

УДК 314.15(470)

ББК 60.74(2Рос)

© Римашевская Н.М.

Три предложения по совершенствованию демографической и семейной политики *

В статье изложены причины низкого уровня рождаемости в России. Показано, что снижение интенсивности рождений вызвано изменениями демографического поведения, обусловленными сексуальной революцией, значительной дифференциацией населения по уровню доходов – бедностью и низкой обеспеченностью семей с детьми, снижением репродуктивного здоровья и репродуктивного потенциала. Вместе с тем смертность населения в России сопоставима с аналогичным показателем развивающихся стран; разница между предполагаемой продолжительностью жизни женщин и мужчин составляет 12 лет, но в течение жизненного цикла женщины чаще болеют, что значительно повышает риск инвалидизации к концу трудовой деятельности. В связи с этим предлагается усовершенствовать практику материнского/семейного капитала, ввести систему, обеспечивающую полноценное питание для беременных женщин, сохранить возраст выхода на пенсию для женщин.

Демографическая политика, материнский капитал, возраст выхода на пенсию, здоровье детей.



**Наталья Михайловна
РИМАШЕВСКАЯ**

доктор экономических наук, член-корреспондент РАН, Советник РАН, заслуженный деятель науки РФ, Почетный директор Института социально-экономических проблем народонаселения РАН

В последнее десятилетие в России наметились положительные сдвиги в динамике демографических показателей. Снизились коэффициенты общей и младенческой смертности, смертности населения в трудоспособном возрасте, заметно увеличились общий и суммарный коэффициенты рождаемости (табл. 1).

В 2012 г. линии рождаемости и смертности сомкнулись, с 2008 г. численность населения России прекратила снижаться. Однако следует учесть, что в последние два года увеличился миграционный приток (с 13 на 10 тыс. населения в 2010 г. до 21 – в 2012 г.), а нетто-коэффициент воспроизводства не превысил единицу, что говорит

* Статья подготовлена при поддержке РГНФ, грант 11-02-00200а «Качество подрастающего поколения как основа модернизации современного российского общества: обостряющиеся проблемы, пути и направления их решения».

Таблица 1. Динамика основных показателей демографического развития России

Показатель	Год								
	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Общий коэффициент рождаемости, на 1000 человек населения	8,7	10,2	10,4	11,3	12,1	12,4	12,5	12,6	13,3
Суммарный коэффициент рождаемости, ед.	1,20	1,29	1,30	1,41	1,49	1,54	1,57	1,58	1,69
Брутто-коэффициент воспроизводства населения, ед.	0,583	0,628	0,632	0,686	0,729	0,752	0,766	0,771	0,825
Нетто-коэффициент воспроизводства населения, ед.	0,561	0,611	0,618	0,670	0,713	0,732	0,745	0,752	н.д.
Общий коэффициент смертности	15,3	16,1	15,2	14,6	14,6	14,2	14,2	13,5	13,3
Коэффициент младенческой смертности	15,3	11	10,2	9,4	8,5	8,1	7,5	7,4	8,7
Коэффициент миграционного прироста, на 10 тыс. человек	25	9	11	18	18	18	13	22	21
Прирост общей численности населения, в % к предыдущему году	-	-	99,6	99,7	100,4	100,0	100,0	100,1	100,2
Источники: Демографический ежегодник Российской Федерации.									

об истинном положении дел: естественная убыль российского населения, пусть в меньших масштабах, но сохраняется.

Российские особенности снижения рождаемости были обусловлены характером социально-экономических преобразований, произошедших за последние 20 лет.

Среди наиболее существенных моментов отметим следующие:

1. Падение репродуктивного здоровья [6] и распространение бесплодия;

2. Ухудшение здоровья новорожденных (40% детей больны, что приводит к «социальной воронке»), в результате каждое последующее поколение менее здорово, чем родительское.

3. В конце 1980-х – начале 1990-х гг. в России произошла сексуальная революция, следствием которой стало: снижение легитимной брачности, рост разводимости и увеличение числа гражданских браков; уменьшение потребности в детях как социальной ценности и возникновение «чайлдфри»; конкуренция ценности детей с карьерными ценностями в условиях модернизации.

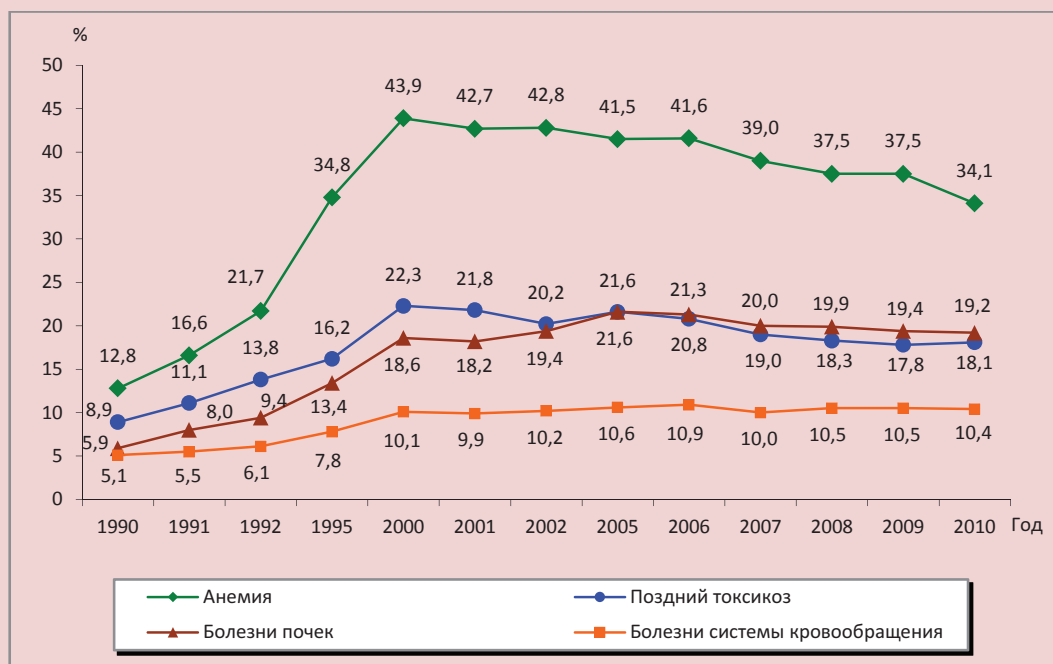
4. Бедность и низкая обеспеченность населения, особенно семей с детьми (около 40% детей рождаются в семьях с доходом ниже прожиточного минимума).

Причинами падения репродуктивного здоровья россиян являются: рост числа заболеваний, влияющих на репродуктивные функции, особенно болезней эндокринной системы, которые с 1992 по 2012 г. увеличились в 2 раза, а у подростков – в 3,5 раза; рост случаев беременностей у несовершеннолетних, случаев заболеваний ВИЧ у женщин; низкий уровень здоровья беременных – около 40% страдают анемией; менее 30% имеют нормальные роды (*рисунок*).

Здоровье беременных зависит от комплекса социально-экономических факторов. Исследования показывают, что в их основе лежит материальная обеспеченность населения, масштабы бедности и социальной поляризации:

- 10% работающих получают заработок ниже прожиточного минимума;
- более 40% работников не могут обеспечить своим заработком себя и своего ребенка на уровне не ниже прожиточного минимума;

Здоровье беременных женщин (в % к числу закончивших беременность)



- вопреки утверждениям официальной статистики, доля семей за границей бедности составляет более 30%;

- социальная поляризация продолжает возрастать, коэффициент фондов в России в целом в 2012 г. составлял 1:17;

- минимальная оплата труда в 5–7 раз ниже, чем в Европе, и в 10 раз ниже, чем в США.

Глубокие социальные различия привели к тому, что фактически образовалось две России: небольшая по масштабам (3–5% населения), но захватившая основную часть богатств страны в свое распоряжение, и наиболее значительная (35–40%), страдающая в нужде [5]. Особая значимость сложившейся ситуации состоит в том, что напряжение этой проблемы не снижается, а имеет тенденцию к усилению.

Перечисленные факты – следствие перекосов в сфере распределения, поэтому и основные меры должны быть направлены на модернизацию распределительных отношений.

Обращают на себя внимание существенные перемены в matrimониальном поведении – снижение брачности и повышение разводимости, замещение брачности свободным партнерством, перенесение рождения детей на более поздний срок и отказ от них вовсе. Данные изменения увеличивают долю неполных, преимущественно материнских домохозяйств, что ведет к нестабильности семейных структур и в значительной мере ослабляет процессы социализации подрастающего поколения, способствует формированию установок на малолетность [1].

Прогнозные оценки показывают, что репродуктивный потенциал в России к середине XXI века уменьшится. Примерно к 2025 году численность женщин репродуктивного возраста сократится на 5 миллионов. При этом необходимо различать количество (!) рождений и качество родившихся (!). Нельзя ориентироваться только на то, что нужно больше и больше рожать.

Каждое следующее поколение у нас оказывается все менее здоровым, чем предыдущее. Кроме того, анализ показывает, что динамика смертности и динамика здоровья не всегда коррелируют между собой (снижение младенческой смертности не характеризует улучшения здоровья новорожденных).

В середине первого десятилетия XXI века (2006–2007 гг.) активизировалась демографическая политика в области рождаемости. Был принят комплекс мер по улучшению демографической ситуации: увеличение пособия по беременности и родам, пособия по уходу за ребенком до 1,5 года. Важнейшей мерой стало введение материнского социального капитала – МСК (250 тыс. – 2007 г.; 367 тыс. – 2011 г.). Цель МСК: создание условий, обеспечивающих семьям с детьми достойную жизнь, и это должно повысить рождаемость.

Насколько материнский социальный капитал выполнил эту цель? Да, чуть выросла доля женщин, родивших 2-х детей; уменьшилось число женщин, не родивших ни одного. Нужно отметить, что главное направление использования МСК касалось улучшения жилищных условий (около 90%). Исследования ИСЭПН РАН [2, 4] показывают, что доход этих семей должен быть не ниже прожиточного минимума на человека, для чего необходимо его увеличение в 2 раза. Возвращаясь к оценке достижения целевых задач, отметим, что сдвиги есть, конечно, но с нашей точки зрения эти сдвиги очень малы. И они не решают тех задач, которые сформулированы в целевой установке закона о МСК, и не вселяют надежды на существенное улучшение демографической ситуации.

Кроме того, с 2010 года началось некоторое снижение числа лиц, получивших сертификаты, что связано с тем, что любой комплекс мероприятий, направленных на улучшение жизненных условий населе-

ния, действует некоторый период. Потом население привыкает, и эти меры теряют свой смысл.

Вышесказанное обуславливает необходимость продолжения активной деятельности государства в сфере рождаемости и укрепления здоровья населения. Обобщение основных проблем демографического развития и здоровья позволяет сформулировать *три важнейших предложения* по повышению эффективности социальной и демографической политики, реализация которых сегодня остро необходима с демографической, экономической и политической точек зрения. Это касается практики материнского капитала, улучшения здоровья беременных женщин, изменения пенсионного возраста для женщин.

Первое наше предложение по совершенствованию практики материнского капитала, рассматриваемого в качестве главного экономического инструмента повышения рождаемости:

1. Продлить действие закона до 2025 года, т.е. на период реализации Концепции демографического развития России.
2. Предусмотреть выплату МСК по достижении ребенком возраста одного года, чтобы обеспечить рождаемость третьих и четвертых детей.
3. Изменить характер использования МСК: вместо пенсии матери предусмотреть питание беременных и кормящих, что повлияет на здоровье новорожденных.
4. На порядок увеличить строительство социального жилья с возможным выкупом его за счет МСК.
5. Ввести возможность пользоваться материнским капиталом не только однократно, но и при рождении детей последующих порядков.
6. Выплачивать проценты на пользование материнским (семейным) капиталом.
7. Совершенствовать статистический учет, связанный с процессами воспроизводства населения.

Второе предложение касается формирования системы специального питания для беременных и кормящих женщин подобно тому, что сделано относительно детей в возрасте до 2-х лет, поскольку:

- здоровье беременных падает и растет анемия (маркер беременности);
- увеличивается доля новорожденных больных или болеющих сразу после родов.

В решении данной проблемы есть международный опыт, который следовало бы давно использовать. Так, благодаря функционированию подобной системы в Соединенных штатах Америки снижен показатель младенческой смертности на треть.

Следующее предложение касается возраста выхода на пенсию. Разработан законопроект, давно вносятся предложения о его повышении. В то же время в РФ самый низкий среди европейских стран показа-

тель предполагаемой продолжительности жизни (*табл. 2*). По данным Росстата, ППЖ в среднем по населению РФ в 2010 г. составляет 68,8 года, в 2011 г. – 69,0 года.

В РФ высокая смертность – 13,2 на 1000 чел. населения в 2012 г. В развитых странах – 8 на 1000 чел. населения; в развивающихся – 12 на 1000 чел. населения. По показателю смертности РФ занимает 100-е место среди 180 стран.

Поэтому третье предложение заключается в том, что не следует увеличивать возраст выхода женщин на пенсию, так как это приведет к росту инвалидизации и только увеличит расходы Пенсионного фонда.

Данные выводы обусловлены гендерными особенностями здоровья и долголетия. ППЖ у женщин больше, чем у мужчин, на 10–12 лет, но, несмотря на большую длительность жизни, в течение жизненного цикла текущее здоровье женщин хуже, чем здоровье мужчин (*табл. 3*).

Таблица 2. Предполагаемая продолжительность жизни, лет

Страна	Год							
	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Австрия	78,03	79,33	79,83	79,98	80,23	80,08	80,38	81,03
Бельгия	77,72	78,98	79,38	79,78	79,68	79,98	80,23	80,49
Германия	77,93	78,93	79,13	79,53	79,74	79,84	79,99	80,74
Испания	78,97	80,17	80,82	80,87	81,18	81,48	81,63	82,33
Италия	79,43	80,58	81,13	81,29	81,39	81,39	81,74	82,09
Великобритания	77,74	79,05	79,25	79,45	79,60	80,05	80,40	80,75
Финляндия	77,47	78,82	79,21	79,26	79,57	79,72	79,87	80,47
Норвегия	78,63	80,04	80,34	80,40	80,59	80,80	81,00	81,30
Россия	65,34	65,47	66,64	67,50	67,85	68,60	68,80	69,00
<i>Страны ЕС</i>	<i>77,10</i>	<i>78,33</i>	<i>78,67</i>	<i>78,89</i>	<i>79,10</i>	<i>79,34</i>	<i>79,63</i>	<i>80,18</i>

Источник: база данных Всемирного банка. – URL: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>

Таблица 3. Различия в здоровье мужчин и женщин в динамике

Год	Средняя оценка, баллов		Доля хронических больных, %	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1981	3,81	3,49	22,9	34,6
1989	3,53	3,27	39,2	43,3
1994	3,46	3,15	43,5	55,4
1998	3,3	3,09	55,1	65

Источник: данные исследования «Таганрог», ИСЭПН РАН.

Гендерный парадокс здоровья и долголетия имеет социальные причины. На рынке труда мужчины занимают рабочие места, где больше риск, травматизм, вредные условия; 37% имеют занятость более 40 часов в неделю. Об этом свидетельствует и тот факт, что заболеваемость туберкулезом у мужчин в 2–3 раза выше, а смертность превышает женскую в 6–8 раз.

Вредные привычки также наиболее распространены среди мужчин: табакокурение среди мужчин – 53,6%, а среди женщин – 27,2%; высокое потребление алкоголя – 61,3 и 21,6% соответственно. Суицид у мужчин случается в 6–8 раз

чаще, чем у женщин [3, с. 60-62]. Самоохранительное поведение у мужчин развито слабее [7], они конвертируют свое здоровье в доход. Но нельзя забывать, что женщины, при более слабом здоровье, несут две нагрузки: трудовую и домашнюю.

В заключение еще раз отметим три предложения по повышению эффективности демографической и социальной политики России: усовершенствовать практику МСК с целью усиления его эффективности, накормить беременных и кормящих женщин, не повышать возраст выхода женщин на пенсию.

Литература

1. Дети реформ / ред.-сост. Н.М. Римашевская. – М.: Институт экономических стратегий, 2011. – 304 с.
2. Кирута, А.Я. Неравенство, экономический рост и демография: неисследованные взаимосвязи [Текст] / А.Я. Кирута, А.Ю. Шевяков; Ин-т соц.-эконом. проблем народонаселения РАН. – М.: М-Студио, 2009. – 188 с.
3. Морев, М.В. Социально-экономические и демографические аспекты суицидального поведения [Текст]: монография / М.В. Морев, А.А. Шабунова, К.А. Гулин; под ред. В.А. Ильина. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 188 с.
4. Римашевская, Н.М. Риски бедности в современной России [Текст] / Н.М. Римашевская // Народонаселение. – 2010. – №2(48). – С. 4-9.
5. Римашевская, Н.М. Человек и реформы: секреты выживания / Н.М. Римашевская. – М., 2003.
6. Шабунова, А.А. Репродуктивное здоровье как фактор качества воспроизводства населения [Текст] / А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2009. – №3(7). – С. 73-81.
7. Шабунова, А.А. Здоровьесберегающая активность как фактор здоровья: гендерный аспект / А.А. Шабунова, В.Р. Шухатович, П.С. Корчагина // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2013. – №3(27). – С. 123-132.