход необратимым?

Так повелось, что обычно демографические прогнозы строятся вокруг некоего «среднего варианта», представляющего собой более или менее быстрый, но всегда неизбежный рост рождаемости до уровня, необходимого для простого воспроизводства. Насколько реалистично в наши дни такое допущение? Аналитики из Отдела населения Секретариата ООН, сохраняя верность «среднему» варианту, пытаются согласовать его с наблюдаемыми тенденциями рождаемости, откладывая все дальше и дальше момент

достижения «волшебного» уровня простого воспроизводства. При этом признается, что «к настоящему времени исторический опыт не дает оснований верить в стабилизацию показателей рождаемости на уровне, необходимом для простого воспроизводства» и что «методы формулирования гипотез о рождаемости в прогнозах для стран, в которых наблюдается рождаемость ниже уровня простого воспроизводства, представляют собой попытку максимально точно предсказать будущую реальность». Тем не менее, маловероятные гипотезы роста рождаемости по-прежнему занимают важное место в демографических прогнозах «отчасти потому, что репродуктивные намерения, заявляемые респондентами в ходе соответствующих обследований, показывают, что двухдетная семья является нормативом» (ООН, 1997, с.96-97, 101).

Последнее утверждение, даже если с ним согласиться, еще не дает ответа на вопрос, о том, что же представляет собой двухдетная семья как нормативная модель поведения в демографическом плане. Вполне вероятно, что в обыденном сознании образ двухдетной семьи является социально приемлемым и даже привлекательным. Поэтому, когда речь идет об идеалах и «правильном» поведении, например, в условиях опроса о репродуктивных намерениях, респонденты говорят именно о двухдетной семье, хотя подобные разговоры могут быть очень далеки как от реальности, так и от внутренних норм и установок индивидуального поведения (Андреев, Бондарская, 2000). Надеяться на то, что человек, заявляющий, что двухдетная семья является социальным идеалом, и вправду сам мечтает иметь двоих детей, так же опрометчиво, как думать, что все курящие табак и употребляющие алкоголь полагают, что оба эти занятия полезны для здоровья...

В демографическом плане, даже если двухдетная семья и будет доминирующей социальной моделью, рождаемость не обязательно достигнет уровня простого воспроизводства. Простая модель распределения по числу рожденных детей в когорте, для которой два ребенка являются статистической (и социальной) модой, иллюстрирует этот вывод (Таблица 1). Только первая строка в приведенной ниже таблице представляет такое соотношение рождений разных порядков, при котором будет возможным замещение поколений. При этом должны выполняться следующие условия: каждая женщина вступает в брак, а доля бездетных женщин близка к уровню естественного бесплодия. Можно легко увидеть, что в таких гипотетических обстоятельствах 25% женщин должны родить больше, чем двоих детей, чтобы обеспечить рождаемость на уровне простого воспроизводства.

Таблица 1.

**Модели итоговой рождаемости в реальных поколениях
(процентное распределение женщин в возрасте 44 лет по числу живых детей)**

Тип модели	Число детей						Всего	КСКР
	0	1	2	3	4	5-7		
Двухдетная	5.0	10.0	60.0	20.0	2.5	2.5	100	2.143
Двухдетная	5.0	20.0	60.0	10.0	2.5	2.5	100	1.943
Двухдетная	5.0	20.0	65.0	5.0	2.5	2.5	100	1.893
Двухдетная	5.0	30.0	55.0	5.0	2.5	2.5	100	1.793
Двухдетная	5.0	35.0	50.0	5.0	2.5	2.5	100	1.743
Двухдетная	7.0	30.0	50.0	7.0	2.0	4.0	100	1.818
Двухдетная	10.0	35.0	45.0	7.0	2.0	1.0	100	1.597
Двухдетная	10.0	40.0	40.0	7.0	2.0	1.0	100	1.547
Однодетная	10.0	50.0	30.0	7.0	2.0	1.0	100	1.447
Однодетная	10.0	50.0	30.0	7.0	2.0	1.0	100	1.447
Однодетная	10.0	55.0	28.0	5.0	1.0	1.0	100	1.357
Городские женщины в возрасте 40 лет (Россия, 1989)	8.0	32.0	47.0	8.0	1.5	3.5	100	1.760
Сельские женщины в возрасте 40 лет (Россия, 1989)	6.0	15.0	42.0	20.0	7.0	10.0	100	2.440
Женщины в возрасте 40 лет, все население (Россия, 1989)	8.0	30.0	46.0	11.0	2.5	2.5	100	1.793

Имитацию можно продолжить, но очевидно, что при доминировании двухдетной семьи как «нормативной цели» замещение поколений обеспечивают рождения третьего и более высоких порядков, которые в настоящее время практически исчезли с европейской демографической сцены. Абсолютно нереальная «чистая» модель двухдетной семьи (по 5% бездетных и однодетных, 85% с двумя детьми и 5% – с тремя и более) дает 1,9 рождений в среднем на одну женщину, что далеко не достаточно для простого замещения численности поколений.

Сравнение строк 8 и 9 в Таблице 1 также показывает неустойчивость понятия «двухдетная семья как нормативная цель», поскольку грань между двухдетной и однодетной моделью очень тонка. Нижние строки в Таблице 1 содержат данные переписи 1989 года о числе детей, рожденных живыми (включая и тех, кто умер впоследствии). Легко видеть, что в городском населении женщины, родившиеся в конце 1940х годов, балансируют между одно- и двухдетной моделью. Но женщины той же когорты рождения, проживающие во время этой переписи в селе, «хранят верность» двухдетной модели семьи, поскольку 37% из них родили трех и более детей. Наверное, только неоправданным оптимизмом может быть порождено фантастическое предположение о том, что репродуктивное поведение проживающих в сельской местности российских женщин 1949 года рождения и представляет собой модель будущего и должно стать нормативной целью современного европейского общества.

Похоже, что российские демографы исключили понятие «замещающая рождаемость» из своего лексикона уже в 1994 году, но сохраняли свой оптимизм вплоть до конца 1990х годов. Демографический прогноз Института народнохозяйственного прогнозирования РАН, опубликованный в начале 1995 года, предполагал медленное повышение суммарной рождаемости от 1,62 в 2000 до 1,74 в 2015 г. По низкому варианту прогноза предполагается снижение этого показателя от 1,54 до 1,43 между 2000 и 2015 гг. (Вишневский и Васин, 1995). Можно предположить, что авторы, делая прогнозные расчеты, взяли за базу 1992 год, потому что в 1995 году СКР уже был ниже 1,4. Очевидно, что, вопреки реальности, идея двухдетной семьи присутствует в этом прогнозе.

Реальность превзошла худшие ожидания, и в 1999 году СКР снизился до 1,2, что на четверть ниже гипотезы для пессимистического «нижнего» варианта. В связи с этим в 2000 году Центр демографии и экологии человека опубликовал новый прогноз населения России, основанный на очень пессимистической оценке перспектив российской рождаемости. По «верхнему» варианту предполагается рост СКР до 1,37 к 2020 году (ЦДЭЧ, 1999 и 2000). Таким образом, однопородная семья начинает всерьез рассматриваться как будущая модель семьи и рождаемости в России.

Поскольку с 1998 года в России отсутствует официальный учет порядка рождений, построение реалистичных моделей рождаемости становится довольно трудным делом. Когда эти данные были доступны, нам удалось на основе совмещения результатов переписей населения и текущего учета показать, что поколения женщин, родившихся после Второй мировой войны, уже имели уровень рождаемости, недостаточный для простого замещения поколений, вследствие того, что рождения третьего ребенка стали крайне редким явлением. Тогда же было показано, что при самых оптимистичных сценариях уровень рождаемости в России может увеличиться к 2000 году до 1,5–1,6 рождений в среднем на одну женщину, а при пессимистическом сценарии – опуститься до 1,1–1,2 рождений (Avdeev, Monnier, 1994, с. 890-896). Хотя в целом наш прогноз и подтвердился, из-за отсутствия статистических данных было трудно сказать, почему именно рождаемость опустилась до столь низкого уровня. Произошло ли это вследствие продолжения тенденции перехода к однопородной модели поведения, было ли это обусловлено структурными причинами (увеличение среднего возраста материнства), или ведущую роль продолжала играть кризисная блокировка репродуктивного поведения вообще (то есть, рождаемость всех порядков уменьшилась в одинаковой степени)?

Новый свет на эту проблему был пролит совсем недавно, благодаря недавней публикации таблиц рождаемости для России (Д.Жданов, Е.Андреев, А.Ясилиониене,

2010).² Это таблицы были рассчитаны в рамках проекта Human Fertility Database исследователями Института демографических исследований общества Макса Планка (Германия, Росток) на основе данных о рождаемости по порядку рождения. Эта информация, несмотря на отсутствие официальных инструкций, собиралась во многих областях России благодаря профессионализму и гражданской ответственности российских статистиков (См. Andreev. 2009; Human Fertility Database Documentation: Russia³).

На основе данных этих новых таблиц рождаемости мы рассчитали, каким должно бы быть распределение женщин по числу детей, рожденных к концу репродуктивного периода, если в течение их жизни рождаемость будет соответствовать модели, описанной таблицей, рассчитанной для календарного года. Эти расчеты, приведенные в таблице 2, как нам кажется, подтверждают гипотезу о том, что в России сохраняется тенденция перехода к однодетной модели семьи.

Прежде всего, обращает на себя внимание то, что, начиная с 1993 года, однодетное поведение становится доминирующим. То есть, при таком режиме рождаемости, который наблюдался в 1993 году, 45% женщин остались бы однодетными, а 9% – бездетными, что вместе дает 54% или более половины женщин, достигших 50 лет. Заметим, что при режиме 1980 года, доля бездетных и однодетных женщин составила бы только 35%.

Эта ситуация доминирования однодетного поведения явным образом сохраняется до настоящего времени, усугубляясь в самом начале XXI века и смягчаясь в 2007-2008 годах. Можно ли, тем не менее, надеяться, что женщины, которым в 1993 году было 18-19 лет и которые уже прожили значительную часть репродуктивного возраста в условиях данной модели поведения, смогут вернуться к двухдетной модели, «компенсировав» свое отставание в течение оставшихся 10 лет репродуктивного возраста? С чисто теоретической точки зрения такое возможно, так как для этого женщинам надо родить в среднем всего лишь 0,7 ребенка. Но в реальности надежда на такую компенсацию эфемерна, потому что рождаемость в возрасте старше 35 лет, хотя и несколько увеличивается во всех странах, тем не менее, остается достаточно низкой. В структурном плане, сумма возрастных коэффициентов рождаемости после 35 лет увеличилась в период с 1980 по 2008 год с 5% до 8%, при этом медианный возраст рождаемости за этот период переместился с 23 на 25 лет.

² Мы не будем останавливаться подробно на сути аналитических материалов, опубликованных в Демоскопе, поскольку в теоретическом, аналитическом и даже иллюстративном плане они практически полностью идентичны публикациям Avdeev, Monnier 1994 года (в журнале *Population*) и 2003 года (в книге *Population of Central and Eastern Europe: challenges and opportunities*), с которыми авторы, видимо, не были знакомы или так основательно их подзабыли, что решили не упоминать.

³ <http://www.humanfertility.org/Docs/RUS/RUScom.pdf>.

Таблица 2.

Соответствующее наблюдавшемуся в календарном году режиму рождаемости (таблице рождаемости) среднее число детей и распределение (в %) женщин по числу детей, рожденных к концу репродуктивного возраста

Календарный год	Число детей, рожденных к возрасту 50 лет						Среднее число детей
	0	1	2	3	4	5	
1979	6.8	29.1	48.5	10.8	0.1	4.8	1.83
1980	6.7	28.8	48.9	10.9	0.2	4.5	1.82
1981	6.8	27.5	49.2	11.4	0.1	5.1	1.86
1982	6.7	25.2	49.0	12.8	0.1	6.3	1.93
1983	6.4	21.2	49.6	14.9	0.0	7.8	2.04
1984	6.2	22.5	49.1	14.9	0.4	7.0	2.02
1985	6.0	22.6	48.8	15.0	0.3	7.4	2.03
1986	5.4	19.6	48.4	17.3	0.2	9.1	2.14
1987	4.9	18.4	49.0	18.3	0.7	8.8	2.18
1988	4.3	17.1	50.2	19.0	1.0	8.3	2.20
1989	4.6	23.1	51.5	15.1	1.2	4.5	1.99
1990	4.9	27.1	50.6	12.9	1.2	3.3	1.88
1991	5.6	32.8	47.7	10.5	1.0	2.4	1.76
1992	6.6	39.3	43.7	8.0	0.9	1.5	1.62
1993	8.9	44.9	38.9	5.9	0.7	0.7	1.47
1994	9.0	44.9	38.5	6.1	0.8	0.8	1.47
1995	10.0	46.4	36.4	5.6	0.7	0.8	1.43
1996	11.4	48.0	34.2	5.2	0.7	0.7	1.38
1997	13.5	48.1	32.1	5.0	0.6	0.8	1.33
1998	13.7	47.8	31.9	5.0	0.6	0.8	1.34
1999	16.0	49.2	29.0	4.5	0.6	0.7	1.26
2000	15.3	48.9	29.5	4.9	0.7	0.7	1.29
2001	15.2	47.9	30.4	5.0	0.7	0.8	1.30
2002	15.2	45.9	31.3	5.8	1.8	1.0	1.38
2003	15.4	44.6	31.8	6.2	0.9	1.1	1.36
2004	16.3	44.6	31.1	6.1	0.9	1.1	1.34
2005	16.5	44.3	31.0	6.1	0.9	1.1	1.34
2006	16.7	43.9	31.1	6.3	1.0	1.1	1.34
2007	16.8	39.6	32.3	8.0	1.1	2.2	1.44
2008	16.2	36.9	33.3	9.4	1.6	2.7	1.51

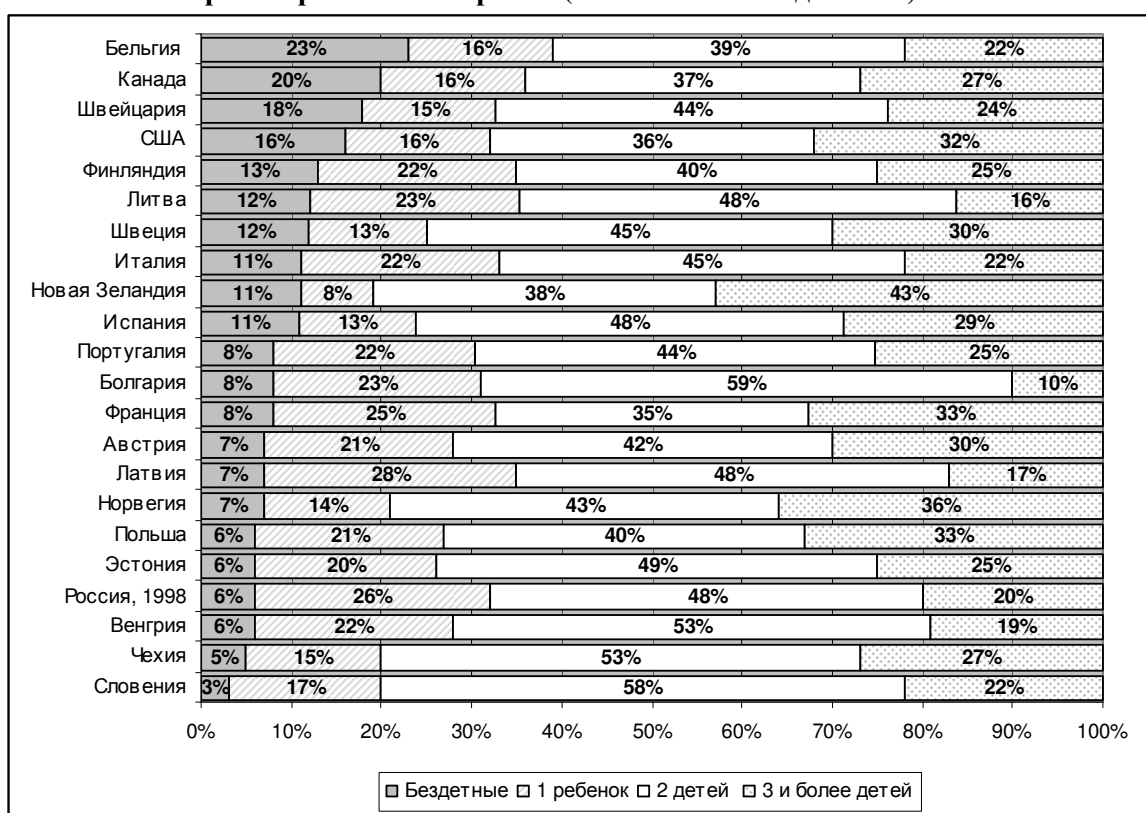
Источник: расчет автора на основе таблиц брачности Human fertility database (<http://www.humanfertility.org>)

Впрочем, в разрезе поколений ситуация выглядит не столь удручающей, и общий уровень рождаемости в поколении едва ли опустится ниже отметки 1,6 рождения в среднем на женщину, оставаясь в большинстве случаев в интервале 1,7-1,8. Но в то же время динамика рождаемости по возрасту и по порядку рождения не оставляет никаких иллюзий по поводу того, что уровень рождаемости поколений может возвратиться к отметке 2 ребенка. Вероятнее всего, средний возраст материнства в России будет продолжать увеличиваться и в скором времени достигнет 30 лет, как и в большинстве

европейских стран. Возрастная плотность рождений примет почти симметричную форму колокола, но так же, как и в европейских странах, рождаемость после 40 лет останется крайне низкой. Так что надежда на то, что в обозримом будущем поколения женщин, имевших низкую рождаемость в молодости, компенсируют ее в сорокалетнем возрасте, представляется слишком оптимистичной.

Важно отметить, что в европейских странах для тех же поколений женщин (находившихся в возрасте 40-44 лет в конце 1980х – первой половине 1990х годов) распределение по числу рожденных детей также колебалось между одно- и двухдетной моделью (Рис.13).

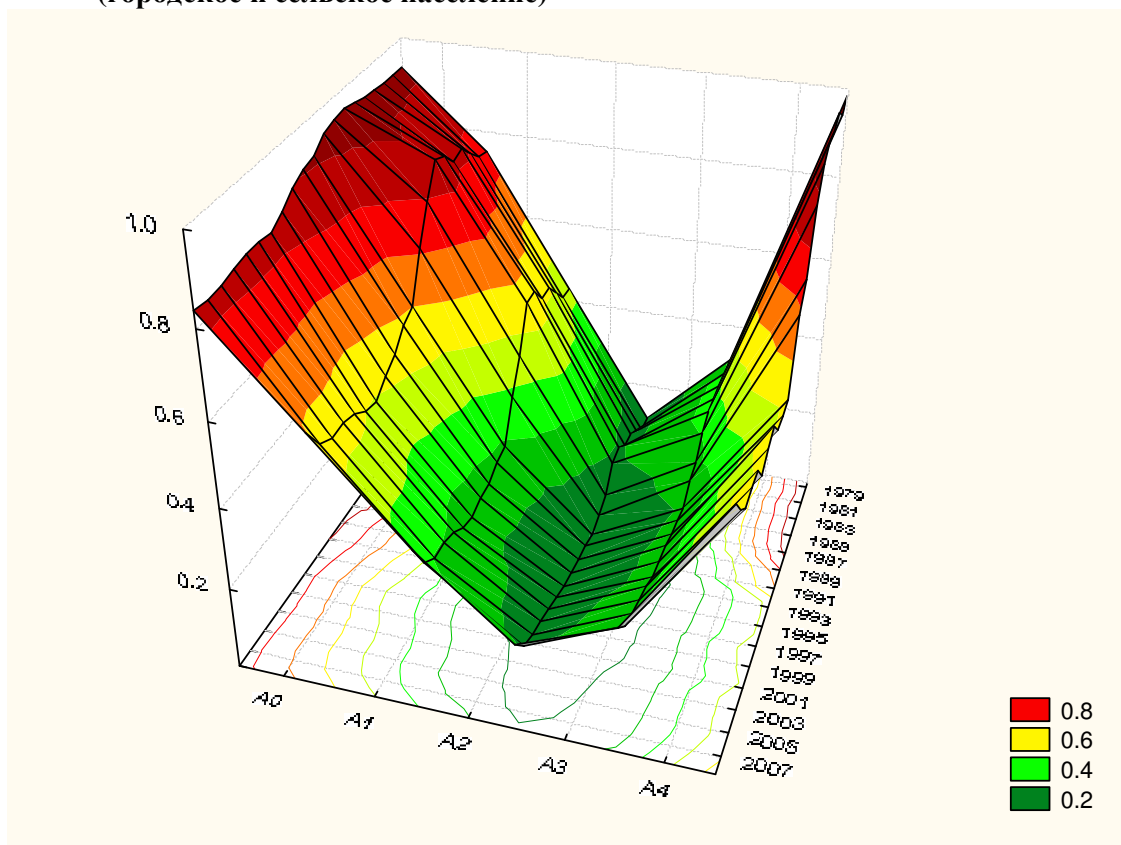
Рис.13. Распределение женщин в возрасте 40-44 лет по числу рожденных детей в некоторых европейских странах (на момент обследования)



Источник: Данные FFS (Family and fertility Survey), 1988-1997, расчет автора

Интересно, посмотреть, как при существенных колебаниях уровня рождаемости изменялась модель репродуктивного поведения в России в течение последних 30 лет. Эти изменения хорошо иллюстрирует динамика структуры вероятностей увеличения семьи (Рис.14). Первым настораживающим моментом является более чем двукратное уменьшение вероятности рождения первого ребенка. Можно лишь надеяться, что это явление временное, обусловленное, по-видимому, увеличением возраста приобретения материальной независимости.

Рис.14. Вероятность увеличения семьи в России с 1979 по 2007 год (городское и сельское население)



Источник: *рассчитано автором на основе данных текущей статистики для 1997-1998 годов, а для последующего периода на основе данных проекта Human Fertility DataBase.*

Значительно уменьшилась и вероятность рождения второго ребенка. Если в 1980-е годы примерно 70% тех, кто родил первенца, рожали и второго ребенка, то сегодня эта доля составляет лишь 50%. Напротив, доля рожаящих последующих детей среди тех, кто родил второго и третьего ребенка, сегодня практически та же, что и в 1980-х годах: среди тех, кто родил второго ребенка, 25% родит и третьего, а среди тех, кто родил третьего, 30% родят и четвертого ребенка. Но если в 1980-х годах, особенно в начале десятилетия, почти все те, кто рожал четвертого ребенка, не останавливались на этом, рожая и пятого, то сегодня вероятность рождения пятого ребенка уменьшилась до 60%. Эта динамика, на наш взгляд, также служит подтверждением того, что российское общество движется в сторону однодетной модели.

Итак, сегодня можно с уверенностью сказать, а десять или двадцать лет тому назад можно было уже предполагать, что надежду на рождаемость, обеспечивающую простое замещение поколений, вокруг которой явно или неявно выстраивалась «вилка» демографического прогноза, вряд ли можно считать оправданной. Фактически, эта надежда, лежавшая в основе «среднего» варианта, представляла и представляет собой

независимую переменную, норматив, в прогностических моделях. Но даже если будет наблюдаться абсолютное преобладание идеала двухдетной семьи, а ключевым фактором мотивации второго рождения станет желание иметь ребенка другого пола, то и тогда среднее число детей на одну женщину достигнет лишь 1,4-1,7 при относительно низком уровне бездетности. Это можно назвать благоприятным, или оптимистическим сценарием. В противном случае рождаемость сдвинется к старшим возрастам (после 30 лет), деторождения будут откладываться до самого последнего момента, а основной мотивацией рождения для женщины станет боязнь остаться бездетной. В этом случае переход к однодетной модели практически неизбежен. Если он будет быстрым, то суммарная рождаемость может опуститься до уровня 1,1-1,3 при относительно высоком уровне окончательной бездетности. Таков неблагоприятный, или пессимистический сценарий. Очевидно, что при любом развитии событий старому и доброму «среднему» варианту прогноза из классической теории демографического перехода нет места ни в одной из этих схем.

Похоже, пришло время изменить эту позицию, и, начиная с сегодняшнего дня, следует обсуждать проблему минимумов и максимумов. Тогда «волшебный» средний вариант прогнозов рождаемости превратится просто в среднее значение (в статистическом смысле) и в «зависимую переменную» в прогнозах населения.

Заключение

Российская двухдетная семья на протяжении длительного времени демонстрировала высокую устойчивость, каковы бы ни были условия ее существования, возникающие вследствие реализации советской семейной политики. Но глубокие социальные и экономические перемены, начавшиеся в 1990е годы, вероятнее всего, инспирировали переход к однодетной модели семьи. Наш текущий опыт и знание проблемы не позволяют нам предсказать динамику показателей рождаемости в России; для этого необходимо более детальное изучение социальных и психологических аспектов репродуктивного поведения в условиях низкой рождаемости. В наши дни оптимисты могут ожидать возвращения к двухдетной модели семьи в России, точно так же, как пессимисты уверены в том, что однодетная семья прочно укоренилась в российском обществе. Единственная вещь более или менее очевидна: тенденции рождаемости, которые мы наблюдали в России в 1990е годы, нельзя рассматривать исключительно как реакцию приспособления двухдетной модели к «новому социальному климату».

Библиография

- Андреев Е.М., Бондарская Г.А. Можно ли использовать данные об ожидаемом числе детей в прогнозе численности населения? // Вопросы статистики, № 11, 2000, с.56-62.
- Андреев Е.М., Бондарская Г.А., Харькова Т.Л. Падение рождаемости в России: гипотезы и факты // Вопросы статистики, № 10, 1998, с.82-93.
- Андреев Е.М., Баркалов Н.Б. Таблицы рождаемости по порядку рождений // Вопросы статистики, № 5, 1999, с.64-66.
- Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харькова Т.Л. Демографическая история России: 1927-1957. М.: Информатика, 1998. 187 с.
- Вишневецкий А.Г., Васин С.А. Демографический прогноз для России // Население и общество. Информационный бюллетень Центра экологии человека и демографии, № 4, январь 1995 г.
- Жданов Д., Андреев Е., Ясилиониене А. Полвека изменений рождаемости в России // Электронный журнал Демоскоп Weekly, №, 447-448, 13-31 декабря 2010.
- Население России 1998. Шестой ежегодный доклад (под ред. А.Г.Вишневецкого). М.: Центр экологии человека и демографии, 1999 (в частности, с.27-71).
- Население России 1999. Седьмой ежегодный доклад (под ред. А.Г.Вишневецкого). М.: Центр экологии человека и демографии, 2000 (в частности, с.51-69).
- Andreev E.M. Human Fertility Database Documentation: Russia. 2009. <http://www.humanfertility.org/Docs/RUS/RUScom.pdf>
- A. Avdeev, A.Monnier. À la découverte de la fécondité russe contemporaine // *Population*, (French Edition) 49e Année, No. 4/5, Jul. - Oct., 1994, p.859-901.
- Avdeev, A. and A.Monnier. A survey of modern Russian fertility // *Population. An English Selection*, Vol.7, 1995, p.1-38 (French version 1994).
- Avdeev, A. and A.Monnier. Marriage in Russia. A complex Phenomenon Poorly Understood // *Population. An English Selection*, Vol.12, 2000, pp.7-50. (French version 1999).
- Avdeev, A. and A.Monnier. *Mouvement de la population en Russie 1959-1994: Tableaux démographiques* INED, Paris, 1996 Série « Données Statistiques » N° 1.
- Barkalov N.B. and L.E.Darsky. *Russia. Fertility, contraception, Induced Abortion and Maternal Mortality*. The Futures Group International. OPTIONS II Project, March 1994.
- Bongaarts, J. and G.Feeney. On the Quantum and Tempo of Fertility // *Population and Development Review*. Vol.24. No. 2, June 1998, pp.271-291.
- Bongaarts, J. and G.Feeney. On the Quantum and Tempo of Fertility: Reply // *Population and Development Review*. Vol.26. No. 3, September 2000, pp.560-564.
- Cliquet, R. The Second Demographic Transition: fact or fiction? // *Population Studies*, 1993, no.23. Strasbourg: Council of Europe.
- Darsky, L. Quantum and Timing of birth in the USSR // B: W.Lutz, S.Scherbov and A.Volkov (eds.) *Demographic Trends and Patterns in the Soviet Union before 1991*, IASSA Laxembourg (Austria), 1993, pp.57-69.
- Darsky, L.E. and G.A.Bondarskaya. Fertility in Russia 1985-94: Situational Crisis or Transition Continuation? // Paper Presented at the 3rd European Population Conference. Milan, 1995.
- Guinnane, T.W., B.S.Okun and J.Trussel. What Do We Know About the Timing of Fertility Transitions in Europe? // *Demography*, Vol.31, No 1, February 1994, pp.1-20.
- Kohler H.-P. And I.Kohler. Fertility Decline in Russia in the Early and Mid 1990s: The Role of Economic Uncertainty and Labour Market Crises // *European Journal of Population*, vol.18, no.3, 2002, pp.233-262.
- Lesthaeghe R. and van de Kaa, D.J. Twee Demografische Transitities? (Two Demographic transitions?) // B: D. J. van de Kaa and R. Lesthaeghe (eds.), *Bevolking: Groei en Krimp (Population : Growth and Decline)*, Deventer, Van Loghum Slaterus, 1986. Pp. 9-24.
- Lesthaeghe R. and K.Neels. From the First to the Second Demographic Transition: An Interpretation of the Spatial Continuity of Demographic Innovation in France, Belgium and Switzerland // *European Journal of Population*, vol.18, no.4, 2002, pp.325-360.

- Macura M. Fertility and Nuptiality changes in Central and eastern Europe: 1982-1993 // *Stanovnistvo*, no.3-3, 1997, pp.11-43.
- Philipov D. Fertility in times of discontinuous societal change: the case of Central and Eastern Europe / Max Planck Institute for Demographic research, Working paper WP-2002-024, 2002.
- Philipov, D. and H.-P.Kohler. Tempo Effects in the Fertility Decline in Eastern Europe: Evidence from Bulgaria, the Czech Republic, Hungary, Poland and Russia // Max Planck Institute for Demographic Research. Working Paper WP1999-08, July 1998.
- Sardon J.-P. Fécondité, bouleversements politiques et transition vers l'économie de marché en Europe de l'Est // *Population, Espace, Sociétés*, no.3, 1998, 339-360.
- Scherbov S. and H.A.W.van Vianen. Marital and fertility Careers of Russian Women Born Between 1910 and 1935 // *Population and Development Review*, 1999, Vol.25, No.1, pp.129-143.
- United Nations. Future expectations for below-replacement fertility / paper presented by the Population Division (Department of Economic and Social Affairs of the UN Secretariat) at Expert Group Meeting on below replacement Fertility. New York, 4-6 November 1997. UN/POP/BRF/BP/1997/3, 93-113.
- Westoff C.F. The Return to replacement Fertility: a magnetic Force? // In: W.Lutz (ed.), *Future Demographic Trends in Europe and North America: What Can We Assume Today?* London: Academic Press, 1991, pp.227-234.
- Zakharov S. Fertility Trends in Russia and the European New Independent States: Crisis or Turning Point? // B: *Expert Group Meeting on Below-Replacement Fertility*. New York, November 4-6, 1997. New York, UN Population Division. ESA/P/WP.140, pp. 271-290.
- Zakharov S. Fertility, Nuptiality, and Family Planning in Russia: Problems and Prospects // B: *Population under the Duress. The Geodemography of Post-Soviet Russia*. Edited by G.J.Demko, G.Ioffe and Zh.Zayonchkovskaya. Colorado-Oxford, Westview Press, 1999, pp.41-58.
- Zakharov S. and E.Ivanova. Fertility Decline and Recent Population Changes in Russia: On the Threshold of the Second Demographic Transition // B: *Russia's Demographic Crisis*, edited by J. DaVanzo, Santa Monica, CA: Rand, 1996, pp.36-82.
- Zakharov S. and E.Ivanova. Regional Fertility Differentiation in Russia: 1959-1994 // *Studies on Russian Economic Development*, Vol.7. No4, 1996a, pp.354-368.

Ценности семейной жизни, брачное и репродуктивное поведение молодежи

Главными факторами, обуславливающими динамику рождаемости и современные процессы, происходящие в семье, являются изменение социально-экономических условий и связанная с этим ускорившаяся трансформация ценностных ориентаций, наложенные на общий для всех развитых стран второй демографический переход.

Самая важная черта второго демографического перехода состоит в том, что в его процессе изменяется место семьи в социально-экономической структуре, отношение к семейной жизни, к регистрации брака, к разводу, значимость детей в семье. Происходит дальнейшее ослабление потребности в нескольких детях, мотивации к традиционной семейной жизни (совместное проживание и ведение хозяйства семейной пары с детьми и другими родственниками). В связи с этим меняется и отношение к регистрации брака, рождению нескольких детей, повышаются притязания в отношении более высоких жизненных стандартов, материальных и карьерных целей.

Господствующей становится идеология «постмодернизма». Самореализация, в которой ни семья, ни несколько детей не только не играют значительной роли в современном обществе, но и мешают ей, выступает важной жизненной целью. При этом снижается ценность зарегистрированного брачного союза, нескольких детей.

Особенно значительны эти изменения у молодых. Начался переход от господствующей "нормальной" модели двухдетной семьи (супруги состоят в зарегистрированном браке) к однодетной семье (брак не обязательно зарегистрирован) как идеальной модели.

Семейные отношения, вступление в брак, его регистрация, рождение детей все менее непосредственно связываются между собой. Эти глубинные перемены в мотивационной сфере начинаются и особенно быстро происходят в среде молодежи – возрастной группе, наиболее подверженной этим изменениям. Они проявляются в динамике демографических показателей: повышении возраста вступления в первый брак, росте лага времени между началом брачной жизни и регистрацией брака, росте доли нерегистрируемых браков, отказе от регистрации брака вообще, в разнообразии форм так называемой «семейной жизни», в снижении рождаемости в молодом возрасте и росте доли внебрачных рождений.

У молодежи происходит не только количественный рост притязаний, но и переход к новым моделям потребления в связи с тенденцией активного приобщения всего населения, и особенно молодежи, к новому «прозападному» образу жизни.

При завершении этого перехода мы вступим в период относительной стабилизации количественного роста потребностей. Если же одновременно будут расти реальные доходы, то степень удовлетворения потребностей (в том числе и потребности в детях) может увеличиться. Видимо, в настоящее время, благодаря стабилизации социально-экономической ситуации, росту уровня жизни, мерам новой демографической политики мы временно вступаем в этот период повышения степени удовлетворения имеющейся потребности в детях в пределах малодетности (в среднем около 2 детей).

Но новый скачок притязаний на доход, например, с относительно более быстрым ростом притязаний на карьеру, или рост ценности личного свободного времени могут снова привести к снижению степени удовлетворения потребности в детях, а в более молодых поколениях – к сокращению самой потребности до одного ребенка или отказу от ребенка вообще.

Возникает вопрос: можно ли приостановить этот процесс с помощью мер социальной и демографической политики, является ли он необратимым для нашей страны? В ответе на этот вопрос принципиальную роль играет анализ не только условий жизни, но и системы жизненных целей, места в ней семейных целей, их соотношения с целями карьерного роста, высокого дохода, свободы, независимости и т.д. Эта система основных целей, достижение которых люди считают важным для себя, и определяет оценку людьми условий жизни как благоприятных или неблагоприятных для вступления в брак и его регистрации, рождения детей разной очередности, их числа.

Получить информацию о соотношении внесемейных и семейных целей, его влиянии на такие аспекты брачного поведения, как отношение к регистрации брака, возраст вступления в брак и его регистрации, возможно только через социолого-демографические обследования. Летом 2010 г. в 18 регионах России по заказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации был проведен опрос молодых людей в возрасте 18-35 лет (всего было опрошено 1000 человек). Одной из задач этого обследования был анализ влияния системы жизненных целей молодых людей на их демографическое поведение.¹

На первом месте по значимости в системе жизненных целей у молодых людей стояло жилье, чуть ниже – материальное благополучие, на третьем – здоровье. На 12 месте была ценность одного ребенка (у женщин на 10 месте, у мужчин – на 11 месте). По исследованию 2006 года значимость одного ребенка оценивалась значительно выше.

¹ Респондентам предлагалось оценить важность предложенных 15 возможных жизненных целей по 5-балльной шкале: от 5 (очень важная) до 1 (совершенно неважная).

На 9-м месте из 15 предложенных основных целей стояла ценность двух детей (вместе с общением с друзьями): у женщин – на 8 месте, у мужчин – на 10-м месте.

На последнем месте у обоих полов – ценность трех детей. Ценность зарегистрированного брака выше ценности детей любой очередности (7-е место), но у женщин традиционно выше (6 место), чем у мужчин (10-е место).

Таблица 1

Оценка семейных ценностей по возрастным группам. «Молодежь, 2010»²

Возрастная группа (оба пола)	1 ребенок	зарегистрированный брак, своя семья	2 детей	3 детей
До 20 лет (94)	3,3	4,1	3,7	2,5
20-24 (318)	3,8	4,2	4,1	3,0
25-29 (301)	3,8	4,1	4,0	2,8
30-34 (222)	3,9	4,0	4,0	2,8
35 и выше (57)	3,7	4,1	3,9	2,6

Самые высокие оценки зарегистрированного брака и нескольких детей у возрастной группы 20-24 года, самой «перспективной» в демографическом отношении. Разрыв в оценке жилья (самая высокая оценка у обоих полов) и других семейных целей следующий:

- Зарегистрированного брака – 0,7 (женщины – 0,5, мужчины – 0,9);
- 1-го ребенка – 1,0 (женщины – 0,9, мужчины – 1,1);
- 2-х детей – 0,8 (одинаковый у обоих полов – 0,8);
- 3-х детей – 1,9 (женщины – 2,0, мужчины – 1,9).

Разрыв между оценкой двоих детей и материальных целей ниже, чем тот же разрыв в оценке одного ребенка. Это новое, по сравнению с обследованием молодежи 2006 г.,³ когда этот разрыв был наименьшим с оценкой не двоих, а одного ребенка. Это, видимо, означает, что за истекшие четыре года относительная значимость именно двоих детей выросла (это было одной из задач проводимой демографической политики – стимулировать рождение двоих детей).

На первых двух местах по значимости у молодых людей в 2006 г. также стояли ценность жилья и материального благополучия. Но ценность ребенка находилась на 3-ем месте в списке из 13 ценностей. Ценность одного ребенка у молодых людей значительно снизилась за последние 4 года (с 3-го на 12-е место).

Ценность семьи (зарегистрированного брака) была на 7 месте, двух детей – 9-е место в списке из 13 ценностей. Ценность трех детей – в самом конце. На тех же местах по значимости эти жизненные цели и остались в 2010 году, но разрыв оценок между ними

² Отдельно по полу и возрасту не анализируется из-за относительно небольшой выборки.

³ Опрос проводился осенью 2006 г. в 18 регионах России по заказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации; опрошено 1500 человек в возрасте от 18 до 35 лет.

(кроме оценок одного ребенка) и материальными целями сократился. По исследованию 2006 г. особо обращала на себя внимание невысокая ценность зарегистрированного брака и двух, а особенно трех детей.

Самая высокая оценка зарегистрированного брака и нескольких детей в 2006 г была у возрастной группы 25–29 лет (через 4 года, в 2010 г. – у более молодой возрастной группы). Усиление ориентаций на зарегистрированный брак и нескольких детей у более молодых дает им возможность реализовать (при прочих равных условиях) свои брачные и репродуктивные планы, что очень важно для демографической политики.

Таблица 2

**Разрыв самой высокой оценки с оценками значимости семейных целей.
«Молодежь 2006» и «Молодежь 2010»**

Разрыв с самой высокой оценкой (баллов)	2006			2010		
	Оба пола	Женщины	Мужчины	Оба пола	Женщины	Мужчины
Зарегистрированного брака	1,0	0,7	0,9	0,7	0,5	0,9
1-го ребенка	0,2	0,1	0,4	1,0	0,9	1,1
2-х детей	1,1	1,0	1,1	0,8	0,8	0,8
3-х детей	2,6	2,7	2,4	1,9	2,0	1,9

Необходимо обратить внимание на то, что разрыв в оценке самых важных для молодых людей материальных ценностей (в 2006 г. – «материальное благополучие», в 2010 г. – «жилье») и ценности зарегистрированного брака (не брака вообще, а именно зарегистрированного), двоих и троих детей сократился весьма значительно. Вырос разрыв с ценностью одного ребенка. Можно сделать предварительный вывод о том, что проводимая политика смогла привести к изменению системы ценностей молодых людей в сторону семейных ценностей – зарегистрированного брака с несколькими детьми (а не с одним ребенком).

Система ценностей является регулятором первоочередности удовлетворения потребностей. В условиях ограниченности ресурсов они будут, прежде всего, тратиться на удовлетворение более настоятельных потребностей, стоящих наиболее высоко в иерархии потребностей. Сокращение указанного разрыва выступает основой повышения вероятности регистрации брака и рождения нескольких детей.

Таблица 3

Оценка важности семейных жизненных целей в зависимости от уровня образования. «Молодежь, 2010»

Группы по уровню образования	1 ребенок	зарегистрированный брак, своя семья	2 детей	3 детей
Среднее (полное) общее (153)	3,6	4,2	4,1	2,8
Средне профессиональное (334)	3,8	4,1	4,0	2,8
Неполное высшее (144)	3,8	4,2	3,9	2,9
Высшее профессиональное (348)	3,9	4,2	4,0	2,9

Существенной дифференциации оценок семейных жизненных целей, по результатам исследования, не было ни у женщин, ни у мужчин. Это означает, что рост образования при соответствующей демографической политике не является «угрозой» для семейных ценностей.

Отношение к регистрации первого брака зависит от его ценности. Среди тех молодых людей, у кого ценность зарегистрированного брака 4-5 баллов, считают обязательной регистрацию первого брака 72% женщин (310 чел), и 62% мужчин (190 чел). Во всей совокупности женщин без учета ценности брака считают обязательной регистрацию первого брака меньшая их доля – 65,6% (567 чел.), во всей совокупности мужчин также меньшая – 50,5% (218 чел.)

Среди тех молодых людей, у кого ценность зарегистрированного брака 4-5 баллов, считают обязательной регистрацию и второго брака 33,7% женщин (143 чел.), и 28,7% (83 чел.) мужчин. Во всей совокупности женщин без учета ценности брака считают обязательной регистрацию второго брака меньшая их доля – 29,6% (165 чел.), во всей совокупности мужчин также меньшая – 23,3% (100 чел.).

Отношение молодых людей к регистрации брака в зависимости от его ценности отражено и в ответах на вопрос, когда регистрировать первый брак. При ценности зарегистрированного брака в 4-5 баллов считают, что нужно регистрировать первый брак прежде или сразу, как начали жить вместе, 64,6% женщин (275), и 49,5% (143) мужчин. Во всей совокупности женщин без учета ценности брака считают, что первый брак нужно регистрировать прежде или сразу, как начали жить вместе, 59% (331 чел), во всей совокупности мужчин – 41,9% (176 чел), что также меньше, чем доля тех, кто оценили зарегистрированный брак высоко.

При ценности зарегистрированного брака в 4-5 баллов полагали, что нужно регистрировать и второй брак прежде или сразу, как начали жить вместе, 34,9% женщин и 19,1% мужчин. Во всей совокупности женщин, без учета ценности брака, такого же мнения придерживались 30,4% женщин и 16,2% мужчин, что также меньше по сравнению с теми, у кого ценность зарегистрированного брака высока.

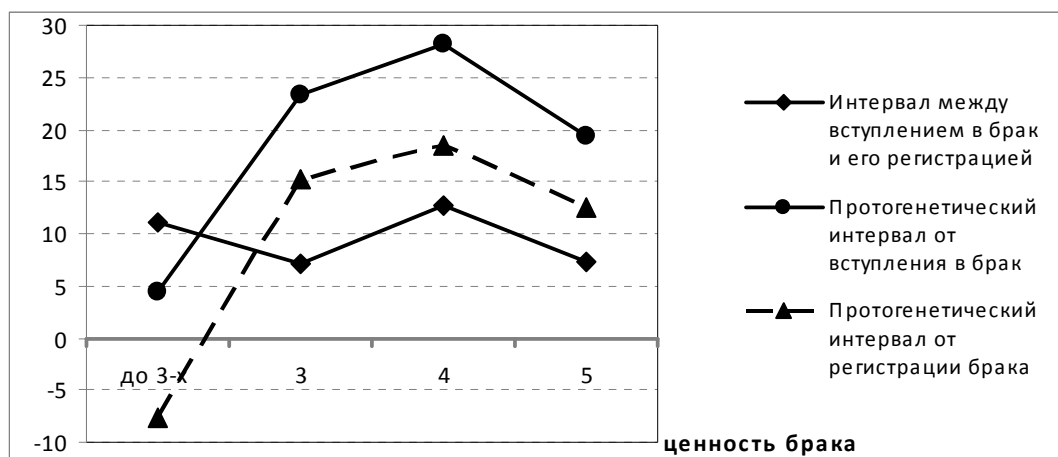
Таблица 4

Возраст вступления в первый брак, доля зарегистрировавших его и интервал между вступлением и регистрацией брака. «Молодежь, 2010»

Группы по ценности брака	Возраст вступления в 1-й брак (лет)	Доля зарегистрировавших 1-й брак (%)	Интервал между вступлением в 1-й брак и его регистрацией (мес.)
1-2 (51)	22,75	65	13,4
4-5 (396)	21,15	81	8,4

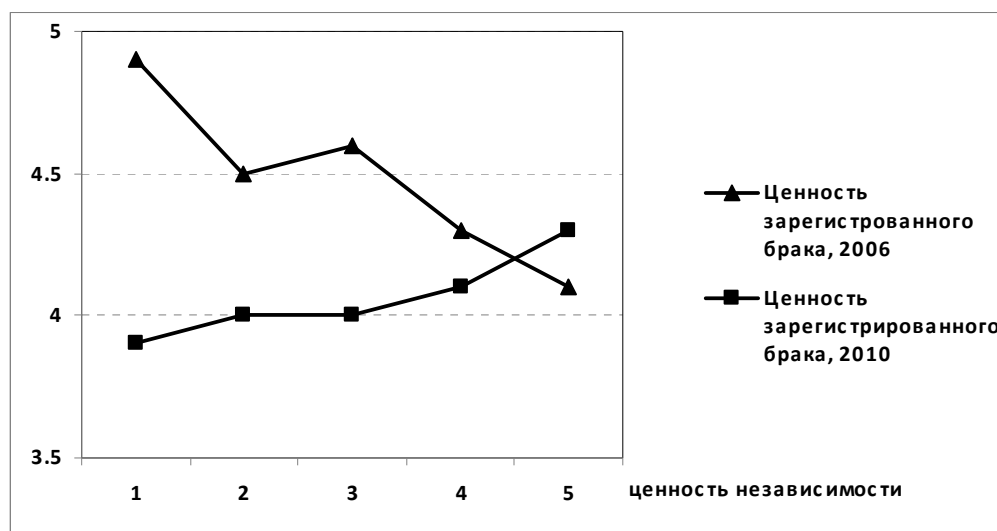
По результатам исследования прослеживается связь между оценкой важности зарегистрированного брака и такими индикаторами, как возраст вступления в первый брак, доля зарегистрировавших его и интервал между вступлением в брак и его регистрацией. С ростом оценок зарегистрированного брака снижается возраст вступления в первый брак, сокращается интервал между вступлением в брак и его регистрацией, увеличивается доля его зарегистрировавших.

Рис.1. Интервал между вступлением в первый брак и его регистрацией, протогенетический интервал от вступления в брак и от его регистрации (мес.).



У тех, кто низко оценивал зарегистрированный брак, фактическое вступление в брак и его регистрация были, скорее всего, «стимулированы» беременностью. У остальных групп по ценности зарегистрированного брака самые маленькие интервалы у тех, кто оценивали зарегистрированный брак наиболее высоко.

Рис.2. Оценка зарегистрированного брака в зависимости от оценки «свободы, независимости, возможности делать то, что хочется»



По результатам исследования молодежи в 2006 г., доля сразу зарегистрировавших брак одновременно с вступлением в него росла вместе с ценностью зарегистрированного брака. Однако связи между ценностью зарегистрированного брака и возрастом вступления в брак и его регистрацией, а также связи с разницей между этими возрастами обнаружено не было. В настоящее время такая прямая связь обнаружена. А эти параметры являются важными при оценке перспектив брачности и рождаемости в нашей стране, а также результативности демографической политики.

В качестве гипотезы можно предположить, что реальное поведение людей несколько отстает от изменяющейся системы их ценностей, и нужно время и, что особенно важно, необходимы условия (рост уровня жизни, демографическая политика), чтобы поведение изменилось в соответствии с этой системой. Прошло четыре года, и реальное брачное поведение постепенно приходит в соответствие с ценностью зарегистрированного брака (и желаемое число детей, как было показано выше, также постепенно приходит в соответствие с повышением ценности нескольких детей).

Низкая рождаемость, откладывание вступления в брак и рождения детей, изменение отношения к регистрации брака, являются проявлениями негативных перемен, происходящих в социальном институте семьи в развитых странах.

Результаты ряда социолого-демографических исследований, проведенных в последние годы в России, подтвердили тесную связь между брачным и репродуктивным поведением.

На протяжении последних 15 лет в России неуклонно стареет возрастная модель рождаемости, что является следствием откладывания рождений к более старшим

возрастам. Во многом причиной этого являются изменения в брачном поведении. Повышается возраст вступления в брак, что влечет за собой и повышение возраста при рождении детей.

Таблица 5

Средний возраст матери при рождении детей в зависимости от возраста вступления в первый брак (лет; опрос молодежи 2010 г.)

Возраст вступления в первый брак (лет)	Средний возраст матери при рождении:	
	первого ребенка	второго ребенка
до 18	20,08	24,42
18-19	21,17	24,30
20-21	22,89	25,37
22-24	25,18	29,00
25 и старше	27,12	... ⁴

Понятно, что чем позже женщина вступает в брак, тем позже она и начинает рожать детей. Эта связь очевидна и не требует подтверждения результатами исследований. Однако более позднее вступление в брак не просто автоматически отодвигает возраст появления на свет первенца. У женщин, вступающих в брак в более позднем возрасте, чаще происходит и откладывание его рождения в браке.

Таблица 6

Доля респондентов, не имеющих детей, среди состоящих в первом зарегистрированном браке три и более года в зависимости от возраста вступления в брак (в %; опрос молодежи 2010 г.)

Возраст вступления в брак (лет)	Доля не имеющих детей		
	Оба пола	Женщины	Мужчины
до 18	7,7	8,3	... ⁵
18-19	10,6	10,8	10,0
20-21	27,5	28,1	26,3
22-24	29,6	33,3	25,7
25 и более	8,3	12,5	5,0

Среди женщин, состоящих в первом зарегистрированном браке не менее 3 лет и вступивших в него в возрасте 22-24 года, доля не имеющих (на момент опроса) детей в 3 раза больше, чем у тех, кто вступил в брак в 18-19 лет.

Еще более важным фактором влияния брачного поведения на откладывание рождения детей является отсутствие регистрации брака, ее откладывание (при этом доля незарегистрированных браков растет).

Результаты социологического опроса молодежи в 2006 г., показали, что если среди женщин, проживших в зарегистрированном первом браке не менее трех лет, доля

⁴ Показатель не приводится, так как рассчитан менее чем для 10 человек.

⁵ Показатель не приводится, так как рассчитан менее чем для 10 человек.

бездетных составила 7,4%, то среди тех, кто живет не менее трех лет в первом незарегистрированном браке, этот показатель в 6 раз больше – 46,2%.

Существенные различия в доле откладывающих рождение первого ребенка в зависимости от того, зарегистрирован ли брак, выявлены и по результатам опроса молодежи летом 2010 г., проведенного в тех же регионах, что и в 2006 г.

Таблица 7

Доля респондентов, не имеющих детей, среди состоящих в первом зарегистрированном и незарегистрированном браке три и более года (в %; опрос молодежи 2010 г.)

Зарегистрирован ли брак?	Доля не имеющих детей		
	Оба пола	Женщины	Мужчины
Да	19,7	20,4	18,4
Нет	74,1	78,6	69,2

Среди проживших в зарегистрированном первом браке не менее 3 лет, доля не имеющих детей составила 19,7%, а при таком же брачном стаже в первом, но незарегистрированном браке, этот показатель в 3,8 раза больше – 74,1%.

Если среди респондентов, состоящих в первом зарегистрированном браке, 58,3% отметили, что после вступления в брак и до рождения первого ребенка в их семейной жизни не было ни предохранения от беременности, ни аборт, то среди тех, чей первый брак не зарегистрирован, таковых только 21,9%, т.е. в 2,7 раза меньше. В то же время у 23,6% из них в семьях были аборты после вступления в брак и до рождения первого ребенка. У состоящих в зарегистрированном браке этот показатель составляет 6,7%, т.е. в 3,5 раза меньше.

Об откладывании рождений в браке свидетельствуют и данные переписи населения 2002 г. Согласно ее результатам, 29,5% молодых супружеских пар (оба супруга моложе 30 лет) не имели детей. Если в отношении всех семей, не имеющих детей в возрасте до 18 лет (их, по данным переписи, почти 46%), можно говорить, что в значительной их части дети есть, но уже старше 18 лет, то среди молодых супружеских пар таковых, естественно, нет.⁶ Нет и оснований предполагать, что почти треть из них образовалась лишь за 1-2 года до переписи и детей многие из них не успели еще родить по чисто физиологическим причинам. Следовательно, можно говорить об откладывании рождения детей в молодых супружеских парах.

Возраст вступления в брак, отношение к его регистрации связаны не только с откладыванием рождения детей, но и с репродуктивными ориентациями.

⁶ Рассчитано по: Семья в России. Статистический сборник. М., 2009, с.25, 45.

Как показали результаты обследования «Семья и рождаемость», проведенного в 2009 г.⁷, от репродуктивных ориентаций зависит возраст при вступлении в первый брак.

Женщины, ориентированные на рождение относительно большего числа детей, вступали в первый брак, в среднем, в более молодом возрасте.

Таблица 8

**Средний возраст при вступлении в первый брак у женщин в зависимости от
желаемого и ожидаемого числа детей
(обследование "Семья и рождаемость" 2009 г.)**

Число детей	Средний возраст при вступлении в первый брак при соответствующем числе детей:	
	желаемом	ожидаемом
1	22,0	21,2
2	21,0	20,5
3	20,2	20,1
4	19,1	18,7
5 и более	19,2	

Добавим к представленным в таблице данным, что при ожидаемом числе детей, равном 0, средний возраст вступления в первый брак составил 23,4 года. Правда, этот показатель рассчитан только для 7 женщин.

Если у женщин, вступивших в первый брак в возрасте 18-19 лет, среднее желаемое число детей составляет 2,37, то у тех, кто сделал это в 25 лет и старше – только 2,02. Среднее ожидаемое число детей в этих двух группах равняется, соответственно, 1,83 и 1,52.

Схожие результаты были получены и по результатам опроса молодежи в 2010 г.

Таблица 9

**Средний возраст при вступлении в первый брак в сочетании с желаемым и
ожидаемым числом детей (лет; опрос молодежи 2010 г.)**

Число детей	Средний возраст вступления в первый брак при соответствующем числе детей:			
	Женщины		Мужчины	
	желаемом	ожидаемом	желаемом	ожидаемом
1	22,35	21,10	23,14	23,15
2	20,84	20,97	23,00	22,49
3	20,97	20,50	22,88	23,19

У женщин, которые хотели бы и собираются иметь только одного ребенка, самый высокий средний возраст вступления в первый брак. Относительно тех, кто хотел бы при благоприятных условиях иметь троих детей, он выше на 1,38 года, а относительно тех, кто собирается иметь троих детей – на 0,60 года.

⁷ Обследование "Семья и рождаемость" проведено под руководством Росстата осенью 2009 г. в 30 регионах России.

Таблица 10

Желаемое и ожидаемое число детей в сочетании с возрастом при вступлении в первый брак (опрос молодежи 2010 г.)

Возраст при вступлении в первый брак (лет)	Женщины		Мужчины	
	Среднее желаемое число детей	Среднее ожидаемое число детей	Среднее желаемое число детей	Среднее ожидаемое число детей
до 18	2,23	1,61	2,47	1,67
18-19	2,30	1,48	2,28	1,72
20-21	2,51	1,67	2,44	1,71
22-24	2,23	1,46	2,37	1,48
25 и старше	2,10	1,33	2,22	1,58

Среди женщин наиболее высокие, в среднем, показатели желаемого и ожидаемого числа детей имеют место у вступивших в первый брак в возрасте 20-21 год. У тех, кто начал свою супружескую жизнь в более позднем возрасте, как желаемое, так и ожидаемое число детей ниже. У мужчин это проявилось, прежде всего, в отношении желаемого числа детей.

Репродуктивные ориентации сопряжены не только с возрастом вступления в первый брак, но и с характером его регистрации.

Таблица 11

Желаемое и ожидаемое число детей у состоящих в первом браке в сочетании с его регистрацией (опрос молодежи 2010 г.)

Регистрация первого брака	Женщины		Мужчины	
	Среднее желаемое число детей	Среднее ожидаемое число детей	Среднее желаемое число детей	Среднее ожидаемое число детей
Брак начался с регистрации	2,53	1,60	2,42	1,67
Брак был зарегистрирован после начала супружеских отношений	2,21	1,55	2,36	1,60
Брак не зарегистрирован	2,24	1,45	2,28	1,44

У тех состоящих в первом браке респондентов, у которых брак начался с регистрации, выше, в среднем, как желаемое, так и ожидаемое число детей. Напротив, ниже всего эти показатели у тех, чей первый брак к моменту проведения опроса не был зарегистрирован (кроме, среднего желаемого числа детей у женщин).

Таблица 12

Желаемое и ожидаемое число детей в сочетании с отношением к срокам регистрации первого брака (опрос молодежи 2010 г.)

Если Вы считаете, что первый брак нужно регистрировать, то когда?	Женщины		Мужчины	
	Среднее желаемое число детей	Среднее ожидаемое число детей	Среднее желаемое число детей	Среднее ожидаемое число детей
Прежде, чем начать жить вместе	2,34	1,62	2,49	1,81
Сразу же, как начали жить вместе	2,22	1,55	2,32	1,56
Сначала надо пожить вместе год-два и проверить чувства, а затем регистрировать	2,19	1,47	2,30	1,61
Регистрировать только, если должен родиться ребенок	2,44	1,39	2,17	1,46

Ожидаемое число детей, в среднем, выше у тех, кто полагает, что первый брак нужно регистрировать прежде, чем начинать жить вместе. Причем разница в величине этого показателя по сравнению с придерживающимися другой крайней точки зрения – "регистрировать только, если должен родиться ребенок" – весьма существенна: 0,23 ребенка у женщин и 0,35 ребенка у мужчин. У последних почти такая же разница между двумя этими группами респондентов имеет место и по желаемому числу детей (0,32). Среди женщин, несколько неожиданно, наибольшее среднее желаемое число детей оказалось именно у тех, кто считает, что первый брак нужно регистрировать только, если ожидается рождение ребенка.

Оценивая характер связи между возрастом вступления в брак и его регистрацией, с одной стороны, и репродуктивными ориентациями, с другой, можно сказать, что, скорее всего, мы здесь имеем дело не с причиной и следствием, а с двумя следствиями одной и той же причины. Степень ориентации на семью и детей, их значимость для человека детерминируют возраст вступления в брак, отношение к его регистрации, ориентацию на рождение того или иного числа детей.

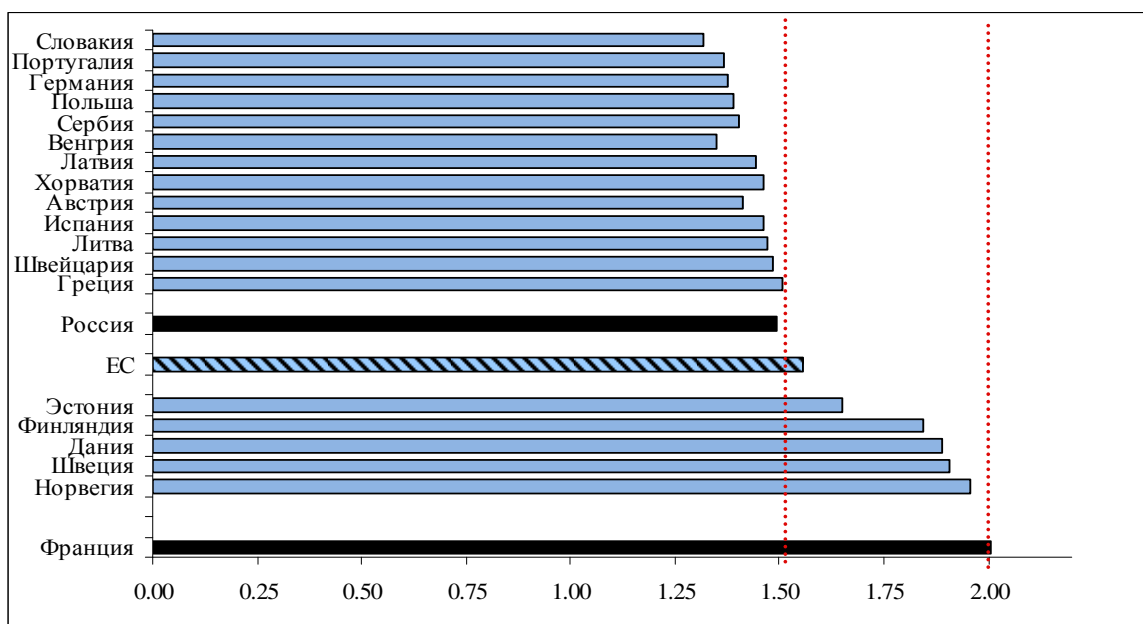
Инструменты влияния на рождаемость

М.Авдеева

Государственная поддержка семей с детьми в России и Франции: рожать ли еще одного ребенка?

За последние четверть века во многих европейских странах рождаемость упала ниже уровня простого воспроизводства.¹ Так в 1980 г. в 19 из нынешних 47 стран-членов Евросоюза суммарный коэффициент рождаемости превышал отметку в 2,1. В 1990 году количество таких стран сократилось до 10, а с наступлением нового века только Исландия, Турция и Франция были близки к уровню простого замещения. В большинстве же стран суммарный коэффициент рождаемости в 2009 году упал ниже 1,5² (Рис.1).

Рис. 1. Суммарный коэффициент рождаемости в некоторых странах 2009 году



Источник: Евростат (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>)

Столь низкая рождаемость в европейских странах – предмет беспокойства как самого общества, так и государства. В конце XIX – начале XX вв. в Европе завершается демографический переход, изменяется структура семьи и репродуктивное поведение. Комбинация этих факторов привела к отрицательному естественному приросту населения и запустила процесс старения населения. Франция раньше других испытала последствия завершившегося демографического перехода и стала одной из первых стран, осознавших

¹ Для простого воспроизводства поколений суммарный коэффициент рождаемости, т.е. количество рождений на одну женщину, должен составлять 2,14

² Neyer, G. and Andersson, G. (2008). Consequences of family policies on childbearing behavior: Effects or artifacts? // *Population and Development Review* 34(4), pp.699-724.

важность поддержки определенного уровня рождаемости при помощи семейной политики. Франция на сегодняшний день сохраняет одну из лидирующих позиций в Европе по уровню рождаемости. И одним из объяснений сложившейся ситуации считается проводимая государством успешная и длительная политика поддержки семей с детьми – то есть *семейная политика*.

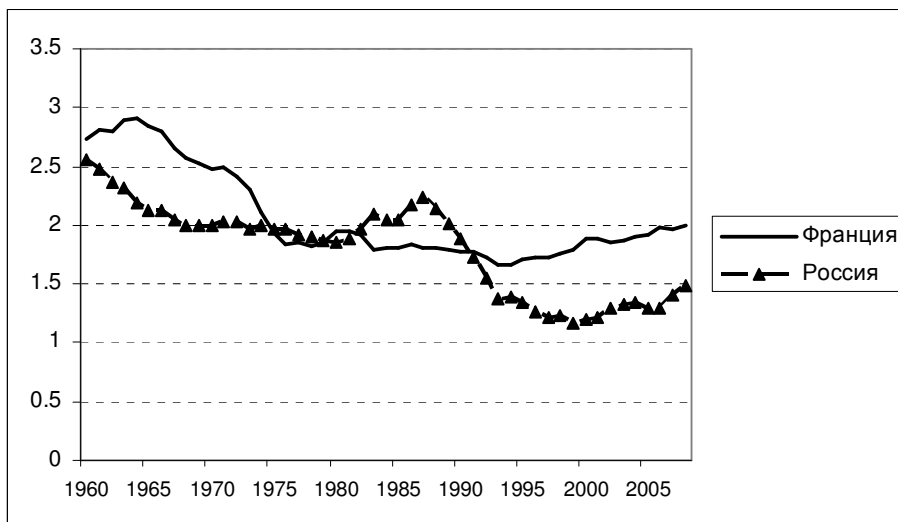
Французскую семейную политику можно рассматривать как систему защиты семей с детьми, которая мотивирована не только государственными демографическими интересами (численностью населения), но и основывается на принципе справедливости. Основной принцип французской семейной политики заключается в гарантии уровня благосостояния, достаточного для всех семей, независимо от размера и принадлежности к социальному классу. На сегодняшний день Франция позиционирует свою политику поддержки семьи не как «пронаталистскую», а как политику борьбы с бедностью. При этом борьба с бедностью подразумевает предоставление равных стартовых возможностей для всех семей с детьми.

Первые меры поддержки семей с детьми появились во Франции в 1860 году; они были предложены Министерством морского транспорта, которое ввело специальные надбавки для своих служащих, имеющих более 4-х детей. Началом же семейной политики Франции принято считать 1939 год, год принятия Семейного кодекса. Именно кодекс 1939 года содержал законы о защите материнства: были введены специальные надбавки для всех многодетных родителей, декретные отпуска и т.п.

Государственная поддержка семей с детьми - одна из важных составляющих семейной политики любой европейской страны. Анализ успешного опыта европейских стран очень важен для России, особенно сейчас – на пути поиска оптимальной системы мер поддержки семьи.

Рождаемость в России впервые опустилась ниже уровня простого воспроизводства в 1967 году: суммарный коэффициент рождаемости составил 2,03; в 2009 году этот показатель составил 1,5 (Рис. 2). При этом Россия имеет хорошо развитую систему поддержки семей с детьми. Государственная семейная политика включает разнообразные пособия на детей, институциональную помощь в уходе за детьми дошкольного и школьного возраста, гарантии на работе для находящихся в декретном отпуске и др. Все меры были разработаны в разное время, в различном историческом и социально-экономическом контексте, поэтому отечественную семейную политику трудно назвать сбалансированной.

Рис. 2. Суммарный коэффициент рождаемости в России и Франции в 1959-2008 гг.



Источник: базы данных Национального института Франции (www.ined.fr)

Существует несколько различных классификаций семейной политики, среди них классификации по географическому признаку, по различным мерам семейной политики и пр. Мы предпочли использовать классификацию Эспин-Андерсена (Gøsta Esping-Andersen) по режиму социального обеспечения в стране. Эспин-Андерсен исследует в своих работах понятие «welfare capitalism», которое описывает появившуюся в начале XX века практику крупных предприятий предоставлять работникам дополнительные социальные услуги.³ Точного аналога данному понятию в русском языке нет, дословный перевод – «капитализм благополучия». Некоторые исследователи употребляют термин «индустриальный патернализм», включая его в теорию государства всеобщего благоденствия.⁴

«Social welfare» – социальное благополучие, основной элемент классификации, предлагаемой Эспин-Андерсеном – включает в себя не только поддержку семей с детьми, но и обеспечение социального благополучия пожилых, которое не является предметом настоящего исследования. В основе режима социального обеспечения лежит разделение ответственности за создание благосостояния. Ответственность распределяется между рынками, государством и семьей. Все три субъекта между собой связаны, и в идеальном варианте должны компенсировать провалы друг друга.

При анализе распределения ответственности за благополучие семьи необходимо точно определить «провал» субъекта в решении той или иной проблемы. Если для определения «провалов» рынка и государства существуют некоторые способы оценки, то

³ Эспин-Андерсен Г. Снова на пути к хорошему обществу? – *SPERO* №5, 2006. – с. 7.

⁴ См., например, С.Лефевр Социальная роль предприятий в России: объяснительные возможности термина «патернализм» - *Мир России* №3, 2008.- с.149-170.

в отношении семьи таких оценок нет. Кроме этого, на способность семьи самостоятельно справляться с социальными проблемами влияет появление новых рисков, обусловленных изменением демографической ситуации. Так, в связи с падением рождаемости и старением населения семья сталкивается с необходимостью ухода за пожилыми людьми. Широкое распространение тяжело текущих хронических заболеваний среди пожилых требует специального интенсивного и затратного ухода, который семья не всегда может обеспечить. Семьи становятся менее устойчивыми и часто сталкиваются с нехваткой рук для заботы о несамостоятельных членах семьи. При разработке системы мер поддержки семьи нужно понимать, может ли семья, государство или рынок взять на себя те или иные обязательства и выбрать оптимальный источник для них.⁵

Основную классификацию режимов социального обеспечения Эспин-Андерсен дал в 1990 году в своей работе «*The Three Worlds of Welfare Capitalism*». В этой классификации он рассмотрел 18 стран и разделил их на три группы.⁶ Позднее им самим и другими исследователями эта классификация была неоднократно переработана и дополнена. Мы взяли за основу классификацию, которую предложила в 2002 году Анн Готье, выделив 4 режима: социально-демократический, консервативный, южно-европейский и либеральный.⁷ На основе этой классификации мы в свою очередь выделили: либеральный, скандинавский, консервативный государственный и консервативный семейный режимы. В Табл. 1 представлены некоторые европейские страны, типичные для того или иного режима социального обеспечения. Предложенная нами классификация охватывает лишь некоторые страны Европы, однако, мы постарались включить в нее и Россию.

Основным источником формирования благосостояния при либеральном режиме является рынок. Это достигается за счет поощрения индивидуальной заботы о благосостоянии семьи и ограничения государственных обязанностей по устранению провалов рынка. В этой модели государству отводится вспомогательная роль по предоставлению помощи наиболее нуждающимся семьям. При либеральном режиме системы институциональной помощи семье в уходе за ребенком сосредоточены в частном секторе, который регулируется рынком. Для стран с либеральным режимом характерна семейная политика, направленная на сочетание профессиональной деятельности и семейных обязанностей. Отпуск по уходу за ребенком оплачивается невысоко, однако в этих странах широко распространены различные дошкольные учреждения.

⁵ Эспин-Андерсен Г. Снова на пути к хорошему обществу? – *SPERO* №5, 2006. – с. 18.

⁶ Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 1990, 266 p

⁷ Gauthier A.H. Family policy in industrialized countries: is there convergence? // *Population (English ed.)* Vol. 57, No 3, 2002, p. 453.

Таблица 1.

Классификация стран по режиму социального обеспечения

<i>Режим</i>	Страна
Либеральный	Ирландия, Великобритания, Швейцария
Скандинавский	Дания, Швеция, Норвегия, Финляндия
Консервативный (государственный)	«Лимитированная» поддержка: Германия, Австрия
	«Активная поддержка»: Франция, Бельгия, Россия
Консервативный (семейный)	Испания, Италия, Португалия

Источник: Авдеева М.А. Государственная поддержка семей с детьми в Европе⁸

Скандинавский режим социального обеспечения отводит главную роль государству. Эта модель ставит перед собой две основные цели: усилить позиции семей и при этом обеспечить каждому индивиду большую личную независимость. Для скандинавских стран характерны универсальные гарантии дохода, высокоразвитая система предоставления услуг по уходу за детьми. Одним из важных компонентов этой системы является продолжительность отпуска по уходу за ребенком до 3-х лет для работающих родителей; здесь важно учитывать предоставление такого отпуска обоим родителям. Отличительной чертой скандинавских стран являются самые продолжительные декретные отпуска (с сохранением средней заработной платы): в Швеции – 53 недели, в Дании – 47 недель (в России он составляет 20 недель, а во Франции – 16). Данный режим социального обеспечения весьма дорог для государственного бюджета, высокая налоговая нагрузка является очевидным слабым местом подобного режима. Финансирование государственной поддержки семьи распределяется практически поровну между прямыми выплатами и финансированием институциональных форм ухода за ребенком.

Консервативный режим свойственен большинству стран континентальной Европы. Основной характерной чертой этого режима является стойкая приверженность традиционной ответственности семьи за свое благополучие. Наиболее это выражено в Южной Европе, наименее в Бельгии и Франции. Поэтому мы разделили консервативный режим на:

- *государственный*, для которого характерна «активная», как во Франции и Бельгии, и «ограниченная», как в Германии и Австрии, поддержка;

⁸ Авдеева М.А. Государственная поддержка семей с детьми в Европе. "Инновационное развитие экономики России: ресурсное обеспечение: Вторая международная конференция; Москва, МГУ им. М.В.Ломоносова, экономический факультет; 22-24 апреля 2009 г., Сборник статей: Том 3. Под ред. В.П. Колесова и Л.А. Тутова. - М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2009. с. 601-616.

- *семейный* – как в Испании, Италии, Португалии. Здесь наибольшее значение придается обеспеченности главы семейства.

В странах консервативного (государственного) режима с «активной» государственной поддержкой удачно сочетается развитость институционального сектора по уходу за ребенком, длительные оплачиваемые отпуска и существенные денежные пособия на детей разного возраста. Это позволяет иметь сравнительно высокую женскую занятость, невысокий уровень бедности среди детей. Следует отметить, что при такой системе государство имеет возможность практически безболезненно корректировать рынок труда при помощи изменения уровня женской занятости. Так, серия мер семейной политики 1984 года во Франции была направлена на привлечение женщин на рынок труда, а система мер 1994 года, напротив, поощряла частичную занятость женщин во время ухода за маленьким ребенком или полный уход в декретный отпуск. Таким образом, перераспределение финансовых средств в сфере поддержки семей позволило снизить напряженность на рынке труда. В странах с «ограниченной» поддержкой семьи государством заметна менее сбалансированная схема пособий и сети дошкольных учреждений по уходу за детьми.

В странах с консервативным (семейным) режимом семейной политики мы наблюдаем низкие показатели социальной поддержки семей и низкие показатели рождаемости. Для этих стран характерен «дефицит» семейной политики и самые низкие затраты государства на поддержку семей с детьми. Объем пособий, выплачиваемых семьям, незначителен, отпуска по уходу за ребенком сравнительно длительные, но низкооплачиваемые. Жизнеспособность таких схем в настоящее время все более подвергается сомнению, поскольку предлагаемые ими меры неэффективны в отношении женщин, имеющих особое положение на рынке труда. Выраженная опора на семью устраняет многие социальные риски, но в то же время негативно сказывается на стремлении женщин к экономической независимости и индивидуальной свободе. Подобное противоречие парадоксальным образом оказывается причиной низкой рождаемости.

Российская модель семейной политики походит своими характеристиками на модели и консервативного государственного, и консервативного семейного режима. Российская семья традиционно ждет помощи от государства, при этом парадоксально не рассчитывая на ее получение и стараясь приложить максимум усилий для обеспечения своего благополучия самостоятельно. Безусловно, это одно из проявлений экономической и социальной нестабильности. Однако по набору мер и их структуре семейная политика России наиболее близка к французской.

Россия пришла к низкой рождаемости преимущественно за счет откладывания или отказа от второго и последующих рождений. Суммарный коэффициент рождаемости снизился с 1,9 в 1990 году до 1,29 в 2006.⁹ Наиболее распространено объяснение этого явления в макроэкономических терминах: экономическая нестабильность, переходный период в экономике и обществе, неуверенность в завтрашнем дне. Неуверенность в возможности воспитать двоих детей – один из определяющих факторов низкой рождаемости в России. Табл. 2, построенная по данным выборочного обследования 2009 года «Семья и рождаемость в России», отражает основные трудности, которые, по мнению респондентов, мешают им завести следующего желанного ребенка.

Таблица 2.

**Трудности, мешающие реализации репродуктивных намерений
(по мнению опрошенных женщин, %)**

Что мешает завести следующего ребенка?	Очень мешает	Мешает	Не мешает
Материальные трудности	47,8	37,2	15,0
Неуверенность в завтрашнем дне	44,5	37,6	17,9
Жилищные трудности	33,3	29,3	37,4
Отсутствие партнера/мужа	23,0	15,9	61,1
Отсутствие работы	22,5	24,8	52,7
Трудности в уходе за имеющимися детьми	3,6	19,4	77,0

Источник: выборочное обследование «Семья и рождаемость в России 2009» (<http://www.gks.ru>)

Чуть менее 20 процентов опрошенных (всего было опрошено 1999 человек) обозначили трудности в уходе за детьми, как «мешающие» им обзавестись еще одним ребенком. В России традиционно силен «институт бабушки», то есть широко распространена помощь родственников (преимущественно старшего поколения) по уходу за детьми дошкольного возраста. При этом некоторые исследователи отмечают неполное обеспечение потребности в местах в детских дошкольных учреждениях (Табл.3). Во Франции напротив, доля детей, посещающих образовательные дошкольные учреждения после достижения трехлетнего возраста, составляет 100% (Табл.4).

⁹ По данным Росстата (www.gks.ru).

Таблица 3.

Использование институциональной помощи в уходе за маленькими детьми в России

	1995	2000	2005	2008
Общее количество детских учреждений	68 600	51 300	46 500	45 600
Места в дошкольных учреждениях (на 1000 детей в возрасте 1-6 лет)	676	688	603	566
Охват детей в возрасте 1-6 лет, посещающих детские дошкольные учреждения (в %)	54	55	57	59
Численность детей, стоящих на определении в дошкольные учреждения (в тыс. человек)	295,3	238,2	966,4	1 716,1

Источник: выборочное обследование «Семья и рождаемость в России 2009» (<http://www.gks.ru>)

Таблица 4.

Использование институциональной помощи в уходе за маленькими детьми во Франции в 2000-2005 гг. (% от общего количества детей 0-6 лет)

Использование услуг по уходу за детьми (% от общего количества детей 0-6 лет)	до 3-х лет	старше 3-х лет
Дошкольные учреждения	11	100
Дневной уход дома (няня)	20	-
Уход за самыми маленькими (ясли)	54	-

Источник: К.Ж.Морган.¹⁰

Успех французской семейной политики во многом заключается в уверенности каждой семьи в своем будущем: родители не сомневаются в том, что получают помощь от государства в случае необходимости. Стоит отметить, что это работает только в случае экономической стабильности в стране. По данным опроса, проведенного среди жителей стран ОЭСР (Организации экономического сотрудничества и развития), 78.5 % французов охарактеризовали свою жизнь как «счастливую» и «очень счастливую». Данных, пригодных для сравнения, по России, к сожалению, нет. Тем не менее, Таблица 5 описывает субъективную оценку семьями своего благополучия, выраженную в деньгах. Как мы видим, из таблицы каждый «дополнительный» ребенок ухудшает благосостояние семьи, почти 46 % семей с 4 детьми имеют трудности с покупкой одежды и обуви.

¹⁰ К.Ж.Морган. The «production» of Child Care: how labor markets shape social policy and vice versa // *Social Politics*, Vol 12, N 2, Summer 2005.

Таблица 5.

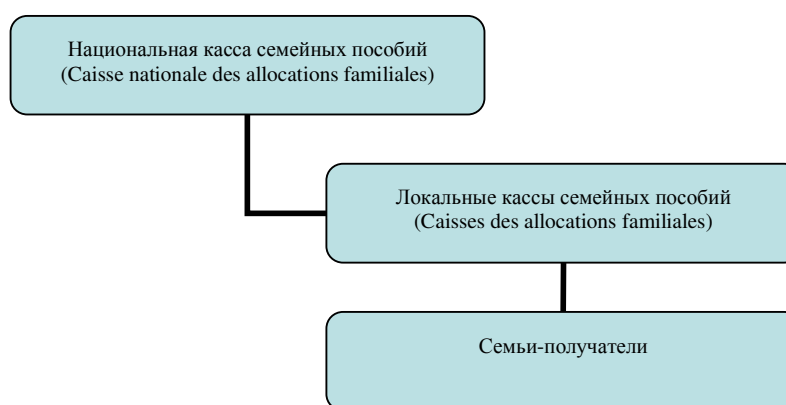
Субъективная оценка благосостояния семьи, выраженная в деньгах.

	Субъективная оценка благосостояния					
	Не хватает денег на еду	Трудно купить одежду	Нет возможности купить товары длительного пользования	Трудно купить машину	Достаточно денег для удовлетворения всех нужд	Затруднились ответить
Все домохозяйства	2,0	24,2	44,9	25,4	2,3	1,3
С 1 ребенком	1,6	20,5	43,7	28,0	4,8	1,4
С 2 детьми	2,5	20,6	45,5	28,5	2,2	0,7
С 3 детьми	7,4	34,6	37,7	18,9	0,8	0,6
Более 4 детей	15,2	45,8	23,5	12,6	2,9	-

Источник: выборочное обследование «Семья и рождаемость в России 2009» (<http://www.gks.ru>)

Финансирование семейной политики во Франции осуществляется преимущественно за счет работодателей (60%), которые рассчитываются со всего фонда заработной платы; налоговые сборы (налогом облагается общий доход, начиная с определенного уровня) составляют 20% финансирования, и прямые государственные дотации – еще 20%. Распределение этих средств осуществляется через специальную негосударственную организацию – Национальную кассу семейных пособий (Caisse nationale des allocations familiales, CNAF; см. Рис.3). CNAF не только занимается выплатой семейных дотаций, но также отвечает за страхование здоровья, социальную помощь безработным и пенсионные выплаты.

Рис. 3. Структура системы касс семейных пособий во Франции



Локальные кассы семейных пособий есть в каждом регионе; всего их насчитывается 123 по всей стране. Кассы семейных пособий на местах осуществляют непосредственное распределение денежных дотаций и предоставляют льготы. Цель CAF – обеспечение социальных функций государства и бизнеса. Сама идея касс семейных пособий появилась в результате социального договора между обществом и бизнесом. Первая такая касса была создана в январе 1918 года в департаменте Морбиан на западе Франции по инициативе президента торговой палаты предпринимателя Эмиля Марсеша (Émile Marcesche). Обеспокоенный условием труда женщин, преимущественно матерей, сортировавших уголь во время Первой мировой войны, Марсеш сумел убедить попечителей Банка Морбиана в необходимости создания расчетной кассы по социальному страхованию в регионе.

Каждой региональной кассой семейных пособий управляет административный совет из 24 человек, в состав которого входят 8 представителей профсоюзов, 8 представителей работодателей, 4 представителя государства и 4 представителя семейных ассоциаций, назначенные союзом семейных ассоциаций департамента (l'union

départementale des associations familiales). В административный совет с правом решающего голоса входят также 3 управляющих (выбираемых по специальной процедуре), главный бухгалтер и директор.

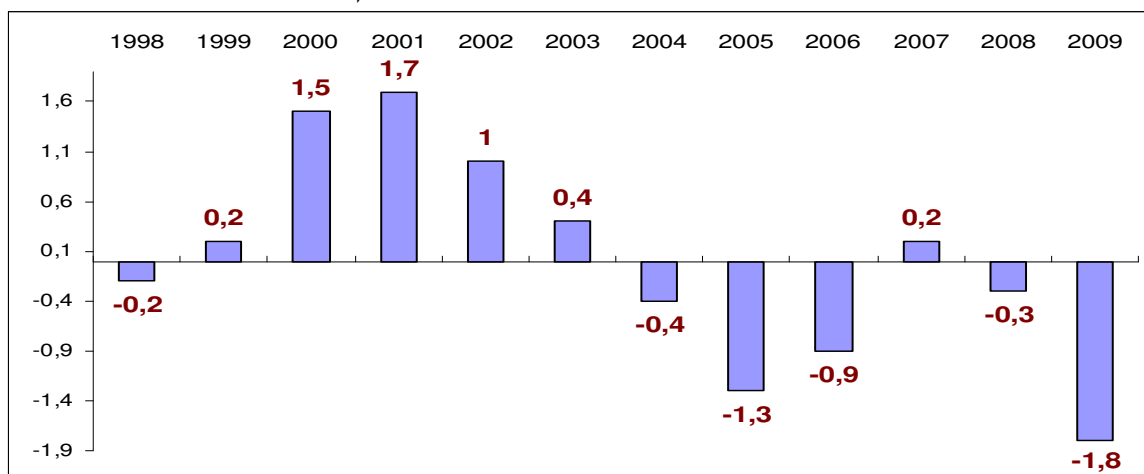
Административный совет каждой кассы определяет внутренний регламент кассы, выносит на голосование бюджет (пересмотр бюджета проводится 2 раза в год), контролирует выполнение законодательных и нормативных постановлений, а также исполнение его собственных решений. Административный совет назначает управляющих кассой – директора и главного бухгалтера.

Среди семей-реципиентов преобладают семьи с двумя детьми – 47,4%, семьи с 1 ребенком составляют 30,3%, семей с 3 и более детьми насчитывается 22,3%. Семьи с тремя и более детьми составляют 18% всех семей во Франции, именно в таких семьях живут 40% всех детей. Они получают около 43% всех семейных пособий. Система пособий и льгот во Франции предусматривает изменение выплат и льготных схем с изменением размера и состава семьи. Одинокие родители составляют около 8% всех семей и получают около 20% всех пособий и льгот. По данным опроса, проведенного САФ в 2005 году, 97% семей выразили удовлетворение услугами касс семейных пособий. Борьба с детской бедностью – одна из наиболее успешных сфер деятельности системы касс семейных пособий. По данным ЮНИСЕФ, доля детей, живущих за чертой бедности, снизилась с 27,7% до 7,7% за все время деятельности системы.

Помощь в решении жилищных проблем также входит в сферу ответственности касс семейных пособий. Кассы семейных пособий перераспределяют около 3/4 всего фонда социального жилья.

Расходы на семейную политику во Франции в 2009 году составили 4,4 % ВВП и 60% всех расходов на социальную защиту. В России в 2008 году расходы на социальную поддержку населения составили 2% ВВП (20% всех расходов составили семейные и материнские пособия). Перераспределение государственных средств (обязательных налоговых отчислений работников и работодателей) в России осуществляют государственные внебюджетные фонды – фонд социального страхования, пенсионный фонд и фонд обязательного медицинского страхования. Внебюджетные фонды в России управляются государственными органами: денежные ресурсы фонда находятся в государственной собственности, а расходуются они по распоряжению правительства или специального органа управления.

Рис. 4. Сальдо баланса Национальной кассы семейных пособий



Источник: построено автором по данным Chiffres clés de la sécurité sociale 2005, 2007, 2008, 2009.

Таким образом, мы видим две совершенно разные модели управления и финансирования в похожих режимах семейной политики. Во Франции в управление финансовым механизмом семейной политики включено непосредственно общество и бизнес. В России полномочия управления и распоряжения осуществляются через органы власти. Эффективность того или иного варианта оценить весьма трудно, поскольку, несмотря на всю схожесть семейной политики, современные уровни развития экономики различны. Французская система социальной поддержки населения сформировалась намного раньше, эффективность французской семейной политики подтверждается одним из самых высоких уровней рождаемости в Европе. Поэтому так важно для развития системы поддержки семей с детьми в нашей стране изучать и учитывать положительный опыт других стран.

Библиография

- Авдеева М.А. Государственная поддержка семей с детьми в Европе // В: *Инновационное развитие экономики России: ресурсное обеспечение*: Вторая международная конференция; Москва, МГУ им. М.В.Ломоносова, экономический факультет; 22-24 апреля 2009 г., Сборник статей: Том 3. Под ред. В.П. Колесова и Л.А. Тутова. - М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2009. с. 601-616.
- Лефевр С. Социальная роль предприятий в России: объяснительные возможности термина «патернализм» // *Мир России* №3, 2008.- с.149-170.
- Эспин-Андерсен Г. Снова на пути к хорошему обществу? // *SPERO* №5, 2006. – с. 7-32.
- Chiffres clés de la sécurité sociale 2005, 2007, 2008, 2009.
(http://www.securite-sociale.fr/chiffres/chiffres_cles/)
- Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 1990, 266 p.
- Esping-Andersen G. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press, 1999, 207 p.

- Gauthier A.H. Family policy in industrialized countries: is there convergence? // *Population* (English ed.) Vol. 57, No 3, 2002, pp. 447-474.
- Morgan K.J. The «production» of Child Care: how labor markets shape social policy and vice versa // *Social Politics*, Vol 12, N 2, Summer 2005.
- Neyer, G. and Andersson, G. Consequences of family policies on childbearing behavior: Effects or artifacts? // *Population and Development Review* 34(4), 2008. pp. 699-724.
- Rapport d'activité 2009*. CNAF, 2009 – 39 p.
- The French social protection system*. ADCERI, 2005 – 40 p.
- The Family branch of the French social security system*, - CNAF, 2010 – 8 p.
- Thévenon O. Les politiques familiales des pays développés: des modèles contrastés. // *Population et Sociétés* No 448, 2008 (September), pp.1-4.
- <http://www.ined.fr> (сайт французского Национального института демографических исследований).
- <http://www.oecd.org> (сайт Организации экономического сотрудничества и развития).
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> (сайт Евростата).
- <http://www.gks.ru> (сайт Росстата).

Стимулирование рождаемости и поддержка семей с детьми в современной России

Все большее число стран с низкой рождаемостью начинают задумываться о последствиях депопуляции, рассматривая этот процесс как проблему национальной безопасности, а с учетом масштабов замещающей миграции – и как проблему сохранения национальной идентичности.

Растет число стран, оценивающих уровень рождаемости как слишком низкий: с 16 в 1976 г. до 48 в 2007 г., а также стран, считающих необходимым стимулировать увеличение рождаемости: с 13 в 1976 г. до 39 в 2007 г.¹ Из стран, правительства которых оценивали в 2007 году сложившийся уровень рождаемости как слишком низкий, 80% признали необходимым проводить политику ее повышения.

Таблица 1.

Оценки и политика правительств в области рождаемости

Оценки и политика	1976		1986		1996		2007	
	Число стран	Доля, %	Число стран	Доля, %	Число стран	Доля, %	Число стран	Доля, %
Считают уровень рождаемости:								
слишком низким	16	10,7	22	13,4	28	14,5	48	24,6
удовлетворительным	79	52,7	75	45,7	78	40,4	69	35,4
слишком высоким	55	36,7	67	40,9	87	45,1	79	40,1
Всего	150	100	164	100	193	100	195	100
Считают необходимым воздействие на рождаемость с целью:								
увеличить	13	8,7	19	11,6	27	14,0	39	19,6
сохранить	19	12,7	16	9,8	19	9,8	34	16,0
снизить	40	26,7	54	32,9	82	42,5	75	40,2
воздействие не планируется	78	52,0	75	45,7	65	33,7	47	24,2
Всего	150	100	164	100	193	100	195	100

Источник: WPP2007. United Nations, 2008:42, 44.

В развитых странах коэффициент суммарной рождаемости опустился в 2000-2005 годах до уровня 1,6 рождения на женщину в среднем. Поэтому, если в 1976 году менее 21% развитых стран считали сложившийся уровень рождаемости слишком низким, то в 2007 году – уже более 60%. Из 49 развитых стран 30 (в их числе 27 европейских) оценили в 2007 г. рождаемость в своих странах как низкую (в 1996 г. – 19, в 1986 г. – 9). При этом 26 стран, среди них 24 европейских, сочли необходимым воздействие на рождаемость с целью ее повышения.

¹ World Population Policies 2007. United Nations, New York, 2008. ST/ESA/SER.A/272. - http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2007/Publication_highlights.pdf

Россия также уже давно относится к числу стран с низкой рождаемостью, не обеспечивающей в перспективе воспроизводства населения. В сочетании с более высокой, чем в других развитых странах, смертностью, низкая рождаемость привела к наблюдающейся с 1992 г. устойчивой депопуляции, масштабы которой определяются как колебаниями в уровнях рождаемости и смертности, так и размерами миграционного прироста, замещающего часть естественной убыли населения.

Максимальная численность населения России была достигнута к началу 1993 г. и составила 148,6 млн. человек, оценка на начало 2010 г. – около 141,9 млн. человек. С 1992 года число умерших устойчиво превышает число рождений. За 19 лет (1992-2010 гг.) разница между числами родившихся и умерших в России составила более 13 млн. человек. Эта убыль была на 6,4 млн. (или на 48%) компенсирована миграционным приростом. Абсолютная убыль населения составила за этот период более 6,6 млн. человек.

Демографическое развитие России во многом сходно с общеевропейскими тенденциями (низкая рождаемость, изменение структуры семьи, старение населения и т.д.). В то же время ускоренное нарастание кризисных явлений определялось особыми условиями и трудностями так называемого переходного периода (падение реальных доходов, нарастание масштабов бедности, рост неравенства, высокий уровень безработицы, сокращение объема социальных гарантий и бесплатных услуг в здравоохранении и образовании и т.п.).

Распад СССР (1991 г.) поставил вопрос о выработке в России концепции собственной демографической политики, учитывающей новые экономические, социальные и политические условия.

Как правопреемник СССР, Россия сохранила в действии основные правовые нормы и направления демографической политики, унаследованной от СССР, сохранила и многие меры социально-экономической и правовой поддержки материнства и детства.

Переход к рыночной экономике, формирование новых подходов к проведению социальной политики потребовали существенной переоценки сложившейся системы взглядов на роль и место общегосударственной демографической политики, политики в области семьи, социальной защиты материнства и детства. Речь шла как о принципах разработки, так и о вопросах реализации, ресурсного обеспечения и регионализации с учетом особенностей демографического, экономического и социально-культурного развития регионов России.

В принятой в 1993 г. Конституции было зафиксировано, что в Российской Федерации **«обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства,**

отцовства и детства, ... устанавливаются пособия и иные гарантии социальной защиты» (Конституция Российской Федерации, 1993 г. Ст. 7, п. 2).

В условиях переходной экономики, либерализации цен и высокой инфляции проводилась политика социальной защиты семей с детьми. Она включала в себя компенсационные выплаты и пособия, призванные смягчить влияние переживаемого Россией кризиса на уровень жизни семей с детьми, противостоять дальнейшему падению рождаемости (среди них были и ежеквартальные пособия на детскую одежду, и даже хлебные пособия). Действовали и натуральные меры помощи: талоны и карточки на дефицитные товары, раздача гуманитарной помощи многодетным семьям.

1993 год был объявлен ООН Международным годом семьи. Это послужило толчком к разработке нового документа в области семейной политики – **Концепции семейной политики**, одобренной 12 мая 1993 г. Национальным Советом по подготовке и проведению в России Международного года семьи.

К Международному году семьи был приурочен и первый официальный доклад **«О положении семей в Российской Федерации»** (1994 г.), в котором был выделен специальный раздел «Государственная семейная политика». Обмену мнениями и результатами исследований в области семьи и семейной политики способствовало издание с 1994 г. журнала **«Семья в России»**, выделившего в содержании специальную рубрику «Семейная политика».

Снижение инфляции к середине 1990-х годов позволило поставить вопрос об упорядочении существующей в тот момент сложной, хаотичной и непоследовательной системы компенсаций и пособий.

Новая система пособий, введенная федеральным законом №81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» от 19 мая 1995 г. (*с последующими изменениями*) включала в себя:

- Пособие по беременности и родам в размере среднего заработка по месту работы, выплачиваемое за период 70 дней до родов и 70 (в случае осложненных родов – 86, при рождении двух и более детей – 110) дней после родов. При этом отпуск исчислялся суммарно, и пособие предоставлялось полностью, независимо от числа дней, проведенных в дородовом отпуске.
- Единовременное пособие женщинам, ставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности, т.е. до 12 недель (50% минимального размера оплаты труда, позднее – 100%).
- Единовременное пособие при рождении ребенка (10 минимумов оплаты труда, позднее – 15).
- Ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет (в размере 100% минимального размера оплаты труда, позднее – 200%).

- Ежемесячное пособие на детей (70% минимального размера оплаты труда), увеличенные пособия для одиноких матерей и некоторых других категорий семей.

Был разработан и принят к реализации *«Национальный план действий в интересах детей»* (утвержден Указом Президента РФ № 942 от 14 сентября 1995 г.). План действий содержал раздел 3.2. **«Поддержка семьи как естественной среды жизнеобеспечения детей».**

Важным этапом в обеспечении правового регулирования и поддержки развития семьи стало принятие нового **«Семейного кодекса РФ»**, вступившего в силу с 1 марта 1996 года. Он во многих отношениях существенно отличался от старого Кодекса законов о браке и семье РСФСР, действовавшего с 1969 года. Были введены такие новые понятия, как брачный договор (ст.40-44) и приемная семья (ст.151-154); внесен ряд изменений и дополнений в порядок взыскания алиментов (ст.80-120); облегчено установление в судебном порядке отцовства в отношении детей, родившихся вне зарегистрированного брака (ст.49); внесены изменения в правила, регулирующие заключение и расторжение брака.

На основе Концепции семейной политики был подготовлен более фундаментальный документ *«Основные направления государственной семейной политики»* (утвержден Указом Президента РФ № 712 от 14 мая 1996 г.). В нем было предусмотрено *«...дальнейшее развитие системы семейных пособий, охватывающей поддержкой все семьи с детьми; поэтапное увеличение доли расходов на семейные пособия, включая пособия по беременности и родам и по уходу за детьми в возрасте до полутора лет, в валовом внутреннем продукте до 2,2 процентов».*²

В соответствии с рекомендациями ЮНИСЕФ (Детского Фонда ООН), эти расходы должны составлять не ниже 2,5–3,5 % от ВВП (в зависимости от доли детского населения и уровня детской бедности). По оценкам ЮНИСЕФ, сделанным в середине 90-х годов, России требовалось увеличить государственные расходы на детские пособия на сумму не менее 2 процентных пунктов от ВВП.³ В 1991 г. этот показатель – доля расходов на семейные пособия – составлял в Российской Федерации около 2%, в 1994 г. – около 1% ВВП.

Принцип охвата поддержкой **всех** семей с детьми был несколько нарушен принятием в 1998 г. Федерального закона (№ 134-ФЗ от 29 июля) «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «О государственных пособиях гражданам, имеющим

² Основные направления государственной семейной политики // Семья в России. 1996, №3-4. С.11 (пункт III-ж).

³ См. Семейные пособия: международные нормы и зарубежный опыт. М., 2003. С.73-74.

детей». В соответствии с этим законом было установлено право на ежемесячное пособие на ребенка в семьях со среднедушевым доходом, не превышающим 200% величины прожиточного минимума в субъекте Российской Федерации. Большая часть семей под этот критерий подпадала.

В 1999 г. был начат переход к новой модели назначения и выплаты пособий **по адресному принципу – только на детей в семьях с низкими доходами**. Был принят Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 171-ФЗ «О внесении изменения в статью 16 Федерального закона «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей». Согласно этому закону, с августа 1999 г. было установлено право на ежемесячное пособие на ребенка только для семей со среднедушевым доходом, не превышающим 100% величины прожиточного минимума в субъекте Российской Федерации. По замыслу законодателей, такая мера должна была обеспечить перераспределение ограниченных финансовых ресурсов в интересах наиболее бедных семей с детьми.

Для обеспечения адресности предоставления ежемесячного пособия на ребенка впервые был разработан и утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 29 сентября 1999 года № 1096 «Порядок учета исчисления величины среднедушевого дохода», дающей право на получение ежемесячного пособия на ребенка.

Несмотря на принимаемые меры, в целом в России на протяжении второй половины 1990-х и первой половины 2000-х годов происходило явное ослабление государственной поддержки семьи. С 1995 г. по 2000 г. размеры материнских и семейных пособий устанавливались в процентном отношении к минимальному размеру оплаты труда (МРОТ), что по идее должно было компенсировать рост цен (инфляцию). С 2001 года пособия стали устанавливать в фиксированном размере. Размеры пособий периодически пересматривались в сторону увеличения.⁴

Уровень расходов на меры поддержки семей (доля расходов на семейные, материнские и детские пособия в % к ВВП) снижался и в 2003-2006 гг. был в 8-10 раз меньше уровня этих расходов в европейских странах, где они составляют в среднем от 2 до 2,5%. Во Франции, к примеру, они составляют около 4%.

Убыль населения России, продолжавшаяся с 1992 г., подтолкнула власти к разработке комплексной стратегии. В феврале 2001 г. российское правительство рассмотрело проект «Концепции демографической политики на период до 2015 г.». Однако к осени документ несколько изменил название. Распоряжением Правительства РФ № 1270-р от 24 сентября 2001 г. была одобрена разработанная Минтрудом РФ

⁴ *Елизаров В.В.* Семейная политика и экономическая поддержка семьи в современной России // Уровень жизни населения регионов России. 2002, №6, с.13-16.

«Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года», в которой была поставлена долгосрочная цель демографической политики: стабилизация численности населения России и создание предпосылок для роста населения. В Концепции были сформулированы основные направления и приоритеты политики в области рождаемости и укрепления семьи, в области снижения смертности и повышения продолжительности жизни, в области миграции. Предусматривалось, что будут разрабатываться конкретные планы мероприятий и программы по реализации этой концепции, в частности, меры по стимулированию рождаемости (пособия, налоговые льготы, жилищные субсидии молодым семьям и т.п.).

В число приоритетов в области стимулирования рождаемости вошли:

- повышение материального благосостояния семьи и создание социально-экономических условий, благоприятных для рождения, содержания и воспитания нескольких детей;
- работа с достойной заработной платой, а также возможность обеспечить семью соответствующими жилищными условиями;
- обеспечение работникам, имеющим детей, условий, благоприятствующих сочетанию трудовой деятельности и семейных обязанностей.

Это предполагало:

- совершенствование системы выплаты пособий гражданам, имеющим детей, в том числе повышение размеров пособий и обеспечение их адресности;
- дифференцированный подход к определению размеров пособий и налоговых вычетов с учетом материальных условий семьи и ее социального положения;
- улучшение жилищных условий молодых семей в случае рождения ребенка, выделение на региональном уровне безвозмездных субсидий и использование механизма льготного кредитования в зависимости от числа детей в семье.

К сожалению, декларативный характер Концепции не был дополнен реальными планами мер по ее реализации. В то же время механизм реализации предполагал разработку региональных концепций. И эта работа во многих регионах была проделана, что, однако, не позволило серьезно повлиять на улучшение демографической ситуации.

До 2001 г. ежемесячные пособия на детей выплачивались за счет региональных и местных бюджетов. Результат был плачевным. В конце 1990-х стала расти задолженность по выплате пособий, которая к середине 1999 г. превысила 30 млрд. рублей (сумма, сопоставимая с задолженностью по зарплатам). Только в трех регионах – Москве, Санкт-Петербурге и Самарской области – не было задолженности. В некоторых областях пособия не выплачивались в течение 2-3 лет!

Начиная с 2001 г. средства на текущую выплату пособий стали выделяться субъектам РФ целевым назначением (в виде субвенций). Они включались в Фонд компенсаций, финансируемый из федерального бюджета. Субвенции из федерального

бюджета, выделенные регионам на выплату ежемесячных пособий в 2001 г., должны были составить 22,8 млрд. рублей.⁵

Долги стали сокращаться и достигли к апрелю 2002 г. 15 млрд. рублей. Быстрому сокращению задолженности способствовало снижение более чем в 1,5 раза числа получателей вследствие перехода к адресному назначению пособий (не всем детям, а только детям в семьях с доходами ниже прожиточного минимума). В конце 2004 года задолженность по пособиям составляла всего около 2 млрд. рублей.

После вступления в 2005 г. в силу Федерального закона №122-ФЗ⁶ от 22 августа 2004 г. основные виды деятельности, ответственность и финансирование социальной поддержки подавляющей части семей перенесены на регионы.

В соответствии с ФЗ-122 ст.16 Федерального закона «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» в новой редакции звучит так: *«Размер, порядок назначения и выплаты ежемесячного пособия на ребенка устанавливаются законами и иными нормативными правовыми актами субъекта РФ».*

С 1 января 2005 года каждый субъект РФ выплачивает пособие в размерах и на условиях, определяемых собственными правовыми нормами. Это положение предопределяет существенные различия между регионами в уровне поддержки семей с детьми. В большей части регионов (в том числе в Москве) в 2005 году сохранялся прежний размер пособия – 70 рублей в месяц (плюс районный коэффициент там, где он есть). С 2006 г. пособие в Москве увеличено до 150 руб. Примерно в трети субъектов РФ принятыми на 2005 год нормативными актами пособия были увеличены до 80-100 рублей. Региональным бюджетам, в большинстве своем, трудно полностью финансировать расходы на выплату ежемесячного пособия на детей, тем более обеспечивать рост их покупательной способности.

Федеральным бюджетом на 2005 год были предусмотрены субсидии регионам (кому больше, кому меньше) на реализацию закона о детских пособиях на сумму более 4 млрд. рублей. Но это меньше, чем 1/4 расходов на пособия в 2004 году. Не все регионы смогли безболезненно справиться со столь значительной финансовой нагрузкой на их

⁵ См.: Государственные пособия гражданам, имеющим детей: нормативные правовые акты. М., 2001.С.120-124.

⁶ В СМИ и народе ФЗ №122 окрестили *законом о монетизации льгот*, хотя его бесконечно длинное название и содержание, прежде всего, перераспределяют полномочия и ответственность федеральных и региональных органов власти. Полное название закона №122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

бюджеты, и задолженность по детским пособиям в ряде регионов сохранилась, хотя и в существенно меньших масштабах.

Самым затратным традиционно было ежемесячное пособие на ребенка. Так в 1995 году на его выплату приходилось 85% всех расходов на семейные пособия (см. Табл.2). К 2003 г. его доля сократилась примерно до 1/2, к 2006 г. – до 1/3, к 2007-2008 гг. – до 1/5. С 2007 г. самым затратным стало пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет, на него в 2008 г. пришлось 45% всех расходов, а на второе место вышли расходы на пособие по беременности и родам (26% всех расходов).

Таблица 2

Расходы на выплату семейных и материнских пособий⁷

Годы	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Расходы на семейные и материнские пособия – всего, млн. руб. (1995 г. – млрд. руб.)	11982	27042	46736	57811	120828	178786	225475
из них:							
по беременности и родам ¹⁾	920	3675	14403	19109	29410	44222	57039
при рождении ребенка ¹⁾	343	1533	8192	11047	12246	14158	16878
по уходу за ребенком до 1,5 года ¹⁾	579	1757	5632	7607	54306	75210	97067
ежемесячное пособие на ребенка ²⁾	10124	19936	18135	19624	24090	32611	40898
по уходу за детьми-инвалидами ¹⁾	16	141	374	424	776	912	680
прочие семейные и материнские пособия	11673	12913
Доля семейных и материнских пособий, в %:							
к ВВП	0,8	0,4	0,2	0,2	0,4	0,4	0,6
к объему денежных доходов населения	1,3	0,7	0,3	0,3	0,6	0,7	0,8
Задолженность по выплате ежемесячного пособия на ребенка, ²⁾ в % от общей суммы выплаченных пособий на ребенка	...	103,4	7,2	1,8	0,6	0,1	0,1

¹⁾ По данным Фонда социального страхования Российской Федерации.

²⁾ По данным Минздравсоцразвития России.

Перелом в отношении к демографической политике вообще и к мерам поддержки семей с детьми в частности произошел после Президентского послания 2006 года Федеральному Собранию.

Одно из главных положений Послания-2006: *«никакая миграция не поможет решить демографических проблем, если мы не создадим условий для рождаемости в нашей стране, не разработаем свои программы поддержки семьи»⁸*.

⁷ Источник: Российский статистический ежегодник. 2010. М., 2010. Табл. 6.16.

⁸ Ежегодное Послание Президента РФ Федеральному Собранию. 10 мая 2006 г. <http://www.kremlin.ru/text/appears/2006/05/105546.shtml>

В Послании-2006 была предложена программа *«стимулирования рождаемости, а именно: меры поддержки молодых семей, поддержки женщин, принимающих решение родить и поднять на ноги ребенка»*. Было акцентировано внимание на том, что *«сегодня мы должны стимулировать рождение хотя бы второго ребенка»*. И это было правильное решение.

Если мы сделаем так, что двухдетных и трехдетных семей станет больше, чем сейчас, это даст шанс удержать рождаемость от снижения, сохранить достигнутый уровень (суммарный коэффициент рождаемости в 2009-2010 гг. превысил 1,5 рождения на 1 женщину). А в перспективе, при более активной и эффективной политике, следует стремиться к уровню стран Северной и Западной Европы (1,7-1,9 рождения на 1 женщину).

В Послании-2006 были названы причины, мешающие принимать свободное решение о рождении второго и третьего ребенка. Были упомянуты и экономические – *низкие доходы и отсутствие нормальных жилищных условий*, и психологические факторы – *сомнения в собственных возможностях обеспечить будущему ребенку достойный уровень медицинских услуг, качественное образование, а иногда и сомнения в том, смогут ли детей прокормить*.⁹

В Послании-2006 были также предложены конкретные меры поддержки молодых семей и женщин, призванные обеспечить стимулирование рождения хотя бы второго ребенка:

- *увеличение размеров пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет,*
- *введение компенсации затрат на детское дошкольное воспитание,*
- *увеличение стоимости родовых сертификатов,*
- *материнский капитал.*

Все законы, необходимые для правового обеспечения новых мер политики, были приняты уже к концу 2006 года.

Реализованные в 2007-2009 гг. дополнительные меры поддержки женщин-матерей и семей с детьми, а также меры в рамках Национального проекта «Здоровье» были призваны остановить нарастание демографического кризиса, сформировать предпосылки для перехода к более активной демографической политике, создать семьям лучшие условия для рождения и воспитания детей, сохранения и укрепления их здоровья.

В 2007 г. были существенно увеличены пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет (с 700 руб. до 1500-6000 руб.), впервые введены пособия по уходу за ребенком для

⁹ Ежегодное Послание Президента РФ Федеральному Собранию. 10 мая 2006 г. - <http://www.kremlin.ru/text/appears/2006/05/105546.shtml>.

неработающих женщин (1500 руб. при рождении первого ребенка, 3000 руб. при рождении второго и следующих). Пособие работающим женщинам впервые стало привязанным к зарплате – 40% зарплаты на момент ухода в отпуск по беременности и родам, но не ниже, чем неработающим матерям. Была установлена и максимальная величина пособия – не более 6 000 руб.

Несколько увеличился размер «родового сертификата», впервые введенного в 2006 году – с 7 до 10 тыс. рублей; при этом, помимо стимулирования женских консультаций (3 тыс.) и роддомов (6 тыс.), введено стимулирование послеродового наблюдения за здоровьем ребенка в детской поликлинике (1 тыс. рублей).¹⁰

Часть дополнительных денежных средств шла на поощрение (оплату труда) медицинского персонала (35-55% средств, в зависимости от объема и качества оказания медицинских услуг), часть – на покупку нового оборудования, часть средств – на обеспечение беременных медикаментами, а также витаминами и микроэлементами.

С 2007 г. стали регистрироваться претенденты на получение (точнее, на использование!) с 2010 г. новой меры государственной поддержки – 250-тысячного материнского (семейного) капитала.

В 2007 г. были введены небольшие компенсационные выплаты родителям на детей, посещающих дошкольные учреждения, дифференцированные по очередности рождения ребенка (20% от платы на первого ребенка, 50% – на второго и 70% на третьего и следующих). Расходы, связанные с предоставлением компенсации, финансируют субъекты Российской Федерации, при этом обеспечивается софинансирование путем предоставления субсидий субъектам из бюджета РФ. Введение компенсаций при наличии огромного дефицита мест ставит в неравные условия семьи, в которых дети (таких около 5 млн.) посещают дошкольные учреждения, и семьи, которые стоят в очереди на место в детсаду (более 1.5 млн. детей на конец 2008 г.) и могут не дождаться своей очереди, потому что дети вырастут и пойдут в школу. Первым повезло – в этих семьях родители могут работать и приносить в семью доход, и им же достанется компенсация (пусть небольшая). Вторые либо лишены материнского дохода, либо должны оплачивать услуги няни (это дополнительные и немалые расходы), и, конечно, право на компенсацию они смогут реализовать, лишь дождавшись места в дошкольном учреждении.

С 1 января **2008 г.** был увеличен максимальный размер пособия по беременности и родам. В 2007 г. в Конституционном суде была оспорена конституционность такого

¹⁰ *Елизаров В.В.* Демографическая политика в области поддержки семей с детьми: новые меры и предложения по их развитию // Демографическая и семейная политика. – М.: МАКС Пресс, 2008, с.4.

ограничения. Однако при утверждении бюджета ФСС на 2008 г. все-таки был сохранен максимум, но увеличенный с 16 125 рублей до 23 400 рублей. Это примерно 1/12 от 280 тыс. рублей – величины фонда оплаты труда, облагаемого в 2008 г. максимальной ставкой единого социального налога. В 2007 г. лишь 7% матерей, получающих пособие по уходу за ребенком, имели на момент ухода в отпуск по беременности и родам зарплату 15 тыс. рублей и выше. В 2008 г. матерей с такой зарплатой стало уже больше 11%.¹¹

Чтобы не допустить снижения в результате инфляции¹² реальной покупательной способности социальных пособий и выплат, с 2008 года введен механизм их индексации. Был принят закон, устанавливающий порядок индексации. Ранее эти пособия индексировались от случая к случаю, без учета инфляции. Был проиндексирован и материнский капитал. Первоначально было принято решение увеличить с 1 января 2008 г. все основные пособия и материнский капитал на 8,5 % (т.е. на плановую инфляцию, а не на фактическую). Таким образом, размер капитала был увеличен с 250 до 271,25 тыс. руб.

В июне 2008 г. было принято решение о доиндексации пособий. Так с 1 июля 2008 года увеличение пособий составило уже не 8,5% к размерам 2007 г., а возросло еще на 1,85%. Был доиндексирован и материнский капитал – с 8,5 до 10,5%.

В 2008 г. на 1 тыс. руб. (с 10 до 11 тыс.) вырос размер «родового сертификата». Была увеличена вдвое стоимость талона №3, предназначенного для стимулирования послеродового наблюдения за здоровьем ребенка в детской поликлинике. Обе части талона 3 (А и Б) – на первую и вторую половину первого года жизни ребенка – выросли в стоимости с 500 руб. до 1 тыс. рублей.

Начавшийся в 2008 г. кризис побудил правительство включить в антикризисные программы и меры поддержки семей. Так было разрешено использовать материнский капитал в 2009 г., не дожидаясь 2010 г., на погашение ипотечных кредитов и уже взятых ссуд на строительство или приобретение жилья. Кроме того, было разрешено уже в 2009 г. использовать 12 тыс. рублей из средств материнского (семейного) капитала на текущие нужды.

В начале **2009 г.** также было принято решение о дальнейшей *индексации* пособий. Так с 1 января 2009 г. увеличение пособий составило те же 8,5% к размерам, действовавшим на конец 2008 г. При этом инфляция за 2008 г. составила более 13% (для семей с детьми, доходы которых, как правило, ниже среднего, инфляция еще выше – не менее 15%). Однако уже с 1 апреля 2009 г. все основные пособия и материнский капитал

¹¹ Расчеты автора на основе данных Фонда социального страхования.

¹² В 2007 году она достигла 11,9%, что гораздо выше планового показателя в 8,5%.

были увеличены на 13 % (но не путем доиндексации, а перерасчетом с 1 апреля 2009 г. с доплатой за январь-март).

С 1 января 2009 г. был вновь увеличен максимальный размер пособия по беременности и родам – с 23 400 руб. до 25 390 руб. в месяц (т.е. на 8,5%).

Систему пособий дополняют налоговые вычеты – стандартные и социальные. На каждого ребенка, находящегося на обеспечении у налогоплательщиков, являющихся родителями, предоставляется *стандартный налоговый вычет* (в отношении доходов, облагаемых по налоговой ставке 13%). В 2002-2004 гг. размер вычета составлял 300 руб. за каждый месяц налогового периода, с 1 января 2005 г. увеличен вдвое – до 600 руб.

В 2006-2008 гг. размер и условия вычета не менялись, и лишь с 1 января 2009 г. размер вычета был увеличен до 1000 руб. При этом вырос не только он, но и предельная сумма, с достижением которой право на вычет пропадает – сразу с 40 до 280 тыс. рублей. Это означает, что работники с зарплатой, близкой к средней, и даже немного выше (до 23,3 тысяч рублей), могли воспользоваться льготой в 2009 г. полностью в течение 12 месяцев, а не 4-5 месяцев, как ранее.

В **2010 г.** был изменен порядок определения максимального размера пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет. Средний заработок, из которого исчисляется ежемесячное пособие по уходу за ребенком, не может превышать сумму, рассчитанную путем деления на 12 предельной величины базы для начисления страховых взносов в ФСС (Фонд социального страхования РФ) на день наступления страхового случая. Поэтому в 2010 году максимально допустимая величина пособия по уходу за ребенком существенно выросла и составила 13 833 руб. ($415\,000 \text{ руб.} / 12 * 40\%$), в то время как в 2009 году максимальный размер составлял 7 492,4 рублей за полный календарный месяц. При этом районный коэффициент применяется теперь только к минимальным размерам пособий по уходу за ребенком. Что касается максимума в 13 833 рубля, то он является одинаковым для всей территории Российской Федерации и не подлежит увеличению на размер районного коэффициента.

С 1 января 2010 г. был существенно увеличен максимальный размер пособия по беременности и родам – с 25 390 рублей до 34 583 рублей в месяц (сразу на 36,2%) – в связи с тем, что этот максимум был определен как 1/12 не от 280 тыс., а от 415 тыс. рублей.

Размер индексации всех пособий на 2010 г. был определен в 10%.¹³ В таком же размере был проиндексирован и материнский (семейный) капитал, в результате чего он вырос с 312 162 рублей до 343 378 рублей.

В качестве продолжения антикризисных мер 2009 г., тем семьям, где дети родились с 1 октября по 31 декабря 2009 г., было разрешено использовать часть материнского капитала (12 тыс. руб.) вплоть до 31 марта 2010 г. Позднее было принято решение о продлении права на эту выплату и на весь 2010 г.

Что касается ежемесячных пособий на детей, то они с 2005 г. устанавливаются непосредственно в субъектах Российской Федерации, их размеры и условия назначения регулируются местным законодательством. Пособия назначаются только на детей в семьях с доходом ниже прожиточного минимума в регионе. Размеры пособий невелики. Так, в 2009-2010 гг. в большинстве регионов пособие составляло 100-300 руб. (минимум – 70 руб., максимум – 1000 руб.), и лишь в 7 регионах – 300 и более рублей.¹⁴ При этом средний размер прожиточного минимума детей составлял во II квартале 2010 г. 5 423 руб., т.е. в большинстве регионов пособие покрывало лишь 2-7 % от прожиточного минимума детей. На конец 2008 г. это пособие родители получали на 10,8 млн. детей, на середину 2010 г. – на 10,2 млн. детей, или на 40% от общего числа детей.¹⁵

Динамика размеров основных пособий и иных мер демографической политики представлена ниже (табл. 3).

Несмотря на существенный рост пособий в три последних года, их размер остается относительно небольшим. Так, если бы пособия соответствовали нормам 1996 г., то они в 2010 г. (при минимальном размере оплаты труда **4 330** рублей) составляли бы:

- *единовременное пособие при рождении ребенка* – 1500% МРОТ = **64 950** руб. (фактически в 2010 г.: **10 989,85** руб.);
- *пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет* – 200%МРОТ = **8 660** руб. (фактически в 2010 г.: минимум – **2 060,41** руб. (на первого ребенка), **4 120,82** руб. (на второго и следующих); максимум – **13 833,33** руб.);
- *ежемесячное пособие на детей* – 70% МРОТ = 4 330*0,7=**3 031** руб. (фактически в 2009-2010 г. в большинстве регионов **100-300** рублей);¹⁶
- *пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности (до 12 недель)* – 50% МРОТ = 4 330*0,5=**2 165** руб. (фактически в 2010 г. **412,08** рублей).

¹³ Федеральный закон № 308-ФЗ «О федеральном бюджете на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов» от 2 декабря 2009 года.

¹⁴ См.: Дети в России. 2009. Стат.сб.. М., 2009. С.82-83; <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/insurance/3>.

¹⁵ Дети в России. 2009. Стат.сб.. М., 2009. С.81; <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/insurance/3>.

¹⁶ Наибольший размер базового (минимального) пособия в 2010 г. в регионах России составил: 1000 руб. в Московской обл.; 750 руб. в Москве, 608 руб. в Ханты-Мансийском автономном округе. Наименьший – 84 руб. в Кабардино-Балкарской Республике. - <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/insurance/3>.

Таблица 3

Размеры пособий семьям с детьми и иных мер демографической политики

Вид пособия или выплаты	Размер пособия в 2007 г.	Размер пособия в 2008 г.	Размер пособия в 2009 г.	Размер пособия в 2010 г.
Пособие по беременности и родам	не более, чем из расчета 16 125 руб.	не более, чем из расчета 23 450 руб.	не более, чем из расчета 25 390 руб.	не более, чем из расчета 34 583 руб.
Единовременное пособие при рождении ребенка	8 000 руб.	с 1.01.2008 г. 8 680 руб. , с 1.07.2008 г. 8 840,58 руб.	с 1.01.2009 г. 9 592,03 руб. , с 1.04.2008 г. 9 989,86 руб.	с 1.01.2010 г. 10 988,85 руб.
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в мед. учреждениях в ранние сроки беременности (до 12 недель)	300 руб.	с 1.01.2008 г. 325,5 руб. , с 1.07.2008 г. 331,52 руб.	с 1.01.2009 г. 359,70 руб. , с 1.04.2009 г. 374,62 руб.	с 1.01.2010 г. 412,08 руб.
Ежемесячное пособие матерям по уходу за ребенком до достижения возраста полутора лет (или лицам их заменяющим):				
<i>неработающим матерям, родившим первого ребенка</i>	1 500 руб.	с 1.01.2008 г. 1 627,5 руб. , с 1.07.2008 г. 1 657,61 руб.	с 1.01.2009 г. 1 798,5 руб. , с 1.04.2009 г. 1 873,1 руб.	с 1.01.2010 г. 2 060,41 руб.
<i>неработающим матерям, родившим второго или следующего ребенка</i>	3 000 руб.	с 1.01.2008 г. 3 255 руб. , с 1.07.2008 г. 3 315,22 руб.	с 1.01.2009 г. 3 597 руб. , с 1.04.2009 г. 3 746,2 руб.	с 1.01.2010 г. 4 120,82 руб.
<i>работающим матерям (40% зарплаты на момент ухода в отпуск по беременности и родам, не менее, чем пособие неработающим и не более максимума</i>	максимум 6 000 руб.	максимум с 1.01.2008 г. 6 510 руб. , с 1.07.2008 г. 6 630,44 руб.	максимум с 1.01.2009 г. 7 194 руб. , с 1.04.2009 г. 7 492,4 руб.	максимум с 1.01.2010 г. 13 833,33 руб.
Материнский (семейный) капитал	250 000 руб.	с 1.01.2008 г. 271 250 руб. с 1.07.2008 г. 276 250 руб.	с 1.01.2009 г. 299 731,25 руб. с 1.04.2009 г. 312 162,5 руб.	с 1.01.2010 г. 343 378,8 руб.
Родовой сертификат	10 тыс. руб. (3+6+0,5+0,5)	11 тыс. руб. (3+6+1+1)	11 тыс. руб. (3+6+1+1)	11 тыс. руб. (3+6+1+1)

Активизация демографической политики в 2007-2010 гг. поставила перед исследователями сложную методологическую проблему: какими имеющимися и новыми методами и индикаторами оценивать результативность принятых мер, как обеспечить корректность этих оценок, как оценить эффект собственно новых мер, отделив его от влияния меняющихся социально-экономических условий, также воздействующих на

уровень жизни семьи и демографическое поведение. По мнению официальных лиц, рост числа рождений на 19% (с 1 480 тыс. в 2006 г. до 1 762 тыс. в 2009 г.), обусловлен успехами демографической политики, прежде всего, «материнским капиталом» и «родовыми сертификатами».

На наш взгляд, пособия по уходу за детьми до 1,5 лет также могли сыграть большую роль, особенно для безработных или получающих низкую зарплату женщин. Кроме того, часть прироста обусловлена фактором благоприятной возрастной структуры в результате высокой рождаемости середины 1980-х годов. В последнее десятилетие наблюдался рост численности молодежи в возрасте 20-29 лет. Потенциальное количество женихов и невест росло, это создавало благоприятный фон для создания новых семей и браков, а также для увеличения рождения первых, а в перспективе и вторых детей.

И еще один важный, по нашему мнению, фактор, объясняющий рост числа рождений, прежде всего вторых и третьих: в последние годы молодыми родителями становятся представители поколения 80-х годов, в котором более половины детей выросли в двухдетных, а часть – и в многодетных семьях. Этому поколению, видимо, проще откликнуться на меры стимулирования рождаемости (гипотеза, которую еще предстоит проверить).

Несмотря на кажущуюся масштабность принятых в 2007-2010 гг. мер, по нашему мнению, их явно недостаточно для того, чтобы молодые семьи могли принимать более свободные и ответственные решения о рождении детей. Анализ показывает, что даже удвоение расходов на поддержку семьи в 2007 г. по отношению к 2006 г. и их индексация в 2008-2010 гг. оставляет этот показатель (в % к ВВП) на уровне в 1,5-2 раза меньшем, чем он был в России в 1995 г., и в 4-5 раз меньшем, чем в 1990-1991 годах. Вклад пособий в доходы семей по-прежнему незначителен.

Той помощи, которая сегодня предоставляется семьям с детьми, явно **недостаточно как для более полной реализации сложившихся установок на рождение второго и последующих детей, так и для стимулирования рождаемости, изменения системы ценностей, повышения престижа семьи с несколькими детьми.**

Семьи с несовершеннолетними детьми имеют повышенные риски бедности как результат низкой заработной платы и невысоких размеров материнских и детских пособий. Рождение ребенка для большинства молодых семей означает резкое снижение уровня жизни. Число детей стало одним из главных факторов бедности.

Чем больше в семье детей, тем ниже ее среднедушевые доходы; чем выше рождаемость, тем больше доля семей бедных, с доходами ниже прожиточного минимума. В особенно трудной ситуации находятся семьи, в которых мать получает пособие по

уходу за ребенком в возрасте до полутора лет, а также семьи с детьми дошкольного возраста с одним работником. Из-за огромного дефицита мест в дошкольных учреждениях и невозможности обеспечить качественный и недорогой уход за детьми многие матери не могут приступить к работе после окончания отпуска по уходу за ребенком до полутора лет. Накопившийся дефицит (более 1.9 млн. мест) столь велик, что преодолеть его в ближайшие годы невозможно.¹⁷

В последние годы несколько выросла рождаемость и заметно снизилась убыль населения, однако пока нет оснований полагать, что удастся быстро преодолеть кризис и стабилизировать численность населения. Это будет сложно еще и потому, что возрастная и половая структура населения сильно деформированы, что сказывается и будет сказываться далее на воспроизводстве населения.¹⁸

Через несколько лет структурные факторы, которые нам подарили небольшой подъем рождаемости, себя исчерпают, и неизбежно начнется следующая фаза падения рождаемости (снижение ежегодных чисел рождений). Развивая и совершенствуя демографическую политику на федеральном и региональном уровне, **нам нужно успеть за 3-4 года подготовиться к качественному улучшению политики за пределами 2012-2014 гг.**, не ограничиваясь только индексацией пособий. Если мы этого не сделаем, нас будет ожидать еще один спад рождаемости, более глубокий, чем в конце 1990-х.

Сохранение нынешних тенденций воспроизводства населения (относительно низкая рождаемость и высокая смертность при миграционном приросте в 200-300 тыс. человек в год) может привести к тому, что численность населения России к началу 2025 г. может сократиться до 135-139 млн. человек.

Известный американский демограф, специалист по России Мюррей Фешбах считает, что преодоление демографического кризиса в России *«потребует гигантских усилий и инвестиций со стороны государства. К чему оно совершенно не готово... В России немало толковых демографов, людей представляющих, что ожидает страну. Они должны достигать до властей и убедить их в том, что необходимо безотлагательно предпринять решительные меры во многих областях»*.¹⁹

При активной демографической политике и улучшении социально-экономического положения страны можно ожидать меньшей убыли, масштабы которой будут зависеть от объемов замещающей миграции.

¹⁷ На начало 2010 г. 1895 тыс. детей нуждались в устройстве в дошкольные образовательные учреждения. См.: Российский статистический ежегодник 2010. М., 2010, с.223.

¹⁸ Демографическая политика России: от размышлений к действию. М., 2008, с.14.

¹⁹ См.: Юрий Жигалкин. Пик рождаемости перейдет в пике? – 9.10.2009 ("Radio Free Europe / Radio Liberty", США) - <http://www.inosmi.ru/world/20091009/156242416.html>.

Концепцией демографической политики России на период до 2025 г. предусмотрено, что на третьем этапе (2016-2025 годы) «в связи со значительным уменьшением к началу третьего этапа численности женщин репродуктивного возраста потребуется принять **дополнительные** меры, стимулирующие рождение в семьях второго и третьего ребенка».

Российская власть и российское общество осознали глубину демографического кризиса, в котором находится страна. С 2006 г. демографическая проблема (по Солженицину – проблема **народосбережения**) рассматривается как **самая главная и острая проблема современной России**.

Данные демографической статистики за 2006-10 гг. говорят о росте числа родившихся и продолжительности жизни, а также о сокращении смертности и естественной убыли населения. Но принципиальная оценка ситуации не меняется: относительно благоприятная динамика может сохраняться еще несколько лет, а затем, по большинству вариантов прогнозов, сделанных в последние годы российскими и международными экспертами, убыль, скорее всего, начнет увеличиваться.

В июле 2010 г. интернет-СМИ сообщили о прогнозе известной американской исследовательской организации *Population Reference Bureau* (PRB), в котором предсказывается дальнейшее уменьшение численности населения России.

Вице-премьер А.Д.Жуков 29 июля 2010 г. на заседании Совета при Президенте по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике прокомментировал эти цифры так: «Сегодня я прочитал сообщение, что какая-то американская компания, фонд, провела исследование о том, что якобы у нас к 2025 году ожидается сокращение численности населения до 133, а в 2050-м — до 117 миллионов человек. Это абсолютно ни на чём не основанные прогнозы. По нашей стратегии и тем действиям, которые предпринимаются, в первую очередь в рамках нацпроекта, мы должны стабилизировать и начать потихоньку увеличивать наше население».²⁰

Если не полениться и заглянуть на сайт PRB, то в ежегодно обновляемой таблице основных демографических данных по всем странам мира в строке **Россия** в 2010 г. мы увидим совсем иные цифры: **прогноз численности населения на 2025 г. – 140,8 млн., а на 2050 г. – 127,6 млн. человек.**²¹ Причем, мы далеко не единственные, кого ждет сокращение населения – здесь и Германия, и Япония, и почти все восточноевропейские страны.

²⁰ Стенографический отчёт о заседании Совета по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике 29.07.2010. <http://www.kremlin.ru/transcripts/8493>.

²¹ См.: PRB's 2010 World Population Data Sheet. - http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf.

Откуда же взялись столь возмущившие вице-премьера цифры? В предыдущей, устаревшей версии прогноза (Таблица-2009) действительно обнаруживаем: на 2025 г. – 133,3 млн., а на 2050 г. – 116,9 млн. человек.²² Еще большего страха можно было бы нагнать версией 2008 года. Там прогноз на 2025 г. – 129,3 млн., а на 2050 г. – 110,1 млн. человек.²³

Мы видим, сравнивая версии 2008, 2009 и 2010 гг., что специалисты PRB корректируют прогнозы с учетом новейших тенденций роста рождаемости, снижения смертности и убыли населения России. Так что к ним можно и должно относиться с большим уважением. Журналистам простительно, но правительственные аналитики могли бы для доклада вице-премьера представить более свежую, качественную и достоверную информацию.

Аналогичные прогнозы представляли и наши коллеги из немногочисленного и, увы, убывающего отряда экспертов-демографов. Цифры в прогнозах на 2020, 2025 и 2030 гг. разные, но выводы и оценки близки.

Последний официальный прогноз Росстата – средний, наиболее вероятный вариант – также предполагает пусть и небольшое, но сокращение численности населения (2025 г. – 140,9 млн., практически как и прогнозе PRB – !). При этом низкий вариант (прогноз-предостережение) исходит из возможности сокращения населения до 132,7 млн. в 2025 г.²⁴ Напомним, что «Концепция демографической политики РФ на период до 2025 г.», принятая в октябре 2007 г., планирует увеличение населения до 145 млн. человек.

Регулярно обновляемые прогнозы ООН также не дают поводов для большого оптимизма, хотя последние версии большинства прогнозов скорректированы в сторону некоторого сокращения убыли. **Сокращения убыли**, но, увы, не роста населения.

Так понимает ли наша власть масштабы и угрозы демографических изменений? На словах – да. Ее действия пока подтверждают это лишь в незначительной степени. Были приняты дополнительные меры для стимулирования рождаемости, одобрена вышеупомянутая концепция, но с такими целевыми показателями, которые скорее похожи на демографическую мечту.

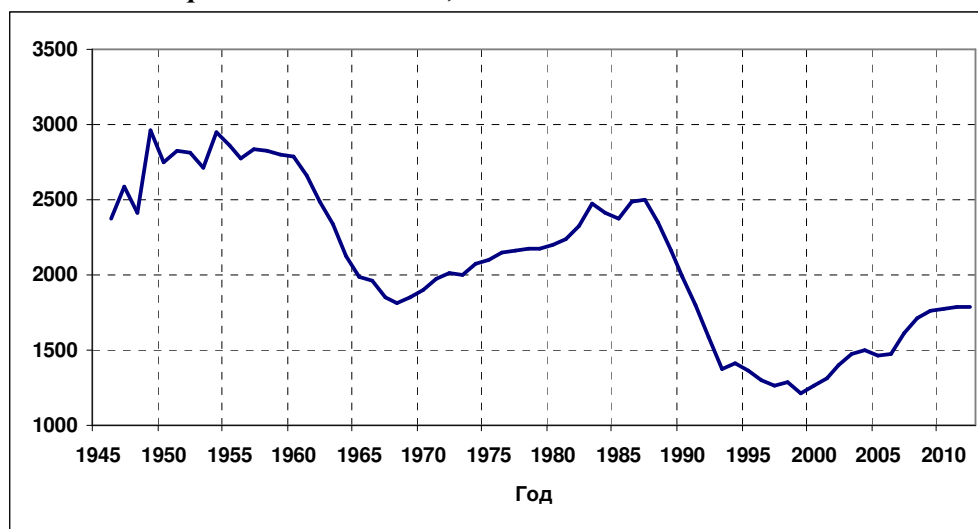
Между тем число рождений в стране меняется волнообразно (Рис.1). Могут быть годы, когда рост числа рождений происходил без каких-либо мер демографической политики, и годы спада, когда, что бы мы ни делали, снижения числа рождений не избежать.

²² См.: PRB's 2009 World Population Data Sheet. - http://www.prb.org/pdf09/09wpds_eng.pdf

²³ См.: PRB's 2008 World Population Data Sheet. - http://www.prb.org/pdf08/08wpds_eng.pdf

²⁴ См.: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/progn1.htm

Рис. 1. Число рождений в России, 1946-2010 гг.



Понимание этих закономерностей на верхних этажах власти просматривается далеко не всегда. Так, например, вице-премьер А.Д.Жуков недавно пообещал «к 2013 году, по сравнению с 2009, снижение смертности на 16,2% и увеличение рождаемости на 9,5%».²⁵ На чем основана такая уверенность — непонятно. Желания и политической воли для этого недостаточно.

Ведь что происходит на самом деле? Сейчас рождают детей женщины из многочисленных поколений, появившихся на свет в 1980-е годы. Под влиянием новых мер, стимулирующих рождаемость, увеличилось и число рождений вторых-третьих детей. Представители власти считают это безусловным доказательством победы демографической политики и результатом эффективных вложений в здравоохранение. Получается, что оптимисты-политики посрамили скептиков-демографов?! Ведь рождаемость реально выросла, а естественная убыль сократилась более чем в 3 раза.

Но давайте посмотрим, как росла рождаемость в последние годы. Число рождений в 2007 г. (первый год реализации новых мер) выросло сразу на 8,8%, в 2008 г. – на 6,4%, в 2009 г. – всего на 2,8%, а в 2010 г. (предварительные данные) – на 1,6%.²⁶ Невооруженным глазом видно, что рост рождаемости «выдыхается». Через несколько лет нас ждет неизбежное снижение числа рождений, к 2020-2025 гг. – демографическая «яма» с возможным числом рождений менее 1,2 млн., поскольку обзаводиться детьми будут малочисленные поколения, родившиеся в 1990-х и в начале 2000-х.

Какой же могла бы быть адекватная реакция государства на демографические вызовы? Прежде всего, по нашему мнению, необходима внятно сформулированная

²⁵ См.: Стенографический отчет о заседании Совета по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике 29.07.2010 - <http://www.kremlin.ru/transcripts/8493>.

²⁶ См.: http://www.gks.ru/free_doc/2010/demo/edn12-10.htm, tab1041-2.xls.

система государственных социальных гарантий, в особенности для молодых семей. Родить детей, получить более или менее нормальное пособие на полтора года еще можно, а что потом?

Сейчас государство поддерживает семьи с детьми весьма скромно. Чем больше в семье детей – тем больше бедности, и это для нашего общества, увы, очевидный факт. «Материнский капитал» своих задач не выполняет, поскольку возможностей использовать его пока мало. К рождению он подталкивает, но условия жизни практически не улучшает.

Принятые к реализации с 2006 года национальные проекты в сфере здравоохранения и строительства доступного жилья способствовали созданию условий для смягчения демографического кризиса, однако заложенные в них меры являются неадекватными остроте усугубляющихся демографических проблем.

Улучшение демографической ситуации невозможно без существенного перераспределения ресурсов в пользу социальной сферы, без серьезных программ в области демографической политики, без масштабных затрат на ее реализацию.

В ежегодном Послании Федеральному Собранию, оглашенном 30 ноября 2010 года, Президент России заявил: *«Мы взяли за демографическую проблему всерьёз и надолго, но должны понимать, что в ближайшие 15 лет будут сказываться последствия демографического спада 90-х годов, а число женщин так называемого репродуктивного возраста значительно сократится. И это серьёзная угроза, это вызов для всей нашей нации»*.²⁷ Проиллюстрируем это данными среднего варианта прогноза Росстата.

Таблица 4.

Перспективная численность женщин репродуктивного возраста в России по прогнозу Росстата (средний вариант; тысяч человек, на начало года)

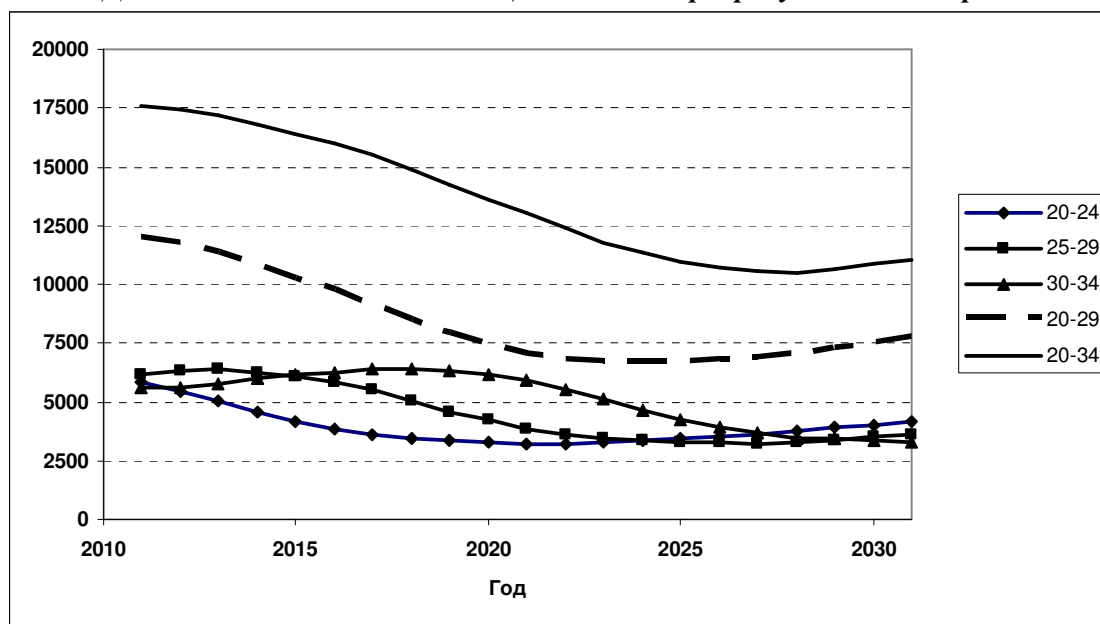
Годы	Численность женщин в возрасте (лет)					
	20-24	25-29	30-34	20-29	20-34	15-49
2009	6210,6	5923,7	5401,6	12134,2	17535,9	38112,5
2010	6044,1	6098,8	5457,7	12142,8	17600,5	37563,0
2011	5833,0	6179,2	5560,1	12012,2	17572,3	36950,0
2012	5465,4	6316,4	5628,1	11781,8	17409,9	36380,7
2013	5026,7	6362,3	5776,8	11389,0	17165,7	35823,8
2014	4555,4	6265,2	5976,0	10820,6	16796,6	35374,1

Примечание: курсивом выделены максимальные значения – «вершины» волн.

На рис.2 этот прогноз предстает более наглядно:

²⁷ См. Послание Президента Федеральному Собранию. <http://www.kremlin.ru/news/9637>

Рис.2. Динамика численности женщин основных репродуктивных возрастов



Источник: данные Росстата (<http://www.gks.ru>)

В целом численность женщин 20-29 лет с максимально высокой рождаемостью – около 90 рождений на 1000 женщин в год – будет сокращаться вплоть до 2023-24 гг. (на 5,4 млн. чел. или на 55% от численности 2010 года).

Это предопределяет неизбежное и существенное сокращение числа рождений, поскольку на эту группу возрастов в последние годы приходится около 64-65% рождений. Если сейчас на возраст 20-29 приходится более 1 млн. рождений, то к 2023 г. это число сократится примерно на полмиллиона (!) – при сохранении сегодняшних уровней повозрастной рождаемости. И возрастная группа 30-34 года (ее численность будет расти до 2018 г.) этот спад не компенсирует.

Ответом на этот вызов должна стать комплексная политика, направленная на поддержку семей с детьми, прежде всего на молодых и многодетных, на стимулирование рождаемости. Намеченные правительством меры предусматривают повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям, развитие программы родового сертификата, увеличение финансирования лечения бесплодия, в том числе с применением технологий экстракорпорального оплодотворения, модернизацию детских поликлиник и больниц и т.п.

По мнению Президента, *«главный путь преодоления демографического кризиса – это радикальное увеличение количества семей с тремя и более детьми»*.²⁸ Для этого многодетным семьям должен быть создан режим наибольшего благоприятствования. Правительству поручено совместно с регионами проработать порядок предоставления

²⁸ См. Послание Президента Федеральному Собранию. <http://www.kremlin.ru/news/9637>.

бесплатных земельных участков под строительство жилого дома или дачи при рождении третьего и последующих детей. Руководителям всех субъектов Федерации предложено подумать о региональном «материнском капитале», о других формах поддержки многодетных семей. Будет увеличен размер налогового вычета до 3 тысяч рублей в месяц на каждого ребёнка, начиная с третьего. Правительству поручено подготовить меры по увеличению налоговых вычетов для всех семей с детьми.

Был затронут и очень болезненный для молодых семей вопрос – *«о детских садах, о местах в детских садах. Куда бы я ни приезжал, где бы я ни был, практически всегда во время встреч с людьми мне задают этот вопрос. На начало 2010 года в очереди в детские сады стояло 1 млн. 684 тыс. детей. В эту очередь записываются зачастую, по сути, еще до рождения ребенка».*²⁹

По мнению Президента, *«именно из-за нехватки детских садов молодые семьи часто откладывают рождение детей или ограничиваются одним ребёнком».* Во всех регионах поручено *«реализовать программы реконструкции старых и строительства новых детских садов, ... развивать систему негосударственных детских учреждений и семейных детских садов, ... для детей, которые не посещают детские сады, необходимо создать дошкольные группы в общеобразовательных школах».*

Уместно вспомнить, что еще 4 года назад Дмитрий Медведев высказывался о необходимости повышения доступности дошкольного образования: *«В 90-е годы, к сожалению, в ряде регионов мы, по сути, промотали этот фонд. Он во многих местах оказался либо разрушен, либо продан на сторону, и, конечно, сейчас совместная общая задача наша в том, чтобы восстановить мощности детских дошкольных учреждений».*³⁰ Тем не менее, в последние 4 года число дошкольных учреждений продолжало сокращаться при увеличении численности детей и нагрузки на работающие детсады (Табл.5).

Объявленная в Послании-2010 программа мер, по сути, является логическим продолжением курса на *«стимулирование рождения хотя бы второго ребенка»* (Президентское послание–2006). Однако пока рано говорить, что цель достигнута, что «двухдетность» окончательно победила «однодетность».

²⁹ Росстатом опубликованы иные данные, отличные от приведенных в Послании-2010: «На начало 2010 г. 1 895 тыс. детей нуждались в устройстве в дошкольные образовательные учреждения. См.: Российский ежегодник 2010. М., 2010, с.223.

³⁰ Выступление Д.А.Медведева на заседании президиума Совета при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике 4 августа 2006 г. - http://www.rost.ru/themes/2006/08/072335_4671.shtml.

Таблица 5.

Дошкольные образовательные учреждения

Годы	Число дошкольных образовательных учреждений – всего, тыс.	Численность детей в дошкольных образовательных учреждениях – всего, тыс. человек
1990	87,9	9 009,5
1995	68,6	5 583,6
2000	51,3	4 263,0
2001	50,0	4 246,3
2002	48,9	4 267,3
2003	47,8	4 321,3
2004	47,2	4 422,6
2005	46,5	4 530,4
2006	46,2	4 713,2
2007	45,7	4 906,3
2008	45,6	5 105,4
2009	45,3	5 228,2

Источник: Российский статистический ежегодник 2010. М., 2010, с.223

Ожидать увеличения доли третьих рождений – перспектива малореальная, если доля вторых рождений вновь начнет снижаться. **Пока приоритетом должно оставаться наращивание поддержки в рождении второго, а не третьего ребенка.** Не построив «второй этаж», мы уже спешим строить «третий». Конечно, без третьих рождений к уровню простого воспроизводства не приблизиться ни за что, но и ставка на многодетность в нашей стране с преобладанием «малодетного» мышления у большинства населения в большинстве регионов (за исключением некоторых республик Северного Кавказа) – это пока утопия. И раздачей земли ее не решить (как не решил эту проблему 2 тыс. лет назад и Юлий Цезарь, раздавая свободные земли трехдетным семьям).

В России заканчивается первый этап реализации «Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г.» (2007-2010 гг.). Завершается разработка плана мер на второй этап (2011-2015 гг.).

Надеяться на то, что за небольшие вложения может быть получен заметный результат – заблуждение, от которого надо раз и навсегда отказаться. Исправление столь запущенной демографической ситуации – дело очень затратное и небыстрое. При этом никто не гарантирует, что все средства будут использованы максимально эффективно. Условно говоря, вложили столько-то миллионов рублей – получили сколько-то тысяч дополнительных рождений. Такого не будет, к сожалению.

Только дальнейшее развитие гарантированных государством экономических мер поддержки семей с детьми в сочетании с пропагандистскими мерами, направленными на

упрочение семейных ценностей, позволит создать среду, в которой решения о рождении детей (и не только первых, но и вторых, и третьих) будут приниматься более свободно и более ответственно.

По нашему мнению, необходимы и возможны следующие дополнительные меры:

1) Разработать и принять Федеральный закон «О государственных гарантиях поддержки семей с детьми», устанавливающий понятную, доступную и реально обеспеченную систему гарантий государственной поддержки при рождении и воспитании детей. Система гарантий должна включать в себя: пособия; оплачиваемые отпуска; налоговые льготы; жилищные льготы (субсидии, кредиты); пенсионные льготы; бесплатные и качественные услуги в сфере охраны здоровья матери и ребенка; обеспечение доступности детских дошкольных учреждений; льготы в оплате услуг образования и здравоохранения семьям с детьми и др.

Такая система гарантий сделает жизнь более предсказуемой, позволит значительной части молодых семей принимать более свободные и ответственные решения о рождении детей.

При этом за федеральным уровнем целесообразно оставить финансирование только таких пособий и мер поддержки семьи, которые образуют систему собственно **минимальных социальных гарантий**.

*«Задача федеральных властей в решении вопросов демографической политики – установить общие правила и нормы, предоставить гарантии, обеспечить принятые меры необходимыми финансовыми ресурсами».*³¹ Предлагаемые меры могут быть дополнены и расширены **на региональном уровне** за счет средств регионов,³² за счет привлечения к поддержке семьи **социально ответственного бизнеса**.

2) Предусмотреть поэтапное увеличение затрат на поддержку семей с детьми в Законе «О государственных гарантиях поддержки семей с детьми», а также в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. (и на последующие периоды); учесть это при подготовке бюджетов.

Предусмотреть увеличение расходов на семейные и материнские пособия (до **1% от ВВП к 2012 г., до 1,5% к 2015 г., до 2,0% к 2020 г. и до 2,5% к 2025 г.**).

3) Восстановить демографическую статистику в объеме, существовавшем до 1998 г., для чего **внести необходимые изменения в Закон «Об актах гражданского состояния»**.

³¹ Из выступления Президента В.В.Путина на заседании Совета законодателей в Кремле 21 декабря 2006 г.

³² Подобный закон разработан и принят в Москве (включает московские меры и льготы в дополнение к федеральным – Закон г. Москвы «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве», № 60 от 23 ноября 2005 года).

В поручениях Президента России по итогам заседания Совета по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике, состоявшегося 7 марта 2007 г. предписывалось *«разработать меры по развитию государственной статистики в демографической сфере и обеспечить их реализацию»*³³.

После принятия в 1997 г. Закона *«Об актах гражданского состояния»* существенно сократился объем собираемых ЗАГСами сведений при регистрации рождений, браков, разводов и смертей.

Для разработки демографической политики и мониторинга ее результативности необходимы надежные и подробные данные, в частности, о числе рожденных детей по порядку рождения; о числе детей, остающихся после развода с одним из родителей; о социальных характеристиках новобрачных и родителей и т.п.

Хорошо, что это понимают и лица, ответственные за демографическую политику: *«масштабная демографическая программа должна опираться на совершенную систему статистического учета, которая дает более полные данные о состоянии демографических процессов и дает обоснованные прогнозы, а также сопровождается серьезным информационным обеспечением»*.³⁴

4) Расширить направления использования материнского (семейного) капитала. Подготовить проект федерального закона *«О внесении изменений в Закон «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» от 29 декабря 2006 г. № 256-ФЗ»*.

На наш взгляд, было бы правильно разрешить использовать «материнский капитал» или его часть **на лечение детей (операции, реабилитацию)**, если в том будет безотлагательная нужда, подтверждаемая авторитетным медицинским заключением. Целесообразно разрешить родителям использовать средства материнского (семейного) капитала и на оплату **договоров добровольного медицинского страхования детей**.

Предоставить семье право разместить материнский (семейный) капитал **на долгосрочном банковском депозите** в Сбербанке РФ или в каком-либо из нескольких наиболее авторитетных банков. Разрешить **использовать проценты на текущие нужды**, как это частично было сделано в 2009-2010 годах. Сегодняшний капитал в 365 тыс. рублей при 5-6% годовых (более чем реальная ставка в консервативных банках с хорошей и устойчивой репутацией и минимальными рисками) **давал бы 18-22 тыс. рублей прироста**

³³ <http://kremlin.ru/text/docs/2007/04/122205.shtml>

³⁴ Из выступления Д.А.Медведева на совещании Совета Безопасности 20 июня 2006 года, посвященном мерам по реализации Послания Федеральному Собранию. - См.: http://www.kremlin.ru/appears/2006/06/20/1708_type63378type63381_107461.shtml

в год (т.е. 1,5-1,8 тыс. рублей ежемесячно). Это во много раз больше, чем сегодняшнее ежемесячное пособие, которое назначают и выплачивают в регионах.

При этом **ограничение по доходам** (сейчас ежемесячное пособие назначается только на детей в бедных семьях, с доходом на члена семьи ниже прожиточного минимума), конечно же, **снималось бы само собой**, поскольку право на материнский (семейный) капитал не зависит от доходов.

Целесообразно было бы **разрешить использовать средства** материнского (семейного) капитала **на образование матерям (отцам)**, которые не успели получить хорошее образование до рождения второго (последующего) ребенка. К тому моменту, как подрастут дети, родители с более высоким образованием будут иметь больше возможности поддержать их.

5) Необходимо привести планы **увеличения минимального размера оплаты труда (МРОТ)** в соответствии со статьей 2 Трудового кодекса РФ, предусматривающей, что зарплата должна обеспечивать достойный уровень существования работника **и его семьи**. Довести МРОТ до величины, равной **сумме прожиточного минимума 1 взрослого и 1 ребенка**. На начало 2011 г. это должно было бы составлять около **12 тыс. руб., а не 4330 руб.**

В начале 80-х, когда вводился комплекс мер по усилению государственной поддержки семей с детьми (1981-1983 гг., поэтапно), МРОТ равнялся 70 руб., или примерно двум прожиточным минимумам.

6) **Увеличить налоговые льготы семьям с детьми**. Для уменьшения явных экономических преимуществ бездетности и малодетности необходимо дополнить систему пособий системой увеличенных налоговых вычетов на детей – стандартных (*уменьшение налога увеличит семейные ресурсы*) и социальных (*на образование и лечение*). Предлагается в 2011-2015 гг. поэтапно увеличить стандартный налоговый вычет до размеров прожиточного минимума детей (для всех, а не только для третьих и последующих) с 1000 рублей в месяц в настоящее время до величины прожиточного минимума детей (5500 руб. в месяц в III кв. 2010 г.).

7) Подготовить и организовать **пилотный проект – конкурс между субъектами Федерации на разработку региональной программы конкретных мер по стимулированию рождаемости и поддержке семей с детьми**. Центр тяжести в разработке и реализации эффективной демографической политики явно переносится в регионы. Тем, кто представит за 2011-2012 г. наиболее аргументированные проекты, наиболее интересные модели поддержки семей с детьми и снижения детской заболеваемости и смертности, от которых можно ждать реального результата, выделять с

2013 г. гранты из бюджета или из фонда будущих поколений. Эти гранты могут быть представлены на 2-3 года (от 1 до 10 млрд. руб., или даже и больше – в зависимости от численности населения региона), но на условиях *софинансирования*: пусть регион найдет свои средства и привлечет средства социально ответственного бизнеса.

Отдельная проблема (и, полагаем, решаемая) – **организация мониторинга реализации пилотных программ** и оценка результативности. Наиболее результативные меры, инновационные решения, апробированные в пилотных регионах, можно будет распространять и на другие регионы со схожими экономико-демографическими условиями. В рамках пилотных проектов можно было бы апробировать собственные оригинальные идеи (они, несомненно, есть), учитывающие местную специфику, социально-культурные особенности отдельных территорий, различия в демографических процессах и определяемые ими приоритеты в направлениях улучшения демографической ситуации. В региональные программы нужно обязательно включать меры, работающие на повышение престижа семьи с детьми, родительства – это очень важно, особенно с учетом этно-культурных факторов. Это может быть, например, финансирование социальной рекламы по ТВ, в центре которой семья с детьми, льготы коммерческой рекламе, использующей образ семьи с детьми (2-3 ребенка).

Дополнительные предложения по конкретным мерам поддержки семей с детьми (для обсуждения)

Меры целесообразно вводить в 2012-2013 гг. (*размеры определены для 2011 г., поэтому необходима последующая ежегодная индексация*):

Единовременное пособие при рождении ребенка

Ввести дифференцированные размеры пособий:

- при рождении первого ребенка: в размере 50% от «потребительской корзины новорожденного» (оценка на 2010 г. – около. 30 тыс. рублей) или 15 тыс. рублей;
- при рождении второго ребенка: в размере 60% от «потребительской корзины новорожденного» или 18 тыс. рублей;
- при рождении третьего (и последующего) ребенка: в размере 70% от «потребительской корзины новорожденного» или 21 тыс. рублей

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности (до 12 недель)

Маленький размер пособия (2009 г. – 375 рублей, 2010 г. – 412 рублей) не стимулирует своевременное обращение в женскую консультацию. В 2009 г. пособие получили около 50% матерей.

Ввести дифференцированные размеры пособий:

- увеличить пособие до 1000 рублей на первого ребенка, 1200 рублей на второго ребенка, 1500 рублей на третьего ребенка и последующих;

- выплачивать пособие после оформления «родового сертификата».

Ежемесячное пособие по уходу за детьми до полутора лет

Пособие дифференцировано только для неработающих женщин, а для работающих составляет 40% от зарплаты независимо от очередности рождения.

- установить для неработающих женщин минимальный размер пособия в размере прожиточного минимума трудоспособного;
- установить для работающих женщин пособие в размере 40% зарплаты на момент ухода в отпуск по беременности и родам при рождении первого ребенка, 50% зарплаты при рождении второго ребенка, 60% зарплаты при рождении третьего и последующего ребенка; при этом минимальный размер пособия не может быть меньше прожиточного минимума трудоспособного (6 159 руб. в III кв. 2010 г.), а максимальный размер устанавливается в соответствующих долях (40-50-60 %) от максимального размера пособия по беременности и родам.

Ежемесячное пособие на ребенка

- вернуться к прежнему порядку финансирования – из госбюджета через Фонд компенсаций;
- установить минимальный размер пособия в 550 руб. на 1 ребенка (что составляет около 10% прожиточного минимума детей на конец 2010 г.) с последующей индексацией;
- рекомендовать регионам за счет своих средств устанавливать повышенное пособие на второго и третьего ребенка.

Вести новое ежемесячное пособие на детей дошкольного возраста, не посещающих детские дошкольные образовательные учреждения

Подобное пособие существовало в Москве в конце 80-х – начале 90-х годов и составляло 70 рублей (что равнялось МРОТ).

Ввести дифференцированные размеры пособий:

- ежемесячное пособие на детей дошкольного возраста, не посещающих детские дошкольные образовательные учреждения, в размере: 2000 рублей на первого ребенка, 3000 рублей на второго и последующих;
- рекомендовать регионам за счет своих средств устанавливать повышенное пособие на третьего и следующего ребенка.

Вести новое ежегодное пособие на детей школьного возраста, посещающих образовательные учреждения

Пособие необходимо для частичной компенсации больших единовременных затрат, связанных с подготовкой к новому учебному году (одежда, обувь, школьно-письменные принадлежности и т.п.).

Ввести дифференцированные размеры пособий:

- ежегодное пособие на детей школьного возраста, посещающих образовательные учреждения, в размере: 2000 рублей на первого ребенка, 3000 рублей на второго и последующих;
- рекомендовать регионам за счет своих средств устанавливать повышенное пособие на третьего и следующего ребенка.

Библиография

- Выступление Д.А.Медведева на совещании Совета Безопасности 20 июня 2006 года, посвященном мерам по реализации Послания Федеральному Собранию.
(http://www.kremlin.ru/appears/2006/06/20/1708_type63378type63381_107461.shtml).
- Государственные пособия гражданам, имеющим детей: Нормативные правовые акты / Редкол.: О.И.Волжина и др.; Министерство труда и социального развития Рос. Федерации и др. – М.: Просвещение, 2003. – 96 с.
- Демографическая политика России: от размышлений к действию.* М.: Представительство ООН в России, 2008. 76 с.
- Дети в России. 2009:* Стат.сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. 121 с.
- Ежегодное Послание Президента РФ Федеральному Собранию. 10 мая 2006 г.
(<http://www.kremlin.ru/text/appears/2006/05/105546.shtml>).
- Ежегодное Послание Президента Федеральному Собранию 30 ноября 2010 г.
(<http://www.kremlin.ru/news/9637>).
- Елизаров В.В.* Демографическая политика в области поддержки семей с детьми: новые меры и предложения по их развитию // *Демографическая и семейная политика.* – М.: МАКС Пресс, 2008, с.4-33.
- Елизаров В.В.* Семейная политика и экономическая поддержка семьи в современной России // *Уровень жизни населения регионов России.* 2002, №6, с.4-16.
- Жигалкин Ю. Пик рождаемости перейдет в пике? / Выступление на Radio Free Europe / Radio Liberty, США, 9.10.2009 (<http://www.inosmi.ru/world/20091009/156242416.html>).
- О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве.* Закон г. Москвы № 60 от 23 ноября 2005 года.
- Основные направления государственной семейной политики // *Семья в России.* 1996, №3-4. сс.5-16.
- Российский статистический ежегодник. 2009:* Стат.сб. / Росстат. М., 2009. 795 с.
- Сведения о назначении и выплате ежемесячного пособия на ребенка по регионам Российской Федерации (<http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/insurance/3>).
- Семейные пособия: международные нормы и зарубежный опыт. Учебно-методическое пособие. М.: Просвещение, 2003. 79 с.
- Стенографический отчет о заседании Совета по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике 29.07.2010 (<http://www.kremlin.ru/transcripts/8493>).
- Федеральный закон № 308-ФЗ «О федеральном бюджете на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов» от 2 декабря 2009 года.
- PRB's 2010 World Population Data Sheet (http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf).
- PRB's 2009 World Population Data Sheet (http://www.prb.org/pdf09/09wpds_eng.pdf).
- PRB's 2008 World Population Data Sheet (http://www.prb.org/pdf08/08wpds_eng.pdf).
- World Population Policies 2007.* United Nations, New York, 2008. ST/ESA/SER.A/272
(http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2007/Publication_highlights.pdf).
- <http://www.gks.ru/> (сайт Росстата – Федеральной службы государственной статистики).

Бесплодие и репродуктивные технологии в России: особенности развития и потенциальные возможности влияния на население

1. Бесплодие в России

К сожалению, в России не проводится репрезентативных исследований репродуктивного здоровья на национальном уровне, подобных периодически происходящим в США обследованиям, включающим вопросы о том, посещал ли респондент врача в связи с вопросами бесплодия в течение последнего года перед опросом, а также когда-либо в своей жизни. Это, однако, не мешает различного уровня медицинским работникам и чиновникам оперировать оценочными цифрами, обычно варьирующими вокруг показателя в 15-20% от всего населения репродуктивного возраста. Как бы то ни было, для таких оценок не существует какого-либо научного основания.¹

Российские демографы, анализируя данные переписей населения и некоторых репрезентативных социологических исследований (GGS, Generations and Gender Survey, в России – «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе»), оценивают долю женщин, не имевших ни одного рождения в течение всех их репродуктивных лет, всего лишь в 6-7%. Причем, следует учитывать, что среди этих бездетных женщин есть и те, кто просто не хотел детей (как бы мало их ни было в прошлые годы в России), а также те, у кого просто не сложилась личная жизнь – или в ином смысле «благоприятная ситуация» для рождения ребенка.

С другой стороны:

1. Эти проценты получены для поколений женщин, завершивших свою репродуктивную активность к 2002 году, в то время как ситуация в более молодых поколениях может отличаться;
2. Женщины могут указывать в переписных листах не рожденных, а усыновленных ими детей, это никто не проверяет. Усыновление в России не очень распространено, тем не менее, какие-то искажения могут быть связаны и с этим;
3. Эти цифры не позволяют учесть вторичное бесплодие, распространенность которого, вполне возможно, превышает первичное, поскольку причинами бесплодия часто являются осложнения, произошедшие при первых или

¹ Например, Валентина Широкова, директор Департамента развития медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения и социального развития России, заявила на X Всероссийском научном форуме «Мать и Дитя» 29 сентября 2009 года: «Процент бесплодных браков в России выше 15%, что, по мнению ВОЗ, представляет собой критический уровень» (<http://www.minzdravsoc.ru/health/child/45>).

последующих родах женщины. И, конечно, традиционно совершенно не учитывается мужское бесплодие.

В исследовании «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» также содержатся данные, которые можно интерпретировать как характеристики распространенности бесплодия в России.² Среди вопросов этого исследования был и такой: «Как Вы думаете, физически способны ли Вы были бы сейчас иметь детей, если бы захотели?». В 2007 году на этот вопрос ответили 3 361 женщина и 2 171 мужчина в возрасте 18-49 лет. Ответы распределились таким образом; 16,5% женщин (интересно, что цифра очень близка к «оценкам», высказываемым представителями Минздравсоцразвития) сомневаются в своей способности к этому; 8,3% уверены, что не могли бы. Для мужчин цифры гораздо ниже: 1% мужчин заявили, что точно не могли бы иметь детей, и еще 1.4% сомневаются в своей способности к этому. Гипотетически это связано с тем, что мужское бесплодие в России еще более стигматизирует его «носителя», чем женское, поскольку в обществе ассоциируется не только и не столько с «аморальным» сексуальным поведением, а, скорее, с сексуальными расстройствами (см. ниже). При этом способность партнера иметь детей (и мужчинами, и женщинами в целом) оценивается еще более оптимистично, чем собственная – здесь высокая самооценка мужчин дополняется и их высокой оценкой репродуктивных способностей «своих женщин» (См. Табл.1):

Таблица 1.

**Распределение ответов на вопрос: Как Вы считаете, физически способен ли Ваш партнер в настоящее время иметь детей?
(GGS, 1-я волна, общий массив данных для России)**

Точно нет	4.9%
Возможно, нет	4.2%
Возможно, да	43.3%
Точно да	47.7%

Однако заметен большой процент тех, кто не может говорить об этом с уверенностью, возможно, в связи с распространенностью использования контрацепции. В результате, только 47.7% твердо убеждены, что их партнеры в настоящее время фертильны.

При этом важно отметить, что вопрос был сформулирован достаточно расплывчато, и многие респонденты вообще могли его понять как не относящийся к

² Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе, Независимый институт социальной политики, Малева Т.М., Синаевская О.В., Москва, НИСП, выпуск 1, 2007.

бесплодию, а, например, к общему состоянию здоровья, или даже к физической способности потом воспитывать детей, которые в результате родятся.

И, наконец, ответы на вопрос основывались на самооценке, в то время как многие респонденты могут ничего не знать о своей фертильности в настоящий момент, поскольку именно сейчас они не стремятся к зачатию, применяют контрацепцию, или вообще не имеют сексуального партнера.

Если посмотреть на распределение по возрасту, то получается, что женщины в возрасте 20-24 лет наиболее высоко оценивают собственную фертильность (из них только 0.9% считают, что они точно, или возможно, бесплодны), затем «уверенность» постепенно понижается с возрастом, достигая максимума в группах 40-44-летних и 45-49-летних (20.1 и 41.4% соответственно) – но это согласуется и со взглядами российских медиков, убежденных, что в этом возрасте фертильность большинства женщин, действительно, падает.

Итак, согласно данному исследованию, подавляющая часть считающих себя бесплодными женщин (82%) принадлежат к возрастной группе 40-49 лет, которая пока достаточно мало значима в формировании общей рождаемости России. При этом 91% из них уже имеют детей, а 85% – не хотят больше детей. Таким образом, получается, что хотя цифры почти совпадают с оценками, значимость проблемы не очень велика.

Обратимся к другим данным. Недавнее исследование компании ГФК-Русь также показало, что среди населения в целом бытуют различные мифы о бесплодии, приводящие к недооценке его значимости на уровне и массового сознания тоже:

1. «Пара не может быть бесплодной, если у них уже есть хотя бы один ребенок»; в действительности это может быть ребенок кого-то из двоих от первого брака, или общий, но с момента его рождения фертильность одного или обоих партнеров значительно понизилась, и новое зачатие без помощи врачей уже невозможно;³
2. 47% опрошенных также убеждены, что фертильность не уменьшается с возрастом женщины. Врачи же утверждают, что только около 30% женщин старше 40 лет способны самостоятельно зачать и выносить ребенка. Большинство российских женщин в этом возрасте не догадываются о своей «неспособности» просто потому, что в это время уже не пробуют забеременеть;
3. Только 34% опрошенных знают о существовании мужского бесплодия, остальные убеждены, что оно бывает только женским. У мужчин случаются

³ Интернет-опрос ГФК-Русь в 4 больших городах России. В исследовании участвовали женщины в возрасте 20-40 лет. (<http://medportal.ru/mednovosti/news/2009/06/19/ivf>).

только сексопатологические нарушения, и некоторые из них действительно могут препятствовать наступлению беременности.

Среди широких масс населения многие убеждены в том, что ЭКО⁴-дети значительно отличаются от «обычных» в худшую сторону, страдают различными физическими и ментальными нарушениями. Пресса и выступления авторитетных чиновников (например, г-на Александра Баранова, главного педиатра России) поддерживают такие взгляды населения, «демонизируя» вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). Александр Баранов⁵ неоднократно утверждал, что подавляющее большинство ЭКО-детей имеют серьезные дефекты развития. Кроме того, бесплодие чаще всего является следствием абортов и других аспектов «безответственного» сексуального поведения, и поэтому его лечение не должно быть заботой государства, а должно оставаться личным делом тех, кто в нем «виноват». Иначе государство, с его точки зрения, будет поощрять такого рода поведение. Однако есть свидетельства того, что аборты и заболевания, передающиеся половым путем, являются далеко не самыми распространенными причинами бесплодия.⁶

В результате, бесплодие в России в настоящее время является социально стигматизирующим состоянием, а это означает, что цифры относительно его распространенности, получаемые из репрезентативных массовых опросов населения в целом, могут не отражать реального состояния дел, поскольку значительная часть респондентов будет скрывать от интервьюеров это свое состояние.

С другой стороны, в отдельных регионах России медиками проводились эпидемиологические обследования распространенности и причин бесплодия, проводимые по методике, рекомендованной ВОЗ:

Опрашиваемым задавали следующие вопросы:

1. Были ли в Вашей жизни периоды продолжительностью один год и более, когда Вы стремились зачать и не могли, при этом:
 - Не применяли контрацепцию,
 - Регулярно жили сексуальной жизнью (не менее 4-х раз в месяц),
2. Независимо от того, были ли у Вас спонтанные беременности до или после этого периода.

⁴ Экстра-корпоральное оплодотворение: яйцеклетка извлекается из тела матери с помощью пункции и помещается в чашку Петри, где уже находится эякулят мужчины, содержащий миллионы сперматозоидов, которые «сами решают», который из них совершит оплодотворение.

⁵ <http://medportal.ru/mednovosti/news/2009/09/28/ivf/>.

⁶ См., например, статью Исупова О., «Причины бесплодия у пациентов ВРТ», Демоскоп № 409-410, 8-21 февраля 2010. (<http://demoscope.ru/weeklv/2010/0409/analit06.php>).

Результаты таких исследований обычно оставались известными только узкому кругу специалистов. Некоторые из этих исследований были выборочными, другие, обычно в сельских районах, охватывали все женское население в возрасте 18-45 лет, что несколько уже традиционных границ репродуктивного возраста, однако известно, что рождаемость в России после 45 лет и, в несколько меньшей степени, до 18 – довольно нечастое явление.

Такого рода работы позволяют учитывать первичное, вторичное, и даже временное бесплодие, поскольку, исходя из определения ВОЗ, можно говорить и о таком. Все эти формы бесплодия могут мешать достижению того размера семьи, к которому люди изначально стремились.

Эпидемиологические исследования показывают различные результаты в разных областях и регионах. В Томске в 1996 и 1999 годах были бесплодны 16,7% женщин, в то время как в городе Троицке Московской области – только 8,2% (в 1999 году), а в Иркутской области в 2006-2007 годах – 19% в городах и 21,3% в сельской местности.⁷ Такие значительные различия свидетельствуют о том, что какие-либо усредненные оценки по России в целом неоправданны, и необходимо проведение правильно организованного исследования распространенности бесплодия в России на национальном уровне, которое позволило бы, в частности, сопоставить эпидемиологическую ситуацию в разных регионах между собой.

Иркутское исследование (Кузьменко с соавторами, 2006) также предоставляет информацию об основных причинах женского бесплодия в области (ранжировано в порядке убывания частоты):

В городе:

- Расстройства менструального цикла (первичное бесплодие)
- Эндометриоз (вторичное бесплодие)
- Последствия внематочной беременности
- Воспаление матки и придатков
- Осложнения последней беременности (в том числе, окончившейся абортom)

В сельской местности:

- Расстройства менструального цикла (первичное и вторичное бесплодие)
- Воспаление матки и придатков (вторичное бесплодие)
- Последствия внематочной беременности
- Осложнения последней беременности (в том числе аборта).

⁷ Кузьменко Е.Т. Клинико-эпидемиологические аспекты женского бесплодия на примере Иркутской области, Российская Академия Медицинских наук, Сибирская Ветвь, Восточно-Сибирский Научный Центр Медицинской Экологии, неопубликованная кандидатская диссертация, Иркутск, 2008.

Интересно, что эндометриоз значительно распространен в городе и очень мало – в селе. Между тем, причины этого заболевания, при котором ткань эндометрия матки распространяется по другим органам и частям женского организма, до конца неясны. Получается, что, по крайней мере, отчасти, оно связано с городским образом жизни, возможно, с экологией. Также можно видеть, что чаще всего встречаются нарушения менструального цикла, связанные с гормональным фоном и его изменениями, а отнюдь не последствия аборт и заболеваний, передающихся половым путем.

Впрочем, гормональные расстройства также серьезнее в городах: полное отсутствие овуляции здесь отмечено в 51% случаев, в то время как в селе только в 32%, гиперпролактинемия⁸ – в городе 22.5%, в селе лишь 12.6%.

Хотя целью исследования было только женское бесплодие, оказалось, что в 35,8% случаев есть проблемы с фертильностью и у мужчин в парах.

2. Лечение бесплодия и вспомогательные репродуктивные технологии.

В настоящее время ВРТ являются наиболее распространенным в развитых странах мира методом лечения бесплодия, постепенно, несмотря на сопротивление отдельных лиц и целых социальных институтов, завоевывающим популярность и в России. Эффективность этого метода преодоления бесплодия, хотя и далека от 100%, все же намного превышает то, на что способны остальные методы, особенно при таком диагнозе, как непроходимость маточных труб.⁹ С другой стороны, в распространении метода заинтересованы и различные группы влияния – фармацевтические компании, клиники, специализирующиеся на ЭКО, также и правительства некоторых стран «стареющей» части мира, стремящиеся использовать любой ресурс для хотя бы незначительного увеличения рождаемости. В настоящее время в России медицинские нормы и правила предусматривают, что бесплодная пара должна быть направлена на ЭКО уже после 2-х лет лечения «традиционными» методами, и этот период все время сокращается.

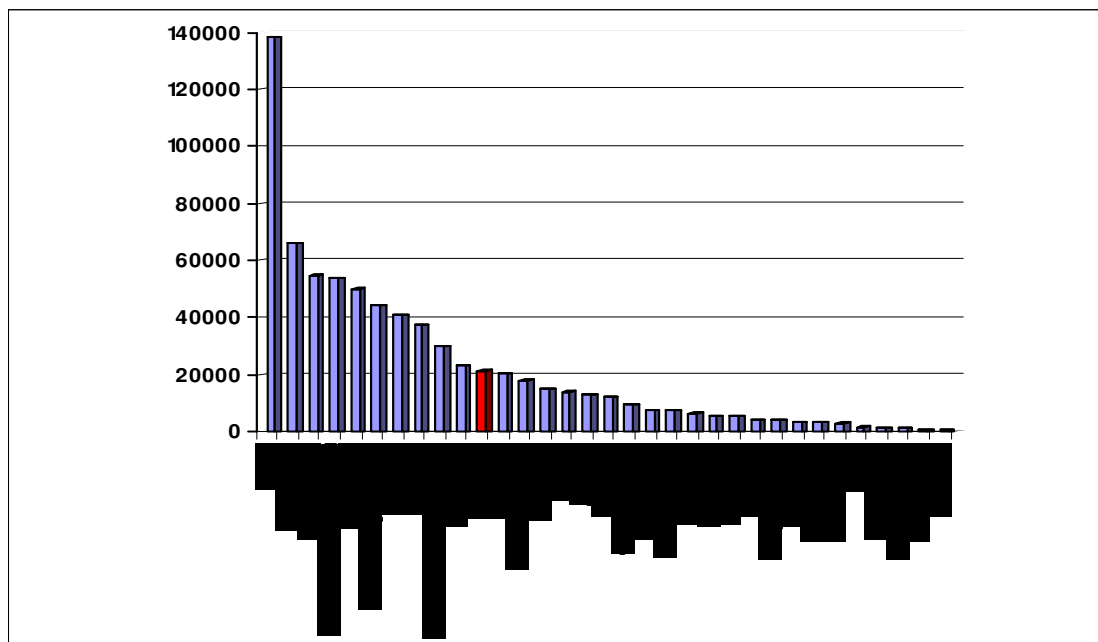
Основными статистическими показателями, описывающими доступность ВРТ населению и его успешность, являются:

⁸ Состояние, когда в организме повышено содержание гормона пролактина, в норме связанного с грудным вскармливанием. Это состояние не допускает зачатия, если кормления грудью в это время нет. Гиперпролактинемия часто бывает связана с наличием доброкачественной опухоли головного мозга.

⁹ Медики обычно называют это трубно-перитонеальным фактором бесплодия, он наиболее распространен, протекает абсолютно бессимптомно, и может быть вызван, например, обыкновенным аппендицитом.

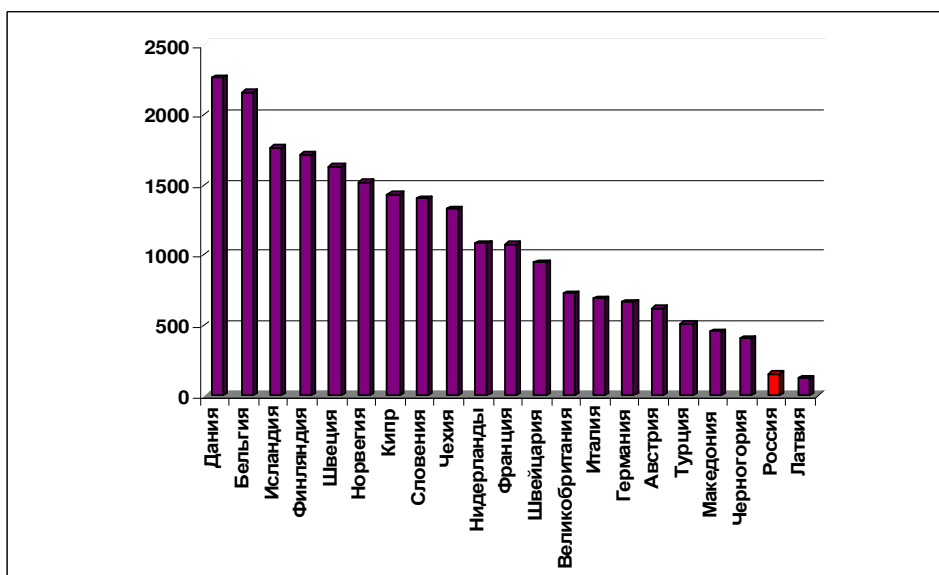
- **Общее количество лечебных циклов/протоколов¹⁰ ВРТ в стране/регионе:**

Рис. 1 . Общее количество циклов ВРТ в 2006 году в некоторых странах и регионах



- **Количество таких циклов на один миллион населения:**

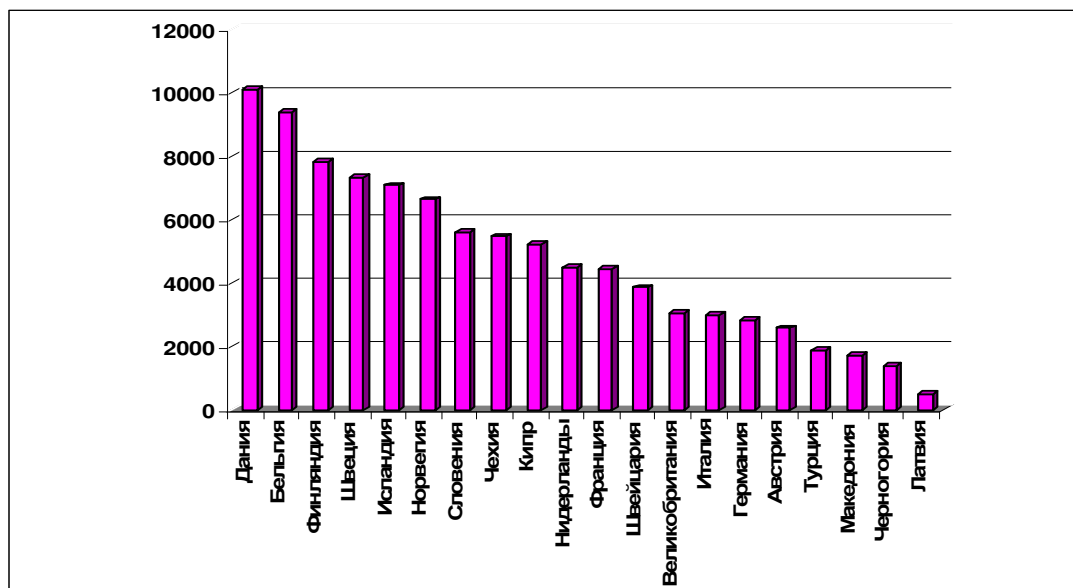
Рис. 2. Доступность репродуктивных технологий – количество лечебных циклов на 1 млн. населения, Европа, 2006



¹⁰ Так медики называют период времени, в течение которого (как правило, после нескольких дней/недель гормональной стимуляции созревания яйцеклеток) у женщины с помощью пункции забираются зрелые яйцеклетки, соединяются со сперматозоидами, зреют от 2 до 6 дней в чашке Петри, затем помещаются в матку. Женщине назначается «поддержка» другими гормонами, и через 11-14 дней делается анализ крови, позволяющий выяснить, наступила беременность или нет. Если она наступила, это называется «удачным протоколом»; если нет, то через некоторое время можно приступать к следующему (в год одна и та же женщина может пройти максимум через три таких протокола).

- **Количество лечебных циклов на 1 млн. женщин репродуктивного возраста 15-49 лет** (этот показатель наиболее адекватно позволяет судить о реальной доступности ВРТ населению). В Европе этот показатель значительно варьирует по странам (от 475 в Латвии до 10 132 в Дании в 2006 г.).

Рис. 3. Количество циклов ВРТ на 1 млн. женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) в стране/регионе, Европа (без России), 2006



- **Процент наступления беременностей в циклах ВРТ;**
- **Процент беременностей, заканчивающихся родами;**
- **Процент родов в циклах ВРТ;**

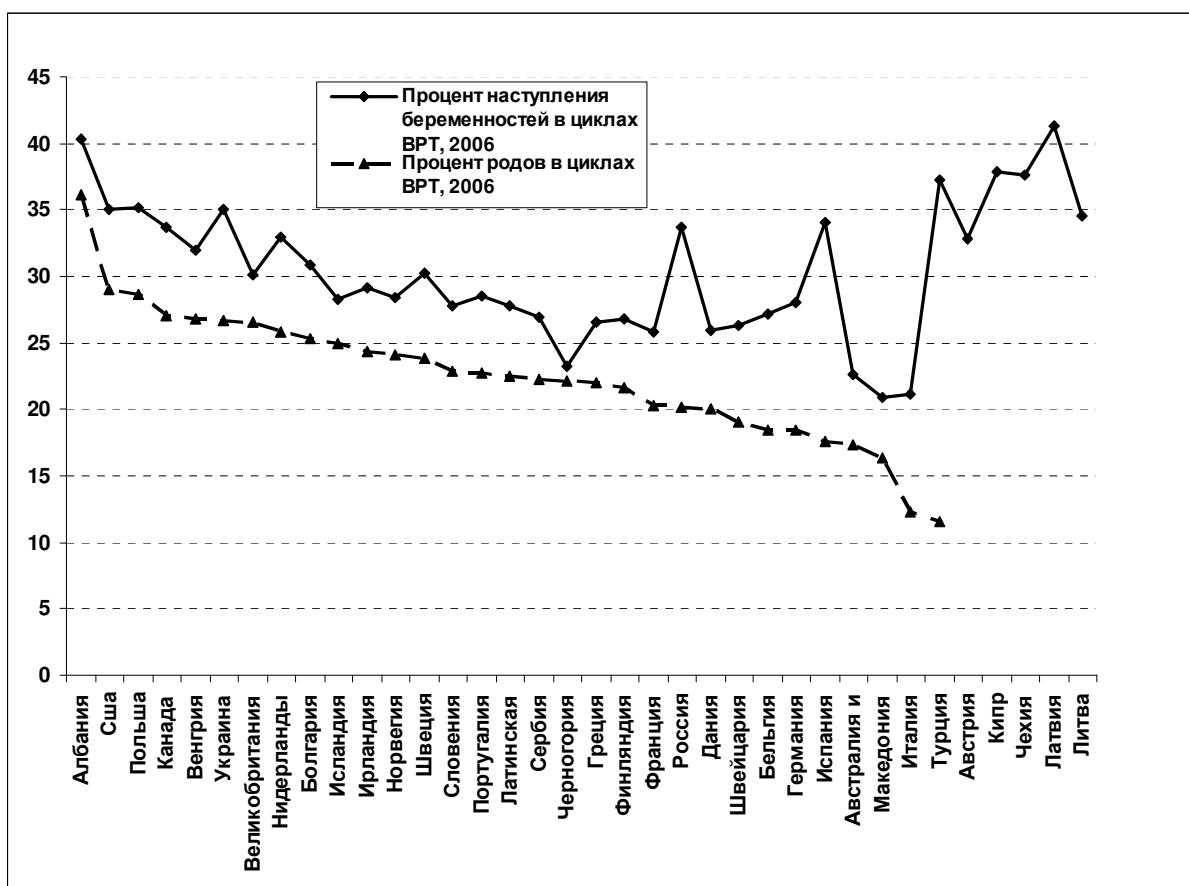
Очень заметно, что в некоторых странах, включая Россию, разница между числом случаев наступления беременности, и случаев завершения этих беременностей благополучными родами, весьма велика. В других странах она гораздо меньше: США, Исландии, Великобритании, где отлично работают разнообразные, не только репродуктивные, медицинские технологии, но и в Албании, Сербии, Черногории, где это связано, вероятнее всего, или с особенностями сбора статистики или с относительно молодым, по сравнению с другими странами, средним возрастом пациенток.

Есть и такая вероятность, что подобные различия объясняются по-разному функционирующей системой здравоохранения в целом:

- Во многих странах Европы, в общем случае, не сохраняют беременность на малых сроках в связи с убеждением, что выкидыши в этот период чаще всего связаны с несовместимыми с жизнью пороками развития у плода. Однако беременность старательно сохраняется в последнем ее триместре, для чего существует и необходимое оборудование, и соответствующая квалификация врачей.

- В России же все иначе – на ранних сроках беременность сохраняют, а вот на поздних, особенно в провинциальных больницах, могут упустить из виду различные важные факторы, да и необходимое оборудование часто отсутствует. К тому же в России еще не завершился переход к мировой системе регистрации рождений, согласно которой регистрируется даже и 22-недельный плод, родившийся живым. У нас пока для таких случаев практически нигде не предусмотрены оборудование и средства для выхаживания ребенка.

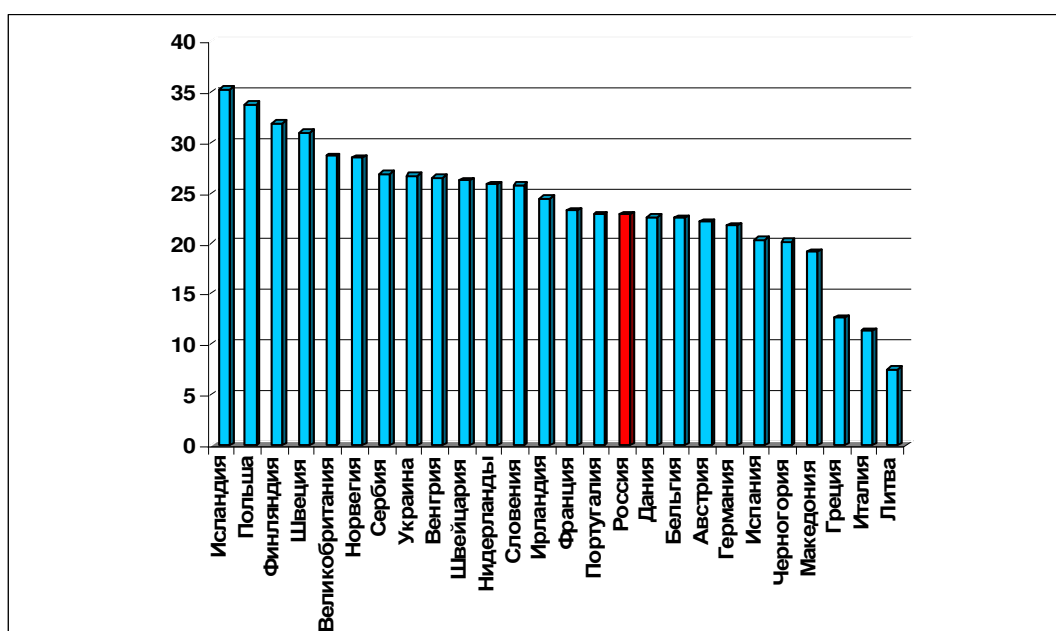
Рис. 4. Эффективность вспомогательных репродуктивных технологий, 2006



➤ **Кумулятивный процент родов на один начатый цикл гормональной стимуляции.** В идеале, он должен рассчитываться как общее количество ВРТ-родов в стране за рассматриваемый период, деленное на общее количество циклов стимуляции. Общее количество родов рассчитывается как суммарное от «свежих», то есть гормонально стимулируемых, протоколов, и от использования замороженных эмбрионов предыдущих протоколов в последующих циклах, в которых стимуляции не было. Если в «свежем» цикле было получено, например, 10 яйцеклеток, то, при современной практике, когда в матку переносят не более 2 эмбрионов, крио-циклов, следующих за данным «свежим» протоколом, может быть до четырех. При расчете кумулятивного процента должны учитываться результаты всех крио-циклов плюс «свежего» протокола.

Таким способом можно было бы получить показатель, демонстрирующий кумулятивный процент родов на одну стимуляцию для одной пары. В реальности, этот показатель приходится рассчитывать иначе, в связи с тем, что следующие за «свежим» крио-протоколы часто продолжаются в течение нескольких лет, а статистика собирается каждый раз только за один год. Итак, все роды, последовавшие за «свежими» протоколами определенного года, суммируются со всеми родами, последовавшими за крио-протоколами этого же года, и полученная сумма делится на общее число стимуляций, относящихся к этому году.¹¹

Рис. 5. Кумулятивный процент ВРТ-рождений в разных странах Европы, 2006 (количество рождений на одну стимуляцию, %)

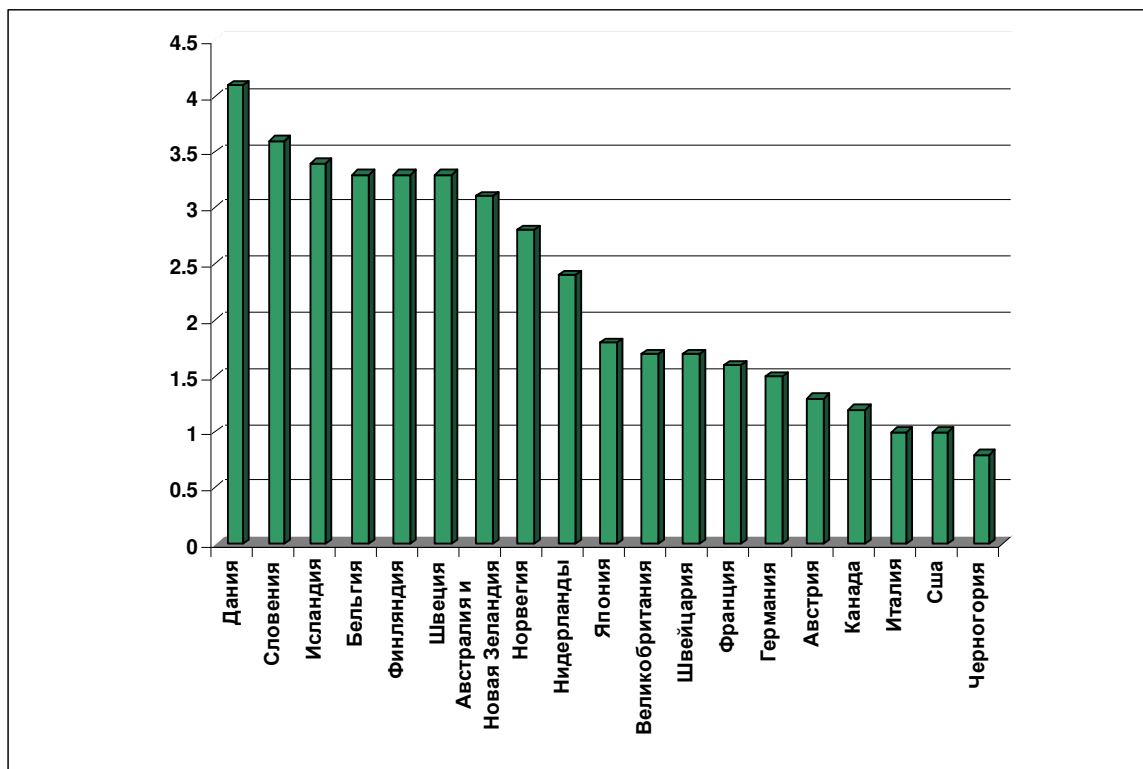


- **Процент ВРТ-рождений в общей рождаемости** (Рис. 6).¹² Оказывается, что доля таких рождений особенно велика все-таки там, где ВРТ по тем или иным причинам особенно легко доступны и одновременно востребованы населением (много клиник, поздняя рождаемость, щедрое государственное финансирование, нет предрассудков, причем щедрое государственное финансирование в этом отношении важнее, чем старение материнства). Именно поэтому к странам, где этот процент традиционно максимален (страны Скандинавии, Бельгия), в 2006 году добавилась Словения, а несколько позднее – Чехия, т.е. страны, где средний возраст материнства не так уж велик.

¹¹ Приведенные ниже данные о кумулятивном проценте многоплодия при ВРТ рассчитаны аналогичным образом.

¹² Основу графика составляют цифры из Европейского отчета ESHRE за 2006 год. Для других регионов мира использованы расчеты автора с привлечением сайтов региональной статистики населения.

Рис. 6. Доля ВРТ-рождений в общем числе рождений в некоторых странах, 2006, %



Статистика по применению и результатам ВРТ собирается «по заданию» Всемирной Организации здравоохранения, для того, чтобы, в конечном итоге, позволить этой организации сделать окончательные выводы: ВОЗ пока однозначно не высказалась ни за, ни против ВРТ. Такая позиция ВОЗ выражена в документе 2002 года¹³ и повторяет по сути ее же более раннее мнение 1990-х годов. Пока, на мировом уровне, нет ни формального запрета, ни формального одобрения, и получается, что 4 млн. человек (ЭКО-детей) родились – и многие уже выросли и родили своих детей – в порядке затянувшегося массового медицинского эксперимента.

Рассчитываются показатели с определенным запозданием, поскольку ответственные за сбор статистики стараются учесть исходы всех беременностей, начавшихся в результате ВРТ в определенном году. Таким образом, на уровне страны получается опоздание чуть более чем на год, на уровне Европы и мира – уже на несколько лет. В нынешнем, 2010, году, например, по России стала доступна статистика за 2008 год,¹⁴ по Европе – за 2006,¹⁵ а общий мировой отчет не вышел, поэтому автор пользовался данными за 2006 год по отдельным странам и регионам, собранными региональными

¹³ <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241590300.pdf>.

¹⁴ Российская Ассоциация репродукции человека, Регистр центров ВРТ России. Отчет за 2008 год. РАРЧ, Санкт-Петербург 2010.

¹⁵ Assisted reproductive technology in Europe, 2006: results generated from European registers by ESHRE, EIM Consortium, Human Reproduction, Vol.00, No.0 pp.1-12, 2010.

ассоциациями. А именно, при анализе, кроме европейских, использованы некоторые данные из США, Канады, Латинской Америки, Японии, Австралии и Новой Зеландии.¹⁶

Итак, раз в несколько лет данные по странам и регионам обобщаются Международным комитетом для мониторинга ВРТ (International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies, ICMART). В Европе они ежегодно собираются Европейской программой мониторинга ЭКО (EIM) для Европейского общества репродукции и эмбриологии человека (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE), в России – Российской Ассоциацией репродукции человека (РАРЧ). Есть аналогичные объединения также и в Северной Америке, в Австралии и Новой Зеландии, в других регионах:

- ASRM (American Society of Reproductive Medicine, США),
- SART (Society for Assisted Reproductive Technology, США, более узкая организация, фокусирующаяся исключительно на ВРТ, в отличие от ASRM, которая занимается репродуктивными вопросами и проблемами в более широком смысле),
- RED (Латиноамериканская Сеть Вспомогательной Репродукции, Латинская Америка),
- FSA (Fertility Society of Australia, Австралия),
- JSRM (Japan Society of Reproductive Medicine, Япония),
- Canadian Fertility and Andrology Society (CFAS), Канада, и т.д.

Суммируя использованные отчеты, можно подсчитать, что в общей сложности в 2006 году было выполнено 712 315 достоверно известных лечебных циклов ВРТ – без учета большей части Азии, Ближнего Востока и всей Африки. Исходя из того, что в среднем примерно 25 % циклов завершаются рождением одного ребенка (это происходит несколько реже, зато часто рождаются двойни и иногда – тройни), оценочно можно считать, что в результате этих циклов на свет появилось примерно 178 100 детей. На самом деле их наверняка родилось больше: в 2005 году, за который имеется Мировой обобщенный отчет, достоверно известно о рождении 196 981 ребенка, а по оценкам, всего родилось не менее 219 тысяч ВРТ детей. Больше всего протоколов в 2006 году выполнено в США (138 198), Франции (около 66 000), Германии (около 55 000), Австралии и Новой Зеландии (53 543), Испании (около 50 000), Великобритании (около 44 000) и Италии (около 41 000).

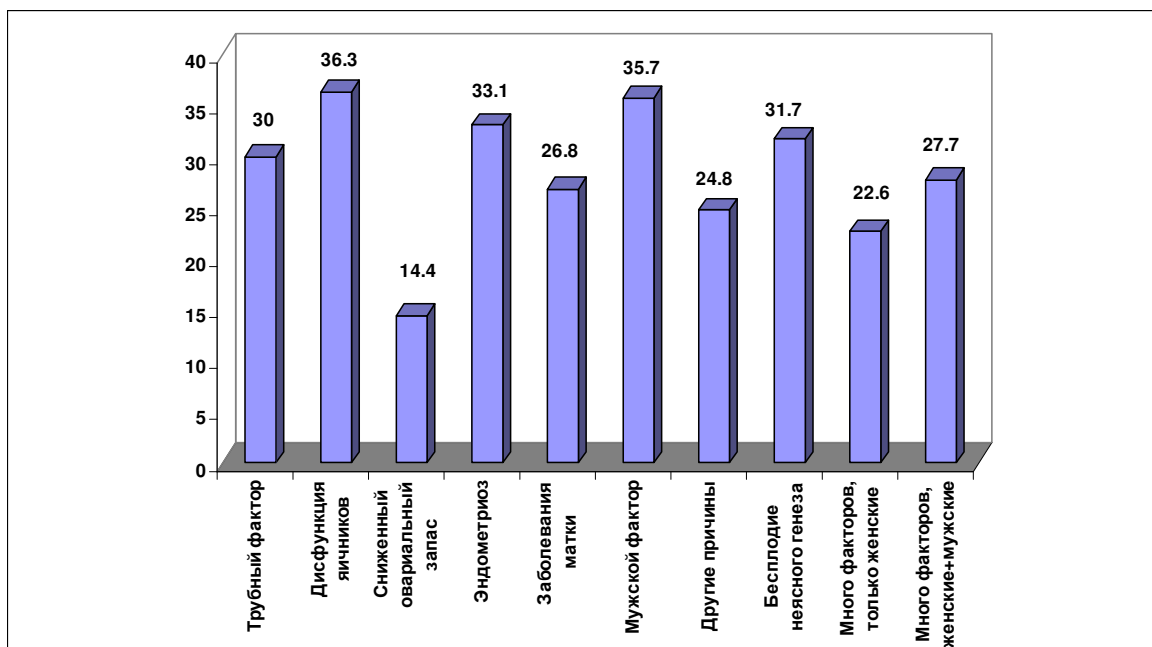
Как процент наступления беременностей, так и процент родов после ВРТ значительно различаются по странам (см. Рис. 4). Самые высокие цифры, вероятно,

¹⁶ Assisted Reproductive Technology Success Rates, 2006, National Summary and Fertility Clinic Reports U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention, <http://www.cdc.gov/ART/ART2006>, Report - Issues Related to the Assisted Reproductive Technologies Centered on Surrogate Pregnancy --Toward a Social Consensus-- April 8, 2008, Assisted Reproductive Technologies Review Committee, Science Council of Japan, Latin American Register 2006, http://www.redlara.com/ing/reg_2006.asp.

связаны с молодым возрастом большинства пациенток и небольшим числом выполненных протоколов, самые низкие объясняются неопытностью и (или) невысокой квалификацией специалистов, ограничениями, налагаемыми действующими в стране биоэтическими законами¹⁷ и низким качеством используемых реактивов и сред. В наибольшей степени зависят от искусства врачей колебания в пределах чаще всего встречающегося интервала 20-45%.

Есть данные для США (аналогичных данных для Европы и России, к сожалению, найти не удалось), которые показывают, насколько разной является эффективность технологий в зависимости от характера основной причины бесплодия (Рис. 7):

Рис. 7. Эффективность «технологического» лечения при разных заболеваниях

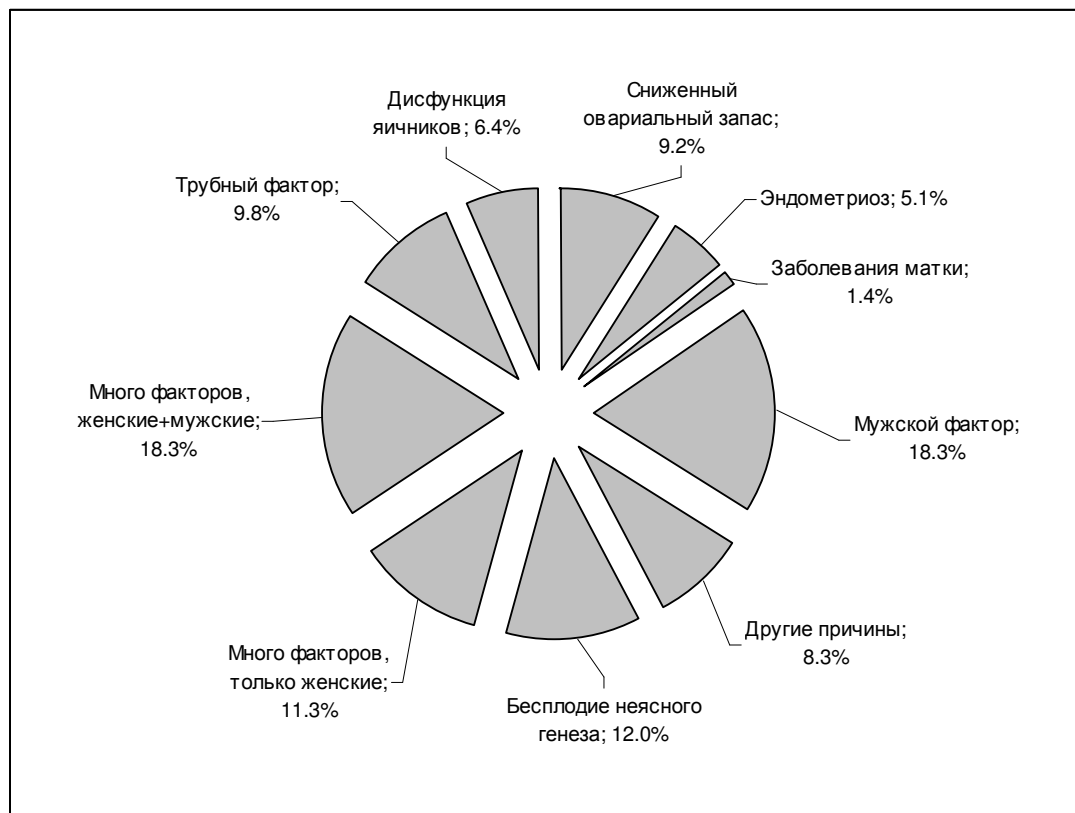


При этом американские данные показывают и относительную распространенность различных причин бесплодия (см. Рис. 8).

Можно видеть, что ниже всего результативность ВРТ при состоянии, которое часто называют «ранним климаксом», а для медиков это – «преждевременное истощение «запаса» яйцеклеток в женских яичниках»; такое состояние встречается достаточно часто. Именно оно, заметим в скобках, обуславливает падение фертильности у большинства женщин старше 40 лет – а у некоторых, наиболее невезучих, даже и в 30-39 или в 20-29 лет. Заметна также и значительная распространенность мужского бесплодия – но в этом отношении ВРТ на данном этапе своего развития могут весьма эффективно помочь.

¹⁷ Как, например, в Италии, где запрещено крио (замораживание яйцеклеток, эмбрионов, сперматозоидов), а также оплодотворение более 3-х яйцеклеток.

Рис. 8. Распространенность причин бесплодия, США



3. ВРТ в России

В России, в 2008 году, на 1 миллион населения было выполнено 219,2 цикла. По данным Росстата, в 2008 году в России было 38,7 млн. женщин в возрасте 15-49 лет, соответственно число циклов на 1 млн. женщин репродуктивного возраста составило 805,1. Это означает, что пока технологии остаются малодоступными для значительной части населения, хотя эта цифра выше, чем, например, аналогичная для Латвии в 2006-м году (см. Рис.2).

Географически российские центры ВРТ распределены неравномерно, в результате неравенство в отношении доступности этих медицинских услуг населению усиливается. Больше всего центров (24 из 64 или 37.5%) было расположено в Москве и Санкт-Петербурге. Есть ЭКО-клиники также в Астрахани, Барнауле, Владивостоке, Воронеже, Владикавказе, Екатеринбурге, Иркутске, Йошкар-Оле, Казани, Кисловодске, Краснодаре, Красноярске, Нижнекамске, Нижнем Новгороде, Новокузнецке, Новосибирске, Омске, Оренбурге, Пензе, Ростове-на-Дону, Самаре, Саратове, Сочи, Ставрополе, Сургуте, Томске, Туле, Тюмени, Уфе, Хабаровске, Чебоксарах, Челябинске, Якутске. Доля протоколов, выполненных в столичных клиниках (52%), начиная с ранних 1990х, когда Россия впервые собирала статистику по этой проблеме, остается более высокой, чем доля

самых столичных клиник в общем числе центров ВРТ. Хотя постепенно растет и доля нестоличных клиник, и процент выполняемых в них протоколов.

В 2008 г. в России родилось 1 717 481 детей, из них как минимум 8 334 или 0,49% – в циклах ВРТ. Мы видим, что доля ВРТ-рождений в России пока очень мала по сравнению с ведущими в этом отношении странами, но она продолжает увеличиваться год от года (Рис.9.). В 2008 г. всего в России было выполнено 31 127 лечебных циклов, и это число растет постоянно и стабильно (Рис. 10).

Рис. 9. Рост числа ВРТ-родов в России, % к общему числу родов

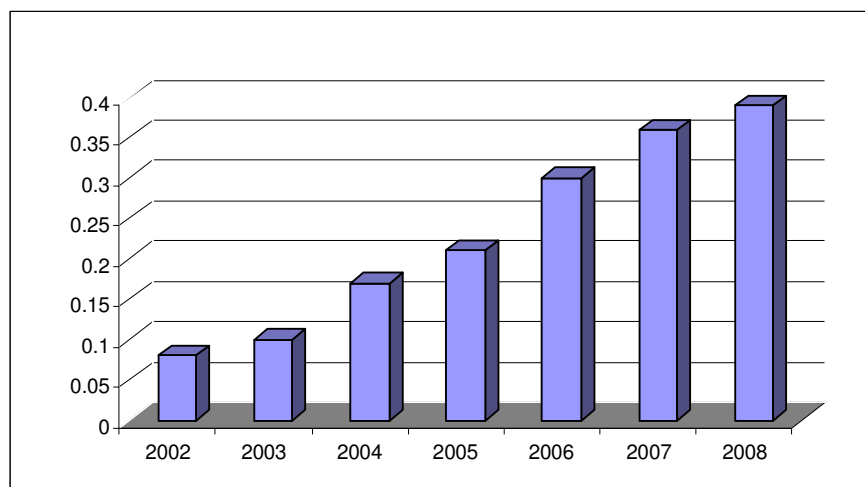
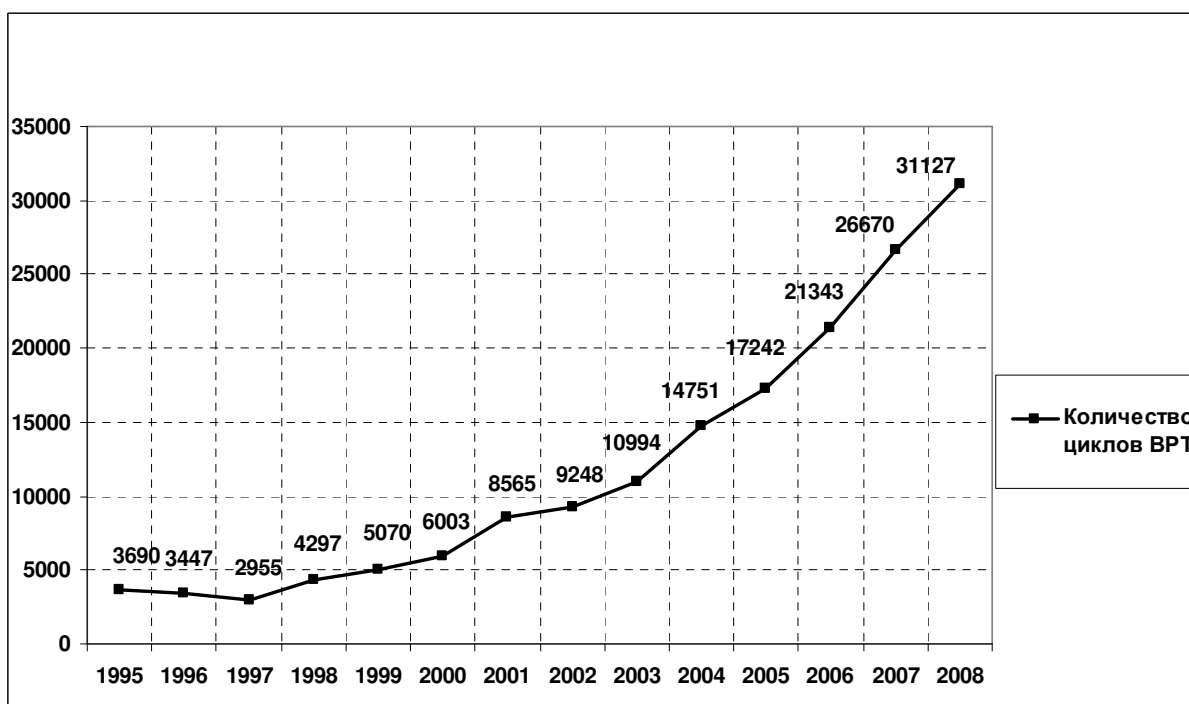


Рис. 10. Рост количества лечебных циклов ВРТ в России



Эффективность ВРТ в России достаточно высока и в целом растет: в среднем по стране на один лечебный цикл ЭКО в 2008 году беременность наступала в 33,2% случаев. Наступившие беременности завершаются родами в 75,6% случаев ЭКО и ИКСИ.¹⁸ В 2009 году было выделено 2 200 федеральных квот на бесплатное лечение методами ВРТ, в 2010 – 3 000 таких квот. Кроме этого, существуют еще и региональные квоты. В некоторых регионах (например, Тюменская область), где региональные квоты на лечение в местных клиниках раздаются достаточно щедро, доступность ВРТ выше, чем в других местах и в среднем по России. Однако о конкретных цифрах по регионам говорить сложно, информация труднодоступна. Доля пациенток старше 35 лет в 2008 году несколько стабилизировалась: в программах ЭКО в 2005 году их было 33,1%, в 2006 году – 33,4%, в 2007 – 39,4%, в 2008 – 36%.

По сравнению с другими развитыми индустриальными странами, возраст пациенток ВРТ в России довольно молодой: в России большинство пациенток¹⁹ составляют женщины 34 лет и моложе; так же обстоят дела и на Украине, в Польше, Албании. Наиболее «старые» европейские ВРТ-пациентки – в Швейцарии, Италии, Испании и Ирландии: заметно преобладает возраст 35-39 лет. В большинстве же европейских стран примерно одинаковая доля пациенток моложе и старше 35 лет.

4. ВРТ и здоровье детей

Вокруг современных методов зачатия детей вне организма матери время от времени возникают разнообразные «моральные паники», связанные с биоэтическими аспектами – насколько все это соответствует учениям различных религий, как это может повлиять на будущее здоровье человеческой популяции, на положение в обществе женщин (и мужчин), и т.д. Поскольку основной темой настоящей статьи является возможное влияние ВРТ на население, остановимся подробнее лишь на одном из вышеозначенных аспектов – здоровье ВРТ-детей.

В самом деле, имеются некоторые данные относительно того, что ряд заболеваний, в том числе генетически обусловленные пороки развития, появляются у ВРТ-детей чаще, чем в населении в целом. С другой стороны, массовые, репрезентативные со статистической точки зрения исследования в скандинавских странах и в США демонстрируют, что основная часть этих отклонений (малый вес при рождении, нарушения зрения, слуха, некоторые заболевания органов дыхания, и др.) вызваны скорее

¹⁸ Интра-цитоплазматическая Инъекция Сперматозоида, вариант ЭКО, используется при мужском бесплодии, когда здоровых сперматозоидов очень мало: с помощью специальной микроиглы один здоровый сперматозоид принудительно внедряется в яйцеклетку, далее все происходит как при обычном ЭКО.

¹⁹ Кроме тех вариантов ВРТ, где используются донорские яйцеклетки, здесь фактически нет никаких возрастных ограничений.

фактом недоношенности некоторых детей ВРТ, которая, в подавляющем большинстве случаев, имеет причиной многоплодную беременность.

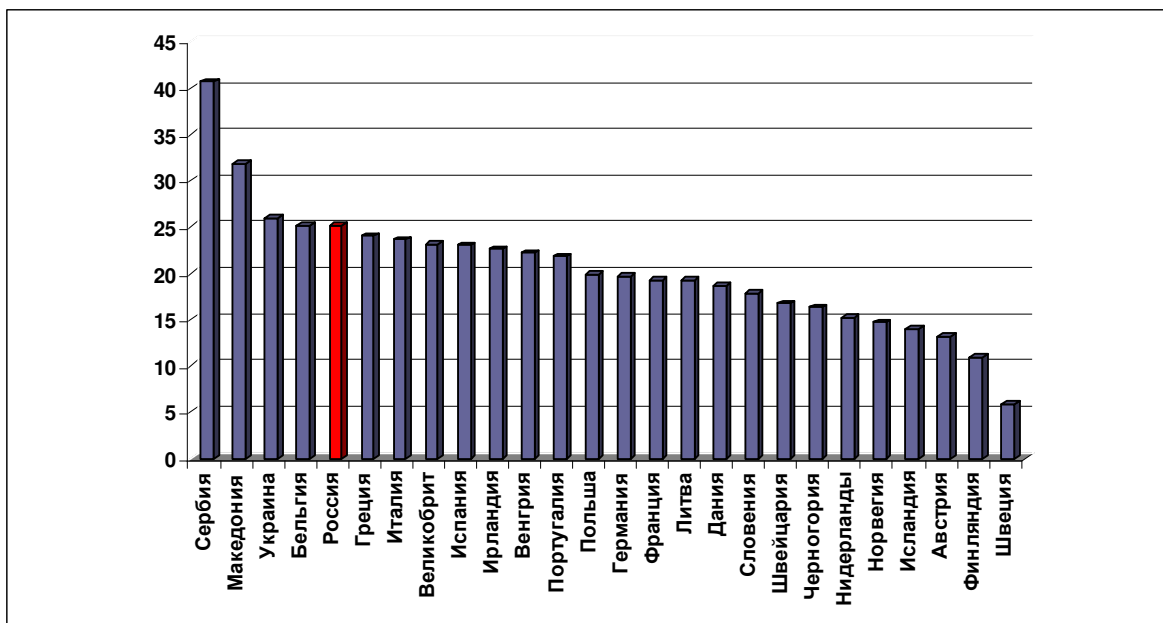
Известно, что частота многоплодия при использовании репродуктивных технологий действительно выше, чем в случае «спонтанной» беременности. И, тем не менее, любая многоплодная беременность приводит к таким же осложнениям примерно с такой же частотой. Ведь, согласно многолетней медицинской статистике, любого «происхождения» двойни в среднем рождаются на 37 неделе беременности, тройни – на 33-й, «четверни» – на 28-й. А вероятность невыживания или серьезной инвалидизации ребенка, родившегося на сроке 24 недели, равна 99%, уменьшаясь с каждым дополнительным днем вынашивания беременности. Надо учитывать и то, что, чем больше плодов/детей в матке, тем меньше их средний вес при рождении – даже полностью доношенные двойняшки и тройняшки в среднем весят меньше, чем дети из одноплодной беременности. Та же закономерность распространяется и на все остальные сроки рождения. Таким образом, многоплодная беременность – это двойной риск недоношенности и малого для своего срока рождения веса при появлении ребенка на свет.

Итак, выяснилось, что большая часть проблем со здоровьем у ЭКО детей обусловлена повышенной частотой многоплодия. В связи с этим мировое сообщество врачей, занимающихся репродуктивными технологиями, приняло решение бороться с многоплодием, что успешно и осуществляет. Сейчас все шире распространяется практика переноса в матку не более 2 эмбрионов (а молодым женщинам до 35 лет, во многих странах Европы и в Австралии – не более одного). Скажем для сравнения, что в 1990-е годы переносили подчас до 7 эмбрионов одновременно! В результате такой практики частота многоплодия в наиболее передовых в этом отношении странах падает (см. Рис. 11).

Россия в настоящее время находится в этом ряду ближе к «неблагополучной» части с частотой многоплодия около 25%. Это связано с тем, что пока в нашей стране практика переноса одного эмбриона не получила значительного распространения (даже и двумя не все клиники стремятся ограничиваться). Интересно, что меньше всего кумулятивный процент ВРТ-многоплодия в Швеции – всего лишь чуть более 5%, и это практически исключительно двойни, рождение которых связано с достаточно небольшим риском как недоношенности, так и малого, для срока рождения, веса, а значит, невелики и другие проблемы развития таких детей.²⁰ При этом вероятность наступления беременности и донашивания ее до срока в Швеции достаточно высоки (см. Рис.5 и б).

²⁰ Для сравнения, при естественном зачатии частота рождения двоен составляет примерно 1.12-1.4% и подчиняется так называемому закону Хеллина, согласно которому вероятность беременности N плодами определяется по формуле

Рис. 11. Процент многоплодия при ВРТ-беременностях в различных странах, 2006 год



Есть некоторые исследования, позволяющие предположить, что и у ВРТ-детей из одноплодной беременности определенные пороки развития все-таки проявляются чаще, чем в генеральной совокупности.²¹

Считается, что для населения в целом риск появления у любого ребенка порока развития равен 1-3%. Иначе говоря, 1-3% всех новорожденных имеют те или иные пороки развития всегда, в любую эпоху, при любых попытках «очистить расу» от «генетического балласта» (как, например, предпринятые в свое время Гитлером). Даже тогда, когда не применяются репродуктивные или другие медицинские технологии, позволяющие иметь потомство, например, людям с хроническими заболеваниями, передающимися по наследству. И, в полном соответствии с предыдущими абзацами, риск появления отклонений у «естественно» зачатых детей выше при многоплодии.

Повышенная частота пороков развития у ВРТ-детей может быть связана с тем, что у людей, страдающих бесплодием, в среднем наследственность может быть несколько хуже, чем у населения в целом. В связи с этим ученые убеждены, что, приступая к изучению процента новорожденных с пороками развития, необходимо включить в контрольную группу, для сравнения, не детей здоровых людей, зачатых естественным образом, а, например, детей, появившихся на свет «чудом» (то есть без применения специального лечения) у людей, страдающих бесплодием; или – детей от естественных

1/89ⁿ⁻¹. Но это средняя величина, многое зависит от генетики, то есть национально-расовой принадлежности родителей: реже всего бывает у представителей монголоидной расы, чаще всего у африканцев.

²¹ Приведенные ниже данные собраны и проанализированы Американским Обществом Репродуктивной Эндокринологии и Бесплодия, Society for Reproductive Endocrinology and Infertility, <http://www.ivf1.com/ivf-birth-defects/>.

многоплодных беременностей. Иначе мы не сможем оценить риск, связанный непосредственно с ЭКО, поскольку влияние сопутствующих факторов не будет исключено.

После того, как ряд исследований был проанализирован в совокупности, оказалось, что по-настоящему масштабные репрезентативные исследования (см. Табл.1) не показали никакого превышения частоты пороков развития у детей ВРТ по сравнению с другими группами населения. В то же время исследования, в которых принимало участие относительно меньшее количество респондентов, показывают небольшое превышение частоты некоторых пороков у некоторых групп детей.

По результатам сопоставления различных исследований, специалисты решили оценочно считать, что у детей ЭКО/ИКСИ риск появления пороков развития приблизительно на 30% выше, чем в населении в целом. Но это означает, что только от 1.3% до 3.9% всех ЭКО-детей будут иметь эти пороки. То есть даже максимальная оценка дает очень небольшую цифру.

С точки зрения некоторых специалистов, отдельные, очень редкие пороки развития, связанные с хромосомными и генными нарушениями, возможно, чаще встречаются у ЭКО-детей (особенно у ИКСИ-мальчиков).²² Однако это не доказано. Например, синдром Беквита-Вайдеманна²³ в населении встречается примерно в 7.2 случаях на 100 000 рождений (0.0072%). Некоторые ученые считают, что у ЭКО-детей риск в 3-4 раза выше и соответственно составляет 0.0216-0.0288%. Эти выводы базируются на исследовании детей, у которых есть этот синдром. В Соединенных Штатах Америки большинство (но не все) дети с этим заболеванием записаны в специальный регистр. В этом регистре 4.6% составляют ЭКО-дети, в то время как в этот период ЭКО-дети составляли лишь 0.8% от всех рождений в США.

Критики этой интерпретации данных подвергают сомнению точность статистической базы в данном конкретном случае, поскольку, с их точки зрения, родители, зачавшие естественно, более вероятно могли не записать своих детей в регистр, в целом более беззаботно относясь к медицинской стороне жизни. В результате в процентном отношении в регистре больше ЭКО-детей, чем в реальной жизни.

Так или иначе, все исследования демонстрируют, что, если и есть некое превышение частоты врожденных аномалий, связанное с применением ВРТ, то оно

²² Именно об этом пороке развития говорит главный педиатр России г-н Баранов, при этом, впрочем, совершенно неправильно вычисляя статистические показатели.

²³ Характеризуется до- или послеродовым слишком бурным ростом, формированием слишком большого языка и дефектами внешней абдоминальной стенки. Примерно у 7% таких детей к тому же развивается опухоль.

выражается в очень малых цифрах и/или касается легкоустраняемых и нетяжелых состояний здоровья.

5. Заключение.

Влияние ВРТ на российскую рождаемость пока несущественно, однако оно постоянно растет. Впрочем, предел этого влияния, на настоящий момент известный в мире, невелик – это всего лишь чуть больше 4% общей рождаемости. Однако если частота бесплодия будет расти, например, в связи с ухудшением экологии, необходимость в применении репродуктивных технологий и, соответственно, процент детей, появившихся на свет с их помощью, будут также увеличиваться.

С другой стороны, в настоящее время увеличивается степень рациональности принятия решений о рождении детей, появляются группы фертильных, но добровольно бездетных людей. Это означает, что воспроизводство населения все больше ставится в зависимость от репродуктивных желаний и решений людей, и государственное финансирование условий, позволяющих всем, кто хочет иметь детей, в том числе и бесплодным, стать биологическими родителями, вряд ли в ближайшее время уйдет с повестки дня в странах со стареющим населением.

И, по большому счету, этому не смогут помешать никакие биоэтические «моральные паники», поскольку исследования показывают, что превышения частоты пороков развития в популяции в связи с применением репродуктивных технологий либо нет вообще, либо оно очень мало и исправимо даже на современном этапе развития науки.

Таблица 1.

Исследования ЭКО-детей и процент пороков развития

Место проведения исследования	Методы (изучаемые/контрольные группы)	Результаты
Финляндия	1. ЭКО-дети 2. «Естественное» зачатие 3. Дети «овариальной стимуляции» без ЭКО	Все ЭКО-дети (из одноплодных и многоплодных беременностей): пороки развития в 4.3% случаев Дети овариальной стимуляции без применения ЭКО: 3.7% «Естественное зачатие»: 2.9% Многоплодие при естественном зачатии: 5.26% Выводы: риск выше у ЭКО мальчиков при одноплодной беременности; у ЭКО-девочек при многоплодной беременности риск НИЖЕ (по сравнению с естественно зачатыми девочками из многоплодных беременностей)
Университет Айовы, США	1. Эко-дети 2. ИИ-дети ²⁴ 3. «Естественное» зачатие	Риск пороков развития у детей ЭКО и ИИ выше, чем у естественно зачатых (примерно на 30%, то есть все равно – в целом не более чем 4-8% от всех рожденных ЭКО-детей). Нет никакой зависимости от степени сложности вмешательства в процесс зачатия (одинаковое превышение вероятности появления пороков у детей ИИ, ЭКО, ИКСИ, при подсадке эмбрионов на 1й и на 6-й день, и при подсадке размороженных (крио) эмбрионов). У мальчиков дефекты вдвое чаще (8.03%, у девочек 4.26%). В основном – гипоспадия (уменьшенный размер мужского полового органа, что жизни совершенно не угрожает, на общество бременем не ложится, и легко подвергается хирургической коррекции).
Канада, база данных в Онтарио, 2005	870 рождений, из них: 1. 320 – дети овариальной стимуляции 2. 180 – дети внутриматочной инсеминации 3. 370 – ЭКО-дети	Процент пороков развития: 1.87% у детей, зачатых без гормонов 2.62% у (ЭКО+ИИ+стимуляция) детей 2.97% у ЭКО-детей 2.66% у ИИ-детей 2.19% у детей овариальной стимуляции без ЭКО Чаще всего возникали дефекты в гастроэнтерологическом тракте, следующие по частоте – в сердце и сосудах, затем – в скелете и мускулах
США, многоцентровое исследование Национального Института здоровья, 2005	Проанализировано 35000 беременностей 95% естественных 3.4% (1222) овариальная стимуляция 1.5% (554) ЭКО-беременности	НЕ НАЙДЕНО НИКАКОЙ ЗАВИСИМОСТИ между типом зачатия и процентом врожденных дефектов
Дания, 2005	442349 естественных одноплодных детей от одноплодных беременностей 6052 ЭКО-детей	Нет зависимости, нет увеличения частоты импринтинговых генных аномалий

²⁴ Искусственная Инсеминация, метод, при котором сперма вводится в матку с помощью катетера, применяется в случаях сексуальных расстройств или при легких формах мужского бесплодия; часто сопровождается гормональной стимуляцией женщины в целях улучшения овуляции.

Литература

- Исупова О. Г. Причины бесплодия у пациентов ВРТ // *Демоскоп* № 409-410, 8-21 февраля 2010 (<http://demoscope.ru/weekly/2010/0409/analit06.php>).
- Кузьменко Е.Т. Клинико-эпидемиологические аспекты женского бесплодия на примере Иркутской области. Российская Академия Медицинских наук, Сибирская Ветвь, Восточно-Сибирский Научный Центр Медицинской Экологии, неопубликованная кандидатская диссертация, Иркутск, 2008.
- Русанова Н.Е., Исупова О.Г. Вспомогательные репродуктивные технологии - фактор повышения рождаемости и компонент инновационного развития // В сб.: *Инновационное развитие экономики России: ресурсное обеспечение*: Вторая международная конференция; Москва, МГУ им. М.В.Ломоносова, экономический факультет; 22-24 апреля 2009 г., Сборник статей: Том 3. Под ред. В.П. Колесова и Л.А. Тутова. - М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2009. с. 732-741.
- Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе (под ред. Т.Малевой и О.Синявской). Независимый институт социальной политики, Москва, НИСП, выпуск 1, 2007.
- Российская Ассоциация репродукции человека, Регистр центров ВРТ России. Отчет за 2008 год. РАРЧ, Санкт-Петербург, 2010.
- Assisted reproductive technology in Europe, 2006: results generated from European registers by ESHRE, EIM Consortium, Human Reproduction, Vol.00, No.0 pp. 1-12, 2010.
- Assisted Reproductive Technology Success Rates, 2006, National Summary and Fertility Clinic Reports U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention, <http://www.cdc.gov/ART/ART2006>.
- Gunby J, Bissonnette F, Librach C, Cowan L., Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2006 results from the Canadian ART Register. IVF Directors Group of the Canadian Fertility and Andrology Society. 2010 May 1; 93(7):2189-201. Epub 2009 May 12.
- Latin American Register 2006 (http://www.redlara.com/ing/reg_2006.asp).
- Report - Issues Related to the Assisted Reproductive Technologies Centered on Surrogate Pregnancy -- Toward a Social Consensus-- April 8, 2008, Assisted Reproductive Technologies Review Committee, Science Council of Japan.
- Wang YA, Dean JH, Badgery-Parker T & Sullivan EA 2008. Assisted reproduction technology in Australia and New Zealand 2006. Assisted reproduction technology series no. 12. AIHW PER 43. Sydney: AIHW National Perinatal Statistics Unit.

Сведения об авторах

Авдеев Александр Александрович – к.э.н., заведующий сектором Центра по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ имени М.В.Ломоносова, профессор Института демографии университета Париж 1 «Пантеон-Сорбонна»

Авдеева Мария Александровна – младший научный сотрудник Центра по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ имени М.В.Ломоносова

Архангельский Владимир Николаевич – к.э.н., заведующий сектором Центра по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ имени М.В.Ломоносова

Елизаров Валерий Владимирович – к.э.н., руководитель Центра по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ имени М.В.Ломоносова

Зверева Наталья Викторовна – д.э.н., профессор кафедры народонаселения экономического факультета МГУ имени М.В.Ломоносова

Исупова Ольга Генриховна – PhD, старший научный сотрудник Института демографии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Троицкая Ирина Алексеевна – к.э.н., ведущий научный сотрудник Центра по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ имени М.В.Ломоносова

Summary

Alexandre AVDEEV. *Induced abortion and contraception in the 1990s-2000s in the mirror of public and private statistics*

Article examines the quality and content of public and private family planning statistics in Russia. The analysis shows that public abortion statistics is sufficiently complete and detailed which allows excluding Russia from the list of countries where abortion data are “incomplete or non-existent”. However, some data on abortion and contraception are not available from public statistics. The sample surveys provide more detailed information on attitudes toward abortion and contraception, role of public and private health facilities on abortion and contraceptive choice, the expenses related to birth control in Russia etc. Analysis based on the survey data shows that the growth of contraceptive use due to the efforts of public health facilities was one of the main reasons of significant abortion decline observed in Russia during the last two decades. The vast majority of induced abortions in Russia are performed in public facilities where, according to Russian legislation, abortion is free of charge; nevertheless, in practice gratuitous abortions are disappearing and the charges for abortion procedure are persistently growing.

Irina TROITSKAIA, Alexandre AVDEEV. *Contraceptive behaviour in Europe: regional differences*

Authors’ analysis of contraceptive practices in Europe is based on the data collected during the first wave of the Generations and Gender Surveys in six European countries. The aggregated indicators, such as contraceptive prevalence and contraceptive method mix, show a significant difference between “Western” and “Eastern” types of contraceptive behaviour. In the Western European countries contraceptive prevalence is high, and modern methods as IUDs or pills predominate in method mix; the Eastern European countries are characterized by lower contraceptive prevalence and significant proportion of traditional low-effective methods in the method mix. Nevertheless, micro-level analysis of the influence of respondents’ socio-demographic characteristics on contraceptive behaviour shows that the “East-West” differences are less pronounced on the individual level.

Irina TROITSKAIA, Gunnar ANDERSSON. *Transition to modern contraception in Russia: evidence from the 1996 and 1999 Women’s Reproductive Health Surveys*

During the 1990s in Russia both abortion and fertility rates declined rapidly. In the present paper, the authors shed some light on the extent to which these developments were related to increased use of modern contraception. Two follow-up surveys with retrospective information on contraceptive calendars reveal increasing transitions to modern contraception during the 1990s and show how these transitions were related to basic demographic variables for

women in Russia. Nevertheless, the authors do not observe any remarkable modernization of contraceptive behaviour; proportion of users of traditional methods remained stable during this period. Younger women without contraceptive experience were more prone to start their contraceptive practice with a modern method than older women or those who have already used any traditional method before the beginning of observation. Parity has a positive correlation with a risk of transition to modern contraception: higher the number of children is, higher the risk of transition to modern methods we observe.

Alexandre AVDEEV. *On the way to one-child family: are we beyond the point of no return?*

The Russian two-child family system had appeared to be very resistant, whatever the conditions created by the successive changes in Soviet family policy. But the deep social and economic transformations launched since the beginning of the 1990s have probably instigated the transition to a one-child family model. Our present experience and state of knowledge does not allow us to predict the future course of Russian fertility. That calls for investigations especially into the social and psychological aspects of low- fertility reproductive behaviour. Nowadays, the optimists can expect the return to the two-child family system just as much as the pessimists can wait for the definitive adoption of the one-child family. Only one thing is more or less obvious. The fertility trends observed in 1990s Russia cannot be reduced to a temporary reaction or adaptation of the two-child system to a “new social environment”.

Natalia ZVEREVA, Vladimir ARKHANGELSKY. *Family-oriented values, marital and reproductive behaviour of young people*

Article examines the influence of socio-economic changes and transformation of family values on fertility decline in Russia. Decline in fertility intentions and shift away from traditional family-oriented values toward individualization, career and higher life standards lead to changing attitudes toward marriage registration and desired number of children; the changes are especially remarkable among young people. The authors try answering the following questions: whether the process of changes in traditional family-oriented values is irreversible in Russia; may it be slowed down by means of social and demographic policy? Their analysis is based on the data of surveys held in Russia in 2006 and 2010 among young people. To answer the above-mentioned questions the authors investigate not only young people’s conditions of life but also their fertility and family intentions as a part of the whole system of life goals, competition of family-oriented values with career, high income opportunities, independence etc.

Maria AVDEEVA. *State support of families with children in Russia and France: to have one more child*

The article examines the governmental support for families with children in France and Russia. The paper portrays measures of family policy in France and discusses its possible applicability to Russia. The article presents a classification of European countries according to the “social welfare state” scheme and defines the place of France and Russia in such classification. The author describes the origins of distribution system of French family policy (*Caisses des allocations familiales*) and compares the financial mechanisms of French and Russian family policies.

Valery ELIZAROV. *Fertility and family support in contemporary Russia*

Since the beginning of the 1990s population of Russian Federation is persistently decreasing that may be considered as a serious threat to the future development of our country. Important policy intervention is needed in order to reverse fertility decline in Russia. Author analyses the policy measures, legislation and state programmes aimed at families with children since 1991 as well as absolute and relative (in % of GDP) costs of government’s family allowances and child benefits in Russia. The second part of the article is devoted to the new measures of demographic policy realized in 2007-2010: so-called “maternal capital” and pregnancy certificates, changes in allowances for children under 1.5 years old etc. Author also proposes the measures of fertility and family support that could be introduced in addition to those which have already been realized by Russian government.

Olga ISUPOVA. *Infertility and reproductive technologies in Russia: main features and potential influence on population*

The article is concerned with the issue of infertility in Russia, its epidemiology, as well as methods of treatment: how successful they are in Russian context, and whether there might be any demographic impact. In relation to this, the issue of demographic impact of Artificial Reproductive Technologies in the World context is as well explored, with detailed examination of statistical criteria of ART efficiency, currently used in Regional and World reports. In the conclusion, it is argued that however moderate currently are percentages of ART-conceived children within overall yearly fertility in developed countries, there are reasons for these figures to grow and develop in the future, with science developing, State policy of infertility treatment reimbursement becoming more and more widely spread, and the whole issue of fertility becoming less a question of natural destiny, and more a topic of personal rational choice.