

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

СОЦИАЛЬНАЯ СФЕРА РОССИИ В 1990–2000-е годы (ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ)

© 2014 г. В.Н. Иванов, Ю.В. Овсиенко, Н.Н. Сухова

(Москва)

Представлена первая статья в серии публикаций, посвященных анализу процессов развития социальной сферы России в 1990–2000-е годы. В работе анализируются тенденции воспроизводства населения, рождаемости, смертности и миграции, а также изменения в системах здравоохранения, образования и социального обеспечения, оказавших влияние на демографические процессы.

Ключевые слова: социальная сфера, тенденции развития, институциональные изменения, демографические процессы, воспроизводство населения, рождаемость, смертность, миграция, здравоохранение, образование, социальное обеспечение.

Классификация JEL: I00.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ

Социальная сфера как сложная, многоплановая категория имеет множество различных определений. В настоящем исследовании авторы придерживаются одной из ее наиболее общих дефиниций: “сфера производства и воспроизводства человека”. Анализируются тенденции развития и институциональные преобразования основных составляющих этой сферы: демографической, трудовой, уровня жизни. Временные рамки данного анализа (1990–2000-е годы) позволяют оценить социальные последствия радикальных экономических реформ, проведенных в России в постсоветский период, выявить наиболее острые проблемы современного состояния социальной сферы.

Результаты исследования представлены в серии статей. Настоящая статья посвящена анализу демографической составляющей социальной сферы. В рамках этого анализа рассматриваются и соответствующие изменения систем образования, здравоохранения и социального обеспечения, которые обычно относят к отраслям социальной инфраструктуры.

Динамика как общих показателей воспроизводства населения, так и конкретных показателей рождаемости и смертности, свидетельствует о резком, если не сказать, катастрофическом, ухудшении демографической ситуации в Российской Федерации в начале 1990-х годов, т.е. в период проведения наиболее радикальных экономических преобразований, заключавшихся в резком изменении сложившейся до этого институциональной системы (подробнее об этих процессах см. (Институциональные изменения, 2005; Овсиенко, 2007)). Начиная с этого времени главной демографической тенденцией почти всего рассматриваемого периода стала депопуляция – сокращение численности населения страны вследствие естественной убыли, т.е. превышения смертности над рождаемостью. Данный процесс получил название “русский крест” и наиболее отчетливо проявился именно в начале 1990-х годов (рис. 1).

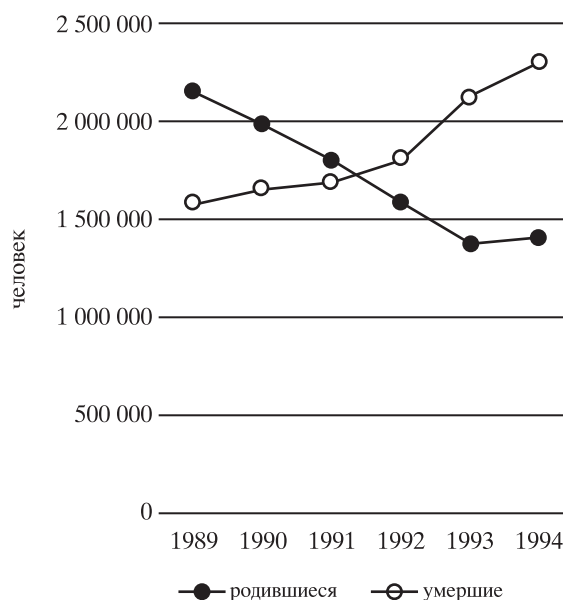


Рис. 1. “Русский крест”

Таблица 1. Показатели воспроизводства населения России в 1986–2010 гг., тыс. человек

Показатель	1986–1990	1991–1995	1996–2000	2001–2005	2006–2010
Число родившихся	11 483,9	7533,2	6329,4	7145,7	8354,0
Число умерших	7838,4	10 132,7	10 456,4	11 552,3	10 361,3
Естественный прирост (+) / естественная убыль (–)	+ 3645,5	–2599,5	–4127,0	–4406,6	–2007,3

Источник: рассчитано по данным Росстата (Демографический ежегодник России, 2012).

В целом за период 1992–2011 гг. показатель естественной убыли населения составил, согласно официальным статистическим данным, 13 374 тыс. чел. Этот беспрецедентно высокий для мирного времени показатель убыли населения можно считать своеобразной ценой, которую Россия заплатила за разрушение существовавшей до этого институциональной системы. Об этом свидетельствует и то, что уровень смертности стал превышать уровень рождаемости именно с 1992 г. – первого года “шоковой терапии”.

В предшествующий период наблюдался значительный естественный прирост населения, хотя в последние годы так называемой “перестройки” его величина стала снижаться на фоне негативных социально-экономических последствий принимавшихся “перестройщиками” решений. Заметим при этом, что в случае стабилизации общих коэффициентов рождаемости и смертности (отношение соответственно числа родившихся к живым и числа умерших в течение календарного года – к среднегодовой численности населения) даже на уровне 1991 г. естественный прирост населения России за период 1992–2011 гг. составил бы более 2 млн человек. Соответственно, общие потери населения страны в результате процессов, которые, по мнению ряда исследователей, можно определить как “либеральные репрессии” (Гундаров, 2001), превысили 15 млн человек, что сопоставимо с потерями населения РСФСР в Великой Отечественной войне (Рыбаковский, 2004). Динамика показателей рождаемости, смертности и естественного прироста (естественной убыли) населения в 1986–2010 гг. представлена в табл. 1.

РОЖДАЕМОСТЬ

Рассмотрим более подробно динамику показателей рождаемости. Сокращение рождаемости в России наблюдалось вплоть до 2000 г. Число родившихся в 1992–1999 гг. (10 801 тыс.) сократилось по сравнению с предшествующим восьмилетием 1984–1991 гг. (18 131 тыс.) более чем на 40%. Подобное падение рождаемости наблюдалось лишь в период Великой Отечественной войны: число родившихся в 1941–1945 гг. уменьшилось по сравнению с предшествующим довоенным пятилетием примерно на 44% (Рыбаковский, 2004). Резкое снижение рождаемости в последнем десятилетии XX в. не позволяет объяснить данный процесс, как пытаются это делать некоторые демографы (Андреев, Вишневский, Трейвиш, 2003; Демографическая модернизация, 2001), переходом к европейской модели репродуктивного поведения, характеризующейся низким уровнем рождаемости. Более того, противоречит такому объяснению и последующая динамика показателей рождаемости. С начала 2000-х годов наблюдалась устойчивая тенденция роста рождаемости; при этом суммарный коэффициент рождаемости¹, снизившийся к 1999 г. до 1,157, вырос почти в полтора раза и, по предварительным данным, в 2012 г. вплотную приблизился к уровню дореформенного 1991 г. (1,732) (Щербакова, 2013).

Рост рождаемости в 2000-е годы наблюдался на фоне общего улучшения социально-экономической ситуации в стране и проведения государством ряда мер социального обеспечения, направленных на стимулирование рождаемости. Так, размер единовременного пособия при рож-

¹ Суммарный коэффициент рождаемости показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (15–49 лет) при сохранении в каждом возрасте уровня рождаемости того года, для которого вычислены возрастные коэффициенты. Его величина не зависит от возрастного состава населения и характеризует средний уровень рождаемости в данный календарный период.

дении ребенка в сопоставимых ценах увеличился в 2006 г. по сравнению с 2001 г. более чем в 3 раза. Начиная с 2007 г. стали выплачиваться ежемесячные пособия по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет. В этом же году при рождении второго (третьего или последующего) ребенка семьи стали получать сертификаты на материнский (семейный) капитал, размер которого составлял в 2007 г. 250 тыс. руб. и ежегодно индексировался с учетом инфляции.

Существуют основания полагать, что указанные меры способствовали росту рождаемости: при общем росте числа родившихся в 2012 г. по сравнению с 2006 г. более чем на 400 тыс. человек (или почти на 30%) наиболее высокие темпы рождаемости были характерны для старших возрастных групп женщин репродуктивного возраста, в которых, очевидно, выше доля рожающих вторых (третьих и т.д.) детей. Об этом же свидетельствуют и данные о числе выданных сертификатов на материнский (семейный) капитал: всего лишь за четыре года (2007–2010 гг.) эти сертификаты получили 2,5 млн семей. Заметим в этой связи, что представители либерального направления в демографии считают в принципе противоправным “вмешательство” государства в демографические процессы, а единственным фактором, способным препятствовать депопуляции, в России, является, по их мнению, внешняя миграция (Вишневский, Зайончковская, Мкртчян и др., 2004; Зайончковская, 2006). Такая точка зрения представляется, мягко говоря, спорной.

Несмотря на наблюдаемую в последние годы тенденцию роста суммарного коэффициента рождаемости, следует учитывать, что, даже при сохранении этой тенденции в перспективе, не следует ожидать дальнейшего быстрого увеличения числа родившихся. Это объясняется тем, что в ближайшее время наиболее активная фаза репродуктивного возраста (20–29 лет) будет представлена немногочисленным поколением женщин, родившихся в 1990-е годы. В связи с этим необходимо признать, что в перспективном периоде естественный прирост населения (впервые за последние 20 лет переход от естественной убыли к естественному приросту был зафиксирован в июле–ноябре 2012 г.) возможен лишь при дальнейшем росте суммарного коэффициента рождаемости и существенном снижении смертности, особенно в относительно молодых возрастных группах.

Возможности роста суммарного коэффициента рождаемости зависят от ряда факторов, влияющих на репродуктивное поведение населения. Многие из них являются экзогенными по отношению к предмету настоящего исследования. Ограничимся поэтому лишь рассмотрением тех социально-экономических факторов, которые в настоящее время препятствуют росту рождаемости как по субъективным оценкам населения, так и по оценкам динамики этих факторов в рассматриваемом периоде.

По данным социологических опросов, к причинам, в наибольшей степени сдерживающим рост рождаемости, относятся невысокий уровень доходов и низкий размер детских (семейных) пособий; низкая доступность жилья и, соответственно, неудовлетворительные жилищные условия семей с детьми; дефицит детских дошкольных учреждений и высокая плата за образование детей². Острота этих проблем подтверждается и анализом тенденций изменения соответствующих социально-экономических показателей.

Как уже отмечалось выше, в 2000-е годы были осуществлены меры социального обеспечения, направленные на стимулирование собственно рождаемости. В то же время не были приняты адекватные меры поддержки малообеспеченных семей с несовершеннолетними детьми. Соответственно, принципиально изменилась структура расходов на выплату семейных и материнских пособий: если в 2001 г. на долю ежемесячных пособий на несовершеннолетних детей приходилось 72% суммы всех детских (семейных) пособий, то в 2009 г. эта доля снизилась до 18%, а размер этих пособий составил в среднем на одного ребенка около 150 руб. в месяц. Это стало одной из причин того, что с ростом рождаемости материальное положение семей, имеющих несовершеннолетних детей, ухудшилось по сравнению с другими семьями. Так, при общем сокращении в конце “нулевых” годов численности населения с доходами ниже величины прожиточного минимума доля детей в общей численности населения с такими доходами возросла (подробнее см. (Иванов, Суворов, 2012)).

² См. материалы сайтов www.bd.fom.ru, www.fom.ru, www.vciom.ru.

Как показывают многочисленные исследования, дети представляют собой группу самого высокого риска бедности, а уровень благосостояния детей является одним из важнейших факторов того, насколько человек преуспеет во взрослом возрасте – какое образование он получит, сколько он будет зарабатывать, какое у него будет здоровье и т.п. По этой причине социальная помощь семьям с невысокими доходами, имеющим детей, рассматривается в качестве одного из приоритетов государственной политики в большей части развитых стран. Так, общая сумма семейных и материнских пособий в целом по странам Евросоюза составляла в конце “нулевых” годов 2,1% ВВП (Eurostat Social Protection Database), а в России – всего 0,6% ВВП (рассчитано по (РСЕ, 2013)).

О неудовлетворительных жилищных условиях семей с детьми свидетельствуют, в частности, результаты Комплексного обследования условий жизни населения в 2011 г. Согласно данным этого исследования, в среднем на члена домохозяйства приходится 17,2 кв. м жилья, а в семьях, имеющих несовершеннолетних детей, – почти в полтора раза меньше – 12,3 кв. м, в том числе в семьях с тремя и более детьми – 9,4 кв. м (Социальное положение, 2013). Возможности улучшения жилищных условий при переходе к рыночным отношениям и в условиях высоких и быстро растущих цен на рынке жилья крайне ограничены. Государственные расходы на эти цели в рассматриваемом периоде многократно сократились: число семей, получивших жилые помещения и улучшивших жилищные условия, уже в 1995 г. (652 тыс.) снизилось по сравнению с 1990 г. (1296 тыс.) в 2 раза, а в 2010 г. (181 тыс.) составило всего 14% от уровня 1990 г. (РСЕ, 2013). Что же касается покупки жилья, то в настоящее время такую возможность даже при использовании ипотечного кредита имеют, по существующим оценкам, не более 15% населения. Согласно нашим расчетам, на основе данных статистической отчетности за 2010 г., стоимость трехкомнатной квартиры площадью 70 кв. м для семьи с двумя детьми и двумя работающими родителями, получающими заработную плату на уровне средней по стране, составляет сумму, равную их совокупному семейному доходу за 7–8 лет. Заметим также, что вся сумма материнского капитала (343,4 тыс. руб. в 2010 г.), расходовать который разрешено в том числе и на приобретение жилья, эквивалентна стоимости всего 5,7 и 7,1 кв. м жилья соответственно на вторичном и первичном рынках.

В рассматриваемом периоде в основном в результате приватизации предприятий и последующей ликвидации их социальной инфраструктуры почти в 2 раза сократилась сеть дошкольных образовательных учреждений: в 1990 г. число детских садов составляло 87,9 тыс., в 1995 г. – 68,6 тыс., в 2000 г. – 51,3 тыс., в 2011 г. – 44,9 тыс. (РСЕ, 2013). При падении рождаемости в 1990-е годы такое сокращение не привело к значительному снижению доступности дошкольного образования, однако с ростом рождаемости в 2000-е годы проблема нехватки детских садов резко обострилась. Так, на начало 2003 г. уже 405 тыс. детей нуждались в устройстве в дошкольные учреждения, а к началу 2012 г. их число выросло более чем в 5 раз и составило 2248 тыс. (РСЕ, 2004, 2013). В результате того, что матери таких детей во многих случаях не имеют возможности работать и, соответственно, получать трудовые доходы, отсутствие детских садов стало еще одним фактором ухудшения материального положения семей с детьми.

Параллельно со снижением доступности дошкольного образования росла плата родителей за посещение детских садов детьми. При этом тенденция к коммерциализации затронула в рассматриваемый период практически все ступени образования. Дети действительно стали “дорогим удовольствием”: в 2008 г. по сравнению с 2000 г. расходы семей на образование детей выросли в текущих ценах в 11 раз, а в структуре потребительских расходов населения – в 1,6 раза (Образование в РФ, 2010).

СМЕРТНОСТЬ

Резкий рост смертности населения России произошел уже в первые годы радикальных реформ: в 1994 г. общая смертность увеличилась по сравнению с 1991 г. более чем на треть, в том числе в трудоспособном возрасте – в 1,5 раза. В результате средняя продолжительность жизни (ожидаемая продолжительность жизни при рождении) населения России к середине 1990-х годов снизилась до 64 лет, или более чем на 5 лет, по сравнению с концом 1980-х годов. По этому показателю, являющемуся обобщающей характеристикой уровня смертности и одним

из основных показателей оценки здоровья населения, используемых в международных сопоставлениях, Россия к концу XX в. опустилась на 102 место в мире (Иванов, Суворов, 2003).

Достаточно очевидно, что резкий рост смертности был обусловлен прежде всего существенным ухудшением социально-экономической ситуации в стране, в первую очередь резким падением уровня жизни большинства населения и сопровождающим его ростом социально-психологической напряженности в результате неспособности адаптироваться к новым экономическим условиям. По данным экспертов Минздрава, уже в 1993 г. около 40% населения отмечали стрессовые ситуации, следствием которых могли стать серьезные отклонения в здоровье” (Доклад, 1994).

Социально-психологический стресс признается основным среди социально-экономических факторов, негативно влияющих на здоровье населения и приводящих к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, неврозов, росту смертности от несчастных случаев, убийств и самоубийств. При этом, по данным экспертов ВОЗ, наиболее сильно это влияние проявляется в странах, осуществляющих ускоренные экономические трансформации без проведения адекватной социальной политики (European Health Report, 2002). В научный обиход введены понятия “здоровой” и “нездоровой экономической политики” (healthy and unhealthy economic policies). В качестве примера последней известный экономист, лауреат Нобелевской премии А. Сен приводит именно российскую экономическую политику, вследствие которой средняя продолжительность жизни мужчин сократилась в начале 1990-х годов на 6 лет (Sen, 1999).

Как видно на рис. 2, резкий рост показателя общей смертности в 1992–1994 гг. сменился его некоторым снижением в 1995–1998 гг., а затем – вплоть до середины “нулевых” годов нынешнего столетия – наблюдался очередной всплеск смертности. Определенная тенденция к снижению уровня смертности наметилась лишь в конце рассматриваемого периода. При этом, как видно из представленного графика (рис. 2), указанная динамика была обусловлена в первую очередь значительными колебаниями уровня смертности по двум классам причин: от внешних воздействий (убийства, самоубийства, травмы, отравления, несчастные случаи) и от болезней системы кровообращения, которые в настоящее время в наибольшей степени определяют уровень общей смертности в большинстве стран. В России динамика смертности от внешних воздействий внесла значительный вклад в резкий рост общей смертности в начале 1990-х годов и представляла собой непосредственное следствие именно социально-психологического стресса: достаточно указать, например, что только за первые три года “шоковой терапии” число суицидов увеличилось на 60%, а убийств – более чем в 2 раза. В то же время динамика показателя общей смертности в дальнейшем во все большей степени определялась состоянием системы российского здравоохранения.

Общемировой тенденцией развития здравоохранения является смена так называемых эпидемиологических революций. Первая из них, практически завершившаяся в развитых странах к середине прошлого столетия, характеризовалась значительными успехами в борьбе с излечимыми по своей природе болезнями. Одним из основных результатов завершения этой революции

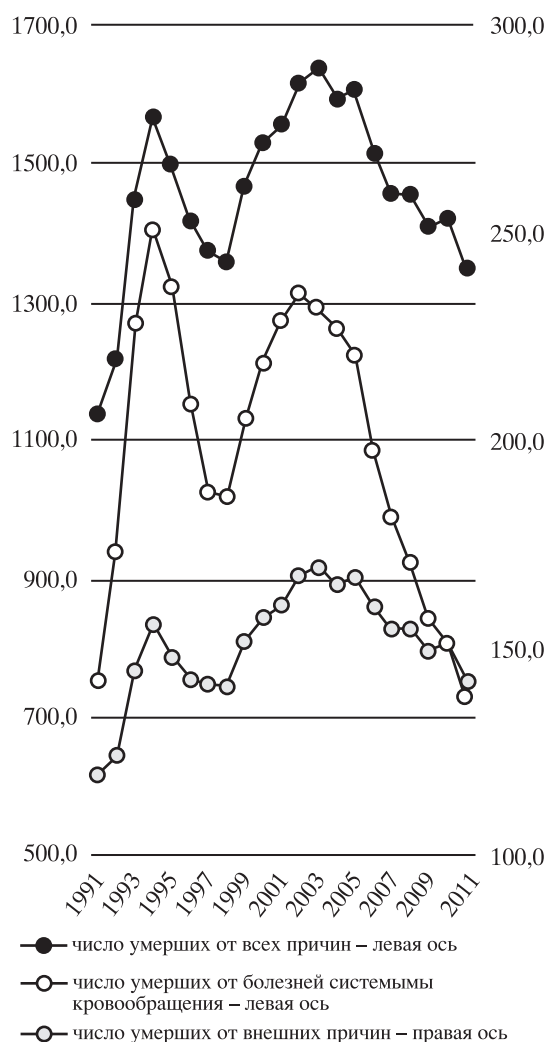


Рис. 2. Динамика показателей смертности населения в 1991–2011 гг., тыс. чел.

стало снижение смертности, в первую очередь детской, и смертности в трудоспособном возрасте. В итоге средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась примерно до 70 лет. Вторая эпидемиологическая революция означала смену стратегии “лечения до выздоровления” стратегией профилактики и “отдаления фатальных осложнений” длительно текущих хронических заболеваний (в первую очередь – болезней системы кровообращения). В системе собственно медицинского обслуживания такое направление требует оснащения медицинских учреждений новейшей аппаратурой и увеличения численности занятых в здравоохранении, стимулирует быстрое развитие медицинской науки и фармацевтического производства. Все это приводит к значительному удорожанию медицинской помощи. Динамика расходов на здравоохранение становится своего рода индикатором динамики медицинских услуг того качества, которое необходимо для решения проблем второй эпидемиологической революции. Показателен в этой связи тот факт, что во всех развитых западных странах во второй половине XX в. наблюдался быстрый рост расходов на здравоохранение (так, например, только за период 1960–1975 гг. доля общественных расходов на здравоохранение в ВВП увеличилась в ФРГ, Франции, Нидерландах, Канаде и Швеции не менее чем в 2 раза (Simanis, Coleman, 1980), а средняя продолжительность жизни в большинстве этих стран возросла к концу 1970-х годов до 73–75 лет, а к концу 1990-х годов – до 77–80 лет.

Российское здравоохранение, успешно решив задачи первой эпидемиологической революции в советский период (средняя продолжительность жизни увеличилась с 43 лет в 1926–1927 гг. до 69 лет в 1958–1959 гг. (Болдов и др., 2002)), с проблемами второй эпидемиологической революции не справилось: с середины 1960-х годов средняя продолжительность жизни практически не увеличивалась, а в отдельные периоды даже снижалась. По сравнению с развитыми западными странами доля расходов на здравоохранение в ВВП была значительно ниже и в 1970-х – первой половине 1980-х годов практически не росла, оставаясь на том уровне, который большинство развитых стран превзошло уже в 1960-е годы. Из-за недостаточного финансирования здравоохранения оснащенность медицинских учреждений современной диагностической и лечебной аппаратурой оставалась на крайне низком уровне, в результате чего тормозилось освоение современных медицинских технологий. Весьма низкой была и обеспеченность лекарственными препаратами. Период с конца 1960-х до начала 1980-х годов был, по сути, периодом стагнации отечественного здравоохранения, что не могло не сказаться на “конечных” результатах.

Ситуация начала меняться только в 1980-х годах, особенно во второй их половине. Доля расходов на здравоохранение в ВВП выросла с 1985 г. по 1990 г. в 1,2 раза. Расходы на приобретение оборудования в общих расходах на здравоохранение увеличились в 1990 г. по сравнению с 1980 г. почти в 3 раза, а в расчете на одну больничную койку – в 4 раза (Болдов и др., 2002). Можно считать, что именно в 1980-е годы в отечественном здравоохранении началось освоение современных медицинских технологий, укрепление и обновление его материально-технической базы.

Период интенсивного развития отечественного здравоохранения был, к сожалению, очень непродолжительным. С началом радикальных экономических реформ произошел, по сути, крах финансирования российского здравоохранения. Согласно расчетам, проведенным методом дефлятирования затрат, общественные расходы на здравоохранение в РФ в сопоставимых ценах только за первые два года либеральных институциональных преобразований сократились в 2 раза (Болдов и др., 2002). Следствием резкого сокращения финансирования и, соответственно, ухудшения материально-технического обеспечения лечебных учреждений стал переход здравоохранения к упрощенным медицинским технологиям, которые во многих случаях не обеспечивали даже достигнутого ранее качества медицинской помощи. Это не могло не привести к снижению ее эффективности. Больничная летальность, например, увеличилась в 1994 г. по сравнению с 1991 г. на 21%, а от некоторых болезней в 1,4–2,3 раза (Доклад, 1994).

В середине 1990-х годов финансирование здравоохранения, оставаясь на крайне низком уровне, стабилизировалось и даже несколько улучшилось: в 1997 г. общественные расходы на здравоохранение в постоянных ценах увеличились по сравнению с 1995 г. на 12%, однако в “дефолтном” 1998 г. они снова упали. Общественное финансирование здравоохранения не увеличилось и с возобновлением экономического роста в 1999 г. – начале 2000-х годов: в 2001 г., например, расходы составили в постоянных ценах лишь 88% уровня 1995 г. Значимый рост об-

ществленных расходов на здравоохранение произошел лишь во второй половине “нулевых” годов. В 2006 г. была начата реализация национального проекта “Здоровье”: были значительно увеличены объемы бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи, построен ряд региональных медицинских центров, оснащенных современной диагностической и лечебной аппаратурой, произведены масштабные закупки такого оборудования. В постоянных ценах общественные расходы на здравоохранение в 2007–2011 гг. увеличились по сравнению с 2001–2005 гг. в 1,5 раза и составили в среднегодовом исчислении 173% к уровню 1995 г.

Мы намеренно привели выше достаточно подробный анализ ретроспективной динамики общественного финансирования российского здравоохранения, так как именно данный показатель и производные от него показатели качества и доступности медицинской помощи в наибольшей степени определяют состояние здоровья населения и, в частности, уровень смертности и среднюю продолжительность жизни. Об этом свидетельствуют как данные ряда международных сопоставительных исследований (см., например, (Aland, Ravallion, 1993; Or, 2000)), так и результаты исследования взаимосвязи показателя смертности в трудоспособном возрасте с показателями, характеризующими объем и структуру общественного финансирования здравоохранения по регионам России (Иванов, Суворов, 2003).

Подтверждением вышесказанному служит и сравнение динамики общественных расходов на здравоохранение в 1995–2011 гг. с динамикой смертности в этот период от всех причин, исключая внешние воздействия, т.е. в подавляющем большинстве случаев – от хронических болезней, отдалить фатальные осложнения которых сейчас и призвана система медицинской помощи (рис. 3).

Как видно из представленного графика, в рассматриваемом периоде наблюдалась достаточно очевидная обратно пропорциональная связь между объемами общественного финансирования здравоохранения и уровнем смертности. Следует также отметить, что величина изменений показателя смертности была существенно ниже соответствующих изменений показателя финансирования. Есть основания полагать, что это объясняется в первую очередь тем, что в 1995–2011 гг. общественные расходы на здравоохранение, несмотря на рассмотренную выше их динамику в ценовом выражении, будучи исчисленными через показатель их доли в ВВП, оставались на крайне низком уровне: в рассматриваемом периоде соответствующий показатель составил в среднегодовом выражении 3,5% с максимальной вариацией от 2,9 до 4,0%. В то же время, как отмечалось ранее, значительный рост средней продолжительности жизни в результате сокращения смертности в развитых странах имел место при более чем двукратном увеличении указанного показателя в условиях общего роста ВВП.

В настоящее время (данные за 2010 г.) общественные расходы на здравоохранение составляют (% ВВП): в Великобритании – 8, в Германии – 8,8, Канаде – 8,1, Франции – 9, Японии – 7,9; средняя продолжительность жизни (ожидаемая продолжительность жизни при рождении) в этих странах варьирует от 80,3 до 83 лет (Health at a Glance, 2011). В России общественные расходы на здравоохранение составили в 2010 г. 3,5% ВВП, а средняя продолжительность жизни – 68,9 лет.

Отметим в этой связи, что тенденция сокращения смертности в нашей стране пока лишь наметилась, хотя потенциал ее снижения, безусловно, высокий: ее общий уровень в 2011 г. превышал показатель 1991 г. на 18%, а смертность в трудоспособном возрасте – на 20%. При этом уро-



Рис. 3. Динамика общественных расходов на здравоохранение и динамика смертности населения (без смертности от внешних причин), в % к 1995 г.

Таблица 2. Уровень и динамика общественных расходов на здравоохранение в европейских постсоциалистических странах в сравнении с уровнем и темпами экономического развития этих стран

Страны*	Общественные расходы на здравоохранение в % ВВП**		ВВП на душу населения по паритету покупательной способности, долл.**	ВВП в постоянных ценах, 2010 г. к 2000 г.**
	2000 г.	2010 г.		
Россия	2,9	3,5	23 501	160
Литва	4,5	5,2	23 484	129
Эстония	4,1	4,7	23 065	136
Польша	3,9	5,4	22 162	146
Венгрия	5,0	5,1	22 119	121
Румыния	3,5	4,2	16 518	149
Болгария	3,6	4,9	15 933	142
Украина	2,9	4,4	7418	152

* Страны ранжированы по уровню экономического развития.

** По данным Мирового банка за 2012 г. (World Development Indicators Database, 2013).

вень смертности от многих хронических заболеваний, и в первую очередь от болезней системы кровообращения, в России в настоящее время в два–три раза выше, чем в развитых европейских странах, Канаде и Японии.

Следует также отметить, что сравнение размера общественных расходов на здравоохранение в разных странах с помощью показателя доли этих расходов в ВВП показывает, что Россия не только значительно уступает по этому показателю наиболее развитым странам, но и, несмотря на более высокие темпы экономического роста в 2000-е годы, хронически недофинансировала здравоохранение по сравнению с европейскими странами с переходной экономикой с близким и даже более низким уровнем экономического развития. Соответствующие показатели, представленные в табл. 2, свидетельствуют о том, что потенциал роста общественных расходов на здравоохранение при проведении адекватной социальной политики в России достаточно велик и зависит, по-видимому, в основном лишь от политической воли руководства страны.

Данный феномен достаточно убедительно объясняет Ева Орош, венгерский эксперт в области здравоохранения (Orosz, 2000). По ее мнению, отсутствие политической воли, нацеленной на рост общественного финансирования здравоохранения и обеспечения тем самым для всего населения доступности качественных медицинских услуг в постсоциалистических странах, явилось следствием потребностей возникшего в 1990-е годы высокообеспеченного слоя населения, совпавшего по времени с ухудшением экономического положения этих стран. При этом большая часть политической элиты, независимо от партийной принадлежности, в период социального расслоения – обогащения одних за счет обнищания других – устремилась в наиболее богатую часть общества. Именно поэтому, полагает Е. Орош, существует очевидное противоречие между декларируемыми целями социальной политики и отсутствием у новой политической элиты какой-либо заинтересованности в социальной справедливости. К вышесказанному следует лишь добавить, что в Венгрии общественные расходы на здравоохранение превышают российский уровень (см. табл. 2).

Вывод, сделанный венгерским экспертом, подтверждается и анализом институциональных преобразований в системе российского здравоохранения. С самого начала экономических реформ находившиеся у власти и окол властные реформаторы стимулировали опережающий рост частного финансирования здравоохранения почти полностью за счет средств населения. Государственные и муниципальные медицинские учреждения получили право значительно увеличивать объемы оказываемых населению платных услуг, и тем самым стимулировалось создание частных клиник, были сведены к минимуму возможности получения пациентами бесплатного,

Таблица 3. Динамика общественных и частных расходов на здравоохранение (в текущих ценах)

Расходы	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2010 г.
Общественные расходы млрд руб.*	23,2	52,9	213,5	773	1594
Частные расходы, млрд руб. *	2,6	10,8	113,4	359,7	915,7
Частные расходы в % к общему объему финансирования здравоохранения	10,0	16,9	34,7	31,2	36,5
Темпы роста расходов на здравоохранение					
(1995 г. = 100)					
Общественные расходы		100	403	1461	3013
Частные расходы		100	1053	3338	8499
(2000 г. = 100)					
Общественные расходы			100	362	747
Частные расходы			100	317	807
(2005 г. = 100)					
Общественные расходы				100	206
Частные расходы				100	255

* 1995 г. – трлн руб.

Источник: расчеты авторов по данным Росстата (РСЕ, 2004, 2013) и Федерального казначейства России.

т.е. финансируемого за счет общественных расходов (как это имеет место в большинстве развитых стран), лекарственного обеспечения. При этом практически не осуществлялся контроль ценообразования на медикаменты, что привело к быстрому росту цен на все виды медикаментов; при исчислении налога на доходы физических лиц был введен налоговый вычет на сумму расходов на оплату медицинских услуг. Параллельно с этим были законодательно ограничены возможности увеличения, особенно значительного в условиях экономического роста, объемов общественного финансирования здравоохранения, в том числе путем предоставления неоправданных налоговых льгот наиболее обеспеченному слою населения: была отменена прогрессивная шкала налогообложения доходов физических лиц и введена плоская шкала подоходного налога, практически не имеющая аналогов в других странах; при исчислении единого социального налога, включавшего взносы в систему обязательного медицинского страхования, была принята нулевая ставка этого налога на часть наиболее высоких доходов.

Происходило тем самым одновременное ограничение роста общественного финансирования здравоохранения и быстрая коммерциализация всей сферы здравоохранения. Как видно из данных, представленных в табл. 3, темпы роста частного финансирования здравоохранения (покупка населением медикаментов и товаров медицинского назначения, оплата медицинских услуг и взносы в систему добровольного медицинского страхования) на протяжении всего рассматриваемого периода, в том числе и в конце “нулевых” годов”, опережали темпы роста общественного финансирования. При резко выросшей в пореформенный период дифференциации доходов населения коммерциализация здравоохранения приводила в результате к снижению доступности медицинской помощи для большинства населения и стала тем самым еще одним фактором ухудшения здоровья и высокого уровня смертности. Доля частных расходов в общем объеме финансирования здравоохранения выросла с 10% в советский период до 17% – в 1995 г. и до 35% – в 2000 г. По этому показателю Россия в настоящее время (36,5% в 2010 г.) значительно опережает большую часть развитых стран (за исключением США), для которых характерны как более высокий уровень доходов населения, так и существенно меньшая их дифференциация. Так, например, доля частных расходов в общем объеме финансирования здравоохранения в большинстве развитых европейских стран за последние 20 лет практически не изменилась и составила в

2009 г. в (%): в Нидерландах – 15, Великобритании и Норвегии – 16, Швеции – 19, Франции и Италии – 22, Германии – 23 (Health at a Glance, 2011).

В России, по сути, был проигнорирован мировой опыт развития систем здравоохранения. Исторически совершенствование систем здравоохранения в развитых странах шло по пути усиления роли государства в организации здравоохранения, перехода от частного к коллективному финансированию. При этом, как показал многолетний опыт, последнее не только обеспечивает всеобщую доступность медицинской помощи, но и позволяет более эффективно использовать ресурсы здравоохранения. Развитые страны применяют в настоящее время разнообразные способы финансирования медицинского обслуживания. Однако функционирующие в этих странах системы здравоохранения (по преимущественному способу финансирования) можно разделить на: финансируемые из государственного бюджета; построенные на принципе социального страхования (его разновидностью является обязательное медицинское страхование, переход к которому от бюджетного финансирования стал одним из первых институциональных преобразований в здравоохранении пореформенной России); финансируемые на основе частного страхования и из личных средств населения. Как отмечалось ранее, для всех развитых стран характерен рост расходов на здравоохранение, однако темпы этого роста, а также существующий в настоящее время уровень расходов различаются. Наиболее успешно сдерживали рост расходов страны с бюджетной системой финансирования здравоохранения, промежуточное положение занимали страны с системами социального страхования, а наиболее затратным является здравоохранение в США – единственной развитой стране, в которой превалирует частное финансирование. При этом общие показатели результативности систем здравоохранения в странах с бюджетной системой финансирования и системами социального страхования, в частности средняя продолжительность жизни, почти не различаются, а США по этому показателю (78,9 лет в 2010 г.) занимают одно из последних мест среди наиболее развитых стран мира.

МИГРАЦИЯ

За период с 1992 по 2011 г. естественная убыль населения России составила, напомним, 13 374 тыс. чел. В то же время, согласно официальным статистическим данным, численность населения России сократилась за этот период на 5458 тыс. чел. Разность между этими двумя показателями приходится на миграционный прирост населения и составляет, таким образом, 7916 тыс. чел. Миграционный прирост населения представляет собой сальдо числа прибывших в Россию из других стран и числа выехавших из России в другие страны. За рассматриваемый период из России выехали в другие страны 5229 тыс. человек, а в Россию въехали, соответственно, 13 146 тыс. человек, или почти 10% среднегодовой численности населения страны. Согласно данным опубликованного в сентябре 2013 г. доклада ООН о международной миграции, Россия в настоящее время занимает второе место в мире по числу иммигрантов, уступая по этому показателю лишь США (International Migration, 2013). Важно отметить, что указанные данные относятся только к легальной, регистрируемой миграции; численность же нелегальных иммигрантов не уступает или даже превышает, по некоторым оценкам, численность легальных.

Как уже указывалось выше, некоторые демографы рассматривают внешнюю миграцию в качестве едва ли не единственного противовеса неизбежному, по их мнению, снижению рождаемости (Вишневский и др., 2004; Зайончковская, 2006). Подобная модель воспроизводства населения, действительно, была характерна для многих европейских стран в конце прошлого столетия. Однако падение рождаемости сменилось в XXI в. тенденцией ее определенного роста: суммарный коэффициент рождаемости в целом по странам Евросоюза вырос с 1,46 в 2002 г. до 1,60 в 2008 г.³ При этом в ряде европейских стран (Великобритания, Ирландия, Франция, Швеция) он в настоящее время составляет около 2.

Важно также отметить, что в составе мигрантов, въезжающих в страны Евросоюза, превалируют в настоящее время, по данным миграционной статистики, выходцы из европейских стран (как входящих, так и не входящих в Евросоюз), а также других стран с высоким и средним уров-

³ <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Таблица 4. Национальный состав населения по данным переписей 1989 и 2010 г., тыс. чел.

Национальность	1989 г.	2010 г.	2010 г. в % к 1989 г.
Все население	147 386	142 857	97
В том числе:			
русские	119 866	111 017	93
другие национальности и национальность не указана	27 520	31 840	116
в том числе:			
других национальностей	27 504	26 220	95
из них:			
азербайджанцы	130,7	604,1	462
киргизы	41,7	103,4	248
таджики	38,2	200,3	759
узбеки	126,9	289,9	228
национальность не указана	16	5629	в 350 раз

Источники: Всесоюзная перепись, 1989; Всероссийская перепись, 2010.

нем экономического развития и высоким значением рассчитываемого ООН индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП), т.е. способных относительно быстро адаптироваться к условиям жизни в новой стране пребывания (Migration and migrant population statistics). Однако одно-временный рост числа и масштабов конфликтов, в том числе на этнической и конфессиональной почве, в странах Евросоюза уже поставил под сомнение возможность воплощения идеологии так называемого мультикультурализма.

В России риски подобных конфликтов представляются даже большими, учитывая, что въезжающие в последнее время в страну мигранты являются в основном выходцами из бедных индустриальных и индустриальных стран с невысоким уровнем развития ИРЧП. По данным миграционной статистики, более двух третей иностранных работников, осуществляющих трудовую деятельность в России, т.е. легальных трудовых мигрантов, составляют граждане Китая, Вьетнама, Киргизии, Узбекистана и Таджикистана (Труд и занятость, 2010). По величине ВВП на душу населения эти страны занимают в мире места в интервале с 92-го (Китай) по 144-е (Таджикистан)⁴, а по ИРЧП все они находятся во второй сотне стран мира, ранжированных по величине этого показателя (Human Development Report, 2013). При этом общее число легальных трудовых мигрантов за период с 2000 г. по 2008 г. выросло более чем в 10 раз (Труд и занятость, 2010). В результате наметились значительные изменения в национальном составе населения России. Подтверждением этому служит сравнение данных о национальном составе населения России по итогам переписей 1989 и 2010 г. (табл. 4). При этом необходимо отметить, что в данных переписи 2010 г. численность лиц нетитульной национальности очевидно занижена. Последнее объясняется тем, что, по данным этой переписи, более чем у 5600 тыс. человек национальность не была указана, а среди них, по всей видимости, велика доля мигрантов именно некоренных для Российской Федерации национальностей. В данных переписи населения не учтена, естественно, и численность нелегальных мигрантов.

В связи с вышесказанным следует отметить, что социологические исследования фиксируют низкий уровень интеграции трудовых мигрантов в жизнь российского общества. Так, по данным исследования “Социальная интеграция трудовых мигрантов из стран Центральной Азии в России”, проведенного Центром миграционных исследований (в исследовании приняли участие граждане Узбекистана, Таджикистана и Киргизии, работающие в Москве и Санкт-Петербурге), 42% респондентов признали, что стараются быть ближе к родной культуре. Большинство миг-

⁴ World Development Indicators Database, 2013.

рантов общается в основном лишь внутри своей “общины” и преимущественно на родном языке (Шестаков, 2011). В результате многие дети мигрантов почти не знают русского языка, а значит, не могут нормально учиться в школе сами и тормозят процесс обучения других детей. В Москве, например, уже есть школы, где число приехавших из других государств учеников составляет до 70%, и районы, где до 25% населения не говорит по-русски (Разумовская, 2012).

Существуют также веские основания полагать, что рост внешней миграции создает в России серьезные проблемы в трудовой сфере, стимулируя недобросовестную конкуренцию на рынке труда, примитивизацию трудовых отношений и препятствуя, в конечном счете, модернизации производства, росту производительности труда в отечественной экономике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Андреев Е.М., Вишневский А.Г., Трейвиш А.И.** (2003). Перспективы развития России: роль демографического фактора. М.: Институт экономики переходного периода.
- Болдов О.Н., Иванов В.Н., Розенфельд Б.А., Суворов А.В.** (2002). Ресурсный потенциал социальной сферы в 90-е годы // *Проблемы прогнозирования*. № 1.
- Вишневский А.Г., Зайончковская Ж.А., Мкртчян Н.В., Трейвиш А.И., Тишков В.А.** (2004). Перспективы миграции и этнического развития России и их учет при разработке стратегических направлений развития страны на длительную перспективу. М.: Институт экономики переходного периода.
- Всероссийская перепись (2010). Всероссийская перепись населения. [Электронный ресурс] Национальный состав населения Российской Федерации // *Демоскоп Weekly*. Режим доступа: http://demoscope.ru/weekly/ssp/rus_nac_10.php, свободный. Загл. с экрана. Яз. рус. (дата обращения: октябрь 2013 г.).
- Всесоюзная перепись (1989). Всесоюзная перепись населения. [Электронный ресурс] Национальный состав населения по республикам СССР // *Демоскоп Weekly*. № 565–566, 2–15 сентября 2013. Режим доступа: http://demoscope.ru/weekly/ssp/sng_nac_89.php?reg=1, свободный. Загл. с экрана. Яз. рус. (дата обращения: октябрь 2013 г.).
- Гундаров И.А.** (2001). Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. М.: Эдиториал УРСС.
- Демографическая модернизация (2006). Демографическая модернизация России: 1900–2000 / Под ред. А. Вишневого. Серия “Новая история” М.: Новое издательство.
- Демографический ежегодник (2013). Демографический ежегодник России 2012. Статистический сборник. М.: Росстат.
- Доклад Минздрава РФ (1994). Доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состояния здоровья населения Российской Федерации в 1993 году. М.: Минздрав РФ.
- Зайончковская Ж.А.** (2006). Иммиграция: альтернативы нет. В кн.: “*Нужны ли иммигранты российскому обществу?*” М.: Фонд “Либеральная миссия”.
- Здравоохранение в России (2002). Здравоохранение в России 2001. Статистический сборник. М.: Росстат.
- Иванов В.Н., Суворов А.В.** (2012). Задачи снижения уровня бедности и стимулирования потребительского спроса в российской экономике // *Проблемы прогнозирования*. № 4.
- Иванов В.Н., Суворов А.В.** (2003). Проблемы охраны здоровья населения России // *Проблемы прогнозирования*. № 3.
- Институциональные изменения (2005). Институциональные изменения и социально-экономическая динамика в современной России. М.: ЦЭМИ РАН.
- Образование в РФ (2010). Образование в Российской Федерации: 2010. Статистический сборник. М.: Минобрнауки РФ, Росстат, ВШЭ.
- Овсиенко Ю.В.** (2007). Россия и СССР: институциональная динамика и поляризация доходов населения // *Экономика и математические методы*. Т. 43. № 3.
- Овсиенко Ю.В.** (2012). Институты, институциональные изменения и их влияние на социально-экономическую динамику (макроуровень). М.: ЦЭМИ РАН.
- Разумовская Н.Д.** (2012). Дети мигрантов в современной России. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.sovet-naroda.ru/news/245-deti-migrantov-v-sovremennoj-rossii>, свободный. Загл. с экрана. Яз. рус. (дата обращения: октябрь 2013 г.).
- РСЕ (2013). Российский статистический ежегодник: 2012. М.: Росстат.
- РСЕ (2004). Российский статистический ежегодник: 2003. М.: Росстат.

- Рыбаковский Л.Л.** (2004). Депопуляция – угроза выживанию. В кн.: “Почему вымирают русские. Последний шанс”. М.: Эксмо.
- Социальное положение (2013). Социальное положение и уровень жизни населения России. 2012. Статистический сборник. М.: Росстат.
- Социально-экономические показатели (2013). Социально-экономические показатели Российской Федерации в 1991–2011 гг. Приложение к статистическому сборнику “Российский статистический ежегодник: 2012”. М.: Росстат.
- Труд и занятость (2010). Труд и занятость в России: 2009. Статистический сборник. М.: Росстат.
- Федеральное казначейство (2013). Федеральное казначейство России. [Электронный ресурс] Отчеты об исполнении консолидированного бюджета РФ. Режим доступа: www.gosraznf.ru/consolidirovannogo-byudzheta-rf, свободный. Загл. с экрана. Яз. рус. (дата обращения: октябрь 2013 г.).
- Шестаков Е.** (2011). Трудовая миграция и качество рабочей силы: две стороны одной медали // *Кадровик. Кадровый менеджмент*. № 7.
- Щербакова Е.В.** (2013). В 2012 году ускорился рост числа родившихся. [Электронный ресурс] // *Демоскоп Weekly*. № 531–542. 4–17 февраля 2013 г. Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0541/barom03.php> свободный. Загл. с экрана. Яз. рус. (дата обращения: октябрь 2013 г.).
- Aland S., Ravallion M.** (1993). Human Development in Poor Countries: on the Role of Private Incomes and Public Services // *Journal of Economic Perspectives*. No. 7.
- European Health Report (2002). European Health Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Eurostat Social (2013). Eurostat Social Protection Database [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://appso.eurostat.ec.europa.eu>.-Eurostat, свободный. Загл. с экрана. Яз. англ. (дата обращения: октябрь 2013 г.).
- Health at a Glance (2011). OECD Indicators. OECD.
- Human Development Report (2013). United Nations Development Program.
- International Migration (2013). [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://esa.un.org/unmigration/wallchart2013.htm>, свободный. Загл. с экрана. Яз. англ. (дата обращения: октябрь 2013 г.).
- Migration (2013). Migration and Migrant Population Statistics. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://err.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics, свободный. Загл. с экрана. Яз. англ. (дата обращения: октябрь 2013 г.).
- Orosz E.** (2000). The Key to Overcoming Inequality is Political Commitment // *WHO Bull.* Vol. 78. No. 1.
- Or Z.** (2000). Determinants of Health Outcomes in Industrialized Countries: a Pooled Cross-Country Time-Series Analysis // *OECD Economic Studies*. No. 30.
- Sen A.** (1999). Health in Development // *WHO Bull.* Vol. 77. No. 8.
- Simanis J.G., Coleman J.R.** (1980). Health Care Expenditures in Nine Industrialized Countries // *Social Security Bulletin*. Vol. 43. No. 1.
- World Development Indicators Database (2013). [Электронный ресурс] World Bank. Режим доступа: <http://data.worldbank.org/world-development-indicators>, свободный. Загл. с экрана. Яз. англ. (дата обращения: октябрь 2013 г.).

Поступила в редакцию
10.10.2013 г.

Russian Social Sphere in the 1990s and the 2000s (Demographic Problems)

V.N. Ivanov, Yu.V. Ovsienko, N.N. Sukhova

Presented here is the first article in the series of publications on the analysis of the Russian social sphere development processes in the 1990s and the 2000s. Analyzed are the trends in population replacement, fertility, mortality and migration as well as the changes in health care, education and social maintenance systems that have influenced the demographic processes.

Keywords: social sphere, development trends, institutional changes, demographic processes, population replacement, fertility, mortality, migration, health care, education, social.

JEL Classification: I00.