

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им. М. В. Ломоносова

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

ЦЕНТР ПО ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ



ПОЛИТИКА НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ:  
НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ  
(Книга 2)

*ЧЕТВЕРТЫЕ ВАЛЕНТЕЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ*

Москва  
МАКС Пресс  
2005

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им.М.В.Ломоносова

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

ЦЕНТР ПО ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ

*ПОЛИТИКА НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ:  
НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ  
(Книга 2)*

*Четвертые Валентеевские чтения*

Материалы Международной конференции  
(7-9 апреля 2005 г., Москва, Россия)

Москва  
МАКС Пресс  
2005

*Редакторы:*

к.э.н. В.В.Елизаров, к.э.н. В.Н.Архангельский

Политика народонаселения: настоящее и будущее. Четвертые Валентеевские чтения: Сборник докладов (Книга 2) / Ред. В.В.Елизаров, В.Н.Архангельский. – М: МАКС Пресс, 2005. - 266 с.

Сборник составлен из докладов и тезисов участников международной научной конференции «*Политика народонаселения: настоящее и будущее*» (Четвертые Валентеевские чтения), Москва, 7-9 апреля 2005 г. Представлены материалы, не вошедшие в первую книгу.

В материалах конференции рассматриваются теоретические и прикладные аспекты разработки и реализации политики народонаселения в России и других странах, политика в области семьи и рождаемости, политика в области снижения смертности и повышения продолжительности жизни, миграционная политика.

Сборник представляет интерес для демографов, экономистов, социологов, всех специалистов, изучающих проблемы народонаселения, или преподающих демографию и смежные дисциплины.

**В подготовке рукописи к печати принимала участие О.В.Кайлова.**

*За содержание представленных материалов отвечают авторы.*

©Авторы докладов, 2005

## *Предисловие*

Уважаемые читатели!

Этот сборник подготовлен на основе докладов и сообщений, сделанных участниками **Четвертых Валентеевских чтений** – Международной конференции «*Политика народонаселения: настоящее и будущее*» (Москва, МГУ, 7-9 апреля 2005 г.).

Первая книга материалов конференции была опубликована до начала конференции и роздана участникам<sup>1</sup>. Текст книги представлен в открытом доступе для чтения на сайте [cps.econ.msu.ru](http://cps.econ.msu.ru) (Раздел «Читальный зал»)<sup>2</sup>.

Вторая книга повторяет структуру первой. Здесь представлены материалы, не вошедшие в первую книгу. Некоторые из участников конференции, чьи доклады уже были опубликованы в первой книге, подготовили новые тексты.

Пятое Валентеевское чтение планируется провести в сентябре 2007 г. (в год 85-летия Д.И.Валентея и 40-летия кафедры народонаселения).

Предварительно тема конференции сформулирована так: «Миграция и развитие».

***В.В. Елизаров, Председатель Оргкомитета Конференции  
В.Н.Архангельский, Ученый секретарь Оргкомитета***

---

<sup>1</sup> Политика народонаселения: настоящее и будущее: Четвертые Валентеевские чтения: Сборник докладов / Ред. В.В.Елизаров, В.Н.Архангельский. – МАКС Пресс, 2005. – 388 с. (Тираж 200 экз.)

<sup>2</sup> См. <http://cps.econ.msu.ru/Сборник%20тезисов.pdf>

**Елизаров В. В.**

*(Руководитель Центра по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва)*

**Политика народонаселения между прошлым и будущим  
(вместо введения)**

Выбирая *политику народонаселения* темой Четвертых Валентеевских чтений мы опирались на традиции научной школы, созданной основателем нашего Центра профессором Д.И.Валентеем. Задачи демографической науки не ограничиваются описанием происходящих в населении изменений, их причин и последствий. Задача науки – предложить свои выводы и рекомендации в такой форме и с такой убедительной аргументацией, чтобы они могли быть поняты и поддержаны законодательной и исполнительной властью, могли стать реальной частью среднесрочных и долгосрочных стратегий экономического и социального развития.

Выступая на открытии конференции я процитировал одну из фундаментальных работ Д.И.Валентеева «**Теория и политика народонаселения**». Написанное почти 40 лет назад строки, прозвучали на удивление актуально. Приведу этот фрагмент книги полнее, чем в устном выступлении, позволив себе лишь расставить некоторые акценты посредством шрифта.

«...Является ли законом социализма обязательно большой прирост населения путем большой рождаемости? **Как изменить параметры воспроизводства населения в тех районах, где они неблагоприятны? Это проблемы национальной важности.**

Борьба с абортными и здоровье женщины, забота о дальнейшем сокращении детской смертности, улучшение материального положения многодетных, улучшение жилищных условий молодоженов, строительство необходимого количества детских учреждений, улучшение постановки общественно организованного питания и облегчение домашнего труда женщин – весь этот широчайший круг вопросов имеет самое прямое отношение к вопросу о воспроизводстве населения.

**А чем объяснить падение рождаемости в семьях, где имеется все необходимое для содержания и воспитания второго и третьего ребенка?** Не правы ли в этом случае те, кто считает, что остановиться на одном из факторов (например, рост материального

благосостояния семьи или более высокий образовательный уровень) и им ограничиться, значит, по сути, не сказать ничего?

Изменения параметров воспроизводства оцениваются многими учеными как неблагоприятные в ряде районов страны. ... *Среди них особенно важное значение приобретают вопросы, связанные с уровнем рождаемости. Рождаемость в нашей стране неуклонно падает. На известной части Советского Союза не обеспечивается даже простое возобновление поколения.*

В связи с этим *необходимы определенные законодательные мероприятия, определенная государственная политика*, которая отвечала бы потребностям времени.

В частности, *следует поставить вопрос о выдаче в ряде союзных республик весомых пособий матерям при рождении второго и третьего ребенка вместо того, чтобы поощрять рождение 9-х и 10-х детей.*

*Необходимо ввести дифференцированное демографическое законодательство*, так как то, что уместно, допустимо, на Украине или в Прибалтике, оказывается совершенно неуместным в Средней Азии или в Азербайджане. Указ Президиума Верховного Совета от 8 июля 1944 г. в некоторых своих частях уже устарел.

Необходимо также принять меры к распространению современных средств контрацепции, из-за отсутствия которых женщины вынуждены прибегать к абортам, что ставит под угрозу здоровье женщин и нередко приводит к бесплодию. Однако *несмотря на то, что в нашей стране аборт приобрели чрезмерно большое распространение, законодательное запрещение абортов мы считаем отнюдь не целесообразным, так как неминуемое последствие такого запрещения – широкое применение криминальных абортов – повлечет за собой во многих случаях весьма тяжелые для женщин последствия.*

*Как изменить параметры воспроизводства населения в тех районах, где они неблагоприятны? Как увеличить там рождаемость? Об этом надо думать уже сегодня. ...»<sup>3</sup>.*

Трудно поверить, что это написано 4 десятилетия назад, в середине 60-х годов...

---

<sup>3</sup> Д.И.Валентей. Теория и политика народонаселения. М., «Высшая школа», 1967. (с.163-164).

Политика населения, несмотря на свою многовековую историю, увы, все еще не готова предложить универсальные рецепты результативных действий в условиях, когда депопуляция приобрела устойчивый характер и масштабы и последствия сокращения населения таковы, что становятся реальной угрозой будущему России.

Участники конференции *«Политика народонаселения: настоящее и будущее»*, в своих докладах и выступлениях на секциях и Круглом столе пытались найти ответы на самые злободневные вопросы современного демографического развития России, многие из которых тесно переплетаются с процитированными выше вопросами, поставленными Д.И.Валентеем.

*Что делать в ситуации, когда рождаемость – одна из самых низких в мире, а смертность выше, чем в любой из развитых стран? Когда превышение числа умерших над числом родившимися составляет около 800 тыс. человек в год? Каковы шансы достижения целей, поставленных в «Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г.» (2001 г.): «...стабилизации численности населения и формирования предпосылок к последующему демографическому росту»? Возможно ли и какими мерами стимулирование рождаемости? Каковы пути и возможности снижения смертности и повышения продолжительности жизни? Нужно ли поощрять миграцию в Россию? Как выбрать правильные приоритеты для политики федерального уровня? Куда и какие ресурсы следует направить? Каким должен быть вклад регионов в решение демографических проблем? Достаточно ли у нас объективной демографической информации для обоснования целей и программ действий в области политики народонаселения? Что думают об этом и как строят свою демографическую политику наши соседи из ближнего зарубежья?*

По мнению большинства участников конференция прошла успешно, дала немало новой информации и идей для исследований и деятельности в области народонаселения.

Актуальность темы конференции и рассмотренных на ней проблем подтвердилась спустя полмесяца после завершения работы 4-х Валентеевских чтений, когда мы все ознакомились с содержанием очередного ежегодного президентского послания.

Президент уже не первый год в своих посланиях касается темы демографического кризиса.<sup>4</sup> Однако за это время реальных шагов для его разрешения власть так и не предприняла.

В **Послании Президента РФ Федеральному Собранию от 25 апреля 2005 г.** было четко и ясно сказано, что «успех нашей политики во всех сферах жизни тесно связан с решением острейших демографических проблем», и что решение таких проблем «нельзя откладывать».

Было подчеркнуто, что *«Меры по созданию условий, благоприятных для рождения детей, снижения смертности и упорядочению миграции, должны реализовываться одновременно»*, выражалась вера в то, что *«нашему обществу по силам решить эти задачи и постепенно стабилизировать численность российского населения»*.

Низкая рождаемость названа «общенациональная проблемой», поставлена задача *«повысить престиж материнства и отцовства, создать условия, благоприятствующие рождению и воспитанию детей»*.

Хорошо бы, чтобы за этими замечательными словами последовали не менее замечательные дела...

Сегодня государство лишь в минимальной степени или вовсе не выполняет свои обязательства по экономической и социальной поддержке семей с детьми, предусмотренные Конституцией Российской Федерации<sup>5</sup>, «Концепцией демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г.»<sup>6</sup>, «Основными направлениями государственной семейной политики»<sup>7</sup>, Федеральным законом «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»<sup>8</sup>, Трудовым кодексом РФ.

Так в «**Концепции демографического развития**» было предусмотрено создание предпосылок для повышения рождаемости. В

---

<sup>4</sup> В Послании Президента 2000 г. было сказано: «..Нас граждан России из года в год становится все меньше и меньше. Уже несколько лет численность населения страны в среднем ежегодно уменьшается на 750 тыс. человек...».

<sup>5</sup> «В Российской Федерации ... обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, ... устанавливаются пособия и иные гарантии социальной защиты». (Конституция Российской Федерации, Ст. 7, п. 2).

<sup>6</sup> Утверждена Распоряжением Правительства РФ №1270-р от 24.09.2001 г.

<sup>7</sup> Утверждены Указом президента РФ №712 от 14.05.1996 г.

<sup>8</sup> №81-ФЗ от 19.05.1995 г. (с последующими изменениями).



числе приоритетов в области стимулирования рождаемости и укрепления семьи было названо *«повышение материального благосостояния семьи и создание социально-экономических условий, благоприятных для рождения, содержания и воспитания нескольких детей»*. 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 безвозмездных субсидий и использование механизма льготного кредитования в зависимости от числа детей в семье.

В соответствии с **«Основными направлениями государственной семейной политики»** 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»*. На деле же отношение расходов на семейные и материнские пособия к величине ВВП **сократилось с 0,98% в 1996 г. до менее, чем 0,3% в 2004 гг.**

Статья 2. Трудового кодекса РФ «Основные принципы правового регулирования трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений» предусматривает *«обеспечение права каждого работника на своевременную и в полном размере выплату справедливой заработной платы, обеспечивающей достойное человека существование для него самого и его семьи и не ниже установленного федеральным законом минимального размера оплаты труда»*. На сегодня же МРОТ равен 720 руб. и покрывает лишь ¼ прожиточного минимума трудоспособного. Поскольку сегодня **средняя заработная плата<sup>9</sup> не включает в себя расходы на расширенное воспроизводство работников**, т.е. на 2-3 детей, то нужны **специальные инструменты демографической политики** (пособия, налоговые и иные льготы), которые образуют систему государственной поддержки семей с детьми.

---

<sup>9</sup> Средняя зарплата составляет (2 квартал 2005 г.) ок. 8 тыс.рублей, что примерно равно прожиточному минимуму семьи, состоящей из 2 взрослых и 1 ребенка.

Развитие экономических мер поддержки семей с детьми, в сочетании с пропагандистскими мерами, направленными на расширение информированности молодежи о репродуктивных правах, государственных (федеральных и региональных) возможностях, пособиях и льготах могут позволить создать среду, в которой **решения о рождении детей будут приниматься более свободно и более ответственно.**

Небольшой рост числа рождений, наблюдаемый с 2000 г., вызван благоприятными структурными факторами (сегодняшний рост численности молодежи - это результат высокой рождаемости 80-х годов), которые себя **исчерпают в самое ближайшее время.** Если не принять мер по активизации демографической и семейной политики, то нас ждет следующее падение рождаемости, еще большее, чем в 90-е годы, и соответствующий рост убыли населения. Нужно подготовить и **принять в течение 2-3 лет** Закон о государственных гарантиях поддержки семей с детьми, разработать федеральную и региональные программы мер, **стимулирующих** рождение нескольких детей. Все это потребует существенного увеличения затрат на поддержку семьи с детьми, увеличения расходов на семейные и материнские пособия (**до 1 % к 2007 г., до 2% к 2010 г.**).

Эти меры должны сопровождаться комплексной **программой снижения смертности и увеличения продолжительности жизни,** а также соответствующей стратегическим интересам России **миграционной политикой.**

## **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЛИТИКИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ**

**Белобородов И.И.**

*(Центр демографических исследований, Москва)*

### **Качество или количество?**

В научных спорах и мнениях относительно проблем демографии, представленных в информационном пространстве, все чаще прослеживаются две противоборствующие позиции, предстающие в формате «качество против количества». Характерная черта таких споров состоит в том, что, к приоритету «качественности народонаселения» апеллируют, в основном, либерально настроенные журналисты, политики и, как ни странно, некоторые ученые. Еще одной не менее важной особенностью подобных рассуждений является то обстоятельство, что акцент на повышении качества отдельного индивида делается как на альтернативе количественному росту населения: «ну и что, что вымираем, зато уровень жизни будет выше». Иными словами, выдвигается гипотеза о снижении численности населения как о прогрессивной тенденции, при этом часто проводится аналогия с другими европейскими государствами, которые автоматически преподносятся как образцы репродуктивного поведения и демографического развития. Надо полагать, что при таком подходе к интерпретации демографических процессов некоторыми исследователями депопуляция оценивается как положительная и естественная черта российской действительности, с которой не только не стоит бороться, но, скорее наоборот, необходимо радоваться ее долгожданному приходу.

Перед дальнейшим развитием столь важной темы необходимо с самого начала дать четкие определения и разграничить разные смысловые ракурсы обсуждаемой категории.

Качественные характеристики демографических процессов находятся в двух относительно родственных плоскостях, находящих свое научное отражение в понятиях «качество населения» и «качество жизни».

Несмотря на свою многоплановую и не всегда однозначную трактовку, понятие «качество населения» позволяет выделить ряд общих характеристик, допускающих дальнейшее расширение. На первый план здесь выходят: здоровье, образование и культура. Однако кроме перечисленного к данным характеристикам некоторые

исследователи относят ряд показателей естественного движения населения и даже этническую структуру.<sup>10</sup>

Термин «качество жизни» аккумулирует основные условия существования и развития человека. В то же время качество жизни не сводится к уровню жизни, так как последний выступает лишь одним из многих критериев этого качества. Государственная работа по определению и реализации заданного качества жизни ведется через законодательное введение стандартов (индексов) качества жизни. Частичным аналогом индекса качества жизни, получившим к настоящему времени распространение и признание, является индекс человеческого развития (ИЧР, human development indicator – HDI) или, в другом переводе, индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП), применяемый ООН с 1990 года. В числе главных составляющих ИЧР: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, уровень образования населения и реальный среднедушевой валовой внутренний продукт, рассчитанный с учетом паритета покупательной способности национальной валюты.<sup>11</sup>

Для более полного описания качества жизни обычно используются следующие индикативные блоки<sup>12</sup>:

- финансово-экономические показатели (национальное богатство, доходы и расходы населения, цены и инфляция);
- медико-экологические показатели (здоровье и медицина, питание населения, физкультура и туризм, экология и окружающая среда, семья);
- показатели материального благосостояния (труд и занятость, жилье и коммунальное хозяйство, транспорт и связь, торговля и бытовое обслуживание, НТП и производство);
- показатели духовного благосостояния (образование, культура, социальное обеспечение, личная безопасность и преступность, политика и общественная деятельность, уровень развития творческих инициатив).

Следует отметить распространенность случаев замены понятия «качество жизни» понятием «качество населения», путем введения исследователями в состав показателей, характеризующих

---

<sup>10</sup> В.И. Бутов «Демография: учебное пособие» под ред. В. Г. Игнатова, М. – Ростов-н/Д. – 2003, с. 421

<sup>11</sup> Ю. В. Крупнов «Качество жизни»: <http://www.cmnews.ru/news.asp?nid=2411&t=1&nd=25&nm=4&ny=2005>

<sup>12</sup> В.И. Бутов «Демография: учебное пособие» под ред. В. Г. Игнатова, М. – Ростов-н/Д. – 2003, с. 426

различные аспекты качества жизни, характеристик качества населения. Данный подход представляется методологически неверным, так как качественные характеристики населения отражают накопленные за предшествующий период эффекты от сложившихся условий жизни, в то время как при построении оценок интегрального индикатора качества жизни на первый план выступают сами условия жизни в конкретный период времени.

Как было замечено выше, один из компонентов качества населения – это здоровье людей составляющих рассматриваемое население. Переход от поверхностного рассмотрения к серьезному анализу ситуации убедительно свидетельствует о негативном влиянии ограничения рождаемости в населении на здоровье нации. Как известно, преобладание доли первенцев среди родившихся означает ухудшение психофизиологических характеристик населения, поскольку первенцы имеют худшие показатели здоровья по сравнению с детьми последующих очередностей.<sup>13</sup> Кроме того, в малодетной семье нарушается эффективность механизма семейной социализации, что часто ведет к серьезным социальным патологиям. Существует объективное мнение, что корни этих патологий берут свое начало в интенсивном процессе инфантилизации общества. Из массы однодетных семей происходят дети, у которых искусственно замедляется естественный процесс взросления, потому что им с детства не о ком заботиться. Все важные решения за них принимают взрослые. Инфантилы, как и подобает младенцам, очень эгоистичны, легко поддаются под культ гедонизма или насилия, становятся, так сказать, все менее человечными. Фактически происходит обезчеловечение общества.<sup>14</sup>

В своей работе «Малодетным популяциям в XXI веке грозит кризис» доктор медицинских наук В. М. Лупандин неоднократно заявляет о прямой зависимости между жизнеспособностью детей и порядком их рождения. К этому утверждению добавляется мнение о том, что многодетные женщины по ряду анатомических и психических особенностей значительно выигрывают у бездетных и малодетных женщин той же популяции, что, в свою очередь, благотворно сказывается на состоянии здоровья и гармонии семейных отношений у многодетных женщин. Следовательно, качественный по-

---

<sup>13</sup> В. М. Медков «Демография», М. – 2004, с. 459

<sup>14</sup> «Почему вымирают русские», И. В. Бестужев-Лада, «Город как «черная дыра» для человечества», М. – 2004, с.8-9

тенциал семьи и ее отдельных членов также имеет ярко выраженную количественную зависимость.

Представляется важным измеритель качественных характеристик на уровне всего поколения. В качестве одного из критериев здесь могут выступить репродуктивные установки, так как именно они являются показателем когортной экзистенциальности. Как известно, репродуктивные установки современных подростков уступают установкам их родителей, что опять-таки говорит о снижении качественного потенциала данного поколения под воздействием количественных характеристик.

Основным мотивом рассуждений о приоритете качества над количеством, как правило, выступает стремление «целесообразного» расходования государственных и семейных средств», то есть, следуя логике апологетов «качественности», каждый не рожденный ребенок является источником существенной финансовой экономии. Печально, что в этом случае одинаково ошибается как семья, стремящаяся к повышению качества детей (а чаще единственного ребенка) путем сокращения их числа, так и борцы за «повышение качества антропологического ресурса», рассматривающие полезность такого подхода на макроуровне – в масштабе всего государства. Делая акцент на индивидуализации качества, мы теряем не только естественные основы успешной социализации детей, но в итоге и качество всей нации. В данном случае способ достижения цели изначально исключает ее достижение.

Глубокая разрушительность управленческого мышления присутствует в допущении о том, что при переходе подавляющего большинства семей к малодетной форме репродуктивного поведения повышается качественный потенциал отдельного ребенка. Как было показано выше «качество» отдельного ребенка страдает в условиях массовой малодетности в первую очередь. Когда семейная традиция многодетности уходит из семьи, вместе с ней уходят и свойственные ей механизмы эффективной социализации.

Связанный с сокращением рождаемости процесс ухудшения качественного потенциала большинства семей и подрастающего в них поколения влечет за собой серьезные последствия для общества и государства. Из-за стремительной депопуляции Россию ожидают многочисленные проблемы в ключевых сферах: экономике, промышленности, системе обороны, социальном обеспечении, здравоохранении и т. д.

Так, уже сегодня ощущается нехватка призывного контингента для поддержания пограничных рубежей. Напомним, что длина государственной границы, приходящейся на одного российского солдата, является самой высокой в мире. Ее протяженность составляет 61,089 тыс. км, в том числе 38,8 тыс. км по морю.<sup>15</sup> В экономике страны наблюдается сокращение трудовых ресурсов, ведущее в перспективе к падению производительности. Неуклонно растет демографическая нагрузка на трудоспособное население. Если в начале 1999 г. на 1000 жителей России, находящихся в трудоспособном возрасте, приходилось 356 пенсионеров по старости, то к 2016 г. их будет 415.<sup>16</sup>

Низкая плотность населения и пустующие территории на Дальнем Востоке и в Сибири влекут к нам соседей из многолетних регионов. Последнее обстоятельство несет в себе потенциальную угрозу нарушения этнодемографического баланса и связанных с ним межэтнических конфликтов с последующей перспективой потери стратегических территорий. Представляется крайне опасной позиция ряда авторов, считающих, что важна не численность российских граждан, а условия, в которых они живут. Якобы, не столь важно сколько людей, главное, чтоб все они хорошо и счастливо жили. Применительно к населению качество и количество отнюдь не являются взаимоисключающими, они являются взаимодополняемыми и тесно связанными между собой понятиями. Население США количественно быстро растет, и уровень жизни там несопоставим с нашим.

Таким образом, депопуляция в России, основной причиной которой выступает снижение рождаемости в российских семьях, оказывает сильное отрицательное воздействие как на динамику процессов, протекающих в социальном пространстве (формирующих в итоге качество жизни), так и на качественный потенциал населения, представляющий собой суммарный эффект от негативной динамики развития условий социальной среды.

---

<sup>15</sup> В. П. Федоров «Трагедия России. Вымирание народа и территориальная незащищенность», М. – 2004, с.18

<sup>16</sup> «Почему вымирают русские», Л. Л. Рыбаковский, «Депопуляция – угроза выживанию», М. – 2004, с.26

## ПОЛИТИКА НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

**Кайлова О.В.**

*(Центр по изучению проблем народонаселения МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва)*

### **Опыт семейной политики в странах Европейского Союза: система родительских отпусков**

Одной из основных проблем для большинства родителей, но в особенности для женщин, является необходимость сочетать работу по найму с семейными обязанностями. В странах Европейского Союза увеличение женской занятости заставляет правительства увеличивать уровень поддержки работающих родителей. Могут быть предусмотрены различные типы поддержки, в том числе: отпуск по беременности и родам, отпуск по уходу за ребенком, услуги детских дошкольных учреждений, гибкий график работы и т.д. Здесь будет рассмотрен такой компонент семейной политики как родительские отпуска.

Существуют различные виды отпусков, которые разрешены женщинам (или женщинам и мужчинам) во время родов, усыновления, или других семейных нужд. Специфические виды отпусков включают:

- *Материнский отпуск* (Maternity leave) или «Отпуск по беременности и родам» или «Декретный отпуск» относится к оплаченному отпуску непосредственно в течение предродового и послеродового периодов.
- *Отцовский отпуск* (Paternity leave) – отпуск, предоставляемый работодателем отцу. Обычно подобный отпуск намного короче, чем материнский отпуск и действует как дополнение к ним.
- *Родительский отпуск*<sup>17</sup> (Parental leave) – гендерно-нейтральные отпуска, которые следуют обычно за отпусками по беременности и родам и дают возможность родителям

---

<sup>17</sup> В некоторых странах считается, что родительский отпуск сменяется дополнительно продленным отпуском по уходу за детьми (childcare leave). В других странах отпуск по уходу за ребенком иногда носит также название «родительский отпуск». Чтобы избежать путаницы, будем использовать термин «родительский отпуск» в более широком толковании, то есть включать в него все отпуска, предоставляемые родителям в связи с рождением ребенка и по уходу за ним.



воспользоваться льготами и преимуществами системы отпусков, распределяя между собой или выбирая, кто будет пользоваться ими. Часть отпуска обычно берет мать, обеспечивая себе период физического выздоровления и восстановления после родов. Недавно, в ряде стран некоторая часть родительского отпуска предназначается для отцов.

– *Отпуск по уходу за ребенком* (childcare/ child rearing leave)-отпуска, которые в ряде стран развивались как дополнение к отпуску по беременности и родам или как разновидность родительского отпуска.

Среди 15 стран Европейского Союза средняя продолжительность отпусков, имеющих отношение к рождению ребенка (отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком) составляет 44 недели. Средняя продолжительность оплачиваемого отпуска – 36 недель, обычно включающих отпуск по беременности и родам с добавлением отпуска по уходу за ребенком.

В 15 странах ЕС продолжительность материнского отпуска увеличилась с 16 недель в 1975 году до 24 недель в 1999 году, хотя размер пособий увеличился только с 78% до 84 %. Особенно большие перемены произошли в Дании, Финляндии, Португалии, Швеции.

7 стран предоставляют оплачиваемый отцовский отпуск (paternity leave): Австрия (6 месяцев), Бельгия (3 дня), Дания (10 дней), Испания (2 дня), Франция (3 дня), Финляндия (1 неделю) и Швеция (2 недели). Двое из них – Дания и Швеция – увеличили продолжительность отпуска по уходу за ребенком и установили его на 1 месяц больше, в случае если отпуск берет отец (в противном случае – дополнительный месяц «теряется»).

Перемены коснулись и отпуска по уходу за ребенком. Так, в начале 70-х годов только Австрия и Италия предоставляла этот вид отпуска, а в настоящее время во всех странах ЕС существует дополнительный отпуск по уходу за ребенком. В настоящее время страны предоставляют несколько видов отпуска по уходу за ребенком.

Приблизительно в половине стран, отпуск по уходу за ребенком не оплачивается, в то время как в других комбинируются системы пособия с проверкой дохода.

Самые длинные отпуска по уходу за ребенком (2-3 года)<sup>18</sup> существуют в Финляндии и Германии (в Австрии вопрос о подобных отпусках находится на рассмотрении). Наибольший интерес представляет Финляндия, поддерживающая родительский выбор денежными пособиями, которые могут быть использованы по выбору родителей как дополнительный доход или же на оплату услуг по уходу за ребенком.

В случае усыновления также предоставляется отпуск. Единственное отличие в отпуске по усыновлению – это то, что в нем ограничен послеродовой период, который считается со дня прибытия ребенка в семью или со дня востребования ребенка, если он прибыл из другой страны.

Для лучшей демонстрации разнообразия систем родительских отпусков приведем несколько примеров.

*Шведская* страховая система родительских отпусков – это пример для сторонников родительских отпусков и гендерного равенства. Это всесторонне охватывающая, очень щедрая и гибкая система. Кроме того, во время тяжелой экономической ситуации в середине 90-х годов ее бюджет был не намного сокращен, и недавно был опять увеличен. Пособия, выплачиваемые в шведской страховой системе, предоставляются в течение 18 месяцев родительского отпуска, включая 14 недель отпуска по беременности и родам, дополненного 6 неделями перед родами и двумя неделями после родов родительского отпуска. В настоящее время также стал доступен дополнительный одномесячный отпуск, предоставляемый только отцу (в случае отказа отца от такого отпуска, право на отпуск теряется). Первый год отпуска оплачивается в размере 80% от зарплаты (был снижен с 90% в начале 90-х годов), а для государственных служащих – 100%. Следующие три месяца оплачиваются по фиксированной ставке, и последние три месяца – не оплачиваются, но все же предоставляется право возвращения на работу. Кроме того, родители, чьи дети не достигли 8 лет, имеют право на 75% рабочий день, но оплачиваемый по соответствующей ставке. Отпуск может быть распределен на более длительный срок (до достижения ребенка 8-летнего возраста). Отпуск может быть предоставлен обоим родителям, и денежные пособия, которые предоставляются через социаль-

---

<sup>18</sup> Называемые как “*child rearing*”

ную страховую систему, могут быть компенсировать частичную или полную занятость. Все матери пользуются отпуском. Более чем 75 % отцов частично используют отпуска. В среднем отцы были в отпуске 44 дня<sup>19</sup>. Кроме того, работающие дедушка и бабушка также имеют право на отпуск по уходу за больным внуком, если это более подходит. Наконец, всем детям работающих родителей (старше 1 года) гарантировано место в детских садах, а один из родителей имеет право на оплачиваемое время для сопровождения ребенка в его первый учебный день.

В Финляндии существует необычный комплекс отпусков, объединенный с системой охраны детства. Он включает 18 недель отпуска в связи с беременностью и родами, начинающийся за 30-50 дней до ожидаемой даты родов, сопровождаемый 26 недельным родительским отпуском и дополнительным отпуском для отца. Отпуска могут быть продлены в случае многоплодных или сложных родов. Отпуска оплачиваются пособиями, которые замещают 70% от предшествующей заработной платы. В Финляндии предоставляется отпуск по уходу за ребенком до достижения им 3-летнего возраста, оплачиваемый по минимальной тарифной ставке и используемый любым из родителей. Этот отпуск может быть заменен местом в неоплачиваемом общественном дошкольном учреждении или же оплачиваемым услугой домашних сиделок. Родители могут участвовать в оплачиваемой программе по охране детей после того, как их ребенок достиг трех лет (в случае, если они не использовали пособие по уходу за ребенком до 3-х лет). Родителям гарантируется право на неполную занятость, и они имеют право на оплачиваемый отпуск в случае болезни ребенка.

Германия также предоставляет родительские отпуска. Отпуска по беременности и родам составляют 14 недель (6 недель до и 8 недель после родов) с предоставлением денежных пособий, которые предоставляются работодателем в размере полной заработной платы. Кроме того, предоставляются родительские отпуска на период достижения ребенком 3-летнего возраста, независимо от того, работали родители или нет, но при условии, что один из родителей остается дома или работает с частичной занятостью. Пособие предоставляется по фиксированной ставке в течение первых двух лет и составляет

---

<sup>19</sup> Данные на 1994 согласно Swedish Information Service

более 350 долларов США в месяц. Система – адресная, но уровень максимального дохода достаточно высокий, так что приблизительно 80 процентов родителей могут иметь право на пособия. Несмотря на существование «родительских» пособий, только 1 процент отцов пользуются эти возможности, в то время как все матери являются потребителями этой системы. Но, учитывая скромный размер пособия, им пользуются в основном только замужние женщины, мужья которых работают; для матерей-одиночек же он является недостаточным. Политика в этом случае нацелена на традиционную семью. Существующие пособия по болезни выплачиваются при 5-дневном семейном отпуске при болезни ребенка до достижения его 8 лет.

В *Австрии* предоставляется 16 недель обязательного отпуска для работающих матерей (8 недель до и 8 недель после родов) с выплатой пособия, которое полностью компенсирует заработную плату. Кроме того, существует двухлетний отпуск с сохранением рабочего места, оплачиваемый в течение 18 месяцев через систему социального страхования. Последние 6 месяцев того отпуска оплачиваются, если отпуск берется отцом. В настоящее время идут споры относительно пособия по уходу за ребенком родителю, имеющему выбор между денежным пособием для оплаты услуг по уходу или же возможностью самому ухаживать за ребенком (в прошлом двухлетний отпуск и пособия предоставлялись только одиноким матерям, а в настоящее время это доступно всем работающим матерям; предложение включает создание пособий как для матерей, сидящих дома, так и для нанятых нянь).

*Испания* является примером того, как бедная страна тем не менее обеспечивает 16-недельный оплачиваемый декретный отпуск (18 недель в случае многоплодных родов), начиная с 6 недели до родов, если это необходимо, в размере 100% от заработной платы. Дополнительный, но неоплачиваемый родительский отпуск доступен до тех пор, пока ребенок не достигнет 3-х летнего возраста. Родители ребенка до 6 лет (или ребенка-инвалида) имеют право на неполный рабочий день.

*Италия* предоставляет 5-месячный отпуск по беременности и родам, который можно брать за 2 месяца до родов и 3 – после. Отпуск оплачивается в размере 80% от предыдущей заработной платы. Также предоставляется дополнительный 6-месячный родительский отпуск, во время которого выплачивается 30% от предыдущей зара-

ботной платы. Этот отпуск дополнительно продлевается в случае ребенка-инвалида до достижения ребенком 3-х летнего возраста.

Таким образом, видно, что продолжительность отпусков приобретает большое значение как компонент общеевропейских семейной политики. Создание возможности работать без ущемления семейных функций в период с 1995 по 2000 г. сыграло не последнюю роль в увеличении рождаемости в ряде стран ЕС.

**Краснова Н.В.**

*(Кафедра народонаселения экономического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва)*

#### **Особенности социально-демографической политики в странах Персидского залива**

Тема социальных, экономических и политических преобразований в нефтедобывающих арабских странах является в последние годы одной из самых актуальных, являясь объектом внимания множества исследователей. В то же время изучение демографической ситуации в странах Залива представляет собой достаточно сложную задачу – закрытость общественного уклада, обусловленного устоявшимися и старыми обычаями, затрудняет анализ происходящих в нем демографических процессов. Основой социальных отношений, как и институтом социальной организации в этом регионе выступают семья, род, племя, религия или конфессия. Эти социальные отношения – авторитарны. Иными словами, господство, насилие и методы управления, характерные для поведения патриархального отца в его отношениях с детьми, – все это выступает в качестве принципов межличностных взаимоотношений, как на уровне семьи, так и на уровне государства.

Особенностью всего развития исследуемых стран стала решающая роль государства, которое в качестве верховного собственника по-прежнему распоряжается всеми запасами нефти и газа, что закрепило роль государства как регулятора и активного субъекта всей экономической жизни. Это придает особую важность роли государства в социальной сфере. Нефтяные монархии оказались в состоянии "купить" социальный мир в обществе, развивая для коренных жителей национальные системы здравоохранения, социального обеспечения и образования.

В последнее десятилетие в странах Залива появилась осознанная государственная демографическая политика, включающая государственные программы, направленные на регулирование рождаемости, снижение детской смертности, поскольку эти вопросы стоят достаточно остро. Проводящиеся же в последние годы на государственном уровне в различных странах Залива исследования изменений социальной структуры общества, связанных с безработицей, растущей урбанизацией населения, женской занятостью, степенью вовлеченности женщин в общественную жизнь, а также динамикой рождаемости, не отличаются полнотой. Согласно цифрам, которые привел директор Арабской организации труда Ибрагим Кувейдер, к 2020 г. в арабских странах необходимо создать 100 млн. новых рабочих мест. Проблема растущей безработицы в странах региона во многом обусловливается продолжающимся бурным демографическим ростом. В ряде арабских стран показатели ежегодного прироста населения являются одними из самых высоких в мире с 3,5% в Саудовской Аравии до 2% в Катаре на 2000 г.; с 3,2% в Омане до 1,4% в Катаре на 2015 г. по прогнозам ООН. Быстро растет число людей в возрасте от 15 до 22 лет. Последние десятилетия, благодаря мерам по снижению детской смертности, улучшению материального положения населения и иным мерам, доля молодых людей в возрасте до 14 лет оставалась значительной, несмотря на большой приток иностранной рабочей силы (относящейся к трудоспособной категории) и составляла на конец 90-х годов в Кувейте 35,5%, в Саудовской Аравии – 45,3%, в ОАЭ – 30,7%. В 2000 году в Саудовской Аравии – 43%; в Кувейте – 31%; в Катаре – 27%.

Вывод, который делают специалисты, настораживает: арабские страны находятся под угрозой неравномерного демографического развития и уже в ближайшие десятилетия эта тенденция может вызвать острые экономические кризисы и социальную нестабильность. В последние годы арабские социологи и экономисты не раз предлагали правительствам стран этого региона комплекс мер для решения этих острых проблем. В частности, рекомендуется в максимально короткие сроки заняться реализацией программ по планированию семьи, здравоохранению, социальному обеспечению, а также начать разработку и реализацию образовательных программ.

В большинстве своем страны Залива находятся еще на второй стадии демографического перехода с характерным для него высо-

ким уровнем рождаемости. Подобная демографическая ситуация в этом регионе объясняется несколькими причинами. Среди них – традиции ранних браков, многодетных семей и многоженства, а также, по сути, неприятие демографической политики мусульманским большинством. Коэффициент рождаемости в странах арабского мира составляет в среднем 34 на 1000, что значительно выше среднемирового. Естественный прирост в 2,5% ежегодно – один из самых высоких в мире. Планирование семьи здесь не получило большого развития, средствами контрацепции, по данным различных источников на 2000 год, пользуются от 32% замужних женщин в Саудовской Аравии до 62% в Бахрейне.

При заметных отличиях стран Персидского Залива, просматриваются общие тенденции в ходе социального развития и проводимой демографической политике. Сходные черты в социальной политике нефтяных монархий стран Залива объясняются примерно одинаковым уровнем экономического развития стран к началу «нефтяного бума», сходством их социального и политического устройства: наряду с появлением буржуазии сохранились традиционные родоплеменные отношения и старая система власти. Это позволило начать проведение скоординированной социальной политики нефтяных монархий в рамках Совета сотрудничества арабских стран Персидского залива. В частности, на четырнадцатой сессии Совета министров иностранных дел стран Совета был принят директивный документ "О целях и политике социально-экономического развития государств-членов Совета сотрудничества Залива". Этот документ включал следующие основные задачи: сохранение исламских ценностей, арабской самобытности и индивидуальности, традиций арабской нации; формирование свободной рыночной экономики в качестве основы развития; защита религии, родины, безопасности и внутренней стабильности; продолжение процесса общего развития, вытекающие из требований современного общества. Это достаточно противоречивые задачи: свободный рынок современного общества начинает вовлекать женщин в работу вне дома; снижать рождаемость и разрушать традиционную большую арабскую семью.

Интересным обстоятельством является отношение правительств к интенсивности роста населения: в период с 1976 г. по 2000 г. в Саудовской Аравии и Катаре, где он признавался слишком

низким, в Кувейте подобная ситуация продолжалась до 1996 года. С 2001 г. в Саудовской Аравии, Катаре, Кувейте и Бахрейне интенсивность роста населения считается удовлетворительной, хотя для Бахрейна данная позиция постоянна и не меняется с 1976 года. В Саудовской Аравии и Катаре политика в области народонаселения была направлена с 1976 г. по 2000 г. на увеличение численности граждан. В Кувейте же, Катаре, Саудовской Аравии с 2001 г. – на стабилизацию численности. Только Бахрейн с 1976 г. и до сегодняшнего дня не вмешивается в политику роста населения. Высокий уровень рождаемости с 1976г. по 2001г. поддерживается государством в Саудовской Аравии, Кувейте, Катаре, Бахрейне. Политика в области рождаемости направлена на сохранение высокого уровня, только Бахрейн с 1986 г. разрешил применения контрацепции, а Катар сделал это с 2001 г. Определенных программ, направленных на снижение рождаемости в регионе нет, за исключением Саудовской Аравии. Ожидаемая продолжительность жизни, материнская и детская смертность в возрасте до 5 лет с 2001 года во всех странах считается приемлемой, но в Бахрейне поставлена задача снижения детской смертности с 16 на 1000 рождений и материнской – с 22, хотя Саудовской Аравии данные показатели хуже – 25 и 30 соответственно, однако ничего в этом направлении не предусматривается.

Сложной проблемой является для нефтяных монархий проблема рабочей силы. Изначальная стратегия правящих режимов состояла в проведении индустриализации без создания собственного рабочего класса. Однако это оказалось трудно выполнимым. Правительства стран Залива отказались в планах экономического развития от тандема "иностранные технологии – иностранная рабочая сила", вторая часть которого была отброшена. Под этим углом зрения были пересмотрены планы индустриализации, в которых предпочтение стало отдаваться нетрудоемким проектам. Однако большого успеха это не принесло. По данным арабского экономиста Аль-Ибрагима, в Кувейте за 1985–2000 гг. численность иностранных рабочих в сфере материального производства выросла в 2,7 раза, но в непроизводительной сфере – в 2,8 раза: в сфере услуг – с 57 тыс. чел. до 145 тыс., в торговле – с 18 тыс. чел. до 54 тыс., в финансовых и страховых учреждениях – с 1,6 тыс. до 10 тыс. чел. Та-



ким образом, миграция иностранных рабочих оказывает влияние на численность населения, его возрастную-половую структуру.

Тем не менее, во всех странах особенно жестко стали соблюдаться ограничения на привлечение неквалифицированной рабочей силы. Это оказалось нетрудным, учитывая завершенность основных инфраструктурных проектов к середине 80-х годов. Далее начинаются расхождения в отношении различных правительств к этой проблеме.

Кувейт и ОАЭ в силу естественных причин примирились с необходимостью постоянного присутствия в их странах больших контингентов иностранных работников различной квалификации. Поскольку численность иммигрантов превышает численность коренных жителей, власти из соображений национальной безопасности ужесточили условия натурализации. Просматривается различный подход к национальному составу иммигрантов: в Кувейте по-прежнему большинство составляют выходцы из арабских стран, в ОАЭ – выходцы из Индии и Пакистана. С 90-х г. 20 столетия более жестко ограничивают миграцию, в 80-е–90 гг. возрастает значение возрастной структуры естественного населения, одновременно естественное – половое воспроизводство начинает меняться: уменьшаются темпы роста. Тем не менее структура населения будет испытывать влияние предыдущих высоких темпов роста. Существует положительная тенденция ускорения роста образования, - так, на 2005 год грамотность населения в ОАЭ составляет 90%.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Амин, К. Новая женщина. СПб, 1912.
2. Васильев А.М. История Саудовской Аравии. М., 1982.
3. Гузеватый Я.П. Демографо-экономические проблемы Азии. М. 1980.
4. Гусаров В.И. Социально-экономическое развитие Судана. М., 1983
5. Котлов Л.Н. Становление национально-освободительного движения в арабских б.странах Азии. 1908-1914 гг. М., 1986.
7. Реввель П., Реввель Ч. Народонаселение и пищевые ресурсы. М. 1994.
8. Экологические трудности в развитии третьего мира. Будапешт, 1986.
9. Филоник А.О. Аграрный строй Судана. 1820–1971. М. 1975. БИКИ, № 73, 24.06.1978.

## ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ СЕМЬИ И РОЖДАЕМОСТИ

**Архангельский В.Н.**

*(Центр по изучению проблем народонаселения  
экономического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва)*

### **Роль детей по отношению к различным аспектам**

#### **жизнедеятельности как фактор репродуктивного поведения**

В социолого-демографических исследованиях репродуктивного поведения традиционно изучается вопрос о том, что мешает иметь большее число детей. Выявляемые таким образом, так называемые, помехи к рождению детей, безусловно, влияют на репродуктивное поведение. Однако не менее важным фактором, ограничивающим число детей в семье, видимо, является восприятие людьми детей как помехи к достижению различных значимых целей, реализации себя в различных аспектах жизнедеятельности. Рассмотрению этого аспекта репродуктивного поведения до сих пор в исследованиях уделялось явно недостаточное внимание.

В исследовании, проведенном в 2003 г. в Новгородской области, выяснялись мнения респондентов как о помехах к рождению желаемого числа детей, так и о роли детей по отношению к различным аспектам жизнедеятельности.<sup>20</sup>

Более половины респондентов отметили, что дети способствуют укреплению их брака и интересному полноценному досугу (исключение составили 3-детные мужчины). С другой стороны, среди того, чему дети мешают, женщины с 1-2 детьми чаще всего отмечали профессиональный рост, а трехдетные – достижение материального благополучия и сохранение хороших жилищных условий или их улучшение. Еще несколько чаще на наличие детей как помеху к достижению двух этих последних целей указывали мужчины с 3 детьми. Те мужчины, в семьях которых 1-2 детей, чуть чаще, чем по отношению к другим аспектам жизнедеятельности, указывали на то, что дети мешают занятию любимым делом, общению с друзьями, интересному проведению досуга. Однодетные мужчины несколько чаще, по сравнению с женщинами, указывали на то, что наличие ребенка укрепляет их брак, и, наоборот, реже – что он помогает реализации их как личности. Среди имеющих двоих детей такие

---

<sup>20</sup> Исследование проводилось при финансовой поддержке РГНФ (проект №03-03-00039а).

Таблица 1

**Оценка роли имеющихся детей по отношению к различным аспектам жизнедеятельности (в %)**

Оцените роль детей в Вашей семье по отношению к следующим аспектам жизнедеятельности	Женщины				Мужчины			
	по-мо-га-ют	не-вли-яют	ме-ша-ют	груд-но-ска-зять	по-мо-га-ют	не-вли-яют	ме-ша-ют	груд-но-ска-зять
<b>Однодетные</b>								
Достижение материального благополучия	10,8	62,5	8,0	18,8	12,3	65,4	7,4	14,8
Сохранение хороших жилищных условий или их улучшение	10,3	73,6	5,7	10,3	15,5	68,3	5,0	11,2
Ваш профессиональный рост	3,4	78,2	10,3	8,0	3,8	80,5	6,9	8,8
Общение с друзьями	14,9	70,9	8,6	5,7	19,5	64,2	8,2	8,2
Сохранение хорошего здоровья	20,7	56,3	7,5	15,5	18,2	66,7	2,5	12,6
Укрепление брака	53,4	35,2	2,3	9,1	64,0	26,1	2,5	7,5
Интересный полноценный досуг	51,7	32,8	5,2	10,3	50,6	32,3	8,2	8,9
Уважение со стороны окружающих	38,2	50,3	–	11,6	36,3	49,4	3,8	10,6
Занятие любимым делом	15,5	63,8	9,2	11,5	15,6	63,8	9,4	11,3
Реализация себя как личности	35,1	46,0	4,6	14,4	30,2	54,7	4,4	10,7
<b>Двухдетные</b>								
Достижение материального благополучия	15,2	54,4	7,6	22,8	17,3	56,7	8,7	17,3
Сохранение хороших жилищных условий или их улучшение	17,6	64,7	4,6	13,1	20,1	61,1	2,7	16,1
Ваш профессиональный рост	1,3	76,5	11,8	10,5	8,8	73,6	4,7	12,8
Общение с друзьями	13,5	75,5	6,5	4,5	14,3	66,0	8,8	10,9
Сохранение хорошего здоровья	15,0	54,9	7,2	22,9	21,2	59,6	4,8	14,4
Укрепление брака	57,3	33,1	0,6	8,9	61,7	27,5	2,0	8,7
Интересный полноценный досуг	52,3	34,0	5,2	8,5	45,6	32,0	9,5	12,9
Уважение со стороны окружающих	43,1	40,5	1,3	15,0	38,1	42,2	2,0	17,7
Занятие любимым делом	17,8	63,2	5,3	13,8	19,0	59,2	8,8	12,9
Реализация себя как личности	26,8	51,0	2,5	19,7	26,5	50,3	2,7	20,4
<b>Трехдетные</b>								
Достижение материального благополучия	19,5	63,4	12,2	4,9	17,1	51,2	17,1	14,6
Сохранение хороших жилищных условий или их улучшение	13,2	71,1	10,5	5,3	19,5	58,5	12,2	9,8
Ваш профессиональный рост	7,9	76,3	5,3	10,5	14,6	70,7	2,4	12,2
Общение с друзьями	20,5	66,7	2,6	10,3	9,8	70,7	9,8	9,8
Сохранение хорошего здоровья	23,7	57,9	2,6	15,8	24,4	56,1	2,4	17,1
Укрепление брака	53,8	41,0	–	5,1	48,8	29,3	2,4	19,5
Интересный полноценный досуг	61,1	33,3	–	5,6	39,0	41,5	4,9	14,6
Уважение со стороны окружающих	37,8	54,1	2,7	5,4	40,0	47,5	2,5	10,0
Занятие любимым делом	30,8	48,7	7,7	12,8	24,4	39,0	17,1	19,5
Реализация себя как личности	33,3	46,2	2,6	17,9	26,8	41,5	2,4	29,3

различия не просматриваются. Здесь женщины несколько чаще отмечали положительную роль детей в проведении досуга и уважении со стороны окружающих и, наоборот, отрицательную – в профессиональном росте. Заметнее гендерные различия в оценке роли детей у имеющих трех детей. Здесь женщины чаще, по сравнению с мужчинами, указывали на то, что дети помогают в общении с друзьями, укреплении брака, интересном проведении досуга, занятии любимым делом, реализации себя как личности.

Интересно, что при большем числе детей женщины чаще отмечают, что дети помогают им в достижении материального достатка. Среди 1-детных таковых оказалось 10,8%, среди 2-детных – 15,2%, среди 3-детных – 19,5%. Правда, у имеющих трех детей несколько выше и доля тех, кому дети мешают в этом (12,2% против 8,0% у 1-детных и 7,6% у 2-детных). Последнее имеет место и у мужчин, причем в отношении как материального благополучия, так и жилищных условий. Трехдетные женщины чаще отмечали позитивную роль детей в общении с друзьями (20,5% против 14,9% у 1-детных и 13,5% у 2-детных), интересном досуге (61,1% против 51,7% у 1-детных и 52,3% у 2-детных), занятии любимым делом (30,8% против 15,5% у 1-детных и 17,8% у 2-детных). Таким образом, трое детей чаще (по сравнению с меньшим их числом) оцениваются матерями как фактор лучшего проведения свободного времени.

Мужчины с большим числом детей чаще отмечали, что их наличие помогает им в профессиональном росте (1-детные – 3,8%, 2-детные – 8,8%, 3-детные – 14,6%). В отличие от женщин, доля указавших, что дети помогают в общении с друзьями, у мужчин с большим числом детей снижается (1-детные – 19,5%, 2-детные – 14,3%, 3-детные – 9,8%). То же имеет место и в отношении роли детей в проведении досуга: 1-детные – 50,6%, 2-детные – 45,6%, 3-детные – 39,0%. Отцы троих детей существенно реже отмечали, что дети помогают в укреплении брака (48,8% против 64,0% у 1-детных и 61,7% у 2-детных).

Сейчас трудно сказать, что может скрываться за этими различиями. Нужны дополнительные углубленные исследования, позволяющие детальнее проанализировать роль детей в жизни родителей. Они важны с точки зрения лучшего понимания механизмов репродуктивного поведения и, следовательно, для разработки демографической политики, призванной воздействовать на него. Можно, например, предполо-

жить, что наличие трех детей часто связано с иным образом жизни, в котором дети теснее контактируют с матерями в сфере досуга. Отцами большее число детей не рассматривается как фактор лучшего проведения досуга, возможно, потому что их общение с детьми вообще более ограничено, чем у матерей. Восприятие отцами большего числа детей, как фактора, способствующего их профессиональному росту, может, например, отражать осознание ими необходимости этого роста для большего заработка, чтобы обеспечить семью с большим числом детей. Конечно, здесь возможны и иные связи, и их сочетание. Пока все это только гипотезы, требующие тщательной проверки.

Если имеющиеся дети сравнительно редко воспринимаются как помеха по отношению к другим аспектам жизнедеятельности (по крайней мере, респонденты не часто высказывали такое мнение), то применительно к возможному рождению еще одного ребенка такое его восприятие весьма распространено.

Возможное появление первенца женщинами чаще всего воспринимается как помеха для занятия любимым делом (37,3%), профессионального роста (31,4%), достижения материального благополучия (28,8%), а мужчинами – для достижения материального благополучия (25,4%) и общения с друзьями (22,0%). С другой стороны, позитивное влияние рождения первого ребенка связывается, прежде всего, с укреплением брака (43,1% женщин и 47,5% мужчин), возможностью интересного полноценного досуга (соответственно, 28,0% и 28,8%), реализацией себя как личности (27,5% и 30,5%), уважением со стороны окружающих (23,5% и 28,8%).

Рождение второго ребенка воспринимается как угроза, прежде всего, материальному благополучию (31,8% женщин и 29,1% мужчин). Кроме того, однопородные женщины сравнительно часто отмечали, что второй ребенок может помешать их профессиональному росту (21,5%) и сохранению хорошего здоровья (15,9%), а мужчины – сохранению хороших жилищных условий или их улучшению (18,3%) и интересному досугу (12,8%). В то же время свыше половины (50,6%) мужчин, имеющих одного ребенка, считают, что появление в их семьях второго ребенка поможет укреплению брака. Среди женщин такого мнения придерживаются 35,2%. Позитивное влияние второго ребенка респонденты связывают также с более интересным досугом (29,5% женщин и 31,7% мужчин), реализацией себя как личности (соответственно, 27,1% и 22,7%), уважением со стороны окружающих (24,4% и 28,0%).

Таблица 2

**Оценка возможного влияния появления еще одного ребенка на  
различные аспекты жизнедеятельности (в %)**

Если бы в Вашей семье был еще один ребенок, то, как это повлияло бы на:	Женщины				Мужчины			
	по-мо-гло	не пов-ли-яло	по-ме-ша-ло	труд-но ска-зать	по-мо-гло	не пов-ли-яло	по-ме-ша-ло	труд-но ска-зать
Бездетные								
Достижение материального благополучия	7,7	23,1	28,8	40,4	3,4	45,8	25,4	25,4
Сохранение хороших жилищных условий или их улучшение	9,8	45,1	17,6	27,5	13,6	49,2	13,6	23,7
Ваш профессиональный рост	2,0	37,3	31,4	29,4	3,4	54,2	11,9	30,5
Общение с друзьями	15,7	29,4	25,5	29,4	8,5	47,5	22,0	22,0
Сохранение хорошего здоровья	17,6	31,4	11,8	39,2	13,6	50,8	8,5	27,1
Укрепление брака	43,1	25,5	2,0	29,4	47,5	25,4	5,1	22,0
Интересный полноценный досуг	28,0	22,0	18,0	32,0	28,8	28,8	8,5	33,9
Уважение со стороны окружающих	23,5	41,2	2,0	33,3	28,8	40,7	3,4	27,1
Занятие любимым делом	3,9	29,4	37,3	29,4	8,5	50,8	16,9	23,7
Реализацию себя как личности	27,5	27,5	13,7	31,4	30,5	40,7	5,1	23,7
Однодетные								
Достижение материального благополучия	4,5	41,3	31,8	22,3	3,6	39,4	29,1	27,9
Сохранение хороших жилищных условий или их улучшение	5,6	61,0	13,6	19,8	7,9	56,7	18,3	17,1
Ваш профессиональный рост	1,7	61,0	21,5	15,8	2,4	75,8	9,1	12,7
Общение с друзьями	7,4	64,8	13,6	14,2	10,4	65,6	10,4	13,5
Сохранение хорошего здоровья	11,4	42,0	15,9	30,7	10,4	61,3	5,5	22,7
Укрепление брака	35,2	39,2	2,3	23,3	50,6	33,3	4,3	11,7
Интересный полноценный досуг	29,5	38,6	14,2	17,6	31,7	37,2	12,8	18,3
Уважение со стороны окружающих	24,4	53,4	0,6	21,6	28,0	53,7	3,7	14,6
Занятие любимым делом	10,7	53,4	13,5	22,5	7,9	63,4	9,8	18,9
Реализацию себя как личности	27,1	44,6	7,3	20,9	22,7	52,8	7,4	17,2
Двухдетные								
Достижение материального благополучия	3,2	27,3	50,0	19,5	3,3	33,6	36,8	26,3
Сохранение хороших жилищных условий или их улучшение	7,1	53,9	24,7	14,3	6,0	57,0	17,2	19,9
Ваш профессиональный рост	1,3	63,6	23,8	11,3	3,3	69,5	10,6	16,6
Общение с друзьями	5,3	70,4	11,8	12,5	2,6	66,2	13,9	17,2
Сохранение хорошего здоровья	6,0	45,7	19,9	28,5	10,1	54,4	10,7	24,8
Укрепление брака	27,0	40,8	5,9	26,3	37,5	39,5	3,3	19,7
Интересный полноценный досуг	22,7	40,9	17,5	18,8	20,5	39,7	16,6	23,2
Уважение со стороны окружающих	16,6	55,6	4,0	23,8	23,8	51,7	3,3	21,2
Занятие любимым делом	7,1	55,8	20,1	16,9	7,2	57,9	15,1	19,7
Реализацию себя как личности	16,1	48,4	11,6	23,9	14,4	55,6	6,5	23,5

Таким образом, основные плюсы от возможного появления второго ребенка респонденты видят применительно к тем же аспектам жизнедеятельности, что и от рождения первенца. Более того, нет принципиальных отличий и в доле, соответственно, однодетных и бездетных респондентов, указавших на эти плюсы.

Несколько иначе обстоит дело с отношением двухдетных к появлению третьего ребенка. Прежде всего, надо отметить, что половина (50,0%) женщин, имеющих двоих детей, полагают, что рождение третьего ребенка помешает их материальному благополучию. Позитивное же влияние возможного появления третьего ребенка даже в максимальных случаях отмечалось ими вдвое реже: укрепление брака (27,0%) и интересный досуг (22,7%). Такого нет ни у однодетных (здесь позитивное влияние возможного рождения второго ребенка на укрепление семьи отметили 35,2% женщин, а негативное влияние на материальное благополучие – 31,8%), ни у бездетных (позитивное влияние возможного рождения первенца на укрепление семьи отметили 43,1%, а негативное влияние на занятие любимым делом – 37,3%) женщин.

37,5% двухдетных мужчин полагают, что рождение третьего ребенка может помочь в укреплении брака, и почти столько же (36,8%) – что оно может помешать в достижении материального благополучия. Для сравнения, у однодетных возможное влияние рождения второго ребенка в этих ситуациях отметили, соответственно, 50,6% и 29,1%, а у бездетных – 47,5% и 25,4%.

Такие прямые сопоставления, конечно, не совсем корректны, так как следует учитывать и значимость тех или иных аспектов жизнедеятельности. Это предполагается сделать при дальнейшем анализе механизмов детерминации репродуктивного поведения.

Что же влияет на то или иное восприятие влияния возможного появления еще одного ребенка на различные аспекты жизнедеятельности? Одним из факторов являются ценностные ориентации, соотношение значимости этих аспектов жизнедеятельности и детей.

У тех бездетных женщин, которые полагают, что появление первенца поможет им в достижении материального благополучия (их, правда, всего четверо), значимость наличия ребенка превосходит значимость материального благополучия на 0,17 балла (по пятибалльной шкале). Те, кто считают, что рождение первого ребенка не повлияет на материальное благополучие, оценили значимость последнего в среднем на 0,42 балла выше, чем значимость ребенка, а предполагающие, что первенец может помешать достижению ма-

териального благополучия – на 0,60 балла. У однодетных женщин, считающих, что второй ребенок не повлиял бы на материальный достаток, значимость последнего превосходит значимость наличия двоих детей на 1,04 балла, а у тех, кто считает, что второй ребенок помешал бы – на 1,77 балла. У женщин, имеющих двоих детей и полагающих, что третий ребенок не повлиял бы на материальный достаток, значимость последнего превосходит значимость наличия троих детей на 1,60 балла, а у тех, кто считает, что второй ребенок помешал бы – на 1,87 балла. Соотношение значимости материального достатка и детей у 1-детных и 2-детных женщин, считающих, что появление еще одного ребенка поможет им в достижении материального благополучия, нарушает эту картину, но численность их очень мала и полученные данные могут носить случайный характер.

Однодетные женщины, которые думают, что появление второго ребенка помешало бы их профессиональному росту, оценивают значимость успехов в работе в среднем на 1,02 балла выше, чем значимость двоих детей, а считающие, что второй ребенок не оказал бы здесь влияния – на 0,87 балла. У двухдетных эти показатели (естественно, применительно к третьему ребенку и значимости наличия троих детей) равны, соответственно, 1,70 балла и 1,06 балла.

**Таблица 3**  
**Различия в значимости ценностей при разной оценке возможного влияния появления еще одного ребенка на интересное проведение досуга, занятие любимым делом и реализацию себя как личности (женщины; баллы по 5-балльной шкале)**

Если бы в Вашей семье был еще один ребенок, то, как это повлияло бы на:	Интересный полноценный досуг			Занятие любимым делом			Реализацию себя как личности		
	Разница в значимости интересного проведения досуга и наличия соответствующего числа детей (одного, двоих, троих)			Разница в значимости занятия любимым делом и наличия соответствующего числа детей (одного, двоих, троих)			Разница в значимости реализации себя в различных сферах жизни и наличия соответствующего числа детей (одного, двоих, троих)		
	без-детные	1-детные	2-детные	без-детные	1-детные	2-детные	без-детные	1-детные	2-детные
помогло	0,78	0,29	0,81	2,00*	0,74	1,61	0,73	0,21	0,01
не повлияло	-0,08	0,92	1,05	0,26	1,20	1,75	-0,29	0,56	1,14
помешало	0,88	1,16	1,35	1,63	1,28	2,51	2,00	0,83	1,50

\* – рассчитано для двух человек

У женщин, по мнению которых рождение еще одного ребенка помешало бы проведению досуга, занятию любимым делом и реа-



лизации себя как личности, перевес значимости данных ценностей над значимостью большего, чем у них есть, числа детей больше, по сравнению с теми, кто считает, что еще один ребенок не повлиял бы на эти аспекты жизнедеятельности или, тем более, помог.

У мужчин, по-разному оценивающих влияние возможного появления еще одного ребенка на материальное благополучие, различается разрыв в значимости этого благополучия и наличия большего, чем у них уже есть, числа детей. У бездетных, по мнению которых появление ребенка не повлияет на материальный достаток, он составляет 0,11 балла, а которым помешает – 0,72 балла. У имеющих одного ребенка и полагающих, что появление второго поможет в достижении материального благополучия, этот разрыв равен 0,65 балла, у тех, кто считает, что это не повлияет – 1,12 балла, у тех, кто думает, что помешает – 1,74 балла. У 2-детных эти показатели равны, соответственно, 2,00 (для 5 человек), 1,78 и 1,97.

О влиянии соотношения значимости общения с друзьями и наличия детей на оценку мужчинами влияния возможного рождения еще одного ребенка на общение с друзьями, по результатам исследования, можно говорить только применительно к имеющим одного ребенка. У тех, кто считает, что рождение ребенка положительно скажется на общении с друзьями, равнозначны общение с друзьями и наличие двоих детей. Среди полагающих, что второй ребенок не повлияет на общение с друзьями, значимость последнего на 0,67 балла выше, чем значимость двоих детей, а у тех, кто считает, что второй ребенок помешает этому общению – на 1,60 балла.

Мужчины, считающие, что появление в их семье еще одного ребенка помешало бы проведению досуга, занятию любимым делом и реализации себя как личности, существенно выше оценивают значимость данных ценностей по сравнению со значимостью большего, чем у них есть, числа детей. У тех, кто считает, что появление ребенка не повлияло бы на данные аспекты жизнедеятельности или, тем более, помогло, эта разница, как правило, меньше.

**Таблица 4**

**Различия в значимости ценностей при разной оценке возможного влияния появления еще одного ребенка на интересное проведение досуга, занятие любимым делом и реализацию себя как личности (мужчины; баллы по 5-балльной шкале)**

Если бы в Вашей семье был еще один ребенок, то, как это повлияло бы на:	Интересный полноценный досуг			Занятие любимым делом			Реализацию себя как личности		
	Разница в значимости интересного проведения досуга и наличия соответствующего числа детей (одного, двоих, троих)			Разница в значимости занятия любимым делом и наличия соответствующего числа детей (одного, двоих, троих)			Разница в значимости реализации себя в различных сферах жизни и наличия соответствующего числа детей (одного, двоих, троих)		
	без-детные	1-детные	2-детные	без-детные	1-детные	2-детные	без-детные	1-детные	2-детные
помогло	0,07	0,37	0,99	-0,40	0,39	1,64	0,19	0,27	1,19
не повлияло	0,71	0,97	1,26	0,43	1,35	1,65	0,16	0,45	1,01
помешало	0,60	0,72	1,64	0,60	1,62	2,23	0,67	1,25	1,50

Интересно отметить, что даже оценка возможного влияния появления еще одного ребенка в семье на поддержание здоровья у мужчин связана с ценностными ориентациями. Среди не имеющих детей, у тех, кто считает, что появление первенца позитивно отразится на их здоровье, значимость хорошего здоровья и одного ребенка совпадают, у полагающих, что этот ребенок не повлияет на здоровье, последнее оказалось важнее ребенка в среднем на 0,56 балла, а у считающих, что он помешает – 0,80 балла. У однодетных при позитивном восприятии влияния возможного второго ребенка на здоровье разница в значимости здоровья и двоих детей составила 0,57 балла, при нейтральном (не повлияет) – 1,35 балла, при негативном (помешает) – 1,89 балла. У мужчин с двумя детьми эти показатели составили, соответственно, 1,66, 1,81 и 1,75.

Таким образом, представляется весьма очевидной зависимость от ценностных ориентаций оценки роли в различных аспектах жизнедеятельности возможного появления еще одного ребенка. В то же время эта оценка оказывает существенное влияние на репродуктивные ориентации.

Например, среди 1-детных женщин, считающих, что второй ребенок не повлияет на их материальное благополучие, собираются его иметь в ближайшее время 22,1%, а не собираются вообще –

36,8%. У тех, кто полагает, что он может помешать материальному достатку, эти показатели равны, соответственно, 3,6% и 56,4%.

Среди бездетных женщин, думающих, что появление ребенка не повлияет на их профессиональный рост, собираются иметь его в ближайшее время 36,8%, а несколько позже (пока откладывают) – 47,4%, среди считающих, что ребенок мешает им в этом – соответственно, 12,5% и 81,3%. Среди не имеющих детей мужчин при нейтральной оценке (не повлияет) влияния первенца на профессиональный рост собираются иметь его в ближайшее время 43,8%, а несколько позже – 40,6%, при негативной оценке (помешает) – соответственно, 14,3% и 71,4%.

37,5% бездетных женщин, считающих, что рождение ребенка поможет им в общении с друзьями, собираются обзавестись им в ближайшее время, а 50,0% откладывают его рождение. Среди рассматривающих первенца как помеху в общении с друзьями эти показатели равны, соответственно, 7,7% и 84,6%. У женщин, имеющих одного ребенка и полагающих, что второй поможет им в общении с друзьями, 23,1% собираются пополнить свое семейство в ближайшее время, а 38,5%, наоборот, вообще не собираются рожать второго ребенка. У видящих во втором ребенке помеху к общению с друзьями эти показатели равны, соответственно, 4,5% и 54,5%.

У 1-детных женщин, полагающих, что рождение второго ребенка поможет их более интересному досугу, доля выразивших намерение родить этого ребенка в ближайшее время составила 20,8%, а не рожать совсем – 33,3%. Среди тех, кто считает, что второй ребенок не окажет влияния на их досуг, эти показатели равны, соответственно, 9,4% и 43,8%, а среди думающих, что он мешает – 4,2% и 62,5%. У респондентов с двумя детьми, считающих, что третий ребенок сделает их досуг более интересным, собираются обзавестись им в ближайшее время 6,1% женщин и 3,4% мужчин, а не собираются совсем – соответственно, 75,8% и 62,1%. Среди тех, кто считает, что третий ребенок мешает их досугу, намерения родить его в ближайшее время не высказал никто, а не рожать совсем – 95,7% женщин и 81,0% мужчин.

Среди не имеющих детей женщин, считающих, что ребенок не повлияет на их занятие любимым делом, собираются его иметь в ближайшее время 40,0%, а откладывают – 46,7%. У тех же, кто по-

лагает, что ребенок может помешать, эти показатели равны, соответственно, 10,5% и 78,9%.

У 1-детных женщин, полагающих, что рождение второго ребенка поможет их реализовать себя как личность, намереваются родить его в ближайшее время 21,7%, а не рожать совсем – 28,3%. У тех, кто считает, что второй ребенок не окажет здесь влияния, эти показатели равны, соответственно, 8,3% и 51,4%, а среди думающих, что он помешает, никто не собирается рожать его в ближайшее время и 66,7% отказываются от его рождения совсем. Среди 2-детных женщин отказываются совсем от рождения третьего ребенка 59,1% тех, кто считает, что он помог бы им реализовать себя как личность, 82,9% считающих, что он не повлияет на это, и 100,0% думающих, что он помешает. У мужчин с 2 детьми эти показатели составили, соответственно, 60,0%, 78,4% и 88,9%.

### **Борисов В.А.**

*(Московский педагогический государственный университет, Москва)*

#### **Только рождаемость может спасти Россию!**

Население России стремительно и неуклонно уменьшается, на 700-900 тысяч человек ежегодно. При этом оно также быстро стареет. Недавняя перепись населения 2002 г. выявила новый характер возрастной структуры населения. Впервые за всю историю нашей страны удельный вес населения старше трудоспособного возраста превысил удельный вес детей. Если по данным переписи 1989 г. доля населения моложе 15 лет в России составляла 24,5%, а в возрастах старше трудоспособного – 18,5%, то в октябре 2002 г. дети составили 18,2% общей численности населения страны, пожилые – 20,5%<sup>21</sup>.

Самая низкая доля детей в двух столицах – Москве и Санкт-Петербурге, 13,2 и 13,7% соответственно. По мнению многих демографов и социологов, столицы «задают моду» другим регионам во всех аспектах образа жизни с некоторым лагом во времени. Так что по этим «образцам» можно с большой уверенностью предсказать дальнейшее снижение рождаемости в стране.

---

<sup>21</sup> Борисов В.А. Численность и демографическая структура населения России (по итогам Всероссийской переписи населения 2002 г.) // Преподавание истории и обществознания в школе. М., 2004, № 10, с. 14.

Среди российских демографов в настоящее время наиболее четко оформились две основные научные парадигмы в отношении перспектив демографического развития России и способов их исправления.

Одна из них (А.Г.Вишневский, Е.М.Андреев, С.В.Захаров и др.) считают невозможным в обозримой перспективе повышение рождаемости в стране до уровня хотя бы простого воспроизводства населения. Они видят спасение России только в привлечении большого числа иммигрантов. Так, по мнению А.Г.Вишневского, выраженному им в относительно недавнем интервью газете «Известия» от 25 апреля 2004 г., для достижения указанной цели в Россию ежегодно должны въезжать и оставаться навсегда от 700 тыс. до 1 млн. человек.<sup>22</sup> Он отдает себе отчет в том, что при реализации такого прогноза «к 2100 году более 60 процентов населения страны составят мигранты и потомки мигрантов»<sup>23</sup> и что подобная ситуация может стать опасной.

Другая парадигма (А.И.Антонов, В.А.Борисов, В.М.Медков, В.Н.Архангельский, А.Б.Синельников и др.) считают, что если бы даже идея полномасштабной иммиграции могла быть осуществимой, такая иммиграция могла бы привести к замене, поглощению российской нации нашествием мигрантов, весьма схожим с обыкновенной оккупацией аборигенного народа (народов) завоевателями.

Поговорим немного подробнее о «миграционном» варианте решения проблемы депопуляции. Почему эта концепция представляется мне неприемлемой и неосуществимой?

Во-первых, анализ данных Росстата о динамике внешней миграции показывает, что приток иммигрантов в Россию близок к исчерпанию. Максимального объема миграционный прирост достиг в 1994 г. – 811,1 тыс. человек<sup>24</sup>. При этом положительное сальдо миграции из стран СНГ и Балтии составило 914,6 тыс. человек, а вне этих стран – отрицательное сальдо 105,0 тыс. человек. В последующие годы миграционный прирост как из стран СНГ и Балтии, так и вне этих стран неуклонно сокращался, оставаясь для первой

---

<sup>22</sup> Вишневский А.Г. Для сохранения численности населения России нужны мигранты. Прогноз численности населения Анатолия Вишневского //Известия, 25.04.2004, <http://www.izvestia.ru/economic/article82124>

<sup>23</sup> Там же.

<sup>24</sup> Демографический ежегодник России 2002. М., Госкомстат России, 2002, с. 20.

категории стран положительным, а для второй – отрицательным. В итоге, в 2004 г. миграционный прирост в обмене со странами СНГ и Балтии составил всего 73,4 тыс. человек, а с прочими странами = - 34,0 тыс. человек<sup>25</sup>.

Кто эти люди, которые переезжают к нам в страну? Не нужно, думается, большой фантазии, чтобы понять, что это русские и русскоязычные, беженцы, вынужденно покидающие бывшие республики СССР, и для примерно половины из них эти страны, которые они покидают, как показывают исследования миграциологов, являются родиной.

Сколько их там еще осталось, желающих или вынужденных покинуть свои родины и переселиться в Россию, которая вовсе не жаждет принять их с распростертыми объятьями? По некоторым оценкам, не более 15-20 млн. человек. Однако, было бы совершенно неразумным предположение, что все русскоязычные покинут насиженные места в странах их проживания и переселятся в Россию. Мне неизвестны никакие исследования миграциологов, в которых бы делались попытки рассчитать хотя бы приблизительную величину миграционного потенциала населения, могущего переселиться в Россию. Кстати, такой потенциал было бы полезно узнать, чтобы заблаговременно подготовиться к радушному приему этих иммигрантов.

Но даже если все эти 15-20 млн. мигрантов переселились бы в Россию, это ничего не изменило бы в демографической трагедии страны. Для компенсации естественной убыли населения, согласно расчетам А.Г.Вишневого, необходимо было бы впустить в страну за ближайшие 45 лет, т.е. до 2050 г. 32-45 млн. мигрантов, а до 2100 г. соответственно 64-90 млн. мигрантов. Откуда же их взять столько? Да еще чтобы владели русским языком, были бы образованы, с хорошей квалификацией, именно тех профессий, которые нужны нашей стране, да с готовностью ехать туда, «куда пошлет их страна», - как об этом мечтают наши миграционные чиновники?

Нет, такие прогнозы представляются нам совершенно беспочвенными, мечтаниями, достойными незабвенного Манилова. Более реальными представляются прогнозы, согласно которым приток мигрантов из стран СНГ и Балтии в ближайшие годы вовсе иссяк-

---

<sup>25</sup> Сайт Госкомстата России в Интернете по адресу:  
[http://www.gks.ru/bgd/free/b05\\_00/IswPrx.dll/Stg/d010/i010180r.htm](http://www.gks.ru/bgd/free/b05_00/IswPrx.dll/Stg/d010/i010180r.htm)

нет, а отток населения (молодого и образованного) на Запад усилится (если жизнь в России не очеловечится в самое короткое время).

Наша парадигма считает, что только значительное повышение рождаемости может спасти Россию от вымирания населения и от исчезновения ее с политической карты мира. И мы считаем также, что такое повышение возможно, если правительство страны и все общество в целом проявят политическую волю.

Специалисты, много лет изучающие репродуктивное поведение людей и семей, факторы рождаемости, уже накопили достаточно научного багажа в этой области для того, чтобы перейти к следующему этапу: формулированию предложений по стимулированию рождаемости.

Что мешает повышению рождаемости?

1) Прежде всего, ужасающе низкий уровень жизни большинства нашего народа. По уровню жизни Россия значительно отстает от большинства экономически развитых стран и даже многих развивающихся (проще говоря, слаборазвитых). Это обусловлено не столько низкой производительностью труда народа, сколько несправедливым распределением ВВП (между потреблением и накоплением).

Конечно, мы далеки от преувеличения роли уровня жизни в его влиянии на рождаемость. Автоматически повышение уровня жизни не приведет к повышению рождаемости. Но повышение уровня жизни создает платформу, опору, на которой может строиться эффективная демографическая политика, включающая факторы экономические, социальные, культурные, моральные и прочие. Уровень жизни – условие необходимое прежде всех остальных факторов, но недостаточное.

Всероссийская микроперепись населения 1994 г. показала, что в среднем замужние женщины хотели бы иметь (при самых благоприятных условиях) 2,03 ребенка, реально же собираются родить 1,90.<sup>26</sup> Уже только две эти цифры характеризуют глубину демографической деградации России.

Ничтожная разница между средними желаемым и планируемым в браке числами детей, всего 0,13 ребенка, указывает на то, что и в

---

<sup>26</sup> Борисов В.А. Желаемое число детей в российских семьях по данным микропереписи населения России 1994 года //Вестник Московского университета. 1997, Серия 18, Социология и политология, № 2, с. 36.

сегодняшних, действительно трудных, жизненных обстоятельствах большинство российских семей имеет столько детей, сколько желает. Следовательно, проблема массовой российской малодетности вовсе не только в реалиях сегодняшней нашей жизни, как полагают некоторые наши политики, а в снижении самой потребности большинства семей иметь детей.

2) Отсутствие положительной связи между числом детей и размерами дохода. Полезность детей для родителей – низкая, заработная плата родителей не связана с количеством иждивенцев у работника. В результате не случайно, понятия «многодетные» и «малообеспеченные» семьи стали синонимами.

3) Затянувшаяся «чеченская» война, стоящая всему нашему обществу огромных потерь: человеческих, финансовых, моральных и прочих ресурсов, так необходимых нам для строительства жизни, в том числе и для проведения пронаталистской политики.

4) Неправильная политика средств массовой информации, в угоду рекламодателям и низменным инстинктам малокультурной части общества пропагандирующим зоологический индивидуализм («возьми от жизни все!»), разводы как проявление, якобы, женской эмансипации, антисемейные формы отношений между полами, секс (включая и его «нетрадиционные» формы) и прочие эрзацы свободы. При этом обыкновенная семейная жизнь с несколькими детьми, без каких бы то ни было изысков, нередко осуждается в СМИ как «отсталый», «несовременный» образ жизни.

5) Многолетняя борьба коммунистических властей в недавнем прошлом за «освобождение» миллионов женщин от «домашнего рабства», за вовлечение их в наемный низкооплачиваемый труд, который в действительности был способом понижения стоимости рабочей силы мужчины.

6) В результате женщины постепенно теряли и теряют интерес к ведению домашнего хозяйства (в том числе и к рождению и воспитанию детей), а мужчины потеряли свой статус в семье (и, соответственно, как и женщины, теряют интерес к семейной жизни и воспитанию детей).

7) Нарастание в стране в последние годы ксенофобии, антисемитизма, шовинизма повышает уровень тревожности больших масс населения, что также сказывается на здоровье населения и нежелании множества людей обременять себя большой семьей.



Отсюда, исходя из вышеперечисленного, мы предлагаем следующие мероприятия, могущие, по нашему мнению, положительно повлиять на укрепление института семьи и повышение рождаемости (или, хотя бы, на торможение ее дальнейшего снижения):

1) Необходимо, прежде всего, поднять уровень жизни населения не на проценты, а в разы (по расчетам специалистов Института по изучению уровня жизни в 3-4 раза).

2) Система пособий должна постепенно ограничиваться обслуживанием недееспособных людей, семей, нуждающихся в помощи. Роль такой системы должна постепенно убывать. Нормальная семья должна иметь возможность жить на доходы от труда и воспитывать 3-4-х детей «за свой счет».<sup>27</sup>

3) Необходимо поднять общественный престиж семьи, домашнего хозяйства как важнейшего социального института, обыкновенной, «рутинной» семейной жизни, социальной роли мужа, отца, жены, матери. Общественный престиж женщины-домохозяйки, жены, матери не должен уступать роли передовицы труда.

4) Пора понять, что труд матери, хозяйки дома, не менее важен для общества и государства, чем труд женщины на фабрике или в офисе. Поэтому женщина, вырастившая нескольких детей, должна получить право на трудовую пенсию, вместо нынешней «социальной».

5) Нужно поощрять совместный труд и отдых супругов и родителей с детьми, создавать для этого благоприятные условия. Такая кооперация может способствовать сплочению семьи и укреплению социального института семьи.

6) Нужно создавать в стране моральный климат, благоприятствующий демографической политике. Без благоприятного общественного мнения затраты ресурсов на проведение демографической политики окажутся безрезультатными. Об этом свидетельствует плачевный опыт пронаталистской политики в странах Восточной Европы, проводившейся в 1960-70 гг.

7) Для этого надо переориентировать средства массовой информации на пропаганду «хороших» и «благополучных» многодет-

---

<sup>27</sup> Здесь уместно вспомнить слова К.Маркса, который писал в "Капитале": "Стоимость рабочей силы определяется рабочим временем, необходимым для существования не только отдельного взрослого рабочего, но и рабочей семьи" (Маркс К., Энгельс Ф. Соч., 2-ое изд., т.23, М., 1960, с.406-407).

ных семей, на пропаганду единственного пожизненного брака как положительной нормы.

8) Соответственно нужно вести борьбу с пьянством, курением, развратом и прочими пороками, но не запретами, как предлагают коммунисты и Русская Православная Церковь, а пропагандой здорового образа жизни и созданием благоприятных условий для такой жизни.

9) Нужно бороться с проявлениями политического экстремизма, ксенофобии, этнического шовинизма, за смягчение нравов миллионных народных масс, за снижение уровня тревожности, что будет благотворно влиять на здоровье населения и через него – на повышение рождаемости.

Конечно, я понимаю, что предлагаемые меры – не обоснованы научно. Они предлагаются «навскидку», так сказать. Не для немедленной реализации, а для размышлений и поисков путей. Вероятно, возможны и другие подходы, и другие меры. Но надо иметь желание решить проблему и искать пути к такому решению.

В заключение, позволю себе напомнить старую притчу о двух лягушках, попавших в банку с молоком. Одна из них в отчаянии сложила лапки и утонула. Другая сучила ножками и выжила.

Думается, шансы поднять рождаемость до общественно необходимого уровня есть. По крайней мере – теоретически. А сколько их осталось – никто не может знать.

### **Краснова Н.В.**

*(Кафедра народонаселения экономического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва)*

#### **Особенности демографического поведения в арабских странах**

Для понимания и объяснения репродуктивного поведения в арабских странах провели много обследований: Мировое Обследование Изобилия (WFS), Обследование Распространенности Контрацепции (CPS), Демографические Обследования Здоровья (DHS), Проект PARCHILD, Обследование Здоровья Ребенка Залива (GCHS), и Обследование Здоровья Семейства Залива (GFHS), особое внимание, в которых сосредоточено на характеристике образцов и процессов рождаемости и их детерминантах. Отсутствие достоверной статистики по уровню рождаемости и смертности в большинстве развивающихся стран, включая арабские страны, с немно-

гими исключениями, является известным фактом. По всему региону нет достоверных статистических данных о проценте женщин, посещающих врача во время беременности, о проценте браков между кровными родственниками, о регулировании рождаемости, статусе женщин в обществе и только посредством сбора данных, доступных из различных типовых обследований позволяет заполнить существующие пробелы.

Каирская программа определила действия Международной Конференции по Населению и Развитию (ICPD), подчеркивая важность, надежность и интернациональность, сопоставляя данные относительно всех аспектов социально демографической политики и программ. Предварительные ее результаты, которые полагаются главным образом на табулирование и простую корреляцию не могут и не должны браться как конечные индикаторы демографических процессов, но они, по сути, стали отправной точкой характеристики репродуктивных образцов и формирования стратегии развития.

В 1996 году на Каирской конференции репродуктивное здоровье определили как состояние полного физического умственного и социального благосостояния во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и её функций и процессов. Репродуктивное здоровье подразумевает, что люди имеют способность к воспроизводству и свободу в количестве детей в семье, а также доступ к эффективным и приемлемым методам регулирования рождаемости и право женщин на благополучную беременность и рождение здорового ребенка. Эти права опираются на юридическое поднятие возраста вступления в первый брак, обеспечение дородовой и послеродовой заботы, признание возможности пар самостоятельно решать вопрос о количестве детей в семье, и выбор времени рождения.

Результаты исследования последних трех десятилетий указали, что рождение ребенка связано с высоким риском для матери в случаях:

а) Мать слишком молода (ниже 20 лет возраста) во время рождения; б) Мать слишком стара (35 лет или больше) во время рождения; в) Мать имеет слишком много беременностей/рождений; д) Интервал между рождения не более двух лет; е) Недостаток дородового и послеродового ухода.

В репродуктивном промежутке после 30 лет и определенно после 35 лет возрастают риски детской смертности. Женщины, кото-

рые становятся матерями в возрасте между 30 и 40 годами, имеют риск смерти плода во время беременности в 2 раза выше, чем женщины в возрасте между 20 и 30 годами. Риски увеличиваются в 4-5 раз для женщин после 40 лет. Кроме того, кровное родство среди супружеских пар весьма обычное в арабских странах становится причиной генетических отклонений, которые негативно влияют на репродуктивное здоровье населения. Соответственно, воспроизводство здорового поколения характеризуется:

а) Оптимальный возраст заключения первого брака от 18 лет; в) Искоренение традиции кровнородственных браков; с) Оптимальный возраст для беременностей; d) Интервал между рождениями не менее двух лет; е) Получение матерью необходимых услуг здравоохранения.

Сегодня арабские страны находятся в ранней стадии демографического перехода, поскольку средний возраст вступления в первый брак, а, следовательно, и при первом рождении молодой, а при последних родах высокий – это ключевые факторы, отвечающие за изменение рождаемости. Регулирование возраста вступления в брак возможно через прямую правительственную политику, изменения же в общественном сознании являются длительным процессом. Можно проследить, что через какое-то время уровень образования перестает влиять на сокращение рождаемости, в то время как воздействие возраста вступления в брак и использование контрацепции увеличивается постоянно. Это характерно для всех арабских стран, поскольку они начинают перемещаться от первой стадии демографического перехода: возраст при рождении первого ребенка – ниже 19 лет; при рождении последнего – далеко за 40 лет, таким способом компенсируя высокую младенческую и детскую смертность. Длина репродуктивной продолжительности жизни находится вокруг двадцати лет: Кувейт, Мавритания, Оман, Саудовская Аравия, ОАЭ, Западный берег реки Иордан и сектор Газа, и Йемен - типичные примеры стран в первой стадии демографического перехода. В других странах определенные регионы (в первую очередь сельские районы) и некоторые подгруппы населения (например, неграмотные) – также в первой стадии. Длинная продолжительность репродуктивной жизни – общая и обычная практика среди женщин в первой стадии демографического перехода. К концу первой стадии

возраст при первом рождении начинает повышаться, а при рождении последнего ребенка – уменьшается.

Во второй стадии демографического перехода возраст первого рождения находится вокруг 22-24 лет за счет отсрочки вступления в первый брак из-за повышения уровня образования и получения лучших возможностей для работы, и резко уменьшается возраст последних родов – до 35-37 лет: Продолжительность репродуктивной жизни составляет 12-14 лет. На второй стадии демографического перехода находятся страны: Алжир, Бахрейн, Египет, Иордания, Ливан, Ливия, Марокко, Катар и Тунис; в оставшейся части арабского региона – это городское население и интеллигенция. К концу второй стадии увеличивается распространенность планирования семейства, что служит главным детерминантом, ответственным за изменения в уровне рождаемости и репродуктивных образцах.

Из-за существования гетерогенных подгрупп населения в пределах различных арабских стран, и, следовательно, гетерогенных репродуктивных образцов, важно разнообразие программ, определяющих различные детерминанты репродуктивного поведения и брачности: различные подгруппы населения неодинаково отвечают и реагируют на проводимые программы, поэтому необходима дифференциация, особенно для сельских районов Египта, Марокко, Туниса. Здесь медицинское обслуживание малодоступно, и это существенно влияет на репродуктивные образцы.

В большинстве арабских стран, как правило, до сих пор нет полноценных программ по планированию семьи. Однако, как показывают данные социологических исследований, в настоящее время уже более половины женщин репродуктивного возраста в наиболее развитых странах Залива пользуются контрацепцией в различных формах, мужские способы предохранения использовались только в 15% случаях – это, несомненно, серьезный прогресс. Это говорит о том, что в арабских странах в общественном мнении все больше утверждается мысль, что супружеская пара должна иметь право самостоятельно определять желаемое количество детей в семье. Такой акцент на правах человека принципиально меняет и направление политики планирования семьи, изменяя демографические параметры на макро-уровне.

Другой фактор – повышение среднего возраста вступления в первый брак, помимо изменений в уровне рождаемости, способст-

вует возникновению других изменений в процессах, формирующих уровень рождаемости, поскольку женщины получают возможность завершить обучение и имея определенную квалификацию выйти на рынок труда. Некоторые арабские страны достигали значительного сокращения рождаемости до 4 детей на одну женщину – это Алжир, Бахрейн, Египет, Ливан, Ливия, Марокко, Сирия, и Тунис, что стало возможным в первую очередь в результате сдвижения в сторону увеличения возраста вступления в брак и пропаганды в использовании контрацепции. В то время как регулирование брачного возраста способствуют сокращению рождаемости на 30%, употребление контрацепции снижает его на 20%. Возраст при первом рождении здесь 23 года и при последнем – 37 лет, репродуктивная продолжительность жизни не превышает 14 лет. Такое репродуктивное поведение указывает, что все большее количество женщин откладывает брак до получения профессии, чтобы иметь квалифицированную работу, так 50% женщин в Бахрейне, Египте, Кувейте и 37% в Катаре, имеющих среднее образование, работают. Однако процент работающих женщин в репродуктивном пределе от 15 до 49 лет невелик - 13%, 11%, 9%, 8%, 8% и 3% - соответственно, в Египте, Тунисе, Марокко, Иордании, Судане, и Йемене.

Общий коэффициент рождаемости на селе выше, чем в городе во всех арабских странах, например, в Йемене и Египте разница составляет 2,3 рождения, в Алжире – 2,7.

Соответственно, тенденции и перспективы рождаемости характеризуются:

1) Возраст при первом рождении увеличивается систематически с конца 1970-х г.

2) Возраст последнего рождения, вообще, снижается, кроме Омана, где он стабилизировался на уровне 40 лет.

3) Интервалы между рождениями увеличились, за исключением Кувейта и Ливана.

4) Репродуктивная продолжительность жизни сократилась, кроме Саудовской Аравии, где она увеличилась на 1 год.

5) Прямое воздействие на брак через увеличение среднего возраста вступления в него влияет на сокращение рождаемости от биологического максимума до текущих уровней во всех арабских странах. Единственное исключение - Саудовская Аравия.

6) Прямое воздействие использования контрацепции на сокращение рождаемости увеличивается во всех странах, кроме Омана и Саудовской Аравии.

7) Прямое воздействие стерилизации на сокращение рождаемости резко снижается во всем регионе, стали применяться другие формы контрацепции.

Как указывалось ранее, Алжир, Бахрейн, Египет, Иордания, Ливан, Ливия, Марокко, Катар и Тунис находятся во второй стадии демографического перехода. В будущем будет расти возраст матери при первом рождении и уменьшаться при последнем, поэтому произойдет укорачивание репродуктивной продолжительности жизни в данных странах.

Для Кувейта, Мавритании, Омана, Саудовской Аравии, Западного берега реки Иордан и сектора Газа, и Йемена характерна первая стадия демографического перехода. Здесь необходимо начать проводить целенаправленные программы, охватывающие население в возрасте 20-25 лет.

Ирак, Судан, ОАЭ находятся в конце первой стадии демографического перехода. Ожидается, что до второй стадии им осталось 10-15 лет. Распространяющиеся знания о методах планирования семьи среди замужних женщин репродуктивного возраста в арабских странах и расширение использования контрацепции постепенно все-таки становится тенденцией. Женщины начинают осознавать, что необходимо уменьшать плодовитость ради качественного улучшения здоровья рождающихся детей. Как резюмировалось на Каирской конференции (ICPD), демографическая политика проводится в основном с помощью распространения противозачаточных средств. По мнению многих участников, эта тенденция должна быть изменена на основе обстоятельных исследований. Права женщин, этика репродуктивных действий, межнациональные и межродовые отношения, собственно зависимость репродуктивных тенденций от места женщины в социальной структуре общества в исследованиях практически не рассматривались как самостоятельный предмет анализа. Перспективы XXI столетия указывают, что большинство арабских стран с каждым новым поколением женщин будут переходить к более низким репродуктивным образцам, улучшая уровень медицинского обслуживания, образования и повышая использование квалифицированного женского труда.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ayad, M. And Kumar, S.( 1995 ) 'Proximate determinants of fertility and unmet and unmet need for family planning in the Arab countries'. Paper presented at the Annual Meeting of the Population association of America, April 6-8, San Francisco.

2. El-Khorazaty, M.N and Horne, A. D . (1992) ' Dynamics of childbearing statistic in twentieth century development countries ', journal of Comparative Family Studies , 23910, 13-37/

**Кучмаева О.В.**

*(Государственный НИИ семьи и воспитания, Москва)*

### **Семейная политика в России:**

#### **объективная необходимость и перспективы**

Современное состояние семьи многими специалистами расценивается как кризис семьи как социального института, проявляющийся в уменьшении способности семьи выполнять такие необходимые для общества функции, как воспроизводство населения и воспитание новых поколений. Схожие явления наблюдаются во всех индустриально развитых странах мира. В нашей стране проявления кризиса семьи имели место задолго до начала социально-экономического кризиса, который ускорил вышеупомянутые негативные тенденции, но отнюдь не был их первопричиной. Все серьезные демографические прогнозы предполагают, что и после выхода страны из социально-экономического кризиса суммарный коэффициент рождаемости останется ниже черты простого замещения поколений. Данные многих проводимых специальных исследований, показывают, что замужние женщины репродуктивного возраста не только фактически имеют и собираются иметь в будущем, но и считают идеальным для семьи значительно меньшее число детей, чем это необходимо для обеспечения хотя бы простого замещения поколений.

Формирование новых моделей семьи связано с изменениями ценностных ориентаций. Традиционная система взаимоотношений в обществе, предусматривающая жестко регулируемую роль установившихся обычаев, порядка и внешнего авторитета, заменяется ориентированной на автономию личности в выборе стратегии поведения. Утвердившаяся в настоящее время установка на личную ответственность и самореализацию личности противоречит традици-



онным представлениям о необходимости семейной солидарности. Проведение ряда исследований показало, что кризис семейных ценностей может быть отнесен к преобладающим в общественном мнении опасностям, он вызывает тревогу у третьей части респондентов<sup>28</sup>.

Большинство функций семьи – репродуктивная, воспитательная, сексуальная, экономическая – уже не является прерогативой исключительно семьи. На первое место по значимости для подавляющего большинства людей выходит психологическая функция. Прогнозы будущего семьи в представлении западных психологов и психоаналитиков обобщил нобелевский лауреат А.Тоффлер: «Семья, называемая «гигантским шокопоглотителем» общества – место, куда помятый и побитый индивидуум возвращается после схватки с миром, – единственная стабильная точка во все больше и больше наполняющейся изменениями окружающей среде. Так как супериндустриальная революция разворачивается, сам этот «шокопоглотитель» будет претерпевать некоторые потрясения»<sup>29</sup>.

В российском обществе продолжают существовать некие социальные стандарты демонстрации семьи в качестве ценности. Причем это касается как государства в целом, так и отдельных индивидов. Хотя зачастую именно декларацией дело и ограничивается. Подавляющее большинство исследований подтверждает высокую ценность семьи в глазах россиян. Однако это отнюдь не означает, что люди в реальной жизни ведут себя в соответствии с такой оценкой. Здесь, как представляется, налицо обычное расхождение между идеальными представлениями и реальным поведением: между тем, что люди говорят, и тем, что они делают.

Хотя на прямой вопрос о значимости семьи респонденты отвечают позитивно, зачастую это просто «хороший тон». В частности, ответы на вопрос: «Для чего нужна семья? В каких случаях семья является опорой?» показывают, что семья выступает для респондентов опорой в сложных, кризисных ситуациях (болезнь, неприятности на работе и т.п.). В прочих случаях семью склонны рассматривать, скорее, как обузу. Благополучная семья обеспечивает необ-

---

<sup>28</sup> См.: Иванова В.А. Страхи и тревоги россиян: «западники» и «традиционалисты»// Социол. исследования. – 2002. – № 3. – С. 44–50.

<sup>29</sup> Тоффлер А. «Футуршок» / Пер. с англ. – М.: Прогресс, 2000. – С. 187.

ходимые людям, особенно в условиях социокультурного кризиса, помощь, безопасность, облегчение стрессовых ситуаций.

Видимо, эти опасения привели к тому, что в настоящее время семья и дети не занимают среди основных жизненных ценностей ведущего положения, как это было несколько лет назад<sup>30</sup>. Первое место респонденты независимо от их возраста, пола, уровня образования, социального положения отдают здоровью, так как именно здоровье членов семьи определяет ее благополучие и независимость, затем следуют деньги, и лишь третье место (причем у всех возрастных групп) занимает семья.

В целом можно утверждать, что семья остается одной из значимых жизненных ценностей россиян независимо от возраста, при этом на ведущие места в ценностных ориентациях выходят ценности личного характера.

Результатом изменений в поведении современной семьи явился отказ от рождения детей, о чем свидетельствует динамика репродуктивных установок населения за последние 10 лет. В частности, опрос 1070 студентов петербургских вузов, показал, что семья остается для них привлекательной ценностью, но связывать себя браком молодежь не спешит. Девушки планируют замужество в 25 лет – после достижения «независимого и стабильного положения в обществе», юноши еще позже. Бездетными видят себя 5,8% опрошенных; одного ребенка планируют иметь 24,4%, двух – 58,1%, трех – 9,4%, четырех и более – 2,3%<sup>31</sup>. Такие планы не дают надежды даже на простое воспроизводство населения. По расчетам Архангельского В.Н., величина суммарного коэффициента рождаемости по первым рождениям свидетельствует о том, что примерно 20% женщин откладывают рождение первенца или отказываются от него.

В целом в контексте брачного поведения наблюдается ориентация к снижению нормы брачности (это подтверждают и данные переписи 2002 г.) - люди не видят в семейном образе жизни исключительной ценности. Люди стали более чем лояльно относиться к незарегистрированным бракам. Так, в ходе исследования, проведенного в 2002 г. в г. Твери, выяснилось, что положительно оценивает их

---

<sup>30</sup> См.: Какорина Е.П. Здоровье – основная жизненная ценность //Мир психологии. – 2000. – № 1. – С. 75–82.

<sup>31</sup> См.: Соколов А.В., Щербакова И.О. Ценностные ориентации постсоветского гуманитарного студенчества// Социол. исследования. – 2003. – № 1. – С. 115–123 .

большинство населения. Однако с возрастом респондентов доля положительных оценок снижается: в возрастной группе от 18 до 24 лет она составляет 81.2% среди мужчин и 76.9% среди женщин, 40-55 лет – 57.4% и 75.4%, 55-70 лет – 42.1% и 45.2% соответственно.<sup>32</sup> Данные подтверждают, что в современной России официально незарегистрированные браки получают все большее распространение. Однако наряду с этим на вопрос «Возможно ли для Вас рождение ребенка в гражданском браке?» практически половина респондентов ответили «нет». Причем при ответах на этот вопрос различия в возрастных группах трудноуловимы. Таким образом, изменение морали по отношению к институту брака, большее распространение фактических брачных отношений вероятнее всего приведет к еще большему сокращению рождаемости. Так как лояльное отношение к незарегистрированному браку отнюдь не распространяется на отношение к рождению и воспитанию ребенка в такой семье.

В семье происходит смена лидерства, все заметнее утверждаются партнерские отношения – 44% опрошенных в 2001 г. указали именно на этот тип отношений в их семье, лишь 8% дали ответ, что полномочия полностью сосредоточены у мужа или жены.<sup>33</sup> По данным социологических опросов, в каждой пятой семье властные полномочия у жены, в каждой шестой – у мужа. Наличие в 36% семей одного субъекта властных полномочий есть основание для внутрисемейного конфликта. Лишь 37% респондентов имеют установку на равенство и партнерство супругов. При этом большинство опрошенных считают, что положение женщин в семье более ущемленное, чем мужчин.

Семья меняется, и, пожалуй, меняется достаточно радикально. Изменения и кризисные процессы в семейных отношениях отмечают все специалисты. При этом одни усматривают крах семьи, а другие полагают, что она сохранится в модернизированном виде.

Социальной нормой становятся неполные семьи; незарегистрированные браки; семьи, где воспитываются внебрачные дети. В обществе кардинально изменилось отношение к незарегистрированным бракам, обсуждается возможность однополых браков. Возник-

---

<sup>32</sup> Богданова Л.П., Щукина А.С. Гражданский брак в современной демографической ситуации. – Социологические исследования. – 2003. - №7 с. 101

<sup>33</sup> Карцева Л.В. Модель семьи в условиях трансформации российского общества. – Социологические исследования. – 2003. - №7 с. 98

новение в обществе таких явлений как клонирование, распространение ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение), суррогатного материнства, старение общества как следствие сокращения рождаемости (20% населения России старше 60 лет) при обсуждаемом учеными возможном значительном увеличении продолжительности жизни человека – все эти изменения приведут к формированию института семьи, имеющей мало общего с традиционной.

Сторонники кризисной и модернизационной концепций государственной семейной политики по-разному оценивают изменение семейных ролей и переход к приоритету интересов индивида над интересами семьи в целом. Одни специалисты предлагают такие меры семейной политики, как государственный патернализм, возрождение семейного производства, повышение субъектной роли семьи, другие - обеспечение государством условий для свободного развития каждой семьи, опирающееся на приоритет интересов личности, развитие эгалитарных отношений в семье и обществе.

Происходящие изменения обуславливают необходимость специальной семейной политики, ее четкое законодательное закрепление. Отсутствие реальной семейной политики – это тоже семейная политика, выражающая отношение государства к институту семьи, его ценности для общества. Анализ программ политических партий и движений, участвующих в выборах в Государственную Думу в 2003 г., показал, что большинство из них декларировало необходимость поддержки семьи, учет ее интересов в реализации социально-экономической политики (за исключением, пожалуй, СПС, пропагандирующих приоритет интересов индивида).<sup>34</sup> Однако декларацией дело и заканчивается.

Когда реально государство не проявляет активности в поддержке семьи, гражданское общество находится еще в стадии становления, единственным субъектом семейной политики, проявляющем активность и заинтересованность в пропаганде семейных ценностей и семейного образа жизни, выступает церковь. Однако возврат к традиционной, патриархальной семье, семейным ценностям, основанным на религиозном мировоззрении, представляется нереальным, у значительной части населения вызывает и отторжение. Хотя по результатам исследований доля верующих среди насе-

---

<sup>34</sup> Климантова Г.И. Государственная семейная политика современной России. М.: изд.-торг. Корпорация «Дашков и К», 2004. – 192 с. – с.177-189

ления России составляет довольно значительную величину (до 60-80%), однако зачастую это достаточно поверхностная оценка. При постановке вопроса в контексте соблюдения респондентами правил и норм той религии, приверженцами которой они себя считают (а часто люди не готовы даже сказать, что являются приверженцами конкретной религии), знакомства со святыми книгами веры, возможности отнесения себя к категории людей, живущих «воцерковленной» жизнью, доля верующих сокращается до 5-7%.

Государство уже легитимировало права граждан, в том числе и право на самостоятельное планирование рождений детей. В любом случае, упование на то, что можно законодательно «заставить» каждого гражданина иметь не менее трех детей представляется по меньшей мере неразумным. Человек не будет создавать семью, рожать и воспитывать детей, если это не станет его потребностью, органичной частью образа жизни.

О возможном эффекте мер семейной политики свидетельствуют результаты социологических исследований, показывающие, что в максимальной степени семьи нуждаются в мерах по повышению их уровня жизни и улучшению жилищных условий. Семьи с детьми составляют подавляющее большинство малообеспеченного населения. Однако вряд ли семейная политика окажется действительно эффективной, если будут реализовываться только социально-экономические меры поддержки.

И здесь, в первую очередь речь может идти о формировании государственной идеологии, направленной на формирование ценности семьи, пропаганду семейного образа жизни. При этом необходимо использовать и законодательные рычаги, и мощную информационную кампанию, воздействующую на общественное мнение, и элементы образовательной политики.

Механизм рыночного регулирования, в том числе и рынка труда, не заинтересован в учете интересов семьи. Жесткие условия конкурентного общества ставят и женщин, и мужчин перед выбором: карьера или семья. И выбор делается не в пользу семьи. Если государство действительно заинтересовано в сохранении и благополучии института семьи, именно оно должно обеспечить, чтобы люди с семейными обязанностями не были изгоями на рынке труда. Государство должно обеспечить действенность механизма контроля за соблюдением прав граждан с семейными обязанностями на рынке труда, заинтересованность работодателя в такого рода работни-

ках, а не ограничиваться декларациями.

Велика роль и СМИ в формировании позитивного образа семьи. Необходимо сотрудничество государства с другими институтами общества, в том числе с церковью, в проведении семейной политики. Государство должно разделить ответственность за будущее семьи, детей со своими гражданами. Имеющиеся меры социальной поддержки не обеспечивают пока реальной помощи в воспитании детей. Кроме того, в любом случае объем помощи государства является своеобразным индикатором, демонстрирует уровень его заинтересованности в благополучии семьи. Если государство оценивает свою помощь родителям в обеспечении достойного уровня жизни детей в 70 р. (размер ежемесячного пособия в значительной части регионов России), то значит, настолько семья значима для государства.

Пока в стране не обеспечены реальные механизмы реализации Основных направлений государственной семейной политики, утвержденных указом Президента еще в 1996 г. Государственная экономическая политика должна учитывать интересы семьи. Именно на государственных органах власти лежит обеспечение соблюдения международных обязательств России в обеспечении достойного уровня жизни семей, декларируемых законодательством норм бюджетных расходов на семейные пособия. Разработка минимальных социальных стандартов на уровне Федерации спущена на тормоза, их подготовка и контроль за реализацией фактически полностью переходит на уровень регионов.

В целом мужчины и женщины стали вступать в брак позже, стремятся к большей самостоятельности, не видят необходимости заводить несколько детей (а иногда и одного ребенка), зачастую откладывают рождение ребенка «на потом», гораздо меньше придают значение официальной регистрации отношений, а зачастую и совместному проживанию. В условиях малодетности молодежь принимает решение об отказе от рождения, а не о рождении единственного ребенка, об ограничении реализации своих репродуктивных намерений 1 ребенком, а не 2-3-мя детьми. Социально-экономические и социо-культурные изменения, происходящие в России в последние 15 лет, влияют на изменение условий жизни, социальных норм (в том числе норм детности), ценностных ориентаций. Происходит постепенный переход от двухдетности к однодетности как идеальной модели семьи.

Оценка тех или иных жизненных обстоятельств с точки зрения условий реализации потребности в детях определяется конкуренцией потребностей, зависит от соотношения значимости различных ценностей для индивида. Изменение ценностных ориентаций ведет к изменениям в конкуренции потребностей. Существенное расширение предлагаемого спектра возможностей поведения в различных сферах жизнедеятельности может способствовать развитию потребностей, удовлетворению которых, в представлении индивида, может мешать даже один ребенок.

Прогноз дальнейших изменений в брачно-семейной структуре населения России зависит от эффективности проводимой государством демографической политики, направленной на повышение рождаемости и укрепление семьи. Если такая политика не будет осуществлена или окажется недостаточно эффективной, все отмечаемые негативные тенденции в развитии семьи получат продолжение. И тогда вряд ли мы сможем говорить о сохранении института семьи с его нынешними характеристиками, функциями в будущем. Это будет уже другая семья, другая система ценностей, другое общество с иным характером отношений.

**Мамедова М.Г., Рагимова З.Р.**

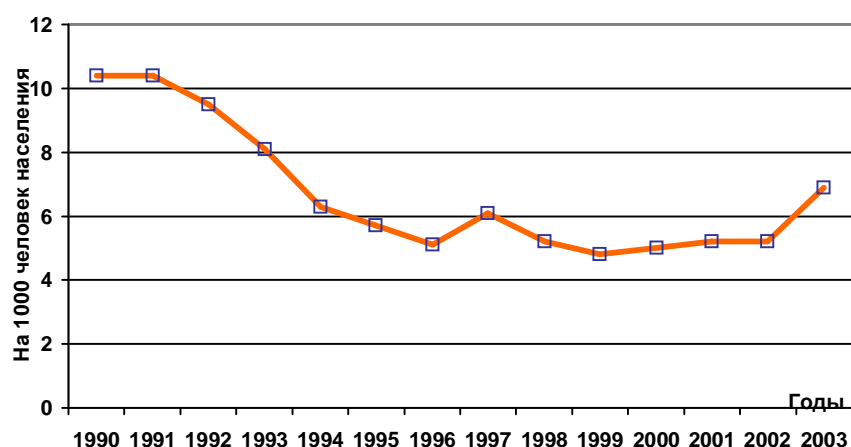
*(НИУЦ по труду и социальным проблемам Министерства труда и социальной защиты населения Азербайджанской Республики, Баку)*

#### **Современные особенности брачно-семейного состояния населения Азербайджана**

В Азербайджане формирование брачности в социальном плане происходит сравнительно благоприятно в результате сохранившихся еще некоторых позитивных факторов, связанных с национальными традициями, региональными обычаями, бытом, нормами поведения и т.п., которые отражаются на устойчивости браков.

Тем не менее, коренные изменения, происходящие в общественной жизни Азербайджанской Республики с начала 90-х годов, привели к новым тенденциям в социально-демографической ситуации, в том числе и в брачности населения. Анализ брачности в республике за период с начала 90-х годов по настоящее время свидетельствует о наличии разнонаправленных тенденций, влияющих, с одной стороны, на рост уровня воспроизводства населения, с другой – на его снижение.

Так, в начале 90-х годов, несмотря на общую тенденцию снижения числа браков, приходящихся на 1000 человек населения, в отдельные годы их число несколько увеличивалось. Но тенденция стабильности роста коэффициента брачности стала проявляться в основном в последние годы. Это является следствием того, что, начиная с середины 90-х годов, происходил процесс благоприятного формирования потенциала лиц бракоспособного возраста под влиянием сравнительно высокой рождаемости 70-х годов. Но если учесть, что в последние годы среди выезжающих из республики на заработки основную часть составляют лица бракоспособного возраста, то заметим, что ситуация брачности, начиная с 1992 года по настоящее время, заметно меняется, число браков постепенно снижается и на сегодняшний день оно достигло самого низкого уровня.



**График 1. Динамика коэффициентов брачности в Азербайджанской Республике за 1990-2003гг.**

Так, в 1995 году по сравнению с 1990 годом количество браков в абсолютном выражении снизилось на 29989, или на 41,0%, в 1999 году – на 35737, или 49,0%, в 2003 году – на 17028, или 23,3 %. Динамика данных показывает, что уровень числа заключенных браков в республике был самым низким в 1999 году. Из официальных статистических данных о динамике коэффициентов брачности также видно, что в целом за период 1990-2003 годы наблюдается тенденция их снижения. Так, если в 1990 году коэффициент брачности со-

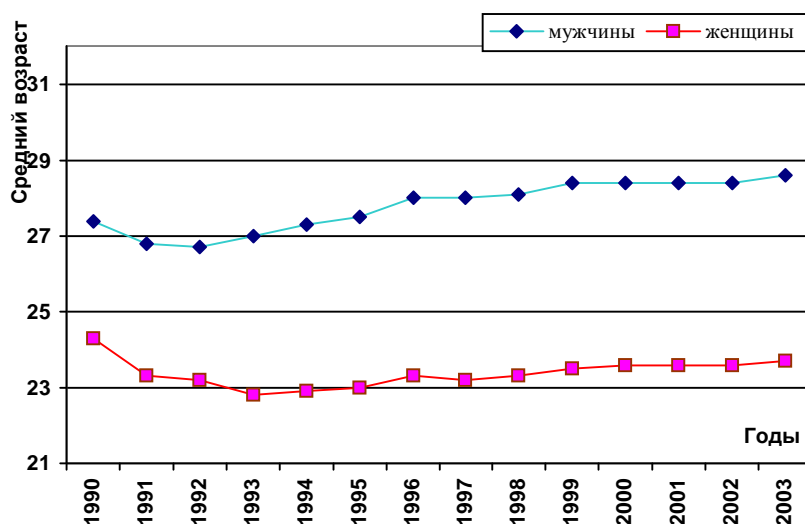


ставлял 10,4%, то в 2003 году он снизился до 6,9%. Но следует отметить, что за последние несколько лет интенсивность снижения числа браков уменьшается. Так, в 2003 году коэффициент брачности по сравнению с 1999 годом увеличился на 2,1 процентных пункта или на 43,8%. Позитивные изменения в процессах брачности за последние годы является следствием претворения в жизнь программ социально-экономического и демографического развития республики.

Следует отметить, что в формировании структуры брачности населения по полу и возрасту значительную роль играет средний брачный возраст мужчин и женщин. За последние годы в республике наблюдается рост среднего брачного возраста мужчин и женщин (диаграмма 2). Так, в 1989 году средний возраст вступающих в брак был равен 25,4 годам, у мужчин – 27,0 годам, у женщин – 23,7 годам. В 2003 году этот показатель, соответственно, составил 25,7, 28,6, 23,7. Из данных видно, что за указанный период средний возраст вступающих в брак увеличился на 0,3 года.

Рост среднего брачного возраста вступающих в первый брак женихов и невест в условиях республики обусловлен, с одной стороны, формированием половозрастной структуры лиц, вступающих в бракоспособный возраст, с другой – ростом относительного уровня приема в высшие и средние специальные учебные заведения из контингента лиц, окончивших среднюю школу.

Всеобщее вовлечение молодежи в сферу учебы способствует увеличению среднего возраста вступающих в брак. Так, если в 1993 году из всех окончивших школу в высшие учебные заведения было принято 18,6%, то в 2003 году их численность увеличилась и составила 29,9%. Изменение соотношения в удельном весе приема в вузы, и вследствие этого снижение экономической самостоятельности молодежи, временно отошедшей от производства и тем самым лишенной материальных возможностей, сыграли существенную роль в увеличении среднего возраста лиц, вступающих в первый брак.



**График 2. Средний возраст вступающих в брак**

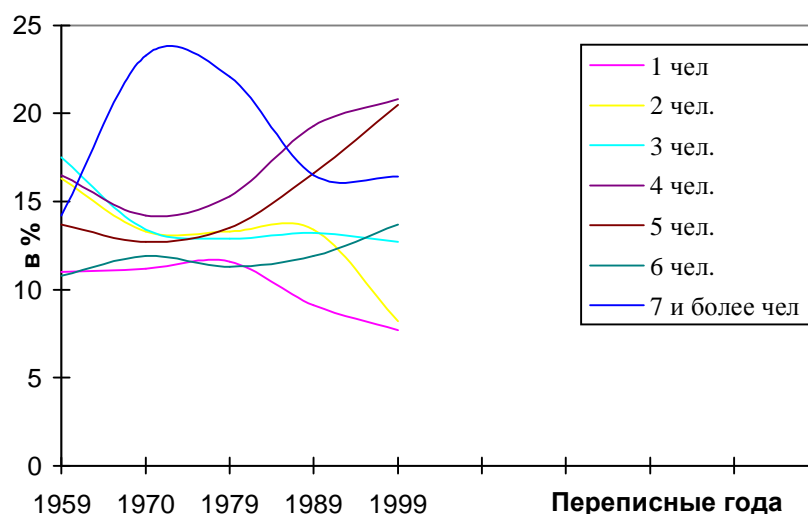
Увеличение среднего возраста лиц, вступающих в брак, как нам представляется, послужило основой для снижения уровня воспроизводства населения в виду конкуренции браков в менее плодотворных возрастах, что с другой стороны имеет негативное значение, с другой стороны, в связи с формированием осознанных браков такое положение может иметь и позитивные последствия. Наряду с отмеченным существенно снизилась интенсивность вступления в брак бракоспособного населения.

Низкий уровень относительного числа лиц, состоящих в браке, в республике обусловлен как демографическими, так и экономическими факторами, среди которых ведущее место занимает материальное благосостояние и жилищные условия.

Действие тенденций демографического развития республики наряду с факторами социально-экономического порядка оказали влияние на развитие семьи в республике. К сожалению, достоверные статистические сведения о семье могут быть получены только в период переписей населения, в связи с чем исследования развития семьи базируется лишь на данных переписей.

Одним из важнейших показателей, характеризующих развитие семьи в республике, является ее средний размер. Известно, что тен-

денции снижения естественного прироста населения оказывают соответствующее влияние на средний размер семьи, приводят к его снижению. Отметим, что в республике в 1979 году средний размер семьи составил 5,1 чел., в 1989 году- 4,8чел. и в 1999 году – 4,7 чел. Приведенные данные свидетельствуют о том, что на протяжении двадцати лет в связи со снижением уровня естественного роста населения, а также с замедленными темпами формирования семей, средний размер семьи в республике имел тенденцию к снижению.



**График 3. Число членов в семье**

С течением времени темпы среднегодового прироста семей значительно замедлились, а в последний межпереписной период они несколько возросли. На темпы прироста числа семей за последний межпереписной период оказали влияние, с одной стороны, демографические особенности формирования брачности, с другой – процесс расчленения сложных семей.

Отметим, что значительная часть вновь образующихся семей, в связи с обострившейся обстановкой в условиях республики жилищной проблемой, вливались в сложные семьи, оказывая тем самым сдерживающее влияние на темпы роста общего числа семей. Так,

если в 1979 году среди всех семейных групп наблюдалась тенденция к усложнению семейного состава (7 и более человек), то в 1999 году по сравнению с 1979 годом среди всех семейных групп сложные семьи стали расчленяться и средний размер семьи стал ниже (4 и более человек). Удельный вес семей из 7 и более человек в составе всех семей составил в 1979г. 22,1%, в 1999 году же этот показатель снизился до 16,4%.

В эти годы (1979-1999) идет формирование нового типа семьи – преимущественно нуклеарной (двухпоколенной) и среднетной (с 2-3 детьми). Последняя тенденция подтверждается уменьшением доли 3 и более детей в семьях, что ведет к малодетности. Отметим, что уже в 1999 переписном году стало очевидно, что в общей структуре численности семей с детьми преобладает удельный вес семей с 2-мя детьми (35,2%), семьи с 4 и более детьми составили 1/6 часть (16,7%). Этот процесс характерен для всего населения республики и активно развивается среди городского населения. В связи с тем, что репродуктивное поведение сельских жителей по-прежнему довольно резко отличается от репродуктивного поведения горожан, на селе в ограниченных пределах сохраняет свои позиции среднетная семья. Так, в сельской местности удельный вес семей с 4 и более детьми в общей численности семей составил 1/5 часть (20,1%), а в городе удельный вес подобных семей составил 1/7 часть (13,5%). Как видно традиция относительной многодетности все еще сохранилась в сельских местностях.

Нивелированию рождаемости различных слоев населения в значительной степени способствовали тенденции социально-экономического развития республики, в частности, сближение уровней доходов городского и сельского населения. Однако, внешне значительное выравнивание уровней жизни населения различных социальных групп не отразилось на среднедушевых доходах в семьях с различным числом детей, несмотря на то, что реальные различия в уровнях доходов малодетных и многодетных семей увеличились.

Отметим, что модели семей и их динамика в значительной степени связаны с социально-экономическими проблемами, в частности, зависят от уровня культуры, образования и стремления людей жить еще лучше.

Исследования факторов, влияющих на семейные отношения и модели семьи, дают возможность сделать следующие выводы:

- семья как социальный институт в большей части теряет свои особенности; семейные основы, заложенные обществом, на сегодняшний день для большинства людей, живущих новыми стандартами, не воспринимаются;
- участие женщин в социально-экономической жизни расширяется, что сказывается на деторождении;
- повышается экономическая независимость молодежи, что ведет к снижению брачности.

Исходя из этого, считаем, что нормальному формированию и развитию брачно-семейных отношений будет способствовать проводимая научно-обоснованная и эффективная демографическая политика страны.

**Русанова Н.Е.**

*(Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН, Москва)*

**Мишиева Н.Г.**

*(Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва)*

#### **Позднее материнство и проблемы воспроизводства населения**

Одной из важных современных особенностей российской рождаемости стал ее рост в старших репродуктивных возрастах. За первое пятилетие XXI века общий коэффициент рождаемости в России вырос на 12,6%, а повозрастная рождаемость 35-39-летних женщин - на 41,6%.<sup>35</sup> Показатели рождаемости женщин старше 35 лет в настоящее время приближаются к показателям последнего перед депопуляцией 1991 г.

Распространение рождений после 35 лет обусловлено многими причинами, среди которых наиболее важны материальное благополучие женщины, ее психологические особенности, отношение к семье и карьере. Если у женщины старше 35 лет хорошее физическое и репродуктивное здоровье, то ее шансы родить здорового ребенка почти такие же, как у двадцатилетней. При этом в позднем материнстве есть и определенные преимущества, т.к.:

---

<sup>35</sup> См. Российский статистический ежегодник. 2004. М., 2004, с. 121

- женщины, которые не торопятся обзаводиться детьми, психологически лучше подготовлены к материнству;
- беременность становится осознанным решением и результатом глубоких размышлений;
- мать более зрелого возраста обычно не ждет от ребенка осуществления всех своих чаяний и не считает его помехой жизненным планам;
- позднее материнство обязывает женщину долго оставаться молодой, что многими рассматривается как самый большой плюс.

Однако откладывание родов может закончиться их физической невозможностью, поскольку с возрастом биологическая репродуктивность снижается. Отдельные признаки старения репродуктивной системы появляются с 27 лет, задолго до менопаузы и пременопаузального периода, и демографическая проблема становится медицинской.

В 2004 г. на базе Отделения сохранения и восстановления репродуктивной функции женщины Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН было опрошено 300 женщин, в возрасте старше 30 лет, обратившихся за медицинской помощью в связи с желанием иметь детей<sup>36</sup>. Часть их имела в анамнезе патологию репродуктивной системы, часть просто хотела получить консультацию специалистов перед планированием беременности в позднем, по их мнению, возрасте. Основные результаты исследования:

1. Возраст 34-58 лет (из них 85% в возрасте 35-44 лет).
2. Более 70% опрошенных считали свой брак зарегистрированным браком (в ЗАГСе или церкви). Почти все браки были длительными (83% - 5 лет и более, 60% - 10 лет и более, 35% - 15 лет и более).
3. Все женщины были хорошо образованы - лишь у каждой пятой уровень образования не превысил среднее профессиональное, остальные (почти 80%) имели высшее образование, в т.ч. 6% - ученую степень.
4. Большинство женщин работали - домохозяйек только 1/5, а 3% респонденток считали себя безработными, т.е. хотели найти ра-

---

<sup>36</sup> За последние 15 лет число пациенток старшего репродуктивного возраста, обратившихся в отделение сохранения и восстановления репродуктивной функции возросло в два раза – с 18% в 1990 г. до 37% в 2003 г.

боту. Места приложения труда разнообразны и соответствовали традиционной структуре женской занятости.

5. Более 90% женщин были жительницами городов (от Владивостока до Анапы).

6. Структура совокупных доходов семей респонденток различна, и это не всегда прямо связывалось с фактическим составом семьи. Большинство женщин вносит в бюджет семьи 20-100% совокупного дохода, у многих есть небольшие личные доходы, не входящие в семейный бюджет. Практически все женщины не считали семейные доходы низкими, полагая, что либо доходов хватает только на «самое необходимое», либо есть возможность делать накопления – лишь у 3% опрошенных доходов не хватает даже на самое необходимое. То есть, потребность в детях у женщин, решившихся на позднее материнство<sup>37</sup>, не связана непосредственно с уровнем их доходов; дети для них - «самое необходимое», по крайней мере, на момент опроса.

7. Основной источник доходов у половины семей - заработная плата. Каждая седьмая семья не в состоянии поддерживать свое существование без регулярной материальной помощи со стороны; половина таких семей состоит из одиноких женщин. На каждые три семьи, в которых весь доход формируется только из личных доходов мужа/партнера, приходится две семьи, в которых весь доход составляют личные доходы женщины.

8. Среди опрошенных бездетных было чуть больше половины (55,7%), у остальных по 1 (25,7%) или 2 (6,4%) детей<sup>38</sup>. Из-за гибели единственных детей бездетно абсолютное меньшинство (6,4% опрошенных или 12,3% бездетных), а ровно половина – из-за бесплодия различной длительности (от 5 до 25 лет)<sup>39</sup>. Т.е., 2/3 бездетных хотели, но без медицинской помощи не могли иметь детей.

9. 20% респонденток на момент опроса находились в повторном браке, имели детей от предыдущих браков и хотели бы их в текущем браке.

---

<sup>37</sup> Здесь не рассматриваются женщины, беременность у которых наступила спонтанно, т.е. не была запланирована и не требовала специализированной репродуктивной помощи.

<sup>38</sup> Остальные 13% не ответили на этот вопрос

<sup>39</sup> Больше трети опрошенных среди бездетных не ответили на вопрос о том, почему они решили иметь ребенка именно сейчас.

10. Лишь 20% женщин по собственному желанию откладывали рождение первенцев на четвертый-пятый десяток; 2/3 из них моложе 40 лет. Причина этого конкретно не называлась, преобладали ответы типа «именно сейчас настала пора» или «пора уже». Лишь 1/10 таких женщин указала, что только к этому времени разрешились материальные и жилищные проблемы, раньше не позволявшие иметь детей. Обычно эти женщины имели высшее образование, и либо состояли в зарегистрированном браке с высокими семейными доходами за счет мужа, либо в браке не состояли, но сами получали высокие доходы на хорошо оплачиваемой работе.

11. У бесплодных среди причин поздней беременности довольно часто называлось «отсутствие средств на ЭКО в прежние годы», и это у женщин старше 40 лет. Т.е. из-за организационных проблем, связанных с отказом государства оплачивать такое лечение, беременность переносится на самую последнюю часть репродуктивного периода, когда эффективность лечения объективно снижается.

12. Одними из наиболее морально сложных вопросов остаются вопросы об использовании донорской спермы и донорской яйцеклетки. Каждая третья респондентка либо еще не приняла никакого решения по этому поводу, либо вообще не ответила на поставленные вопросы. Обосновывая свои ответы, респондентки часто ссылаются на мнение своих мужей/партнеров, особенно, при отрицательном ответе; «муж будет против» или даже «категорически против». Часто мнение мужа отрицательно как в отношении донорской яйцеклетки, так и в отношении донорской спермы. Вопрос в пользу или против репродуктивного донорства решается не просто индивидуально, но по-разному даже на разных этапах лечения с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, которые требуют значительных материальных и эмоциональных затрат. Однозначно решение лишь в случаях, когда планируется рождение ребенка в первом браке после ухода старших детей из родительской семьи - любое репродуктивное донорство категорически отвергается.

13. У большинства хорошая осведомленность по вопросам здоровья детей и матерей в позднем родителстве. Опасность генетических отклонений у детей осознается, но также осознается и возможность контроля за ней.



14. В большинстве случаев позднее материнство сопровождается поздним отцовством - мужья/партнеры обычно старше. Возраст большинства мужчин<sup>40</sup> - от 35 до 47 лет (71,8%).

15. Лишь треть мужчин уже имеет детей. Бездетных мужчин чуть больше половины (56%), т.е. ровно столько же, сколько и бездетных женщин (которых 55,7%). Среди имеющих детей преобладали однопородные - их 62,5%, двухдетных ровно в половину меньше, и лишь у нескольких мужчин трое детей и более.

16. Проблема взаимоотношения поздних детей и их родителей воспринимается респондентками достаточно абстрактно или вообще проблемой не считается. Большинство надеется вырастить и воспитать ребенка самостоятельно, но определенные надежды возлагают на близких родственников и друзей (как крайний случай).

17. Практически все опрошенные считали, что состояние здоровья в данный момент не мешает им планировать «позднюю» беременность, даже если имели хронические заболевания (чаще всего заболевания желудка, желчных путей, щитовидной железы, диабет).

18. Среди источников средств на лечение никто не рассчитывал на медицинскую страховку, бюджетные средства, помощь общественных и государственных организаций - только на собственные накопления и помощь друзей, спонсоров и проч.

19. Замужние, как правило, принимали решение о поздней беременности вместе с мужем, часто интересовались мнением родственников, реже - взрослых детей. Родственники обычно «за», дети - «против».

20. Треть опрошенных считали, что в их семьях есть традиции позднего материнства (мама, тетя, бабушка, кузина), но возраст материнства, которое они расценивают как «позднее», в некоторых случаях начинается с 33 лет. Однако семейные традиции «позднего» материнства благоприятно влияют и на выбор женщины в пользу «поздних» родов как таковых, и на взаимоотношения родителей с «поздними» детьми. Практически все женщины, знакомые с «поздними» родами не понаслышке, на вопрос о возможном недопонимании между родителями и «поздними» детьми ответили, что «это надуманная проблема».

---

<sup>40</sup> Мужчин не опрашивали, на все связанные с ними вопросы отвечали женщины

Проведенное исследование показало, что в определенном смысле именно рождения у «женщин под 40» способны изменить тенденцию низкой рождаемости, господствовавшей в 1990-е гг., хотя абсолютное число детей, рожденных такими матерями, пока несравнимо ниже числа детей, появившихся у женщин периода активной репродуктивности.

Основные социальные характеристики (брачный статус, уровень дохода, образования, число имеющихся детей в семье и т.п.) потенциальных матерей в старших репродуктивных возрастах практически аналогичны показателям женщин периода активной репродуктивности. Главное различие между ними – биологические возможности деторождения, ограниченные естественным снижением фертильности и бесплодием. Поэтому проблема позднего материнства оказывается тесно связанной с проблемой восстановления репродуктивной функции и вспомогательными репродуктивными технологиями. Однако при крайне низкой роли государства и фондов специализированного страхования решение общегосударственной проблемы доступности репродуктивной помощи фактически продолжает перекладываться с государственного уровня на уровень отдельного человека или отдельной семьи.

**Склярова Ю.А.**

*(Институт социально-политических исследований РАН, Самара)*

#### **К вопросу о трансформации репродуктивного поведения**

Принятие решений в социальных ситуациях соотносится с господствующей системой ценностей. Ценностно-нормативный аспект репродуктивного поведения является существенным элементом социальной организации общества. Репродуктивное поведение – это система действий и отношений, опосредующая рождение ребенка в браке или вне него. Ценностно-нормативный аспект репродуктивного поведения касается определения ценностных ориентаций как важнейших элементов внутренней структуры личности, закрепленные жизненным опытом, и ограничивающие значимое, существенное для данного человека от незначимого, а также представлений о репродуктивных нормах. В процессе социализации и институционализации личности через социальные институты и соответствующие типы социального контроля интернализуются и закрепляются социальные нормы

как образцы, правила, принципы деятельности. Необходимое условие действенности социальных норм – их обоснованность с точки зрения соотношения их принятым в данном обществе ценностям, по отношению к которым нормы выполняют подчиненную, инструментальную функцию.

Важнейшими ценностями для жизнедеятельности общества являются здоровье и семья (в том числе видоизмененная семья). Сегодня наблюдается трансформация репродуктивного поведения под влиянием ослабления потребности в детях, и увеличении потребности в финансовом благополучии. В сознании большинства потенциальных родителей осуществление репродуктивной функции зависит не от возраста, а от социально-экономического положения. Этот факт важно учитывать при разработке мер демографической политики, а также содержание таких норм репродуктивного поведения как идеальное число детей, возраст реализации репродуктивной функции, интер- и протогенетические интервалы.

Потребность в ограничении рождаемости основывается в значительной степени на комплексном сочетании объективных и субъективных факторов, которые в неразрывном единстве обуславливают общую тенденцию к "модернизации" жизни (жизнь в больших городах предлагает альтернативы традиционному "семейному счастью": свободное время, потребление, профессиональный успех).

Вместе с индустриализацией возникает явление индивидуализации, захватившего все стороны социальной жизни и проникшего во все общественные институты, следствием которой является низкие показатели рождаемости. Изменение типов воспроизводства населения во многом объясняется трансформацией моделей демографического поведения и функций семьи, в частности ослабления потребности в многодетности. Падение рождаемости имеет историю и является последствием социокультурного развития (возникновения феминизма, индустриализма, сексуальной революции и т.д.). Перечисленные тенденции определяют демографическую ситуацию, но сами они являются результатом изменения социальной психологии и общественного сознания. Поэтому, важным направлением при конструировании демографической политики является разработка

сценария уменьшения разрыва между индивидуальными ценностями и целями социального развития государства.

**Славнова Е.Р.**  
(Москва)

#### **Семья слава детьми**

Одним из малоизученных аспектов демографии является взаимосвязь репродуктивного и матримониального поведения. Чем руководствуются мужчины и женщины при заключении зарегистрированного или незарегистрированного брачного союза? Может ли влиять желание иметь относительно большее число детей на желание начать первый брак с регистрации, и наоборот, желание иметь одного ребенка или не иметь его вовсе на отказ от регистрации брака или ее откладывание? Что нам ждать от незарегистрированных браков?

Цель исследования: **определить, имеет ли место влияние репродуктивных установок респондентов на линию поведения, связанную с вступлением в брак.**

*Вопросы исследования:*

1) Есть ли связь между желанием иметь относительно большее число детей и желанием начать брак с его регистрации. И, наоборот, между желанием иметь относительно меньшее число детей (или не иметь их вовсе) и нежеланием зарегистрировать брак (вообще или временно).

2) Определение основных различий в линиях репродуктивного и матримониального поведения, в жизненных ценностях в зависимости от того, зарегистрирован брак или нет.

Настоящее исследование основано на данных социологического опроса, проведенного в Новгородской области в 2003 г.<sup>41</sup>

*Обоснование данных*

Доля, состоявших в незарегистрированном браке до регистрации первого брака, вдвое выше среди женщин 1970-74 гг. рождения, по сравнению с предыдущими когортами, составив 15,9%. В следующих когортах женщин 1975-79 гг. и 1980-84 гг. этот показатель составил 40,8% и 42,2% соответственно. В связи с этим можно предположить, что модель брачного поведения начала свое изменение именно с когорты 1970-74 гг. рождения.

---

<sup>41</sup> Исследование проводилось при финансовой поддержке РГНФ (проект №03-03-00039а).

Поэтому для анализа были взяты две группы респонденток. Первая группа – это женщины 1970-1984 гг. рождения, у которых первый брак начался с регистрации, причем протогенетический интервал от регистрации брака больше или равен 8 месяцев. Из анализа была исключена группа респонденток, регистрация брака которых, по видимому, была стимулирована наступившей беременностью, с целью исключения влияния этого фактора на результат исследования.

Ко второй группе относятся женщины 1970-1984 гг. рождения, у которых первый брак начался с незарегистрированного брачного союза, который был зарегистрирован позже или оставался на момент опроса все еще незарегистрированным. Следует отметить, что респонденты второй группы сами определяли, называть ли их совместное проживание с партнером незарегистрированным браком или нет.

*Обозначения:*

**Линия поведения 1** – Брак начался с регистрации. Протогенетический интервал больше либо равен 8 месяцам. (80 респонденток). Когорта 1970-84 годов рождения.

- ∅ Средний возраст – 27,3
- ∅ Средний возраст при вступлении в брак – 20,6
- ∅ Средняя продолжительность данного брака 6,3 года

**Линия поведения 2** – Брак начался с незарегистрированного брака (71 респондентка). Когорта 1970-84 годов рождения. Из них 31 респондентка свой брак зарегистрировала. А 40 продолжают жить в незарегистрированном браке.

- ∅ Средний возраст – 24,6
- ∅ Средний возраст при вступлении в брак – 19,8
- ∅ Средняя продолжительность данного брака – 3,9

*Поведение, связанное с вступлением в брак*

Анализ вопросов, связанных с вступлением и регистрацией брака, показывает существенное значимое различие в поведении между двумя анализируемыми группами респонденток. Так, большинство женщин из группы 1 до вступления в брак хотели, чтобы он начинался с обязательной регистрации, которая должна предшествовать началу супружеских отношений. В то же время большая часть респонденток из 2 группы, предпочитали сначала начать супружеские отношения, пожить год-два вместе, и только потом зарегистрировать брак. Для респонденток из группы 1 важнее, чем для второй группы, быть замужем и иметь стабильный брак.

**Таблица 1**  
**Намерения женщин в отношении регистрации брака**  
**перед вступлением в него (в %)**

Вспомните, пожалуйста, перед тем, как Вы вступили в данный брак, Вы хотели:	Линии поведения	
	1	2
все время жить в, так называемом, "гражданском браке"	1,3	<b>21,9</b>
сначала начать супружеские отношения, а в случае беременности зарегистрировать брак	1,3	9,4
сначала начать супружеские отношения, а брак зарегистрировать только после рождения ребенка	–	4,7
сначала начать супружеские отношения, а потом зарегистрировать брак через какое-то время (независимо от беременности и рождения ребенка)	27,5	53,1
зарегистрировать брак прежде, чем начинать супружеские отношения	<b>70,0</b>	10,9

Из таблицы 1 видно, что 70% респонденток из группы 1 еще до вступления в первый брак хотели «зарегистрировать брак прежде, чем начинать супружеские отношения», в то время как больше половины респонденток из группы 2 – (53,1%) хотели «сначала начать супружеские отношения, а потом зарегистрировать брак через какое-то время (независимо от беременности и рождения ребенка)».

Обязательной регистрацию первого брака считают 70% респонденток из группы 1 и 30,4% из группы 2 (таблица 2).

**Таблица 2**  
**Отношение женщин к регистрации первого брака (в %)**

По Вашему мнению, регистрировать брак?	Линии поведения	
	1	2
обязательно	70,0	30,4
желательно	28,8	65,2
нежелательно	1,3	4,3
недопустимо	–	–

Таблица 3 показывает, что 70,9% респонденток из группы 2 считают, что сначала надо пожить вместе год-два и проверить свои чувства, а затем регистрировать. С этой точкой зрения согласны вдвое меньше респонденток из группы 1.

**Таблица 3**  
**Мнения женщин о том, когда регистрировать первый брак (в %)**

Если Вы считаете, что брак нужно регистрировать, то когда?	Линии поведения	
	1	2
прежде, чем начать жить вместе	35,8	9,6
сразу же, как начали жить вместе	25,6	9,6
сначала надо пожить вместе год-два и проверить свои чувства, а затем регистрировать	35,8	70,9
регистрировать только, если должен родиться ребенок	2,5	9,6

Анализ вопроса об удовлетворенности браком не выявил различий между группами, и показал относительно высокий показатель удовлетворенности браком в обеих группах респонденток. Средний балл в группе 1 составил 4,18 (по пятибалльной шкале), во второй – 4,20.

#### *Дети*

Проведенное исследование показало также наличие значимых различий между двумя группами респонденток в отношении репродуктивного поведения, репродуктивных установок и ценности детей. Респондентки из группы 1 хотели бы иметь больше детей, дети реже выступают для них помехами в различных аспектах жизнедеятельности и являются неотъемлемой частью понятия «семья».

Учитывая, что средняя продолжительность брака у двух групп респонденток разная (у второй группы она меньше), рассмотрим число рожденных детей только для тех браков, продолжительность которых не превышает 4-х лет.

Так, из таблицы 4 видно, что в группе 1 при продолжительности брака 2-4 года 76,9% респонденток имеют одного ребенка и 23% остаются бездетными, в то время как во второй группе бездетных пар больше – 58%, однодетных меньше – 38,7%, однако есть также и двухдетные семьи – 3,2%.

**Таблица 4**

**Число детей в зависимости от продолжительности брака**

Продолжительность брака	Линия поведения 1			Линия поведения 2		
	нет детей	1 ребенок	2 детей	нет детей	1 ребенок	2 детей
До 2-х лет	94,4	5,5	–	86,6	13,3	–
2-4 года	23,0	76,9	–	58,0	38,7	3,2

Средний протогенетический интервал от вступления в первый брачный союз для группы 1 составляет – 20,8 месяцев, а для группы 2 он больше – 25,1 месяцев. В тоже время величина среднего протогенетического интервала от регистрации брака в группе 2 – составляет 10,6 месяцев. Дальнейший анализ этого показателя у респонденток из второй группы показывает, что 58,9% респонденток, зарегистрировавших свой брак, сделали это, по-видимому, в связи с наступившей беременностью, поскольку протогенетический интервал от регистрации брака у этой части респонденток не превышает 7 месяцев.

Значимое различие между двумя группами проявляется также и в репродуктивных установках респонденток. Так в группе 1 показатель идеального числа детей выше и составляет 2,61 против 2,2 у респонденток из группы 2. Семьи, в которых еще нет детей, значительно различаются и по величине желаемого числа детей: у респонденток из группы 1 оно составляет 2,28, а в группе 2 – 1,78.

Показатель общего ожидаемого числа детей (включая имеющихся) не дает значимых различий, однако, ответы на вопрос о том, сколько еще собираются иметь детей, показывают значимые различия между двумя группами бездетных пока еще респонденток (женщины, которые начали свой брак с регистрации, и те, у кого супружеские отношения начались до регистрации брака). У первых этот показатель в среднем составляет 1,67, а у вторых – 1,14. Следует отметить, что среди респонденток из группы 2 велика доля тех, кто вообще не собирается заводить детей, 27,6%, в то время как в первой группе таких почти в шесть раз меньше – 4,8% (Таблица 5).

**Таблица 5**

**Ожидаемое еще число детей  
(респондентки без детей; в %)**

	0	1	2	3	Среднее число детей
Линия 1	<b>4,8</b>	28,6	61,9	4,8	1,67
Линия 2	<b>27,6</b>	37,9	27,6	6,9	1,14

Анализ также показывает значимые различия среди бездетных респонденток с одинаковой величиной желаемого числа детей, равной 2. Так, респондентки из группы 1 собираются родить еще в среднем больше детей, чем из группы 2 – 1,75 и 1,26 соответственно. Кроме того, вероятность рождения ребенка в ближайшие 2-3 года у респонденток без детей в группе 1 значительно выше и составляет 73,8%, против 68,0% во второй группе.

Анализ ответов о помехах для рождения детей, мотивации их рождения и роли детей в семье свидетельствует о том, что в целом ценность детей для тех женщин, которые начали свой брак с регистрации выше, чем для женщин, которые начали супружеские отношения до регистрации брака. Так, например, на вопрос «Если Вы хотели бы иметь большее число детей, чем собираетесь, то, что и в какой степени мешает Вам иметь желаемое число детей?» 26,6% респонденток из второй группы назвали в качестве такой причины стремление реализовать себя в других сферах жизнедеятельности, в группе 1 – 10,0% респонденток.



Есть значимые различия и по оценке в качестве помехи к рождению детей жилищных трудностей. В первой группе на них ссылались 62,8%, во второй – 72,0%. Следует отметить, что по 100-балльной шкале респондентки из группы 1 в среднем лучше оценивают жилищные условия своей семьи, по сравнению с группой 2 – 52,1 и 39,7 соответственно.

Среди мотивов рождения детей наиболее заметное различие между двумя группами наблюдается в ответе: «хотелось почувствовать себя по-настоящему семейным человеком», таким образом, можно сказать, что респондентки из группы 1 больше склонны считать, что брак и дети – это неотделимые друг от друга вещи. Об этом же свидетельствует то, что респондентки из группы 1 больше склонны считать, чем респондентки из группы 2, что «супруги становятся по-настоящему семейными людьми только когда родят ребенка», «рождение детей укрепляет семью», «только здоровые родители могут родить столько детей, сколько они хотят», «забота о здоровье детей сплачивает семью» (Таблицы 6 и 7).

**Таблица 6**  
**Помехи к рождению желаемого числа детей (в %; женщины)**

	Линия поведения					
	Линия 1			Линия 2		
	очень мешают	мешают	не мешают	очень мешают	мешают	не мешают
Стремление реализовать себя в других сферах жизнедеятельности	2,8	7,2	89,8	6,6	20,0	73,3
Жилищные трудности	32,8	30,0	37,1	55,7	16,3	27,8

**Таблица 7**  
**Степень согласия с утверждениями в отношении семьи и детей (средний балл по пятибалльной шкале; женщины)**

	Линия поведения	
	1	2
Забота о здоровье детей сплачивает семью	4,43	4,07
Только здоровые родители могут родить столько детей, сколько они хотят	4,43	3,88
Забота о собственном здоровье нужна, чтобы вырастить детей, дать им все необходимое	4,64	4,37
Рождение детей укрепляет семью	4,25	3,76
Супруги становятся по-настоящему семейными людьми только когда родят ребенка	4,20	3,75

Так, для респонденток из первой группы более значимыми, по сравнению со второй группой, при рождении детей являются следующие

шие факторы – «хотелось проявить свои лучшие качества, воспитывая ребенка», «хотелось, чтобы дети достигли того, что не удалось Вам», «хотелось передать детям свои знания, мастерство», и особенно большой разрыв между двумя группами проявился в факторе, который был уже подчеркнут выше – «хотелось почувствовать себя по-настоящему семейным человеком» (см. табл. 8).

**Таблица 8**

**Мотивы рождения первого ребенка  
(средний балл по пятибалльной шкале)**

С чем было связано рождение Вашего первого ребенка или может быть связано его рождение в будущем?	Линия поведения	
	1	2
Хотелось проявить свои лучшие качества, воспитывая ребенка	4,08	3,57
Хотелось, чтобы дети достигли того, что не удалось Вам	3,95	3,36
Хотелось передать детям свои знания, мастерство	3,32	2,73
Хотелось почувствовать себя по-настоящему семейным человеком	4,18	2,96

Анализ вопроса о роли детей в семье по отношению к различным аспектам жизнедеятельности ярко иллюстрирует то, как по-разному две исследуемые группы респонденток относятся к детям.

Так, женщинам из группы 2 дети больше мешают, чем женщинам из группы 1 «достижению материального благополучия», «общению с друзьями», «проведению интересного полноценного досуга» и «занятию любимым делом» (см. таблица 9).

**Таблица 9**

**Оценка роли имеющихся детей по отношению к различным аспектам жизнедеятельности (в %)**

Оцените роль детей в Вашей семье по отношению к следующим аспектам жизнедеятельности	Линия поведения							
	Линия 1				Линия 2			
	помогают	не влияют	мешают	трудно сказать	помогают	не влияют	мешают	трудно сказать
Достижение материального благополучия	5,2	73,6	3,9	17,0	5,5	42,5	20,3	31,4
Общение с друзьями	8,1	75,6	10,8	5,4	16,6	44,4	18,5	20,3
Интересный полноценный досуг	47,2	36,4	5,4	10,8	34,5	27,7	14,5	23,6
Занятие любимым делом	13,6	58,9	12,3	15,0	21,8	32,7	23,6	21,8

Исследование вопроса о целях, которые люди обычно хотят достичь в своей жизни, выявило их высокую ценность для обеих групп респонденток. Ниже всего среди них в среднем было оценено

наличие нескольких детей, а значимое различие между группами обнаружилось в ценности крепкого здоровья, обладание которым оказалось более важным в жизни для респонденток из первой группы, нежели для второй группы – 4,74 и 4,49 соответственно (см. табл. 10).

Таблица 10

**Ценность различных жизненных целей  
(средний балл по пятибалльной шкале)**

Цели в жизни	Линии поведения	
	1	2
Высокий доход, позволяющий ни в чем себе не отказывать	4,60	4,59
Собственное благоустроенное современное жилье	4,71	4,71
Работа, коллектив	4,25	4,07
Образование	4,31	4,13
Иметь семью	4,69	4,60
Иметь внуков	4,48	4,28
Иметь ребенка	4,68	4,63
<b>Иметь нескольких детей</b>	<b>3,89</b>	<b>3,82</b>
<b>Обладать крепким здоровьем</b>	<b>4,74</b>	<b>4,49</b>
Прожить долгую жизнь	4,52	4,29
Уверенность в себе, в своих силах	4,61	4,53
Жить в гармонии с окружающими	4,41	4,44

Следующий вопрос также иллюстрирует характерные различия между двумя группами респонденток. Значимые различия между группами наблюдаются по следующим аспектам: С одной стороны, для респонденток из первой группы важнее, чем для второй группы иметь двоих детей, быть замужем, и иметь стабильный брак. С другой стороны для второй группы более важно, чем для первой группы «реализовать себя в различных сферах жизни» (См. табл. 11).

Проведенный анализ подтверждает выдвинутую гипотезу о том, что существует связь между желанием иметь относительно большее число детей и желанием начать первый брак с его регистрации. И, наоборот, между желанием иметь относительно меньшее число детей и отказом от регистрации брака или ее откладывания.

Также на основе проведенного анализа можно говорить о большей ценности семьи с детьми для респонденток из группы 1, по сравнению с группой 2.

**Таблица 11**

**Важность различных ценностей для женщины возраста респондентки  
(средний балл по пятибалльной шкале)**

	Линии поведения	
	1	2
Материальное благополучие	4,55	4,60
Хорошие жилищные условия	4,67	4,71
Достичь успехов в работе	4,29	4,24
Интересно проводить досуг	4,04	4,29
Общаться с друзьями	4,10	4,33
<b>Реализовать себя в различных сферах жизни</b>	<b>3,85</b>	<b>4,22</b>
Иметь одного ребенка	4,07	3,67
<b>Иметь двоих детей</b>	<b>3,71</b>	<b>2,87</b>
Иметь троих детей	2,12	2,01
Иметь хорошее здоровье	4,77	4,49
<b>Быть замужем</b>	<b>4,21</b>	<b>3,43</b>
<b>Чтобы брак был стабильным</b>	<b>4,75</b>	<b>4,29</b>
Испытывать уважение со стороны окружающих	4,28	4,40
Иметь хорошее образование	4,22	4,25
Заниматься любимым делом	4,63	4,64

Проведенное исследование дает основания полагать, что именно репродуктивные установки имеют влияние на матримониальное поведение женщины. Иными словами, желание иметь несколько детей стимулирует женщину вступать в зарегистрированный брак, для обеспечения больших гарантий своим детям. При этом имеет место преобладание у женщины семейных ценностей, по сравнению с внесемейными. И наоборот, желание иметь относительно меньшее число детей, возможно, определяет внесемейный образ жизни: желание продвигаться по карьерной лестнице, приверженность незарегистрированному браку.

**Тышкевич В.П.**

*(Центр по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва)*

**Домохозяйство: проблемы аналитической стоимостной оценки домашнего труда (на примере Германии)**

Конец 60-х – начало 70-х годов 20 столетия в Германии совпали с началом второй волны женского движения, для которой были характерны не только требования соблюдения прав на свободное са-

моопределение женщин, но и обсуждение проблем домашнего труда. Основными направлениями дискуссий, заложившими основы развития концепций изменения общественного разделения труда по половому признаку во всех сферах жизнедеятельности: профессиональной, политической, семейно-домохозяйственной, стали:

- идея равноправного распределения функций и ответственности в профессиональной деятельности и в семье между мужчиной и женщиной;

- требования общественного признания и оплаты труда в семейно-домохозяйственной сфере;

- необходимость увеличения числа детских образовательных заведений как выражение возросшей ответственности общества за воспитание детей.

За прошедшие десятилетия произошли существенные изменения. На политическом уровне были образованы федеральные и земельные Женские бюро и министерства по равноправию; программы по обеспечению прав женщин стали неотъемлемым направлением деятельности политических партий, профсоюзов, общественных организаций; реализуется принцип квотирования при распределении партийных должностей и позиций для практического облегчения доступа к ним женщин.

Что же касается семейно-домохозяйственной сферы, в 70-е годы были опубликованы многие новаторские, определившие дальнейшее развитие работы по теме домохозяйства, возникли и получили успешное развитие исторические, теоретические, эмпирические исследования домохозяйственной проблематики. В то же время, как показывает анализ, тема домашнего труда по обустройству повседневной жизни, идеи по преодолению распределения такого труда по половому признаку и связанного с этим ущемления интересов женщин не получили адекватного развития. Плата за домашний труд, например, в качестве основы для пенсионного страхования за период воспитания детей, была реализована лишь в незначительном объеме, практически не влияющем на благосостояние после выхода на пенсию. Отпуск по воспитанию ребенка и пособия по воспитанию детей, являясь важнейшими мерами семейной политики, не компенсируют потери, связанные с прекращением или приостановлением профессиональной карьеры, не гарантируют финансовую независимость родителя, посвятившего себя воспитанию ребенка. Снижение напряженности согласования семьи и карьеры посредством доступности детских воспитательных учреждений пока также невозможно, несмотря на

провозглашенное на федеральном уровне с 01.08.1996 право на место в детском саду для каждого ребенка из-за недостаточного финансирования на муниципальном уровне.

Индивидуальная, выполняемая в большинстве своем женщинами работа по дому, по воспитанию детей и уходу за ними остается основной формой реализацией этих общественно-необходимых функций.

В то же время этот труд на практике становится главной причиной дискриминации женщин в профессиональной сфере: сохраняется скрытая дискриминация при приеме на работу (из-за возможных проблем в связи с рождением и воспитанием детей), при прохождении повышения квалификации и профессиональном продвижении (проблема совмещения дополнительной нагрузки с семейными и домашними обязанностями). Перерывы в профессиональной деятельности, связанные с домохозяйственным и семейным трудом, вредят карьере, а полученные в это время опыт и квалификация едва ли могут быть применены в профессиональной сфере.

В то же время, необходимо отметить односторонность в рассмотрении проблем; изучение этих факторов происходит только с позиции профессиональной сферы. Исследуются причины, побуждающие женщин менять профессию, стимулы, повышать профессиональную квалификацию. Предприниматели мотивируются в большей мере рассматривать женские кандидатуры при приеме на работу, при профессиональном продвижении и так далее. Исследование с точки зрения домохозяйства и семьи реже встречается в научных работах. Частная сфера рассматривается только как препятствие на пути к активному участию женщин в общественной и профессиональной сферах.

С плюрализмом условий общественной жизни и - не в последнюю очередь - форм частной жизни, в последние годы возросло разнообразие домашнего и семейного труда. Это же правомерно и по отношению к науке, общественному мнению, политическим требованиям и мерам, относящимся к этой сфере. Развиваются различные экономические, демографические, социологические концепции, непосредственно занимающиеся проблематикой домашнего труда.

Основной стратегией в рассмотрении проблем домашнего и семейного труда становится преодоление его "незаметности", "невидимости" для общества. Для этого необходима его "объективизация": четкое определение, разграничение его видов, рациональный анализ содержания, определение его объема в целом и распределе-

ния на членов домохозяйства (например, по признаку возраста и/или пола), оценка значимости и стоимости.

#### ***Анализ и стоимостная оценка домашнего труда***

Для анализа рабочих процессов и стоимостной оценке домашнего труда в отдельных домохозяйствах в экономических науках в зависимости от целей исследования используются различные методы.

Необходимо выделить работу для домохозяйства, разграничить виды этой работы, посчитать по объему и качеству, дать стоимостную оценку. При измерении произведенных в домохозяйстве работ методы принципиально различаются по ориентации на затраты, прежде всего на затраты рабочего времени, и на результаты домашнего труда. Измерение и стоимостная оценка по результату пока остается наиболее проблематичной. Точное экономическое сопоставление продукции домохозяйства с рыночными благами также проблематично и требует специальных исследований. Продукты и услуги, производимые в домохозяйствах, должны быть корректно посчитаны, для них должны быть определены рыночные эквиваленты. При этом возникают проблемы сравнимости благ, так как продукция каждого отдельного домохозяйства значительно отличается как по сравнению с продукцией других домохозяйств, так и по сравнению с рыночной продукцией.

Поэтому во всех реализованных проектах в основе измерения и стоимостной оценки домашнего труда лежит метод измерения по затратам. Наиболее существенным основанием для оценки результата домашнего труда является изучение и количественная оценка затрат времени, его стоимостная оценка по тарифным ставкам за соответствующие виды деятельности.

Используя методы, которые были разработаны для анализа отдельных домохозяйств, можно получить количественные данные о затратах времени и применить методы, позволяющие получить более широкую, дифференцированную стоимостную оценку.

Остановимся на некоторых таких методиках, которые в настоящее время являются наиболее авторитетными для проведения анализа и стоимостной оценки домашнего труда.

#### ***Методика КТВЛ вычисления потребности в рабочем времени***

КТВЛ (Кураториум по технике и архитектуре в сельском хозяйстве - Kuratorium für Technik und Bauwesen in der Landwirtschaft) издает сборники статистических данных, которые позволяют проводить анализ и планирование рабочего времени и расходов в домохозяйстве (в первую очередь, это касалось сельскохозяйственных

и фермерских домохозяйств). С помощью этих данных можно оценить экономическое положение отдельного домохозяйства в целом и эффективность его частей, провести исследование расходов и затрат рабочего времени.

С помощью исследований и ряда тестов собираются сведения, охватывающие потребности в затратах рабочего времени и расходы для различных сфер деятельности в домохозяйстве. При этом проводится разбиение по альтернативным моделям поведения, характеризующимся определенным уровнем запросов к результатам домашнего труда, что позволяет анализировать последствия вложения различных ресурсов (денег, времени) при использовании той или иной альтернативной модели поведения. Таким образом, в исследованиях КТВЛ сформулированы определенные стандарты в виде фиксированных альтернативных моделей поведения, благодаря чему возможно оценить, например, разброс между минимальными и максимальными стандартами продукции домохозяйства, а также влияние, которое каждый уровень требований оказывает на потребности в рабочем времени и на связанные с продукцией домохозяйства денежные затраты.

Применимость этих данных к анализу и стоимостной оценке домашнего труда очевидна, так как данные содержат значения относительных затрат времени и денег для четко очерченных работ и определенных альтернативных моделей поведения. Эти значения делают возможным сравнение альтернативных моделей поведения и представляют основу для рациональных решений. Данные могут быть использованы и в самом домохозяйстве (например, для справедливого распределения труда), и в консультационной и образовательной работе по теме домохозяйства.

Ограничение в использовании этих данных связано, в первую очередь, с тем, что в них нет сведений о реальных затратах времени и денег в домохозяйстве. Конкретные условия домохозяйства, например, более активный ребенок, конкретная работоспособность выполняющего работу лица иногда могут сильно влиять на затраты времени; необходимость упрощения для соизмеримости данных не позволяет оценить и всю сложность домашнего труда, влияние совмещения видов деятельности, помех и т.д.

#### ***Аналитическая стоимостная оценка труда по методике REFA***

Основные черты методики REFA (Ассоциации по исследованию труда и организации производства), которая была разработана для оценки рабочих мест в промышленности, в случае аналитиче-



ской оценки домашнего труда переносятся на домохозяйство и применяются для анализа домашних работ. Методика применяется в отношении отдельного конкретного домохозяйства, она содержит обширное исследование из 11 этапов и стоимостную оценку рабочих процессов в домохозяйстве.

В расчет принимаются:

- ситуация в домохозяйстве, включая ограничивающие факторы и специфические черты домохозяйства;
- целевые установки и запросы семьи;
- описание того, как выполняются работы, и их группировка по секторам работ, взвешивание требований (в отдельных секторах работ) по методике REFA, включая знания, умения, ответственность, умственные нагрузки, мускульные нагрузки, влияние окружающей среды;
- расчет количественных показателей труда;
- вычисление справедливого вознаграждения.

Для вычисления вознаграждения в качестве базового значения берется тарифный оклад социального работника, который на основе количественных показателей труда корректируется с учетом временных затрат в семейном домохозяйстве.

Главными целями аналитической стоимостной оценки домашнего труда по методике REFA являются:

- поиск объективного масштаба для оценки домашнего труда и труда по уходу и воспитанию детей;
- обеспечение возможности сравнения домохозяйств между собой.

Особая значимость аналитической стоимостной оценки домашнего труда заключается в том, что условия труда и результаты труда в домохозяйстве формулируются по стандартам, принятым в промышленности, и тем самым делаются в какой-то мере сравнимыми с рабочим местом в профессиональном труде. Безусловно, есть и недостатки, заключающиеся в трудоемкости методики, результаты применения которой – данные по отдельным домохозяйствам; в ограниченной применимости переноса аналитических и оценочных критериев из профессиональной сферы в сферу домашнего труда. Также не могут быть учтены психологическая нагрузка, возникающая, например, при конфликте целей или при работе по построению отношений; такие признаки домашнего труда, как одновременное выполнение нескольких дел или многомерность работ, которые имеют как материальные, так и эмоциональные характеристики и др.

Методика получила широкое распространение и признание. Так, расчеты по ней начали проводиться с 1970-х годов. О признании их объективности свидетельствует тот факт, что результаты расчетов принимаются, например, в судебной практике, а сама методика нашла применение и в других странах Европы. Развитие и совершенствование методики продолжается и в настоящее время.

Анализ и оценка произведенной в домохозяйстве работы представляет не только идеологический интерес, как это часто представляется. Уже сегодня такие стоимостные оценки домашнего труда используются в практике судебного возмещения понесенного ущерба. Свою традицию имеет и анализ конкретных домохозяйств для целей консультирования и просвещения в области домохозяйства. Результаты таких аналитических исследований могут быть использованы как инструмент самооценки домашнего труда, как основа для изменений и перестановок для более рациональной организации и распределения работ. Анализ и стоимостная оценка домашнего труда также необходимы для теоретического обоснования требований большего общественного признания домашнего и семейного труда. В качестве основы для системного обучения населения, и в первую очередь, молодежи, методам ответственного и компетентного ведения домохозяйства необходимы знания о том, что представляет собой хорошее, качественное ведение домохозяйства в современных условиях, с учетом происходящих в мире перемен, и о том, какая квалификация для этого требуется. Например, это проблемы влияния домохозяйств на экологию и их вклад в защиту окружающей среды, и поиск альтернативных моделей потребительского поведения, которые уменьшают потребление природных ресурсов. Анализ и стоимостная оценка домашнего труда должны помочь лучше понять внутрисемейные и семейные реалии и процессы, обосновать альтернативы, включая все последствия.

## ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПОВЫШЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ

Catherine Gourbin\* and Guillaume Wunsch\*\*

(\*University Center of General Practice and Institute of Demography; \*\* Institute of Demography University of Louvain (UcL)

### From prevention to cure: which policies for primary care?

#### Introduction

Though mortality has decreased dramatically in most of the industrialized countries, leading to life expectancies of over 80 years of age for females and slightly less for males, one cannot conclude that all public health problems are progressively being solved. Actually, as one knows, due to the increasing length of life and very low fertility levels, all populations in the developed countries are growing older and older. As health often deteriorates with age, as medical technology is growing both in quality and quantity but also in cost, and as our expectations for guaranteeing a healthy life are rising, health costs are soaring in all the developed world. Governments in Europe are trying to contain the costs by taking various measures, such as rationing of health-care interventions and reducing the coverage of the insurance funds to more basic services, increased co-payment or direct out-of-pocket payment by patients to providers, stimulating additional voluntary contributions to private health insurance funds, favoring competition among insurance funds, and more generally trying to improve the health system's performance.

Among this set of more or less ad hoc policies, one of the goals of policy makers in the health field is to develop better preventive medicine and its coverage for the whole population, as healthy behaviors and early detection of diseases can significantly keep the health costs down (CDC, 2004). General practitioners (GPs) or family doctors, being in the first line of medical intervention, are the obvious channel through which prevention and early detection can occur. As the WHO has stated, a major focus of public health interventions should therefore be to develop primary health care systems “that emphasize health promotion, disease prevention and the provision of cost-effective, equitable and dignified long-term care” (WHO, 2002). The same report stresses that “primary care should be the lynchpin of a well designed and performance-focused health care system”.

As an example of policies developing in the health field, this paper aims at describing for Belgium the present situation of primary care in the broader framework of the general health system and the measures taken by governments<sup>42</sup> for reorganizing the system. The Belgian system will then be compared to the one in Great Britain, as a case of a country with a quite different health system. Finally, the situation of primary care in Central and Eastern Europe will be briefly considered.

### **Primary care in Belgium**

#### *General practitioners*

Up till the governmental decree of 1997, the number of physicians was not regulated in Belgium. Once his/her degree in medicine obtained at the university, the GP could decide to work in the municipality of his choice. At the present time, a physician can still freely choose the area where (s)he will practice medicine but the number of doctors produced each year by the universities is legally fixed by a quota system, both for general practitioners and for specialists. For the population of Belgium of ten million inhabitants, only 700 new doctors are allowed each year, the number of new specialists allowed being 400 maximum and the number of GPs 300.

In Belgium, the choice of a GP by a patient is entirely free and he may change his GP at will. The patient may also consult several GPs during a same period, or directly consult a specialist as there is no obligation of referral by a GP. GPs are self-employed and paid on a fee-for-service basis, with co-payment by the patient<sup>43</sup>.

In view of limiting the number of consultations of multiple GPs by a patient and the direct recourse to a specialist, the Ministry of Health has initiated in 2002 the system of a *global medical file* (GMF) per patient. The latter would freely choose his one and only family doctor and agree to consult the latter (with some exceptions) for having access to a specialist. The purpose is to improve the efficiency of care and to reduce the social security costs. The GMF should also improve communication among the physicians themselves. The file is held by the GP and con-

---

<sup>42</sup> Belgium being a federation of two communities, the Flemish-speaking population and the French-speaking one, measures can be taken either by the federal government or the community governments depending on the type of measure.

<sup>43</sup> The amount depends upon one's socio-economic situation, normally 4.7 euros (8.75 euros for an ordinary home visit) after reimbursement from the fund to only 1.21 euros (1.99 euros for a home visit) for those of low economic status.

tains the results of the medical tests and exams for the patient, including those possibly performed by a specialist and communicated by him. Vice versa, the GP informs the specialist upon request of all the information needed concerning the patient.

The global medical file is presently not legally compulsory but if a patient accepts it and its constraints, he will benefit from a 30% reduction of his co-payment at each consultation of his family doctor. Patients over 75 or suffering from a chronic disease retain this benefit also when the GP performs a visit at home; contrary to some other countries, GPs still make home visits in Belgium. As to the GP, he receives 750 euros per year from the social security system, covering the software cost, if he accepts to computerize his files with such a system. The general objective of the Health Ministry is to hierarchize the recourse to care and to ensure a progressive access to health care with a view of reducing costs. The GMF is a first step in this direction. It is hoped it will lead to better exchange of information and harmonization of care through improved complementarity among care providers and institutions.

#### *Financing health costs*

Belgium has a compulsory health care system based on the social health insurance model. With very minor exceptions, the whole population is covered. Health care is publicly funded and mainly privately provided. In Belgium, health care insurance is part of the global social security network. Since 1995, financing is globalised: all means are put together under a common management before being distributed to the various branches of social security such as health care, pensions, family allowances, unemployment benefits, etc. Before 1995, employers and employees paid specific contributions for each of these branches. Nowadays, the employer transfers more or less 35% of the gross salary of his employees to the national social security fund while the employee transfers slightly more than 13% of his gross salary to the same fund. These social contributions from employers and employees represent the largest part of the means of the fund (74%) but in addition the fund receives subsidies from the State (12%) and 14% of its budget comes from alternative resources, mainly from VAT receipts but also from taxes on tobacco consumption, etc. Health care costs represent 35% (in 2005) of all social security expenditures in Belgium.

### *Integrated health care*

Though the GP is in the front line of medical intervention and as such has a major role to play, as we have stressed in the introduction, efficiency of the health care system requires a structured organization of the system itself in which each care provider works in collaboration with others, each respecting the other's own field of action. Ideally, the GP should be responsible for the integration and coordination of health care as he ensures global and continuous care for his patient, in contrast to the specialist. Structures for improving coordination of home care were set up in Belgium in the early 1980s, though some partial initiatives were much older. The purpose was to regroup various existing services such as social care, nursing, family help, household aide, etc, under a common management usually dependent upon the municipal social protection center (CPAS) or the mutual insurance companies (i.e. sickness funds called "mutualités") redistributing health care benefits to the patients. Some coordination structures were set up by the GPs themselves, independently from the social protection centers and sickness funds.

In 1989, a governmental decree has been adopted for approving and financing these *coordination centers*, but problems remain. Firstly, the existing structures are very different among themselves, taking account of the type of work performed, the training of their personnel, their modes of financing, etc. Secondly, many GPs do not collaborate with these centers, fearing the 'sharing' of their patients with outside actors. Moreover, the GP is often not fully aware of the formal network caring for the patient and does not clearly envisage his role in this network.

### *Emergency department attendance of hospitals*

As pointed out before, in Belgium the patient may freely choose and change his GP, consult several GPs, or directly access a specialist. He may also go freely to the emergency department of a hospital for problems which normally should be addressed to a GP. The Belgian government has taken measures to avoid inappropriate use of emergency departments. Since March 2003, the federal government has introduced a fixed co-payment of 12.5 euros for the patient, for a visit in an emergency department if the patient was not referred by a general practitioner. The patient can be dispensed of this co-payment if e.g. he is brought in by an ambulance, by a medical intervention unit, referred by a GP or by the police. The purpose is to stimulate the patient to visit a GP or a primary care center instead.

An international literature review conducted by one of the present authors (C. Gourbin et al., 2004 ) leads however to the conclusion that there is no evidence demonstrating the impact of co-payment on changes in emergency department use. Moreover, it seems that patients attend an emergency department in Belgium because they have difficulty accessing a primary care provider (during holidays or during the night, for example). In addition, they consider that hospitals are much better equipped in case of need than are general practitioners. The solution to the problem seems to be a better organization of primary care providers to cope with the needs of their patients (such as out-of-hours primary clinics).

#### **Primary care in the United Kingdom**

The information in the following paragraph is taken from the *WHO country highlights on health* (2005), themselves derived from publications of the *European Observatory on Health Care Systems and Policies*.

The United Kingdom has devolved responsibility for health care to its constituent countries: England, Scotland, Wales, and Northern Ireland. They mainly fund health care through national taxation, deliver services through public providers and have devolved purchasing responsibilities to local bodies: primary care trusts in England, primary care partnerships in Northern Ireland, health boards in Scotland and local health boards in Wales. As is more or less the case in Belgium, the British health care system is mainly funded through general taxation: direct taxes, value-added tax and employee income contributions. General practitioners are self employed. On 1 April 2004, remuneration of their services moved from a system mainly based on capitation<sup>44</sup> and fixed allowances to one that combines capitation and quality points. In contrast to Belgium, GPs in group practices (with an average of three per practice) provide primary care. To register with a GP, a patient must be a resident of the designated practice area. There are also a small number of NHS walk-in clinics. GPs act as gatekeepers in the system, and a referral is required to gain access to specialist services, in contrast once again to the Belgian situation. The whole population is covered by the system and services are mostly free of charge at the point of use.

---

<sup>44</sup> Under capitation, a doctor receives a flat fee every month for taking care of a registered patient, regardless of the cost of that individual's care.

Health expenditure in the United Kingdom has remained quite low relative to the European average (8% less per capita), contrary to Belgium where the level is above the European average (7% more). However, satisfaction with the British system is also low: waiting times for care are long<sup>45</sup>, especially for gaining access to a specialist and even more for being treated in a hospital, though the system does provide ready access to care without regard to income (Blendon et al., 2002). A major plan for reform has been adopted by the NHS, in particular to reduce waiting time for surgery and improve the quality of hospital care, but devolution to the constituent countries is increasingly leading to reforms taking quite different directions across the United Kingdom.

#### **Primary care in central and eastern Europe**

We briefly present below the situation of some central and eastern European countries concerning the current situation of GPs, their choice by the patient, the recourse to a specialist, the cost of primary care to the patient.

##### *Bulgaria*

Since July 2000, general practice is private. One can choose his/her GP and can change twice a year. When the patient has a health insurance, consulting GPs is without cost. In order to have access to a specialist physician, it is necessary to consult the GP who provides a referral form. In the absence of a referral form, the patient must pay himself his visit to the specialist.

##### *Czech Republic*

General practice is private. Persons with health insurance may choose his/her doctor among those who have a contract with the patient's insurer for the provision of health care. In that case, there is no cost for the patient. The GP can refer the patient to a specialist having a contract with the patient's insurer but the patient may visit a specialist without recommendation from the GP. Primary health care covers both general practitioners and paediatricians, gynaecologists, and stomatologists.

##### *Estonia*

General practice is private. However, as GPs have a contract with the health insurance, they may also be regarded as part of the state health system. The patient can choose his family doctor. Consultation is with-

---

<sup>45</sup> Waiting lists generally tend to be found in countries which combine public health insurance with zero or low patient cost sharing, and constraints on surgical capacity. These prevent supply from matching demand (Siciliani and Hurst, 2005).



out cost except for home visit for which the cost is 3 euros. It is necessary to consult a GP to have access to a specialist. There are also a very limited number of private GPs without contract with the health insurance system.

#### *Hungary*

General practice is private but GPs have a contract with the local authorities that are responsible for primary care. Choice of the doctor by the patient is free but people have to declare their choice leaving their patient card with the doctor chosen. The local authorities are obliged to provide family doctor care free of charge. They make a contract with the family doctors, who are financed by the National Health Insurance Fund according to the number of patient's cards. However, there are also private doctors, clinics, and hospitals that are not financed by the National Health Insurance Fund. It is possible to visit such doctors paying all the cost of the care. Referral depends upon the specialization. Some specialists can be visited without a family doctor's referral (e.g. gynaecologist, ophthalmologist, otolaryngologist). The others can be accessed only with a family doctor's assignment.

#### *Latvia*

Family doctors are either part of the state health system or are in private practice. Choice of GP is free and one can change one's physician once or twice a year. There are fixed rates of medical treatment which do not depend upon the type of practice, state or private. A minimum cost does not have to be covered by the patient if he/she is insured. It is also possible to get tax refund for defined medical treatment. Some specialists can be visited without referral, such as psychiatrists, gynecologists, endocrinologists. The others need a referral form from the GP.

#### *Lithuania*

Family doctors are either part of the state health system or are in private practice. In both cases, there is no cost to the patient. Choice of GP is free. Referral by a GP is needed to have access to a specialist.

#### *Poland*

Family doctors are either part of the state health system or are in private practice. Choice of GP is free. Care is free of charge to the patient for GPs who are part of the state health system but otherwise has to be paid. Referral by a GP is needed to have access to a specialist except for ophthalmologists, gynecologists, dermatologists, psychiatrists.

#### *Romania*

Family doctors are either part of the state health system or are in private practice. In the former case, they have a contract with the national health insurance fund and are paid according to the number of patients and consultations. Choice of GP is free and one can change the choice after 3 months. It is necessary to be referred by a GP in order to visit a specialist. For doctors in the state health system, consultation is generally free of charge; private doctors are paid by out-of-pocket money.

#### *Russia*

In the state system, one can consult a GP in a polyclinic according to one's place of residence or one's company. GPs in private practice are also available in private clinics. In the first case, care is free of charge to the patient; in the second case, it is not. In principle, one can choose another GP in the same polyclinic. In the state sector, referral is required to have access to a specialist. If one accepts to pay, a patient may go directly to a specialist in the private sector or to the specialized state clinic.

#### **Conclusions**

Primary care in Europe is devolved more and more to the private sector, both East and West, even in the countries having a National Health Insurance System. Free choice of the GP has become the general rule though in some countries this choice is constrained. But this relative liberty is however accompanied in the West by an increasing influence of the State, due principally to the fact that governments want to curb health costs. This regulation can be seen in various sectors:

- a rationing of the number of general practitioners (and also of dentists, nurses, physiotherapists, etc.) . This *numerus clausus* was taken quite some time ago already in France for example and is of more recent origin in Belgium;

- the establishment of structures such as coordination centers, in view of improving the continuity of care, a better communication and interdisciplinarity among care providers in the first line of medical intervention;

- a policy favoring referral from the front line to the specialist, in effect since many years in Central and Eastern Europe but also in the UK, very recently in France, and under discussion in Belgium;

- the progressive establishment of a data collection system (such as the computerized medical file) recording the activities of the first line in

view of developing a better organization and management of these activities.

Concerning cost to the patient, the present-day systems in Europe vary from free of charge for the patient to full payment by out-of-pocket money, with co-payment being intermediate between these two extremes. Full payment by the patient usually leads to inequities between those who can pay and those who cannot, but free of charge care often leads to excess consumption of medical services and long waiting lists. Co-payment of a variable amount depending upon the individual or household income seems a better solution in order to match supply and demand. For this reason, co-payment should be effective for all care providers in the front line.

#### **Acknowledgments**

Our thanks to the following colleagues who have given us information on their country: Tatyana Kotzeva (Bulgaria), Jitka Rychtarikova (Czech Republic), Kalev Katus (Estonia), Eva Gardos (Hungary), Juris Krumins (Latvia), Vlada Stankuniene (Lithuania), Anita Abramowska (Poland), Vasile Ghetau (Romania), Natalia Kalmykova (Russia). Any errors in the present text are due to our possible misunderstanding of some complex systems !

#### **References**

BLENDON R., SCHOEN C., DESROCHES C. et al. (2002) *United Kingdom Adults' Health Care System Views and Experiences, 2001*, The Commonwealth Fund, 3p.

CDC (2004), *Chronic Disease Overview*, US [Centers for Disease Control and Prevention](http://www.cdc.gov/nccdphp/overview.htm), Internet address: <http://www.cdc.gov/nccdphp/overview.htm>, consulted March 5, 2005.

GOURBIN C., BUYLAERT W., MOREELS R. et al. (2004), *Measures to change emergency department attendance of hospitals: a preliminary literature study*, KCE, Brussels (in press).

SICILIANI L. and HURST J. (2005) "Tackling excessive waiting times for elective surgery: A comparative analysis of policies in 12 OECD countries", *Health Policy, Volume 72, Issue 2*, pp. 201-215

WHO (2002) *The European Health Report 2002*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 156 p.

WHO (2005) *WHO country highlights on health*, Internet address: <http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHH/>, consulted March 25, 2005.

**Гийом Вунш,**  
*Институт демографии, Католический университет г.Лувен-ла-Нев*  
*(Бельгия)*

**Катрин Гурбэн,**  
*Университетский центр общей врачебной практики и Институт де-*  
*мографии, Католический университет г.Лувен-ла-Нев (Бельгия)*

**От профилактики к лечению.  
Выбор стратегии первичной  
медико-санитарной помощи (ПМСП)<sup>46</sup>**

**Вступление**

Хотя смертность в большинстве промышленно развитых стран снизилась впечатляюще, при этом ожидаемая продолжительность жизни женщин превысила 80 лет (несколько менее среди мужчин), нельзя утверждать, что все проблемы общественного здоровья решаются поступательно. На самом деле, как известно, в результате увеличения продолжительности жизни и весьма низких показателей рождаемости население всех промышленно развитых стран продолжает в целом стареть. По мере ухудшения состояния здоровья людей с возрастом; увеличения количества, повышения качества, но и стоимости медицинских технологий; а также роста наших ожиданий гарантированного сохранения здоровья, затраты на здравоохранение галопируют во всех развитых странах. В Европе пытаются сдерживать рост затрат самыми разными путями, например, ограничивая объемы оказываемой медицинской помощи, сокращая оплату страховыми фондами лишь основных медицинских услуг, увеличивая размер соплатежей или оплаты наличными напрямую пациентами в адрес ЛПУ, стимулируя дополнительные добровольные взносы в частные фонды медицинского страхования, поощряя сотрудничество между фондами всех форм собственности и, в более общем плане, стремясь повышать эффективность систем здравоохранения.

В этом наборе более или менее вспомогательных стратегий одной из стратегических целей в области охраны здоровья является совершенствование профилактической медицины и охват ею всего населения стран, поскольку здоровый образ жизни и ранняя диагностика заболеваний могут значительно снижать расходы здравоохра-

---

<sup>46</sup> Доклад был представлен на англ. языке (см. выше). Перевод на рус. язык А.Таркина.

нения (Центры по профилактике и контролю за заболеваниями – CDC, 2004). Врачи общей практики (ВОП) или семейные врачи находятся в на передовом рубеже системы оказания медицинской помощи и потому выступают как очевидный канал оказания услуг профилактики и раннего выявления заболеваний. В этой связи, как отмечалось в одной из докладов Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ), большой акцент в процессе оказания медицинской помощи следует сделать на развитии систем первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), «уделяющих особое внимание пропаганде здорового образа жизни, предупреждению заболеваний и оказанию экономически эффективной, в равном для всех объеме и достойной всех людей медицинской помощи долгосрочного характера» (ВОЗ, 2002). В том же докладе ВОЗ также отмечалось, что «ПМСП должна находиться в центре любой хорошо спланированной и направленной на эффективность системы здравоохранения».

В данной статье в качестве примера стратегии здравоохранения предлагается описание состояние ПМСП в Бельгии в более широком контексте отрасли в целом, а также мер, предпринимаемых правительствами<sup>47</sup> двух общин по ее перестройке. Затем будет проведено сравнение бельгийской и весьма отличной от нее британской системы. И наконец, вкратце будет освещено положение в звено ПМСП стран Центральной и Восточной Европы.

## **1. Первичная медико-санитарная помощь в Бельгии**

### ***Врачи общей практики***

До принятия в 1997 г. соответствующего постановления правительства никаких ограничений на численность врачей в Бельгии не устанавливалось. Дипломированный ВОП был вправе сам решать, в каком муниципальном образовании ему работать. В настоящее время врачу это все еще позволено, но ежегодный совокупный выпуск медицинских факультетов распределяется в соответствии с фиксированными квотами для ВОП и специалистов. В Бельгии с населением в 10 млн. человек каждый год позволено каждый год брать на работу лишь 700 новых врачей обеих категорий, в т.ч. 300 первых и 400 вторых.

---

<sup>47</sup> Бельгия – это федеративное государство с двумя общинами: фламандцы и франкофоны. Те или иные решения принимаются федеральным или общинными правительствами в зависимости от планируемой инициативы.

В Бельгии пациент вправе выбирать или переходить к другому ВОП полностью по своему усмотрению. Пациент также может консультироваться у нескольких ВОП одновременно или обращаться к специалисту напрямую, поскольку направление от первого не является обязательным. ВОП являются «самонанятыми» (предпринимателями) и оплачиваются по гонорарному методу при соплатежах со стороны пациента<sup>48</sup>.

В целях ограничения количества консультаций, получаемых одним и тем же пациентом у нескольких ВОП, а также доступа к специалистам, министерство здравоохранения Бельгии ввело в 2002 г. централизованную базу персонифицированного учета пациентов. Последние могут теперь выбрать только одного семейного врача, получая у него направление (при ряде исключений) к специалистам. Это преобразование призвано повысить эффективность системы оказания медицинской помощи и снизить затраты на социальное страхование. Централизованная база учета также должна улучшить взаимосвязь между самими врачами. База, находящаяся у ВОП, аккумулирует результаты диагностических обследований и врачебных осмотров пациента, в т.ч. выполненных специалистом и им зарегистрированных. И наоборот, ВОП предоставляет специалисту по его просьбе всю необходимую тому информацию о пациенте.

Помещение истории болезни в централизованную базу персонифицированного учета пациентов в настоящее время не является обязательным, но если пациент согласен, как и на определенные связанные с этим шагом ограничения, то он получает скидку в 30% от суммы соплатежа при каждой консультации у своего семейного врача. Пациентам старше 75 лет или страдающим хроническими заболеваниями эта льгота предоставляется также при посещении его врачом общей практики на дому (в отличие от ряда других стран, ВОП в Бельгии такая форма обслуживания еще существует). Что касается самого ВОП, то он получает 750 евро в год из фонда социального страхования на обслуживание программного обеспечения, если, конечно, соглашается перевести истории болезни своих пациентов в электронный формат. Министерство здравоохранения поставило перед собой общую задачу построения вертикали досту-

---

<sup>48</sup> Сумма зависит от социально-экономического положения в стране; обычно 4,7 евро (стоимость планового посещения на дому 8,75 евро) при возмещении из страхового фонда, или лишь 1,21 евро (1,99) с малообеспеченного.

па к уровням медицинской помощи, что обеспечит снижение совокупных затрат. Централизованная база учета – первый шаг в этом направлении, который, как предполагается, улучшит обмен информацией и гармонизирует процесс оказания медицинской помощи благодаря большей взаимодополняемости врачей и учреждений.

#### ***Финансирование здравоохранения***

Во основе бельгийской системы обязательного медицинского страхования лежит модель социального страхования, охватывающая все население страны за весьма малым исключением. При этом система ОМС является частью централизованной сети социального страхования. Здравоохранение в Бельгии финансируется государством, а медицинская помощь оказывается главным образом частными ЛПУ. В 1995 г. финансирование отрасли было централизовано при объединении всех денежных средств, едином управлении и распределении их по различным фондам социальной сферы (здравоохранение, пенсии, детские пособия, пособия по безработице и пр.). До 1995 г. работодатели и работники платили соответствующие взносы в каждый из них. В настоящее время работодатель отчисляет в государственный фонд социального страхования сумму в размере примерно 35% от фонда заработной платы до вычета налогов, а работник – несколько больше 13%. Взносы обеих сторон составляют основную часть фонда (74%), при этом остальное поступает в форме субсидий из госбюджета (12%) и альтернативных источников (14%), главным образом отчисления на цели НДС, а также акцизы на табачные изделия и пр. Расходы на здравоохранение в Бельгии составляют 35% (2005 г.) от всех затрат на нужды социального страхования в стране.

#### ***Интегрированная система оказания медицинской помощи***

Хотя ВОП находится на передовом рубеже системы оказания медицинской помощи и потому его роль важна, обеспечение эффективности системы здравоохранения, как отмечалось выше, требует такой ее структуры, когда каждый поставщик медицинских услуг (врач или ЛПУ) действует во взаимодействии со своими партнерами при взаимном уважении сфер компетенции. В идеальной ситуации, ВОП должен отвечать за интегрирование и координацию процесса оказания медицинской помощи, обеспечивая пациенту, в отличие от специалистов, ее универсальный характер и преемственность. Структуры совершенствования такой координации

сестринского ухода на дому («стационар на дому») были созданы в Бельгии в начале 80-х годов, хотя некоторые частичные преобразования были проведены ранее. Целью было перегруппировать различные существующие службы, например, медико-социальную, сестринского ухода в интернатных учреждениях, поддержки семьи, домашних сиделок и пр. под единым управлением, как правило, муниципального центра социальной защиты или компаний взаимного страхования (т.е. страховых фондов), перераспределяющих медицинские страховые пособия среди пациентов. Ряд координирующих структур были созданы самими ВОП отдельно от центров социальной защиты и страховых фондов.

В 1989 г. правительство приняло постановление об учреждении и финансировании *координационных центров*, однако проблемы остались. Во-первых, существующие структуры весьма различны по виду деятельности, квалификации персонала, модели финансирования и пр. Во-вторых, многие ВОП не сотрудничают с этими центрами из опасения «дележа» пациентов со сторонними игроками. Более того, ВОП нередко не отдают себе отчета в формализованной сетевой структуре оказания помощи пациенту и не видят четко своего места в ней.

#### ***Отделения неотложной помощи больниц***

Как уже отмечалось выше, пациент в Бельгии вправе выбирать и менять ВОЗ по своему усмотрению, консультироваться у нескольких ВОП одновременно или обращаться к специалистам напрямую. Он может также приходить без предварительной записи в отделение неотложной помощи больниц по поводам, которые в принципе относятся к компетенции ВОП. В этой связи, в Бельгии были предприняты меры по исключению нецелесообразного использования ресурсов отделений неотложной помощи. В марте 2003 г. федеральное правительство ввело фиксированную сумму соплатежа в размере 12,5 евро за посещение указанных отделений больниц, если на то нет соответствующего направления от ВОП. Пациент может быть освобожден от соплатежа, если, например, его доставила скорая помощь, другое ЛПУ, направил ВОП или полиция. Введение оплаты призвано побудить пациента обращаться к ВОП или в центр ПМСП.

Вместе с тем, обзор соответствующих международных публикаций, сделанный одним из авторов данной статьи (Catherine Gour-



bin et al., 2004) приводит к выводу об отсутствии доказанного влияния соплатежей на сокращение числа обращений в отделения неотложной помощи. Более того, представляется, что пациенты идут туда из-за затрудненного доступа в ЛПУ ПМСП (например, в праздники или ночью). Кроме того, они считают больницы значительно лучше оснащенными для экстренных случаев, чем ВОП. Решением проблемы может стать усовершенствованная структура ЛПУ ПМСП, удовлетворяющая потребности пациентов (например, дежурные клиники).

## **2. Служба ПМСП в Великобритании**

В основе содержания данной главы доклад *«Краткие сведения о здравоохранении стран-членов ВОЗ»* (2005), который, в свою очередь, подготовлен с использованием *«Европейский обзор о состоянии систем оказания медицинской помощи и политике в области здравоохранения»*.

В Соединенном Королевстве полномочия в деле организации оказания медицинской помощи переданы на уровень составляющих СК субъектов (Англия, Шотландия, Уэльс, Северная Ирландия). При этом финансирование сектора осуществляется за счет общегосударственных налоговых поступлений, медицинские услуги оказываются государственными ЛПУ, а функция закупки услуг передана местным органам исполнительной власти: трестам ПМСП в Англии, сетевым партнерствам ПМСП в Северной Ирландии, комитетам по охране здоровья в Шотландии и Уэльсе. Как и примерно в случае Бельгии, британская система здравоохранения финансируется главным образом из общих налоговых поступлений в госбюджет (прямые налоги, НДС, индивидуальный подоходный налог). ВОП имеют статус предпринимателей. 1 апреля 1994 г. в оплате их труда произошел переход от подушного финансирования<sup>49</sup> и фиксированных выплат к сочетанию первого с вознаграждением в соответствии со шкалой баллов за качество. В отличие от Бельгии, ВОП в Великобритании объединены в групповые практики (в среднем три врача). Для прикрепления к ВОП пациент должен проживать на обслуживаемом участке. Имеется небольшое число государственных

---

<sup>49</sup> При подушном финансировании ВОП получает фиксированную ежемесячную оплату на каждого прикрепленного пациента независимо от стоимости оказанных им услуг.

клиник приема без предварительной записи. ВОП являются своего рода диспетчерами направлений к специалистам, чего нет в Бельгии. Эта система охватывает все население страны, при том услуги предоставляются главным образом бесплатно в точке их оказания.

Затраты на здравоохранение в Великобритании оставались на весьма низком уровне (на 8% ниже на душу) по сравнению со среднеевропейским (на 7% выше в Бельгии). Вместе с тем, степень удовлетворенности пациентов британской системой также низка: длинные листы ожидания<sup>50</sup>, особенно к специалистам и, тем более, на госпитализацию, хотя обеспечивается свободный доступ к услугам независимо от уровня доходов пациента (Blendon et al., 2002). Правительство Великобритании утвердило масштабный план реформирования Национальной системы здравоохранения, предусматривающий, в частности, сокращение времени ожидания хирургической операции и повышение качества услуг. Однако передача полномочий конституциональным субъектам Соединенного Королевства обуславливает все большую разнонаправленность преобразований в масштабе страны.

### **3. Службы ПМСП в странах Центральной и Восточной Европы**

Предлагаем нижеследующее описание нынешнего положения в ряде стран Центральной и Восточной Европы в области общей практики, права выбора пациентом ВОП, доступа к специалистам и стоимости услуг ПМСП для пациента.

#### *Болгария*

В июле 2000 г. общая врачебная практика стала частной. Пациент может сам выбирать ВОП и переходить к другим два раза в год. Если пациент застрахован, обслуживание у ВОП предоставляется ему бесплатно. Для консультации у специалиста необходимо получить соответствующее направление у ВОП. В ином случае пациенту приходится оплачивать свое посещение специалиста.

#### *Чехия*

Общая практика имеет статус частного предприятия. Застрахованные пациенты вправе выбирать ВОП среди тех, кто имеет договор на оказание медицинских услуг со страховщиком. Обслужива-

---

<sup>50</sup> Листы ожидания обычно возникают в странах с государственной системой медицинского страхования, отсутствием соплатежей со стороны пациента и недостаточными мощностями хирургических отделений. Поэтому спрос превышает предложение (Siciliani and Hurst, 2005).

ние при этом бесплатно. Возможно как направление пациента к специалисту, имеющему договор со страховщиком первого, так и обращение пациента напрямую. ПМСП оказывается ВОП, педиатрами, гинекологами и стоматологами.

#### *Эстония*

Общая практика имеет статус частного предприятия. Но если ВОП имеет договор со страховщиком на оказание медицинских услуг, то может рассматриваться также как служащий государственной системы здравоохранения. Пациент вправе выбирать семейного врача. Консультации предоставляются бесплатно, исключая посещение на дому (3 евро). Для обращения к специалисту необходимо направление от ВОП. Количество ВОП, работающих вне системы страхования пациентов, весьма ограничено.

#### *Венгрия*

Общая практика является частной, но ВОП оказывают услуги по договору с органами местного управления, отвечающими за организацию ПМСП населению. Пациент вправе сам выбирать ВОП, оставляя при этом свою личную карточку у соответствующего врача. ОМУ обязаны обеспечивать бесплатное оказание услуг семейного врача. С этой целью с последним подписывается соответствующий договор при оплате труда из средств Государственного Фонда медицинского страхования в объеме, учитывающим количество личных карточек пациентов у конкретного врача. Вместе с тем, существуют и частные врачи, клиники и больницы, не финансируемые Фондом. Обслуживание в них полностью платное. Необходимость получения направления от ВОП к специалисту зависит от профиля последнего (например, оно необходимо для гинеколога, офтальмолога, отоляринголога).

#### *Латвия*

Семейные врачи могут трудиться как в государственном, так и в частном здравоохранении. Пациент сам выбирает ВОП и может переходить к другим один или два раза в год. Стоимость медицинских услуг фиксирована независимо от вида общей практики или ее организационно-правового статуса. Минимальный объем услуг предоставляется бесплатно, если пациент застрахован. По ряду услуг возможно также возвращение части уплаченного налога. Направления от ВОП не требуются при посещении психиатра, гинеколога или эндокринолога.

### *Литва*

Семейные врачи могут трудиться как в государственном, так и в частном здравоохранении. В обоих случаях обслуживание бесплатное. Выбор ВОП пациентом свободный. Получение направления от ВОП к специалисту необходимо.

### *Польша*

Семейные врачи могут трудиться как в государственном, так и в частном здравоохранении. Выбор ВОП пациентом свободный. Обслуживание в государственном секторе бесплатное. Направление от ВОП необходимо только к офтальмологу, гинекологу, дерматологу и психиатру.

### *Румыния*

Семейные врачи могут трудиться как в государственном, так и в частном здравоохранении. В первом случае они заключают договор с государственным фондом медицинского страхования, который финансирует их с учетом количества обслуживаемых пациентов и предоставленных консультаций. Пациент сам выбирает ВОП и может сменить его через 3 месяца. Получение направления от ВОП к специалисту необходимо. Врачи государственных ЛПУ обычно консультируют бесплатно, в ином случае требуется оплата наличными.

### *Россия*

В условиях государственного здравоохранения возможно обращение к ВОП, работающему в поликлинике по месту жительства пациента или по договору с работодателем последнего. Имеются также ВОП в составе частных практик на базе частных клиник. В первом случае обслуживание предоставляется бесплатно. В принципе, возможна смена ВОП в пределах одной и той же поликлиники. В государственном секторе для доступа к специалисту требуется получение направления от ВОП. Если пациент в состоянии оплатить услуги, он может идти к специалисту в частном секторе напрямую или же в государственную клинику соответствующего профиля.

### **Заключение**

Служба ПМСП все более децентрализуется и переходит в частный сектор как в Восточной, так и Западной Европе и даже в странах с системой государственного медицинского страхования. Свободный выбор ВОП стал общим правилом, хотя в ряде стран он ограничен. Однако эта относительная свобода сопровождается на Западе возрастающим влиянием государства, главным образом в це-

лях сдерживания роста стоимости услуг. Такая регулятивная политика наблюдается в следующем:

- ограничение числа ВОП (также стоматологов, медсестер, физиотерапевтов и пр.), которое весьма давно введено в Франции и недавно в Бельгии;
- создание различных структур, например, координирующих центров, призванных укреплять преемственность между уровнями медицинской помощи, а также лучшую взаимосвязь и межпрофильное взаимодействие на передовом рубеже системы ее оказания;
- многолетняя политика поощрения направления пациентов из звена ПМСП к специалистам в Центральной и Восточной Европе, Великобритании, весьма недавно во Франции и обсуждается в настоящее время к возможному внедрению в Бельгии;
- продолжающееся создание систем сбора данных (например, электронные истории болезни) об оказании медицинских услуг в звене ПМСП в целях совершенствования организации и управления.

Что касается оплаты пациентом предоставляемых ему услуг, то ныне существующие в странах Европы системы допускают как полностью бесплатное, так и полностью платное обслуживание за наличные, при промежуточном положении механизма соплатежей со стороны пациента между двумя этими крайностями. Если полная оплата услуг обычно ведет к возникновению неравенства между хорошо и мало обеспеченными пациентами, то бесплатное оказание медицинской помощи нередко чревато избыточными ее объемами и длинными списками ожидания. Соплатежи в объемах, учитывающих уровень дохода отдельного пациента или семьи, представляются лучшим решением в плане сопряжения предложения и спроса и потому должны быть эффективны в работе всех врачей первого контакта с пациентом, т.е. звена ПМСП.

#### **Благодарность за содействие в подготовке статьи**

Татьяна Котцева (Болгария), Житка Ричарикова (Чехия), Калев Катус (Эстония), Эва Гардос (Венгрия), Юрис Круминьш (Латвия), Влада Станкуниене (Литва), Анита Абрамовска (Польша), Василе Гетау (Румыния), Наталья Калмыкова (Россия).

## ЛИТЕРАТУРА

BLENDON R., SCHOEN C., DESROCHES C. et al. (2002) *United Kingdom Adults' Health Care System Views and Experiences, 2001*, The Commonwealth Fund, 3p.

CDC (2004), *Chronic Disease Overview*, US [Centers for Disease Control and Prevention](http://www.cdc.gov/nccdphp/overview.htm), Internet address: <http://www.cdc.gov/nccdphp/overview.htm>, consulted March 5, 2005.

GOURBIN C., BUYLAERT W., MOREELS R. et al.. (2004), *Measures to change emergency department attendance of hospitals: a preliminary literature study*, KCE, Brussels (in press).

SICILIANI L. and HURST J. (2005) "Tackling excessive waiting times for elective surgery: A comparative analysis of policies in 12 OECD countries", *Health Policy, Volume 72, Issue 2*, pp. 201-215

WHO (2002) *The European Health Report 2002*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 156 p.

WHO (2005) *WHO country highlights on health*, Internet address:

<http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHN/>), consulted March 25, 2005.

**Бодрова В.В.**

*(Аналитический центр Юрия Левады, Москва)*

**Бодрова Е.Н.**

*(Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН, Москва)*

### **Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение детей и подростков России в период социально-экономических реформ**

В 2000 г. 189 стран-членов ООН собрались на Саммите Тысячелетия и выдвинули 8 целей и 18 задач нового тысячелетия, выполнение которых к условленной дате (2015 год) должны изменить жизнь народов мира. Среди восьми целей три цели (4, 5 и 6) касаются вопросов здоровья, в том числе репродуктивного здоровья населения.

Эти цели перекликаются с Программой действий, принятой на Международной конференции по народонаселению и развитию, проводившейся в Каире в 1994 г., где 179 стран одобрили достижение странами всеобщего доступа к медицинским услугам первой необходимости, всеобщего доступа к полному спектру услуг по репродуктивному здоровью и планированию семьи, поставили целью Програм-

мы действий снижение уровня детской и материнской заболеваемости и смертности, увеличение средней продолжительности жизни.

Каково же содержание понятия «репродуктивное здоровье»? Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (1994 г.), репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и недугов во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, включая воспроизводство и гармонию в психо-социальных отношениях в семье.

Чтобы достичь успехов в репродуктивном здоровье, в Программе действий (Каир, 1994 г.) говорится, что все страны должны стремиться к тому, чтобы как можно скорее и не позже 2015 года сделать доступными через основную систему здравоохранения услуги по репродуктивному здоровью для всех людей, достигших соответствующего возраста [1, с. 12].

Услуги по репродуктивному здоровью в рамках основных программ здравоохранения должны включать помимо прочего:

- консультирование по планированию семьи, информацию, образование, коммуникацию и услуги;
- наблюдение за беременной женщиной, обучение беременной правилам гигиены, безопасные роды и послеродовое наблюдение;
- предотвращение и соответствующее лечение бесплодия;
- аборт, включая предотвращение абортов и терапию последствий абортов;
- лечение инфекций половой системы, болезней, передающихся половым путем;
- информацию, образование и консультирование по вопросам сексуальной сферы, репродуктивного здоровья и родительских обязанностей.

Репродуктивное здоровье, как и здоровье в целом, определяется социально-экономическим положением населения, экологическими условиями жизни, санитарной культурой населения, качеством и доступностью медицинской помощи.

Россия в своей защите прав детей на жизнь и развитие руководствуется принятой в 1989 г. Конвенцией ООН о правах ребенка, которая была ратифицирована Верховным Советом СССР в июне 1990 г. и в сентябре 1990 г. вступила в силу для Российской Федерации.

В сентябре 1990 г. в Нью-Йорке на Всемирной встрече на высшем уровне в интересах детей была принята Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей и План действий по ее осуществлению на 90-е годы. Этот международный документ подписан Президентом РФ в январе 1992 г. Первым шагом его реализации в России стал Указ Президента Российской Федерации от 01 июня 1992 г. «О первоочередных мерах по реализации всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы», в котором эти проблемы признаны приоритетными.

В последующие годы государством предпринимались определенные шаги, направленные на улучшение репродуктивного здоровья детей и подростков, но до сих пор, в начале XXI века, не выработана целостная стратегия в этом направлении, нет достаточных целенаправленных усилий государства, о чем говорит сложившаяся ситуация в этой сфере.

В условиях социально-экономической нестабильности в России за последние 10-15 лет в состоянии здоровья детей и подростков сформировались устойчивые негативные тенденции – распространенность факторов риска, влияющих на ухудшение здоровья и развитие подростков, увеличение заболеваемости и инвалидности. Интенсивность ухудшения качества здоровья детей и подростков в 3,5 раза выше, чем у взрослого населения [2, с. 7].

По данным Всероссийской диспансеризации только 32,1% детей, в т.ч. в возрасте 15-17 лет, признаны здоровыми [3, с. 9]. Доля абсолютно здоровых девочек уменьшилась за 10 лет (1992 – 2002 гг.) с 28,6% до 6,3% [3, с. 60].

По данным специальных исследований в результате ухудшения здоровья детей и подростков от 20 до 50% старшеклассников имеют ограничения в выборе профессии, уровень годности юношей к службе в армии по состоянию здоровья составляет 28,4% [4, с. 11].

Среди подростков 15-17 лет отмечается тенденция к росту заболеваемости, причем темпы в 1997-2002 годы выше, чем в предшествующие 1992-1997 годы: соответственно 1,35 раза и 1,22 раза.



**Таблица 1.**

**Распространенность заболеваний и заболеваемость подростков 15-17 лет в Российской Федерации (на 100 тыс. человек соответствующего возраста) [3, с. 27]**

Годы	Заболеваемость	Распространенность
1992	61220,2	96471,9
1993	67426,9	105149,5
1994	66453,4	106567,8
1995	71513,8	113498,0
1996	69142,7	114533,7
1997	74646,4	123231,9
1998	79948,5	132991,0
1999	88267,3	146283,0
2000	90943,0	150412,8
2001	93399,5	154866,0
2002	100469,1	164365,0

В целом заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет (заболеваемость с впервые установленным диагнозом) за период с 1992 г. по 2002 г. выросла в 1,64 раза, а распространенность заболеваний – в 1,71 раза, что свидетельствует о накоплении «груза» патологии. Общая заболеваемость девочек 15-17 лет только за 5 лет выросла на 32,2%. Показатели заболеваемости у девочек в подростковом возрасте на 10-15% выше, чем у мальчиков [3, с. 60].

Среди детей и подростков возрастает количество социально обусловленных и социально значимых заболеваний, что не в последнюю очередь связано со снижением уровня моральных норм в семье и обществе, с распространением среди детей и подростков вредных привычек, рискованных форм сексуального поведения и связанных с ним болезней. На вопрос социологов Аналитического центра Юрия Левады «Когда Вы думаете о падении общественной нравственности, то, что Вы, прежде всего, имеете ввиду?» после роста насилия (51% ответивших) и уголовных преступлений (41%) население назвало «распущенность современной молодежи» (39,3%), распространение эротики и порнографии (19,6%) и распространение проституции (17,6%) [5]. Молодежь в возрасте 16-19 лет в большинстве своем просматривает порнографические журналы (78,3%), смотрит по видео порнографические фильмы (86,4%) [6].

По данным ряда исследований до 25% девушек школьного возраста страдают различными формами нарушений репродуктивного здоровья [4, с. 11].

По данным профилактических осмотров 2002 года в России гинекологическая заболеваемость девочек-подростков составила 114‰ [3, с. 60]. Среди гинекологических заболеваний наиболее часто встречаются воспалительные заболевания половых органов и отклонения формирования репродуктивной системы (нарушения менструального цикла, дисменорея и задержка полового созревания). Девочки дошкольного и раннего школьного возраста чаще болеют воспалением нижних отделов половых путей (35-70%), старшеклассницы – нарушениями менструального цикла.

Заболеваемость девочек от 15 до 18 лет нарушениями менструального цикла возросла за 1992-2002 гг. в 3,4 раза (см. Табл. 2) [3, с. 60].

**Таблица 2**

**Расстройства менструации у девочек от 15 до 18 лет  
(на 100 тыс. детского населения)**

Годы	Заболеваемость	Распространенность
1992	655,0	1027,1
1993	326,4	1051,6
1994	...	1206,2
1995	928,5	1444,5
1996	1188,6	1811,7
1997	1310,2	2050,8
1998	1413,0	2238,8
1999	1780,2	2638,2
2000	1857,6	2838,2
2001	1975,2	3017,9
2002	2374,2	3468,3

Увеличилось число девушек, составляющих группу риска абсолютного или относительного бесплодия.

Одной из распространенных форм сексуального поведения являются добрачные половые связи. На вопрос, заданный подросткам в возрасте 16-19 лет, о допустимости половых отношений до вступления в брак 84% ответили утвердительно, только 7% ответили «нет» и 9% затруднились ответить [6].

В связи с более широким распространением добрачных сексуальных отношений в последние годы, когда подростки часто не

имеют постоянного полового партнера, крайне высок риск заболеваний, вызванных инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Так, из числа живущих половой жизнью, в 1997 г. девочек и треть мальчиков-горожан имеют одного партнера, на селе соответственно – 40% и 23%. В то же время доля подростков с несколькими половыми партнерами составляла в сельской местности у девочек 31%, что в 2 раза больше, чем у городских девочек; у мальчиков – 61% (в селе) и 55% (в городе). 41% сексуально активных подростков имели регулярные сексуальные контакты, 37% - спорадические [2, с. 133].

На вопрос, заданный подросткам в возрасте 16-19 лет социологами Аналитического центра Юрия Левады (до 2003 г. ВЦИОМ) «Имели ли Вы когда-либо половые контакты, и если да, то в каком возрасте Вы впервые вступили в половой контакт?», каждый 9-10-ый ответил, что имели первые половые контакты в возрасте до 15 лет, в 15-летнем возрасте – каждый 6-ой, в 16 лет – каждый 4-ый, в 17 лет – каждый 7-ой. Таким образом, в 19 лет только 28,4% подростков не вступали в половые контакты [6]. Ф.Э. Шереги и А.Л. Арефьев [7, с. 169] подтверждают, что средний возраст начала половой жизни у юношей и девушек – 16 лет. Ведут ее 52,9% всех опрошенных в возрасте 11-24 года.

Результаты опросов ВЦИОМ в 1996 и 1999 гг. в трех городах России показывают, что от 50 до 60% девушек в возрасте 18 лет имели опыт половой жизни, причем в 1999 г. по сравнению с 1996 г. наблюдалась тенденция снижения возраста начала половой жизни [8, с. 29]. Другие исследования также подтверждают эту тенденцию. За прошедшие 14 лет (1989-2002 гг.) средний возраст начала половой жизни снизился с 16 лет 7 месяцев до 13 лет 6 месяцев [7, с. 169]. По мнению Ф.Э.Шереги и А.Л.Арефьева в России фактически произошла легализация детской проституции, когда в 1998 г. Государственная Дума по инициативе Президента России Б.Н.Ельцина и на основании соответствующего подписанного им документа приняла поправку к Уголовному кодексу о снижении возраста «согласия несовершеннолетних на сексуальные отношения» до 14 лет [7, с. 167]. Весомую «лепту» в раннее приобщение несовершеннолетних россиян к половой жизни вносит кино и телевидение, демонстрирующие фильмы, где ключевыми словами являются «секс», «тра-

хаться» и т.п. Раннему вовлечению подростков в половую жизнь способствует курение, употребление алкоголя, наркотиков.

В середине 1990-х годов в России проблема инфекций, передаваемых половым путем, особенно сифилиса, приобрела характер эпидемии (с 1992 г. в России начал регистрироваться сифилис у детей в возрасте до 14 лет) [9, с. 28]. В это же время максимальным был и рост большинства других ИППП, причем впервые этим болезням были подвержены дети и подростки.

Анализ представленных в таблице 3 данных показывает, что в 1996 г. по сравнению с 1990 г. у девушек 15-17 лет число заболеваний сифилисом с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. подростков этого возраста увеличилось в 67,8 раза, а среди юношей – в 68,9 раза. После 1997 г. происходит постепенное снижение первичной заболеваемости с 1997 по 2002 г. у девушек в 3,6 раза, у юношей – в 3,2 раза. Однако уровень заболеваемости в 2002 г. остается по-прежнему высоким по сравнению с 1990 г.: у девушек – в 17,8 раза, у юношей – в 21 раз.

**Таблица 3**

**Зарегистрированные случаи заболеваний сифилисом среди подростков 15-17 лет с впервые установленным диагнозом (на 100 тыс. лиц соответствующего возраста) [10, с. 252]**

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002
Юноши	2,7	128,3	186,1	181,4	137,2	93,9	76,2	56,0
Девушки	8,8	432,1	596,4	561,3	425,7	300,8	228,4	157,0

Заболеваемость гонореей в период с 1990 г по 2002 г. характеризовалась некоторым снижением – в 2,3 раза [10, с. 252], хотя многие эксперты сомневаются в истинности этих цифр, считая их существенно заниженными.

Высокий уровень заболеваемости ИППП среди подростков не только сам по себе опасен для их репродуктивного здоровья, но создает эпидемиологические условия для распространения этих заболеваний, что в свою очередь будет способствовать быстрому распространению ВИЧ-инфекции.

Подростки, живущие половой жизнью, в большинстве своем знают о методах контрацепции, о которых они получают информацию, главным образом, от знакомых, друзей, из книг, журналов. Разные социологические исследования показывают, что подросткам недостает информации. На вопрос «С какого возраста Вы считаете не-

обходимым получение исчерпывающей информации о половой жизни?» подростки 16-19 лет ответили так: в возрасте до 12 лет – 14,1%, в 12 лет – 19,1%, в 13 лет – 15,8%, в 14 лет – 17,7%, в 15 лет – 14,1%, в 16 лет – 7,6%, в 17 лет – 2,4%, после 17 лет – 1,9% [6].

Иногда среди девушек бытует мнение об отрицательном воздействии современных методов контрацепции на здоровье (например, среди студенток-медиков в г. Тверь) [2, с. 138]. Одновременно, результаты исследования в других городах России – в Ивановской области, Екатеринбурге и Перми в 1996 и 1999 гг. показывают, что среди молодых девушек (15-19 лет) доля использующих контрацепцию составила соответственно 52%, 59% и 68%, в т.ч. современные методы контрацепции (ВМС, презервативы, ОК, стерилизация, вагинальные методы, неотложная контрацепция): 40%, 40% и 36% соответственно [8, с. 27].

Понимая, какую роль играет предохранительное поведение в предупреждении ИППП, подростковой беременности, нельзя не отметить важности скорейшего внедрения программы по половому воспитанию подростков. Вот уже 10 лет эта проблема не сдвигается с места [12, с. 73]. А тем временем, по данным Министерства здравоохранения РФ, за последние 5 лет замедлились темпы снижения числа аборт, а каждый десятый аборт – это аборт у девушек-подростков. Хотя официальная статистика отмечает снижение распространенности аборт, при этом, по данным Росстата, число аборт у первобеременных изменилось незначительно, а их доля в общем числе аборт ежегодно возрастала: с 6,4% в 1990 г. до 11% в 2003 г.

Гинекологические заболевания, аборт, перенесенные в подростковом возрасте, часто становятся причинами бесплодия в браке. Показатель бесплодия на 100 тыс. женщин репродуктивного возраста в 2002 г. составил 407,3 (2000 г. – 381,4) [11, с. 14]. В настоящее время в стране около 5 млн. супружеских пар страдают бесплодием, желают иметь детей, но не получают необходимой помощи вследствие ее недоступности [13, с. 39].

У юных беременных чаще, чем у взрослых женщин, развиваются анемии, гестозы, невынашивание, аномалии родовой деятельности, кровотечения. Материнская смертность среди девушек-подростков в 5-8 раз выше, чем в целом среди женщин. Отмечается снижение частоты рождения живого ребенка у матери-подростка: у

беременных 15-летнего возраста число детей, рожденных живыми с 1997 г. по 2001 г., снизилось на 30,5%, у 16-летних – на 20,4% и у 17-летних подростков – на 22,0% [3, с. 61].

С ростом численности ВИЧ-инфицированных в России, значительно возросла доля женщин репродуктивного возраста (в основном от 20 до 30 лет) [13, с. 35] – до 33% в 2002 г. [11, с. 12], что обостряет проблему вертикального пути заражения от матери к ребенку во время беременности и родов. По данным официальной статистики, количество родов у ВИЧ-инфицированных, принятых в акушерских стационарах, в 2002 г. составило 4523 (для сравнения: в 2001 г. – 1939, в 2000 г. – 668) [11, с. 12].

Сохраняющийся низкий уровень здоровья современных детей и подростков во многом обусловлен социальными условиями жизни и распространенностью поведенческих факторов риска, что свидетельствует об актуальности профилактических программ и формирования приоритетов здорового образа жизни детей и подростков.

Государство предпринимает ряд мер, чтобы повлиять на существующее положение. На федеральном уровне разработана подпрограмма «Здоровый ребенок» на период 2003-2006 гг. Федеральной целевой программы «Дети России», отличительной чертой которой является ее профилактическая направленность.

В соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка в 2003 г. завершена работа по переводу детей в возрасте до 18 лет на медицинское обслуживание педиатрической сетью.

В настоящее время (с 2003 г.) подготовлены и внедряются три образовательные программы для детей и подростков по вопросам здорового образа жизни:

- федеральная межведомственная программа «Здоровье» для учащихся с 1 по 11 классы;
- образовательная профилактическая программа «Полезные навыки» для учащихся 5-9 классов;
- образовательная программа «Разговор о правильном питании» для начальных классов.

Но этого абсолютно недостаточно. Учитывая важность репродуктивного здоровья детей и подростков для будущего нации, необходимо:

- обеспечить приоритетное развитие и поддержку службы охраны материнства и детства на всех уровнях на основе

взаимодействия органов исполнительной власти, управления здравоохранением, фондов обязательного медицинского страхования, различных ведомств (включая образовательные), медицинских, страховых и общественных организаций;

- гарантировать бесплатную медицинскую помощь детям и подросткам;
- совершенствовать профессиональную подготовку медицинских и педагогических кадров для проведения профилактической работы среди детей и подростков в учебных заведениях.

Включение в повестку следующей встречи «Большой восьмерки» демографических вопросов, которая состоится в России, внушает надежду на то, что государство отнесется к проблеме репродуктивного здоровья детей и подростков с должным вниманием и ответственностью, и согласно Каирской Программы действий (1994 г.) не позднее 2015 г. сделает доступным лечение и услуги по репродуктивному здоровью для всего населения, и в первую очередь для детей и подростков.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Народнонаселение, репродуктивное здоровье и задачи развития в новом тысячелетии. UNFPA, 2002 г., с. 12
2. Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. М., 2002 г.
3. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года). Министерство здравоохранения РФ. М., 2003 г.
4. О положении детей в Российской Федерации. Государственный доклад 1998 года. М., 2000 г.
5. Аналитический центр Юрия Левады (бывший ВЦИОМ). Экспресс-20, общероссийский опрос, август 2000 г.
6. Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ). Опрос подростков в 10 крупных городах России в возрасте 16-19 лет, 1998 г.
7. Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л. Наркоситуация в молодежной среде: структура, тенденции, профилактика. М., 2003 г.
8. Бодрова В.В., Голдберг Х. Репродуктивное здоровье женщин в России (по результатам исследований, проведенных в Перми,

- Екатеринбурге и Ивановской области в 1996 и 1999 гг.) // «Социология медицины», 2002 г., № 1.
9. О положении детей в Российской Федерации. Государственный доклад 1996 года. М., 1997.
  10. Российский статистический ежегодник 2003 г. Статистический сборник. М., Госкомстат России, 2003 г.
  11. Здоровье детей России. М., 1999; О положении детей в Российской Федерации. Государственный доклад 2003 год. М., 2003 г.
  12. Гребешева И.И. Планирование семьи в условиях низкой рождаемости. // «Народонаселение», 2004 г., № 3.
  13. Каткова И.П. Репродуктивное здоровье россиянок. // «Народонаселение», 2002 г., № 4.

**Жданова Д.**

*(Росток, Германия / Санкт-Петербург, Россия)*

**Возможность социального регулирования проблемы суицида**

В последние годы наблюдается тенденция к некоторому снижению коэффициента смертности в России, однако, этот показатель все еще значительно выше, нежели в других развитых странах. Разница в смертности по причине суицида между Россией и другими индустриальными державами еще выше. По рейтингу ВОЗ Россия занимает второе, после Литвы, место по количеству суицидов. В среднем, это 40,1 на 100000 человек. В крупных городах этот показатель еще выше. К примеру, в 2003 г. в Москве зафиксировано 1130, а в Санкт-Петербурге 825 смертных случаев в результате самоубийства.

Общее число суицидальных смертей у мужчин в 1996 г. составляло около 50 тысяч в год, это 4,44% от общего количества смертей у мужчин, затем доля суицидов в общей смертности снижалась и к 2003 году составила уже 3,41%; у женщин количество самоубийств численно ниже, но тенденция схожа (0,97% и 0,78% соответственно).

В динамике групп суицидального риска просматривается одинаковая тенденция для мужчин и женщин, что нехарактерно для других развитых стран. Группа риска относительно стабильна по возрасту, хотя в 90-е гг. произошло смещение к более молодому возрасту. Аналогичный сдвиг произошел в Японии во время экономического бума в 70-е гг.



Согласно Э.Дюркгейму суицид – явление социальное, следовательно, подвержено изменению посредством социального воздействия. Подобное воздействие осуществляется по трем основным каналам: через микросоциум, социальные институты и других индивидов, не входящих в первую группу. Непосредственно межличностным общением управлять с позиции социума крайне сложно, однако, при помощи социальных институтов эта задача эта задача осуществима опосредованно.

Основных средств такого воздействия три, причем они тесно взаимодействуют между собой. Это создание общественного мнения, создание и функционирование законодательной системы и системы административного регулирования и информационное воздействие.

**Общественное мнение** большей частью формируется под влиянием законодательства и информационного воздействия, поэтому перейдем непосредственно к ним.

К законодательному и административному воздействию, прежде всего, относятся государственные законы и социальные нормы (к примеру, религиозные ограничения). Однако, последние исследования показывают, что подобные ограничения приводят не столько к снижению, сколько к сокрытию самоубийств. Известен общий для всех крупных государств феномен разницы уровня суицидальной смертности на севере и юге страны. Но дело здесь не столько в разнице уровня суицидальной активности, сколько в разнице в степени сокрытия факта суицида. На более социальнозависимом юге самоубийства чаще скрываются или маскируются под несчастные случаи.

**Законодательную базу** составляет единственная статья закона: *Доведение лица до самоубийства или до покушения на самоубийство путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего - наказывается ограничением свободы на срок до трех лет или лишением свободы на срок до пяти лет (УК РФ, Раздел VII, Глава 16, Статья 110. Доведение до самоубийства).*

Как видим, она может трактоваться неоднозначно, доказательство по ней осложнено, и, как следствие, применяется она редко. Законов же, ограничивающих в той или иной мере пропаганду самоубийства в России просто не существует.

Остается **информация**. Межличностное общение регулируется сверху только посредством формирования общественного мнения.

Остальные составляющие государство не только может, но и должно регулировать, если речь идет о жизни и здоровье десятков тысяч его граждан. Напомним, в России ежегодно 50-60 тысяч человек сводят счеты с жизнью.

Формировать несуицидальное мировоззрение необходимо начиная со школьной скамьи, однако, образовательные программы, за исключением узкоспециальных курсов ВУЗов, также не касаются этого вопроса.

СМИ – наиболее действенный путь сегодня для формирования общественного мнения. Однако, по многочисленным исследованиям (David Phillips, Steven Stack), после опубликования истории о самоубийствах количество последних резко возрастает. К примеру, после сообщений о суициде Мерлин Монро, доля суицидов в США возросла на 12%. Чем больше подобных историй будет публиковаться, тем выше будет уровень суицидальной активности, особенно в соответствующей географической области.

Данный феномен замечен давно и был назван “эффектом Вертера”, по имени литературного героя Гете, совершившего суицид, который позже был неоднократно симмитирован после выхода книги.

Количество суицидов возрастает непосредственно после публикации историй о суицидах в газетах. И чем больше тираж издания, опубликовавшего историю, тем больше возрастает количество суицидов. Кроме того, возрастание количества несчастных случаев, транспортных аварий идет по той же схеме, а возраст водителей-одиночек, попавших в аварии после публикаций коррелирует с возрастом лиц, описанных в историях. Количество аварий в автомобилях без пассажиров возрастает сильнее, нежели остальных типов аварий непосредственно после публикации о самоубийстве одиночки. Согласно Филлипсу, итог публикаций историй о суицидах и суицидах, сопряженных с убийством третьих лиц в прессе строго коррелирует с числом аварий и аварий с многочисленными жертвами ( $P=0.003$  - вероятность ошибки при газетных публикациях и  $P=0.082$  - в вечерних новостях), а количество крушений самолетов с множественными жертвами диспропорционально возрастают в областях, где были растиражированы публикации “SM-историй” ( $P=0.0213$ ).

Пик смертей приходится на 3 и 8 день после публикации. На третий день их количество возрастает на 31%. Самая острая реакция – на сообщения в вечерних теленовостях и, особенно, на первых

полосах газет. Причем корреляция между авариями и публикациями в прессе выше, нежели между авариями и освещением в новостях.

Однако, контролировать подобную информацию в СМИ не в наших силах, поскольку данные действия расцениваются как цензурирование, а закон о СМИ содержит статью о недопустимости цензуры.

Прочтенная информация, в силу особенностей восприятия, воспринимается индивидом как внутренняя речь, то есть может быть им воспринята при определенных условиях как подталкивание к действию. Этим качеством обладает и информация, поступающая через интернет. Сегодня группа риска стоит очень близко к возрастной группе, наиболее часто посещающей интернет (рис.1), и несовпадение здесь, скорее, по причине меньшей доступности интернета для подростков.

Контролировать информацию в сети сложно, однако, это не является невыполнимой задачей. Если мы сравним результат поиска по слову “самоубийство” в популярной российской ([www.rambler.ru](http://www.rambler.ru) [www.yandex.ru](http://www.yandex.ru)) и “suicide” в англоязычной ([www.google.com](http://www.google.com)) системе поиска в интернет, мы увидим, что на англоязычная поисковая система в первых строках выдает сайты, занимающиеся активной превентивной работой в данной области. В российской сети они тоже есть, и немало, но попасть на них гораздо сложнее, чем в “Клуб самоубийств”.

На типичный запрос суицидента “хочу покончить с жизнью” в первую очередь поиск выдает рецепты, каким образом это лучше сделать. Информации о способах и методах самоубийства в российской сети очень много. Существуют многочисленные сайты, рассказывающие об этом в шуточной манере, при этом у читающего притупляется естественный страх смерти. Есть серьезные, почти исследовательские сайты о методах самоубийства или практично-деловые, подробно описывающие возможные последствия и побочные эффекты. На многих страницах информация подается в заигрывающе-провокационной манере, что особенно опасно в случае подросткового кризиса. Также для подростков определенную психосоциальную опасность представляют сайты, где суицид преподносится в романтических тонах.

Запрета на подачу подобной информации нет. На большинстве подобных сайтов существуют чаты и форумы, на которых посетителя тщательно обрабатывают и вовлекают в клубы самоубийц. Реально привлечь к ответственности автора подобного сайта, если его

удастся найти и доказать причастность, можно только по двум статьям, о причинении смерти по неосторожности.

На западе уже разработаны рекомендации для СМИ, содержащие общие рекомендации к публикациям о самоубийствах, *Reporting on Suicide: Recommendations for the Media*, однако в России их не только не придерживаются, но и не переводят на русский язык. Данные рекомендации были разработаны при сотрудничестве большого числа ученых и различных научных и социальных институтов из разных стран мира. Приведем основные положения этого документа (полный текст на английском языке можно прочесть в интернете: <http://www.afsp.org/education/recommendations/5/1.htm>).

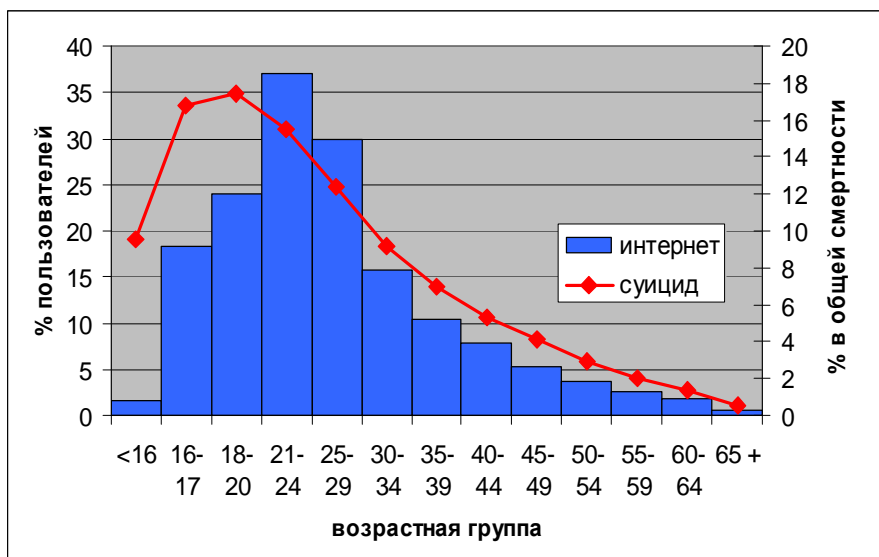
- Некоторые описания самоубийства в новостях приводят к поведенческому "заражению самоубийством" или "копированию" самоубийств
- Исследования показывают, что случайная романтизация, идеализирование самоубийства или тех, кто оканчивает свою жизнь самоубийством, изображение самоубийства как героического или романтического акта может содействовать идентификации с жертвой
- Описание методов самоубийства в СМИ может подтолкнуть восприимчивых лиц к их повторению. Клиницисты считают наиболее опасным подробное описание техник. Исследования показывают, что подробные описания или иллюстрации самоубийств провоцируют имитацию
- Представление самоубийства в как непонятого действия нездорового или преуспевающего человека может подтолкнуть к идентификации с жертвой

Также, стоит обращать серьезное внимание на лексику, используемую в публикации. Предпочтительно не ссылаться на самоубийство в заголовке статьи. Если смертный случай самоубийства произошел не на публике, причина смертного случая должна быть сообщена только в самой истории, а не в ее названии. В случаях смертей, затрагивающих все общество, например, знаменитых людей, или тех, кто может затрагивать ограниченный круг людей, к примеру, в малых городах, выбирать следующие выражения для заголовков: "Мэрилин Монро умерла в 36," или "Джон Смит умер в 48." Рассуждения о том, как они умерли, должны располагаться внутри статьи. Также, предпочтительно описывать умершего как "умершего от самоубийства", а не в как "самоубийцу" или "покончившего жизнь самоубийством", поскольку два последних выражения приносят человека перед образом смерти, или ассоциируются с криминальным или греховным поведением. А при приведении стати-

стики противопоставление "смерти от самоубийства" и "несмертельных попыток" более предпочтительна, чем использования терминов "успешный", "безуспешный" или "проваленный."

Также стоит проводить серьезную работу в СМИ, Интернете, на телевидении с целью превенции суицида. Стоит публиковать информацию о сигналах, предупреждающих о самоубийстве и о том, как обращаться со спасенными людьми. Необходимо развеивать романтический ореол вокруг мифов о самоубийствах, особенно в молодежной среде. Нужно создавать социальную рекламу, рассказывающую, о действиях, которые можно и нужно предпринимать для предотвращения самоубийств и о людях, которые преодолели отчаяние без попытки самоубийства.

На протяжении целой эпохи ценность человеческой жизни в СССР принижалась, что закономерно привело к трагическим последствиям. Сегодня как никогда остро встает вопрос о необходимости регулирования суицидальной смертности в России. Суицид молодого человека – это не только трагедия для семьи и близких, это экономическая потеря государства, которое не получает нового работоспособного члена. Поэтому встает необходимость разработки всесторонней программы, направленной на регулирование суицидальной активности.



**Рис.1** Доля пользователей интернета и пропорция суицидов в общей смертности по возрастным группам

**Жданова Д.**

**(Росток, Германия / Санкт-Петербург, Россия)**

**Динамика смертности по причине суицида в развитых странах**

Смертность по причине суицида становится сегодня одной из основных проблем современного общества, особенно в развитых странах, где ежегодно регистрируется около 200.000 суицидов. Учитывая, что развитые страны во многом определяют социальные, экономические и политические тенденции во всем мировом сообществе, завтра эта проблема может стать настолько же актуальной для любого другого государства.

Особенно остро встает проблема суицида среди молодежи и лиц работоспособного возраста, поскольку данная потеря является по не только трагедией для семьи и общества, но это также экономическая потеря для государства, которое понесло затраты на его образование и воспитание, не получив ожидаемой отдачи. С 2000 года суицид стал одной из трех лидирующих в мире причин смертности в молодом возрасте.

Мы рассматриваем наиболее влиятельные из развитых стран, составляющие так называемую «Большую восьмерку»: Соединенное Королевство Великобритании, Германия, Италия, Канада, Россия, Соединенные Штаты Америки, Франция и Япония. Эти страны имеют как сходства, так и различия социального, исторического, политического, географического характера, различные пути экономического и социального развития, что позволяет сравнить различные тенденции в динамике суицидальной смертности.

В исследовании использовались данные общей смертности, смертности по причине суицида и составе популяции базы данных Всемирной Организации Здравоохранения. Исключение составляет Россия, данные для которой в базе ВОЗ имеются только с 1980 г., за 1965-1980 гг. для России были использованы данные из технического приложения к изданию: Ф.Милле, В.Школьников, В. Эртриш и Ж.Валлен «Современные тенденции смертности по причинам смерти в России 1965-1994». Стандартизация была проведена с учетом стандартной европейской популяции.

Общеизвестно, что в течение последних 50 лет происходит снижение смертности в развитых странах. Это хорошо видно на графиках стандартизированных коэффициентов смертности. Россия

имеет отличную кривую, в силу специфических экономических и политических условий в рассматриваемый период. В целом кривая проходит выше остальных, имеет большие флуктуации, но общая тенденция, по крайней мере, среди женщин, сохраняется.

Кривые смертности по причине суицида для разных стран различны. Это объясняется, прежде всего, влиянием на смертность от суицида, как на социальный феномен, культурно-исторических факторов. В своем классическом исследовании самоубийства Э. Дюркгейм неоднократно отмечает взаимосвязь социальных взаимоотношений в обществе и склонностью к самоубийству.

Если снижение общей смертности можно объяснить в первую очередь экономическим и социальным развитием (повышение уровня жизни, развитие медицины, программы экологической направленности), то на суицидальную смертность оказывают большое влияние культурно-исторические традиции. Как яркий пример можно вспомнить обычай харакири в Японии, или обычаи северных и восточных народов, где старики добровольно отказывались от жизни.

Как социальный феномен, суицид, опосредованно, также зависит от уровня общей смертности в регионе. Несмотря на различный уровень смертности и всплесков суицидальной активности в различные годы в разных странах, наблюдается тенденция к возрастанию уровня смертности от суицида у мужчин. В то же время мы можем наблюдать начало позитивной тенденции к снижению пропорции суицидов в общей смертности у женщин во Франции, Германии, Великобритании и США.

Как любой деструктивный социальный феномен, суицид имеет возрастную группу риска. Давайте определим, что мы будем считать группой риска. Гуманитарные дисциплины часто воспринимают группу риска как возрастную (или социальную) группу с максимальным числом смертности по причине самоубийства (или суицидальных попыток). Однако, суицид является лишь одной из множества различных причин смертности, что ставит нас перед необходимостью рассматривать его не только как отдельную причину смертности. Кажется целесообразным рассмотрение пропорции смертности от суицида в общей смертности при определении риска смертности от суицида в определенном возрасте. Поэтому мы будем понимать под группой риска смертности от суицида возраст

тную группу с максимальной пропорцией смертности от суицида в общей смертности.

Теперь рассмотрим тенденции динамики групп риска смертности от суицида. Поскольку гендерный фактор играет значительную роль, мы будем рассматривать отдельно женщин и мужчин. У мужчин можно выделить две группы стран. Первую группу составляют Канада, Великобритания и Соединенные Штаты Америки. В данной группе стран мы наблюдаем общую тенденцию к смещению группы риска к более молодому возрасту. Во второй группе стран пик смертности от суицидов в отношении к общей смертности остается стабильным относительно возраста. Данную группу составили Франция, Германия, Италия, Япония и Россия. Однако, в Японии в 70-х гг., а в России в 90-х гг., в силу социально-экономических изменений, произошло смещение группы риска на более старший и более молодой возраст соответственно.

В динамике групп риска смертности по причине суицида у женщин страны также разделились на две группы, но несколько отличные от мужчин. Россия перемещается в группу «англоязычных», то есть к Канаде, США и Великобритании. В этих странах группа риска не обнаруживает значительных изменений по возрасту и является достаточно стабильной. А во Франции, Германии, Италии и Японии происходит постепенное смещение группы риска в более старшие возрасты.

С целью выявления особенностей распределения смертности от суицида по возрастным группам внутри каждой из стран, была проанализирована возрастная динамика усредненных по десятилетиям коэффициентов смертности от суицида на нестандартизированной популяции. У мужчин Франции, Италии, Германии и Японии наблюдается общая тенденция на протяжении рассматриваемого временного интервала. В случае с Россией, мы имеем совершенно отличный, однако, стабильный тренд. Канада и США имеют также особенные виды кривых, причем в 70-х гг. тенденция меняется как в США, так и в Канаде. В Великобритании определенного тренда не просматривается, что может объясняться социальными и географическими особенностями этой страны.

Каковы причины происходящего? Во-первых, это означает, что влияние внешних и внутренних факторов (социальных, экономических, исторических, политических, культурных и т.д.), определяю-



ших в той или иной степени суицидальную активность, относительно стабильно, либо совокупность этих факторов имеет стабильный тренд. На первый взгляд, может показаться, что Россия, переживающая целый ряд кризисов различного характера (смена экономической и социальной систем, изменение границ государства и политического строя), не может быть отнесена к стабильным странам. Отнюдь, мы видим вполне определенную тенденцию. Таким образом, Россия остается стабильной в своей нестабильности. Следовательно, либо различные факторы компенсируют друг друга, либо имеется какой-либо мощный механизм компенсации, не позволяющий отклонения от тренда. В России подобным механизмом, в первую очередь, выступает исторически сложившаяся роль социально-психологических взаимосвязей в семье. Если в европейской, и заимствованной у нее канадской и американской, традиции семьи ее взрослые члены достаточно независимы эмоционально и психологически, то в России ситуация прямо противоположна и эта психо-социальная зависимость играет, в случае с суицидальной активностью, положительную роль.

Во-вторых, если страны имеют общие тенденции в возрастной динамике коэффициентов смертности от суицида, это означает, прежде всего, что в определенные возрастные группы, рамки которых могут несколько отличаться в силу влияния культурно-исторических факторов, испытывают определенное давление социума. С этой точки зрения, Япония в течение последних 40 лет ведет себя как типичное европейское государство.

Исторически в человеческом обществе сложилась большая зависимость женщины от микросоциума, что определяется не только социальной ролью жены и матери, но и биологической ролью в популяции, основанной на необходимости выживания вида. Это объясняет и несколько иную, нежели у мужчин, возрастную динамику средних по десятилетиям коэффициентов смертности у женщин. У женщин Канады, Германии, Великобритании и США максимум суицидальной активности смещен к пред- и пенсионному возрасту. Это определяется влиянием социально-эмоционального фактора. Это возраст, когда дети уже выросли и более не нуждаются в материнской опеке. Согласно теории личности У.Джеймса, с уходом ребенка из дома и обретением им независимости, эмоционально привязанная к нему мать теряет значимую часть своей личности, что приводит к серьезному психическому кризису. Однако, когда

внешнее давление социума становится слишком сильным, как, к примеру, социальные, экономические и политические факторы после объединения Германии в 90-х гг., общая тенденция несколько меняется.

Еще один достаточно яркий пример, как различные социальные условия могут повлиять на тенденции смертности от суицида. Кривые возрастной динамики средних по десятилетиям коэффициентов смертности от суицида у женщин в России показывают небольшой пик в среднем возрасте, но поскольку пожилые люди в России реально имеют недостаточную социальную защищенность, мы наблюдаем, после некоторого снижения, повторное возрастание суицидальной активности.

Итак, подведем некоторые итоги. Суицидальная активность в развитых странах возрастает в течение последних 50 лет, выводя суицид на лидирующие позиции среди причин смертности. Несмотря на определенную зависимость суицидальной активности от общей смертности, она подвержена в большей степени влиянию социальных факторов. Прежде всего, они определяют гендерные и возрастные различия в суицидальной смертности. Факторы же, определяющие общую смертность, влияют в основном на уровень суицидальной активности. Сами гендерные группы риска имеют различные тенденции изменения во времени. И, что немаловажно, при изменении внешних условий меняется суицидальный тренд, следовательно, создавая грамотную социальную политику превенции суицида возможно его существенное снижение.

**Иванова Л.Ю.**

*(Институт социологии РАН, Москва)*

#### **Создание условий для развития самосохранительного поведения населения**

В России актуальны задачи улучшения состояния здоровья населения, повышения средней продолжительности жизни, снижения смертности мужчин в трудоспособном возрасте, сокращения разрыва в средней продолжительности жизни мужчин и женщин. Для решения этих задач необходима разработка программ по формированию культуры самосохранительного поведения населения и создания условий для ее реализации. Программы должны учитывать особенности самосохранительного поведения различных социально-демографических групп.

В июле-сентябре 2003 г. в Новгородской области проводилось исследование (опрошено 1492 человека) "Демографическое поведение и его детерминация", включавшее изучение самосохранительного поведения<sup>51</sup>, которое рассматривалось как система действий и отношений, опосредующих сохранение или отказ от сохранения здоровья и жизни. Остановимся на некоторых аспектах самосохранительного поведения респондентов, на которые следует обратить внимание при разработке социальных и просветительских программ, направленных на решение вышеназванных задач.

*Борьба с бедностью и повышение жизненного уровня населения, как условия для реализации самосохранительного поведения.* Исследование показало, что здоровье является самой главной декларируемой ценностью. При обработке данных были выделены четыре группы респондентов с разной оценкой того, насколько им мешает вести здоровый образ жизни отсутствие материальных возможностей. Для каждой из этих групп рассчитывался среднедушевой доход, оценка уровня жизни и соотношение значимости ценностей здоровья и высокого дохода.

**Таблица 1**  
**Зависимость оценки материальных возможностей как помехи здоровому образу жизни от уровня жизни и соотношения значимостей крепкого здоровья и высокого дохода**

Мешает ли отсутствие материальных возможностей вести более здоровый образ жизни?	Среднедушевой доход (руб.)	Оценка уровня жизни (по шкале 0-100)	Значимость крепкого здоровья (по 5-балльной шкале)	Значимость высокого дохода (по 5-балльной шкале)	Различия в значимости крепкого здоровья и высокого дохода
<b>Женщины</b>					
очень мешает	2506,3	34,1	4,78	4,73	0,05
мешает	2992,2	43,4	4,68	4,57	0,11
не мешает	3392,4	51,2	4,66	4,50	0,16
у меня этого нет	4415,0	51,7	4,74	4,50	0,24
<b>Мужчины</b>					
очень мешает	2616,9	39,2	4,79	4,83	-0,04
мешает	2543,1	42,4	4,68	4,59	0,09
не мешает	4044,9	46,0	4,53	4,45	0,08
у меня этого нет	3162,1	41,9	4,93	4,63	0,30

<sup>51</sup> Проект реализовался при финансовой поддержке РГНФ (грант №03-03-00039а).

Те, кому материальные условия очень мешают вести более здоровый образ жизни, имеют меньший среднедушевой доход и ниже оценивают уровень жизни (у женщин перевес значимости здоровья над значимостью достатка минимален, у мужчин – значимость высокого дохода превосходит значимость здоровья). Как видим, отсутствие материальных возможностей воспринимается, как серьезное препятствие для ведения здорового образа жизни, прежде всего, респондентами с более низким среднедушевым доходом. У них очень близка значимость крепкого здоровья и значимость высокого дохода. Соответственно, возможна конкуренция потребностей в здоровье и материальном благосостоянии, т.е. реализации потребности в здоровье может мешать потребность в более высоком достатке. Это может находить выражение в чрезмерном напряжении сил ради заработка или в экономии средств на необходимые для здоровья товары, лекарства, услуги и т.д.

*Развитие профилактической медицины и формирование у населения установки на предупреждение заболеваний.* У респондентов не сформирована культура профилактики заболеваний. Забота о здоровье повышаются чаще всего под влиянием хронического заболевания. Профилактические меры в случае эпидемии гриппа предпринимают только половина респондентов. Обращались к специалистам с целью профилактического осмотра или консультации только 33,8% женщин и 20,8% мужчин. Более частое обращение женщин к врачу с целью профилактического осмотра может быть связано с посещением женских консультаций.

Опрошенные, допускающие у себя риск каких-либо заболеваний, чаще обращаются к врачам по поводу профилактического осмотра, чем те, кто не беспокоится по данному поводу. Однако большинство респондентов, предполагающих у себя риск каких-то заболеваний, как правило, не приходят к специалистам. Какие-то из этих опасений, могут оказаться, безосновательны, но люди о них думают и не пытаются опровергнуть или подтвердить. Среди опрошенных, которые думали о возможном риске у себя заболевания, 34,2% обращались к врачу с целью профилактического осмотра или консультации (у женщин – 38,6%, у мужчин – 26,7%), среди респондентов, которые не задумывались о возможности такого риска, обращались к врачу с той же целью 19,3% (у женщин – 26,9%, у мужчин – 12,6%). Причем у респондентов, оценивших свое здоро-

вье как хорошее и удовлетворительное, процентное распределение по этим показателям примерно такое же.

Женщины значительно чаще задумываются о риске у себя каких-либо заболеваний. Его допущение не связано с возрастом и чаще возникает под влиянием плохого самочувствия. Среди респондентов оценивших свое здоровье как очень хорошее о риске каких-либо заболеваний думали 21,6%, хорошее – 33,7%, удовлетворительное – 71,4%, плохое – 71,4%, очень плохое – 100,0%

Своевременное обращение за медицинской помощью позволяет предотвратить развитие болезни, возникновение осложнений или ее перехода в хроническую форму. Медицинская активность один из важных аспектов самосохранительного поведения. Она особенно низкая или вообще отсутствует у респондентов, которые не обращаются к врачам или приходят к ним чисто формально, за бюллетенем (8,4% женщин и 14,0% мужчин).

Значительная доля респондентов несвоевременно обращаются к специалистам. 44,7% женщин и 39,4% мужчин прибегают к их помощи, если в течение нескольких дней плохо себя чувствуют, 41,2% женщин и 41,8% мужчин обращаются к ним только в случае тяжелой болезни. То, что люди приходят к врачам после нескольких дней плохого самочувствия, свидетельствует о том, что они нередко переносят на ногах болезни, лечение которых требует постельного режима. Это тем более справедливо в отношении посещающих поликлинику только в случае тяжелой болезни.

С легким недомоганием к врачам приходит очень небольшая доля респондентов. Люди идут в медицинское учреждение по более серьезным поводам. Подобная структура обращений (преимущественно при тяжелой болезни или после нескольких дней плохого самочувствия) результат бескультурья населения и сложившейся системы медицинского обслуживания. Человеку, пожаловавшемуся на легкое недомогание, врачи могут вообще не уделить внимания. При жалобах на плохое самочувствие в течение небольшого периода времени, скорее всего, не будут найдены основания для серьезного обследования и выяснения причин ухудшения самочувствия. В случае обращения с тяжелой болезнью вероятность такого обследования возрастает, хотя и не гарантируется.

Одним из аспектов самосохранительного поведения является профилактика возможных наследственных заболеваний. В России

высокая смертность от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, от травм, полученных в состоянии алкогольного опьянения. Более половины опрошенных отметили, что по наследству может передаваться предрасположенность к алкоголизму (53,1% женщин и 53,2% мужчин). Онкологические заболевания отметили 56,3% женщин и 47,0% мужчин, гипертонию – 43,0% женщин и 37,8% мужчин. В целом информированность о заболеваниях, предрасположенность к которым обусловлена генетически, недостаточная, более информированы о них женщины.

**Таблица 2**

**Наличие в роду лиц страдающих или страдавших различными заболеваниями, предрасположенность к которым может передаваться по наследству (в %).**

Есть ли или были ли в Вашем роду лица (родители, бабушки, дедушки), страдающие или страдавшие следующими болезнями?	Женщины	Мужчины	Оба пола
алкоголизм	23,4	20,6	22,0
онкологические заболевания (рак)	31,8	21,3	26,7
гипертония	35,9	25,1	30,7
инфаркт	19,2	15,5	17,4
психические заболеваний	6,1	4,5	5,3
сахарный диабет	18,2	13,9	16,1
варикозное расширение вен	29,8	15,9	23,1
в моем роду таких заболеваний ни у кого не было	10,9	9,3	10,1
не знаю	18,6	33,0	25,6

Женщины лучше осведомлены относительно существования или отсутствия в их роду перечисленных заболеваний (не знают, о том, были они или нет, треть мужчин и менее 20% женщин). Значительная доля респондентов являются прямыми потомками родственников (здоровствующих или умерших), у которых имеются (или имелись) заболевания, предрасположенность, к которым может передаваться по наследству. Вместе с тем, среди тех, кто отметил у себя наличие таких родственников только 28,6% (среди женщин – 33,0%, среди мужчин – 23,8%) предпринимают что-либо для профилактики заболеваний, предрасположенность к которым может у них иметься. Генетика – важный фактор здоровья. Корректировка образа жизни с его учетом снижает риск заболеваний, к которым имеется предрасположенность (особенно алкоголизма).

*Снижение употребления алкоголя и сокращение распространенности курения.* Состояние алкогольного опьянения повышает риск травм. Злоупотребление алкогольными напитками приводит к ухудшению состояния здоровья, отрицательно действуя на сердечно-сосудистую и другие системы организма.

За последние годы возросло употребление алкогольных напитков, особенно среди подростков и молодежи. Наиболее распространенный алкогольный напиток – пиво. Исследование показало, что за предшествующий опросу месяц пили пиво или другие слабоалкогольные напитки 67,5% женщин и 78,0% мужчин (не реже двух-трех раз в неделю 10,8% женщин и 27,6% мужчин), вино – 51,1% женщин и 43,2% мужчин (не реже одного раза в неделю 6,5% женщин и 15,1% мужчин), крепкие алкогольные напитки – 31,2% женщин и 62,8% мужчин (не реже двух-трех раз в неделю 1,5% женщин и 9,3% мужчин). Наивысшие показатели доли пивших пиво за последний месяц перед опросом у женщин в возрастной группе 18-21 год (82,4%), у мужчин – в возрастной группе 20-21 год (97,1%).

Курение, значительно повышает риск рака легких и других заболеваний. Исследование показало высокую распространенность курения. Никогда не пробовали курить более четверти опрошенных женщин (27,8%) и 8,2% мужчин, тогда как курят регулярно 52,0% мужчин и 17,0% женщин, эпизодически курят 13,6% мужчин и 15,2% женщин. Респондентов, никогда не пробовавших курить, больше всего в возрастных группах до 20 лет и от 35 лет и старше. То, что в старших возрастах доля никогда не куривших женщин несколько больше, объясняется тем, что их юность совпала со временем, когда курение было менее распространено среди женщин, чем сейчас. Причина того, что в возрастной группе 20-34 года меньше всего женщин, которые никогда не курили, состоит в развернувшейся 10-15 лет тому назад эффективной рекламе сигарет. То, что в возрастной группе до 20 лет большая доля девушек никогда не пробовала курить, отчасти обусловлено возрастом, отчасти профилактикой курения, которая проводится в новгородских школах. Доля регулярно курящих женщин наибольшая в возрастной группе 22-24 года. Меньше всего курящих в группе 40 лет и старше.

Как оказалось, нет статистически значимых различий в оценке значимости здоровья, как ценности, между никогда не курившими респондентами, с одной стороны, и курящими иногда или регулярно, с другой.

**Таблица 3**  
**Оценка важности отказа от курения для сохранения здоровья**  
**(средний балл 5-балльной шкале).**

Курили ли Вы когда-нибудь?	Женщины	Мужчины	Оба пола
никогда не пробовала	4,58	4,80	4,63
пробовала один или несколько раз	4,57	4,59	4,57
курила, но бросила	4,25	4,39	4,30
курю сейчас иногда	4,00	3,97	3,99
курю регулярно	3,74	3,51	3,57

Респонденты, которые никогда не пробовали курить, значительно выше оценили важность отказа от курения для здоровья, чем те, кто курит.

Респонденты, которые не курят, надеются прожить более долгую жизнь. Ожидаемая продолжительность жизни рассчитывалась в возрастной группе от 30 лет и старше. Эта группа была выбрана, потому, что в ней больше доля имеющих стаж продолжительного курения.

**Таблица 4**  
**Средняя ожидаемая продолжительность жизни у респондентов**  
**с различным опытом курения (лет)**

Курили ли Вы когда-нибудь?	Женщины	Мужчины
никогда не пробовал(а)	69,0	74,6
пробовал(а) 1 или несколько раз	70,1	76,6
курил(а), но бросил(а)	72,3	76,7
курю сейчас иногда	69,6	71,7
курю регулярно	64,4	70,1

Меньше других надеются прожить респонденты, которые курят регулярно. Вывод о том, что ожидаемая продолжительность жизни у курящих меньше, следовало бы проверить на большей совокупности опрошенных. Если это так, то причина не столько в том, что курильщики учитывают риск курения для здоровья, а, скорее, в том, что оно у них ухудшается в результате курения. У курящих респондентов несколько ниже самооценка здоровья. Рассматривалась та же возрастная группа от 30 лет и старше. Оказалось, что среди респондентов, которые никогда не курили, считают состояние своего здоровья очень хорошим или хорошим 32,0% (у женщин – 28,0%, у мужчин – 53,4%), плохим или очень плохим – 9,2% (у женщин – 11,0% и никто из мужчин), среди регулярно курящих эти показатели составили, соответственно, 23,5% (у женщин – 17,1%, у муж-



чин – 24,9%) и 7,9% (у женщин – 19,7%, у мужчин – 5,6%). Исследование показало, что ожидаемая продолжительность жизни и оценка состояния здоровья связаны. Чем лучше здоровье человека, тем более продолжительную жизнь он надеется прожить.

Для того, чтобы сократить курение, снизить употребление алкоголя, необходимо не навязчиво тиражировать в СМИ привлекательные образы, которым хотелось бы подражать и для которых не были бы характерны вредные привычки. Важно проводить работу с родителями детей и подростков, изучать эффективность образовательных программ по профилактике употребления психоактивных веществ (табак, алкоголь, наркотики), используемых в образовательных учреждениях, и шире внедрять те, которые оказались наиболее результативными.

В борьбе с курением необходимо активизировать некурящее население. Люди должны знать свои права и не стесняться отстаивать их, чтобы не быть пассивными курильщиками. Самое главное – умело пропагандировать здоровые формы поведения.

*Повышение культуры питания.* Забота о правильном питании – показатель отношения к здоровью. Неправильное питание может привести к очень серьезным нарушениям в организме, способствовать развитию тяжелых недугов. Пищевая промышленность выпускает продукцию, не всегда совместимую с понятием правильное питание. От него далека и система общепита. Важным индикатором культуры питания является выбор продуктов с учетом их пользы и качества.

Как показал опрос, незначительная доля респондентов придерживаются определенной диеты (7,5% женщин и 2,5% мужчин). У женщин наиболее предпочтителен вариант питания без диеты, но с ограничением себя в потреблении некоторых продуктов, вредных в больших количествах (61,4% женщин, 48,9% мужчин). Указали, что при потреблении продуктов питания редко задумываются о том, полезны они или нет 31,2% женщин и 48,6% мужчин. Почти 30% женщин и более половины мужчин редко обращают внимание на сроки годности покупаемых пищевых продуктов или вообще этого не делают, две трети женщин и три четверти мужчин редко обращают внимание на информацию о консервантах при покупке продуктов питания или вообще этого не делают. Женщины больше внимания уделяют правильному питанию. С повышением уровня

образования сокращается доля респондентов (женщин и, особенно, мужчин), которые редко задумываются о том, полезны или нет для здоровья употребляемые продукты.

Учитывая данные исследования, необходимо, прежде всего, показать населению, употребление каких продуктов питания и почему необходимо ограничить и что такое сбалансированное питание. При распространении знаний о правильном питании важно делать акценты не только на важности его для поддержания здоровья, но и подчеркивать его значимость для продления активного периода жизни, для сохранения красоты и привлекательности.

*Профилактика стресса.* Специалисты установили, что продолжительный эмоциональный стресс (дистресс) отрицательно влияет на здоровье, приводя к истощению ресурсов организма, его нервной, иммунной и других систем. Важнейшим показателем уровня саморегуляции является умение управлять своими эмоциями.

**Таблица 5**

**Переживание различных эмоциональных состояний (в %)**

Как часто Вы:	Женщины				Мужчины			
	еже-днев-но	часто	ино-гда	ни-когда	еже-днев-но	часто	иногда	нико-гда
Испытываете негативные эмоции (тревога, раздражение, гнев, уныние и др.)	5,7	30,2	60,3	3,8	3,8	18,6	72,7	4,9
Бываете в плохом настроении	1,4	19,4	76,6	2,6	2,5	15,2	79,3	3,0
Испытываете положительные эмоции	16,8	54,2	28,0	1,0	13,8	47,1	36,7	2,4
Бываете в хорошем настроении	13,6	64,9	21,4	0,1	12,8	60,7	25,0	1,5
Конфликтуете с окружающими	1,9	8,6	74,7	14,8	3,4	10,4	72,0	14,2

Женщины эмоциональнее мужчин, большая их доля, по сравнению с мужчинами, ежедневно или часто испытывают как положительные, так и отрицательные эмоции. Обратим внимание на отрицательные эмоции, их ежедневно и часто переживают 35,9% женщин и 22,4% мужчин; в плохом настроении ежедневно или час-

то находятся 20,8% женщин и 17,7% мужчин. Частота переживания плохого настроения и негативных эмоций связаны между собой и с регулярностью конфликтов.

Чем чаще респонденты испытывают негативные эмоции или плохое настроение, тем ниже они оценивают важность для поддержания здоровья сохранения спокойствия в трудных жизненных ситуациях. Так, респонденты, которые ежедневно переживают отрицательные эмоции, оценили его значимость в 4,16 балла, часто – в 4,24 балла, иногда – в 4,38 балла, а никогда в – 4,53 балла.

Негативные эмоции, плохое настроение и конфликтность – явные показатели неблагополучия, которые могут быть следствием и причиной ухудшения здоровья. Переживание эмоциональных состояний, связано с самооценкой здоровья. Респонденты, считающие свое здоровье хорошим или очень хорошим, чаще переживают позитивные эмоции. С одной стороны, эмоциональный фон может влиять на здоровье и на его оценку, с другой стороны, людям, у которых есть проблемы со здоровьем, более свойственны отрицательные эмоции. Повышение уровня саморегуляции может помочь людям, в том числе и с ослабленным здоровьем, преодолеть раздражительность, другие негативные эмоции.

В исследовании изучалось влияние подверженности негативным эмоциям на ожидаемую продолжительность жизни. Чтобы исключить влияние на нее самооценки состояния здоровья, расчеты производились для людей с одинаковыми самооценками здоровья: хорошее и удовлетворительное (самые многочисленные группы по оценке состояния здоровья).

**Таблица 6**

**Ожидаемая продолжительность жизни у респондентов с разной регулярностью испытывающих негативные эмоции (оценка здоровья "хорошее" и "удовлетворительное")**

Как часто Вы испытываете негативные эмоции?	Женщины	Мужчины
<i>Оценка здоровья – "хорошее"</i>		
часто	70,9	70,6
иногда	76,6	73,1
<i>Оценка здоровья – "удовлетворительное"</i>		
часто	66,9	69,2
иногда	70,2	68,7

У женщин, которые указали, что лишь иногда переживают негативные эмоции, ожидаемая продолжительность жизни выше, по сравнению, с теми, кто часто переживает такие эмоции (различия статистически значимы). У мужчин это проявилось только при оценке здоровья как хорошего.

При одинаковой самооценке состояния здоровья, но разной подверженности негативным эмоциям, дольше надеются прожить те респонденты, которые реже их переживают.

Необходимо развивать сеть доступных служб помощи людям в развитии их способности к саморегуляции, в предупреждении эмоциональных перегрузок. Особенно это важно для женщин.

*Развитие физкультуры и спорта.* Физическая культура охватывает широкий спектр различных занятий (от утренней гимнастики до посещения бассейна или оздоровительной секции). Ежедневно физической культурой занимаются всего 5,8% женщин и 7,9% мужчин, часто – 15,3% женщин и 18,8% мужчин, иногда – соответственно, 52,3% и 44,6%, никогда – 26,6% и 28,7%.

С возрастом, как среди женщин, так и среди мужчин сокращается доля занимающихся физической культурой ежедневно или часто и увеличивается доля никогда ею не занимающихся. Респонденты довольно низко оценили важность регулярных занятий физической культурой для здоровья. Выше эта оценка у тех, кто занимается физической культурой ежедневно (4,49 балла (по пятибалльной шкале) у женщин, 4,85 – у мужчин), значительно ниже она у тех, кто ею никогда не занимается (3,67 – у женщин, 3,53 – у мужчин). Люди, которые выше оценивают значимость занятий физической культурой для здоровья, чаще ею занимаются. Нужно стараться прививать культуру регулярных занятий физической культурой с детства, предоставлять родителям возможности для активного отдыха с детьми. Необходимо пропагандировать доступные занятия физической культурой, не требующие специального оборудования, не связанные с повышенным риском для здоровья.

При разработке программ по развитию культуры самосохранительного поведения населения и создания условий для ее реализации необходимо учитывать гендерные аспекты самосохранительного поведения. Например, у мужчин больше вредных привычек, они меньше внимания уделяют правильному питанию, женщины более подвержены эмоциональному стрессу, хотя мужчины также могут переживать стресс, в частности, в связи с трудностями обеспечения достатка семьи.

В случае принятия вышеназванных программ необходимо проводить мониторинг по изучению динамики самосохранительного поведения населения, особенно, тех его групп, которым адресованы программы. Это позволит осуществлять их корректировку и повышать эффективность.

**Козлова М.И.**

*(Центральный экономико-математический институт РАН, Москва)*

**Ограничения, препятствующие росту уровня здоровья населения Российской Федерации в контексте благосостояния**

В рассматриваемом контексте можно выделить два основных фактора, тормозящих стабильное и долговременное улучшение качества здоровья населения России. Этими факторами являются:

- низкий уровень благосостояния населения;
- удаленность центров предоставления медицинских услуг от мест проживания людей в некоторых регионах страны в сочетании с высокими тарифами на пассажирские перевозки.

Уровень здоровья – один из основных элементов категории «качество населения», которая, в свою очередь, определенным образом учитывается при формировании общественного благосостояния. Отсюда следует, что уровень здоровья является своеобразным отражением степени обеспеченности населения наборами товаров и услуг. Причем помимо продовольствия, непродовольственных товаров, коммунальных и прочих услуг, в эти наборы включены медикаменты, а также услуги, оказываемые населению медицинскими учреждениями. Не подвергается сомнению тот факт, что возможность домашних хозяйств обеспечивать своих членов всем необходимым, то есть создавать приемлемые условия для жизни и есть, в конечном счете, фактор, определяющий качество здоровья населения Российской Федерации.

При изучении связи между уровнем здоровья населения Российской Федерации и уровнем благосостояния необходимо принимать во внимание то, что в последнее время в здравоохранении набирают силу процессы коммерциализации. Отсюда можно сделать вывод, который, впрочем, является не выводом, но утверждением – все большее количество медицинских услуг становится доступным только определенной группе населения. И членами этой группы яв-

ляются домашние хозяйства с высокими и средними доходами, что фактически оставляет малоимущее население «за бортом».

Общеизвестно, что, объемы расходования денежных средств на определенные цели у семей с низким достатком существенно отличаются от аналогичных характеристик семей со средним и высоким достатком. В связи с этим очевидно, что члены домашних хозяйств, относящихся к категории бедных, не имеют возможности употреблять в пищу основные продукты питания в достаточном для поддержания здоровья объеме. Недостаток денежных средств в контексте уровня здоровья населения оказывает сильнейшее влияние не только на биологическое, но также и на психическое здоровье членов бедных семей (в особенности детей). Это связано в первую очередь с тем, что родители подчас не имеют возможности приобретать для детей игрушки, новую одежду и обувь, выделять средства на «карманные расходы», что совершенно несправедливо ведет к неодобрению со стороны сверстников.

Если же говорить о доступности медицинских услуг для населения отдельных регионов России с точки зрения транспортной удаленности (например, районы крайнего Севера) и высокой стоимости билетов (все регионы Российской Федерации), то в данном случае могут быть только два пути решения проблемы. Первый путь – приближение поликлиник и больниц к населению, а не наоборот (возможно, за счет увеличения оплаты труда медицинских работников и прочих мер). Второй же путь прямо упирается, во-первых, в принятие мер по увеличению доходов населения, а, во-вторых, в создание особой группы тарифов («медицинских», билеты по которым можно приобрести за меньшую стоимость, например, при предоставлении справок о необходимости определенного лечения).

Итак, можно сделать вывод, что уровень здоровья населения Российской Федерации – своего рода разветвленная система находящихся в постоянном взаимодействии факторов, и, следовательно, проблемы, связанные со снижением качества здоровья населения нельзя решать односторонне.

**Молчанова О.М.**

*(Кафедра народонаселения экономического факультета*

*МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва)*

**Особенности оценки спроса на долголетие и здоровье  
для населения России**

Здоровье и долголетие населения являются важной составляющей оценки современного социально-экономического развития любого государства. Здоровье население – показатель, оказывающий существенное влияние на экономическое развитие, поскольку экономика несет потери вследствие болезней, преждевременной смертности и преждевременного выхода на пенсию. Эта проблема особенно актуальна для России – страны с низкой рождаемостью и невысокой продолжительностью жизни, высокой смертностью в старшем трудоспособном возрасте. Показателем необходимости воздействия на спрос на здоровье и долголетие со стороны населения являются потери вследствие преждевременной смертности и инвалидности. Улучшение состояние здоровья – важнейшая задача, которая должна решаться как на частном, так и на государственном уровне. В то же время эффективность любых мероприятий по улучшению здоровья нации напрямую зависит от отклика населения на проводимую государством политику. Таким образом, изучение потребительского поведения в части инвестиции в здоровье является крайне важной задачей, как в общегосударственной и социально-экономической политике, так и в частности для развития сферы услуг. Изучение факторов, влияющих на спрос на здоровье и долголетие, позволяет оптимизировать политику в этой области, оценить потенциальный спрос на услуги здравоохранения и профилактики заболеваемости. В современном развитом обществе растет значение индивидуального поведения, учета его закономерностей в развитии экономики и общества. Поэтому наиболее перспективными методами современной социальной и экономической политики, стратегического и тактического планирования в различных сферах социально-экономической жизни, как на государственном уровне, так и на уровне частных компаний, выступает применение моделей, описывающих поведение среднего индивида из интересующих групп населения.

Построение модели спроса на здоровье и долголетие для России позволяет ответить на следующие вопросы:

- Возможно ли использование моделей, разработанных для западных обществ, в условиях переходной экономики, существующей на данный момент в России?
- Не противоречат ли предпосылки, лежащие в основе модели спроса на здоровье и долголетие, существующим российским социально-демографическим тенденциям?
- Являются ли факторы, определяющие в западных странах спрос на здоровье и долголетие, таковыми в российских условиях? Значимы ли они при построении модели спроса на здоровье и долголетие для России – влияют ли они на этот спрос?
- Существуют ли какие-либо иные группы факторов, влияющие на спрос на здоровье и долголетие?

Результаты эмпирической оценки модели спроса на здоровье и долголетие подтверждают значимость основной группы введенных в модель факторов и незначимость таких факторов, как физическая активность и употребление алкогольных напитков. Незначимость подобных факторов объясняется особенностью информации. В модель были включены только факторы, подтвердившие свою значимость по итогам апробации предварительной модели. Основные показатели, входящие и в теоретическую модель в качестве независимо влияющих на спрос на здоровье факторов – это возраст, уровень образования, доход. Факторы, введенные в модель для оценки уровня амортизации капитала «здоровье»: наличие хронических заболеваний, пол, курение, брачное состояние, занятость. Разделение в модели образования на отдельные группы (имеющие среднее и высшее образование) позволяет оценивать вклад различных уровней образования в формирования спроса на здоровье и долголетие. По такой же причине при построении модели были разделены факторы «доход» и «возраст» на отдельные подгруппы.

Проведенная эмпирическая оценка модели спроса на здоровье и долголетие для России показала следующие результаты.

- Теоретические предпосылки модели не противоречат существующим социально-демографическим тенденциям в российском обществе, поэтому построение модели для России возможно.
- Факторы, используемые западными учеными для оценки спроса на здоровье и долголетие, изначально входящие в



модель и оказывающие большое влияние на спрос на здоровье и долголетие для западных стран, оказывают влияние на спрос на здоровье и долголетие и для российского населения.

- Используемые западными учеными факторы – «доход», «образование», «наличие хронических заболеваний» – не в полной мере описывают разброс в спросе на здоровье и долголетие российского населения.
- Существует ряд факторов, имеющих особенное значения для российского населения и оказывающих дополнительное влияние на спрос на здоровье и долголетие. Предположительно, данными факторами являются условия жизни (качество занимаемой жилплощади), место проживания (город/село, регион проживания), сфера занятости.

Построенные на основе анализа предыдущего опыта и закономерностей здоровья населения России теоретическая и эмпирические модели спроса на здоровье и долголетия продемонстрировали возможность проведения оценок спроса на здоровье при помощи подобных моделей. Полученный в диссертации положительный результат свидетельствует о том, что переменные, вошедшие в модель, являются значимыми, их влияние совпадает с предполагаемым. Разработанная в диссертации модель отражает необходимость и возможность проведения дальнейших регулярных оценок спроса на здоровье и долголетие.

По результатам эмпирической оценки было протестировано несколько гипотез относительно влияния отдельных факторов на спрос на долголетие и здоровье у населения России.

**§ Норма амортизации капитала «здоровья» зависит от возраста, пола, индекса массы тела, наличия хронических заболеваний, физической активности респондента, занятости, брачного состояния и наличия вредных привычек.** Некоторые переменные, включенные в модель, например, употребления алкогольных напитков и физическая активность респондента, оказались незначимы в рамках модели. Однако можно предполагать, что подобный результат обусловлен не столько отсутствием влияния параметра на спрос на здоровье и долголетие, сколько особенностью сбора информации по этим переменным. Оценку физической активности респондентов было бы целесо-

образнее проводить на основе объективной статистики (частота посещения спортивных учреждений, километраж пеших прогулок, время нахождения на свежем воздухе). В то же время введение уровня физической активности в модель без учета места проживания и сферы занятости респондента будет вызывать систематическую ошибку в рамках модели. Употребление алкогольных напитков необходимо учитывать также через объективный показатель потребленного количества алкоголя за период времени – только таким образом можно выделить опасный для здоровья объем потребления. Показатели пола, индекса массы тела, наличия хронических заболеваний, брачного состояния, занятости и курения значимо влияют на спрос на здоровье и, следовательно, являются удовлетворительной оценкой уровня амортизации капитала «здоровье».

- § **Наличие образования влияет на спрос на здоровье и долголетие.** Направление влияния фактора наличия образования в модели для российского населения аналогично влиянию образования на спрос на здоровье и долголетие в западных моделях. Таким образом, гипотеза о том, что более образованные люди имеют больший спрос на здоровье и долголетие, подтвердилась.
- § **Разделение непрерывных показателей (дохода, возраста) на группы позволяет выделить изменения в спросе для отдельных социально-демографических групп.** Разнонаправленное влияние принадлежности к младшим и средним возрастным группам, низко и среднедоходным группам показывает значимость группировки индивидов в зависимости от возраста и дохода. Группировка индивидов в зависимости от дохода имеет большое практическое значение – таким образом можно оценить платежеспособность спроса на здоровье и долголетие. Группировка по возрастным группам отражает оценку оптимальной продолжительности жизни, выбираемой индивидами внутри данного населения в заданных экономических условиях. Принадлежность к старшей возрастной группе выявляет отрицательное влияние на спрос на здоровье – т.е. объем инвестиций в капитал «здоровье» индивидов возрасте 65 лет и старше меньше оптимального объема.
- § **Построенная базовая модель для западных стран в целом применима для условий России, однако требуется введение**

**дополнительных факторов.** Оценка общего качества модели (на основании хи-квадрат теста по Пирсону) показывает возможность применения подобного вида моделей для населения России. Доля объясненной дисперсии (40%) свидетельствует о необходимости введения в модель дополнительных факторов.

Значимость классической модели спроса на здоровье и долголетие для населения России позволяет принять этот аппарат в качестве основы для дальнейших исследований. Начальная модель может быть модифицирована с целью увеличения доли объясненной дисперсии; в модель должны быть введены дополнительные факторы. Уже в ходе предварительных оценок стали очевидны наиболее интересные направления дальнейших исследований.

**§ Модификация модели с использованием панельных данных.**

Подобная модификация позволит проследить изменения спроса на здоровье и долголетие в реальных поколениях. При этом в России существует источник информации, предоставляющий статистику за 10 лет – RLMS (РМЭПиЗН).

**§ Оценка спроса на здоровье и долголетие для отдельных регионов.** Модель позволит оценить различия в потребительском поведении жителей разных территорий, а также выявить значимость ряда макроэкономических факторов, различающихся на территории России. В таком случае, в модель должны быть введены такие параметры, как уровень жизни в регионе, цены на медицинские и другие услуги в регионе. Кроме того, в модель могут быть введены показатели структуры сферы медицинских услуг.

**§ Оценка объективного состояния здоровья как зависимая переменная.** Зависимая переменная – спрос на здоровье – может быть оценена не только с помощью самооценки индивидом собственного состояния здоровья. В этом случае разница между объективным и субъективным состоянием здоровья в качестве дополнительного фактора, определяющего оптимальный для индивида уровень здоровья, будет входить в модель в качестве независимой переменной. Объективная оценка уровня состояния здоровья индивида может быть проведена с помощью таких вопросов, как «можете ли вы самостоятельно ходить в магазин?», «можете ли вы подняться на 5 этаж?» и т.п.

- § **Оценка спроса на здоровье в денежном выражении.** Перевод части переменных модели в денежное выражение позволит выявить не только влияние социально-демографических факторов на спрос на здоровье и долголетие, но и готовность оплачивать реализацию этой потребности. Также возможно проследить разницу в потенциальном объеме денежного спроса на здоровье и долголетие и отдельными статьями расходов на услуги организаций здравоохранения и профилактики здоровья. Подобный подход достаточно сложен, однако может быть наиболее интересен для коммерческих организаций.
- § **Введение в существующую модель дополнительных факторов.** Очевидно, что использование только тех же факторов, что и в западных моделях, ограничивает возможности описания спроса на здоровье в условиях российской специфики. Поэтому целесообразно провести дополнительные исследования, связанные с введением в модель дополнительных факторов – качества жизни, места проживания респондента, сферы занятости, социального статуса и т.п.

**Шилова Л.С.**

*(Институт социологии РАН, Москва)*

**Стратегии населения в отношении здоровья  
в условиях реформирования здравоохранения**

Реформирование здравоохранения в России продолжается уже более 15 лет. Но, как это не парадоксально, эта деятельность развивается без оглядки на ухудшающиеся за эти годы показатели заболеваемости и смертности, на происходящие изменения в поведении населения в отношении здоровья. К последней проблеме мы бы и хотели привлечь внимание.

Отношение к здоровью или самосохранительное поведение населения в период бесплатной медицины определялось в первую очередь гендерными различиями, затем уровнем образования и возрастом, и в последнюю очередь - уровнем доходов. Исследования самосохранительного поведения 70-90-х г.г., проведенные среди городского населения различных регионов страны Институтом социологии РАН показали, что в целом уровень самосохранения российского населения в сравнении с уровнем населения развитых стран был довольно низким. Он характеризовался поздней обращаемостью за ме-

дицинскими услугами, низкой грамотностью и информированностью даже о показателях своего здоровья, отсутствием навыков и привычки профилактики здоровья. Для мужской модели было типичным рискованное поведение (вредные привычки, готовность к эксплуатации здоровья ради достижения важных жизненных целей). Женская модель в силу ролевых семейных функций была более оптимальной. Гендерные различия в поведении получили свое отражение и в показателях здоровья: достаточно сказать, что различия в средней продолжительности жизни мужчин и женщин составляли до 10 лет и выше в пользу женщин (Шилова Л.С., 16).

Российская модель самосохранения характеризовалась двумя наиболее существенными чертами. Первая - это инструментальный характер ценности здоровья. То есть, высокое место здоровья в структуре ценностей (2-4 в зависимости от возраста), обуславливалось тем, что здоровье являлось средством достижения важных жизненных целей: высокого заработка (через возможность работать на вредном производстве или по-другому эксплуатировать здоровье), получение жилья, досрочного выхода на пенсию, получение других льгот и т.п. Вторая черта связана со сформировавшейся в условиях патерналистского государства установкой на институциональную заботу о здоровье, на неразвитость личной ответственности за свое здоровье (Шилова Л.С., 16)

И вот население, в большинстве своем обладающее столь низким уровнем самосохранения, столкнулось с изменением условий получения медицинских услуг – платной медициной при массовом и резком снижении платежеспособности. Нетрудно представить себе те трансформации, которым подверглось поведение в отношении здоровья.

Законодательно развитие платных услуг должно было происходить при сохранении гарантированного медицинского обслуживания льготных категорий населения. Однако по двум причинам соблюдение этих гарантий стало нереальным, на практике неосуществимым. Во-первых, претендентов на льготное обслуживание оказалось слишком много, и это понятно. Во вторых, механизм развития платных услуг способствовал этому. Развитие платных услуг могло пойти двумя путями: развитие дополнительных услуг и развитие шкалы качества одной услуги. По этому принципу услуги низкого качества (дешевые неэффективные лекарства) предоставлялись бес-

платно, и развитие использование новых технологий и эффективных лекарств – платно. Советский принцип лечения «по медицинским показаниям» отошел в прошлое.

Когда платежеспособность определяет возможность получения платного образования, у населения есть выбор: получать его или нет, или отложить получение до накопления требуемой суммы. В отношении здоровья такого выбора у большинства населения нет, особенно, когда речь идет о потери трудоспособности или вообще о риске для жизни. Следовательно, население вынуждено было платить, столько, сколько потребуется при высоком риске для здоровья, или отказываться от лечения, пока симптоматика заболеваний не носила угрозы для жизни. Исследования поведения в отношении здоровья в 90-х годах показывают, что именно в таком направлении и происходили изменения в поведении.

Все исследования, посвященные проблеме доступности медицинских услуг, содержат выводы о том, что население с доходами ниже прожиточного минимума тратит на медицинское обслуживание и лекарства в три раза большую часть своих доходов, чем высокодоходные группы. На протяжении последних 7 лет рост цен на медицинские услуги опережает рост среднедушевых доходов населения. 3/4 потребителей платных медицинских услуг считают их вынужденной необходимостью. (Ибрагимова Д.и др, 6, Шишкин С.В и др., 14,15).

Длительный мониторинг «Комплексное изучение состояния здоровья населения», который проводился с 1989 по 2000 г.г. НИИ им. Н.А.Семашко на 15 территориях РФ (Максимова Т.М., 7). по унифицированной методике показал, что качество лечения респондентов все больше (с.139) зависит от материального фактора в приобретении назначенных лекарств. Если в 1996 г. 20.6 % взрослых пациентов готовы были купить для себя лекарства за любую цену, то спустя 3 года таких было уже 14.2 %. А число тех пациентов, которым пришлось отказаться от покупки лекарств, за эти года удвоилось, с 7.5 до 15 %. Вследствие вынужденности расходов на медицинские услуги и лекарства широкое распространение получили практики отказа от них. На основе сопоставления данных о смертности и заболеваемости на ряде территорий страны выявлено несоответствие между уровнем заболеваемости и смертности (при низких уровнях заболеваемости высокие уровни смертности), что сви-

детельствует о необращаемости населения за медицинскими услугами. Наибольший рост показателей смертности отмечен у работающего населения.

Кстати, данные этого же мониторинга в Москве в 2000 году показали, что даже среди врачей 40% опрошенных не могут приобрести своим детям нужные лекарства из-за дороговизны.

Об отказе от лечения говорят и данные в исследовании, проведенном под руководством Римашевской Н.М.(10). Вынужденный отказ населения от госпитализации составил 27% от числа опрошенных. В половине этих случаев отказ связан с отсутствием средств для оплаты услуг. В среднем по всем видам медицинской помощи 20% нуждающихся в ней не смогли удовлетворить потребность в медицинской помощи.

Бойков В.Э. (3) приводит данные социологического опроса 3000 домохозяйств, проведенного в 1998 г. в республике Карелии и еще в 12 регионах России, из которых следует, что существует прямая зависимость между величиной доходов и долей отказов от покупки лекарств и от медицинских услуг.

В исследовании, финансируемом Всемирным Банком в 2001 году («Техническое содействие реформе системы здравоохранения» (Кабалина В и др., 8) в Новгородской области и Чувашской Республике так же были получены данные о недостижимости медицинских услуг для большинства низкодоходных групп населения.

Невозможность оплачивать медицинские услуги продиктовало 85% опрошенных в мониторинге здоровья населения Тюменской области заявить, что «в нынешних социально-экономических условиях состояние их здоровья полностью зависит от них самих», но понимают под этим не ведение ими здорового образа жизни, а решение об отказе от медицинских услуг (Губин А.В., 4).

Конечно, проблема доступности медицинских слуг нужного объема и качества в первую очередь связана с неплатежеспособностью населения. Но не только с этим. Наши исследования (Шилова Л.С., 17) стратегий самосохранения женщин с разным уровнем адаптации к рыночным условиям показало, что даже представительницы наиболее успешно адаптированных и высокодоходных групп не в состоянии в нынешних условиях оказания медицинских услуг полноценно поддерживать здоровье, свое и членов семьи. Это обусловлено многими факторами. Рынок медицинских услуг еще не

сформировался: отсутствует объективная информация о фармакологических и технологических новинках, рекламные предложения сплошь и рядом неадекватны реальным качествам услуг. Условия, в которых медицинские учреждения зарабатывают средства на свое содержание и фонд зарплаты толкают врачей на избыточную диагностику и лечение, которые нередко приносят вред пациентам. Кстати, в тех исследованиях, где выяснялось отношение населения к платным услугам, приводится немало оценок пациентов о том, что платные услуги не являются гарантией качества (Шишкин С.В. и др, 15, Юдин Б.Г., 18).

Сокращение пользования медицинскими услугами носит ярко выраженный гендерный характер. И причина этого не только в экономическом неравенстве мужчин и женщин, но и в реформировании здравоохранения. Практически весь объем сокращений коек для гинекологических больных и закрытие фельдшерско-акушерских пунктов, предпринятые с целью повысить эффективность здравоохранения, пришелся на районные и сельские медицинские учреждения. В результате возросла отдаленность гинекологических стационаров и роддомов от места жительства пациенток (с 8,6 до 18 км.) и 18% от общего числа родов без родовспоможения (Пантелеева Т.С., Панкратова Г.А., 11).

Гендерная асимметрия проявляется и в связи с разрастанием в России фармацевтического рынка. Среди жертв медиализации здравоохранения женщин гораздо больше, чем мужчин. Это связано с тем, что для женщин, в отличие от мужчин, более значимы так называемые «представительские» показатели здоровья: состояние волос, кожи, вес и т.п., а так же медицинская помощь при климактерическом синдроме, гормональные контрацептивы.

В свою очередь, отказ от услуг врачей ведет к так называемому «самолечению». О росте распространенности практик самолечения свидетельствуют данные многих исследований (Шилова Л.С 16, 28, Кабалина В. И и др. 8, Максимова Т.М., 7, Серебренникова А. 12, Браун Дж., Русинова Н. 1). В исследовании в Новгородской области и в Чувашской республике (Кабалина В.И., 8) было показано, что для сельского населения медицинские услуги стали просто недостижимыми. Самолечение рассматривается авторами как «добровольно принудительное «социальное исключение» из сферы медицинского обслуживания». Но и среди городского населения (телефонный оп-



рос 1502 жителей Санкт-Петербурга) до 23% предпочитают лечиться сами (Баранов И.Н.,2).

Практика самолечения – попытка самостоятельно справиться с первоначальными симптомами заболеваний, в конечном счете, ведет к распространенности запущенных хронических заболеваний. И об этом свидетельствуют и сами врачи (в частности, по данным Максимовой, с.133), называя позднее обращение за медицинской помощью среди причин высокой смертности в России.

Недоступность медицинских услуг породила и такую распространенную стратегию в отношении здоровья, как обращение к неким «универсальным» нетрадиционным методам», которые нередко не имеют научной основы, никаких доказательств их эффективности, но, будучи более дешевыми, по сравнению с официальным лечением, становятся альтернативой ему. Это, в свою очередь, привело к разрастанию рынка нелегализованных лечебных практик, таких как целительство, магия, услуги экстрасенсов. К услугам такого рода обращаются преимущественно женщины, что, в свою очередь, связано с тем, что отсутствие возможности получить медицинскую помощь является для них стрессором, в отличие от мужчин. Характерно и то, что все эти псевдомедицинские услуги беспрепятственно позиционируются как альтернативная медицина. (Шилова Л.С., 17).

Вместе с тем, снижение доходов населения усилило распространенность и прежде типичной, особенно для мужчин, массовой стратегии использовать здоровье как ресурс для достижения других жизненно важных целей. Мы уже говорили выше, что такая стратегия опирается на сформировавшуюся еще во времена бесплатной медицины так называемую инструментальную ценность здоровья. Но если в советские времена здоровьем жертвовали для приобретения определенных благ (квартира, повышенная пенсия и т.п.), то в нынешние времена - для выживания или поддержания благосостояния на прежнем уровне. Эксплуатация здоровья, выражается во множественной занятости, отказе от отпусков и выходных дней, добровольном согласии на работу во вредных или плохих условиях труда (Кабалина В.8, Максимова Т.М. 7, Шилова Л.С.,16 ).

И наиболее показательным в этом отношении является исследование Института экономики и организации промышленного производства Сибирского отделения РАН, проведенное на материалах Российского мониторинга экономического положения и здоровья

населения (РМЭЗ) за 1994 – 2000 г.г. (Тапилина В.С., 13) Объектом исследования выступало работающее население, а ежегодный объем совокупности работающего населения в выборке составлял более 4 тыс. человек. Авторы исследования получили данные о том, что более половины работающего населения имеет отклонения от нормы в здоровье, в 80% случаев за счет хронических заболеваний (в 2000 г. их имели около 45% лиц трудоспособного возраста и 76% - нетрудоспособного). Иными словами, лимит здоровья населения уже достаточно задействован или исчерпан. Однако, работающее население второй половины 90-х продемонстрировало готовность к дополнительным затратам времени и труда, чтобы зарабатывать средства для социально-приемлемого уровня жизни. У 40% опрошенных - величина рабочего времени в месяц уже превысила законодательные рамки (174 часа в месяц). Авторы пришли к выводу, что расстройства здоровья приводят к ощутимым экономическим потерям и для экономики страны и лично для работника. Чем ниже уровень здоровья, тем меньше восходящая мобильность работника, и наоборот.

В опубликованных промежуточных результатах двух финско-русских проектов (А. Серебренникова, 12, Носова Т., Манила С., 9) безработица, и боязнь потерять работу так же называются факторами добровольного согласия населения на вредные для здоровья условия труда.

Со своей стороны, 80,4% врачей (по данным мониторинга НИИ им. Н.А. Семашко) отмечают, что течение болезней пациентов стало более тяжелым. 96,1% врачей (особенно, хирурги) говорят, что в последние годы больные обращаются за медицинской помощью в более тяжелых случаях, с запущенными формами болезней. Лишь каждый пятый обращается за медицинской помощью при появлении первых симптомов, а 50% делают это лишь при появлении серьезных изменений в здоровье. В структуре позднего обращения за помощью населения трудоспособного возраста главное место, как у мужчин, так и у женщин, занимала такая причина – как невозможность невыхода на работу, несмотря на состояние здоровья, в том числе боязнь потерять те дотации, которые на некоторых предприятиях не включаются в среднюю заработную плату, а выплачиваются за выход на работу и не выплачиваются больным (с.166-167).

Однако наряду с такими рискованными практиками как отказ от медицинских услуг, эксплуатация здоровья, самолечение, уход в более дешевую «нелицензированную» медицину, появились и более совершенные модели поведения в отношении здоровья. Они пока еще не получили широкого распространения, но имеют тенденции к росту.

Об этих тенденциях говорят и авторы мониторинга НИИ им. Н.А. Семашко (Максимова Т.М. 7): «за последние годы резко изменилась структура жизненных ориентаций населения и, прежде всего, восприятие такой жизненной ценности как здоровье. Население стало воспринимать собственное здоровье как фактор, позволяющий обеспечить определенные экономические возможности себе и своей семье, и отдельные группы, среди которых преобладают люди с высшим образованием и молодежь, с высокими образовательными притязаниями – готовы осуществить определенные шаги по его поддержанию и укреплению».

Журавлева И.В. (5), изучая отношение к здоровью современных подростков, установила, что хотя они и социализированы в отношении здоровья по подобию своих родителей (то есть продолжается отношение к здоровью как к инструментальной ценности), они все же отметили, что для достижения жизненного успеха в первую очередь требуется здоровье.

Вместе с тем, развитие частного сектора экономики привело к распространению в стране западных стандартов отношения к здоровью. Здоровье стало рассматриваться как неотъемлемая характеристика профессиональной ценности и перспективности работника на рынке занятости. Сначала среди предпринимательской, политической и административной элит стали модными регулярные занятия спортом, внимание к сбалансированному питанию, отказ от вредных привычек, подтянутые фигуры, ухоженные волосы, ногти, здоровый цвет лица и на нем признаки хорошего настроения. В преуспевающих слоях общества стало модным демонстрировать информированность о проблемах здоровья, навыки и умения его поддерживать. Носителями оптимальной стратегии самосохранения становятся работники частного сектора экономики и члены их семей, социально-благополучная молодежь.

Рассмотренные здесь стратегии поведения в отношении здоровья свидетельствуют о том, что основной контекст трансформа-

ций – это изменения баланса ответственности между личностью и государством за состояние здоровья и за расходы на поддержание здоровья. И в том и в другом случаях большая часть населения одинаково не готово ни к повышению доли участия в расходах по поддержанию здоровья, ни к принятию повышения своей ответственности за индивидуальное здоровье. Наблюдаемые стратегии поведения носят переходный характер, но продолжительность этих стратегий будет зависеть от макроэкономических процессов и успешности реформ в здравоохранении.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Браун Дж.В., Русинова Н.Л. Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономность пациента и(к) медицинскому патернализму.// Качество населения Санкт-Петербурга II / Отв. ред. Б.М.Фирсов. СПб., 1996. С. 142-146.

2. Баранов И.Н., Скляр Т.М. Роль страховых медицинских организаций в улучшении качества медицинского обслуживания и увеличение равенства доступности услуг здравоохранения (на примере Санкт-Петербурга)./Социальная политика: реалии XXI века. Вып. 2. М., Независимый институт социальной политики. 2004. С.380-410.

3. Бойков В.Э. Расходы на медицину: социологический аспект // Социс, 1999, №5, с. 105-107.

4. Губин А.В. Состояние здоровья населения Тюменской области// Социс, 1999. №5. С. 93-95.

5. Журавлева И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения.// Социс, 2004, №7. С. 133-142.

6. Ибрагимов Д., Красильникова М., Овчарова Л. Участие населения в оплате медицинских и образовательных услуг // Мониторинг общественного мнения. Экономические и социальные перемены / ВЦИОМ, март-апрель 200. №2 (46). С.39.

7. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. Москва, 2002, PerSe, 192 с.

8. Кабалина В., Козина И., Плотникова Е и др. Техническое содействие реформе системы здравоохранения: результаты социальной оценки. М., ИСИТО, Высшая школа экономики. 2002.

9. Носова Г., Манила С. Неглектирование тела – новое объяснение ухудшения здоровья в современной России. В сб. Новые по-

требности и новые риски. Реальность 90-х годов. Под ред. И.И.Травина. Санкт-Петербург, Норма, 2001. С. 130-148.

10. Россия: 10 лет реформ. Социально-демографическая ситуация. Под редакцией Н.М Римашевской. М., 2002. С 265.

11. Пантелеева Т.С., Панкратова Г.А. Экономические основы социальной работы. М.,1999. С.147

12. Серебренникова А.. Отношение к здоровью как фактор дифференциации населения. В сб. Новые потребности и новые риски. Реальность 90-х годов. Под ред. И.И.Травина. Санкт-Петербург, Норма, 2001. С. 130-148.

13. Тапилина В.С. Здоровье и рабочее время: реалии 1990-х гг./ Социальная политика: реалии XXI века. Вып 2. М., Независимый институт социальной политики. 2004. С.315-348.

14. Шишкин С.В. (ответственный редактор), Богатова Т.Б., Потапчик Е.Г., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С.. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Серия «Научные доклады: независимый экономический анализ», № 142, М.: МОНФ; Независимый институт социальной политики, 2003.

15. Шишкин С.В. (рук. проекта), Бесстремьянная Г.Е., Красильникова М.Д., Овчарова Л.Н., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. М., Издательский дом ГУВШЭ, 2004.

16. Шилова Л.С. Проблемы трансформации социальной политики и индивидуальных ориентаций по охране здоровья // социальные конфликты: экспертиза, прогнозирование, технологии разрешения. Москва, Институт социологии РАН, 1999 г., с. 86-114.

17. Шилова Л.С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения //Социс, №11, 2000. С.134-144.

18. Юдин Б.Г. Здоровье человека в эпоху новых технологий. Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. Издательство Института человека РАН, Москва, 2003.

**МИГРАЦИОННАЯ ПОЛИТИКА:  
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-КУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ**

**Абзалова Л.Ф.**

*(Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации,  
Комитет по делам национальностей, Москва)*

**Правовые аспекты иммиграционной политики  
в странах Европейского Союза**

Иммиграции населения, роль которых в мировом развитии все более возрастает, становятся одним из основных факторов международной экономики и демографического развития.

В 2003 году население Европейского Союза (в который тогда входили 15 стран с общим населением 379,6 млн. человек) увеличилось за счет иммигрантов на 1,7 млн. человек. Для сравнения: естественный прирост составил лишь 0,2 млн. человек. В 2004 году в ЕС вступили 10 стран с населением 74,1 млн. человек, и население ЕС в расширенном составе стало исчисляться 455,6 млн. человек. Самый высокий уровень иммиграции был зафиксирован на Кипре, в Испании и Италии (около 0,6 млн. человек). Только в четырех странах ЕС - Литве, Латвии, Польше и Эстонии - выезд из страны превысил въезд. В данном случае речь идет лишь о нелегальной, так называемой экономической иммиграции, то есть о людях, приезжающих на территорию объединенной Европы либо переезжающих из одной страны ЕС в другую в поисках заработка. Другую категорию составляют политические иммигранты, претендующие на статус беженцев. По данным комиссии Евростат, работающей при Еврокомиссии и Европарламенте, в период с 1999 по 2003 год в 15 странах Евросоюза было подано около 2 млн. прошений о предоставлении политического убежища. Большинство прошений (сколько именно, Евростат не уточняет) отклонено, данные за 2004 год отсутствуют.<sup>52</sup> Наиболее привлекательной страной для беженцев продолжает оставаться Великобритания, где только в 2003 году было зафиксировано свыше 80 тыс. прошений. По данным британского МВД, предоставление убежища иммигрантам и их содержание в специальных фильтрационных пунктах только в 2002 году обошлось Великобритании в миллиард фунтов, перерасход по этой ста-

---

<sup>52</sup> См.: Ветвинский А. Тени исчезают: Западная Европа озаботилась проблемами нелегальных иммигрантов // Газета.2005.10 февр.

тье бюджета составил свыше 600 млн. фунтов. Что же касается статистики нелегальной иммиграции, ее, к сожалению, не существует, поскольку нелегалов, проникающих на территорию ЕС различными путями по поддельным документам, с фальшивыми визами, в самых различных качествах, учесть невозможно.

В условиях роста масштабов глобализации все больше актуализируются проблемы миграции населения (вынужденная, трудовая, нелегальная). Иммиграционная политика и правовые нормы стран ЕС ориентируются на использование системного подхода. Иммиграционный контроль и прием мигрантов согласовываются с обеспечением их обустройства, адаптации или интеграции, а также с принятием внешних мер по ограничению и предупреждению потоков нежелательных мигрантов. Особенности регулирования миграции, степень жесткости проводимой миграционной политики в целом и трудовой - в частности, зависят от экономических и политических интересов стран приема и стран поставщиков рабочей силы.

Миграционная политика Европейского Союза выстраивается в рамках соблюдения прав человека и право свободного передвижения, получившая развитие во многих европейских соглашениях. При этом необходимо обратить внимание на условие проведения западноевропейскими странами целенаправленной политики, сконцентрированной на идее создания общего рынка, экономического и валютного союза. В большинстве соглашений акцент делается на регулирование вопросов, связанных с миграцией граждан государств – членов ЕС. Так, в Маастрихтском договоре о Европейском Союзе 1992г. государства-участники подтвердили свою цель способствовать свободному передвижению лиц в пределах Союза.

Более того, Маастрихтский договор установил союзное гражданство. В соответствии с п.1 ст. 8 Договора каждое лицо, обладающее гражданством любого государства-члена, является гражданином Союза. Вместе с тем институт гражданства государства-члена этим не отменяется.

Положения, относящиеся к урегулированию визовой политики, предоставлению убежища, были также включены в Амстердамский договор.

Подписав 14 июля 1985г. в Шенгене (Люксембург) Соглашение о постепенной отмене контроля на общих границах (Шенгенское соглашение) многие западноевропейские страны договорились о

сотрудничестве, направленном на отмену внутреннего пограничного контроля и укрепление внешнего. В развитие Шенгенского соглашения (1985г.) 19 июня 1990г. была принята Конвенция о порядке его вступления в силу и применения.

Понятие внутренней безопасности в рамках ЕС было определено как пространство свободы, безопасности и права. Пространство свободы характеризуется правом свободного передвижения, включая сопровождающие мероприятия по оформлению виз, получению документов и осуществление эффективного пограничного контроля на внешних границах. Немаловажную роль здесь играет шенгенская информационная система. Эта система характеризуется согласованной политикой в области миграции и вопросах предоставления убежища, включая мероприятия по управлению миграционными потоками, а также справедливому распределению нагрузки по приему беженцев.

Как показывает мировая практика, многие развитые государства, испытывающие миграционную нагрузку со стороны государств со сложной политической, социально-экономической обстановкой, вынуждены вводить определенные ограничения на въезд и пребывание в стране иностранных граждан и лиц без гражданства.

В частности, в ряде стран ЕС после известных событий террористических актов в США 11 сентября 2001 года были приняты беспрецедентные меры по совершенствованию систем внутренней безопасности и внесению необходимых изменений в миграционную политику. Приоритетными направлениями по изменению миграционного законодательства стали ужесточение порядка выдачи въездных документов, предоставления статуса беженцев, въезда в страну и пребывания иностранных граждан. Принятые в последние годы нормативно-правовые акты в странах Европейского Союза предпочтение отдаются высококвалифицированным специалистам, вводятся жесткие квоты, а также укрепляются режимы государственной границы. В целом иммиграционная политика и законодательство стран ЕС направлены в основном трех направлений: иностранной рабочей силы; лиц, ищущих политическое убежище; воссоединение семей.

Растет значимость механизмов регионального миграционного сотрудничества с целью организации превентивных действий. Так, государства - члены Европейского Союза заключили ряд соглаше-



ний с целью сотрудничества и координации миграционной политики в Европе. Страны Европейских сообществ разрабатывают совместную тактику борьбы с незаконной миграцией. Координация усилий европейских государств в миграционной политике значительно усилилась после вступления в силу Шенгенского соглашения. И все же отдельные европейские государства пытаются по степени влияния миграционных процессов на собственную страну формировать свое законодательство и искать самобытные пути решения проблем беженцев, эмиграции и иммиграции. Государства самостоятельно создают системы управления миграционными процессами и государственные механизмы решения все усложняющихся проблем беженцев, самостоятельно решают финансовые вопросы, связанные с обусловленными международными обязательствами вопросами социально-экономического обеспечения прибывающих в страну иностранцев.

Так, Франция - одна из старейших иммиграционных стран в Европе, все более ужесточает правила натурализации. Ограничивается трудовая миграция: работодатель должен доказать, что работа, на которую претендует мигрант, не заинтересовала французских граждан. Все более жесткой становится практика выдворения незаконных иммигрантов. Если прежде процесс депортации затягивалось на несколько месяцев, то теперь проводится в течение нескольких дней. Однако это не снимает полностью проблему: нередко иммигранты уничтожают свои документы, что делает невозможным идентификацию личности. Ужесточению подобных мер способствует то, что антииммигрантские настроения во французском обществе усилились, чем активно пользуются политические партии, ратующие за проведение жесткой иммиграционной политики. Наиболее ярким свидетельством может считаться рост политического влияния за последние двадцать лет Национального фронта, возглавляемого Ж.Липэном. Показательно, что в сторону ужесточения миграционной политики меняется риторика правящей партии.<sup>53</sup>

Значительно ужесточили требования к мигрантам в Великобритании, Австрии и Испании, установив миграционные квоты и введя

---

<sup>53</sup> См.: Матвеева Т.Д. Международно-правовые аспекты современных миграционных процессов // Миграция, права человека и экономическая безопасность современной России: состояние, проблемы, эффективность защиты: Сборник статей // Под ред. д.ю.н. В.М.Баранова. - Нижний Новгород, 2004. - С.297

четкие критерии приема мигрантов по возрасту, профессиональной квалификации, иногда - по имущественному цензу.

Для Российской Федерации в условиях становления иммиграционного законодательства исследования практики зарубежных государств и ее опыт совершенствования миграционной политики в государствах Европейского Союза приобретают особую актуальность.

**Аймагамбетова Г.Т.**

*(Карагандинский Государственный Университет, исторический факультет, Карагандинский Центр изучения проблем народонаселения, Караганда)*

#### **Иммиграционная политика Республики Казахстан на примере Карагандинской области**

Репатриация соотечественников, проживающих за рубежом, является сегодня одним из способов решения демографических проблем, к которому прибегают по тем или иным причинам целый ряд государств. При этом репатриация помимо демографической, как правило, ставит своей целью решить также задачу восстановления исторической справедливости.

За пределами Казахстана в 40 странах мира к казахам себя относят 5 млн. человек. Основное направление государственной политики в области миграции в Казахстане - это репатриация этнических казахов из стран СНГ, Балтии и стран дальнего зарубежья. Правовую базу иммиграционного процесса обеспечивает закон "О миграции населения" (1997 г.) /1/. Реализацией политики репатриации занимается Комитет по миграции Министерства труда, занятости и социальной защиты населения Республики Казахстан. Ключевыми национальными документами в сфере государственного регулирования миграционных процессов на современном этапе являются: Концепция миграционной политики Республики Казахстан от 5 сентября 2000 г. и Отраслевая Программа миграционной политики Республики Казахстан на 2001-2010 годы от 29 октября 2001 г./2/

Согласно закону о миграции населения, Президент Республики Казахстан по представлению Правительства Республики Казахстан устанавливает квоту иммиграции оралманов на предстоящий год и (или) на перспективу для лиц, на которых распространяются льготы и компенсации в соответствии с данным законом. Практическое воплощение в жизнь миграционной политики привело к тому, что после принятия "Закона об иммиграции"/3/ началось массовое воз-

вращение этнических казахов на свою историческую родину. По данным Агентства по демографии и миграции, за период с 1991 по 2000 г. в республику прибыло 42 387 казахских семей или 183 652 человека. Из них около 60% прибыло из стран СНГ: Узбекистана (62 737 чел.), Туркменистана (22 055 чел.), Таджикистана (10 476 чел.), России (8 490 чел.) и других стран. Первая квота иммиграции была установлена постановлением Президента Республики Казахстан от 15 апреля 1993 г. №1184 «О квоте иммиграции и мерах по организации переселения соотечественников из Исламской Республики Иран и других государств» в количестве 10000 семей.

**Таблица 1**

**Квота иммиграции в Республике Казахстан (семей)**

Годы	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005-2010
Квота семей	10000	7000	5000	4000	2200	3000	500	500	600	2650	5000	10000	15000

На протяжении восьми лет квота уменьшалась и по сравнению с 1993 г. сократилась в двадцать раз в 2000 г. Только с 2003 г. квота на оралманов выделена в таком же объеме как и в 1995 г. - 5 тыс., 2004 - 10 тыс., с 2005-2010 - 15 тыс.: из Ирана, Пакистана, Афганистана, Китая, Монголии, Турции, России, Туркмении, Узбекистана, Кыргызстана.

Рассмотрим иммиграционную политику государства на примере Карагандинской области. Миграционная ситуация в области с 1999 по 2003 годы характеризуется отрицательным сальдо миграции. Миграционные потери пытаются восполнить за счет оралманов.

**Таблица 2**

**Миграция населения за пределы области (человек)**

	1999	2000	2001	2002	2003
Прибыло	6833	6687	8117	9130	11120
Выбыло	28341	31789	28517	20068	14918
Сальдо миграции	-21508	-25102	-20400	-10938	-3798

Так, за период с 1991 по 2004 год в область прибыло 28356 оралманов, из них по квоте 9092 и вне квоты 19264 человека. По состоянию на 1 апреля 2005 года на территории Карагандинской области

проживает 5601 семей (21890 человек) оралманов, в том числе прибывшие по квоте иммиграции 1819 семей (9092 человек). (4)

**Таблица 3**

№	Годы	Всего прибывших оралманов				Прибывшие по квоте и получившие жилье (семей)	Прибывшие вне квоты и получившие жилье (семей)
		по квоте		вне квоты			
		семей	чел.	семей	чел.		
1	1991-1992			2235	10931		2140
2	1993-1998	335	1586	1272	6357	335	915
3	1999-2003	777	3715	429	1681	777	505
4	2004	707	3791	199	295	707	99
	Всего	1819	9092	4135	19264	1819	3659

**Таблица 4**

**Данные о количестве оралманов прибывших из иностранных государств в Карагандинскую область за период с 1991 до 1 апреля 2005 года**

	Монголия		Китай		Россия		Узбекистан		Туркменистан		Таджикистан		Киргизия		Турция		Всего	
	семей	человек	семей	человек	семей	человек	семей	человек	семей	человек	семей	человек	семей	человек	семей	человек	семей	человек
Караган.	256	948	9	23	20	46	820	1591			2	5	9	20	1	3	1117	2636
Всего	3046	14402	80	220	28	67	2411	7081	8	29	8	35	19	53	1	3	5601	21890

В соответствии с Указом Президента Республики Казахстан и постановлением Правительства Республики Казахстан «О квоте иммиграции оралманов на 2005-2007 годы» на Карагандинскую область в 2005 году установлена квота иммиграции оралманов в количестве 1005 семей, в том числе Китайская Народная Республика – 50, Монголия – 100, Российская Федерация – 30, Туркменистан – 10, Кыргызская Республика – 15 и Республика Узбекистан – 800 семей. В то же время 1400 семей, не включенных в квоту 2004 года, изъявили желание на получение квоты в 2005 году.

**Таблица 5**

**Данные о количестве оралманов,  
прибывших из иностранных государств в Карагандинскую область  
за I квартал 2005 года**

Наименование области	Всего		Таджикистан		Монголия		Россия		Туркменистан		Кыргызстан		Турция		Узбекистан		Китай	
	семей	человек	семей	человек	семей	человек	семей	человек	семей	человек	семей	человек	семей	человек	семей	человек	семей	человек
Карагандинская	970	1148	0	0	42	58	5	7	0	0	5	12	0	0	873	1008	45	63

Основополагающими критериями отбора оралманов в квоту иммиграции по области чиновники определили следующие приоритеты: дата подачи заявления, социально незащищенная и льготная категория оралманов (матери-героини, ветераны войны и труда), оралманы, имеющие определенные заслуги, военные и специалисты необходимые для определенного региона уже прибывшие в область и имеющие постоянную прописку в области. Их в области 3788 семей или 17735 человек. В области среди оралманов 7908 трудоспособных, 386 студентов, 9 военнослужащих, 5654 детей школьного возраста, 903 пенсионера и 303 инвалида.

**Таблица 6**

**Данные об оралманах трудоспособного возраста  
на 01.01.2005 год прибывших в Карагандинскую область**

Наименование области	Кол-во оралманов		Трудоспособного возраста (чел)	Из них							
	сем	чел		имеющих образование (чел)				имеющих ученную степень		творч. работники	работники образования
				высшее	среднее специальное	общее среднее	не имеют начального	кандидаты	доктора		
Карагандинская	5601	21890	11427	635	3128	6186	1478	5	1	38	578

продолжение таблицы 6

Наименование области	Из них							
	имеющих профессии						студенты	служащие в ВС РК
	медработники	госслужащие	бизнесмены и предприниматели	рабочие профессии	сельхозработники	другие профессии		
Карагандинская	175	45	249	5870	1985	1874	596	17

Как видно из таблицы среди оралманов не имеющих и имеющих среднее образование большинство это 67% от всех прибывших. Соответственно по профессиональной характеристике это в основном рабочие, сельхозработники это 72% от всех прибывших. Так, представители государственных органов считают, что показатели по трудоустройству оралманов и направление их на общественные работы были бы значительно выше, если бы оралманы не отказывались от предлагаемой работы. Причину видят они в наличии у большинства из них подсобного хозяйства и в низкой заработной плате на предлагаемой работе, а так же и то, что они получают адресную социальную помощь (большинство семей оралманов многодетные), следовательно, считают чиновники, трудоустройство на постоянную низкооплачиваемую работу или участие в общественных работах им невыгодна. Есть факты, когда работодатели отказывают в трудоустройстве оралманам, объясняя отказ их низкой квалификацией.

Вопросы гражданства остается проблемой. Большое число лиц оралманов находится сегодня в ситуации лиц без гражданства. В области из 21890 человек не имеют гражданства 2731 человек, то есть 12,5% прибывших в область оралманов (см. табл.7).

Таким образом, главными вопросами остаются улучшение жилищных условий, трудоустройство и принятие казахстанского гражданства. 735 переселенцев так и не нашли работу, 156 семей не имеют постоянного жилья. Те квартиры, которые выдаются переселенцам, не отвечают нормальным условиям. Из 100% выделенных кредитов оралманам, только 66,8% ими погашаются.

Одной из главных проблем приёма оралманов является то, что очень большое количество семей стремятся переселиться, именно, в Алматы и другие крупные города страны. Между тем, только в 2002

году было подано около полутора тысяч подобных заявлений - Алматы не смогла принять большую часть желающих оралманов.

**Таблица 7**

**Сведения  
по оформлению гражданства оралманами в Карагандинской области  
на 01.04.2005 г.**

№	Страна выезда	Всего проживает оралманов (чел).	Подлежит приему в гражданство РК, чел.	Приняты в гражданство РК, чел.	Находится на рассмотрении в ОВД		Проживают по видам на жительство
					материалов	кол-во лиц	
1	Монголия	14402	170	14220		12	
2	Китайская Народная Республика	220	161	42	3	15	2
3	Российская Федерация	67	26	41			
4	Республика Узбекистан	7081	2061	4786	41	202	32
5	Туркменистан	29	20	9			
6	Таджикистан	35		35			
7	Кыргызстан	53	30	23			
8	Турция	3		3			
	<b>ВСЕГО</b>	<b>21890</b>	<b>2468</b>	<b>19159</b>	<b>44</b>	<b>229</b>	<b>34</b>

На сегодняшний день очень сложен и почти не решим вопрос трудоустройства репатриантов, по официальным данным около 35% приехавших оралманов в Казахстан не имеют постоянного заработка. Большинство из них не владеет русским языком, не имеет специальной квалификации и довольствуются общественными работами.

На 2004 год Агентство РК по миграции и демографии, заложило в региональном бюджете на следующий год 4,5 млрд. тенге на приобретение жилья этническим казахам прибывшим в страну. Между тем, эта сумма сможет покрыть не более 40% всех расходов /5/.

Иммиграция населения в республику остаётся незначительной. Усилия государства по репатриации сводятся на нет при значительной эмиграции представителей коренной национальности из Казахстана. За 1993-1999 гг. из своей исторической родины за границу уехало 76506 человек казахской национальности. Пик эмиграции пришелся на 1994 год, когда из страны выехало 14491 казахов. В 1993, 1995 и 1997 годах эмигрировали соответственно 12514, 10883, 11759 представителей казахской национальности. В 1997 году численность эмигрировавших казахов превысило численность иммигрировавших в страну репатриантов (оралман) на 177 человек. В 1999 году выехало за границу на постоянное местожительство 8046 казахов. Если у основных этносов страны начиная с 1994 года, когда выбыло за границу самое большое количество населения, наблюдается тенденция значительного снижения эмиграции, то у казахов это происходит более медленными темпами. Так, если в 1999 году по сравнению с 1994 годом эмиграция из Казахстана русских сократилось в 3,1 раза, татар – в 3,3 раза, немцев – в 2,8 раза, украинцев – в 2,4 раза, то эмиграция казахов сократилось всего лишь в 1,8 раза.

Резкое снижение иммиграции (в 3 раза) и незначительное уменьшение эмиграции казахов привело к нежелательному изменению в миграционном сальдо коренного населения. Так, если за 1993-1995 годы положительное миграционное сальдо по казахам в республике составило + 36753 человек, то за 1997-1999 годы всего + 2918 человек, т.е. сократилось более чем в 12,5 раза.

Уезжают в основном казахи трудоспособного возраста и их дети. Так, в 1999 году 75,5% эмигрировавших представителей коренного населения были в трудоспособном возрасте. Удельный вес детей среди выехавших казахов составил 21,5 %. Доля лиц старше трудоспособного возраста равнялась всего 3%, 59%, 3% эмигрантов казахов выбыло из городов и городских поселений, 39,7% из сельской местности. Свыше 60% уехавших казахов трудоспособного возраста имели высшее образование, т.е. наблюдается интенсивная «утечка мозгов» и высококвалифицированной рабочей силы. Эмигрируют в основном ученые, бизнесмены, деятели искусства, юристы, инженеры, специалисты сельского хозяйства и других отраслей. Их отъезд за рубеж оказывает и будет оказывать негативное влияние на развитие республики.



На постоянное местожительство в страны СНГ в 1999 году переехало 93% эмигрировавших из Казахстана лиц коренной национальности. Из них 73,7% выехало в Россию. Знание в совершенстве русского языка позволяет высококвалифицированным специалистам из Казахстана устроиться без особых проблем на работу и быстро адаптироваться в новой местности.

Уезжают из Казахстана лица коренной национальности и в дальнее зарубежье. В 1999 году туда выбыло 564 казаха. В основном они переехали жить в Германию – 262 человека. Эмигрировали также в США – 34, Турцию – 32, Израиль – 26, Канаду – 25, Грецию – 7, Китай – 4, и Литву – 3 человека.

Хроническая нерешенность проблем репатриантов привела к тому, что некоторые из них возвращаются в места своего прежнего проживания, поскольку переселение в Казахстан не оправдало их надежды на достойную жизнь. По официальным данным на 2000 г., 5 тыс. семей репатриантов не имели нормальных жилищных условий, вследствие чего сотни семей возвратились. В Монголию в 1999 году выехало 139 казахов. Это – этнические казахи Монголии, ранее иммигрировавшие из Монголии в Казахстан и не сумевшие адаптироваться на своей исторической родине /6/.

В республике должны принимать все меры для сокращения эмиграции лиц коренной национальности, но полностью остановить данный процесс невозможно, так как это естественный процесс, наблюдаемый во всех демографически развиваемых государствах.

Единственным выходом из сложившейся ситуации может стать экономический подъем государства, улучшение экологической обстановки и совершенствования законодательно-правовой базы в стране. Если казахи, как и всё население страны, сочтут, что в Казахстане их будущее и будущее их детей может быть обеспечено работой и правовой защитой, то эмиграционный поток пойдет на убыль, и можно будет рассчитывать на возвращение на историческую родину недавно выехавших соотечественников.

В сфере реализации важнейшего направления государственной политики в области миграции - репатриации этнических казахов - сохраняется ряд проблем:

- Законом предусматривается право органов местного государственного управления в соответствии с законодательством РК устанавливать льготы и компенсации оралманам, переселившимся в

Республику Казахстан, вне квоты иммиграции оралманов. Но органы местного государственного управления не имеют средств и не предусматривают в местных бюджетах статью расходов на обустройство семей оралманов, переселившихся вне квоты иммиграции. Поэтому прибывшим вне квоты иммиграции оралманам, не выделяются средства.

- При переезде в Республику Казахстан, оралманы-пенсионеры переоформляют пенсионные дела в соответствии с законодательством государства, но бывают случаи, когда пенсии оформлялись по льготному списку страны прибытия, но по казахстанскому законодательству имеющиеся льготы оралманам при начислении пенсии не учитываются. Поэтому в пенсионное законодательство Республики Казахстан необходимо внести поправку об оформлении пенсии оралманам с учетом полагающихся льгот.

- Большинство оралманов достигших пенсионного возраста, имея, постоянную прописку в республике оформляют пенсию только после приобретения казахстанского гражданства, оформление которого может продлиться до полугода и более, тем самым теряется пенсия нескольких месяцев, поэтому возникла необходимость изменения пенсионного законодательства, оформление пенсии оралманам со дня подачи заявления.

- Особого внимания со стороны государства требует решение проблемы равномерного расселения оралманов по регионам и областям страны. Практика расселения в малых городах, покинутых коренными жителями, не принесли желаемых результатов, а напротив повлекла последующую внутреннюю миграцию.

- Проблемным остается и вопрос обеспечения репатриантов работой. Целесообразнее было бы квотировать те, специальности которые требуется в республике. Для не имеющих специальности, предоставлять определенные преференции для занятия в сельском хозяйстве.

- С большими противоречиями истолковывается статья 15, где изложено, что «Статус оралмана прекращается после получения им гражданства Республики Казахстан» и статья 29 п. 4 «Оралманы, не воспользовавшиеся льготами, предусмотренными настоящей статьей, в полном объеме сохраняют на них и после приобретения гражданства Республики Казахстан». Требуется приведение в соответствие данных статей. В ряде случаев отмечается неправильное приме-

нение миграционного законодательства, произвольное толкование его норм. К примеру, длительное время не был урегулирован порядок определения статуса репатриантов. Поэтому имели место случаи предоставления льгот, компенсации и другой адресной помощи иным категориям иммигрантов.

- Вопросы гражданства, а также вопросы обеспечения действенности правовой базы миграции остаются проблемой. Большое число лиц оралманов находится сегодня в ситуации лиц без гражданства. Процедура принятия гражданства практически длится от девяти месяцев до полутора лет. Таким образом, репатриант на родине не может полноценно пользоваться правами наравне с гражданами Республики Казахстан, избираться и быть избранным, участвовать в республиканском референдуме, не может выступить субъектом земельных и других имущественных правоотношений, не может учиться за границей. Ввиду того, что многие репатрианты являются лицами без гражданства, они не могут стать владельцами выделенного для них государством жилья. В случае изменения места жительства репатриант может потерять свое жилье. Как лицо без гражданства репатриант не пользуется льготными условиями, предусмотренными ст.29 Закона "О миграции населения". По положению, установленному Правительством Республики Казахстан, гражданин иностранного государства не имеет права регистрироваться на бирже труда

Таким образом, одним из основных приоритетов государственной политики в области миграции является создание условий для сохранения и формирования необходимой численности населения. Основной акцент в области улучшения демографической ситуации делается на привлечении этнических казахов. Пока ситуация в этой области до сих пор остается достаточно сложной. Несмотря на то, что с 2000 миграционная убыль начала снижаться, число отъезжающих из Казахстана еще превышает количество граждан, которые в республику прибывают. Так, по данным Агентства Республики Казахстан по статистике, за период с 1999-2003 годы в республику иммигрировало 266 тыс человек, а эмигрировало 656,5 тыс. человек, в результате отрицательное сальдо миграции населения составило 390,5 тыс. человек.

## ЛИТЕРАТУРА

1. "О миграции населения» закон Республики Казахстан от 13 декабря 1997
2. Программа демографического развития Республики Казахстан на 2001-2005 годы. –Астана, 2002 г.- 19 с.
3. «Об иммиграции», закон Республики Казахстан от 26 июня 1992. Ведомости Верховного Совета Республики Казахстан.
4. Текущая информация и другие материалы Управления миграции по Карагандинской области
5. Текущая информация и другие материалы Агентство по миграции и демографии Республики Казахстан за 1994-2003 гг.
6. Арын Е.М., Абенов Е.М., Бодаханулы К. «Вопросы регулирования миграции казахской диаспоры (на основе социологического опроса репатриантов, прибывших из Монголии в 1991-1996 гг.) //Саясат: события, проблемы, анализ, прогнозы. –1997.- №3. –С.40-47.

**Есимова А.Б.**

*(Кафедра политологии Шымкентского Института Международного Казахско-Турецкого Университета им. Х.А.Ясави, Шымкент, Казахстан)*

### **Политика репатриации и проблемы адаптации репатриантов в Республике Казахстан**

1. С провозглашением независимости Республики Казахстан, началось проведение государственной политики по возвращению казахов, которые в свое время были вынуждены ее покинуть, на свою историческую родину. Прибытие и расселение репатриантов привело не только к появлению в лексиконе слова «оралман» (в переводе с казахского языка означает «репатриант»), но и поставило на повестку дня решение проблем, связанных с их адаптацией к местным условиям и интеграцией в казахстанское общество.

Указом Президента ежегодно определяется квота иммиграции для оралманов, с указанием количества семей и областей их расселения. Меры по организованной репатриации лиц казахской национальности, их прием и обустройство направлены на тех из них, которые не могут вернуться на историческую родину без финансовой поддержки государства. Так, в Указе Президента РК «О квоте иммиграции оралманов на 2005-2007 годы» от 27 декабря 2004 г. постановляется: «установить представленную Правительством Рес-

публики Казахстан квоту иммиграции оралманов на 2005-2007 годы в количестве по 15000 семей на каждый календарный год».

За 1991-2003 годы в Казахстан вернулось 83936 семьи (322432 чел.) репатриантов. Из них из Узбекистана – 46 831 семьи (173 027 чел. или 53,7% от общего числа), из Монголии – 14 990 семей (70792 чел.), из России – 5045 семей (13570 чел.). Основная часть репатриантов расселилась в Южно-Казахстанской (98295 чел. или 30,5% от общей численности репатриантов), в Мангистауской (49348 чел.) и Алматинской (41240 чел.) областях [1].

Если в начале 90-х годов акцентировалось внимание на бытовых проблемах, с которыми сталкивались репатрианты, то в последние годы наиболее остро стоит проблема их интеграции в казахстанское общество.

2. С начала 90-х началась разработка политико-правовых документов, регулирующих миграционные процессы. 13 декабря 1997 г. был принят Закон «О миграции населения», который «регулирует общественные отношения в области миграции населения, определяет правовые, экономические и социальные основы миграционных процессов, а также создание необходимых условий жизни на новом месте для лиц и семей, возвращающихся на свою историческую родину» [2]. В 2000 г. была одобрена «Концепция миграционной политики Республики Казахстан» (Постановление Правительства РК от 5 сентября 2000 г., № 1346). Из документа следует, что приоритетами миграционной политики для решения вопросов переходного периода являются: всемерное содействие обустройству оралманов; предупреждение и предотвращение потоков вынужденной миграции, в том числе и незаконной; создание и развитие иммиграционного контроля; содействие сокращению и стабилизации эмиграционных процессов; обеспечение и регулирование внутренней и внешней трудовой миграции [3]. В «Программе демографического развития Республики Казахстан на 2001-2005 г.г.» (утверждена Правительством РК от 30 октября 2001 г.) обозначены следующие задачи: «сокращение отрицательного сальдо миграции за счет активизации иммиграции путем создания нормальных жизненных условий для иммигрантов, особенно для оралманов и возвращающихся реэмигрантов». В данном документе утверждается, что реализацию регулирования миграционных процессов предполагается осуществить при помощи следующих мер: 1. Ежегодного увеличения квоты

иммиграции; 2. Создания благоприятных условий для приема и обустройства оралманов, их быстрой интеграции в социальную сферу; 3. Поддержки и развития конструктивных взаимоотношений с казахской диаспорой за рубежом; 4. Создания условий для добровольной миграции лиц, проживающих в депрессивных районах в другие, более благополучные регионы; 5. Обеспечения поддержки в решении социальных вопросов реэмигрантов; 6. Изучения эмиграционного настроения населения [4].

В Законе Республики Казахстан от 27 марта 2002 года «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Казахстан "О миграции населения" в ст. 29 утверждается, что «Государство создает льготные условия для переселения в Республику Казахстан и обеспечивает оралманам: оказание помощи в трудоустройстве, повышении квалификации и в освоении новой профессии; создание условий для изучения государственного и русского языков...». Также согласно этому закону «статус оралмана прекращается после получения им гражданства Республики Казахстан».

3. Итоги социологического исследования «Оралманы в казахстанском обществе», проведенного в Южно-Казахстанской области (600 респондентов из числа местных жителей (выборка комбинированная (квотная /по показателям (квотам) национальности, возраста, пола/, районированная)) и 400 репатриантов (выборка целевая, использовался метод «снежного кома», Южно-Казахстанская область, конец 2003г. -2004 г.). Некоторые вопросы в анкетах для репатриантов и для местных жителей повторялись для того, чтобы сравнить их мнение.

Большинство респондентов из местных жителей дали правильное определение понятию «оралман». Так, 62,8% ответили, что оралманы – это лица казахской национальности, возвращающиеся на историческую родину. Что же касается наличия среди родственников и знакомых репатриантов, то 73,2% опрошенных их не имеют, у 20,5% респондентов есть оралманы среди родственников и друзей.

В целом, население положительно оценивает политику государства по возвращению казахов на историческую родину (60,7%). Каждый четвертый (25,2%) относится к этому нейтрально. И, к сожалению 10,5% – отрицательно.

Одной из задач социологического исследования было выявление проблем репатриантов с точки зрения местного населения. Эти

проблемы распределились следующим образом: покупка жилья – 56,2%, трудоустройство на работу – 56,0%, получение казахстанского гражданства – 38,7%, незнание своих прав – 21,0%, образование для детей – 17,7%, незнание русского языка – 16,7%, получение статуса оралмана – 12,2%, адаптация к местным обычаям – 8,3%, адаптация к климатическим условиям – 6,7%, получение медицинских услуг – 4,5%.

Если классифицировать проблемы, стоящие перед оралманами, по ответам самих репатриантов, то получается следующая картина: трудоустройство на работу (66,8%), покупка жилья (54,8%), получение казахстанского гражданства (29,8%), незнание русского языка (25,5%), адаптация к местным обычаям, традициям и культуре (18,8%), адаптация к климатическим условиям (11,5%).

Отсюда мы видим, что в целом опрошенные жители области понимают, что основные проблемы репатриантов связаны с жильем, трудоустройством на работу, с получением гражданства. Однако, они недооценивают, что все-таки основная проблема репатриантов – это работа. Обращает на себя внимание тот факт, что среди репатриантов большой процент тех, кто сталкивается с проблемами адаптации к местным условиям.

Сталкиваются репатрианты с языковой проблемой. Эти трудности связаны не только с незнанием русского языка некоторой частью репатриантов (русский язык в Казахстане имеет статус языка межнационального общения и распространен наряду с казахским языком). Сложности оралманы испытывают и с казахским языком. В их лексиконе присутствуют слова, заимствованные из языков тех национальностей, с которыми рядом они проживали. Выходцам из Китая, Саудовской Аравии, Ирана (где казахи используют арабскую вязь), Монголии, а также Турции, Узбекистана (распространена латиница) не привычна кириллица.

Из результатов социологического исследования следует, что жители понимают, что наиболее острой проблемой у оралманов – это решение жилищного вопроса. Опрос показал, что у респондентов нет единого мнения по поводу разрешения данного вопроса. Так, 36,3% респондентов считают, что нужно дать возможность покупать жилье по ипотечному кредитованию, 36,0% – выдавать бесплатно землю оралманам и строить дома по методу асара (это старый казахский обычай, когда родственники, друзья, соседи собира-

ются вместе в назначенный день и помогают строить дом), 32,3% – выдавать ссуду для строительства жилья и 29,5% – ответили, что оралманы должны самостоятельно решать жилищную проблему (в сумме ответы не дают 100%, так как респондентам было предложено выбрать несколько вариантов ответов).

В свою очередь репатриантам было предложено ответить на вопрос «Как бы Вы предложили решить жилищную проблему оралманов?». 59,0% ответили, что следует выдавать безвозвратную ссуду для строительства жилья; 54,0% - выдавать бесплатно землю оралманам и строить дома по методу асара; 14,3% - дать возможность покупать жилье по ипотечному кредитованию и 17,0% ответили, что оралманы самостоятельно должны решать жилищный вопрос. В вопросе, выясняющем возможные пути решения жилищного вопроса, наблюдаются расхождения во мнениях репатриантов и коренных жителей. Можно отметить, что вариант «выдавать бесплатно землю и строить дома по методу асара» у обеих групп находится на одной позиции.

Нужно заметить, что согласно данному опросу 40,3% – репатриантов купили жилье сами, 36,0% – получили от государства, 15,3% – арендуют жилье и 5,8% – проживают в общежитии.

Что касается того, как представляют оралманов местное население, то в целом у респондентов нет четкого представления о них. Так, считают, что оралманы живут компактно, обособленно, не общаются с местным населением 38,0% (18,0% ответили «да», 20,0% – «скорее да, чем нет»), почти такой же процент респондентов утверждает обратное – 36,6% (15,3% ответили «скорее нет, чем да», 21,3% – «нет»). И 20,5% – затруднились дать ответ.

Из всего вышеизложенного следует, что отношение местного населения к оралманам и к их проблемам можно назвать неоднозначным. Существующие расхождения во мнениях объясняются тем фактом, что процесс репатриации – достаточно новое явление в жизни общества.

Социологическое исследование показало, что большинство участников исследования из числа оралманов приехало из Узбекистана – 54%, остальные из Ирана – 27,8%, из Таджикистана – 10%, из Афганистана – 4%, из Турции – 1,3%, из Пакистана – 0,8%, из Монголии – 0,5%, из России и Китая – по 0,3% соответственно, из других стран – 1,3%. Что же касается сферы их деятельности, то



25,5% – это безработные и 21,8% – работающие в сфере торговли. Ответили, что занимаются ведением домашнего хозяйства – 12,8%, работают в сфере транспорта – 8,0%, в сельском хозяйстве – 7,3%, в образовании – 6,8%, в строительстве – 6,3%, в сфере услуг – 1,6%, в других сферах – 3,3%, являются пенсионерами – 4,3% и студентами – 2,3%.

Среди опрошенных 37,5% имеют среднее образование, 18,8% – среднее специальное, 16,0% – высшее, 14,8% – не имеют никакого образования и 11,3% – неполное среднее. Наибольшее количество оралманов с высшим образованием составляют выходцы из Узбекистана (23%). Что касается репатриантов из Ирана, то большинство из них или вообще не имеют образования (40%) или только среднее (35%). Репатрианты из Афганистана указали, что имеют среднее специальное образование (31%) и вообще никогда не учились (31%).

Необходимо отметить, что 38,5% респондентов живут в Казахстане более 5 лет, 27,5% – от 3 до 5 лет, 26,3% – от 1 года до 3 лет, 7,8% – менее года. При этом ответы на вопрос «Как Вы считаете, в какой мере Вам удалось приспособиться к новым условиям?» ответы распределились следующим образом: 54,5% - вполне приспособились, 32,8% - отчасти приспособились, 6,5% - не приспособились и 6,3% затруднились дать ответ.

Анализ полученных данных показал, что семьи оралманов большие по численности. Так, 19,5% ответили, что семья состоит из 7 человек, 18,3% – из 5 человек, 17,3% – 6 человек, 16,5% – 4 человека. Есть семьи, состоящие из 11 человек (1,3%), 12 человек (0,8%), 15 человек (0,3%), 17 человек (0,5%) и 28 человек (0,3%). У 25,3% в семье 3 детей, у 23,8% в семье 4 детей, 17,5% – 2 детей и 10,8% – 5 детей.

По семейному положению: 86,3% – состоят в браке, 13% – не состоят в браке, 0,8% – разведенных, вдовцов (вдов). Что же касается брачного статуса мужчин, то 53,5% опрошенных женаты (из них 51,5% имеют 1 жену, 1,8% – 2 жен и 0,3% – 3 жены) и 46,5% – не женатых. Здесь следует отметить, что на наличие 2 и 3 жен указали выходцы из Ирана.

Почти каждый второй респондент (41,5%) ответил, что в стране, откуда они прибыли они жили хуже, чем здесь. 39,3% указали, что они жили так же, как здесь.

43,0% респондентов отметили, что традиции, поведение людей в местности, где они сейчас живут (имеется в виду Южно-Казахстанская область) сильно отличаются от традиций, которые были приняты на прежнем месте их проживания, 25,3% – отличаются незначительно и 31,8% ответили, что не отличаются. При этом следует отметить, что 36,0% респондентов отметили, что эти различия им нравятся, 15,5% – они безразличны, 7,0% – удивляют и только 5,3% ответили, что раздражаются от несходства в традициях.

В целом, можно сказать, что особых затруднений в общении с местным населением оралманы не испытывают. 74,8% – ответили, что таковых трудностей нет, 15,0% - что есть небольшие затруднения в общении и 4,8% указали на то, что испытывают значительные затруднения в общении.

На вопрос «Какую помощь Вы хотели бы получить от государства?» 53,8% опрошенных респондентов ответили – работу, 46,3% - жилье, 25,3% - земельный участок, 17,0% - ссуду для строительства жилья, 17,0% - скот для занятия сельским хозяйством и 6,8% - никакую.

В целом, процесс адаптации репатриантов идет по-разному. Это зависит как от того, откуда прибыли репатрианты, так и от нового места жительства. Наиболее быстро адаптируются репатрианты из республик бывшего Советского Союза, у которых нет существенных различий ни в языке, ни в культуре, ни в менталитете с местным населением. Наибольшие трудности испытывают репатрианты из стран дальнего зарубежья. И именно на них в первую очередь должны быть направлены мероприятия по интеграции оралманов в казахстанское общество.

В заключении следует отметить, что процесс адаптации и интеграции репатриантов – это достаточно продолжительный по времени и сложный в социально-психологическом плане процесс. Несмотря на усилия со стороны государственных структур, неправительственных организаций, Международной Организации по Миграции (МОМ), процесс адаптации оралманов на новом месте жительства во многом зависит от самих репатриантов, от их заинтересованности в скорейшей интеграции в казахстанское общество.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Источник: Агентство по миграции и демографии. От 01.04.2004. Данные взяты с сайта Международной Организации по Миграции. [www. iom. kz](http://www.iom.kz)
2. Казахстанская правда. 18 декабря 1997, с. 3-4
3. Сборник материалов по народонаселению. Агентство по стратегическому планированию РК, Агентство РК по миграции и демографии, Фонд народонаселения ООН (ЮНФПА), Астана, 2000, с. 15
4. Казахстанская правда. 8 ноября. 2001 г., с. 4

**Ионцев В.А., Алешковский И.А.**

*(Кафедра народонаселения экономического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва)*

### **Миграционная политика в условиях демографического кризиса в современной России**

Возрастающая роль международной миграции населения в демографическом развитии принимающих стран (как и отдельных отправляющих государств) является одной из наиболее значимых<sup>54</sup> и в то же время дискуссионных ее современных закономерностей<sup>55</sup>. При этом речь должна идти не только о воздействии международной миграции на рост населения отдельных стран или регионов мира, а о более глубинных изменениях в воспроизводстве населения, о ее влиянии на само репродуктивное поведение населения, половозрастную и этническую структуру населения принимающих стран.

Насколько всем этим целям должна отвечать миграционная политика и каково ее соотношение с демографической политикой, призванной непосредственно воздействовать на воспроизводство

---

<sup>54</sup> Так, к примеру, в 1990-е годы около 67% общего прироста населения экономически развитых стран мира было обеспечено за счет миграционного прироста в сравнении с 5% в 1960-е годы, 17% в 1970-е годы и 28% в 1990-е годы (UN, 2003).

<sup>55</sup> Дискуссию о роли миграции в демографическом развитии принимающих стран см., подробнее, в: United Nations (2005) "The New Demographic Regime. Population Challenges and Policy Responses"; David Coleman (2004) "International Migration: ICPD + 10"; В.А. Ионцев и И.В. Ивахнюк (2002) "Россия в мигровых миграционных потоках: тенденции последнего десятилетия (1992–2001)"; United Nations (2000) "Replacement Migration: Is it a Solution to Declining and Ageing Populations?"; В.А. Ионцев (1999) "Международная миграция: теория и история изучения"; Michael S. Teitelbaum, Jay M. Winter (1998) "A Question of Numbers: High Migration, Low Fertility, and the Politics of National Identity"; David Coleman (1992) "Does Europe Need Immigrants? Population and Labor Force Projections" и др.

населения, и, главное, насколько миграционная политика может и должна способствовать выходу страны из ситуации, характеризующейся как демографический кризис?

Но прежде, чем ответить на эти вопросы, рассмотрим современную демографическую ситуацию, которая обозначается в России и как «демографический спад», и как «депопуляция», и как «демографическая катастрофа», и как «демографический кризис». При этом часто эти понятия рассматриваются как синонимы, что, на наш взгляд, принципиально неверно.

Экономические и политические преобразования конца 1980-х – начала 1990-х годов обусловили в России уникальную демографическую ситуацию, в корне отличающуюся от всей предыдущей истории демографического развития России. За несколько лет произошло кардинальное изменение динамики демографических процессов, ухудшение большинства как количественных, так и качественных параметров демографического развития России. Страна оказалась в условиях особой демографической ситуации, которая по-разному понимается и учеными, и политиками, и, соответственно, руководством страны и ее регионов.

Остановимся чуть подробнее на этих понятиях. *Демографический спад* (как собственно и демографический подъем) — это в общем-то присущие для развития населения явления, обусловленные, в частности, движением так называемых демографических волн, имеющие, как правило, кратковременный характер. *Демографическая катастрофа* — это ситуация, когда за очень короткое время (буквально 2–3 года) население страны (региона) значительно уменьшается (более чем на 50%) или вообще исчезает на этой территории. Россия за 1992–2003 гг. потеряла чуть более 6,5% (в результате естественной убыли). *Депопуляция* — это ситуация, когда каждое последующее поколение не воспроизводит предыдущее. Ситуация растянутая во времени, при которой могут иметь место и небольшой рост населения, и небольшая естественная убыль населения, часто компенсируемая миграционным приростом (например, Германия, где с начала 70-х гг. XX в. имеет место естественная убыль немецкого населения при небольшом росте общей численности населения страны).

Для России подобная ситуация начинает наблюдаться с конца 1960-х гг., когда стал повышаться общий коэффициент смертности, а рождаемость опустилась ниже уровня простого воспроизводства (суммарный коэффициент рождаемости составил в 1970 г. 2,0 ребенка на одну женщину вместо минимально необходимых 2,2), но при этом естественный прирост составил за 1966–1970 гг. 4107 тыс. человек при миграционной убыли в 592 тыс. Таким образом, общий прирост населения России за эти годы превысил 3,5 млн. человек. И

тем не менее мы можем сказать, что уже в эти годы в России зарождается процесс депопуляции, который кратковременно прервался в середине 1980-х гг. (результат активной демографической политики государства начала 1980-х гг.).

А затем в начале 1990-х гг. происходит то, что мы называем демографическим кризисом — ситуация в корне отличающаяся от всей предыдущей истории демографического развития России.

Суть демографического кризиса заключается в следующем: значительно и быстро снизилась рождаемость (общий коэффициент рождаемости составил в 2004 г. 10,5‰ против 14,6‰ в 1989 г., суммарный коэффициент рождаемости сократился за это время с 2,1 до 1,2); резко возросла смертность, особенно среди мужского трудоспособного населения (общий коэффициент смертности составил в 2004 г. 16,1‰ против 10,7‰ в 1989 г.); сократилась средняя продолжительность предстоящей жизни (с 70 лет до 65 лет для обоих полов, с 65 лет до 58 лет для мужчин, с 74,5 лет до 72 лет для женщин); произошло сокращение брачности (9,4‰ в 1989 г. и 6,8‰ в 2004 году) и рост разводимости (3,9‰ в 1989 г. и 4,4‰ в 2004 году); наблюдается ухудшение качественных характеристик населения и нарастающее старение населения (доля населения старше трудоспособного возраста увеличилась с 18,5% в 1989 году до 20,3% в 2004 году). Результат этих разнонаправленных процессов — естественная убыль населения, которая впервые в России составила около 10,3 млн. (достигая в последние годы более чем 900 тысяч человек ежегодно).

Вместе с тем подчеркнем, что, акцентируя все внимание на убыли населения, которая приняла в России крайнюю форму депопуляции, упускается из виду не менее (а возможно и более) острая характеристика демографического кризиса, а именно проблема общей деградации (духовной и физической) населения России, значительного ухудшения его качественных характеристик, сопровождаемых ростом табакокурения, алкоголизма, включая пивной алкоголизм, распространением СПИДа и наркомании, соответствующим ростом «дебилизации» населения, что, в свою очередь, ведет к интенсивному вовлечению в криминальные структуры молодежи, снижению ее образовательного уровня и др.

Не случайно более 5% среди родившихся в 2001 году (около 65 тысяч детей) оказались «на улице», общая численность социальных сирот составила около 600 тысяч человек, беспризорников — более 2 млн. человек. Каждый 9 из 10 выпускников школ больны серьезными заболеваниями, а 2/3 окончивших высшие учебные заведения имеют еще больший «букет» заболеваний.

**Таблица 1.**  
**Компоненты изменения численности населения России, 1897–2004 гг.,**  
**тысяч человек**

Год / период	Численность населения на конец периода (года), тыс. чел.	Общий прирост (убыль), тыс. чел.	в том числе	
			Естественный прирост, тыс.	Миграционный прирост, тыс.*
1897	67473	-	-	-
1897–1916	91000	23527	24392	-865
1917–1926	93600	2600	5100	-2500
1927–1940	111359	17759	16960	799
1941–1945	97547	-13812	-9953	-3859
1946–1950	102945	5398	6505	-1107
1951–1955	112266	9321	9991	-670
1956–1960	120766	8500	9283	-783
1961–1965	127189	6423	6944	-521
1966–1970	130704	3515	4107	-592
1971–1975	134690	3986	4180	-195
1976–1980	139028	4338	3731	607
1981–1985	143835	4807	3938	869
1986–1991	148704	4869	3759	1110
1917–1991	148704	57704	64545	-6841**
1992***	148750	46	-207	253
1993	148452	-298	-738	440
1994	148393	-59	-869	810
1995	148063	-330	-833	503
1996	147591	-472	-816	344
1997	147191	-400	-750	350
1998	146771	-420	-705	285
1999	146003	-768	-923	155
2000	145263	-740	-954	214
2001	144392	-871	-943	72
2002	143534	-858	-935	77
2003	142682	-852	-889	35
2004	141931	-751	-887	39
1992–2004	141931	-6775	-10352	3577

**Примечание:** \* С учетом сальдо миграции со странами дальнего зарубежья, которое в 1927–1940 гг. и 1951–1987 гг. было относительно небольшим (например, в 1986 г. оно равнялось – 2,3 тыс. человек, против –20,4 в 1989 г., –102,5 тыс. в 1990 г.). Наиболее значимым оно было в 1917–1925 гг., когда более 2,5 млн. человек эмигрировало в Западную Европу, США и др. страны дальнего зарубежья; \*\*\* из них почти 3,6 млн. человек приходится на дальнейшее зарубежье; \*\* Данные о численности населения на конец года основаны на текущем учете. По данным Переписи населения 2002 года, численность населения России на 09.10.2002 составила 145,17 млн. чел.

**Источник:** Население СССР 1973. М., 1975. С.14, 70; Население России за 100 лет (1897–1997). М., 1998. С. 32–34, 84–85; Российский статистический ежегодник 1999. М. 1999. С. 76, 101; Численность и миграция населения в РФ в 2003 году. Госкомстат РФ. М.: 2004; Основные итоги Всероссийской переписи населения 2002 года. Москва: Госкомстат. М., 2003.

Ежегодно около 1 млн. признаются инвалидами, а общая численность детей-инвалидов превысила 617 тысяч человек. Число тяжелых наркоманов может составить в ближайшие годы 10 млн. человек! Налицо кризис социально-демографического развития общества, кризис института семьи: впервые в 2002 году в России разводимость превысила брачность. По сути, как мы отметили выше, нарастает процесс «дебилизации» молодежи и населения в целом, критическая (более 50% от населения) масса которого поставит крест на всем развитии России.

Еще более негативная демографическая ситуация сложилась в отдельных регионах России. Так, в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах, занимающих важнейшую стратегическую роль в обеспечении национальной безопасности России, с начала 1990-х годов, наряду с естественной убылью населения, наблюдается высокий миграционный отток населения. В результате за 1992–2004 годы численность населения сократилась в Дальневосточном федеральном округе на 17,4%, Сибирском — на 6,3% (по сравнению с 3% в России в целом). При этом только в приграничных с югом Дальнего Востока регионах Китая численность населения превысила 110 млн. человек, что уже более чем в 18 раз больше численности населения этих российских территорий.

В то же время в связи с распадом СССР в большинстве постсоветских республик стала проводиться политика (где-то более, где-то менее явная) по выталкиванию населения некоренной национальности. В силу сложившейся ситуации Россия с ее «прозрачными границами» превратилась в мощный миграционный центр, куда устремились миллионы бывших советских граждан. В результате иммиграция в Россию, которая приняла разнообразные формы (вынужденная, добровольная, нелегальная), согласно данным текущего учета, составила за 1992–2004 годы около 7 млн. человек. Проведенная в 2002 году Перепись населения, показала, что миграционный приток за межпереписной период (1989–2002 гг.) оказался существенно выше и составил около 11 млн. человек. Таким образом, на начало XXI века Россия по численности иностранного населения переместилась на второе место в мире (после США) (см. рис. 1), а по объему иммиграции за 1992–2002 гг. оказалась на третьем месте в мире (после США и Германии).

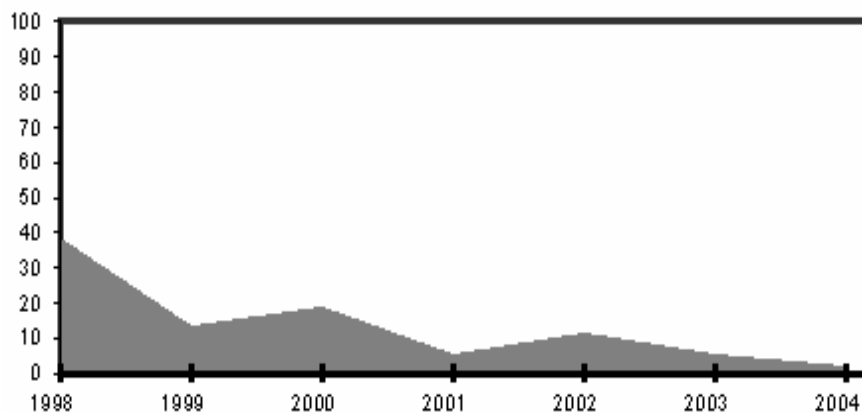


**Источник:** World Population Prospects: The 2002 Revision. New York, UN, 2003.

Таким образом, в 1990-е годы значительно возросла роль международной миграции как фактора демографического развития России. Миграционный прирост смог существенно сгладить естественную убыль населения страны (55% в 1992–1997 годах, 16% в 1998–2004 годах и 37% за 1992–2004 годы) (см. табл. 2 и рис. 2). Однако в последние годы миграционный прирост значительно снизился, составив в 2004 году всего 39 тысяч человек по сравнению с 810 тысячами человек в 1994 году, что, прежде всего, явилось результатом непродуманных решений властей в области миграции (не случайно Президентом страны В.В. Путиным на заседании Совета безопасности 17



марта 2005 года был поставлен вопрос о необходимости проведения новой миграционной политики).



**Рис. 2. Замещение естественной убыли населения миграционным приростом (%)**

Важно отметить, что иммиграция в Россию оказывает положительное влияние на половозрастную структуру, способствует повышению качества населения (в частности, социологические исследования показывают, что образовательный уровень иммигрантов выше среднероссийского)<sup>56</sup>, а также несет в себе относительно более высокие репродуктивные установки.

Рассматривая половозрастную структуру миграционных потоков, можно отметить, что возрастная структура иммигрантов более молодая (по сравнению со структурой населения России). Так, в 2002 году свыше 70% иммигрантов приходилось на лиц трудоспособного возраста, второй по численности группой являлись лица моложе трудоспособного возраста (15%) и лишь около 13% составили лица пенсионного возраста, тогда как в России в целом 17, 56 и 27%, соответственно. Вместе с тем в течение 1992–2004 годов наблюдалась тенденция к старению миграционных потоков: доля населения старше

<sup>56</sup> Объективности ради, надо сказать, что эмиграционный отток из России, составивший за эти годы более 1 млн. человек, как и временно-постоянный отток специалистов, по своему образовательному уровню превышает миграционный приток.

трудоспособного возраста среди иммигрантов выросла с 8% в 1992 году до 12,9%, тогда как детской группы сократилась с 22% в 1992 до 14,3% в 2002. В иммиграционных потоках преобладают женщины (к примеру, около 53% прибывших в 2002 году), причем перевес формируется за счет лиц в возрасте старше трудоспособного, где женщин 70,5%.

Рассматривая этническую структуру миграционных потоков, можно отметить, что большую часть иммигрантов составляют этнические русские. В целом за 1992–2004 годы свыше 60% всех прибывших составили этнические русские, порядка 9% пришлось на другие титульные народы российской федерации. Однако, доля русских в нетто-миграции из постсоветских стран постепенно падает: с 76% в 1993 году до 56% в 2001 году. Согласно данным Переписи населения 2002 года, доля русских в общей численности населения составляет около 80%. Таким образом, иммиграция способствует диверсификации этнической структуры населения России.

#### **Может ли приток иммигрантов решить проблемы демографического развития России в XXI веке?**

Как предсказывают практически все прогнозы (и отечественные, и зарубежные) в России в XXI веке (по крайней мере, до 2050 года) будет наблюдаться естественная убыль населения. Так, по прогнозам ООН, в 2000–2050 годах ежегодная естественная убыль населения составит в среднем около 860 тысяч человек (UN, 2003). В то же время Россия, как и страны Западной Европы, столкнется с нарастающей проблемой старения населения. В результате расходы на социальное обеспечение могут оказаться слишком тяжелой ношей для экономики страны, а некоторые регионы могут обезлюдить.

В этих условиях миграционный прирост может показаться «панaceей» для улучшения демографической ситуации и обеспечения роста населения России в XXI веке. Но возможно ли разрешить все имеющиеся демографические проблемы России только с помощью международной миграции?

Как показывают исследования экспертов ООН (см., к примеру, отчет “Replacement migration: Is it a Solution to Declining and Ageing Populations”) и отечественных ученых (в частности, разработки Центра экологии и демографии человека) только для того, чтобы вновь достичь режима простого воспроизводства, в России сальдо миграции должно быть устойчиво положительным и составлять от

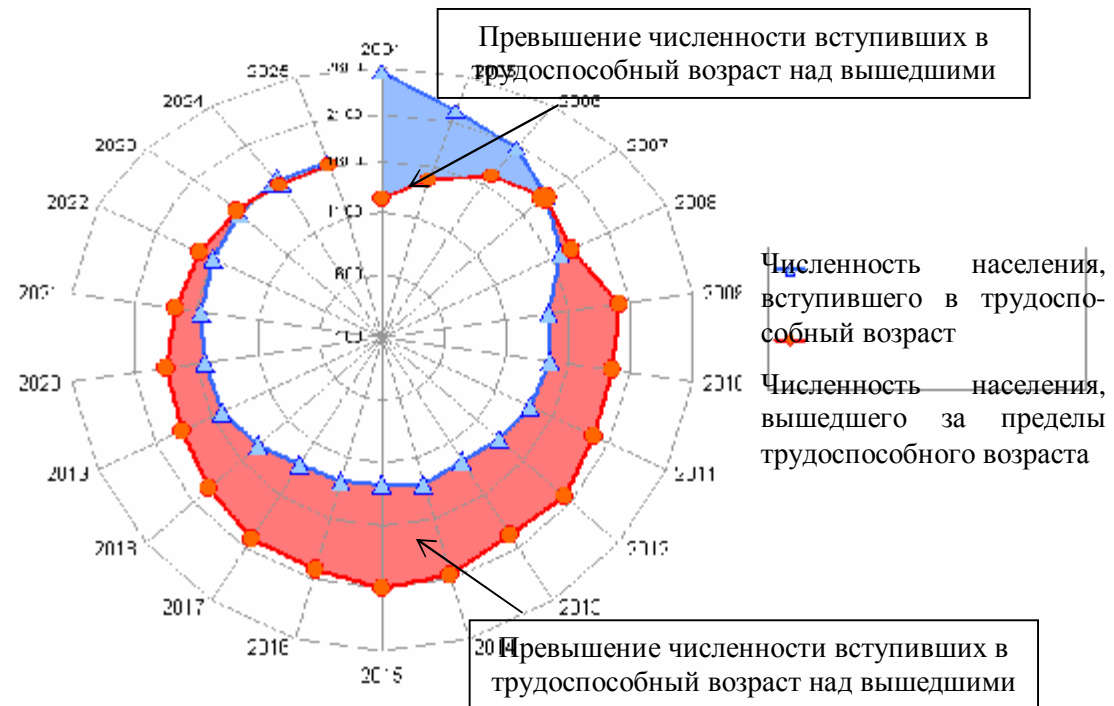
800 тыс. до 1,5 млн. чел. в год (по разным сценариям). Ясно, что такая перспектива нереальна. Так, в 2001 г. миграционный прирост в Россию составил 72 тыс. чел., а в 2004 году — всего 39 тыс. чел.! Согласно оценкам ООН, чистая иммиграция в 2000–2050 годах будет составлять около 50 тысяч человек ежегодно.

Таким образом, роль международной миграции в демографическом развитии России не должна быть преувеличена. Утверждение о том, что иммиграция может стать решением всех демографических проблем современной России крайне ошибочно. Это очередной миф, дезориентирующий руководство страны. Иммиграция может лишь сгладить в определенной мере существующий демографический кризис, что само по себе, конечно, важно, смягчить отрицательные демографические последствия, в определенной мере решить отдельные региональные демографические проблемы (к примеру, в Сибири и на Дальнем Востоке), но не более. Пример развитых стран показывает, что миграция может быть относительно эффективным средством лишь в условиях стабильной депопуляции (например, в Германии, начиная с начала 1970-х годов по настоящее время). Выход из демографического кризиса (включающего крайнюю форму депопуляции) в России и ее дальнейшее поступательное развитие возможны только при комплексном подходе, а именно: стимулировании роста рождаемости или, по крайней мере, ее стабилизации (на уровне 1,7–1,9 ребенка на женщину); уменьшении смертности (имеется огромный резерв для сокращения экзогенной смертности); привлечении мигрантов; формировании отношения к человеческой жизни как самой главной ценности государства. В соответствии с этим и следует разрабатывать меры демографической политики в целом и миграционной политики, в частности.

Заметим, что, по нашему мнению, по своим целям и задачам миграционная политика представляется более широким понятием, нежели демографическая политика, поскольку должна решать задачи и экономического, и социального, и геополитического, и этнического, и демографического характера. И только с точки зрения последней компоненты, причем, имея в виду только безвозвратную миграцию (или переселение), она является частью демографической политики и, соответственно, решает общую задачу улучшения демографической ситуации.

В то же время на определенных отрезках времени и для решения конкретных задач международная миграция может сыграть положительную роль. Так, стремительное сокращение численности трудоспособного населения, которое будет не просто проявлением очередной демографической волны, а станет устойчивой тенденцией в среднесрочной перспективе (после 2007 года), составит более 15 млн. человек в 2007–2025 гг. и приведет к сокращению повышению спроса на иммигрантов и иностранную рабочую силу, что для трудозатратной Российской экономики станет жизненно необходимым условием ее дальнейшего экономического развития, как и важным фактором решения демографических проблем, особенно для отдельных регионов.

Эти тенденции должны быть заложены в основу миграционной политики. На наш взгляд, исходя из стратегических интересов России, государственная миграционная политика должна не препятствовать переселению русскоязычного населения из бывших Союзных республик. Однако, несмотря на почти пятилетние дискуссии на эту тему, концепция миграционной политики не принята до сих пор, как нет и стратегического мышления в этой области, и пример шарахания от одной крайности в виде вынужденной миграции к другой — нелегальной миграции — наглядное тому подтверждение. Более того, преобладающей среди государственных мужей в настоящее время является точка зрения, что иммиграция является негативной тенденцией, а основной функцией Федеральной миграционной службы (переданной с 2001 года в ведение МВД России) представляется борьба с нелегальной иммиграцией. Хотя, по нашему мнению, самой действенной мерой, противодействующей росту нелегальной иммиграции, является поощрение ее легальных форм.



**Рис. 3**

Построено по данным Госкомстата России.

### **Заключение**

В России, переживающей серьезный демографический кризис, международная миграция в 1990-е годы стала одним из ключевых факторов демографического развития страны, являясь, по существу, единственной компонентой, сглаживающей негативную демографическую ситуацию. Вместе с тем, учитывая современный уровень социально-экономического и демографического развития России, международная миграция не сможет решить в одночасье все демографические проблемы России в XXI веке. Выход из демографического кризиса возможен только при условии комплексного подхода ко всей совокупности демографических процессов. Только при условии повышения рождаемости и ее стабилизации хотя бы на уровне близком к простому воспроизводству, укрепления института семьи, снижения смертности и повышения продолжительности жизни, привлечения мигрантов возможно кардинальное улучшение ситуации, преодоление демографического кризиса и устойчивое социально-экономическое развитие страны.

В то же время с помощью международной миграции Россия может решить отдельные региональные демографические проблемы, а также смягчить негативную демографическую ситуацию в России в целом. И соответственно эта задача должна учитываться государственной миграционной политикой. При этом в ее основу должно быть заложено понимание того, что миграция — это не зло, против которого надо бороться, используя весь мощный репрессивный аппарат, а благо для России.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Госкомстат (1994–2002). Демографический ежегодник России 1994–2002. Статистический справочник. Москва: Госкомстат.
2. Госкомстат (2003). Основные итоги Всероссийской переписи населения 2002 года. Москва: Госкомстат.
3. Ионцев В.А. (1999) Международная миграция: теория и история изучения. М.: Диалог-МГУ.
4. Ионцев В.А. (2000) Международная миграция населения и демографическое развитие России // В серии «Международная миграция населения: Россия и современный мир». Выпуск 5. М.: Диалог-МГУ.

5. Ионцев В.А., Ивахнюк И.В. (2002) Россия в мировых миграционных процессах: тенденции последнего десятилетия (1992–2001) // В сб.: Мир в зеркале международной миграции. Научная серия «Международная миграция населения: Россия и современный мир». Выпуск 10. М.: МАКС-Пресс.
6. Население России на рубеже XX и XXI веков. М.: МАКС Пресс, 2004.
7. Население России 2002 (2004). Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. М.: КДУ.
8. Coleman David (2004) International Migration: ICPD + 10 // In: International migration: Cairo + 10. Scientific Series “International Migration of Population: Russia and the Contemporary World”. Volume 12. Moscow.
9. Coleman David (1992) Does Europe Need Immigrants? Population and Work Force Projections // International Migration Review, Vol. XXV, №2.
10. Iontsev V., Kamenskiy A. (2004) International Migration of Population in Russia: Lessons of Cairo Conference // In: International migration: Cairo + 10. Scientific Series “International Migration of Population: Russia and the Contemporary World”. Volume 12. Moscow.
11. Teitelbaum Michael S., Winter Jay M. (1998) A Question of Numbers: High Migration, Low Fertility, and the Politics of National Identity. Hill & Wang.
12. World in the Mirror of International Migration / Ed. by. V.A. Iontsev. M., 2002.
13. UN (2001). Replacement Migration: Is it a Solution to Declining and Ageing Populations. New York, United Nations.
14. UN (2003). World Population Prospects: The 2002 Revision. New York, UN. (Data available online at: <http://www.un.org/popin/data.html>).
15. United Nations (2005) The New Demographic Regime. Population Challenges and Policy Responses. New York, Geneva, UN.

**Кулиева Н.Г., Гамбаров Е.И.**

*(НИУЦ по труду и социальным проблемам Министерства труда и социальной защиты Азербайджанской Республики, Баку)*

**Демографические аспекты социального положения  
вынужденных переселенцев в Азербайджане**

В современных условиях устранение бедности и обеспечение достойного жизненного уровня людей стало одним из актуальных проблем во всем мире. Несмотря на проведение соответствующих мер против бедности в глобальном масштабе, миллионы людей во многих странах мира сталкиваются с голодом. В настоящее время даже в развитых странах функционируют программы, направленные на борьбу с бедностью. Для эффективного выполнения этих программ в конкретной стране необходимо определение и оценка сущности и уровня бедности.

В международной практике женщины и дети считаются наиболее социально незащищенными. Если они к тому же вынужденно покидают свое местожительство, оставляя все имущество, то они превращаются в еще более незащищенную категорию.

В Азербайджане имеется около 1 млн. беженцев и вынужденных переселенцев, большую часть которых составляют беженцы, депортированные из Армении и вынужденно переселенные с оккупированных территорий Карабаха. Среди них имеется 8 тыс. семей погибших, 5 тыс. инвалидов войны, 5,4 тыс. детей, лишенных родителей. Естественно женщины и дети находятся в наиболее критическом положении. При этом дети до 16 лет, которые составляют 38% всех беженцев и вынужденных переселенцев (особенно девочки - 51% всех детей), соприкасаются с еще большими социально-экономическими трудностями. Сотни тысяч людей, получившие клеймо “вынужденные переселенцы” по сей день обречены жить в палатках, фермах, землянках, железнодорожных вагонах, общественных зданиях и в других местах без самых элементарных санитарных условий. В таких условиях целесообразно говорить не о достойном, а о минимальном жизненном уровне.

В семьях вынужденных переселенцев уровень бедности выше (63%) по сравнению с показателем по стране (44,7%). Временное поселение и ненормальные условия жизни оказывают отрицательное влияние на уязвимость этой группы населения. Значительная



часть лиц из этой категории не имеют постоянной работы и находятся в зависимости от пособий и гуманитарных помощи.

Государством реализуется множество мероприятий для улучшения положения беженцев и вынужденных переселенцев. Так, в Государственной Программе по Сокращению Бедности и Экономическому Развитию (ГПСБЭР) в 2003-2005 годах на первый план выдвинута необходимость решения проблем, связанных с наиболее предрасположенными к бедности слоями населения, в первую очередь беженцами и вынужденными переселенцами. Для достижения этой цели основными направлениями социальной политики, ориентированной на социальную защиту и развитие человеческих ресурсов, являются повышение пенсий и пособий, обеспечение адресности социальной поддержки, в т.ч. беженцам и вынужденным переселенцам, что даст возможность улучшить жизненный уровень.

Детские пособия, выдаваемые малообеспеченным семьям, являются основными составляющими механизма сокращения бедности. Эти пособия назначаются по доходам семьи и в некоторой степени определяют уровень бедности.

Для улучшения адресности и рациональности мер по социальной защите социально-демографическое положение беженцев и вынужденных переселенцев должно периодически подвергаться анализу. В этом плане анализ социально-демографического положения вынужденных переселенцев, получающих детские пособия, определение удельного веса детских пособий в семейном бюджете играет определенную роль в выработке эффективной адресной социальной политики.

К началу 2004-го года в Азербайджане насчитывалось более 146 тысяч семей вынужденных переселенцев (ВП) из 10 районов Карабахского региона. Среди них 41604 семей (28,5% всех семей ВП) получают детские пособия за 87767 детей (15,2% всех ВП). Это составляет соответственно 7,0% всех семей и 5,8% детей, получающих пособия по Республике.

Анализ состава семей вынужденных переселенцев по количеству детей показывает, что в основном семьи получают пособия за 2-х детей. Число таких семей составляет 46,1%. Семьи, где пособия получают за одного ребенка составляют 25,2%, за трех детей - 22,7%, за четырех детей - 4,9 %, за пять и более - 1,1% (Рис.1).



Следует отметить, что в сравнении с 2002 годом удельный вес семей с одним и двумя детьми увеличился соответственно на 6,5% и 7,5%, тогда как семьи с 3, 4 и более 5 детьми сократились соответственно на 4,8%, 6,2% и 2,9%.

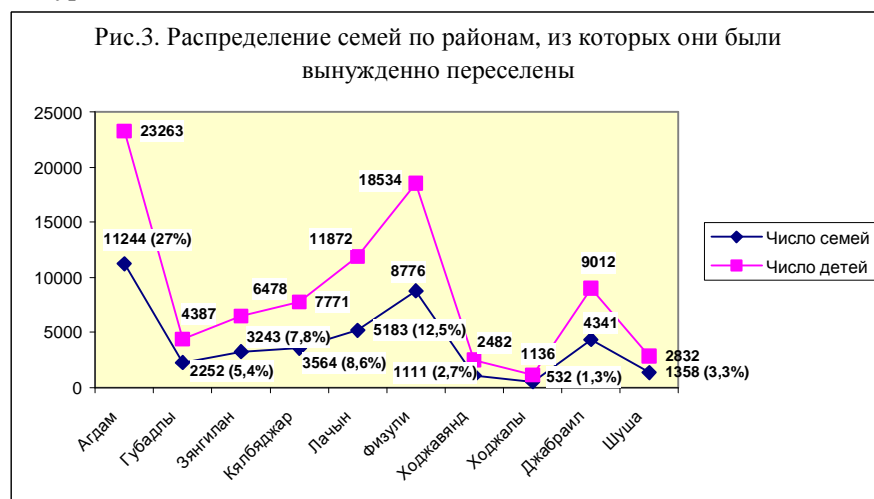
На сегодня основная часть пособий выдается в размере 9000 манатов (около 2\$ США) и назначается детям до 16 лет в семьях, где месячный доход на каждого члена семьи меньше 16500 манатов (3,3\$). Число таких семей охватывает 96,2% всех семей ВП, получающих пособия, что свидетельствует об уровне бедности этих семей. Остальные 3,8% семей получают льготные пособия (семьи погибших на Карабахской войне, инвалидов той же войны и семьи военнослужащих) (Рис.2).

Известно, что риск бедности выше в семьях, где имеется 3 и более детей. С другой стороны, малые пособия почти не способны повлиять на уровень бедности семьи. Исследование показывает, что 28,7% семей имеют 3 и более детей. Всего в этих семьях проживает 38963 детей. Из них 23937 являются 3-им и последующим ребенком в семье. Естественно, можно утверждать, что риск бедности в таких семьях больше, чем в остальных.

Анализ данных по районам, откуда были вынужденно переселены люди, показывает, что самый большой удельный вес семей и детей имеет Агдамский (27%), Физулинский (21,1%) и Джабраилский (10,4%) районы, в которых по национальности население до Карабахской войны 100%-но составляли азербайджанцы (Рис.3).



Анализ расселения семей ВП, получающих детские пособия показывает, что эти семьи, в основном, расположились в районах, близких к Карабахско-Мильскому региону, также имеющему высокий уровень бедности (54%).



В принятых Государством законодательных актах, программах и других мерах по усилению социальной защиты вынужденных пе-

реселенцев женщины и дети всегда находятся в центре внимания. Так, вынужденным переселенцам предоставляются права по обеспечению временным местожительством, получению бесплатного лекарства и медицинской помощи в местах временного проживания и в больницах, получению одноразовых и других пособий, освобождению от подоходных налогов, льготы в коммунальных услугах, налоговые и другие льготы. Вынужденным переселенцам выделяются земельные участки, кредиты и техническая помощь. Так, начиная с 2001 года семьи вынужденных переселенцев, связанных с сельским хозяйством каждый год получают микрокредиты в объеме 1 миллиарда манатов или 215 тыс. долларов США. Таким образом, в 2001 году более 500, в 2002-ом - 600 и в 2003- 1250 семей вынужденных переселенцев были обеспечены микрокредитами.

Государством проводятся целенаправленные мероприятия для обеспечения права на образование и занятость ВП. Для привлечения около 100 тыс. детей школьного возраста к начальному и среднему образованию организовано 703 школы, большинство из которых функционируют в вагонах, сборных домиках и в других неподходящих для школы объектах. Дети обеспечиваются бесплатными учебниками. А для улучшения социального положения студентов из семей ВП, последние освобождены от оплаты за обучение в платных отделениях высших и средних специальных учебных заведений.

Однако, хотелось бы отметить, что несмотря на все усилия государства, положение беженцев и вынужденных переселенцев, в т.ч. женщин и детей, все еще остается желать лучшего и никакая забота, никакие льготы не могут заменить им потерянный родной очаг.

**Мокшанов М.В.**

*(Институт Дальнего Востока РАН, Москва)*

**К вопросу о внешней трудовой миграции граждан КНР  
в Россию (постановка вопроса о необходимости оценки  
численности китайской иностранной рабочей силы)**

Прошло почти 15 лет с момента начала реформирования в России, но страна по-прежнему находится на начальном этапе перехода от плановой к рыночной экономике. За прошедшие годы Россия во

многим растеряла свои сравнительные преимущества, которые были для нее характерны в начале 1990-х годов. Утечка капиталов за рубеж, уменьшение численности населения, истощение невозполнимых и трудновосполнимых природных ресурсов, снижение уровня образования и квалификации (вследствие введения платного образования и миграции научных кадров за рубеж) и т.д. - таковы, в общем, малоутешительные итоги социально-экономического и социально-политического реформирования России. Вместе с тем поставленная Президентом России задача удвоения в 2010 году ВВП ставит вполне определенно проблему трудовых ресурсов на первый план в ближайшей перспективе. В связи с этим вопрос использования иностранной рабочей силы также приобретает в определенной мере новое значение.

С начала депопуляции и вплоть до настоящего времени внешняя миграция в России при постоянно снижающемся положительном сальдо ни разу не компенсировала полностью естественную убыль населения. И речь идет не только о снижении позитивного влияния на динамику численности населения России (из-за уменьшающихся параметров) сальдо внешней миграции России, но и о его влиянии на снижение качественных параметров населения. Это влияние неоднозначно, прежде всего, для потоков мигрантов из стран, с одной стороны, ближнего, с другой стороны, дальнего зарубежья. В то же время это влияние неоднозначно и для отдельных представителей двух вышеназванных групп стран.

Специфика современной российской миграционной ситуации во многом определяется нынешним геополитическим положением России. В настоящее время мы имеем сложную ситуацию, которая представляет собой своеобразный гибрид отношений, характерных как для внешней, так и внутренней миграции. Превращение внутренних миграций между бывшими советскими республиками во внешние вызвали к жизни новые проблемы, особенно в области внешней миграции, в том числе - в разграничении ее легальной и нелегальной составляющей. Для определения направлений решения общероссийских и региональных проблем и внешней, и внутренней миграции, к сожалению, до сих пор не существует единого мнения ни среди ученых, ни среди государственных чиновников. При этом

в последнее время достаточно много “споров возникает вокруг миграции из стран дальнего зарубежья, особенно из Китая”.<sup>57</sup>

По мнению одной группы ученых, в целом, “наиболее неблагоприятные миграционные тенденции наблюдаются в Дальневосточном регионе. На фоне естественной убыли населения и отрицательного сальдо миграции на его территориях наблюдается значительный приток иммигрантов из Китая и Вьетнама...его величина в целом по стране, по различным оценкам, составляет от 400 тыс. до 1,0 млн. человек. Основные сферы занятости - нелегальная, т.е. не облагаемая налогами торговля, криминальный бизнес, финансовые операции...представляется, на перспективу необходимо регулирование этого потока”. Существует и другая группа ученых, представители которой в отношении последнего потока “...предполагают его рост к середине века до 10 млн. человек и рассматривают его как один из важнейших источников компенсации убыли населения и трудовых ресурсов”.<sup>58</sup>

Мы разделяем мнение тех ученых, которые отмечают, что “в настоящее время рынок труда по-прежнему определяет значительную часть миграционных перемещений в России, как внутренних, так и внешних. Но государство не контролирует эти процессы, и попытки их регулировать очень слабы... Миграция населения из депрессивных российских регионов, эмиграция квалифицированной рабочей силы, в том числе - пресловутая утечка умов, встречные потоки мигрантов из-за пределов бывшего СССР (особенно - из Китая)... обусловленные ситуацией на рынке труда, в свою очередь оказывают на него заметное влияние, часто негативное... В долгосрочной перспективе стягивание в Россию русскоязычного населения, обладающего значительным демографическим, трудовым, и интеллектуальным потенциалом, создает возможности удовлетворения потребностей развития производства и внутреннего рынка с наименьшим импортом рабочей силы из Китая... и других зарубежных стран”.<sup>59</sup>

---

<sup>57</sup> Е.В.Тюрюканова. Теневая занятость мигрантов в Москве / Народонаселение. 4, 2001, с. 56.

<sup>58</sup> Судоплатов А.П., Демченко Т.А. Миграции и проблемы регионального развития России. В сб.: Современные проблемы миграции в России. Москва-Пуза, 2003, с. 152.

<sup>59</sup> Г.С.Витковская. Надежда России./Миграция. 2,1998, с. 5,10.

На приграничных территориях проблемы влияния внешней миграции на рынок труда есть всегда - это и проблема нелегальной иммиграции, и напряженность в сфере занятости. Например, руководитель службы занятости Приморского края отмечала, что у них “в крае работает много китайцев - строят, выращивают овощи. Платят им меньше, а работают они.. лучше”. Вследствие этого, чтобы не нарушать интересы и местного населения, и мигрантов, и работодателей, “администрация Приморского края ставила условия работодателю: хочешь взять 50 китайцев - столько же вакансий обязан заполнить соотечественниками...”<sup>60</sup>

Обмен трудовыми ресурсами - это одно из генеральных направлений развития межгосударственных миграций на ближайшую и отдаленную перспективу. Но проблема заключается в неравноценности, как правило, встречных потоков между отдельными странами, например - Россией и Китаем. Если из Китая в Россию прибывают, как правило, малоквалифицированные специалисты, то в Китай выезжают, а главное - приглашают, наоборот, высококвалифицированных специалистов. Так, уже в 1992г. было подписано Соглашение между Министерством труда Российской Федерации и Государственным Управлением по делам иностранных специалистов Китайской Народной Республики о направлении российских технических специалистов в Китайскую Народную Республику. При этом следует отметить, что правительство Китайской Народной Республики четко осознает роль образования в современной жизни и его влияние на социально-экономические процессы. Так, в КНР “число неграмотных молодого и среднего возраста сократилось с 60 млн. в 1990 году до 35 млн. в 1994г.” И впоследствии взятый курс на ликвидацию неграмотности среди молодых китайцев еще более успешно продолжает реализовываться.<sup>61</sup>

С начала реформирования России неоднократно отмечалось, что многие в Китае рассматривают Россию как объект трудоустройства избыточной рабочей силы. В отношении России следует проводить модель “импорта рабочей силы большими партиями на всех уровнях”, а в отношении Китая - модель “большого экспорта и малого импорта”. “По расчетам ученых-китаеведов, еще в самом на-

---

<sup>60</sup> М.В.Москвина. Возможности маневра пока невелики / Миграция, 1, 1997, с.20.

<sup>61</sup> “Прогресс Китая в защите прав человека” / Пресс-канцелярия Госсовета КНР, Пекин, декабрь 1995, с. 37.

чале реформирования России отмечалось, что “только за счет имеющейся избыточной рабочей силы Северо-Восток Китая может направить на российский Дальний Восток безболезненно примерно 7-8 млн. человек...так что уже в настоящее время если не контролировать переходы китайского населения из КНР в Россию, то постепенно может происходить неконтролируемое заселение Дальнего Востока жителями КНР.”<sup>62</sup>

В свете вышесказанного следует учесть, что в научной литературе неоднократно отмечалось, что среди национальностей стран старого зарубежья на российской территории “самые подвижные китайцы. Миграция в 1997г. охватила 86% китайцев, проживающих в стране”.<sup>63</sup>

В 2003г. после Украины Китай вышел на 2-ое место по поставке иностранной рабочей силы в Россию (по данным ФМС России, соответственно численность работающих составила из этих стран в этот период 90759 и 40938 человек). При этом если на конец 2002г. численность иностранных работников из Китая составляла 32567 человек - или 12% общей численности иностранных работников, то на конец 2003г. это число возросло уже до 34 282 человек, что составило уже 16% общей численности иностранных работников. Важно отметить, что 38% всех китайцев заняты в сфере торговли товарами народного потребления. Это полностью подтверждает мнение Ж.А.Зайончковской, высказанное в начале реформирования России: “Благодаря китайцам и шоп-турам российских граждан в Китай, Турцию, Польшу.. население России одевается , главным образом, в товары этих стран - относительно дешевые и поэтому доступные...К сожалению, подобные аргументы обычно упускаются из виду, когда предлагается закрыть российские границы или ужесточить пропускной режим на них”.<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup> А.В.Островский. Возможности иммиграции китайского населения на Российский Дальний Восток в настоящее время. В сб.:”Демографическое развитие России и его социально-экономические последствия. Международная научная конференция. 15-16 декабря 1994 года. Россия, Москва, 1994, с.94.

<sup>63</sup> Этнические миграции в России в 90-е годы. М, ИСПИ РАН, 1998,с.78.

<sup>64</sup> Ж.А.Зайончковская. Миграции населения России как зеркало социально-экономических перемен. В сб. В сб.:”Демографическое развитие России и его социально-экономические последствия. Международная научная конференция. 15-16 декабря 1994 года. Россия, Москва, 1994, с.17.



В Москве в результате отмены лимитированного завоза в столицу иногородней рабочей силы возникла объективная необходимость целенаправленного привлечения и использования иностранной рабочей силы. Начиная с реформирования России с 1991 г. привлечение и использование рабочей силы в столице регламентировалось Федеральным Законом №2146 «О порядке привлечения и использования иностранной рабочей силы», Положением, утвержденным распоряжением мэра Москвы от 24 мая 1994г N 243-РМ “О положении о привлечении и использовании в г.Москве иностранной рабочей силы”, распоряжение Правительства РФ №941, Федеральным Законом №115 от 21 ноября 2002 г и др... Еще в середине 1990-х годов руководители Комитете труда и занятости, Миграционной службы г. Москвы отмечали, что “наиболее крупными экспортерами рабочей силы в Москву являются 9 стран, на долю которых приходится 80,8% всей иностранной рабочей силы в г. Москве, в т.ч. из Китая, занимающего шестое место - 3,9%. При этом подчеркивалось, что “В Москве сравнительно невелика доля китайских специалистов, в то время как во многих субъектах Российской Федерации, особенно на Дальнем Востоке, Китай занимает первое место в этом ряду”.<sup>65</sup> По данным ФМС России на конец 2004г. их доля в столице возросла уже до 23%. И хотя динамика доли китайцев в общей численности иностранной рабочей силы в столице имеет ярко выраженный сезонный характер, это свидетельствует о серьезных изменениях роли китайцев среди иностранной рабочей силы уже и столицы. Вообще, проблема оценки и анализа численности китайских трудовых мигрантов в России на сегодняшний день требует тщательного и глубокого изучения.

**Успенская Т.Н.**

*(Департамент труда и социальной защиты населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, Ханты-Мансийск)*

**Миграционная политика в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре: демографические, экономические и социально-культурные аспекты**

В последние годы проблемы демографического развития вошли в число приоритетных направлений деятельности государства. Будучи частью Российской Федерации, Ханты-Мансийский автоном-

---

<sup>65</sup> Сидоров В.А., Смидович С.Г. Рабочая виза / Миграция. 1, 1996, с.29.

ный округ в своем развитии не может находиться вне общих для страны социально-экономических и демографических координат, вне единых геополитических интересов государства.

Расположенный в центральной части Западно-Сибирской низменности, Ханты-Мансийский автономный округ в настоящее время представляет крупное административно-территориальное образование, являющееся субъектом Федерации и важнейшим по многим демографическим и экономическим параметрам регионом Российского Севера.

Ханты-Мансийский автономный округ является основным нефтегазоносным районом России и одним из крупнейших нефтедобывающих регионов мира, относится к регионам-донорам России и лидирует по целому ряду основных экономических показателей:

- первое место – по объёму промышленного производства;
- первое место – по добыче нефти;
- первое место – по производству электроэнергии;
- второе место – по поступлениям налогов и сборов в бюджетную систему (на первом – город Москва);
- второе место - по добыче газа (после Ямало-Ненецкого автономный округ);
- второе место - по инвестициям в основной капитал (на первом – город Москва).

Ханты-Мансийский автономный округ самый крупный по численности населения регион, относимый к северным местностям, по числу жителей он занимает 33 место среди 89 субъектов РФ. Численность населения Югры составляет 1% от населения страны. Округ относится к числу наиболее урбанизированных территорий РФ. В городах проживает 92% общей численности населения.

По естественному приросту населения округ занимает третье место среди субъектов Российской Федерации (после Республики Дагестан и Чеченской Республики),

Округ относится к той группе регионов России, для которой характерно наиболее успешное социальное развитие. Результатами развития автономного округа стали: рост благосостояния и качества жизни населения; превышение темпов роста денежных доходов над темпами роста цен на товары и услуги; увеличение реальных доходов жителей региона; динамичное развитие экономики.

Демографическая ситуация, сложившаяся в Ханты-Мансийском автономном округе к началу 2005 года, носит позитивный характер; несмотря на то, что уровни рождаемости в Ханты-Мансийском автономном округе являются столь же депопуляционными, что и в большинстве регионов страны при существенной депопуляции в

целом по Российской Федерации автономный округ не испытал естественной и миграционной убыли населения.

Устойчивость демографического развития достигается за счет двух факторов: существенно более молодой возрастной структуры населения и, сравнительно низких уровней смертности.

Определенные проблемы в динамике населения округа наблюдались в 1990-х годах, когда вся страна пережила период глубочайшего демографического кризиса. Миграционная убыль населения в 1999 году составила 8,1 тыс.чел. Однако уже в 2000 году ситуация резко изменилась - миграционный прирост населения стал основным показателем увеличения численности населения Ханты-Мансийского автономного округа.

**Таблица 1**

Годы	Компоненты демографической динамики					
	естественное движение, чел.			миграционное движение, чел.		
	рождаемость	смертность	прирост/ убыль (+/-)	прибывшие	выбывшие	прирост/ убыль (+/-)
2000	15579	9426	6153	49066	35168	13898
2001	17130	9863	7267	46439	31844	14595
2002	19075	9880	9195	44075	32877	11198
2003	20210	10025	10185	41870	35773	6097
2004	20329	9845	10484	36963	36368	595

С 2003 года увеличение численности населения автономного округа происходило, в основном, за счет естественного прироста населения в 2004 г. естественный прирост составил 10484 чел., миграционный прирост - 595 чел., т.о. естественный прирост в 2004 г. превысил миграционный в 17,6 раз.

На начало 2004 года численность населения автономного округа составила 1456,5 тыс.чел.

В 2004 году в автономном округе зарегистрировано 20329 актов о рождении и 9845 - о смерти.

Население автономного округа находится в состоянии «демографической молодости»: средний возраст жителей – 31,4 года (по данным Всероссийской переписи населения 2002 года), удельный вес детей (от 0 до 17 лет) в общей численности населения – 26,5%, удельный вес лиц старше трудоспособного возраста – около 8%. Средний размер семьи = 3 (коэффициент семейственности).

В автономном округе проживает 124 национальности. В этническом составе населения основную массу населения составляют

русские – 66%, доля других титульных народов РФ и выходцев из СНГ – 33% (в т.ч. украинцев – 12%, татар – 8%, башкир – 2%).

Под огромным миграционным давлением коренные малочисленные народы Севера практически полностью утратили свое значение в этнической структуре населения, в динамике его численности и воспроизводстве. Вопреки ожиданиям, за годы депопуляции численность коренных народов Севера в Ханты-Мансийском автономном округе не сократилась, а, напротив, возросла, уменьшилась лишь ее доля в численности населения округа.

Этническое северное население (ханты и манси) в национальной структуре автономного округа не превышает 2%.

При существующих успехах в области естественного движения населения, наиболее проблемным остается вопрос эффективности управления миграционными процессами, происходящими в автономном округе.

Миграционная ситуация в округе в последнее десятилетие XX века подвергалась, с одной стороны, воздействию тех же факторов, что и Россия в целом, с другой, - обуславливалась специфическими условиями, характерными для северных территорий, и отличается от общероссийской большей неустойчивостью и резким изменением миграционных процессов.

Характерной чертой миграционных процессов Югры, отличающей миграционную обстановку, от других регионов России является повышенная интенсивность миграционных потоков в обе стороны, то есть большие величины как пребывающих, так и выбывающих.

В 2003 году в автономный округ прибыло 41870 человек (выбыло – 35773 человека), в 2004 году прибыло – 36963 человека (выбыло - 36368 человек).

Изменились общие объемы миграционных потоков по сравнению с аналогичным периодом 2003 года, произошло сокращение числа прибывших на территорию автономного округа, при увеличении числа выбывших граждан, и, как следствие, миграционный прирост населения автономного округа уменьшился в 10,2 раза.

Миграционная убыль населения по итогам 2004 года отмечается в 10 муниципальных образованиях автономного округа.

Условно миграционные потоки, можно поделить на два основных направления: внутренняя (в пределах автономного округа и России в целом) и внешняя (международная) миграция населения.

Учитывая современное социально-экономическое положение Ханты-Мансийского автономного округа, его территория является ориентиром для трудовой миграции, соответственно, из общего объема миграционных потоков большую часть занимает внутренняя миграция, в частности применение вахтового метода организации работ.

Вахтовый метод составляет историческую особенность освоения «северных» территорий.

По данным Комитета государственной статистики по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре общая численность работающих вахтовым методом организации работ из-за пределов автономного округа составила 55510 человек, что на 32,0% меньше, чем в 2002 году (2002 год – 81747 человек).

Наибольшее число специалистов привлекалось вахтовым методом организации работ на территории городов: Когалыма – 15643 человека, Нижневартовска – 5093 человека, Покачи – 3832 человека, Сургутского района – 10717 человек, где основными отраслями экономики являются нефтегазодобывающая, газоперерабатывающая отрасли.

Профессиональный состав вахтовых работников – водители, бурильщики, операторы по добыче нефти и газа.

Внешняя миграция значительно меньше по численности и подразделяется на два основных потока: вынужденная и трудовая (иностранная рабочая сила).

Вынужденная миграция

За период с 2000 по 2004 годы в автономном округе зарегистрировано 15194 вынужденных переселенца.

В последние годы отмечается тенденция снижения притока вынужденных переселенцев в Ханты-Мансийский автономный округ – Югру.

Так, если в 2000 году отделом по делам миграции УВД автономного округа зарегистрировано 4127 вынужденных переселенца, то в 2004 году – 2445, что на 40,7% меньше.

Не смотря на то, что территория Ханты-Мансийского автономного округа - Югры не является территорией, перспективной для расселения и приема граждан в силу своих географических и природно – климатических условий, она является ориентиром для трудовой миграции, в частности иностранной рабочей силы.

Трудовая миграция (иностранная рабочая сила)

Одна из главных причин, генерирующей занятость иностранной рабочей силы в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, является относительная ее нехватка в отдельных секторах экономики, по отдельным профессиям и видам работ.

Профессиональный состав иностранных граждан, прибывающих в автономный округ в целях осуществления трудовой деятельности, в основном, соответствует структуре потребности в рабочей силе предприятий и организаций, в первую очередь в рабочих специальностях.

Наибольшим спросом на рынке труда автономного округа пользуются специальности: производитель работ (в строительстве), каменщик и облицовщик-плиточник, что составляет 28,7%, 8,5% и 7,2% от общей численности привлекаемого иностранного персонала.

По данным отдела по делам миграции УВД автономного округа за 2004 год 635 работодателей автономного округа получили разрешения на привлечение и использование 10357 иностранных работников (в 2003 году – 14387 иностранных работников).

В сравнении с 2003 годом количество привлеченных иностранных работников в автономный округ снизилось на 28,1%.

Из общего числа прибывших в автономный округ иностранных граждан наибольший удельный вес (99,8 %) составляют лица трудоспособного возраста. При этом количество иностранных работников, привлеченных из стран бывшего СНГ, в 2004 году составило 88,3%.

Необходимо отметить, что привлечение иностранной рабочей силы, с одной стороны, способствует формированию трудоспособного населения автономного округа, с другой стороны сопровождается увеличением финансовых затрат, нагрузки на социальную инфраструктуру и инфраструктуру здравоохранения.

Высокий приток трудовых мигрантов в округ влечет за собой множество различных проблем. Возрастает число лиц, нелегально осуществляющих трудовую деятельность на территории автономного округа.

В качестве главных задач в миграционной сфере в автономном округе определены рационализация трудовой миграции с точки зрения потребностей социально-экономического развития округа и ликвидация нелегальной миграции, а также разработка экономических, социальных мер, направленных на формирование стабильного населения.

Во-первых, в населении округа происходит нормальный процесс старения в результате резкого снижения рождаемости в 1990-х годах. Во-вторых, в результате ослабления миграционного давления на постоянное население округа уменьшается эффект искусственного его омоложения. В-третьих, за счет вступления в основные трудоспособные, репродуктивные и бракоспособные возраста больших по численности поколений 1980-х годов рождения происходит активный рост указанных контингентов и, соответственно, их удельного веса в общей численности населения округа

Процесс постарения населения автономного округа характеризуется положительными тенденциями: большей, по сравнению в целом по России, продолжительностью жизни населения – 68,2 года (по РФ – 65,3), сравнительно низким уровнем смертности – 7,0 (по РФ – 16,3), превышение в общей численности населения доли лиц моложе трудоспособного возраста над долей лиц старше трудоспособного возраста, т.о. постарение населения автономного округа можно расценивать скорее как положительное явление, как важнейшее условие формирования стабильного постоянного населения с многопоколенной структурой.

Исходя из существующих на данный момент параметров возрастно-полового состава населения Югры, можно с уверенностью говорить о том, что процесс формирования постоянного населения данного региона еще не завершен.

Анализируя демографическую ситуацию последних двух лет в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре можно отметить, что миграционные процессы существенно влияют на количественный и качественный состав трудовых ресурсов Югры.<sup>66</sup>

На протяжении ряда лет в Ханты-Мансийском автономном округе осуществляются действенные меры государственной демографической политики, в т.ч. миграционной как её важнейшей части, способствующие улучшению демографического состояния автономного округа.

Цель демографической политики Ханты-Мансийского автономного округа состоит в поддержании демографической динамики, соответствующей по своим параметрам (численность и состав экономически активного населения) потребностям устойчивого

---

<sup>66</sup> См. Успенская Т.Н. Миграционный опыт и установки занятого населения Ханты-Мансийского автономного округа // **Политика народонаселения: настоящее и будущее**: Четвертые Валентеевские чтения: Сборник докладов / Ред. В.В.Елизаров, В.Н.Архангельский. – М., 2005. С.269-273.

экономического развития региона, в первую очередь, отраслей специализации, а также агропромышленного комплекса (в т.ч. традиционные промыслы) и социальной сферы, при неукоснительном сохранении преимуществ в жизнеобеспечении населения, интенсификации собственных источников роста и повышении уровня стабильности его состава.

Правительством автономного округа предприняты организационные меры для проведения целенаправленной демографической политики:

Сформирован Координационный совет по вопросам демографической политики, в состав которого входят руководители исполнительных органов государственной власти автономного округа и территориальных федеральных органов.

Разработана и принята Концепция демографической политики Ханты-Мансийского автономного округа на период до 2015 года.

Концепция включает оценку современного геополитического положения Ханты-Мансийского автономного округа, приоритеты и направления демографической политики автономного округа в области укрепления здоровья и увеличения продолжительности жизни, стимулирования рождаемости и укрепления семьи, миграции.

В целях реализации Концепции регулирования миграционных процессов в Российской Федерации на 2003-2005 годы Правительством Ханты-Мансийского автономного округа – Югры принято распоряжение Правительства автономного округа «О мерах по содействию в упорядочении миграционных процессов в Ханты-Мансийском автономном округе–Югре».

Создана Межведомственная комиссия по содействию в вопросах миграционной политики при Правительстве Ханты-Мансийского автономного округа, к компетенции которой отнесены: анализ состояния миграционной ситуации в автономном округе, подготовка предложений по установлению квот на выдачу иностранным гражданам разрешений на временное проживание и выдачу приглашений на въезд в целях осуществления трудовой деятельности, вопросы межведомственного взаимодействия органов государственной власти в области миграции населения, проблемы, возникающие в результате привлечения трудовых мигрантов на работу и т.д.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.04.97 № 510 «О порядке выплаты компенсации за утраченное жилье и/или имущество гражданам, пострадавшим в



результате разрешений кризиса в Чеченской республике и покинувшим ее безвозвратно» при Правительстве автономного округа создана Временная комиссия по рассмотрению заявлений.

Всего за период с 1997 года по 01.01.2005 выплачено 15616000 рублей, из них за утраченное жилье – 174 семьям, за утраченное имущество – 184 семьям.

Однако одними административными мерами невозможно решить проблему оздоровления демографической ситуации. Требуется осуществление целенаправленной стратегии формирования гражданской позиции общества в отношении необходимости повышения рождаемости и укрепления семьи, в первую очередь молодой семьи, переориентацию системы общественных и личностных ценностей на семью с двумя детьми и обоими родителями, состоящими в первом браке.

В качестве главных задач в миграционной сфере в автономном округе определены рационализация трудовой миграции с точки зрения потребностей социально-экономического развития автономного округа и ликвидация нелегальной миграции, а также разработка экономических, социальных мер, направленных на повышение результативности миграционного обмена и снижение миграционного оборота с целью усиления процесса приживаемости мигрантов, на формирование стабильного населения, создание в округе цивилизованного рынка труда.

## **РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОЛИТИКИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ**

**Галева Н.Е.**

*(Поморский государственный университет имени М.В.Ломоносова,  
Архангельск)*

### **Основные направления политики народонаселения на региональном уровне: Европейский Север России**

Разработка и реализация политики народонаселения может осуществляться как на уровне одного субъекта федерации, так и более крупной территории, образованной несколькими субъектами со сходными параметрами развития, а также на уровне регионов, выделенных по другим критериям: природно-географическому, историческому, геополитическому. Так, например, единая стратегия демографического развития может быть разработана для всей территории Европейского Севера России, для приграничных субъектов, для районов Крайнего Севера и т. д.

В настоящее время в субъектах федерации – регионах Европейского Севера России не существует целостных программ демографического развития, а меры демографической политики реализуются в рамках Федеральной Концепции. По нашему мнению, отсутствие региональных концепций и программ демографического развития свидетельствует о недостаточной проработанности планов (программ) стратегического социально-экономического развития данных территорий. Подобное положение нельзя признать удовлетворительным.

Разрабатывая концепцию демографического развития региона, следует исходить из его геополитического статуса, реалий социально-экономического положения, перспектив развития. Определяя стратегическую цель демографического развития Европейского Севера России, будем руководствоваться следующими соображениями:

1. С точки зрения геополитических и стратегических интересов России, заселение территории данного региона, занимающего приграничное и приморское положение, имеет значение для обеспечения безопасности северных и северо-западных рубежей страны, сохранения присутствия России в арктическом регионе.

2. С точки зрения экономических интересов государства, развитие северных регионов должно быть обусловлено преимущественно балансовыми соображениями, то есть потребностью в трудовом по-

тенциале. В связи с повышенными затратами на жизнеобеспечение населения в северных регионах, пребывание на данной территории пожилого населения, не занятого в производстве или не являющегося членами многопоколенных семей, где выполняет воспитательные функции, а также безработного населения вряд ли оправдано.

3. Исходя из интересов коренных малочисленных народов Севера, местом исторического обитания которых является территория Европейского Севера России, условия их проживания и ведения традиционного хозяйства не должны быть нарушены при осуществлении в регионе хозяйственной деятельности (особенно при разработке месторождений полезных ископаемых). Кроме того, решение социальных проблем этих народов должно относиться к числу приоритетных задач не только на региональном, но и на федеральном уровне.

Целью демографической политики на Европейском Севере России может быть сохранение демографического потенциала региона, с одной стороны, путем постоянного повышения качества жизни населения и изыскания собственных возможностей оптимизации воспроизводственных процессов и с другой – путем регулирования миграционных потоков для поддержания количественных параметров населения (численности и структурных показателей), обеспечивающих устойчивость экономического развития региона.

В соответствии с целью определим задачи демографической политики:

1. в области повышения качества и продолжительности жизни:
  - улучшение качества жизни населения путем создания условий для укрепления здоровья и ведения здорового образа жизни;
  - увеличение продолжительности жизни населения за счет сокращения в первую очередь преждевременной смертности молодежи от предотвратимых причин;
  - увеличение продолжительности здоровой (активной) жизни путем профилактики заболеваний и состояний, связанных с природно-климатическими и социальными рисками;
2. в области укрепления семьи и рождаемости:
  - укрепление института семьи как наиболее гармоничной формы жизнедеятельности и самореализации личности, рождения и воспитания детей, сосуществования различных поколений;

- стимулирование легитимной брачности, в первую очередь – среди молодежи, с целью наиболее полной реализации брачного и репродуктивного потенциала населения;

- обеспечение адресной социальной защиты и материальной помощи семьям различных типов (многодетных, молодых, малообеспеченных);

- стабилизация существующего уровня рождаемости и создание предпосылок для его повышения до уровня, обеспечивающего простое воспроизводство населения;

3. в области миграции и расселения:

- рационализация трудовой миграции с точки зрения потребностей социально-экономического развития региона;

- предоставление возможности переселения за пределы региона неработающему населению (по желанию).

Демографическая политика должна быть направлена на комплексное решение всех демографических проблем. Однако выбор путей преодоления негативных демографических тенденций ограничен и определяется имеющимися резервами по каждому из направлений. Как показывает опыт европейских стран, возможности социального воздействия на рождаемость с целью ее повышения очень дороги и при этом малоэффективны, поскольку ограничены вариацией внутри сложившихся норм малодетности. Регулирование миграционных потоков решает преимущественно тактические задачи. Таким образом, разделяя мнение многих специалистов, в качестве приоритетного направления демографической политики на Европейском Севере России следует выбрать деятельность по охране здоровья и снижению смертности, тем более что в этом направлении имеются значительные резервы. Разумеется, демографическая политика не должна игнорировать такой источник стабилизации постоянного населения, как рост рождаемости, однако в среднесрочной перспективе акцентировать внимание все же необходимо на снижении смертности.

Как правило, для каждой конкретной территории можно выделить ограниченный набор проблем снижения смертности: устранение гендерных диспропорций смертности, возрастные и нозологические приоритеты уменьшения потерь населения за счет смертности. В отношении территории Европейского Севера России отметим, что здесь имеет место повышенная смертность в младших и

средних возрастных группах. Омоложение смертности – это явное свидетельство регресса, как общественного, с точки зрения предоставляемых возможностей для охраны здоровья, так и индивидуального, с точки зрения значимости здоровья в системе других ценностей. Статистические данные свидетельствуют о том, что для Архангельской области, например, характерны проблемы повышенной смертности детей и подростков (девочек), а проблемы высокой младенческой смертности актуальны, прежде всего, для Ненецкого автономного округа. В Архангельской области, кроме того, сложились гендерные диспропорции смертности, опять же, не в пользу женщин, а в качестве одного из основных приоритетов снижения смертности выделяется смертность женского населения от неестественных причин. Таким образом, определив специфичные для данной территории резервы снижения потерь, следует разработать систему мер, направленных на решение этих задач.

Учитывая ограниченные возможности финансирования, также отметим, что политика, направленная на противодействие сверхсмертности, может быть успешной даже при нехватке финансовых и материальных ресурсов и до достижения позитивных сдвигов в общей экономической ситуации. В частности, эффективными могут стать меры, направленные на изменение поведения людей в отношении своего здоровья: обучение, информирование о факторах риска через средства массовой информации, ограничения торговли алкоголем и табачной продукцией, укрепление законности и правопорядка и другие, не требующие значительных финансовых ресурсов меры, которые уже были осуществлены в других странах и привели к ощутимому эффекту.

**Чернышева И.В.**

*(Удмуртский государственный университет, Ижевск)*

#### **Региональные особенности демографического развития и меры демографической политики в Удмуртской Республике**

Современное демографическое положение и ближайшие планы социально-экономического развития Удмуртской Республики определяют ее демографическое состояние в будущем. Суть современного демографического кризиса заключается в ухудшении развития народонаселения республики с точки зрения количественных и качественных показателей демографических процессов. В многона-

циональной общности населения Удмуртской Республики имеются существенные региональные и этнические особенности демографических процессов.

Процесс роста численности населения Удмуртской Республики продолжался до 1993 г., когда численность жителей достигла максимальной отметки за весь период существования республики - 1 642 тыс. человек. Начиная с 1993 г. население Удмуртии вступило в стадию депопуляции, сокращение численности населения республики продолжилось и в начале 2000-х годов. На 1 января 2004 г. данный показатель составил 1 560 тыс. человек. Значительное сокращение численности населения Удмуртии в 1990-е и в начале 2000-х годов происходило за счет процесса естественной убыли населения. В связи с этим качественно новое содержание приобрела миграция населения. Положительный миграционный прирост явился компенсирующим фактором в процессе сокращения численности населения республики в 1990-е годы. Начиная с января 2001 г., миграционный прирост населения стал отрицательным, данная тенденция в миграционном обмене сохраняется.

По результатам Всероссийской переписи населения 2002 г., в Удмуртской Республике проживают более 100 национальностей. Самые многочисленные национальности: русские - 60,1 %; удмурты - 29,1%; татары - 7% (по данным переписи 1989 г. - 58,9; 30,9; 6,9 соответственно). На изменение численности и соотношения между народами оказывают процессы воспроизводства населения, миграции и этнические процессы, связанные с изменением этнической идентичности (процессы этнической консолидации, этнической ассимиляции, межнациональной брачности). Увеличение доли русского населения можно объяснить миграционным потоком извне и процессами этнической ассимиляции. Активные контакты русских с другими народами вели обычно к образованию национально-смешанных семей, к ассимиляции, особенно в следующих поколениях, что увеличивало численность, как правило, русского населения. Снижение доли удмуртского населения, вероятно, объясняется и тем, что при проведении переписи 2002 г. отдельно от удмуртов фиксировалась такая национальность, как бесермяне. Что касается татар, то стоит отметить довольно высокий уровень этнического самосознания данного народа и, соответственно, невысокий уровень этнической ассимиляции.

Половозрастная структура населения Удмуртии характеризуется процессом демографического старения. Высокий показатель демографической нагрузки детьми и низкой долей пожилых людей на фоне аналогичных показателей регионов Российской Федерации позволяет рассматривать республику как регион сдержанного процесса старения населения. В половой структуре населения долевой перевес женщин сохраняется.

Модернизация рождаемости в Удмуртской Республике характеризуется снижением показателей рождаемости, ростом доли внебрачных рождений, высоким уровнем аборт. Так, в 1990 г. общий коэффициент рождаемости населения республики составил 15,0 промилле, в последующие годы снижение данного показателя до минимальной отметки в 1996 г. - 9,1 промилле. С 1997 г. уровень рождаемости населения стал повышаться и в 2004 г. составил 11,8 промилле. Однако повышение общего уровня рождаемости в республике связано, прежде всего, со структурными изменениями в возрастной структуре населения. Вступление в репродуктивный возраст поколения 1990-х годов вновь приведет к очередному снижению показателей рождаемости в ближайшее время. В целом, в обществе сложилась в основном 1-2-детная семья, хотя в селах республики достаточно большое число семей, имеющих трех и более детей. Число детей в удмуртских семьях относительно выше, чем в русских. Современный уровень рождаемости может обеспечить замещение поколений только в сельской местности Удмуртии. Среднее число рожденных детей, обеспечивающих простое воспроизводство населения, в селе составило 2 678 на 1000 женщин (критический показатель - 2 120), в городе - 1 767 (по данным микропереписи населения 1994 г.).

Тенденции смертности - прямое отражение значительного ухудшения здоровья населения страны. Тенденции повышения уровня смертности населения, сокращения средней продолжительности жизни наблюдаются на протяжении рассматриваемого периода. Так, в 1990 г. показатель общей смертности в Удмуртии составил 9,7 промилле, в 2004 г. - 15,3 промилле. В Удмуртской Республике сохраняются различия в уровне смертности между городским и сельским населением, между мужчинами и женщинами. Возрастная смертность населения республики характеризуется повышенным уровнем смертности в трудоспособном возрасте, осо-

бенно у мужчин в сельской местности. Показатели младенческой смертности имеют весьма неустойчивую тенденцию, данный показатель варьировался от 19,7 промилле в 1993 г. до 12,0 промилле в 2004 г. Начиная с 1993 г., в Удмуртской Республике происходит процесс депопуляции. Естественная убыль населения приводит к тому, что каждый год людей умирает больше, чем рождается и такая тенденция отмечается в республике уже 11 лет. Удмуртская Республика - регион с относительно средними показателями депопуляции на фоне аналогичных общероссийских показателей. В начале 2000-х годов на фоне относительного роста показателей рождаемости и смертности, повысился показатель естественной убыли населения (1998 г. - -1,8 промилле, 2004 г. - -3,5 промилле).

В отношении качества населения большую тревогу вызывает рост социально опасных заболеваний, таких как наркомания, алкоголизм, туберкулез, СПИД, особенно среди молодежи. Актуальной проблемой для Удмуртии является высокое число суицидов.. В связи с этим возрастает роль просветительской деятельности государственных и общественных структур в обществе. Необходимо разработать и проводить широкомасштабную комплексную социальную PR-кампанию, направленную на подрастающее поколение.

В 2001 г. Правительством Российской Федерации была принята Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года. Во многих областях России реализуются региональные программы в области народонаселения. В Удмуртской Республике в 2001 г. создан и функционирует отдел по делам семьи и демографии при Президенте Удмуртской Республики. Для улучшения репродуктивного здоровья населения, охраны здоровья матери и детей реализуются программы «Материнство и детство», «Дети Ижевска». В Удмуртии 2004 год Указом Президента Удмуртской Республики был объявлен годом семьи. Правительством Удмуртской Республики на период 2001-2004 гг. была разработана и принята программа социально-экономического развития Удмуртской Республики. В конце 2004 г. была принята новая программа «Развитие Удмуртии на 2005-2009 гг.». В данных программах приоритетами деятельности правительства в области народонаселения были и остаются следующие направления: развитие жилищной ипотеки, повышение качества жизни граждан, доступность социальных услуг для населения. В рамках данной программа были приняты



соответствующие постановления, например, постановление Правительства Удмуртской Республики «О социальной поддержке молодых семей в строительстве и приобретении жилья», Закон Удмуртской Республики «Об адресной социальной защите населения». Одним из главных направлений социальной политики является реализация республиканской целевой программы «Молодежь Удмуртии». В рамках данной программы одна из главных задач - пропаганда здорового образа жизни, борьба с алкоголизмом, наркоманией, табакокурением, СПИДом. Республиканскими и городскими органами власти проводятся различные мероприятия, например, марафон среди старшеклассников «Я не курю - и это мне нравится», акция «Лето без наркотиков», программы направленные на борьбу со СПИДом - «Подари себе жизнь», «Мы вместе», «АнтиСПИД». И это далеко не полный перечень мероприятий в социально-демографической политике, осуществляемых органами государственной власти.

Последовательное и успешное осуществление региональной социально-демографической политики будет способствовать формированию благоприятного климата во всех аспектах общественной жизни.

## ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

**Андрюшин П.Ю.**

*(Международный университет природы, общества и человека "Дубна", Дубна)*

### **О роли общественных организаций в поддержке пожилых, на примере наукограда Дубна**

Город Дубна создавалась как наукоград, основной целью которого было изучение ядерных технологий. Поэтому город строился вокруг Объединенного Института Ядерных Технологий (ОИЯИ). Именно в связи с работой этого института городу был присвоен статус наукограда, который статус обеспечивает городу серьезную поддержку со стороны государства: появляются дополнительные источники финансирования развития города (федеральный и местные бюджеты, а также внебюджетные средства). Однако подобный статус накладывает на город определенные обязательства. Город должен обеспечивать высокий уровень фундаментальных научных исследований; создавать новые технологии и конкурентоспособную, высокотехнологичную продукцию; подготавливать высококвалифицированных специалистов; достигнуть устойчивого бездотационного социально-экономического развития муниципального образования как наукограда Российской Федерации и улучшения качества жизни его населения. При этом надо отметить, что в последнее время в России научный фактор был фактически исключен из числа стратегических государственных приоритетов. Приоритеты реформ в стране в основном касались изменений отношений собственности и финансовой сферы. Научно-технической сфере практически не уделялось внимания. Несмотря на развитие города, существует ряд проблем, требующих создания комплекса мероприятий по их устранению. К основным проблемам можно отнести следующие: дефицит финансовых ресурсов; отсутствие отдельных объемов финансирования в федеральном бюджете по каждому наукограду; формальный характер финансирования научных проектов из средств бюджетов субъектов Российской Федерации и непосредственно муниципальных образований; отсутствие необходимого нормативно-правового обеспечения развития города и ряд других.

Население Дубны - 67,8 тысяч человек, из них около 16 тысяч – люди пенсионного возраста. Несмотря на то, что в городе постоян-

но растет число молодых людей, что обусловлено наличием в городе Университета природы, общества и человека "Дубна", многие рабочие места закреплены за старыми специалистами. Так в ОИЯИ преобладают сотрудники пенсионного возраста. Многие согласны работать неполный рабочий день, понимая как мало надежды на пенсию.

В связи с этими проблемами немаловажной для города является деятельность общественных организаций, работа которых приобретает все большее значение. Особо важную роль играют те учреждения, которые занимаются поддержкой пожилых, в частности Совет ветеранов войны и труда, который занимается оказанием помощи пенсионерам, лежащим в больнице; дает бесплатные юридические консультации по различным вопросам; обеспечивает организацию поездок на выставки и театры; поздравляет юбиляров; организует встречи с депутатами. Однако Совету часто приходится сталкиваться не только с недостаточным финансированием и нехваткой специалистов, но и непроработанной нормативно-правовой базой. Запрет на занятие любой деятельностью, приносящей доходы, сильно ограничивает деятельность этого учреждения.

В городе действует Региональная организация российского союза чернобыльцев. Руководители этой организации обсуждают назревшие проблемы и решают вопросы относительно льгот, информируют членов организации о новых законах, организуют чернобыльцам встречи с юристами. Все эти общественные организации имеют дело с населением напрямую, без посредников, а значит, и пользуются большим доверием. Будучи ориентированными на решение простых и понятных обычному человеку задач, они могут стать для широких масс населения посредником и защитником их интересов при решении различных вопросов. Также серьезную роль общественные организации играют при мобилизации ресурсов общества, как организаторы взаимодействия между властью и бизнесом в интересах местного развития.

**Бахметова Г.Ш.**

*(Центр по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва)*

**Иванкова Л.В.**

*(Управление координации деятельности Комплекса развития научно-производственного потенциала города Москвы, межрегиональных и общественных отношений, Правительство Москвы, Москва)*

#### **Пожилые люди в обществе:**

##### **взаимоотношения между поколениями и социальная политика**

Рост численности и удельного веса пожилых людей в населении страны предопределяет также изменения во взаимоотношениях между социальными группами, представителями разных поколений. Отношение общества и отдельных людей к процессу старения населения, понимание и оценка его последствий весьма важны для стабильности и благополучия социума.

С развитием процесса старения населения роль и влияние пожилых генераций в социальной сфере изменяются. Они зависят от экономических, социальных и культурных факторов, от того, на каком этапе исторического развития находится данное общество. На них оказывают влияние религиозные представления и обычаи.

В структуре населения принято выделять три возрастные группы – население до трудоспособного возраста (0-19 лет), в трудоспособном возрасте (20-59 лет) и старше трудоспособного возраста (60 лет и старше)<sup>67</sup>. В обществе формируются особые взаимоотношения между представителями этих трех генераций, которые предопределяют также отношение общества в целом к каждой из этих групп.

Наибольшее внимание в обществе уделяется подрастающему поколению, так как предполагается потенциальное его использование в качестве будущего производителя материальных благ. Внимание уделяется также тем, кто уже вступил в трудоспособный возраст и чей труд весьма важен для экономического развития. Что же касается отношения общества к людям пожилого возраста, то оно варьирует в зависимости от достигнутого уровня экономического развития и от сложившихся исторически взаимоотношений между поколениями.

---

<sup>67</sup> Существуют и другие возрастные группировки, но мы предпочитаем именно эту, так как она позволяет делать международные сравнения.

Приведем отдельные примеры того, как в обществе определяется престижность той или иной возрастной группы.

В американском обществе лица в трудоспособном возрасте, особенно те из них, кто работает, имеют существенно более высокий социальный престиж, чем дети и старики. В японском обществе самое большое внимание уделяется детям и старикам, именно эти два периода жизни считаются наиболее важными и престижными. В отличие от этого, африканская культура рассматривает человеческую жизнь как неразрывный цикл переходов от одного возрастного периода к другому. Наибольшее значение придается самому движению во времени, переходу человека из одной возрастной группы в другую, из одного состояния в другое, от бытия к небытию.

Таким образом, в странах экономически развитых, но с относительно молодой возрастной структурой населения, где уровень демографического старения еще не достиг высоких показателей (например, в США), высоким престижем обладают поколения трудоспособных и активных людей. Однако, с развитием процесса старения населения и при общем высоком уровне благосостояния, поколения пожилых людей начинают играть все более значительную роль в социальной и политической жизни американского общества. Соответственно, изменяется и отношение к ним со стороны представителей других поколений.

В странах экономически развитых с системой гарантированного социального, пенсионного обеспечения, «старых» в демографическом отношении (например, в Японии, Франции), отмечается быстрый рост влияния пожилых во всех сферах, начиная от внутрисемейных взаимоотношений до политики.

В странах развивающихся (в ряде африканских стран), в населении которых преобладают молодые поколения и, соответственно, отмечается низкий уровень демографического старения, внимание уделяется не столько социальной роли той или иной генерации, сколько пониманию смысла жизни человека независимо от того, к какой возрастной группе он относится. Вместе с тем, социальный престиж представителей старшего поколения также очень высокий.

В современной России с ее сложным и противоречивым историческим прошлым сосуществуют принципиально разные модели взаимоотношений между поколениями. С одной стороны, общество

уделяет большое внимание подрастающему поколению. Население в трудоспособном возрасте также занимает высокое положение в социальной иерархии. Что же касается людей пожилого и старческого возраста, то они этим вниманием обделены. Хотя, в патриархальных семьях пожилые люди пока еще занимают руководящее положение. В частности, это наблюдается в сельской местности, а также в автономных республиках России. Однако патриархальный тип семьи в России постепенно отмирает и, таким образом, престиж пожилых людей в обществе и семье падает.

Мы представили группировку стран в зависимости от степени демографического старения и отношения к пожилым и старым людям в схематичном виде, и она нуждается в дополнительном изучении.

Чтобы разобраться более подробно в проблеме взаимоотношений поколений в Российском обществе, в 2001-2002 гг. мы провели на этот счет небольшое социально-демографическое обследование, в котором было опрошено около 300 мужчин и женщин - представителей разных поколений, проживающих в городской и сельской местности. Результаты, полученные в этом обследовании, в определенной степени свидетельствуют о современном состоянии взаимоотношений между поколениями<sup>68</sup>.

Даже в том случае, если бы наше обследование и не было проведено, то «à priori» можно утверждать, что старость для молодежи представляется малопривлекательной. Пожилые и старые люди в глазах молодого поколения, в лучшем случае нуждаются в жалости и помощи. Вместе с тем, как свидетельствуют данные обследования, в отношениях молодых и пожилых людей пока не проявляется признаков острой конфронтации. В своем большинстве молодежь проявляет заботливое отношение к пожилым людям, а пожилые люди, со своей стороны, соглашаются с ведущей ролью молодежи в жизни общества.

Однако обеспокоенность своим настоящим положением (материальным и состоянием здоровья) растет как у представителей молодых, так и старших поколений. Беспокойство по этому поводу выразили 58,7% опрошенных лиц, а еще 4,7% - перспективную ос-

---

<sup>68</sup> Более подробно см. статью Бахметова Г.Ш., Иванкова Л.В. «Демографическое старение России: ситуация, факторы и взаимоотношения поколений», в сб. статей «Современные проблемы старения населения в мире: перспективы, взаимоотношения между поколениями». М., МАКС Пресс, 2004, с. 89-108.

таться в старости в одиночестве. Эти цифры могут быть обусловлены современным неудовлетворительным состоянием медицинского и социального обслуживания населения вообще и пожилых людей, в частности.

Подавляющее большинство людей в возрасте старше трудоспособного оценивают свое материальное положение не только как неудовлетворительное, но даже как неустойчивое и ненадежное. Большинство пенсионеров не в состоянии обеспечить себя сверх гарантированного государством минимума. Основными источниками существования для пожилых людей являются пенсии по старости, личные подсобные хозяйства и дополнительная работа. Люди старших возрастов, живущие со своими детьми и внуками, или получающие от них помощь выше оценивают свое материальное положение, чем те, кто проживает отдельно от детей.

Современные молодые люди считают, что пожилые не должны лишаться возможности работать, если у них есть на это силы и желание. Большинство опрошенных уверено также в том, что социальные права пожилых людей необходимо отстаивать на самом высоком уровне. Поэтому 46,1% из них считают необходимым создание партии, которая могла бы представлять интересы пожилых людей.

Среди наиболее актуальных и наболевших социальных проблем почти все опрошенные назвали уровень жизни, уровень здравоохранения и стоимость медицинских услуг и лекарств.

Результаты обследования показали, что в современных условиях России, когда представители разных поколений оказались перед необходимостью сосуществовать и вместе бороться за выживание, выработались новые нормы отношений между людьми. В основе этих норм - не только признание авторитета и мудрости старших, но и осознание ценности иного опыта, опыта выживания молодых поколений, что обеспечивает взаимопонимание и создает возможность диалога между поколениями.

Вместе с тем известно, что конфликты между поколениями существовали, и будут существовать в силу того, что для каждого поколения характерно свое поведение, свой взгляд на жизнь, свои привычки, свое восприятие действительности. Человечество развивается, каждое новое поколение отличается от поколения своих родителей. Эти раз-

личия могут перерасти в конфликт. Вопрос в том, приобретают ли эти конфликты социальное звучание и насколько они остры.

Интересы представителей разных поколений обычно сталкиваются и переплетаются на рынке труда. Молодежь нуждается в рабочих местах, которые занимают люди пожилого возраста.

Наиболее «болезненная» социальная проблема, связанная с изменениями в возрастной структуре и процессом интенсивного старения населения - это пенсионное обеспечение. Поколения в активном трудоспособном возрасте должны заботиться как о своем собственном содержании в пенсионном возрасте, так и о содержании тех, кто в настоящее время находится на пенсии. Именно на таком принципе взаимной поддержки поколений основано современное пенсионное обеспечение в большинстве стран мира<sup>69</sup>.

Исторически, до создания системы пенсионного обеспечения по принципу взаимной поддержки, единственной возможностью обеспечить себе достойное существование в старости были собственные накопления. Человек лишал себя многих радостей, чтобы отложить лишнюю копейку на «черный день». Однако такая возможность зачастую сводится на «нет» в связи с финансовыми манипуляциями государства, как это неоднократно уже было и в нашей стране, в частности, в 90-е годы.

В бывшем СССР также действовала система квот, т.е. отчислений от заработной платы работающих в пенсионный фонд. Вместе с тем, каждый человек мог накопить для себя в Сберкассе (теперь Сбербанк) определенную сумму «на старость», «на черный день», «на похороны». Иными словами, сосуществовали два принципа создания пенсионного фонда – система квот и накопительная система.

Однако при нестабильной экономике, неразвитой системе социального обеспечения и социальной защиты в современной России накопительную систему пенсионного обеспечения уже нельзя считать достаточной. При накопительной системе пенсионного обеспечения в условиях нестабильности и галопирующей инфляции страдают, прежде всего, слабо защищенные слои населения – многодетные матери, инвалиды, безработные у которых нет возможности делать достаточные отчисления в пенсионный фонд. Переход к такой системе пенсионного обеспечения служит реальным основани-

---

<sup>69</sup> Подробнее в статье Бахметова Г.Ш., Иванкова Л.В. «Некоторые проблемы старения населения» в сб. «Население и кризисы», М., МАКС Пресс, 2000, с. 29-65.



ем для проявления социальных конфликтов, в том числе конфликтов между поколениями.

Поскольку суммы выплачиваемых пенсий различаются в зависимости от среднего уровня зарплаты работника, занятого в той или иной сфере, постольку наиболее справедливым вариантом создания пенсионного фонда является его разгруппирование по этим сферам. Следует создавать отдельные фонды для выплаты пенсий тем, кто был занят в органах государственной администрации, в армии, кто работал в промышленности, сельском хозяйстве, в торговле и пр. Тем самым можно элиминировать растущее недовольство населения по поводу несправедливого, « уравнильного » принципа начисления пенсий по старости.

Остро стоит проблема соотношения численности работающих (занятых) и пенсионеров, т.е. сколько лиц пенсионного возраста приходится на одного работающего (занятого) или, иначе, сколько работающих (занятых) приходится на одного пенсионера. Это соотношение правильнее было бы исчислять по отдельным отраслям (или группам отраслей).

В России по нашим расчетам численность занятого населения в возрасте 15-59 лет, приходящаяся на одного пенсионера в возрасте 60 лет и старше составила по переписи 1989 г. 3,3, а по переписи 2002 г. – только 2,2, то есть имеет явную тенденцию к сокращению. Это соотношение различается также по полу, для городской и сельской местности<sup>70</sup>. Сокращение числа работающих, приходящихся на одного пенсионера в перспективе означает необходимость повышения отчислений от заработной платы в пенсионные фонды, что может вызывать негативное отношение молодых людей по отношению к пожилым.

Еще одна проблема – это формирование фонда, достаточного для выплаты пенсий, обеспечивающих людям средний прожиточный минимум. Теперь уже ясно, что в России ни современный, ни будущий пенсионные фонды недостаточны для обеспечения прожиточного уровня пожилого населения.

Причинами этому служат два важнейших фактора:

Во-первых, в результате высокой по возрастной смертности в России численность населения в активном, трудоспособном возрас-

---

<sup>70</sup> Расчеты выполнены нами по данным, опубликованным на сайте <http://www.perepis2002.ru>

те постоянно сокращается. В 1989 г. численность мужчин в возрасте 16-59 лет и женщин в возрасте 15-54 года составила 83746 тыс. чел., а в 2002 г. – 43440 тыс. чел., т.е. сократилась на 40306 тыс. чел. Одновременно сократилась также численность лиц пенсионного возраста (мужчин старше 60 лет и женщин старше 55 лет), но на меньшую величину - с 27196 тыс. чел. до 6946 тыс. чел., т.е. на 20250 тыс. чел.<sup>71</sup>. Учитывая, что аналогичная тенденция сохранится и на перспективу, можно предположить, что в будущем уменьшится соотношение численности активного населения, приходящегося на одного пенсионера, а, будущий пенсионный фонд, формируемый за счет отчислений от доходов сокращающейся численности активного населения, будет уменьшаться.

Уже одно это предполагает необходимость повышения процентных отчислений в пенсионный фонд от доходов занятого населения в перспективе, а, следовательно, повышение недовольства молодого поколения по отношению старшему, которое они должны будут содержать.

Во-вторых, многие современные частные фирмы, предприятия и компании указывают в финансовых документах заведомо заниженную заработную плату своих сотрудников, доплачивая им недостающие суммы «в конвертах». Следовательно, современные отчисления в пенсионный фонд гораздо ниже того, что должно было быть на самом деле, а пенсионеры недополучают причитающиеся им суммы, «проедаемые» в настоящее время их «детьми». Эта ситуация является достаточным основанием для проявления недовольства старшего поколения по отношению к молодому поколению, не выполняющему свой социальный долг.

Особую проблему может представить в перспективе выплата пенсий тем людям, которые приезжают на работу в Россию, в Москву и другие крупные города из стран - бывших республик СССР. Никто пока не задумался над тем, из каких пенсионных фондов эти люди будут получать пенсию и будут ли они ее вообще получать. Следовательно, в будущем вполне реально ожидать проявления недовольства среди тех людей, в отношении которых вообще не решен вопрос об их будущем социальном обеспечении.

---

<sup>71</sup> Расчеты выполнены нами по данным, опубликованным на сайте <http://www.perepis2002.ru>.

Еще одна актуальная проблема – это необходимость создания будущего пенсионного фонда.

Будущий пенсионный фонд формируется с учетом современных и перспективных тенденций динамики возрастно-половой структуры населения страны в целом и отдельных ее регионов. Снижение рождаемости, рост смертности, особенно в молодых возрастах, а в связи с этим рост удельного веса пожилых людей в общей численности населения России являются теми факторами, которые определяют необходимость уже сегодня позаботиться о создании резервного пенсионного фонда. Это означает необходимость повышения процентных отчислений в резервный пенсионный фонд от доходов занятого населения уже сегодня.

Таким образом, оснований для усиления внутренней социальной напряженности в современной России имеется более чем достаточно. Самым важным из них является пенсионное обеспечение населения. От успешного решения этой проблемы будут зависеть взаимоотношения между молодыми и старшими поколениями в будущем.

#### ЛИТЕРАТУРА

Население и кризисы. Вып. 6, Под ред. Хорева Б.С. и Иванковой Л.В., М., МАКС Пресс, 2000.

Население и кризисы. Вып. 10, Под ред. Даниловой И.А. и Денисенко М.Б. М., МАКС Пресс, 2004.

Современные проблемы старения населения: тенденции, перспективы, взаимоотношения между поколениями. Под ред. Бахметовой Г.Ш. и Иванковой Л.В., М., МАКС Пресс, 2004.

Populations âgées et revolution grise. Sous la direction de Michel Loriaux, Dominique Remi, Eric Vilquin. Louvain-la-Neuve, CIACO, 1987.

Damon Julien, La population mondiale en 2050. Les projection démographiques des Nations unies à long terme// Futuribles. Analyse et prospective, sptembre, No300, 2004, pp. (51-66).

Vercauteren Richard, Predazzi Marco, Loriaux Michel, Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie. Toulouse, Erès, 2001.

Vercauteren Richard, Predazzi Marco, Loriaux Michel, L'intergénération, une culture pour rompre les inégalités sociales. Toulouse, Erès, 2000.

**Белоконь О.В., Мунтяну Л.В.**

*(Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Москва)*

**Иванкова Л.В.**

*(Управление координации деятельности Комплекса развития научно-производственного потенциала города Москвы, межрегиональных и общественных отношений, Правительство Москвы, Москва)*

**Потанина Ю.А.**

*(Министерство экономического развития и торговли Российской Федерации, Москва)*

**Удовлетворенностью жизнью по самооценке пожилых  
(по результатам опросов)**

Основным фактором старения населения в странах, завершивших демографический переход, является снижение рождаемости. Для России снижение рождаемости до уровня, при котором не обеспечивается режим воспроизводства и замещение поколений (суммарный коэффициент рождаемости составил в 2003 г. 1,32 против 1,15 в 1999 г. и 1,22 в 2001 г.), началось еще в 60-е годы и к началу XXI века стало характерным для почти всех регионов России.

В настоящее время 13,4% жителей страны находятся в возрасте 65 лет и старше. Согласно международным критериям, население считается старым, если доля людей в возрасте 65 лет и старше во всём населении превышает 7%. Процесс демографического старения населения в гораздо большей степени характерен для женщин (в структуре населения вышеуказанных возрастов женщины составляют 68%). Средний возраст жителей страны по данным Всероссийской переписи 2002 года составляет 37,9 года.

Как живёт современный пожилой? Кто интересуется его жизнью? Как пожилой относится к своей старости? И как внешний мир относится к пожилому. На эти вопросы ищут ответы демографы и социологи, медики и представители социальных служб. Эти проблемы не могут игнорировать власть, страховые, пенсионные, жилищные фонды, а также деятели искусства, благотворители, церковь, и, конечно, сами представители третьего возраста.

На 1 января 2004 года каждый пятый житель России находится в пенсионном возрасте (29,3 млн. человек). Численность детей и подростков до 16 лет на 4,3 млн. человек или на 17% меньше чис-

ленности людей в пенсионном возрасте. В 50 субъектах России имеет место перевес численности старших возрастов над численностью населения в дотрудоспособном возрасте. Наибольший перевес наблюдается в Тульской области и Санкт-Петербурге - 1,8 раза, Рязанской области и Москве - 1,7 раза, Воронежской, Ивановской, Тверской, Псковской, Ярославской, Московской, Тамбовской и Владимирской областях - 1,6 раза.

Показатель общей демографической нагрузки в 2004 году составил 604 человека на 1000 трудоспособного населения (в 2002 г. - 631), в том числе нагрузка детьми - 278 и людьми пенсионного возраста - 326 человек. Незначительное снижение произошло за счет возросшей к началу 2004 года почти на один миллион численности населения в трудоспособном возрасте (89,9 млн. человек). С увеличением демографической нагрузки увеличиваются затраты на пенсии, медицинское обеспечение и социальное обслуживание, не говоря об иных проблемах общества. Проблемы усложняются, а настоятельность решения обостряется.

На фоне неблагоприятных демографических процессов происходит значительное ухудшение здоровья населения. Следует отметить, что на долю здравоохранения в России приходится только 2,9% ВВП, тогда как в Америке - 13%. По состоянию медицины и здоровья Россия скатилась с одного из первых на 130 место в мире.

До пожилых ли нам? Стоит ли заниматься их проблемами? Может всё наладится само собою?

В своем первом Послании Федеральному собранию Президент страны В.В. Путин отметил: "Нас, граждан России, из года в год становится все меньше и меньше. Уже несколько лет численность населения страны в среднем ежегодно уменьшается на 750 тысяч человек. Если нынешняя тенденция сохранится, выживаемость нации окажется под угрозой". По оптимистичному варианту прогноза Госстата в России, при условии, что люди будут достаточно зарабатывать или получать достойную пенсию, сократится пьянство и травматизм, снизится преступность, тогда население к 2015 году увеличится до 180 млн. человек. По пессимистичному варианту прогноза, если продолжать ничего не предпринимать, или рушить, что осталось хорошего в здравоохранении и не только, т.е. поступать как сегодня, мы будем терять по миллиону человек в год и оставаться при этом во второй сотне стран по продолжительности

жизни в мире (для мужчин 58,8 лет – 134 место в мире, а женщин 72 года – 100-е).

Каковы же причины демографической катастрофы, которую переживает Россия? Почему в мирное время ставится под вопрос выживание народа интеллектуально и экономически мощной державы? Причины этого лежат в различных сферах, относятся к различным категориям и носят как явный, так и скрытый характер. Безусловно, основные причины определяются государственной политикой.

Социальные потрясения вследствие "шоковой" стратегии реформ, избранной новыми российскими лидерами, стали главной причиной трагической картины показателей здоровья и резкого сокращения продолжительности жизни населения (11). Помимо экономических шоковых ударов, ухудшение уровня жизни связано и с духовными потрясениями нашего народа. Подъему волны неудовлетворённости жизнью в значительной степени способствовало грубое навязывание русскому народу исторически и культурно чуждых духовных ценностей.

Переход России к рыночным отношениям сопровождается ухудшением социального положения пожилых людей, оказавшихся в большинстве своем за чертой бедности. Главным источником дохода пожилых россиян является пенсия, размеры которой обеспечивают менее половины прожиточного минимума, а финансовые накопления, собранные в течение активной жизни, были насильственно изъяты государством и переданы в основном в частные руки.

Академик Л. Абалкин считает: «Для повышения качества роста и качества жизни населения предполагается последовательное снижение различий в доходах наиболее богатых и бедных слоёв населения, ликвидация нищеты».

Когда пожилые с тревогой ждали замены льгот натуральными деньгами, обсуждая законы о жилье, налогах, пенсиях и льготах, стало очевидным, что об этих проблемах, (предваряя негативную реакцию населения) нужно было говорить заранее, узнавая мнение людей к данной реформе. Негативные последствия такого поспешного шага предсказывали многие ведущие экономисты и аналитики, такие как Леонид Абалкин, Дмитрий Львов, Гавриил Попов, Виктор Волконский, Михаил Делягин, Сергей Глазьев. Даже «Нью-Йорк таймс» в июне 2004 года писала, что «В законопроекте, представ-

ленном в нижней палате российского парламента, правительство Путина предлагает заменить субсидированные услуги – бесплатный проезд в общественном транспорте, дешевое электричество, бесплатную медицину для инвалидов и освобождение ряда госслужащих от квартирной платы – на денежные выплаты от 20 до 120 долларов в месяц». По официальным данным, в результате принятия такого решения, по меньшей мере, 32 млн. граждан лишились льгот. В числе льготников – ветераны войны и труда, пенсионеры, инвалиды. Поскольку у многих из тех, кто получает сейчас льготы, есть супруги и дети, а в России норма, когда представители нескольких поколений живут в одном месте, эти изменения отразятся практически на каждой семье»(13).

Проблема старения населения тесно связана с проблемой пенсионного обеспечения граждан. Увеличение доли пенсионеров в населении сопровождается уменьшением доли населения трудоспособного возраста и при сохранении традиционной распределительной государственной пенсионной системы резко увеличивается нагрузка на трудоспособное население, что приводит к необходимости либо понижать размер трудовой пенсии, либо увеличивать долю пенсионных отчислений в заработной плате. Активность пожилых людей в поисках дополнительных средств к существованию ограничивается возрастными нарушениями здоровья, отсутствием у большинства пенсионеров России собственности, позволяющей получать дополнительные доходы.

По результатам проведенного исследования, выполненного в рамках проекта РГНФ №04-06-00057а «Определение приоритетов в области социальной и медицинской поддержки пожилых в России», авторами проанализированы оценки населением образа жизни, уровня и качества медицинского и социального обслуживания, семейных отношений. Также выявлены приоритеты по уровню важности (2) и определены взаимосвязи социальных и здравоохранительных параметров жизни нашего пожилого населения на разных территориях: в мегаполисе - Москва и других городах России, а также на сельской местности. Анализ основан на результатах опросов, проведенных в 2002-2003 гг. в Москве и в 2004 г. в Самаре, Дубне и сельской местности Луховицкого района Московской области. Новое исследование является продолжением цикла работ, проводимых ЦНИИОИЗ с 1993 года (9).

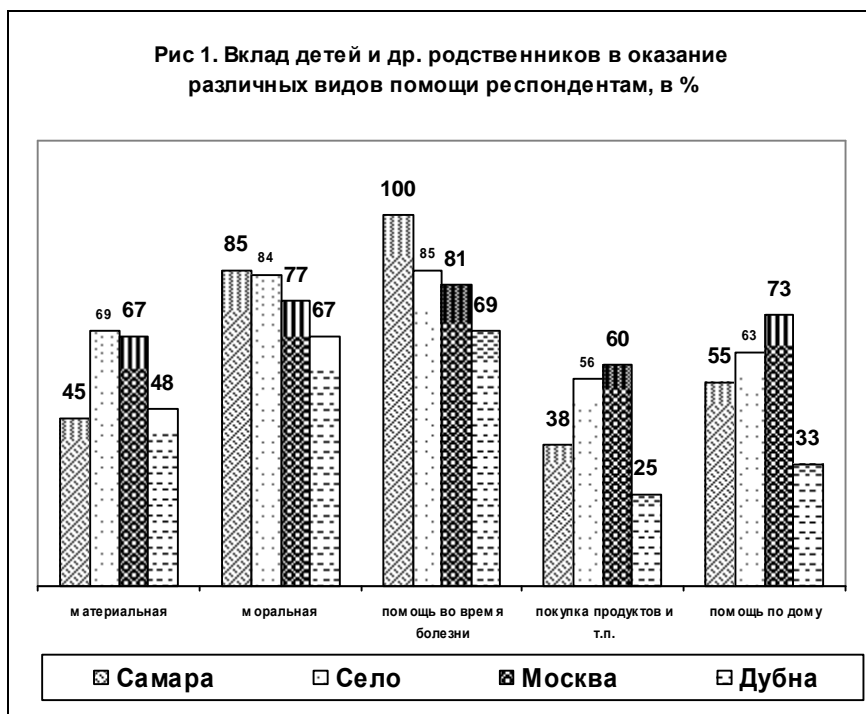
Проведенный анализ положения пожилых людей по основным социально-демографическим и экономическим характеристикам свидетельствует о неудовлетворительном состоянии здоровья, малообеспеченности, одиночестве, низком качестве жизни.

Разобщенность в современном обществе, значительное социальное расслоение, упадок религиозного чувства и веры, а также вопиющее социальное неравенство, привели к тому, что пожилой, как правило, мало надеется на помощь извне: от бывших сослуживцев, от друзей, от соседей, от религиозной общины, но поддержку ищет, в основном, в семье и у родственников (3,5). На вопрос «К кому вы обратитесь за помощью в первую очередь?» отмечалось, что большинство обратится за помощью к родственникам: Самара - 76%, село - 77%, Москва - 73%, Дубна - 75%. Ответ «обратиться не к кому» дали: в Самаре - 7%, на селе - 6%, в Москве - 9%, в Дубне - 5%. Это - те люди, к кому в первую очередь нужно организованно направлять помощь.

Одним из ключевых результатов исследований является оценка роли семьи в жизни пожилого человека и влияние образа жизни и медико-социального обслуживания на качество жизни (1, 4, 11). Семья для пожилого остаётся самым надёжным прибежищем. На вопросы «Кто вам оказывает помощь: материальную, моральную, во время болезни, при покупке продуктов, по дому?» получены ответы, свидетельствующие о том, что основную помощь пожилой ждёт от детей и родных (Рис 1).

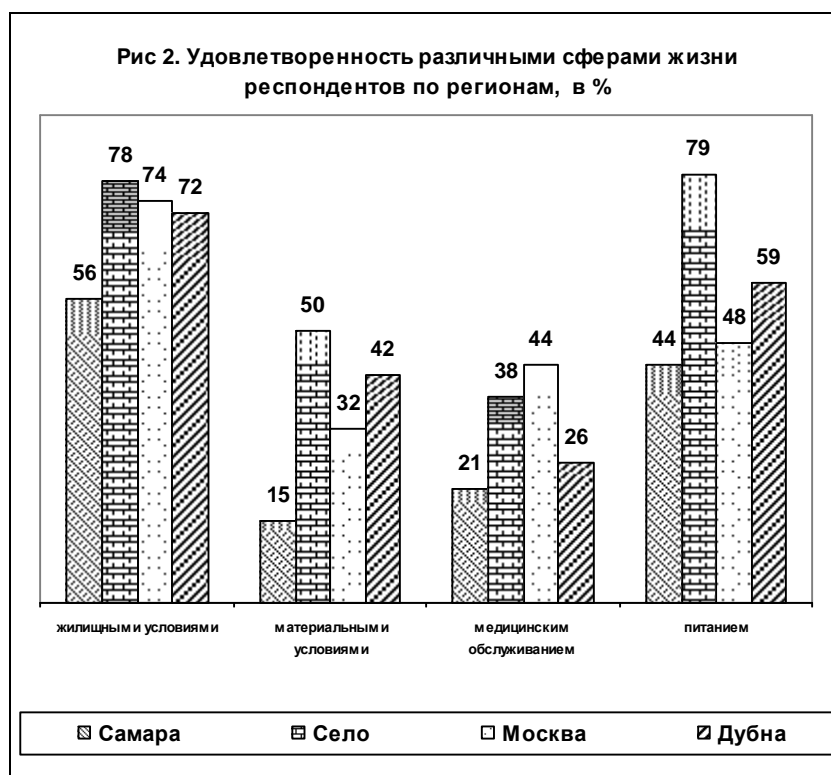
Пожилые не требуют для себя несбыточного. Притом, что материальная жизнь их ограничена до уровня выживания, они довольствуются тем, что имеют. Пожилые (особенно на селе) не жалуются на жилищные условия, хотя еле сводят концы с концами и денег хватает только от пенсии до пенсии, половина пожилых на селе не жалуются на материальное положение и в этом отношении они выглядят более благополучными, чем в Дубне, Самаре и Москве. Половина населения (а на селе - 2/3) не жалуются на питание, но медицинское обслуживание пожилых оставляет желать лучшего, его уровень немного лучше в столице. Анализ субъективных оценок удовлетворённости жизнью в целом показал довольно высокие оценки жилищных условий и питания, и низкие оценки материального положения и медицинского обслуживания (Рис. 2).





Высокие оценки первых двух позиций говорят о непритязательности, неизбалованности, пожилого россиянина, привыкшего к лишениям, перенёсшего все тяготы жизни, в том числе тяготы Великой Отечественной Войны (26% опрошенных - участники войны), трудности послевоенных лет и всю неустроенность и несправедливость современной жизни.

По признанию самих пожилых, им важен сам факт существования службы поддержки, на деле реализующей социальную защищенность, психологическую и моральную поддержку, т.е. то, что пожилые называют «повысить уверенность в завтрашнем дне». Таким образом, большее число пожилых без страха будет ожидать наступления старости и сможет активней и продуктивней прожить собственную старость.



Низкое качество жизни пожилых по результатам опроса не сводится только к низкой, порой ниже прожиточного минимума, пенсии и в отсутствии уважения к личности, особенно человека пожилого.

Таким образом, проблемы социального здоровья пожилого населения России наиболее ярко обострились в 90-х годах. К сожалению, характер предлагаемых решений ни в общесоциальном, ни в медицинском плане не дает оснований надеяться на их положительный сдвиг в ближайшее время. Требуются эффективные политические, экономические и организационные действия, направленные на коренное изменение социального положения самой незащищенной группы населения страны.

#### ***Выводы и предложения***

1. Проблема пожилых не сводится к размеру их материального обеспечения. Необходимы существенные изменения в форме рабо-

ты медицинских учреждений и ЦСО с учетом в первую очередь мнений и пожеланий самих пожилых. Наличие данных от населения позволит выявить приоритеты медицинских, социальных и психологических проблем и по мере возможности снизить нагрузку на врача, предлагая пожилым другие формы (б) медицинского и медико-социального обслуживания.

2. Несмотря на выявленные территориальные различия в жизни пожилых, и в городе, и на селе высока роль семьи. Семья – это ключевое звено в системе обеспечения соответствующего ухода за престарелыми и государству необходимо создать систему экономической и социальной поддержки семей, ухаживающих за престарелыми родственниками.

3. В настоящее время в благополучных в экономическом отношении странах пришли к выводу, что выгоднее вкладывать деньги в помощь семье (7), где проживает пожилой человек, укрепляя тем самым межпоколенные связи, а не создавать новые специализированные учреждения для людей преклонного возраста.

4. Поскольку в России традиционно сложилось и продолжает действовать положительное отношение к пожилому в семье, к положительной роли стариков в семье. И чтобы не случилось разрушение семейных связей между поколениями, как в европейских странах, Россия нуждается в разработке механизмов, укрепляющих связи между поколениями.

5. Опросы, проведенные в медицинских учреждениях, позволили выяснить, что наладить оказание конкретной помощи конкретному пожилому – реально. Поскольку есть информация о тех, кто нуждается в материальной помощи, кто одинок и не надеется на помощь извне. Помощь требуется тем, кто имеет неблагополучных в социальном отношении родственников; тем, кто функционально ограничен и требует постоянного ухода.

6. Для обоснованного и адекватного назначения пожилым социальной и медицинской помощи было бы целесообразно включить некоторые блоки вопросов из разработанной авторами анкеты в базу данных органов социальной защиты.

7. Систематическое слежение на региональном и местном уровне за существующими потребностями позволит на базе уже имеющихся структур (поликлиники и ЦСО) создать адекватную систему функционирования различных медико-социальных служб

поддержки пожилых, наладить производство и доставку необходимых приспособлений, лекарств, продуктов, оказывать бытовую помощь в нужных объемах. Это не повлечет за собой существенных затрат, т.к. не предполагает создания новых организационных структур, что является несомненным достоинством. В свою очередь, это позволит в перспективе повысить качество жизни населения старших возрастных групп.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконь О.В., Иванкова Л.В., Стародубов В.И., Лукашев А.М., Бугрова Е.М. Оптимизация адресной помощи пожилым на основе данных от населения (Медико-социальный аспект), М., Альманах по геронтологии, 2003, №1.

2. Белоконь О.В., Дартау Л.А. Здоровье и благополучие пожилых в России: анализ экспертных оценок и компьютерных самооценок населения / Ежеквартальн. ИСЭПН РАН «Нетрудоспособное население РФ в переходный период». М.: ИСЭПН, РАН, 1998. №18, с.50-65.

3. Белоконь О.В., Фролова И.А. «О положении пожилой семьи в обществе: российский, Европейский, Индонезийский варианты/сб. «Современные проблемы старения населения в мире: тенденции, перспективы, взаимоотношения между поколениями». М., МАКС-Пресс, 2004, с. 131-139.

4. Вялков А.И, Шабалин В.Н. «Социальные основы эффективности управления охраной здоровья населения России», М., Альманах по геронтологии, 2003, №1.

5. Государственный доклад о положении граждан старшего поколения в Российской Федерации. Минтруда и социального развития РФ- Департамент по делам ветеранов, пожилых людей и приема населения. М.,2001, 226 с.

6. Мартыненко А.В. «Медико-социальная работа: теория, технология, образование», М.:Наука, 1999. -240 с.

7. Осколкова О.Б. Старение населения в странах Европейского Союза: проблемы и суждения. М.: Диалог-МГУ, 1999, с. 50

8. Пожилые люди в Российской Федерации: положение, проблемы, перспективы. Национальный доклад. М.: Изд-во «Права человека», 2002, с. 54

9. Потанина Ю.А., Дартау Л.А., Белоконь О.В. Компьютерная система ЭДИФАР как средство сбора данных от населения (для разработки социальной политики на местах) М., 1999, 200 с.

10. Стародубов В.И., Белоконь О.В., Иванкова Л.В. Качество жизни пожилых (по результатам опросов), М; ЦНИИОИЗ, 2003 г.

11. Шабалин В.Н., «Социальное здоровье пожилого населения России в начале XXI века», М. Альманах по геронтологии, 2003, №1.

12. Яцемирская Р.С. Психопатология старческого и пожилого возраста. Учебное пособие. М. 2003.

13. «РФ сегодня» №13, 2004 г. стр. 9.

**Джанаева Н.Г.**

*(Центр по изучению проблем народонаселения  
экономического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва)*

#### **Социальное обслуживание населения как институт социальной сферы**

Перед российским обществом Президентом поставлена задача интенсификации экономического развития страны. Но цели экономического развития России, как и любого гражданского общества, реализуются, в конечном счете, в социальной сфере.

В условиях рыночной экономики социальная сфера существенно трансформируется. Актуальной задачей становится эффективное управление региональными социальными комплексами и их финансирование. От ее решения зависит не только успех современных социальных реформ, но и динамика экономического развития регионов.

Чрезвычайно важна деятельность новых, адекватных рынку, институтов социальной сферы. Одним из таких институтов, и это подтверждается практикой всех развитых стран мира, является система социального обслуживания населения, предоставляющая широкий спектр социально-экономических, медико-социальных, психолого-педагогических, правовых, социально-бытовых и иных услуг. Среди тех, кто особо нуждается в этих услугах, - люди, находящиеся в трудной жизненной ситуации - многодетные, неполные, молодые семьи, семьи с несовершеннолетними родителями, семьи, в которых проживают инвалиды, дети из неблагополучных семей, дети, осиротевшие или оставшиеся без попечения родителей, дети с

асоциальным поведением, беспризорные. Необходимость предоставления социальных услуг важна и для таких категорий населения, как одинокие и пожилые люди, безработные, лица без определенного места жительства, выпускники детских домов.

Большинство проблем современной социальной инфраструктуры обусловлены недостаточным финансированием и низким уровнем жизни населения. Значительная часть населения страны находится за чертой бедности и не имеет экономической возможности пользоваться сферой услуг по рыночным ценам. Этим категориям граждан, которые в силу утраты трудоспособности, отсутствия работы либо по другим причинам не имеют достаточных средств на удовлетворение своих жизненно важных потребностей и потребностей нетрудоспособных членов семьи, в рамках программ социальной защиты населения, при наступлении установленных законодательством неблагоприятных событий, предоставляется помощь компенсационного характера в денежной и натуральной форме, а также в форме различного рода услуг.

Социальное обслуживание населения, обеспечивающее разнообразные социальные услуги, представляет собой важный элемент системы социальной защиты населения. Эффективно функционирующие социальные службы ощутимо снижают уровень социального неблагополучия в самых разных его проявлениях, осуществляют меры профилактического характера, направленные на предотвращение неблагоприятных событий, содействуя тем самым социальному и экономическому развитию общества в целом. В то же время, недостаток ресурсов, которыми располагает государство, их нерациональное использование не позволяют в полной мере реализовывать конституционные социальные гарантии граждан. Все это обуславливает необходимость реформирования системы социальных услуг.

Разрабатывая реформирование системы социальных услуг на среднесрочный период, следует исходить из ряда основных приоритетов, сформулированных в «Основных направлениях социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу», «Программе социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2003 – 2005 годы)», Посланиях Президента России Федеральному Собранию:

- развитие и рациональное использование трудового потенциала общества;
- поддержка социально уязвимых слоев населения, дальнейшее совершенствование адресной социальной помощи, замена системы социальных пособий и льгот денежными выплатами;
- сокращение масштабов бедности на основе обеспечения эффективной занятости населения, повышения финансовой устойчивости пенсионной системы, персонализации социальной помощи;
- формирование системы дополнительного негосударственного социального страхования как фактора социальной стабильности;
- внедрение новых методов финансирования бюджетных учреждений, расширение их хозяйственной самостоятельности и создание условий для повышения качества и разнообразия предоставляемых гражданам социальных услуг;
- взаимодействие со структурами гражданского общества в вопросах финансирования и предоставления социальных услуг, контроля их качества;
- стимулирование социально ответственного поведения представителей российского бизнеса.

В сфере реформирования системы социальных услуг приоритетными задачами являются расширение возможностей граждан выбирать производителей услуг и диверсификация форм предоставления подобных услуг на основе активного привлечения негосударственного сектора. Это предполагает, в частности, расширение свободы выбора граждан, пользующихся бесплатными или субсидируемыми социальными услугами, в том числе на основе введения специальных социальных счетов, дающих право их обладателям на получение бесплатных или субсидируемых услуг на определенную сумму по заранее оговоренному перечню у любой организации, имеющей лицензию на их предоставление; переход к финансированию социальных услуг в зависимости от их объема и качества на основе программно-целевых и конкурсных механизмов государственного финансирования; обеспечение равноправного доступа к государственному финансированию через механизм социального заказа для государственных и негосударственных организаций, предоставляющих социальные услуги; объединение государственного финансирования с частными благотворительными ресурсами, в том числе путем развития волонтерства и взаимодействия с рели-

гиозными и благотворительными организациями; обеспечение прозрачности при распределении бюджетных и внебюджетных средств; развитие самокупаемости социальных услуг в тех сферах, где для этого существуют необходимые предпосылки; привлечение профильных некоммерческих организаций к разработке и экспертизе различных общественно-государственных советов экспертного, консультационного и координационного назначения; разработка системы оценки качества выполнения социальных программ независимо от того, какой организацией (государственной, негосударственной некоммерческой, коммерческой) они исполняются; развитие институтов независимой оценки эффективности расходования бюджетных средств и привлечение профильных некоммерческих организаций к разработке и экспертизе государственных социальных программ и соответствующих разделов бюджета; упорядочение лицензирования в сфере предоставления социальных услуг, приведение требований к оказанию социальных услуг в соответствие с мировой практикой и уровнем развития социальных услуг в России; учет опыта и практики некоммерческих негосударственных организаций в области развития и предоставления социальных и образовательных услуг при доработке требований для получения лицензий на социальную деятельность; создание условий для привлечения к оказанию социальных услуг как государственных, так и негосударственных организаций; использование наряду с государственным финансированием частных благотворительных средств; разработка общих требований к деятельности государственных, муниципальных, частных и иных учреждений, предоставляющих различные виды социальных услуг, на основе социальных регламентов и системы оценки качества выполнения социальных программ.

Представляется, что единственно действенным механизмом контроля над качеством оказываемых населению социальных услуг является их лицензирование. Для физических лиц лицензии (разрешение для занятия социальной работой) выдаются при условии, что претендент достиг уровня компетентности, необходимого для защиты безопасности, благополучия и здоровья граждан. Для юридических лиц лицензии выдаются в том случае, когда деятельность по оказанию конкретных услуг отвечает государственным минимальным стандартам, предусмотренным законодательством. Постановлением Правительства Российской Федерации от 7.12.2000 №



933 предусматривается весьма ограниченный перечень видов такой деятельности (социальное обслуживание на дому, социальное обслуживание в стационарных условиях, предоставление временного приюта, организация дневного пребывания в стационарных условиях) и только для негосударственных учреждений. Этот перечень можно несколько расширить и распространить на государственные и муниципальные социальные службы. Подход к лицензированию определенных видов деятельности по предоставлению социальных услуг должен быть единым для всех социальных служб независимо от форм собственности, так как это позволит в равной мере обеспечить их ответственность перед своими клиентами и эффективный контроль над их деятельностью. При разработке требований для получения лицензий на социальную деятельность целесообразно учесть опыт и практику работы негосударственных организаций. Такой подход имеет место в близких к социальному обслуживанию населения сферах, а именно в медицине и образовании, где лицензировать свою деятельность обязаны и государственные, и негосударственные организации. В соответствии со ст. 21 Федерального закона «Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации» от 10.12.1995 № 195-ФЗ органы государственной власти субъектов Российской Федерации осуществляют собственное правовое регулирование социального обслуживания населения в том случае, если оно не противоречит Федеральному закону.

Неотрывно связана с лицензированием стандартизация: лицензия является гарантией того, что деятельность организации по оказанию определенных видов социальных услуг отвечает установленным государственным стандартам. Иначе говоря, лицензирование реализует функцию контроля над выполнением стандартов. При несоблюдении стандартов социальная служба может быть лишена лицензии.

Поскольку подходы к формированию государственных минимальных социальных стандартов в настоящее время не определены и практически не урегулированы в законодательном порядке, необходима разработка рамочного законопроекта, закрепляющего основные понятия социальной стандартизации и устанавливающего правовые основы определения и общего порядка применения государственных минимальных социальных стандартов.

Необходимость формирования нормативной правовой базы для установления и применения государственных минимальных социальных стандартов обусловлена задачей введения их в практику федеральными законами: “Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации”, “Бюджетный кодекс Российской Федерации”, а также Указом Президента Российской Федерации от 23 мая 1996 г. № 769 “Об организации подготовки государственных минимальных социальных стандартов для определения финансовых нормативов формирования бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов”.

Под государственными минимальными социальными стандартами понимаются единые для всех субъектов Российской Федерации требования к объему и качеству предоставления определенного вида бесплатных социальных услуг гражданам Российской Федерации. Эти услуги оказываются на определенном, минимально допустимом уровне для обеспечения реализации установленных Конституцией Российской Федерации социальных гарантий, финансируемых из бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и государственных внебюджетных фондов.

Введение государственных минимальных социальных стандартов в Российской Федерации должно быть направлено на решение следующих задач:

- обеспечение доступности социальных услуг для граждан Российской Федерации на бесплатной основе;
- удовлетворение важнейших потребностей человека в социальных услугах в целях обеспечения социальной стабильности и устойчивого развития общества;
- повышение качества социальных услуг и усиление контроля за их обеспечением;
- планирование и организация предоставления гарантируемых государством социальных услуг, оценка и контроль за деятельностью учреждений и организаций, осуществляющих реализацию социальных услуг на основе государственных минимальных социальных стандартов.

На основе государственных минимальных социальных стандартов можно определить минимальную потребность местных и региональных бюджетов в отношении их обеспечения, перераспределить по необходимости и закрепить доходы по уровням бюджетной сис-

темы (налоги, акцизы и др.). В результате становится возможным перевод основной части муниципальных образований и субъектов Российской Федерации на самофинансирование так, чтобы они сами были заинтересованы в расширении собственной налоговой базы и развитии реального сектора экономики.

Принятие Федерального закона “О государственных минимальных социальных стандартах” предусматривает упорядочение расходов на социальные нужды и не повлечет прямых дополнительных расходов, поскольку они определяются исходя из возможностей бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и внебюджетных фондов.

В мировой практике широко задействован такой механизм непрерывного повышения качества услуг в сфере социального обслуживания населения, как добровольная сертификация. Его суть состоит в том, что наряду с государственными стандартами объема и качества услуг также разрабатываются социальные стандарты, превышающие их уровень. Это означает предъявление повышенных требований к качеству социальных услуг, к выполнению которых должна стремиться социальная служба. При достижении более высокого уровня социального обслуживания социальная служба, включая негосударственные организации, получает соответствующий сертификат. Наличие сертификата демонстрирует качество оказываемой услуги и способствует улучшению имиджа социальной службы и повышению ее конкурентоспособности. При заключении органами государственного управления контрактов на выполнение социальных программ с выделением бюджетных средств предпочтение, как правило, отдается организациям, имеющим сертификат.

Только повышение качества социальных услуг, реформирование самой системы социальных услуг с введением механизмов лицензирования, стандартизации и сертификации позволят решить многие проблемы как социального, так и экономического развития.

**Коровкин А.Г., Долгова И.Н., Королев И.Б.,  
Подорванова Ю.А., Полежаев А.В.**  
*(Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН, Москва)*  
**Демографические ограничения в сфере занятости и  
на рынке труда России**

1. Демографические проблемы России оказывают все большее влияние на ее сферу занятости и рынок труда, а, следовательно, и на перспективы экономического развития в целом. В связи с этим актуальна оценка масштабов данного воздействия, прежде всего, в отношении ограничений расширения занятости в отечественной экономике. Для определения перспективного дефицита трудовых ресурсов в экономике России необходимо оценить совокупный спрос на труд (сумма численности занятых и числа вакантных рабочих мест) как функции объемов ВВП, основных фондов и МРОТ. Расчеты показывают, что динамика основных параметров российского рынка труда описывается статистически значимыми и экономически обоснованными зависимостями. При однопроцентном росте ВВП и основных фондов совокупный спрос на труд возрастает примерно на 0,2% и снижается на 0,1% соответственно (во втором случае, по-видимому, наблюдается эффект замещения труда капиталом в процессе производства). При изменении минимального размера оплаты труда суммарная численность занятых и вакантных рабочих мест уменьшается на 0,01%.

Перспективные оценки совокупного спроса на труд (до 2015 г.) основываются на прогнозных вариантах развития экономики, разработанных МЭРТ России, — инновационно-активном (темп роста ВВП 6,2% в год до 2010 г., 7,2% — в 2010–2015 гг.) и базовом (темп роста ВВП 4,8% в год и 4,2% соответственно).

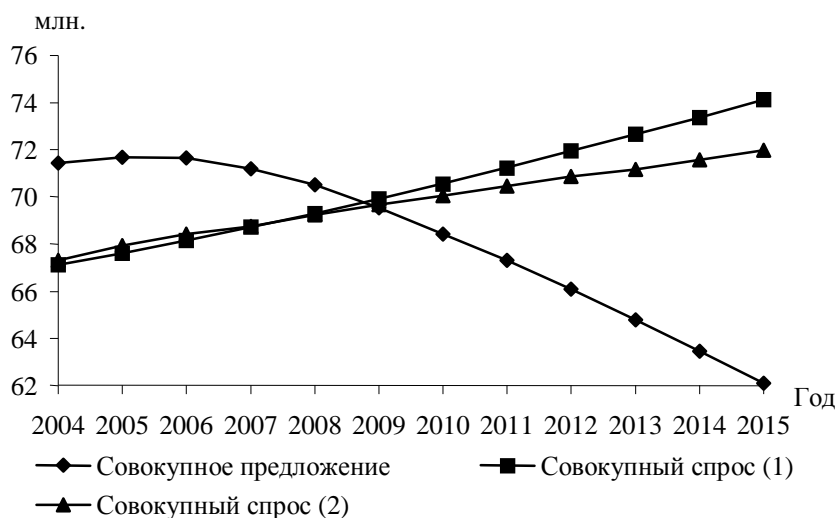
2. На основе этих прогнозных вариантов была рассчитана перспективная динамика спроса на труд (см. рис. 1); при этом другие реалистичные макроэкономические сценарии развития экономики России принципиально не меняют сущность приведенных ниже результатов и выводов.

Как видно из рисунка, в обоих сценариях совокупный спрос на труд в экономике России увеличивается (в первом из них со средним темпом прироста в 1%, а во втором — 0,6% в год). Это увеличение потребности экономики в труде необходимо сопоставить с

имеющимися его ресурсами, а именно: с численностью населения в трудоспособном возрасте. Следует отметить, что ресурсы труда имеются также и за пределами трудоспособного возраста — это подростки и пенсионеры. В численности населения в трудоспособном возрасте выделим категории граждан, формирующие экономически неактивное население. К этим категориям относятся учащиеся, студенты, аспиранты, не совмещающие обучение с трудовой деятельностью; военнослужащие; российские граждане, работающие за границей; лица, находящиеся в отпусках по беременности и родам и уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет; лица, выполняющие домашние обязанности, осуществляющие уход за детьми и другими членами семьи; лица, находящиеся в местах лишения свободы; трудоспособные лица, у которых нет необходимости работать. В 2003 г. таких лиц было порядка 17 млн. чел. Предположим, что все они не будут в перспективе вовлечены в производство (т.е. будет иметь место «жесткий» вариант ограничения предложения труда) и до 2015 г. их численность останется неизменной на указанном уровне. В этом случае для получения прогнозной оценки величины рабочей силы необходимо скорректировать перспективную численность населения в трудоспособном возрасте на ту же величину (17 млн. чел.). Результат следует интерпретировать как максимально возможный объем предложения труда, с которым может столкнуться отечественная экономика уже в ближайшей перспективе (см. рис. 1).

До 2009 г. численность занятых будет ниже построенного ограничения. Однако уже в 2009–2010 гг. начнет проявляться дефицит труда, все увеличивающийся со временем (см. рис. 2). Несмотря на происходящее в перспективе наращивание основных фондов и замещение труда капиталом (в форме трудосберегающих технологий) дефицит трудовых ресурсов, тем не менее, проявляется. Это может свидетельствовать о недостаточно интенсивном внедрении новых трудосберегающих технологий. Как видно из рисунка, реализация первого сценария приведет к более раннему возникновению дефицита трудовых ресурсов. При этом вовлечение в сферу занятости в среднем дополнительно 1 млн. чел. отодвигает наступление дефицита на 1 год. Приведенные оценки согласуются с выводами, полученными на основе расчетов на основе модели согласования спроса и предложения труда (А.Г. Коровкин. Динамика занятости и рынка

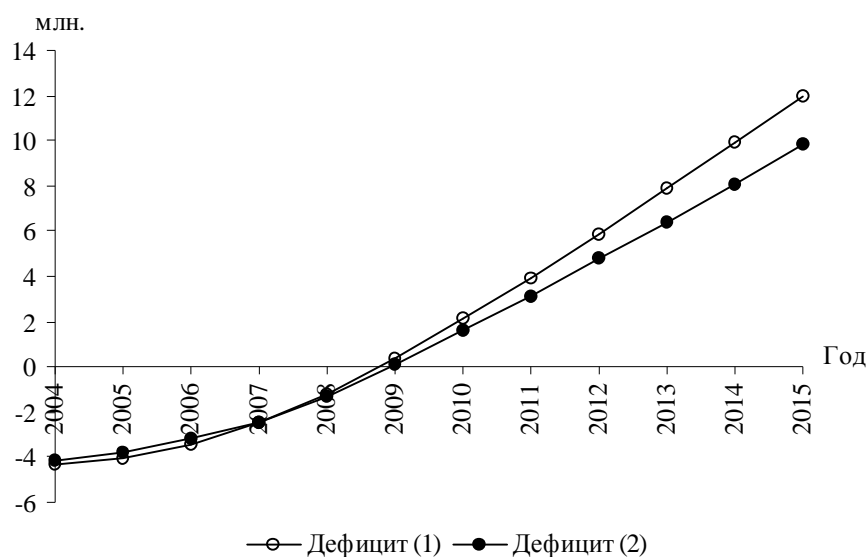
труда. Вопросы макроэкономического анализа и прогнозирования. — М.: МАКС Пресс, 2001.).



**Рис. 1. Перспективная динамика совокупного предложения и совокупного спроса по инновационно-активному (1) и базовому (2) сценариям, млн. чел.**

3. Приведенная на рис. 2 динамика перспективного дефицита трудовых ресурсов реализуется при условии, что все безработные становятся занятыми. В то же время существующая сегодня на российском рынке труда безработица в значительной степени носит структурный характер. Так, например, в 2004 г. отраслевая структурная безработица составила порядка 40% общей. Реальный объем структурной безработицы выше, так как существуют не только отраслевая, но и региональная ее компонента, и они не всегда, вероятно, полностью совпадают. Кроме того, при оценке показателей объемов структурной безработицы необходимо учитывать профессиональные, квалификационные, образовательные, возрастные и другие диспропорции. Опыт экономик развитых стран показывает,

что именно на уровне отдельных занятий и профессий структурные несоответствия проявляются в наибольшей форме.



**Рис. 2. Дефицит труда в инновационно-активном (1) и базовом (2) сценариях, млн. чел.**

С учетом вышесказанного справедливо считать, что актуальность проблемы структурной безработицы остается высокой, а для структурных безработных характерна большая длительность пребывания в состоянии незанятости. Кроме того, структурная безработица требует специальных мер государственной политики занятости для своей ликвидации. Следовательно, перспективное ее снижение возможно только при очень эффективной структурной макроэкономической политике. При ее отсутствии в экономике сохранится некоторый «маргинальный» контингент безработных, которые систематически не могут найти применения своим навыкам в сфере занятости. Поэтому дефицит трудовых ресурсов может наступить ранее указанного срока.

4. Наряду с количественными показателями, острота дефицита рабочей силы определяется и качественными (структурными) формами его проявления.

*Дефицит рабочей силы в первую очередь затронет важнейшие отрасли, в которых к настоящему моменту произошло значительное снижение численности занятых (наука и научное обслуживание, машиностроение и металлообработка, строительство, сельское и лесное хозяйство).*

*Профессионально-квалификационный аспект дефицита состоит в том, что при наличии хорошо образованной рабочей силы не хватает квалифицированных и опытных работников отдельных профессий и квалификаций. По оценкам ИНП РАН, в настоящее время более 80% предприятий (прежде всего реального сектора) ощущают дефицит квалифицированных рабочих кадров. При этом выпуск таких специалистов системой образования уменьшился более чем на 40%. Другим примером является дефицит кадров более высокой квалификации, возникающий в отдельных отраслях из-за того, что выпускники вузов устраиваются на работу не по приобретенной специальности (по экспертным оценкам, 50% молодых инженеров, 70% выпускников сельхозинституты, 30–40% выпускников медицинских вузов).*

*Возрастной аспект дефицита выражается, во-первых, в старении населения трудоспособного возраста. С 1992 г. сокращение численности затронуло практически все возрастные группы (за исключением группы 45-54 лет), в наибольшей степени – занятых до 20 лет, 30-39 лет, 55-59 лет. Во-вторых, – в слабом притоке молодых кадров в целый ряд отраслей экономики (причины этого: низкий уровень оплаты труда в них, высокая дифференциация заработной платы и сложившаяся система предпочтений). Все это приводит к снижению кадрового потенциала отдельных отраслей экономики России.*

5. *Основные возможности преодоления возникающего дефицита связаны с повышением экономической активности, повышением производительности труда, смягчением структурных проблем рынка труда, замещающей миграцией. Рассмотрим внутренние источники смягчения остроты выявленной проблемы.*

*Повышение экономической активности населения предполагает, прежде всего, вовлечение на рынок труда части экономически*



неактивного населения. В табл. 1 представлена структура экономически неактивного населения (ЭНАН) в трудоспособном возрасте и дана сравнительная оценка сложности привлечения указанных категорий ЭНАН на рынок труда. По последнему показателю указанные в таблице категории можно экспертно разделить на три группы. Наиболее вероятно возвращение на рынок труда и в сферу занятости ищущих работу, но не готовых приступить к ней. Однако численность данной категории невелика, и с учетом полученных выше оценок дефицита рабочей силы не может решить проблему его компенсации. В связи с этим возникает необходимость активизации усилий по привлечению на рынок труда других категорий, прежде всего, из числа не ищущих работу, которые составляют более 20% всего ЭНАН.

**Таблица 1**

**Структура экономически неактивного населения по категориям, %**

Категория ЭНАН	Годы					Степень сложности привлечения на рынок труда
	2000	2001	2002	2003	2004	
ЭНАН, всего	100	100	100	100	100	
Студенты, учащиеся дневной формы обучения	36,5	38,5	40,0	42,1	42,7	Высокая
Пенсионеры	14,2	15,2	15,6	13,8	14,0	Умеренная
Лица, ведущие домашнее хозяйство	10,7	11,5	11,1	10,8	10,5	Высокая
Другие	9,2	8,4	9,0	8,5	8,4	Высокая
Ищут работу, но не готовы приступить	2,7	2,6	2,2	2,4	2,2	Низкая
Не ищут работу, в том числе отчаялись найти работу	26,7 5,8	23,8 5,1	22,1 5,1	22,5 3,7	22,2 4,7	Умеренная Высокая

*Примечание: информация в табл. 1 приведена по данным обследования населения по проблемам занятости за ноябрь месяц соответствующего года.*

Сложность привлечения пенсионеров (здесь подразумеваются пенсионеры в трудоспособном возрасте по выслуге лет) может быть оценена как умеренная, а основные проблемы с вовлечением данной категории на рынок труда связаны, прежде всего, со спецификой имеющихся у них профессиональных навыков. Отдельной про-

блемой является повышение возраста выхода на пенсию, а также привлечение на рынок труда пенсионеров старше трудоспособного возраста (учитывая их взаимосвязь, реально может быть решена только одна из этих задач). Выход представителей других категорий ЭНАН на рынок труда в среднесрочной перспективе возможен только при больших социально-экономических издержках (в части создания соответствующих рабочих мест и повышения уровня оплаты труда) и представляется маловероятным.

*Повышение производительности труда* как один из путей смягчения перспективного его дефицита в значительной степени связано с повышением капиталовооруженности труда. Это требует (как и предполагает сценарий №1) более интенсивных инвестиционных вложений, прежде всего в реальном секторе производства. Их недостаток будет усиливать отраслевую неоднородность эффективности использования рабочей силы и, следовательно, усугублять проблему ее дефицита. В настоящее время отечественная экономика испытывает недостаток в новых, современных технологиях, которым должен быть присущ трудосберегающий характер.

Необходимым направлением превентивной политики по смягчению возникающего ограничения предложения труда в экономике является *решение проблемы структурной безработицы*. В противном случае, как было отмечено выше, в экономике будет одновременно наблюдаться острая нехватка специалистов в целом ряде секторов (регионов) и безработица.

6. Проблемы, возникающие в сфере занятости и на рынке труда, определяют социально-экономическое положение страны и ее населения и непосредственно влияют на процессы его воспроизводства. Так, безработица оказывает негативное влияние на развитие семьи, определяя ее жизненный уровень, социальный статус, ограничивая возможности ее полноценного развития, подрывая авторитет родителей в глазах детей, супругов в глазах друг друга. Аналогичное негативное влияние оказывает и низкий уровень заработной платы. Кроме того, это катализирует развитие таких социальных проблем как преступность, наркомания, алкоголизм, суицид. Неуверенность в стабильной и обеспеченной достойным доходом занятости порождает такие влияющие на демографическое развитие страны решения, как отказ от рождения детей, их отложенное рождение, аборт, разводы и др. Неблагоприятные и вредные условия труда, его изма-

тывающий характер (при совмещении нескольких мест занятости) приводят к ухудшению здоровья трудящихся, преждевременной смертности. Следовательно, необходимо говорить не только об актуальности демографических проблем в контексте развития рынка труда, но и о важности обратных связей.

В целом, на основе проведенного анализа можно сделать следующие основные выводы. В ближайшей перспективе экономика столкнется с серьезным демографическим ограничением и возникнет проблема существенного дефицита рабочей силы. При этом возможности смягчения перспективной проблемы дефицита (вызванной демографическими тенденциями), особенно с учетом специфики его проявления в региональном, отраслевом, профессионально-квалификационном и других разрезах, представляются весьма ограниченными. Это повышает значимость адекватной сложившейся ситуации демографической политики, интегрированной в систему социально-экономических мер, направленных на увеличение темпов и улучшение содержания экономического роста, повышение уровня жизни населения, решение важнейших социально-экономических проблем.

**Мамедова М., Рагимова З.**

*(НИУЦ по труду и социальным проблемам Министерства труда и социальной защиты населения Азербайджанской Республики, Баку)*

#### **Изменения в возрастной структуре населения Азербайджана и их некоторые социально-экономические последствия**

Демографическое развитие отражает в себе множество взаимосвязанных социально-экономических и демографических процессов и связано с осознанием значимости демографического фактора в жизни общества. В экономической и социальной жизни общества нет такой сферы, где не учитывались бы демографические процессы. Демографические процессы обладают присущими им особенностями, связанными с реальной социально-экономической ситуацией, биологическими факторами, проблемами планирования семьи и др. С другой стороны демографическая структура населения находит свое отражение в развитии основных экономических показателей. Следовательно, механизм взаимосвязи экономических и демографических процессов проявляется во влиянии социально-экономических процессов через ряд опосредствующих звеньев на демографические и в обратном воздействии населения на социаль-

но-экономическое развитие. Влияние демографических процессов на социально-экономическое развитие общества характеризуется изменениями демографических структур и зависит от интенсивности процессов рождаемости, смертности и миграции.

Современному этапу демографического развития Азербайджана характерен тип воспроизводства населения с низкими показателями рождаемости и смертности. Одним из существенных последствий такого типа воспроизводства является изменение его возрастной структуры. Известно, что возрастная структура любой страны определяется соотношением трех основных возрастных групп – детей (0-14 лет), трудоспособного населения (15-59 лет) и населения в возрасте свыше 60 лет.

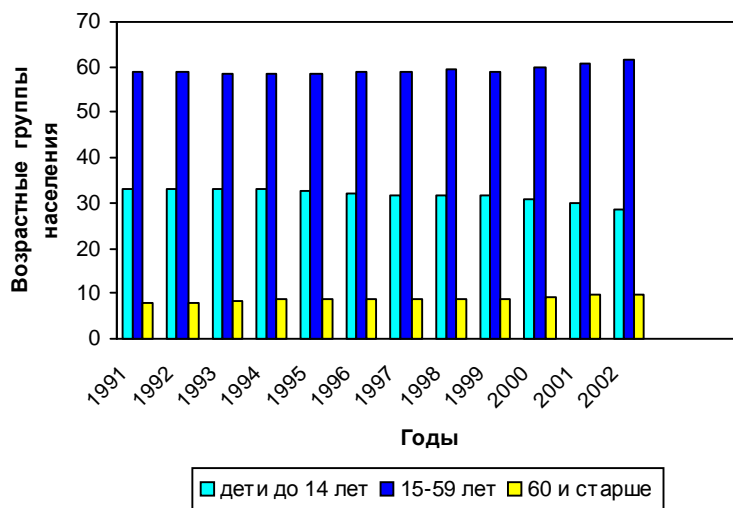
В общей численности населения Азербайджанской республики за последнее десятилетие наблюдается снижение удельного веса населения дотрудоспособного возраста как среди мужчин, так и среди женщин. Одновременно с этим увеличилась доля мужского и женского населения трудоспособного возраста, а также доля пожилого населения. Доля детей и подростков в 2002 году составила 28,6% от общей численности населения или уменьшилась по сравнению с 1991 годом на 4,4%, доля трудоспособного населения составила соответственно 61,8%, т.е. увеличилась на 2,9%, а доля пожилого населения составила 9,6%, т.е. увеличилась на 1,5%.

Таким образом, на протяжении последних лет в возрастной структуре численности населения доля группы лиц дотрудоспособного возраста постоянно снижается. Следует заметить, что уменьшение числа детей в ближайшей перспективе приведет к снижению потенциальных возможностей этой возрастной структуры для демографического развития.

Увеличение доли трудоспособного населения за рассматриваемый период происходило, с одной стороны, за счет некоторого увеличения продолжительности жизни, а с другой - за счет потенциала, накопленного в этой возрастной структуре населения.

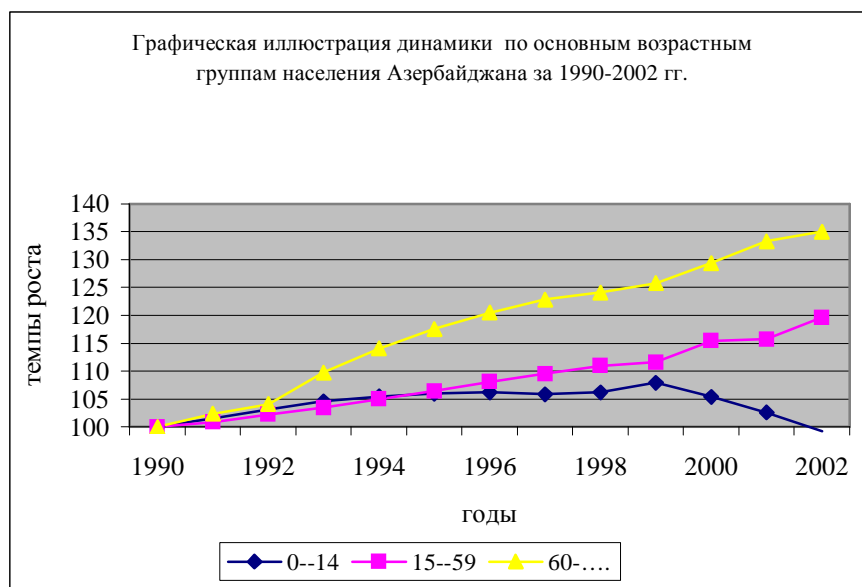
Заметно увеличилась доля лиц пенсионного и пожилого возрастов, а также лиц предпенсионного возраста. Увеличение доли лиц пенсионного и предпенсионного возрастов является следствием структурных сдвигов, происходящих за счет уменьшения доли детей и подростков. Причиной этого стало некоторое снижение рождаемости за рассматриваемый период.

**Динамика доли возрастных групп в общей численности населения Азербайджана за 1991-2002 гг.**



Об относительном увеличении в общей численности населения доли пожилых людей также свидетельствуют данные о темпах роста в различных возрастных групп населения. Как видно из нижеприведенных графиков, в течение 1990-2002гг. темпы роста населения в возрасте выше 60 лет в сравнении с 1990 годом значительно превосходят темпы роста населения по двум другим возрастным группам.

Другой интересный факт заключается в том, что темпы роста населения в возрастной группе 0 -14 лет с 1994 года имел тенденцию к постепенному понижению, а затем резко понизился. Одной из причин этого процесса может быть понижение уровня рождаемости в республике в этот период.

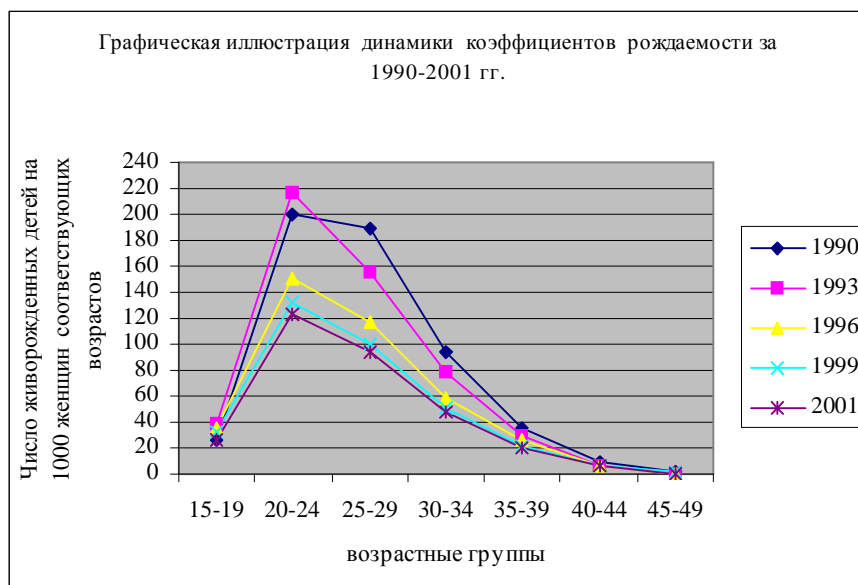


Графики, демонстрирующие динамику рождаемости по различным возрастным группам в период 1990-2001 гг., подтверждают справедливость данной гипотезы. Как видно из графиков, количество родившихся на 1000 женщин фертильного возраста по возрастным группам для всех рассматриваемых трехлетий заметно снизилось.

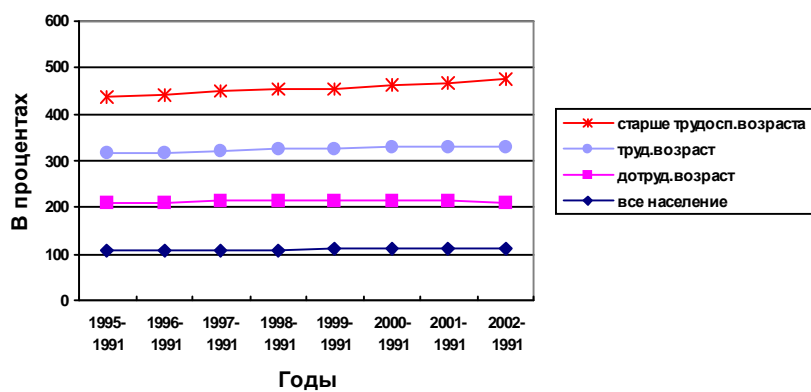
В настоящее время рост численности пожилых возраста превышает общий рост всего населения, что свидетельствует о начале процесса старения в демографическом развитии страны.

Темпы роста трудоспособного населения в анализируемый период растут почти одинаково с темпами роста всего населения. Отметим, что темпы роста трудоспособного населения несколько превышают (на 18,1%) темпы роста всего населения (на 12,8%), что считается положительным фактором.

Относительно общего роста населения темпы роста населения старше трудоспособного возраста заметно возросли (на 14,8%), а темпы роста населения до трудоспособного возраста снизились (на 6,3%).



Темпы роста возрастных групп населения Азербайджана за 1991-2002гг.

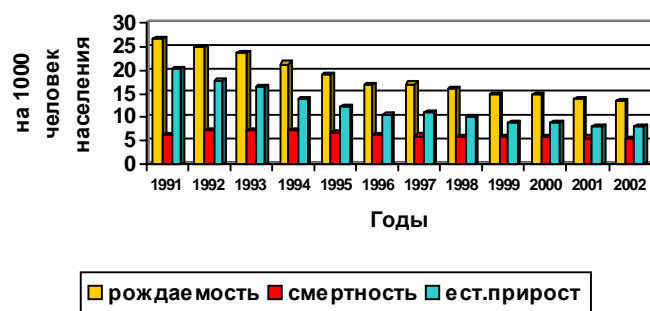


Снижение темпов роста населения дотрудоспособного возраста и одновременно высокие темпы роста населения старше трудоспособного возраста нежелательное явление. С этой проблемой в настоящее время столкнулись многие страны, особенно промышленно развитые.

В Азербайджане более 1 млн. населения республики являются пенсионерами, а каждый седьмой житель республики находится в пенсионном возрасте. Численность лиц в пенсионном возрасте вплотную приблизилась к численности детей, относящихся к возрастной группе 15-19 лет. Если в 1995 году численность детей в 3,7 раза превышала численность лиц старше трудоспособного возраста, то в 2002 году это превышение снизилось до 3,0 раз.

За 1995-2002гг. количество населения в возрасте 60 лет и старше возросло в 1,2 раза, а средний возраст продолжительности жизни в республике, хотя и незначительно, увеличился до 26 лет в 2001 году против 25,2 в 1995 году. Как уже отмечалось выше, основной причиной старения населения является спад числа родившихся и уменьшение доли детей во всем населении, а также за счет повышения продолжительности жизни населения. Число родившихся в 2002 году уменьшилось до 13,5% против 18,9% в 1995 году, а число умерших в 2002 году снизилось до 5,4 % против 6,7% в 1995 году. Естественный прирост при этом в 2002 году составил 8,1% против 12,2% в 1995 году.

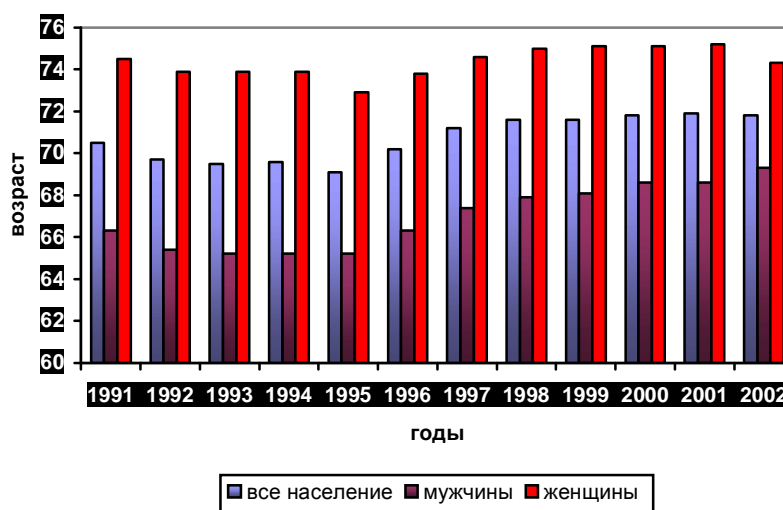
**Динамика основных демографических показателей  
Азербайджана за 1991-2002гг.**





Повысился уровень долголетия, т.е. ожидаемой продолжительности жизни после рождения, который в 2002 году по общему населению составил 71,9 лет против 69,1 лет в 1995 году, в том числе для мужчин, соответственно, 65,2 и 68,6 лет, для женщин – 72,9 и 75,2.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении  
(возраст) за 1991-2002гг.



Как отмечалось выше, как во всем мире, так и в Азербайджане, в связи с изменениями, происходящими в возрастной структуре населения, наблюдается процесс старения, то есть в общей численности населения растёт доля пожилых лиц. В связи с этим в последние годы большую актуальность приобретает изучение проблемы старения населения и его социально-экономических последствий.

Увеличение удельного веса пожилого населения имеет соответствующие экономические, демографические и социальные последствия. Известно, что в ряде стран значительная часть престарелых граждан продолжает работать, поэтому процесс старения населения

не оказывает заметного влияния на экономическую структуру общества. В Азербайджане из числа населения старше трудоспособного возраста доля работающих составила в 1995 году 21,0%, а в 2002 году – 18,6%, т.е. доля работающих пожилых людей за период 1995-2002 гг. снизилась. Это означает, что если пожилые люди, достигшие пенсионного возраста, будут выходить из рядов экономически активного населения, то степень нагрузки общественными иждивенцами будет систематически возрастать. Сравнительный анализ соотношения активного и неактивного населения (имеется в виду неработающая часть людей пенсионного возраста) показывает, что в Азербайджане в 1995 году на одного неработающего пенсионера приходилось 6-7 работающих, а в 2000 году этот показатель сократился до 5-6 работающих на одного неработающего пенсионера.

В настоящее время в связи с улучшением здоровья, снижением смертности и увеличением средней продолжительности жизни старость наступает в 70 лет, т.е. через 10 лет после начала пенсионного возраста. Тем не менее, отсчет старости ведется с 60 лет. Это – грань, за которой возникают многочисленные проблемы.

Для обеспечения укрепления прав пожилых за последнее время в Азербайджанской Республике осуществлен ряд государственных мероприятий. Так, Парламентом страны в соответствии с международными нормами приняты несколько важных законодательных актов, регулирующих проблемы пожилых. Указом Президента страны от 9 декабря 1999 года утверждена «Концепция демографического развития Азербайджанской Республики», а также разработана Государственная программа в области развития демографии и народонаселения, в которых важное место отведено вопросам старения населения. Одним из основных элементов новой стратегии правительства является усиление мер по борьбе с бедностью с помощью увеличения адресности социальной защиты. В настоящее время подготовлен и представлен на рассмотрение в Парламент республики проект закона об адресной социальной помощи, предоставляющий правовую основу социальной защиты слабоуязвимых слоев населения, в том числе и лиц пожилого возраста. В этом контексте идет и реализация пенсионной реформы, основным аспектом которой определен в устойчивом развитии социальной защиты данного контингента населения.

В решении проблем пожилых лиц в республике все более активное участие принимают международные институты: ПРООН, Всемирный Банк, Международный Валютный Фонд, Верховный Комиссариат ООН по делам беженцев, ВОЗ, МОМ и др. С их помощью создан и действует ряд проектов, связанных с решением проблем пожилых. Данное сотрудничество образует действенный механизм для реализации усилий и обеспечения интегрированных подходов к развитию социальной политики в отношении пожилых лиц в Азербайджане.

Однако, несмотря на проводимые со стороны правительства меры, есть все основания говорить о том, что данная проблема требует к себе более пристального внимания, так как сотни тысяч пожилых находятся в невыносимых условиях палаточных лагерей для вынужденных переселенцев. Агрессия со стороны Армении привела к оккупации более 20% территории Азербайджана, потери более 4 тысяч предприятий, наличию в стране более 1 млн. беженцев и вынужденных переселенцев. Наиболее тяжелому положению среди этого контингента населения подвержены пожилые.

По состоянию на 1 января 2001 года более 30% от общего числа беженцев и вынужденных переселенцев составили пожилые, около 70% среди которых являются женщины.

Во всех регионах республики решаются проблемы пенсионного, медицинского, социально-экономического характера пожилых людей. Они широко привлекаются к общественно-политической жизни страны, особенно, в части воспитания молодежи, активно участвуют в проводимых в стране культурно-массовых мероприятиях.

Из вышеизложенного следует необходимость еще более пристального внимания к экономической и социальной безопасности пожилых людей в стране. В связи с этим необходимо:

- усилить социальную защиту пожилых людей;
- развить социальную интеграцию данного контингента;
- развить трудовые права старшего поколения;
- обеспечить интеллектуальную и социально-культурную потребности пожилых лиц.

Разработанные меры должны быть направлены на более широкое признание достоинства пожилых людей, в частности, на продуктивную и полезную роль, которую они могут сыграть в обществе.

**Склярова Ю.А.**

*(Институт социально-политических исследований РАН, Самара)*

**О демографических и недемографических факторах  
депопуляции**

В процессе демографического развития под влиянием процессов рождаемости и смертности происходит изменение режима воспроизводства населения, который описывается набором экзогенных и эндогенных параметров. К экзогенным параметрам относятся возрастные показатели, которые могут быть получены в результате статистического наблюдения реального процесса воспроизводства – режим рождаемости ( $f(x)$ ) и режим смертности ( $l(x)$ ), коэффициент естественного прироста ( $r$ ), брутто-коэффициент ( $R$ ) и средняя продолжительность жизни при рождении ( $e_0$ ). Возрастная структура ( $C(x)$ ), нетто-коэффициент ( $R_0$ ) являются эндогенными параметрами режима воспроизводства населения. Коэффициент естественного прироста зависит не только от интенсивности процессов рождаемости и смертности, но и от событий недемографического характера, а также амортизации и компенсации.

Сегодня под термином "депопуляция" понимается такая демографическая ситуация, когда прекращается рост численности населения и возникает устойчивая тенденция его убыли вследствие недостаточного для сохранения прежней численности населения уровня рождаемости. Мы считаем, что следует различать несколько депопуляционных состояний:

1. Скрытая депопуляция – когда через промежуток времени, равный длине реального населения, убыль численности его будет неизбежной, что в математическом выражении выглядит так:  $R_0 \Rightarrow 0 < 1$

2. Временная депопуляция – такая демографическая ситуация, которая сложилась под влиянием экзогенных факторов (война, эпидемия, миграция).

3. Депопуляционное развитие – закономерное и устойчивое изменение основных демографических явлений вызывающих убыль населения.

Депопуляция может развиваться под влиянием экзогенных факторов, поэтому, даже если в обществе не произошел демографический переход, оно не защищено от этой проблемы. Так, если вы-

сокая смертность является результатом геноцида, войны, голода, эпидемий, и так далее, то есть, вызвана внешними, экзогенными причинами и при этом она превышает интенсивность рождаемости, то есть вызывает сильный отрицательный прирост численности населения, то об этом периоде можно говорить лишь как о периоде "временной" депопуляции.

При теоретическом рассмотрении депопуляционные процессы – это закономерное и устойчивое изменение основных демографических явлений, которое вызывает убыль населения. Обычно, в рамках прикладного демографического исследования указывается время наступления и интенсивность убыли населения, но не менее важно отследить тренды депопуляционных процессов: старение населения в разных возрастных группах; уменьшение показателей фертильности.

Можно отдельно выделить в качестве фактора, влияющего на развитие депопуляции, "преждевременную смертность" в фертильном и дофертильном возрастах, как у женщин, так и у мужчин. Это фактор оказывает неблагоприятное влияние на ситуацию в двух аспектах. Во-первых, преждевременная смертность в фертильных возрастах снижает показатели рождаемости, а во-вторых, снижается коэффициент дожития, влияющий прямопропорционально на показатель нетто-коэффициента воспроизводства.

Влияние миграции на демографические процессы очевидно, так как режим воспроизводства мигрантов оказывает влияние на режим воспроизводства населения, как на территориях выхода, так и на территориях входа. Миграция – это тоже экзогенный фактор депопуляционного состояния народонаселения, в случае, если отрицательное сальдо миграции перекрывает естественный прирост. С другой стороны миграционный прирост при недостаточном для простого воспроизводства уровне рождаемости может, как предотвратить депопуляцию на короткое время, так и позитивно воздействовать на эндогенные параметры населения, улучшив его возрастную структуру и повысив показатель фертильности.

Итак, решительно преодолеть процесс естественной убыли населения представляется невозможным, так как это означало бы развитие общества в обратную сторону, что противоречит логике демографического развития, выявленной в последних научных

разработках, однако более пристальное внимание нужно обратить на возможность усугубления ситуации.

**Умурзаков Б.Х.**

*(Филиал Российской Экономической Академии им. Г.В.Плеханова, Республика Узбекистан, Ташкент)*

#### **Демографические основы реформ пенсионной системы Узбекистана**

Как и во всем мире, проблемы демографии и реформы системы пенсионного обеспечения стали в центре внимания социологов и экономистов Узбекистана.

Две причины стали определяющим фактором этой проблемы: старение населения и рост расходов на пенсионное обеспечение.

Как показывают данные за последние годы (2000-2005гг.) в общей динамике изменение возрастной структуры Узбекистана медленно, но уверенно увеличивается удельный вес пожилого населения и по прогнозам до 2020 года возрастет от 6,4% до 12-15% (график 1).

Удельный вес населения пенсионного возраста (55-60 +) увеличивается на фоне все более уменьшающегося контингента работоспособного населения.

Изменение в демографической ситуации в ближайшие 10-15 лет способны значительно пошатнуть сложившийся баланс экономического и финансового состояния, что естественно отразится на поддержке системы социальной защиты и пенсионного обеспечения.

Для преодоления этих проблем необходим широкий системный анализ, который послужит основным инструментом для определения места исследуемой задачи.

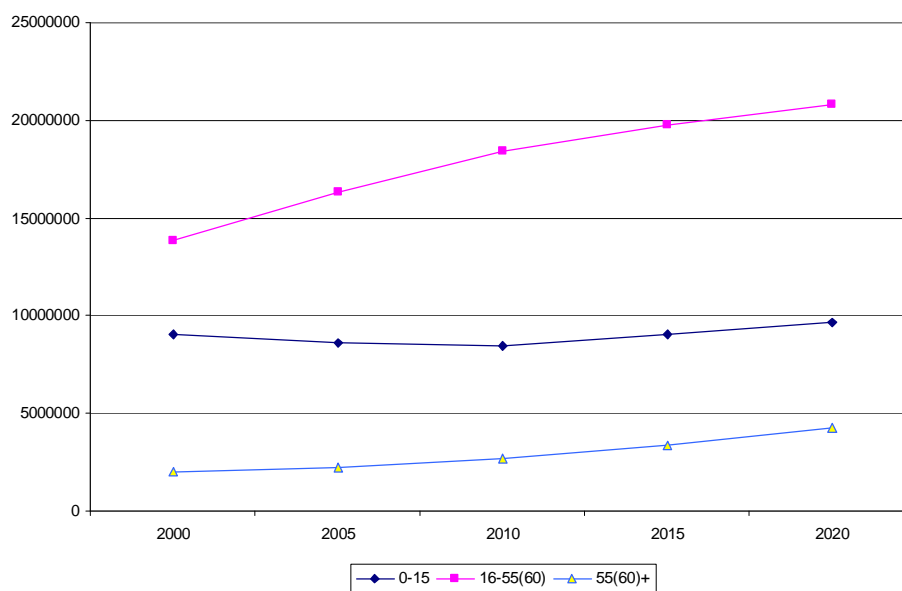
Как уже писали, мы переходим на рельсы социально-ориентированной рыночной экономики, в основе государственной политики, которой лежат приоритеты основных человеческих ценностей, определяемые через понятия благосостояния людей.

Известно, что Всемирная Организация Здравоохранения, которая является структурным образованием ООН, еще в 1968 году сформировала перечень необходимых элементов, определяющих благосостояние конкретного человека и это понятие сегодня во всех странах признано как общечеловеческое, как мировое.

В этом аспекте наш Президент И.А.Каримов неоднократно подчеркивает – «в условиях переходного периода необходимо правильное практическое сочетание двух основных факторов реформы – национальной специфики страны и стремление к восприятию общемировых тенденций экономического и социального развития».

**График 1**

**Прогноз динамики изменения возрастной структуры.  
Все население (official stat.data)**



Как показывает опыт Российской Федерации и зарубежных стран, в том числе и развитых, проблема старения населения, финансовая проблема пенсионного обеспечения, сама система пенсионного страхования стала сегодня наиболее актуальной экономической, социальной и политической проблемой.

Отношение общества и государства к пожилым людям во все времена определяло нравственное здоровье всего общества, поскольку эта категория людей является наиболее уязвимой на всех этапах экономического развития.

Тем более в Узбекистане, как в восточной стране, пожилые люди, являясь уважаемыми аксакалами, очень сильно влияют на умы и действия активных слоев населения, тем самым оказывая свое действие на усиление или ослабление отдельных направлений социальной политики государства.

Ясно, что уровень благосостояния граждан тем выше, чем больше национальный доход приходится на душу населения. Известно, что национальный доход тем выше, чем больше трудоспособное население, которые создают материальные блага.

В этом аспекте интересны показатели затрат ряда государств СНГ на пенсионные выплаты в процентном отношении к ВВП (график 2).

**График 2**

Расходы на пенсионное обеспечение (в % к ВВП)

<b>Азербайджан</b>	<b>3,6</b>
<b>Армения</b>	<b>3,4</b>
<b>Беларусь</b>	<b>8,4</b>
<b>Казахстан</b>	<b>4,4</b>
<b>Киргизстан</b>	<b>4,9</b>
<b>Молдова</b>	<b>4,9</b>
<b>Россия</b>	<b>4,8</b>
<b>Узбекистан</b>	<b>9,7</b>
<b>Украина</b>	<b>8,8</b>

Как видно из таблицы объем затрат на пенсионные выплаты в Узбекистане составляют 9,7% к ВВП, это наибольший показатель из всех приведенных стран.

Реализация социальных задач, стоящих перед государством в условиях кардинальных реформ не может быть достигнуто только за счет увеличения объема отчислений, необходимо еще поэтапно привести пенсионную систему в соответствие с требованиями рынка, определить дополнительные источники для покрытия затрат пенсионных выплат, в том числе и за счет негосударственных форм пенсионного страхования.

Надо сказать, что демографическая ситуация в Узбекистане сегодня благоприятствует осуществлению обдуманных поэтапных форм реформирования пенсионной системы. В 2005 году сделан первый шаг – введена система обязательной накопительной системы пенсионного страхования. В отличие от других государств система накопительного пенсионного обеспечения в Узбекистане вводится как дополнение к действующей государственной системе пенсионного обеспечения. Государство берет на себя гарантии за



сохранность, увеличение процентов от накоплений, получаемых гражданами за использование накопительных пенсионных счетов. Это позволит в некоторой степени облегчить государственную пенсионную систему от неимоверных финансовых нагрузок.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Демографический ежегодник Узбекистана. 2003г.
2. Демографический сборник «World Population Ageing 1950-2005», Population Division DESA, United Nations.

**Эдиев Д.М.**

*(Кафедра математики Карачаево-Черкесской государственной технологической академии, Черкесск)*

#### **Приложение концепции демографического потенциала к оцениванию коэффициента Лотки в системе мониторинга воспроизводства малочисленного населения<sup>72</sup>**

При разработке системы демографического мониторинга и контроля результативности демографической политики важное значение имеет оценивание показателей, адекватно отражающих состояние воспроизводства населения, простых в обращении и пригодных для использования на региональном и, по возможности, муниципальном уровнях [1].

Среди традиционных показателей коэффициент Лотки (истинный коэффициент естественного воспроизводства населения) является наиболее точным измерителем состояния естественного воспроизводства населения, отражая роль, как смертности, так и рождаемости в процессе замещения поколений. Среди недостатков этого показателя при традиционном подходе к его расчету можно выделить следующие. Во-первых, сложность процедуры оценивания, зачастую нереализуемой на региональном и муниципальном уровнях вследствие отсутствия данных или недостаточной компетентности работников, которые могли бы этим заниматься. Во-вторых, то, что в условиях переменного режима воспроизводства и – что особенно важно для малочисленного населения – в условиях существенных случайных вариаций показателей воспроизводства коэффициент Лотки может колебаться в широких пределах, не отражая

---

<sup>72</sup> Работа выполнена в рамках проекта «Разработка математических моделей и методов оценивания показателей воспроизводства малочисленного населения», поддержанного грантом №05-06-80432 РФФИ.

общей тенденции и асимптотики естественного воспроизводства населения. В этой связи удобнее воспользоваться результатами теории демографического потенциала как для оценивания коэффициента Лотки по динамике половозрастной структуры населения, так и для обобщения этого показателя на случай переменного режима воспроизводства неоднородного населения [2].

Еще Р.А. Фишером было показано, что суммарный репродуктивный потенциал населения изменяется с темпом, равным коэффициенту Лотки, независимо от текущей возрастной структуры населения. Строго говоря, это верно только для популяционных моделей с постоянными показателями рождаемости и смертности. Для моделей с переменным режимом воспроизводства может быть получена оценка, обобщающая результат Фишера. А именно, можно показать [2], что значения коэффициента Лотки, рассчитываемые по показателям воспроизводства когорт родившихся в некоторый период времени, всегда будут находиться между максимальным и минимальным значениями темпа прироста демографического потенциала Фишера на протяжении жизни этих когорт вплоть до старшего детородного возраста. Учитывая это, можно ожидать, что темп изменения суммарного потенциала Фишера в некоторый момент времени аппроксимирует коэффициент Лотки, рассчитанный по показателям рождаемости и смертности условного поколения. При практическом приложении приведенных соотношений возникает необходимость использования в расчетах *стандартных* возрастных коэффициентов демографического потенциала, полученных на основе некоторой стандартной модели, отличной, вообще говоря, от модели воспроизводства реального населения. Такой подход несколько снижает точность оценивания коэффициента Лотки, но оказывается вполне пригодным для приложений [2].

Помимо того, что по динамике демографического потенциала можно успешно аппроксимировать значение коэффициента Лотки, оказывается возможным распространить понятие коэффициента Лотки и на случай переменного режима воспроизводства. Для этого можно рассмотреть приращения демографического потенциала за конечные промежутки времени. Получаемые величины – как и коэффициент Лотки в классическом случае – будут характеризовать процесс воспроизводства населения с точки зрения влияния на асимптотическую динамику численности населения, поскольку

численность асимптотически эквивалентна величине демографического потенциала. Более того, концепцию демографического потенциала удастся успешно реализовать и в рамках моделей неоднородного населения, что особенно важно при разработке системы контроля результативности демографической политики, поскольку позволяет включить в анализ такие структурные изменения, как смена репродуктивных установок населения, динамика социально-экономической структуры и проч. В частности, представляется перспективным с точки зрения исследования результативности демографической политики ввести в рассмотрение (в дополнение к классическим полу и возрасту) ожидаемое число детей, которые родятся у человека как характеристику его демографического статуса. В рамках модели, в которой реализация репродуктивных установок ограничивается только смертностью и максимумом (по Коулу) естественной рождаемости, а интенсивность деторождения пропорциональна максимуму естественной рождаемости (но не может ее превышать ни при каких репродуктивных установках), расчет возрастных коэффициентов демографического потенциала дает результат, представленный в таблице 1.

**Таблица 1**

**Значения возрастных коэффициентов демографического потенциала в зависимости от репродуктивных установок и возраста (женщины; использованы показатели смертности, соответствующие российским в 2000 г.)**

Возраст	Желаемое предстоящее число рождений								
	8	7	6	5	4	3	2	1	0
0	3,59	3,16	2,72	2,27	1,82	1,37	0,91	0,46	0,00
5	3,60	3,17	2,73	2,28	1,83	1,37	0,92	0,46	0,00
10	3,61	3,17	2,73	2,28	1,83	1,38	0,92	0,46	0,00
15	3,61	3,17	2,73	2,28	1,83	1,38	0,92	0,46	0,00
20	3,55	3,13	2,70	2,26	1,82	1,37	0,92	0,46	0,00
25	3,30	2,98	2,61	2,20	1,78	1,35	0,90	0,45	0,00
30	2,48	2,41	2,27	2,02	1,68	1,29	0,88	0,44	0,00
35	1,44	1,43	1,42	1,39	1,30	1,11	0,80	0,42	0,00
40	0,51	0,51	0,51	0,51	0,50	0,50	0,45	0,31	0,00
45	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,00
50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

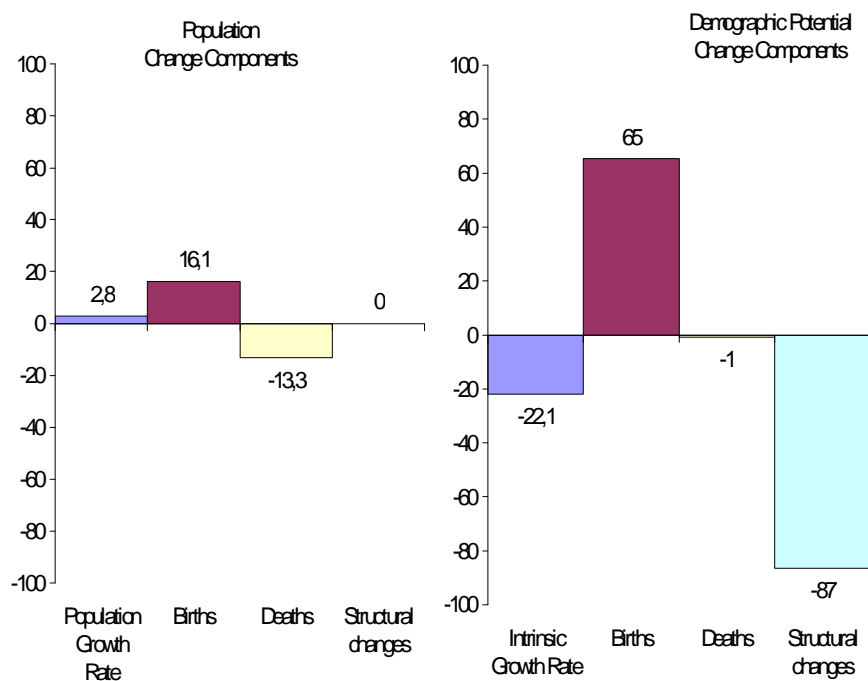
Показатели табл. 1, а так же их аналоги, рассчитанные для кон-

кретных уровня смертности и возрастной структуры коэффициентов рождаемости заданного населения, могут быть использованы для мониторинга суммарного демографического потенциала населения. А по динамике потенциала можно судить о величине обобщенного коэффициента Лотки в некоторый период и состоянии процесса воспроизводства с учетом как сложившихся уровней рождаемости и смертности, так и динамики репродуктивных установок населения. Соответствующие показатели воспроизводства – помимо простоты расчета – будут обладать тем преимуществом, что они более адекватно отражают роль происходящих изменений численности и структуры населения в долгосрочной демографической динамике. Так, если рассмотреть гипотетическую ситуацию, когда – вследствие мер политики – улучшаются репродуктивные установки, но еще не реализуется в полной мере подъем рождаемости, то легко заметить, что динамика численности населения лишь с большим лагом отобразит эти изменения. В то же время, демографический потенциал населения увеличится уже в тот самый период, когда произошло улучшение репродуктивных установок.

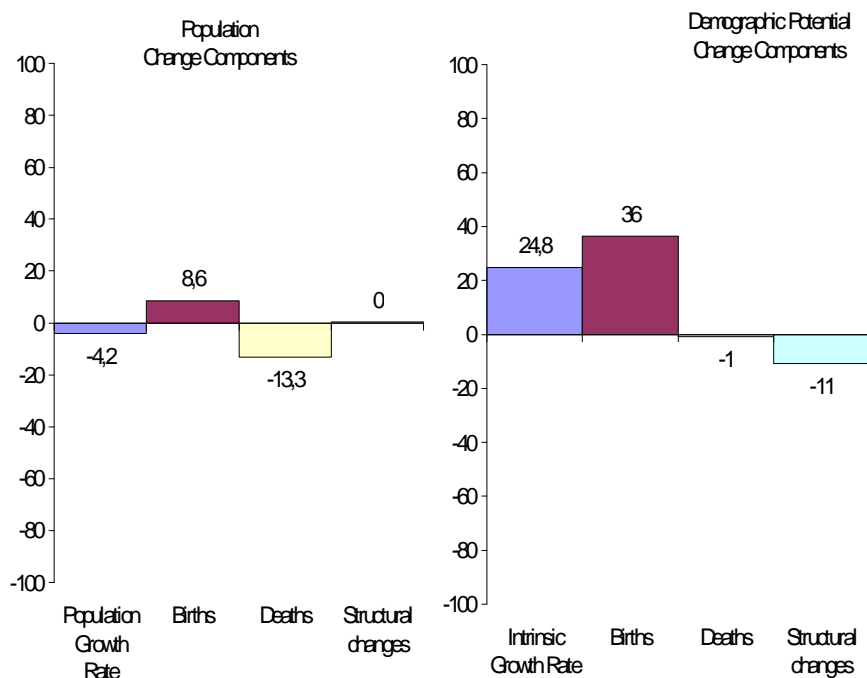
На рис. 1 и 2 представлены результаты расчета изменений численности и демографического потенциала населения России в рамках двух гипотетических сценариев: когда происходит рост коэффициентов рождаемости, но без смены репродуктивных установок (т.е. за счет изменения графика рождений, инициированного мерами поощрения рождаемости) и в случае, когда происходит увеличение репродуктивных установок населения. На графиках первые столбцы соответствуют изменению численности (слева) и потенциала (правый график на обоих рисунках), изменению соответствующей величины за счет рождений, за счет смертей и за счет изменения структуры населения (миграция положена нулевой).

На рис. 1, 2 отчетливо видно, что ни величина, ни структура изменения численности населения, не отражают адекватно долгосрочных последствий анализируемых изменений, в то время как об этих изменениях можно надежно судить по динамике демографического потенциала. Так, изменение одного только графика деторождений приводит к обобщенному коэффициенту лотки в  $-22,1\%$  (см. рис. 1), что немногим отличается от коэффициента Лотки при отсутствии каких-либо изменений ( $-19,1\%$ ). В то же время, при той же ситуации динамика численности оказывается заметно отличной

от случая отсутствия изменений (2,8‰ вместо -4,6‰). Ухудшение коэффициента Лотки при росте рождаемости за счет изменения графика деторождений легко обосновать: в условиях депопуляции всякий перенос деторождения на более ранние сроки ухудшает демографические перспективы, поскольку ускоряет депопуляцию (это аналогично ускорению оборота фирмы, работающей в убыток). Если краткосрочные изменения в рождаемости не столь велики, но происходит сдвиг в репродуктивных установках населения (рис. 2), то обобщенный коэффициент Лотки опять оказывается более адекватен долгосрочной роли этих изменений: он растет до 24,8‰ (вместо -19,1‰), а темп прироста численности – только до -4,2‰ (вместо -4,6‰).



**Рис. 1. Компоненты изменения численности и демографического потенциала населения России (в промилях, 2001 год, в отсутствие миграции). Сценарий 100%-го увеличения коэффициентов рождаемости при сохранении репродуктивных установок населения.**



**Рис. 2. Компоненты изменения численности и демографического потенциала населения России (в промилях, 2001 год, в отсутствие миграции).  
Сценарий 5%-го роста репродуктивных установок населения**

В заключение заметим, что для расчета величины суммарного демографического потенциала и, соответственно, обобщенного коэффициента Лотки нет необходимости знать возрастные коэффициенты рождаемости и смертности (они могут быть просто недоступны или статистически недостоверны для малочисленного населения), что значительно расширяет возможности по использованию предлагаемого подхода на практике.

#### Литература

1. Эдиев Д.М. Об использовании концепции демографического потенциала в разработке многоуровневой системы мониторинга и контроля эффективности демографической политики. Политика

населения: настоящее и будущее. Четвертые Валентеевские чтения. Сборник докладов. М.: МАКС Пресс, 2005. С. 51-54.

2. Эдиев Д.М. Концепция демографического потенциала и ее приложения // Математическое моделирование. Т.15. №12 (2003). С. 37-74.

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	3
Елизаров В. В. Политика народонаселения между прошлым и будущим (вместо введения).....	4
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЛИТИКИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ.....	10
Белобородов И.И. Качество или количество? .....	10
ПОЛИТИКА НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ .....	15
Кайлова О.В. Опыт семейной политики в странах Европейского Союза: система родительских отпусков.....	15
Краснова Н.В. Особенности социально-демографической политики в странах Персидского залива .....	20
ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ СЕМЬИ И РОЖДАЕМОСТИ ....	25
Архангельский В.Н. Роль детей по отношению к различным аспектам жизнедеятельности как фактор репродуктивного поведения .....	25
Борисов В.А. Только рождаемость может спасти Россию!.....	35
Краснова Н.В. Особенности демографического поведения в арабских странах .....	41
Кучмаева О.В. Семейная политика в России: объективная необходимость и перспективы .....	47
Мамедова М.Г., Рагимова З.Р. Современные особенности брачно-семейного состояния населения Азербайджана .....	54
Русанова Н.Е. Мишиева Н.Г.	



Позднее материнство и проблемы воспроизводства населения .....	60
Склярова Ю.А. К вопросу о трансформации репродуктивного поведения .....	65
Славнова Е.Р. Семья славна детьми.....	67
Тышкевич В.П. Домохозяйство: проблемы аналитической стоимостной оценки домашнего труда (на примере Германии).....	75
<b>ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПОВЫШЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ .....</b>	<b>82</b>
Catherine Gourbin and Guillaume Wunsch From prevention to cure: which policies for primary care?..	82
Вунш Г., Гурбэн К. От профилактики к лечению. Выбор стратегии первич- ной медико-санитарной помощи (ПМСП) .....	91
Бодрова В.В., Бодрова Е.Н. Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение детей и подростков России в период социально-экономических реформ.....	101
Жданова Д. Возможность социального регулирования проблемы суицида.....	111
Жданова Д. Динамика смертности по причине суицида в развитых странах.....	117
Иванова Л.Ю. Создание условий для развития самосохранительного поведения населения.....	121
Козлова М.И. Ограничения, препятствующие росту уровня здоровья населения Российской Федерации в контексте благополучия.....	132
Молчанова О.М. Особенности оценки спроса на долголетие и здоровье для населения России.....	134
Шилова Л.С.	

Стратегии населения в отношении здоровья в условиях реформирования здравоохранения .....	139
<b>МИГРАЦИОННАЯ ПОЛИТИКА: ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-КУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ.....</b>	<b>149</b>
Абзалова Л.Ф. Правовые аспекты иммиграционной политики в странах Европейского Союза.....	149
Аймагамбетова Г.Т. Иммиграционная политика Республики Казахстан на примере Карагандинской области .....	153
Есимова А.Б. Политика репатриации и проблемы адаптации репатриантов в Республике Казахстан .....	163
Ионцев В.А., Алешковский И.А. Миграционная политика в условиях демографического кризиса в современной России .....	170
Кулиева Н.Г., Гамбаров Е.И. Демографические аспекты социального положения вынужденных переселенцев в Азербайджане.....	183
Мокшанов М.В. К вопросу о внешней трудовой миграции граждан КНР в Россию (постановка вопроса о необходимости оценки численности китайской иностранной рабочей силы) .....	187
Успенская Т.Н. Миграционная политика в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре: демографические, экономические и социально-культурные аспекты .....	192
<b>РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОЛИТИКИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ .....</b>	<b>201</b>
Галева Н.Е. Основные направления политики народонаселения на региональном уровне: Европейский Север России ....	201
Чернышева И.В. Региональные особенности демографического развития и меры демографической политики в Удмуртской Республике.....	204

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА .....	209
Андрюшин П.Ю. О роли общественных организаций в поддержке пожилых, на примере наукограда Дубна.....	209
Бахметова Г.Ш., Иванкова Л.В. Пожилые люди в обществе: взаимоотношения между поколениями и социальная политика.....	211
Белоконь О.В., Мунтяну Л.В., Иванкова Л.В., Потанина Ю.А. Удовлетворенностью жизнью по самооценке пожилых (по результатам опросов) .....	219
Джанаева Н.Г. Социальное обслуживание населения как институт социальной сферы .....	228
Коровкин А.Г., Долгова И.Н., Королев И.Б., Подорванова Ю.А., Полежаев А.В. Демографические ограничения в сфере занятости и на рынке труда России .....	235
Мамедова М., Рагимова З. Изменения в возрастной структуре населения Азербайджана и их некоторые социально- экономические последствия .....	242
Склярова Ю.А. О демографических и недемографических факторах депопуляции.....	251
Умурзаков Б.Х. Демографические основы реформ пенсионной системы Узбекистана .....	253
Эдиев Д.М. Приложение концепции демографического потенциала к оцениванию коэффициента Лотки в системе мониторинга воспроизводства малочисленного населения.....	256