

УДК 314.15; 314.48

ТКАЧЕНКО Александр Александрович — доктор экономических наук, профессор, заместитель директора Института исследований международных экономических отношений Финансового университета при Правительстве РФ (125993, Россия, г. Москва, Ленинградский пр-кт, 49; AATkachenko@fa.ru)

ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ВОЗРОЖДЕНИЕ ИЛИ DESERTIO VISUS?

Аннотация. В статье эффективность проводимой государством демографической политики рассматривается с двух позиций: политики стимулирования рождаемости, которой автор не видит в принятых мерах, в большей мере соответствующих поддержке семей с низким доходом, и политики охраны здоровья населения, которая представляется явно недостаточной. Анализируются роль материнского капитала в изменениях повозрастных коэффициентов рождаемости и влияние семейных пособий на положение семьи, которые, по мнению автора, не могут в их нынешнем виде считаться основными социальными гарантиями. Автор делает вывод о необходимости усиления демографической политики в области здоровья населения.

Ключевые слова: демографическая политика, продолжительность жизни, материнская смертность, семейные пособия, дебилизация населения, материнский капитал, демографическая ситуация

Первые предварительные итоги демографического развития России за 2017 г. взволновали СМИ, обсуждаются в средствах массовых коммуникаций, получают устрашающие названия типа «демографического коллапса» и во многом являются, как представляется, обратным следствием предыдущих многочисленных статей и заявлений о достигнутых успехах в преодолении демографического кризиса. Повод волноваться действительно существует, как и существовала точка зрения о необходимости более умеренного, трезвого, если хотите, взгляда на улучшение ряда показателей, которые, во-первых, оценивались, прежде всего, неспециалистами, а во-вторых, интерпретировались часто далекими от демографической науки людьми с одной целью — порадовать общественность достижениями в воспроизводстве населения.

Более всего опасно, по нашему мнению, навязывание позиции оценки ситуации не специалистами, которые могут своими публикациями повлиять на общественное мнение и мнение *policy-makers*, дезориентируя их. Беда нашей отечественной демографической науки, и не только ее, в особенностях истории развития: ее прошлое туманно и зияет провалами полного «исчезновения» науки (1930–1950-е гг.), идеологической скованностью (1960–1980-е гг.), хотя сама наука является междисциплинарной и находится на стыке гуманитарных и негуманитарных наук. Это во многом объясняет, но не оправдывает ошибки, заблуждения от незнания, самоуверенность людей, выдающих себя за специалистов в области демографии. Один из экспертов в области управления здравоохранением утверждает, что пример ЕС, который якобы показал социально-экономическую невозможность «аккумулировать» даже 800 тыс. чел., свидетельствует, что миграция не спасет положение России, т.к. для этого ежегодно необходимо «ввозить» по 1 млн чел.¹ Ввозить мигрантов не нужно и невозможно — люди устремляются сами, сравнивая условия жизни и труда, и Россия заинтересована не только в переселенцах, но и во временной рабочей силе из сопредельных стран; другое дело, что программа переселения соотечественников показала свою полную неэффективность из-за неправильно

¹ Независимая газета. 2017 г. 14 нояб. С. 3.

выбранной цели и отсутствия адекватных условий ее выполнения. А потоки из стран Закавказья и Центральной Азии резко сократились вместе с рецессией российской экономики в 2014–2016 гг. и обвалом рубля, который сразу же обесценил возможность ремиттансов и денежных переводов.

Рождаемость. Самый явный, лежащий на поверхности и давно разъясненный специалистами недостаток подобных заявлений – отождествление рождаемости, которая измеряется специальными показателями, отражающими ее уровень, и числа родившихся. Поэтому, когда в России более многочисленные поколения молодых женщин вступали в возраст рождения первого ребенка и на свет появлялись, соответственно, более многочисленные когорты детей, начиналось подчеркивание эффективности проводимой демографической политики. Теперь, когда начался обратный процесс – рождение меньших поколений детей малочисленными поколениями мам, стали писать о «внезапном» сокращении, о трагичности ситуации и т.п. Посмотрим на динамику уровня рождаемости на примере возрастных коэффициентов, по которым более корректно можно судить об эффективности демографической политики или иных мер, относящихся скорее к семейной политике, если под последней подразумевать все меры государства в отношении семьи, включая помощь нуждающимся семьям.

Таблица 1

**Возрастные коэффициенты рождаемости
(число рождений на 1000 женщин данного возраста)**

Показатель	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
20–24 года	89,5	91,2	90,5	87,5	87,5	91,3	89,9	89,8	90,0	87,2
25–29 лет	86,9	92,4	95,9	99,2	99,8	106,6	107,6	110,2	112,6	111,5
30–34 года	54,1	60,0	63,6	67,3	68,2	74,3	76,2	79,8	83,0	84,4
СКР*	1,416	1,502	1,542	1,567	1,582	1,691	1,707	1,750	1,777	1,762

* СКР (суммарный коэффициент рождаемости) – среднее число детей, рожденных женщиной за свою жизнь.

Источник: Статистический ежегодник. 2016. М. 2016. С. 90.

Выбранный нами период связан с необходимостью проанализировать роль введенного с 01.01.2007 материнского капитала, который предназначался для поддержки женщин (семьи) при рождении второго, третьего и последующих детей. Эта новация социальной политики вызывала и продолжает вызывать значительные споры среди специалистов различных направлений, практиков, включая представителей различных ведомств, и раздумья среди населения, которое ею пользуется. Как видно из табл. 1, в первом возрастном интервале, когда у женщин обычно рождается первый ребенок, уровень рождаемости колебался очень незначительно и в целом не повысился за 10 лет. Первое небольшое повышение возрастных коэффициентов рождаемости у поколений 25–29-летних и 30–34-летних после снижения этих показателей в 1990-х гг. было отмечено в 2006 г., т.е. никак не связано с введением материнского капитала. Затем рост этих показателей продолжился по 2015 г., но с 2016 г. началось их снижение за исключением старших возрастных групп, начиная с 30-летних. Это свидетельствует в пользу сторонников влияния материнского капитала на рост

уровня рождаемости главным образом посредством превращения отложенных рождений в реальные. В то же время в 2008 г. произошло смещение модальной группы с возраста 20–24 лет к группе 25–29-летних. Средний возраст матери при рождении ребенка повысился до 28,1 года (самый высокий показатель за последние 55 лет)¹.

Если в 1990 г. доля детей, рожденных женщинами в возрасте 20–24 лет, составляла 36,6%, 25–29 лет – 27,0% и 30–34 лет – 15,6%, то в 2014 г. эти соотношения составляли 21,9%, 35,5% и 24,6% соответственно. Таким образом, даже группа 30–34-летних превзошла по доле рожденных детей ранее преобладавшую группу 20–24-летних. Такую динамику можно было бы считать положительным явлением в демографической ситуации страны, если бы еще быстрее не росли возрастные коэффициенты рождаемости в старших детородных группах: за 1990–2014 гг. рождаемость в группе 35–39-летних увеличилась в 1,85 раза, в группе 40–44-летних – в 2,04 раза. Стимулирование рождаемости в старших возрастных группах должно сопровождаться высоким уровнем родовспомогательных и других учреждений охраны здоровья, доступностью качественного питания для матерей и новорожденных, высоким качеством предоставляемых в этой сфере услуг. О том, что это в действительности не так, свидетельствуют приводимые министром здравоохранения В.И. Скворцовой данные о проблемах рожениц в сельской местности, где сохраняются заметные различия с городами в показателях материнской смертности: на селе она в 1,5 раза выше, т.к. в сельской местности от маточных кровотечений умирают в 4,5 раза больше беременных женщин (пожелавших, по выражению министра, рожать рядом с домом) и от абортотворения – в 1,8 раза больше². По мнению ВОЗ, материнская смертность является ключевым показателем состояния здоровья и не в меньшей мере – статуса женщин, отражая в наиболее острой форме различия между богатыми и бедными [Women and health... 2009: 40]. Снижение материнской смертности (*maternal mortality ratio*)³ в России за 1990–2015 гг. составило 60,3%, что немало. Но в то же время в Белоруссии за этот период показатель снизился на 87,9%, хотя в 1990 г. и был ниже российского на 47,6% (33 и 63 умерших на 100 тыс. рожденных живыми соответственно). Поэтому проблема отставания от стран с более благоприятными для материнства условиями продолжает оставаться для России острой: показатель материнской смертности в 2015 г. составил 25 [Trends ... 2015: 70–75] и продолжает оставаться выше, чем в Белоруссии, в 6,2 раза, в Германии и Дании – в 4,2 раза, во Франции и Эстонии – в 3,1 раза.

О большем влиянии на уровень рождаемости не столько материнского капитала, сколько других факторов, говорят, по нашему мнению, различия в показателях между крупнейшими городами России и окружающими их областями⁴. В Москве суммарный коэффициент рождаемости (СКР) был ниже, чем в Санкт-Петербурге, и составлял в 2016 г. 1,461; при этом устойчивая тенденция роста началась с 2007 г., и в 2016 г. коэффициент был даже выше 1990 г., но всего на 3,2%. В Санкт-Петербурге он был заметно выше – 1,634 – при той же тенденции роста, но было больше и «провалов» – в 2011 и 2013 гг., когда он снижался, что скорее свидетельствует о неустойчивости и значительном влиянии приводящих факторов. В окружающих столицы областях ситуация была обратной: высокий уровень в Московской обл. – 1,727 и заметно более низкий в Ленинградской обл. – 1,318, хотя в Ленинградской обл. тенденция в динамике

¹ Демографический ежегодник России. 2015. М. 2015. С. 67.

² Демоскоп Weekly. 2017. № 745–746.

³ Число умерших от осложнений беременности, родов и в первые 6 недель послеродового периода на 100 тыс. рожденных живыми.

⁴ В определенной мере это проецирует будущий тренд рождаемости у городского населения.

СКР была такой же, как в Московской, но с более медленными темпами роста и неустойчивостью (уменьшение в 2011 г.).

Среднероссийский СКР в 2016 г. снизился, так и не достигнув в своем росте в 2006–2015 гг. уровня 1990 г., хотя и тогда он был ниже простого воспроизводства населения. Правительство РФ должно, согласно указу Президента России¹, к 2018 г. обеспечить повышение СКР до 1,753. Задача по СКР была выполнена, но теперь нам предстоит возврат к прежней точке, хотя это ничего не меняет по существу в характере воспроизводства населения: оно растет только за счет миграции, и победные реляции о возврате к положительному естественному приросту в 2015–2016 гг. оказались преждевременными. Почему же материнский капитал хоть и сыграл какую-то роль в повышении уровня рождаемости, но остался институцией, не подкрепленной другими мерами демографической политики, которая проводится, как считает правительство, в нашей стране? Посмотрим на соотношение основных социальных гарантий государства, взаимосвязанных с этим капиталом.

Таблица 2

Социальные выплаты российским семьям, тыс. руб.

Социальные выплаты	2007	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Материнский капитал	250	343,4	365,7	387,6	409,0	429,4	453,0	453,0	453,0
прирост, %	–	10,0	6,5	5,99	5,5	4,99	5,5	0,0	0,0
ИПЦ, прирост, %*	11,9	8,8	6,1	8,8	6,1	6,6	6,5	11,4	2,5 ^Ë
Родовой сертификат	10,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0
Пособие при рождении ребенка **	8	10,9	11,7	12,4	13,1	13,7	14,5	15,5	16,4
Пособие по уходу за первым ребенком ²	1,5	2,1	2,2	2,3	2,5	2,6	2,7	2,9	3,1
Пособие по уходу за вторым и последующими детьми	3	4,1	4,4	4,7	4,9	5,2	5,4	5,8	6,1

* Индекс потребительских цен на товары и услуги; в % декабрь к декабрю предыдущего года.

** Единовременное; январь–ноябрь.

Составлено по: *Российский статистический ежегодник. 2016 г.* М. 2016. С. 154; 2017 г. Доступ: http://www.gks.ru/bgd/free/b00_24/IssWWW.exe/Stg/d000/I000650-10R.HTM

В годы наступившей рецессии материнский капитал перестал индексироваться, хотя в 2007–2010 гг. индексировался почти по ИПЦ (отставание составило 1,5 тыс. руб.), а с 2013 г. стал отставать от роста цен. Родовой сертификат не индексируется совсем, вероятно, правительство полагает, что стоимость

¹ Указ Президента РФ от 07.05.2012 N 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации». – *Собрание законодательства РФ*. 2012. N 19. Ст. 2343.

² Даются округленные цифры в тыс. руб., хотя государство выдает это пособие с учетом 10 коп. (2009 г.) или 30 коп. (2011 г.) и т.д.

медицинских услуг по беременности и родам не растет. Единовременное пособие в связи с рождением ребенка индексировалось с небольшим опозданием, которое в 2017 г. вылилось в отставание в 800 руб., но поскольку оно носит разовый характер и всего приблизительно на 60% больше прожиточного минимума для детей, то не может играть никакой роли ни в стимулировании рождаемости, ни даже в поддержке уровня доходов малообеспеченных семей с детьми. Пособия по уходу за детьми носят просто символический характер (они ниже минимальной заработной платы на 60,3% для первого ребенка и на 22% — для второго и последующих), и их как-то даже неловко относить к основным социальным гарантиям, т.к. этот уровень не гарантирует даже бедное существование ребенка и матери в отпуске по уходу за ребенком¹. Но этого не понимает, например, Минфин, который предлагал, экономя средства на выплатах материнского капитала, направить их на другие меры стимулирования рождаемости: новые адресные выплаты и пособия. Такими пособиями можно, подчеркнем еще раз, лишь пытаться поддержать семью на «плаву», но они не могут стимулировать ее рост.

Указ Президента России², который меняет некоторые положения аналогичного документа, принятого 5 лет назад³ (в нем была установлена беспрецедентно точная для таких документов цифра СКР до тысячного знака в отношении ожидаемой продолжительности жизни в целевой установке), наоборот, избегает точности и корректности: дана только общая цифра — 74 года для всего населения, хотя хорошо известны данные о большом разрыве в этом показателе между мужским и женским населением (в 2014 г. 65,29 года и 76,47 года соответственно)⁴; показатель также дан в целых единицах, хотя данные Росстата рассчитываются и публикуются с сотыми долями. Такая цифра, вероятно, была вызвана возможностью добиться результата округлением, даже если он был бы несколько ниже. Но, судя по динамике смертности в 2016 г. и предварительным результатам за 2017 г., даже эта круглая цифра в 74 года не будет достигнута, хотя была попытка в заявлении премьер-министра⁵ отодвинуть целевой рубеж на 2020 г. Однако указ 2017 г. повторил задание правительству обеспечить достижение показателя в 74 года в 2018 г. Было заявлено, что в 2015 г. превышен исторический максимум за все время, и показатель вырос до 71,39 года, но этот исторический максимум меньше, например, показателя Великобритании на 10,2 года, Японии — на 12,45 года. Уже неоднократно подчеркивалось, что провалы, т.е. движение назад, у этого показателя не должны быть в любой стране за исключением периодов природных катастроф, опустошительных войн, голода. Поэтому он движется вперед, и только вперед, и говорить каждый год о достижении исторического максимума в целом развивающейся стране можно с большой натяжкой. Поэтому удивляет общая позиция первых лиц государства и правительства, которые употребляют это сильное выражение — «исторический» — по разным поводам, применяя его все к той же демографической ситуации.

¹ Для поддержки бедных семей с 2013 г. существует ежемесячное пособие в размере регионального прожиточного минимума для детей, выплачиваемое на третьего и последующих детей до 3-летнего возраста.

² Указ Президента РФ от 18.10.2017 № 487 «О внесении изменения в Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации»». — *Российская газета*. 2017. 18 окт. № 7401.

³ Указ Президента РФ от 07.05.2012 N 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации». — *Собрание законодательства РФ*. 2012. N 19. Ст. 2343.

⁴ Этот разрыв в 11 лет существует уже в течение 40 (!) лет, хотя в отдельные годы был и выше: например, в 2001 г. — 13,35 года.

⁵ Министр труда назвал для 2018 г. показатель в 73 года. См.: *РИА Новости*. 06.04.2016. Доступ: <https://ria.ru/society/20160406/1403490899.html> (проверено 25.11.2017).

Так, спикер Совета Федерации говорит об исторически самом низком уровне младенческой и материнской смертности. Но поскольку российский показатель материнской смертности весьма высок по сравнению с развитыми странами, то получается, что мы, добиваясь его ежегодного уменьшения, достигаем каждый год «исторического (?) минимума».

Вернемся к семейным пособиям. Во-первых, ни в одной европейской стране демографическая политика не связывается с прожиточным минимумом, последнее может относиться только к политике социальной защиты и помощи бедным слоям населения (семьям). Во-вторых, когда речь идет о доплате только семьям, начиная с третьего ребенка, то это тоже не может считаться той частью демографической политики, которая относится к пронаталистской, т.к. минимальными доплатами, связанными с поддержанием социально допустимого в данном обществе минимального уровня жизни, никто ничего не стимулирует — это политика по спасению от нищеты, которая зафиксирована в обязательствах правительств по Копенгагенской декларации о социальном развитии и последующими решениями ООН о целях тысячелетия. В-третьих, отдавая эту часть социальной политики регионам¹, государство закрывает глаза на существующую дифференциацию прожиточного минимума, связанную как с объективными условиями (климат, влияющий на нормы одежды, питания), так и субъективными (возможности регионального бюджета, специфика расчета самого минимума). Так, среди регионов России различия в прожиточном минимуме детей составляют 2,6–2,7 раза (2015 г.): от максимальных значений в Ненецком АО (20 161 руб.) и Камчатском крае (19 733 руб.) до минимума в Чеченской Республике (7 348 руб.) и Воронежской области (7 628)².

Если в 2013 г. государство (федеральный центр) брало на себя обязательства частично дотировать эти выплаты, если в регионе сложилась неблагоприятная демографическая ситуация, под которой понимался уровень суммарного коэффициента рождаемости ниже среднероссийского, то в 2017 г. указом Президента вводятся обязательства дотировать все регионы, где СКР ниже 2,0. Если в первом случае речь шла о 40 субъектах РФ, то во втором — это уже 74 субъекта, т.е. 87% всех регионов³. При этом мера выплат нуждающимся семьям в равной доле ложится на центр и регионы, большинство из которых не имеют для этого дополнительных средств. Но главный вопрос состоит в том, во имя чего это делается, если данные выплаты связывают с СКР. Выплаты бедным, а прожиточный минимум измеряет именно таковых, никак не могут влиять на уровень рождаемости и на рождаемость вообще в нашей стране, где он не позволяет содержать ребенка на эти средства. Не менее важный вопрос состоит в том, почему выплаты начинаются только с третьего ребенка. Если признать, что появление второго ребенка ухудшает финансово-материальное положение многих семей, а третьего — большинства, то последует совершенно логичный вывод: государство поддерживает эти семьи, чтобы не дать им скатиться в нищету. Но тогда зачем указ посвящен демографической политике, ведь данные меры к ней никакого отношения не имеют и на результаты демографического воспроизводства действия не оказывают? Не менее странно, что специалисты, готовившие данный указ, позволили себе поставить целью достижение в 2018 г. уровня в 1,753. Он был достигнут раньше, но это никак не меняет характер воспроизводства населения: оно как было суженным, так и остается. Но ни одно правительство в мире не ставило своей целью достичь уровня, выражаемого с

¹ Указ 2012 г. предусматривал софинансирование «центр – регион» в соотношении 90% + 10%, а с 2018 г. – 50% + 50%.

² *Российский статистический ежегодник. 2016 г.* М. 2016. Табл. 6.24.

³ Подсчитано по данным Росстата. Доступ: <http://www.gks.ru/dbscripts/cbsd/dbinet.cgi?pl=2415002>

точностью до тысячного знака. Никто не возьмет на себя и не может взять подготовку программы с любым уровнем финансирования (если выдвинуть такую фантастическую гипотезу), которая приведет к достижению точного показателя СКР к какому-то периоду. Это просто противоречит теории и зависит (достижение этой цели) от столь разноположенных факторов, большинство которых заданы гомеостатическими свойствами демографической системы, что их невозможно учесть во взаимодействии. Тогда во имя чего издаются такие указы, и что они дают для изменения демографической ситуации к лучшему? Было бы продуктивнее в проведении демографической политики обратиться к проблемам смертности населения России.

Проблемы смертности. Демографическая ситуация в России в 1990-х и нулевых годах настолько поразила европейских исследователей, что они сравнивали ее с положением в XXI в. в недоедающих, преимущественно сельских или неграмотных и бедных сообществах в странах Азии или Африки [Eberstadt 2010: 111]. Многие отечественные специалисты отмечали беспрецедентное падение ожидаемой продолжительности жизни в первой половине 1990-х и начале нулевых годов [Вишневецкий 2010: 39-43; Ткаченко 2014: 7-12] и отсутствие долгосрочной государственной политики по решительному изменению модели охраны здоровья населения. В оценке ситуации этого периода как массовой дебилизации населения мы сходимся с рядом авторов, прежде всего с Н. Эберстадтом, подразумевая под этим ослабление, истощение, регресс в развитии населения, который отбрасывает страну к уже, казалось бы, преодоленному прошлому¹.

За 9 месяцев 2017 г. число умерших в трудоспособном возрасте по сравнению с аналогичным периодом 2016 г. уменьшилось на 21,56 тыс. чел. При этом численность умерших мужчин сократилась на 17,08 тыс. чел., что составляет 79,2% всего сокращения. Это связано с печальной спецификой смертности в России: среди всех умерших в 2017 г. мужчины составляли 79,37%, и меньшая доля в сокращении, хотя она и незначительна, но все же свидетельствует о сохранении прежней тенденции: здоровье мужского населения хуже, процесс улучшения идет медленнее, чем у женского населения. Наибольший разрыв в уровне смертности между мужчинами и женщинами наблюдался в 2016 и 2017 гг. по следующим причинам смерти: ишемическая болезнь сердца – 7,9 раза и 8,2 раза; случайные отравления алкоголем – 5,2 и 5,3 раза; самоубийства – 6,85 и 7,02 раза². Как видим, превышение огромно и в 2017 г. выросло. И неважно, что прирост был небольшой, – важна тенденция: разрыв между женским и мужским населением продолжает расти. Поэтому говорить об успешности демографической политики, как и здравоохранительной, просто некорректно. Удручает еще один факт: российское население и общество «выпадает» из глобальной картины причин смертности XXI в. хотя бы потому, что у нас на 2-м месте находится смертность от внешних причин (самоубийства, ДТП, случайные отравления алкоголем и почти такое же число погибших от убийств), и лишь на 3-м месте находится смертность от новообразований. ДТП, по данным ВОЗ, не входят в первую десятку ведущих причин смерти в странах с высоким уровнем дохода, а в странах с низким уровнем дохода находится лишь на последнем месте в такой десятке. Соотношение основных (укрупненных) причин смерти в 2017 г. в России было следующим: болезни

¹ Представляется, что термин *debilitation* как травматические, необратимые изменения точен, хотя и многообразен (атрофия, истощение, регресс, рецидив, неудача), поэтому переводится с трудом и отличается от термина дебилизации, имеющего узкий смысл с медицинским оттенком.

² Смертность населения в трудоспособном возрасте (январь–июнь 2016–2017 гг.). Доступ: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/smert.htm

системы кровообращения составляли 30,8% всех случаев смерти, внешние причины – 23,9%, новообразования – 15,2%, из них злокачественные – 15,04%; при этом доля внешних причин и новообразований уменьшилась по сравнению с 2016 г., в то время как доля умерших от болезней системы кровообращения возросла, что также должно вызывать тревогу у общества и власти. Если бы в России уровень смертности от болезней сердца (сердечно-сосудистой системы) удалось бы уменьшить среди мужчин до средневропейского уровня, то Россия ежегодно сберегала бы 266 тыс. жизней: 175,4 тыс. мужчин и 50,5 тыс. женщин, а если взять за эталон уровень смертности Нидерландов и предположить, что российский стандартизированный коэффициент смертности сократился до голландского, то число сбереженных жизней составило бы 374 тыс. – 255,2 тыс. мужчин и 118,6 тыс. женщин¹. Государство пытается решить эту проблему в течение длительного времени, но часто это приводит к совсем не тем результатам: улучшаются статистические данные по этому показателю во многих регионах, и почти на эту же величину возрастают данные по смертности от других причин. Особенно излюбленным методом является «перенос» причин смертности на такие нейтральные показатели, как смерть от старости. Как правильно пишут специалисты-демографы, «в любом случае снижение показателя смертности от сердечно-сосудистых болезней в регионах в результате изменения практики кодирования причин смерти не следует смешивать с реальными успехами в борьбе с сердечно-сосудистой патологией» [Вишневский, Андреев, Тимонин 2016: 30].

Можно, например, подчеркнуть снижение на 18% смертности от острых алкогольных отравлений до 11,8 на 100 тыс. чел. или общей смертности сельских жителей на 4,4% до 14,2‰². Но стоит только сравнить итоги развития нашего общества за 25 последних лет для мужского и женского населения определенного возраста, как вырисовывается довольно пессимистическая картина. В 2015 г. реальность не столь приятна для оценки достижений нашей медицины и качества жизни и труда работающего населения, начиная с послестуденческого возраста. Так, у 25–29-летних мужчин все четверть века коэффициент смертности превышал уровень 1990 г., и только в 2015 г. он стал немного ниже (на 6%), а во всех остальных возрастах до 45 лет он заметно превышает уровень 1990 г. Таким образом, мужское население самого продуктивного возраста, эффективность труда которого может более всего способствовать росту экономики, продолжает оставаться уязвимым в области здоровья по сравнению с другими половозрастными группами населения (мы не касаемся хорошо известного явления мужской сверхсмертности, выражающейся в более высокой смертности – в 3 раза – мужчин в возрасте от 20 до 60 лет). Коэффициент смертности у 45–49-летних мужчин стал ниже уровня 1990 г. только в 2013 г. и после этого не имеет четкой динамики снижения. Несколько оптимистичнее выглядят позиции мужского населения 50–54 лет, у которых уровень 1990 г. был преодолен после 2012 г., и с 2013 г. отмечается небольшое снижение. Почти такая же картина у последнего предпенсионного пятилетия, где более низкий по сравнению с 1990 г. показатель был достигнут на 1 год раньше – в 2012 г. Снижается и смертность мужчин в возрасте 60–64 лет, часть которых работают (около 39%³, что в 2 раза меньше, чем в возрасте 55–59 лет), а большая часть – отдыхают⁴. Но вот «отдых» следующих возрастных групп почему-то не идет

¹ Рассчитано автором по данным: *Cardiovascular diseases statistics. Statistics Explained*. Eurostat. September 2017.

² РИА «Новости». Доступ: <https://ria.ru/society/20171012/1506722885.html>

³ *Труд и занятость в России. 2015*: статистический сборник. М.: Росстат. 2015. С. 42.

⁴ Из числа пенсионеров всех возрастов продолжают работать 35,7% (2015 г.).

им на пользу, и с 2014 г. по возрастные коэффициенты смертности у них опять растут¹. Экономическая рецессия этих лет не могла оказать заметное влияние даже при мизерности пенсий, а вот обесценивание рубля и подорожание медицинских средств — вполне. Слово «мизерность» не несет в себе никакого преувеличения: средняя пенсия превышала прожиточный минимум российского пенсионера в 2014 г. всего на 64,6%, в 2015 г. и того хуже — на 51,7%². А если из расчетов средней пенсии исключить пенсии федеральных государственных служащих (17,1 тыс. руб.), летчиков-испытателей (85,7 тыс.) и пенсионеров-космонавтов (446,3 тыс.)³, то уровень обычной пенсии будет еще ближе к прожиточному минимуму. Но главное — это сама система, ее качество ухода за пожилыми в области социальной защиты и охраны здоровья. Среди женского населения этих же рабочих возрастов картина повторяется, только с одним уточнением: в возрасте 25–29 лет, в отличие от мужчин, коэффициент так и не достиг уровня 1990 г., а в остальных возрастах до 45 лет он был заметно хуже достижений 1990 г. Большой оптимизм внушает только когорта первого пенсионного для женщин пятилетия (55–59 лет): до 70 лет показатели не ухудшаются, но и не улучшаются в последние 2 года, а у пожилых старше 70 лет даже заметно ухудшаются. Поэтому столь излюбленная многими тема злоупотребления алкоголем и табакокурением среди мужчин в данном случае не актуальна. Причина и не в образе жизни⁴, который различается у мужчин и женщин, а в его уровне и качестве.

В отличие от России, в ЕС болезни системы кровообращения занимали большую долю — 37,1%, а на 2-м месте была смертность от злокачественных новообразований (*malignant neoplasms*) — 26,4%⁵. В России доля последних в 2017 г. составляла 15,04%, увеличившись по сравнению с 2016 г. (14,58%). Доля женщин, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний, в ЕС была выше, чем доля мужчин (40,0% и 34,1% соответственно); при этом самое большое превышение наблюдалось в постсоциалистических странах, хотя в России оно было более умеренным — 55,4% и 44,9%⁶. Подобный гендерный дисбаланс отсутствовал только в Великобритании и Дании, где доля умерших мужчин была выше, но лишь на 2 и 0,5 процентных пункта. Это свидетельствует об иной модели смертности, сформировавшейся в странах с централизованной экономикой, последствия которой влияют до сих пор и вызывают указанные различия. Феномен роста смертности при переходе к рыночной экономике в этих странах, сопровождавшийся и связанный с массовым снижением реальных доходов, падением уровня жизни, в т.ч. в связи с высокой безработицей, в условиях мирного времени считался беспрецедентным явлением и оценивался как кризис смертности и демографический кризис [The Mortality Crisis... 2000]. Что же изменилось в России за прошедшие 15 лет в этой самой важной области демографического воспроизводства? Для сравнения с другими странами необходимо воспользоваться стандартизированными показателями для исключения влияния возрастной структуры, а оно в России очень значимо из-за высокой смертности муж-

¹ *Труд и занятость в России. 2015*: статистический сборник. М.: Росстат. 2015. С. 91.

² В развитых странах, тем более с социально ориентированной экономикой, социально приемлемым считается превышение не менее 4–5 раз.

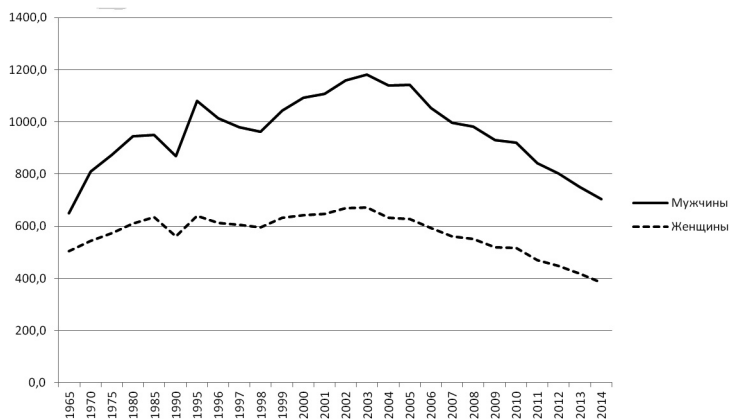
³ Даже при столь малом числе получающих эти пенсии их величина будет влиять на средний размер пенсии.

⁴ Это утверждение не отрицает важность витального поведения, но стремление к таковому в нашем обществе пока не наблюдается как заметное явление.

⁵ Здесь и далее данные по ЕС приводятся по источнику: *Cardiovascular diseases statistics. Statistics Explained*. Eurostat. September 2017.

⁶ Рассчитано по: *Демографический ежегодник России. 2015*. М. 2015. С. 112–113.

ского населения. Несмотря на значительное снижение показателей смертности в последние годы, которое кажется еще более удивительным на фоне падения реальных доходов, в исторической ретроспективе картина представляется не столь впечатляющей. Так, сердечно-сосудистые стандартизированные коэффициенты смертности у женщин снизились до уровня 1965 г. только после 2010 г., и в 2014 г., т.е. 45 лет спустя, они были ниже всего на 24,2%. Показатели мужского населения до сих пор не вернулись к уровню 1965 г. и на протяжении полувека испытали, как видно на рис. 1, 4 подъема. Такие зигзаги в смертности от сердечных болезней и, соответственно, в здоровье трудно объяснить в государстве, которое всегда декларировало своей целью рост благосостояния народа, а с 1993 г. по Основному закону является социальным государством. При этом достигнутый показатель все же выше среднего по ЕС-28 для всего населения на 58,1% у мужчин и на 19,8% у женщин. По таким странам, как Дания, Испания, Великобритания, он выше в 2,2 раза для мужчин и в 1,85 раза для женщин, что ниже лучших показателей в ЕС: во Франции – в 3,5 и 2,3 раза соответственно. Средний по ЕС-28 показатель тянут вниз все бывшие социалистические страны, в которых он даже выше, чем в России (кроме Словении)¹: например, в Болгарии – в 2,55 раза, в Румынии – в 2,2 раза². Не вдаваясь в подробный анализ, можно указать, что уровень (доходы, число бедных, пенсионное обеспечение) и качество (медицинское обслуживание, уровень безработицы, условия труда) жизни значительно влияют на заболеваемость и смертность от этого класса болезней.



Составлено по: *Демографический ежегодник России*. 2015 г. М. 2015. С. 112-113.

Рисунок 1. Стандартизированные коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения (класс IX)³

Недаром в исследованиях смертности в нашей стране зарубежные ученые используют довольно резкие (крайние) выражения: «ужасная тайна экстремальной смертности» (*terrible mystery of extreme mortality*), «зловещие (*ominous*)

¹ Но это также вызывает и вопрос о точности российских данных и о причинах столь относительно низких, более благоприятных показателях, особенно для мужского населения.

² Рассчитано автором по: *Cardiovascular diseases statistics. Statistics Explained*. Eurostat. September 2017; *Демографический ежегодник России*. 2015. М. 2015. С. 112-113.

³ Число умерших на 100 000 чел. населения.

образцы смертности и заболеваемости», «смертельная головоломка» (*deadly puzzle*) [Eberstadt 2010: 111].

Число умерших от туберкулеза продолжает снижаться (2016 и 2017 гг.), но если попробовать сравнить данные по городскому и сельскому населению, соотношение численности которого составляет в России 74 : 26, то число умерших по этой причине находится в соотношении 68 : 32 (2016 г.), в то время как по инфекционным и паразитарным болезням в целом — 78 : 22, т.е. близко к общей пропорции. Следовательно, в сельской местности профилактика, выявление на ранних стадиях заболевания и само лечение туберкулеза заметно хуже. Указ 2012 г. предусматривал снижение коэффициента смертности от туберкулеза до 11,8 на 100 тыс. чел., и для его выполнения в 2014 г. была принята программа «Развитие здравоохранения Российской Федерации»¹. И менее чем за 2 года цель была не только достигнута (10,8 в 2016 г.), но и превзойдена (8,9 в 2017 г.). Во-первых, остается проблема, связанная с тем, что в возрасте до 45 лет от туберкулеза умирают 43,5%, а в возрасте 45–64 года — 45,4% [Нечаева 2016: 34]. Во-вторых, коэффициент смертности от ВИЧ-инфекции в 2015 г. превысил коэффициент смертности от туберкулеза (10,6 и 9,2 соответственно). И как пишет О.Б. Нечаева, «оценка числа смертей, вызванных туберкулезом у пациентов с ВИЧ-инфекцией, представляется как смерть от ВИЧ-инфекции»². Поэтому нельзя с полной уверенностью сказать, что столь замечательные показатели уменьшения смертности по одной причине не вызваны в т.ч. ростом показателей по другой причине смертности. Поэтому вполне справедливо мнение о том, что государственная статистика должна отражать «объективную реальность, что позволит сделать правильные выводы и сможет повлиять на принятие верных решений, которые и приведут к улучшению ситуации» [Нечаева 2016: 32].

Список литературы

Вишневский А., Андреев Е., Тимонин С. 2016. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России. — *Демографическое обозрение*. Т. 3. № 1. С. 6–34.

Вишневский А.Г. 2010. *Сбережение народа или депопуляция России?* М.: ИД ГУ ВШЭ. 82 с.

Нечаева О.Б. 2016. Смертность от инфекционных социально значимых заболеваний в России. — *Медицинский алфавит*. № 32. С. 31–36.

Ткаченко А.А. 2014. *Демографическая ситуация и национальная экономика России 2010-х годов*. LAP LAMBERT Academic Publishing. 116 с.

Eberstadt N. 2010. *Russia's Peacetime Demographic Crisis: Dimensions, Causes, Implications*. NBR project report. May 2010. Washington: The National Bureau of Asian Research. 340 p.

The Mortality Crisis in Transitional Economies (ed. by G.A. Cornia, R. Panicià). 2000. Oxford: Oxford University Press. 480 p.

Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. World Health Organization. 2015. 92 p.

Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. World Health Organization. 2009. 108 p.

¹ Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации “Развитие здравоохранения”» (с изм. и доп.). Доступ: <http://base.garant.ru/70643470/>

² В возрасте 25–34 года от ВИЧ-инфекции умирают 24,0 (на 100 тыс. чел.) и в возрасте 35–44 года — 33,0. На самом деле каждый второй из этих групп фактически умирает от туберкулеза [Нечаева 2016].

TKACHENKO Alexander Alexandrovich, Dr.Sci. (Econ.), Professor, Deputy Director of the Institute for Research of International Economic Relations, Financial University under the Government of the Russian Federation (49 Leningradsky Ave, Moscow, Russia, 125993; AATkachenko@fa.ru)

DEMOGRAPHIC REVIVAL OR DECEPTIO VISUS?

Abstract. The article examines the effectiveness and validity of the state's demographic policy in two areas: stimulating the natality and protecting public health. The state is trying to substitute the concept of pronatalist policy with measures to support families with lower income, since the birth of the second and especially the third child, which leads to reduction in the financial situation of the family and other negative consequences. The author sees a lack of a long-term strategy in the policy of public health protection, which would reduce the level of morbidity and mortality of the male population to at least the average European level (EU-28). The author assesses measures taken by the state as clearly inadequate.

The role of maternal capital in changes in age-specific birth rates and the impact of family benefits on the position of the family are analyzed. A conclusion is drawn on the need to strengthen the demographic policy in the field of public health. The article analyzes the age-specific mortality rates of the working-age population, which indicate too small progress in 50 years, and a huge gap in the mortality rate between men and women.

keywords: demographic policy, life expectancy, maternal mortality, family allowances, debilitation, maternal capital, demographic condition