

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт социально-политических исследований
Российской академии наук

**В.Н. Архангельский,
А.Е. Иванова,
Л.Л. Рыбаковский**

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ РОССИИ

Под редакцией Л.Л. Рыбаковского

Исследование проведено при финансовой поддержке РГНФ
код проекта №14-03-00420

МОСКВА
2016

УДК 314.15
ББК 60.7
A87

Авторский коллектив:

В.Н. Архангельский, к.э.н. – раздел 2 и Приложение 1;
А.Е. Иванова, д.э.н., проф. – раздел 3 и Приложение 2, 3
Л.Л. Рыбаковский, д.э.н., проф. – раздел 1, Введение.

Архангельский В.Н., Иванова А.Е., Рыбаковский Л.Л.
A87 Результативность демографической политики России /
[В.Н. Архангельский, А.Е. Иванова, Л.Л. Рыбаковский;
под ред. Л.Л. Рыбаковского]. – М.: Изд-во «Экон-Информ»,
2016. – 307 с.
ISBN 978-5-9908284-8-3

ISBN 978-5-9908284-8-3

© Архангельский В.Н.,
Иванова А.Е.,
Рыбаковский Л.Л., 2016
© ИСПИ РАН, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
РАЗДЕЛ 1. РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ: ОЦЕНКА И РЕГИОНАЛЬНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ	7
Глава 1. Понятия «эффективность» и «результативность» и их использование в демографической сфере	7
Глава 2. Региональные сравнения результативности демографической политики в сферах рождаемости и смертности.....	25
РАЗДЕЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ МЕР ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РОЖДАЕМОСТИ.....	51
Глава 1. Оценка результативности мер в области рождаемости, реализуемых начиная с 2007 г.	51
Глава 2. Оценка результативности федерального и регионального материнского (семейного) капитала.....	98
Глава 3. Оценка результативности ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет и ежемесячной денежной выплаты на третьего ребенка.....	122
Глава 4. Оценка результативности мер содействия семьям в улучшении жилищных условий.....	139
Глава 5. Оценка результативности мер содействия в совмещении выполнения родительских и профессиональных функций..	171
РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕР ПО УЛУЧШЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ И СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	197
Глава 1. Оценка результативности мер по снижению смертности от болезней системы кровообращения.....	197
Глава 2. Оценка результативности мер по сокращению смертности от злокачественных новообразований.....	224
Глава 3. Оценка результативности мер по сокращению смертности от транспортных травм	240

Глава 4. Оценка результативности мер по формированию здорового образа жизни.....	253
---	-----

Приложение 1. (Разработка программы обследования и обоснование выборки по рождаемости)	281
---	-----

Приложение 2. (Разработка программы обследования и обоснование выборки по смертности населения).....	293
---	-----

Приложение 3. (Критерии выбора субъектов федерации для проведения (исследования)	305
---	-----

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемая работа завершает цикл наших исследований о демографическом развитии современной России, которые проводились в течение пятнадцати лет нового столетия. За это время нами с участием ряда других исследователей были опубликованы следующие работы:

Демографическое будущее России. Под ред. Л.Л. Рыбаковского и Г.Н. Кареловой. М.2001;

Стабилизация численности населения России. Под ред. Г.Н. Кареловой и Л.Л. Рыбаковского. М.2001;

Стратегия демографического развития России. Под ред. В.Н. Кузнецова и Л.Л. Рыбаковского. М.2005;

Демографические контуры регионов России. Под ред. Л.Л. Рыбаковского. М.2009;

Демографическое развитие России в XXI веке. Под ред. Г.В. Осипова и Л.Л. Рыбаковского. М.2009;

Демографическое настоящее и будущее России. Под ред. В.Ф. Колбанова и Л.Л. Рыбаковского. М.2012;

Кроме этих монографий был издан ряд книг, посвященных проблемам населения и обоснованию концепций демографического развития Ханты-Мансийского автономного округа (2002); Самарской области (2003); Центрального федерального округа (2006); Москвы (2006). В те же годы опубликован «Понятийный демографический словарь» и два учебных пособия по демографии для практических работников.

Во всех публикациях авторы настоящей монографии придерживались общей для них позиции, суть которой состоит в том, что, во-первых, демографические процессы, одни больше, другие меньше, но поддаются воздействию специальных мер политики, несмотря на то,

что на эти процессы влияют также многие другие факторы; во-вторых, при достаточных и продуманных усилиях государства в области осуществления демографической политики, могут быть получены убедительные результаты в повышении рождаемости и сокращении смертности, а также, добавим и в регулировании миграции населения.

В предлагаемой книге рассматриваются результаты осуществления демографической политики российским государством в 2006–2015 гг. Для выявления результативности проводимой политики в повышении рождаемости и сокращении смертности привлечены помимо статистических данных социологические материалы, полученные в результате опросов населения в трех регионах России (в приложениях 1–3 дано описание выборки и программ обследований). Анализ этих социологических материалов составляет основу настоящей книги.

Раздел 1

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ: ОЦЕНКА И РЕГИОНАЛЬНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ

Глава 1

ПОНЯТИЯ «ЭФФЕКТИВНОСТЬ» И «РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ» И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СФЕРЕ

При характеристике понятий, относящихся к тем или иным предметам и явлениям природы, ни у кого не возникает желания изменить установившейся их мысленный образ. Да это и не возможно, поскольку понятия – это всего лишь обобщенное представление о том или ином явлении, фиксация его существенных свойств (общих или специфических) и отношений с другими явлениями естественной среды. Ну, кому придет в голову изменить представление о таком явлении, как кипение жидкости? Кипение как было, так и остается процессом интенсивного парообразования, требующим лишь определенных условий. Как можно иначе представить молнию, если доказано, что это гигантский электрический разряд в атмосфере.

Совсем другое дело, понятия в социальной сфере, где условно можно выделить две группы понятий: для одних элемент субъекти-

визма при характеристике природы явления, определении условий его функционирования не играет сколько-нибудь заметной роли, тогда как для других, он является решающим в формировании понятия. В качестве примеров того и другого можно привести такие понятия как «воспроизводство населения» и «миграционный потенциал». Рассматривая воспроизводство населения как меру замены поколения родителей поколениями детей в определенной возрастно-половой совокупности людей, предполагаются его пространственные и временные границы, для которых, к примеру, не нужны какие-либо условности, т.к. они учтены уже изначально.

Иное дело миграционный потенциал, в определении которого масса условностей. Оно намного более «субъективно», чем такое понятие как «миграция», не говоря уже о рождаемости, смертности и воспроизводстве населения. Понятие «миграционный потенциал» имеет ограничения, которые создаются и с объективной и с субъективной стороны. Это понятие не может быть лишь возможностью получения иммигрантов из той или иной страны, не зависимо от этнической структуры их населения, генезиса его формирования, миграционного взаимодействия и т.д. Здесь помимо возможности «извлечения» эмигрантов из страны донора, должен присутствовать еще элемент необходимости или скорее целесообразности получения страной-реципиентом иммигрантов, которая обуславливается экономическими, геополитическими и иными соображениями. Кого включать в миграционный потенциал, это даже не точка зрения, а продуманное, соответствующее интересам государства, решение. В этом смысле понятие «миграционный потенциал» имеет инструментальное значение.

Таким образом, от понятия как мысленного отображения существенных свойств, присущих предметам и явлениям окружающего мира, нужно отличать понятия не только относящиеся к социальной сфере, но и те, которые призваны обслуживать тот или иной вид деятельности. Мы их называем «служебными понятиями». К этой группе относится и «эффективность», понятие, широко ис-

пользуемое (или этим термином называемое) во всех сферах социальной деятельности, в том числе и демографической.

Нет необходимости делать ссылки на авторов тех или иных определений понятия «эффективность», ими завален интернет. Важно лишь отметить, что довольно часто, используя понятие «эффективность», его считают синонимом плодотворности, продуктивности, эффекта, результативности и т.д. Причем некоторые авторы определений эффективности, не ограничиваются лишь его формулировкой, но и предлагают характеристики других, сопряженных с ним понятий и схемы их взаимодействия. К примеру, эффективность – это набор навыков, инструментов, методик, которые дают возможность организовать более эффективно работу (это потенциальная способность достичь результата). В свою очередь продуктивность – это то, что измеряет эффективность труда, а результативность показывает степень достижения поставленной цели, т.е. меру достижения результата¹. Для критики того, что здесь сказано, не хватит и десятка страниц.

Разнообразие мнений по поводу понятия «эффективности» и связанных с ним понятий, ведет к тому, что в разных сферах человеческой деятельности бытуют разные представления о них. Довольно часто их используют как синонимы. Существуют бюджетная эффективность, эффективность социально-экономической системы (без объяснения, что вкладывается в социально-экономическое и чем оно измеряется), эффективность экономической системы, которая, как отмечается, зависит от эффективности производства, социальной сферы (систем образования, здравоохранения, культуры), эффективности государственного управления и пр. пр.

Определение для различных сфер деятельности эффективности, не столь уж безобидно, особенно тогда, когда приходится её исчислять. Вот один из фактов, относящихся непосредственно к «эффективности» демографической политики. В самом начале нового столетия, сразу же после одобрения Правительством «Концепции демографического развития РФ на период до 2015 года» тогдашнему Мини-

¹ <http://mir-ek.ru/stati/produktivnost-effektivnost-i-rezultativnost-otlichiya>. обр. 16.04.2015

стерству труда и социального развития было поручено подготовить пакет мер по повышению рождаемости. Этот вопрос должен был рассматриваться на заседании Правительства в конце 2002 г. Разработчикам было сказано, что по всему тому, что будет предлагаться, нужно рассчитать эффективность, т.е. на какие затраты какой будет получен результат, иначе, сколько в результате осуществления этих мер родится детей и т.д. Тогдашним работникам Минтруда ничего не оставалось, как придумать нужные цифры. Очевидно, что эти придуманные приросты рождаемости свидетельствовали не столько о надуманной эффективности, сколько об уровне государственного управления в те годы. К сожалению, подобное случается и в настоящее время.

С определенной мерой условности понятие «эффективность» в демографической сфере можно было бы применить лишь к воспроизводству населения. В самом деле, если число детей, рожденных одной женщиной в течение ее репродуктивного возраста превышает величину в 2.10–2.15, то это означает, что поколение родителей замещается поколением детей. Это – расширенное воспроизводство населения и потому оно – эффективно. Но, вот вопрос: зачем вводить новые понятия там, где существуют старые, достаточно точно выражающие процессы, происходящие в демографической сфере?

Мы полагаем, что эффективность – это понятие, относящееся лишь к экономической сфере. Еще с советских времен в любом экономическом справочнике приводится определение экономической эффективности, под которой понимается соотношение результата и затрат на его достижение. Например, эффективность капитальных вложений выражается отношением полученного эффекта к капитальным вложениям, вызвавшим этот эффект. Эффективность взаимодействует с результативностью для определения других понятий, таких как рентабельность и окупаемость. Рентабельность – это ничто иное как превышение доходов над расходами (выручки над издержками), тогда как окупаемость – это срок в течение которого суммарная прибыль сравнивается по своей величине с вложениями (инвестициями). Естественно, что в экономической практике вполне правомерно при-

менение таких понятий как «окупаемость капиталовложений» и «коэффициент рентабельности» (отношение выручки, доходов над затратами, издержками, себестоимостью). Во всех, кроме экономической, сферах применение понятия «эффективность» – это большая натяжка, скорее, благие намерения и пожелания, но не более.

В самом деле, если рассматривать понятие «эффективность» на уровне методологии, то надо иметь в виду следующий основополагающий принцип. Суть его в том, что для оценки эффективности необходимо идентичное измерение затрат и результата. Не может одно измеряться в рублях, а второе в людях, знаниях и т.д. Признав это положение, становится объяснимой неправомерность использования понятия «эффективность» в таких сферах как демографическая, где затраты на меры в области повышения рождаемости или сокращения смертности измеряются деньгами, а результативность приростом чисел родившихся и уменьшением чисел умерших. Именно поэтому, в демографической сфере уместно применение лишь понятия «результативность».

Определение результативности в демографической сфере как, впрочем, и в других областях социальной деятельности, сталкивается с такой методологической трудностью, как вычленение в совокупности факторов только тех мер, которые относятся к политике (в нашем случае, – к демографической политике). Тем не менее, существующая статистическая информация о демографическом развитии России в XXI столетии, позволяет рассчитать результативность принятых в середине первого десятилетия мер по стимулированию роста рождаемости и сокращению смертности населения. Для иллюстрации этого тезиса рассмотрим результативность мер демографической политики России в сфере рождаемости.

Начиная с 2000 г. показатели рождаемости стали постепенно возрастать. Спустя семь лет, в 2007 г. демографическая политика России пополнилась новыми мерами по стимулированию рождаемости. Для сопоставлений происшедших изменений, также необходимы семь лет, т.е. 2007–2013 гг. За это время, в 2013 г. по сравнению

с 2006 г. число рождений увеличилось с 1480 до 1900 тыс. Очевидно, что на полученный прирост могли повлиять несколько факторов, среди которых, прежде всего, изменение численности женщин в возрасте 15–49 лет, обусловленное, созданной еще в 80-е годы демографической волной. Этой же волной, повлиявшей на численности различных возрастных групп, были вызваны уже в XXI веке сдвиги в структуре репродуктивного континента (увеличение доли одних и сокращение других возрастных групп). Достаточно сказать, что в 2010 г. численность лиц в возрасте 20–24 года формировалась из родившихся в 1986–1990 гг. (их было -11.5 млн. человек), тогда как в эту возрастную группу в 2015 г. входят лица, родившиеся в 1991–1995 гг. (их было 7.5 млн.).

Новые меры демографической политики по-разному сказались на возрастных показателях рождаемости. Чтобы разделить прибавку чисел родившихся в период 2007–2013 гг. между тремя составляющими (численностью репродуктивного контингента, структурными сдвигами и изменением возрастных показателей рождаемости), можно воспользоваться таким приемом как стандартизация. Исходные данные и все полученные с помощью стандартизации комбинации отмеченных факторов представлены в таблице 1.1 и 1.2.

Таблица 1.1

**Возрастные структуры и возрастные показатели рождаемости
в 2006 и 2013 годы**

Возраст	Численность женщин в возрасте 15–49 лет, тыс. человек		Доля возрастных групп		Возрастные показате- ли рождаемости	
	2006 г.	2013 г.	2006 г.	2013 г.	2006 г.	2013 г.
15–19	5695.1	3445.5	0.145	0.096	28,2	26,6
20–24	6052.8	5109.2	0.154	0.143	87,8	89,9
25–29	5549.6	6215.2	0.141	0.174	78,4	107,6
30–34	5251.4	5769.2	0.134	0.161	46,6	76,2
35–39	4806.2	5390.5	0.123	0.150	18,6	36,8
40–44	5500.6	4967.7	0.140	0.139	3,1	7,4
45–49	6376.4	4921.4	0.163	0.137	0,1	0,3
Итого	39232.1	35818.7	1.0	1.0	10.3	13.3

Таблица 1.2

**Числа родившихся при различных комбинациях факторов,
влияющих на рождаемость**

Варианты	Число женщин 15–49 лет	Возрастная структура	Возрастные показатели	Число родившихся
1.	2006	2006	2006	1480
2.	2006	2006	2013	1911
3.	2006	2013	2006	1555
4.	2013	2006	2006	1349
5.	2013	2013	2006	1418
6.	2013	2006	2013	1746
7.	2006	2013	2013	2079
8.	2013	2013	2013	1900

Если бы в 2013 г. сохранилась численность и возрастная структура репродуктивного контингента, которая была в 2006 г., то прирост числа рождений определялся бы только ростом повозрастных коэффициентов. В этом случае число рождений составило бы 1910 тыс., т.е. на 10 тыс. больше, чем фактическая цифра. Далее, если бы в 2013 г. сохранились возрастные показатели рождаемости, бывшие в 2006 г., то при численности и возрастной структуре населения 2013 г., число рождений не превышало бы 1420 тыс. (сократилось бы по сравнению с уровнем 2006 г. на 60 тыс.). При численности женщин в возрасте 15–49 лет и их возрастных показателей, бывших в 2006 г., но при той возрастной структуре, которая стала в 2013 г., число рождений превысило бы уровень 2006 г. на 75 тыс. Стало быть, факторы «численности репродуктивного контингента» и «возрастной структуры» перекрыли друг друга: численность женщин в возрасте 15–49 лет уменьшилась, а возрастная структура стала более «продуктивной», чем была в 2006 г.

Реально в 2013 г. при сокращении численности женщин репродуктивного возраста на 3.4 млн. человек, с одной стороны, увеличились доли лиц в 25–29 и 30–34 года (первая с 14.1 до 17.4% и вторая с 13.4 до 16.1%), а с другой стороны, существенно возросла и рождаемость в этих группах. Так если рождаемость в группе 20–24 года в течение 7 лет (2013 г. к 2006 г.) увеличилась на 2.4%, то в группе

25–29 лет – на 37.2%, а в группе 30–34 года – на 63.5%. Если еще в 2006 г. самая высокая возрастная рождаемость была у лиц в 20–24 года, то в 2013 г. – уже у 25–29-летних, причем у них показатели рождаемости превышали тот уровень который был в группе 20–24 года почти на 20%. За это время не просто изменилась возрастная модель рождаемости (пик переместился в группу 25–29 лет), но и наметился её дальнейший возможный вектор: в 2006 г. рождаемость в группе 30–34 года составляла 53% к уровню группы 20–24 года, а в 2013 г. – уже 85%. Если в 2006 г. на долю лиц в возрасте 25–34 года приходилось 45.7% всех рождений, то в 2013 г. уже -58.4%.

В 2013 г. число рождений превысило уровень 2006 г. примерно на 420 тыс. При этом вследствие сокращения численности женщин репродуктивного возраста, относящихся к группам 15–19, 20–24, 40–44 и 45–49 лет (кроме группы 20–24 года, во всех остальных самые низкие показатели рождаемости, что показано в таблице 1.2), общее число рождений снизилось на 130 тыс. В результате увеличения численности женщин возрастных групп, имеющих наибольшие уровни рождаемости, фактический прирост мог бы составить почти 600 тыс. Но так как сократилась общая численность женщин репродуктивного возраста, то прирост оказался почти в 1.5 раза меньше. Останься численность женщин репродуктивного возраста в 2013 г. на уровне 2006 г., число родившихся возросло бы в 1.407 раза.

Таким образом, эти оба фактора, взаимно погасив возможный вклад одного и другого, в итоге не оказали почти никакого влияния на прирост чисел родившихся. Общее число рождений в 2013 г. сравнительно 2006 г. возросло в 1.285 раза. Это число представляет произведение трех индексов: характеризующих изменение повозрастной рождаемости (1.293), численности репродуктивного контингента (0.913) и его возрастной структуры (1.088). По сути, весь прирост – это результат действия интенсивного фактора – роста повозрастной рождаемости, причем в наиболее продуктивных возрастах. В итоге, абсолютная величина результативности составила в 2013 г. по срав-

нению с 2006 г. 420 тыс. дополнительных рождений. Относительный показатель результативности оказался равным 20% (420:1900).

Величина и динамика повозрастных показателей зависит от многих составляющих, в том числе и от реализации мер демографической политики. После «очистки» прироста рождаемости в 2013 гг. по сравнению с 2006 г. от влияния на него факторов изменения численности репродуктивного контингента и сдвигов в его структуре, может быть сделана оценка вклада мер по стимулированию рождаемости на результаты её увеличения. Для этого можно воспользоваться сравнительным методом. Суть его в сопоставлении прироста рождаемости, бывшего в период, в течение которого применялись новые меры демографической политики, и в период, когда этих мер не было. О том, как менялась рождаемость в оба эти периода, говорят данные таблицы 1.3, в которой приводится информация об изменении уровней рождаемости в 1999–2013 гг. Эти годы разбиты на два периода: до введения мер (2000–2006 гг.) и годы их реализации (2007–2013 гг.).

Таблица 3

Показатели рождаемости населения России в 1999–2013 гг.*

Годы	Суммарный коэффициент рождаемости		Число рождений, тыс. человек		Родилось на тысячу человек населения	
	величина	прирост	Величина	прирост	Величина	Прирост
1999	1.157	х	1214.7	Х	8.3	Х
2000	1.195	0.038	1266.8	52.1	8.7	0.4
2001	1.223	0.028	1311.6	44.8	9.0	0.3
2002	1.286	0.063	1397.0	85.4	9.7	0.7
2003	1.320	0.034	1477.3	80.3	10.2	0.5
2004	1.344	0.024	1502.5	25.2	10.4	0.2
2005	1.294	-0.05	1457.4	-45.1	10.2	-0.2
2006	1.305	0.011	1479.6	22.2	10.3	0.1
2007	1.416	0.111	1610.1	130.5	11.3	1.0
2008	1.502	0.086	1713.9	103.8	12.0	0.7
2009	1.542	0.04	1761.7	47.8	12.3	0.3
2010	1.567	0.025	1788.9	27.2	12.5	0.2
2011	1.582	0.015	1796.6	7.7	12.6	0.1
2012	1.691	0.109	1902.1	105.5	13.3	0.7
2013	1.707	0.016	1901.0	-1.1	13.2	-0.1

*Демографический ежегодник. оф.изд. Стат.сборник. М.2013. с.65,91

На 1999 г. приходится точка наибольшего падения и суммарного коэффициента рождаемости и сокращения чисел родившихся. История российского государства в течение всего XX и XXI веков, за исключением возможно отдельных военных лет, не знала таких низких чисел родившихся, и не имела никогда такого уровня рождаемости (1.157 – это менее 55% от уровня рождаемости, необходимого для простого воспроизводства населения). В 2013 г. число рожденных детей соответствовало уровню 1970 г., когда численность населения России была меньше 130 млн. Суммарный коэффициент рождаемости в 2013 г. превысил отметку в 1.7, т.е. уровень 1991 г., когда в стране еще не было депопуляции. Такова история.

Начиная с 2000 г. числа рождений, как и суммарные коэффициенты рождаемости, начали расти. Исключением был небольшой обвал в 2005 г. (сокращение составило 5–4.3%), после чего показатели вновь немного увеличились. Последним годом до начала действия мер демографической политики был 2006 г., когда прирост чисел рождений по отношению к уровню 1999 г. составил 264.4 тыс. человек. За это же время суммарный коэффициент рождаемости увеличился с 1.157 до 1.305 или на 0.148 (+12.8%). Следующий период (2007–2013 гг.) – это время активного проведения демографической политики. В результате в 2013 г. по отношению к 2006 г. число рождений увеличилось на 422 тыс., а суммарный коэффициент рождаемости возрос на 0.402 (+30.8%).

Поскольку на числа рождений влияют не только интенсивные факторы, но и структурные, то для оценки вклада мер демографической политики в её результативность следует использовать динамику суммарных коэффициентов рождаемости. Разделив темп роста этого коэффициента в 2007–2013 гг. (1.308) на тот, который был в предшествующем периоде, т.е. в 2000–2006 гг. (1.128), получим величину, относимую к влиянию мер демографической политики (1.160). Умножив отдельно исходное число рождений, бывшее в 2006 г. (1480 тыс.), на 1.128 и на 1.160, найдем абсолютные приросты, равные примерно 185 и 235 тыс. человек. Исчисленные от об-

щего прироста в 420 тыс. проценты от этих чисел, дают 44 и 56. Несмотря на некоторую приближенность расчетов, они свидетельствуют о большем вкладе мер демографической политики в прирост рождаемости, чем от действия других возможных факторов.

По нашему мнению, вклад мер демографической политики в прирост рождаемости, даже больше чем 56%. Дело в том, что в 2007–2013 годы, в течение которых применялись новые меры демографической политики, темпы улучшения социально-экономических условий оказались ниже, чем они были в 2000–2006 гг. В 2001–2005 гг. численность безработных в стране сокращалась в среднем за год на 5%, тогда как в предшествующие и последующие годы (1996–2000 и 2006–2010) она возрастала на 1.2 и 1.4%. Реальные денежные доходы в рассматриваемое пятилетие увеличивались в среднем за год на 11.6%, тогда как в предыдущие пять лет они снижались на 2.1%, а в 2006–2010 гг. возрастали, но лишь на 7.2%. Среднегодовые темпы прироста ВВП в эти три пятилетия составляли 1.6, 6.2 и 3.5%. Для сравнения периодов, добавим, что в 2005 г. профицит федерального бюджета составлял 1759 млрд. руб., а в 2010 г. дефицит уже превышал 1585 млрд. руб. К тому же в первые годы нового столетия страну всколыхнули заметные изменения в политической жизни страны. В последующие годы, особенно кризисные 2008–2009 гг., таких темпов экономического развития как в начале века уже не было. И этот фактор проявлял себя слабее, чем в начале века. В связи с чем, вклад мер демографической политики в прирост рождаемости в 2007–2013 гг., скорее всего, был выше 55%, но в любом случае находится в интервале 50–60%.

Сумма всех годовых приростов рождаемости в течение 2007–2013 г. (приросты 2007 г. к уровню 2006 г., в 2008 г. к 2006 г. и т.д.) составила 2120 тыс. рождений. Если допустить, что вклад мер демографической политики все эти годы был одинаков, то можно получить её результативность для всего периода. Она составила 1060–1272 тыс. человек (соответственно для 50 и 60%). Понятно, что в отдельные годы часть прироста рождаемости была вызвана

структурными изменениями, какая – то часть связана с кризисными явлениями, но все равно, полученные величины свидетельствуют о существенном влиянии на динамику рождаемости новых мер демографической политики.

Как видно из приведенных расчетов, оценка влияния всего пакета мер демографической политики, хотя и вызывает определенные трудности, но все же, возможна при наличии соответствующей информации. В отличие от этого, оценить вклад той или иной меры, а они действуют все в совокупности, не только крайне сложно, но и просто невозможно, если пользоваться, лишь статистической информацией. Правда, вклад отдельных мер все же можно выделить. К таким мерам относится, например, введение материнского капитала как федерального, так и регионального уровня. В самом деле, введение с начала 2007 г. новых мер политики в области рождаемости, было провозглашено во втором квартале 2006 г. Реакция населения на это последовала спустя 11–12 месяцев. Материнским капиталом могли воспользоваться семьи, у которых родились второй и последующие дети. В 2007 г. наибольший прирост рождаемости как раз и пришелся на вторых детей (табл.1. 4).

Таблица 1.4

**Динамика суммарного коэффициента рождаемости
по очередности рождения в Российской Федерации
в 2006–2010 гг. (по 35 регионам)**

Годы	Первые рождения	Вторые рождения	Третьи рождения	Четвертые рождения	Пятые и последующие рождения
2006	0,748	0,404	0,098	0,026	0,015
2007	0,747	0,475	0,125	0,032	0,018
2008	0,774	0,511	0,142	0,036	0,019
2009	0,788	0,532	0,144	0,037	0,020
2010	0,771	0,561	0,152	0,038	0,020
2011	0,769	0,571	0,160	0,039	0,020
2012	0,802	0,620	0,182	0,044	0,023

О том, что 2007 г. был самым результативным с точки зрения той цели, которая была заложена в новую систему мер демографической политики, говорит не только наибольший прирост показателей рождаемости (почти 10% к предыдущему году), но особенно то, что они, и в первую очередь материнский капитал, повлияли на увеличение прироста суммарного коэффициента рождаемости по вторым рождениям. Если в 2007 г. суммарный коэффициент рождаемости относительно предыдущего года по первым рождениям практически не увеличился, то по вторым рождением он возрос на 0.069 или на 17.3%. В последующем он уже возрастал медленнее. За пять лет, в 2012 г. по отношению к уровню 2007 г. он прибавил всего 0.145. Среднегодовой прирост суммарного коэффициента рождаемости по вторым рождением в 2008–2012 гг. по сравнению с 2007 г. был в три с лишним раза меньше (5.5%). Но это было намного больше, чем темпы повышения суммарного коэффициента рождаемости по первым рождением (1.4%).

В 2012 г. с приростом рождаемости произошло примерно, то же, что и в 2007 г. В 2011 г. Президент РФ в своем выступлении на селекторном совещании в г. Набережные Челны предложил ввести в регионах, в которых сохраняются негативные демографические тенденции, а также таких проблемных, как Дальний Восток, специальное пособие семьям при рождении третьего и последующих детей, в размере прожиточного минимума ребёнка, а также установить федеральное софинансирование, причем на первом этапе до 90% регионального материнского капитала. Часть семей откликнулась на это предложение. Как результат уже в 2012 г. суммарный коэффициент по третьим рождением возрос на 0.022 по отношению к предыдущему году, тогда как в 2011 г. и в 2010 г. прибавка составляла по 0.008, а в 2009 г. она даже была 0.002. В целом за 6 лет (2007–2012 гг.) суммарный коэффициент рождаемости возрос по первым рождением в 1.072 раза (прирост в среднем за год составил 1.2%), по вторым рождением – в 1.535 раза (7.4%) и по третьим рождением – в 1.857 раза (10.9%). Надо иметь в виду, что по треть-

им рождениям существенная прибавка была и в 2007 г. (0.027), так как на эти рождения также распространялось получение материнского капитала.

Очевидно, что нельзя всю результативность, относимую к действию демографической политики, приписывать материнскому или региональному капиталу. Действовали и другие меры, может быть менее результативные, но все же, действовавшие. Дать оценку их результативности, как впрочем, и федеральному и региональному материнскому капиталу можно с помощью социологических методов, т.е. путем выяснения мнения населения на его собственную реакцию на эти меры. Подобную оценку позволяют сделать результаты социологического опроса, проведенного по гранту Министерства труда и социальной защиты РФ в Пермском крае, Новгородской и Калужской областях в 2013 г. (Руководитель проекта по разделу «рождаемость» – В.Н. Архангельский). Приведем некоторые из выводов, полученных в результате этого опроса.

Главный вывод вытекает из мнения населения о результативности мер. 2.7 тыс. респондентов ответили на вопрос «Помогло ли Вам принять решение о рождении Вашего младшего ребенка то, что начали реализовываться дополнительные меры государственной помощи семьям с детьми». Ответы всех тех, у кого родились вторые, либо вторые и последующие, либо третьи и последующие дети, распределились так: «помогло, появился ребенок, рождение которого до этого откладывали» – 12.1–12.8%; «эти меры помогли принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить» – 5.7–11.4%; «не помогло» -54.7–58.3% и «трудно сказать» - 21.8–23.2%. Если разнести долю ответивших «трудно сказать» пропорционально среди остальных, то тех, кто, либо после введения мер принял решение родить ребенка, либо ускорил принятие этого решения, окажется примерно 25–30%. Это, конечно, не большинство населения, но все же достаточно весомый вклад в повышение рождаемости. Обследованием выяснялось мнение и о других мерах, оказавших влияние на принятие решения о рождении ребенка. Этот

вопрос был сформулирован так: «Если Вы считаете, что эти меры помогли Вам принять решение о рождении ребенка, то какая из мер, на Ваш взгляд, оказала наибольшее влияние?» (ответы на этот вопрос приведены в табл.1. 5).

Таблица 1.5

**Значимость различных мер в принятии решений
о рождении детей различной очередности, в %**

Варианты ответов	Рождения			
	первые	вторые и последующие	вторые	третьи и последующие
Число ответивших	112	399	260	139
Федеральный материнский капитал	33.9	62.9	66.2	56.8
Региональный материнский капитал	5.4	12.3	15.0	7.2
Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1.5 лет	39.3	8.0	8.1	7.9
Родовые сертификаты	9.8	5.3	5.4	5.0
Предоставление земельных участков	0.9	8.0	1.9	19.4
Профессиональная подготовка и повышение квалификации	5.4	1.5	1.9	0.7
Налоговые льготы работающим родителям	5.4	2.0	1.5	2.9

Еще раз отметим, что федеральный материнский капитал оказался наиболее результативным для принятия решения о рождении второго ребенка. Среди всех решений в приводимых в таблице 1.5 группах семей, их – 62.9–66.2%. За этой мерой следует региональный материнский капитал у тех семей, у которых уже имелся один ребенок (7.2–15.0%). Для семей, не имевших еще детей, основной мерой оказалось ежемесячное пособие по уходу за ребенком (39.3%). Сравнительно значимыми оказались и предоставление земельных участков, но, опять же, не для всех, а главным образом, для тех, которые принимали решения о третьем и последующем рождении (19.4%). Получение родовых сертификатов в качестве меры вызвавшей ре-

шение о рождении ребенка, названо 9.8% респондентов. Значимость остальных мер заметно ниже.

Приведенные данные о распределении семей, в зависимости от того, на какую группу из них в наибольшей мере повлияли те или иные меры, позволяет сформулировать вывод об их избирательной направленности. Так, материнский капитал охватил, прежде всего, ту группу населения, которая в наибольшей мере нуждалась в улучшении жилищных условий. Об этом можно судить по тому, на какие цели он стал направляться (98–99% семей использовали его на улучшение жилищных условий). Подчеркнем еще раз, что *принятые меры в области повышения рождаемости оказались достаточно результативными. Одна из причин этого – их избирательность, что необходимо учитывать при будущем формировании новых мер демографической политики.*

В 2012–2014 годы числа рождений достигли 1.9 млн. человек и стали превышать числа умерших, сократившиеся к тому времени на 0.4 млн. человек. Важно также подчеркнуть, что прирост рождаемости наблюдался все 2007–2014 г. за исключением 2013 г., когда произошло небольшое снижение (доля процента). Добавим, что особенно успешными были 2007 г. и 2012 г., когда вследствие начала реализации таких сильных мер как федеральный и региональный материнский капитал, приросты чисел рождений достигли в первом случае 130.5 тыс. и во втором -105.5 тыс. В эти же годы коэффициент суммарной рождаемости возрос на 0.111 и 0.109, чего не было никогда в новейшей демографической истории России. Такие приросты в период действия мер демографической политики в остальные годы не выходили за пределы сотых долей. В частности в 2009, 2010, 2012 годах они находились в интервале от 0.04 до 0.015. Вместе с тем, уровень этих цифр – свидетельство сокращения результативности мер демографической политики. Очевидно, что без значительных финансовых инъекций и введения новых сильных мер демографической политики, едва ли, она останется результативной.

Сокращение результативности вводимых мер демографической политики в сфере рождаемости, по истечении нескольких лет – это общая тенденция. Кстати, она проявилась и в первой половине 80-х годов прошлого столетия. Меры помощи семьям с детьми, вводимые с 1981 г. дали наибольший эффект в 1983 г., когда число рожденных детей увеличилось за 2 года на 241 тыс. и достигло 2478 тыс. Меры вводились поэтапно, в связи с чем их эффект растянулся до середины 80-х годов, хотя числа рождений, кроме 1987 г. не превышали уровень 1983 г. В 1987 г. числа рождений вновь достигли 2.5 млн. и с этого времени стали резко снижаться и уже в 1990 г. были меньше 2-х млн., поскольку сохранение положительной динамики требовало введения новых мер и соответствующих затрат. В это время было не до затрат, страна находилась накануне развала.

Затухание результативности мер демографической политики, введенных в 2007 г. и получивших дополнительный импульс в 2012 г., крайне негативно скажется на ближайшей динамике населения. Другое негативное обстоятельство состоит в том, что это затухание результативности совпадает с сокращением численности женщин, находящихся в наиболее активных репродуктивных возрастах. Пока такими возрастными являются 20–24 и 25–29 лет. Их численность в 2015 г. по сравнению с 2010 г. сократилась почти на 20% (до 81.6%). В последующем темпы сокращения численности лиц этих возрастов заметно ускорятся, так как их будут пополнять родившиеся во второй половине 90-х годов. В 1986–1990 гг. родилось, как уже говорилось, 11.5 млн. детей, тогда как в 1996–2000 гг. – только 6.3 млн. или в 1.8 раза меньше. В 2014 г. относительно 2013 г. численность женщин в возрасте 20–34 года сократилась на 770 тыс., в 2015 г. к уровню предыдущего года снижение составило 840 тыс., а в 2016 г. она уменьшится на 930 тыс. Причем, сократится численность самых репродуктивных возрастов. Так в 2015 г. количество женщин в возрасте 20–24 года по сравнению с предыдущим годом уменьшается до 92.3%, а в возрасте 25–29 лет – до 96.7% (табл.1.6).

Таблица 1.6

**Динамика чисел родившихся женщин,
возраст которых в 2014–2016 гг. составил 20–34 года
(в % к предыдущему году)**

Годы	Численность женщин в возрасте 20–34 года	В том числе		
		20–24	25–29	30–34
2014	91.6	91.5	97.9	102.0
2015	97.3	92.3	96.7	101.5
2016	97.0	93.5	94.0	102.1

Оба обстоятельства (затухание мер демографической политики и уменьшение численности женщин наиболее активных репродуктивных возрастов) приведут к значительному сокращению чисел родившихся, что при сохранении стагнации показателей смертности, грозит наступлением нового достаточно затяжного этапа депопуляции.

Глава 2

РЕГИОНАЛЬНЫЕ СРАВНЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ РОЖДАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ

Региональная дифференциация результативности демографической политики в области рождаемости

Осуществляемые в настоящее время меры демографической политики в сфере рождаемости в своей большей части были введены в 2007 г. С этого времени началось последовательное повышение рождаемости в России в целом и в её регионах. Чтобы дать оценку достигнутым результатам в осуществлении демографической политики по регионам, необходимо не только проанализировать исходные региональные уровни рождаемости и их тенденции в годы, предшествующие началу проведения активной демографической политики в стране, но и сопоставить их между собою. Но в начале остановимся на событии конца последнего десятилетия XX в.

Уже к 1998 г. стали просматриваться позитивные тенденции в демографической сфере: спустя 10 лет, в течение которых уровень и числа рождаемости последовательно сокращались, в этом году они впервые, превысили показатели предшествующего года, хотя прибавка была и небольшой (23 тыс.). Затем грянул дефолт и уровень рождаемости в 1999 г. сократился до величины самой низкой за все послевоенные годы, включая и все депопуляционное время.

Суммарный коэффициент рождаемости опустился до 1.157 (в 1991 г. был 1.732), а число рождений сократилось до 1215 тыс. человек (1991 г. – 1795 тыс.). К счастью скоротечный финансовый кризис не смог изменить начавшихся тенденций роста рождаемости. И в течение 2000–2006 гг., семи лет, предшествующих введению мер демографической политики в стране, величина суммарного коэффициента рождаемости, о чем говорилось раньше, увеличилась по сравнению с 1999 г. на 12%. На этом фоне произошли и изменения в регионах страны.

Анализ демографических трендов, имевших место в конце 90-х годов прошлого столетия по регионам России, позволяет выявить изменение места каждого региона в общем ряду их распределения на лестнице рождаемости. В те годы динамика уровня рождаемости в регионах России была различной. Это во многом связано с тем, что одни регионы России заметно отличаются от других. На подобную дифференциацию влияют не только различные социально-экономические условия, в которых находится население того или иного субъекта РФ, но и их этническое и конфессиональное разнообразие, уровни урбанизации, география (особенно, нахождение в северной местности) и пр., т.е. все то, что влияет, как на формирование репродуктивных установок населения, так и на их реализацию в нормальных и экстремальных условиях. Очевидно, что динамика рождаемости во многом определяется также исходной базой, с которой начался её рост и, бесспорно, результативностью использования административного ресурса.

С учетом сказанного, рассмотрим изменение региональных уровней рождаемости, происшедшее в 2000–2006 гг. В условиях улучшения социально-экономического и политического положения в стране, а также исчерпания «таймингового» влияния, имевшего место в последнее десятилетие XX века, как реакцию на взлет рождаемости в 80-е годы и соответственно резкое её снижение в 90-е годы, с 2000 г. началось повсеместное последовательное повышение рождаемости. В этом всеохватывающем процессе исключительное ме-

сто заняли 6 субъектов РФ. Из них 5 относятся к Северному Кавказу и еще один, это – Татарстан, находящийся в Поволжье. Во всех этих регионах, даже в самом провальном 1999 г., суммарные коэффициенты рождаемости значительно превышали средний уровень этого показателя по стране. Так, в Кабардино-Балкарии и Татарстане он был близок к 1.3, в Карачаево-Черкесии составлял 1.364, в Калмыкии -1.622, в Дагестане -1.867 и в Ингушетии -2.443. Начавшийся рост рождаемости не коснулся этих регионов. Более того, во всех них суммарный коэффициент рождаемости даже сократился от 0.004 в Калмыкии до 0.458 – в Ингушетии. В остальных субъектах РФ в течение 2000–2006 гг. этот показатель возрос, причем особенно в Хабаровском крае, где прибавка составила 0.313, а на Чукотке – даже 0.376. Распределение регионов, имеющих разный уровень суммарного коэффициента рождаемости в зависимости от приростов величины этого показателя, представлено в таблице 1.7.

Таблица 1.7

**Приросты суммарного коэффициента рождаемости
в 2000–2006 гг. по группам регионов России***

Группы регионов по величине прироста СКР	Число регионов в группе	Число регионов с СКР выше медианного значения **	Число регионов с СКР ниже медианного значения **
От 0.01 до 0.10	19	11	8
От 0.101 до 0.170	20	11	9
От 0.171 до 0.20	14	5	9
От 0.201 до 0.30	21	8	13
От 0.301 и выше	2	1	1

* Без Чеченской Республики, данные за 1999 г. отсутствуют.

** медианное значение СКР в 1999 г. составляло 1.163.

Первая группа весьма разнообразна по своему составу. В ней оказались и регионы Центрального федерального округа, имеющие низкие показатели рождаемости, такие как Тамбовская, Воронежская и Брянская области, национальные республики Поволжья. В Поволжье наряду с Башкортостаном (СКР равен 1.416) были и такие республики, как Мордовия (1.094). В этой группе оказался

наряду с Ленинградской областью (0,973) также Ненецкий АО (1.685). Анализируя уровни рождаемости в регионах этой группы, складывается впечатление, что в Пензенской (1.092), Саратовский (1.116), в упоминавшихся Ленинградской области, Мордовии и еще ряде субъектов РФ до введения в 2007 г. мер демографической политики, усилия, затрачиваемые региональными органами власти, если даже таковые и предпринимались, оказались мало плодотворными на фоне других регионов страны. И, наоборот, за то, что приросты суммарного коэффициента рождаемости в течение первых семи лет нового столетия, были не велики, претензий не может быть к администрации республик Башкортостан, Саха (Якутия) и Ненецкого автономного округа, сохранивших до конца 90-х годов XX века сравнительно высокую рождаемость населения.

Из 20 регионов второй группы больше половины относятся к тем, у которых рождаемость превышает медианное значение. Среди них – две автономные республики (Чувашия и Адыгея), четыре края (Забайкальский, Пермский, Красноярский и Краснодарский), Оренбургская, Магаданская и Амурская области. У всех у них очень мало сходного в географии, этническом составе и т.д. В этой же группе шесть регионов Центрального федерального округа, имевших и крайне низкие показатели рождаемости (в Москве и Смоленской области даже ниже единицы) и небольшое их увеличение за семилетие. К примеру, в Тульской области весь прирост составил 0.102.

Третья – это очень ровная группа по уровню рождаемости у входящих в неё регионов. Здесь суммарные коэффициенты рождаемости заметно превышают её медианную величину лишь в Иркутской области и Хакасии. Они в 1999 г. составляли соответственно 1.307 и 1.255, тогда как у остальных они были вблизи и ниже медианного значения, причем в Московской области даже ниже единицы.

В четвертой группе, приросты суммарного коэффициента рождаемости за 2000–2006 гг. превысили величину в 0,2, причем у

Тывы, Свердловской, Сахалинской и Ярославской области – даже 0.25. У большинства регионов этой группы исходные величины показателя рождаемости были ниже медианного значения. В частности, у Санкт-Петербурга этот коэффициент составлял 0,864, в Ивановской области – 0.986. Не намного выше он был во Владимирской (1.07), Новгородской (1,101), Ярославской (1.002) и ряде других областей. Достижение сравнительно больших приростов рождаемости тогда, когда еще не действовали меры демографической политики группой регионов, имевших наиболее низкие её показатели, это уже сам по себе факт, заслуживавший внимания управленческих структур. К этой группе могут быть прибавлены субъекты РФ, входящие в 5-ю малочисленную группу, Хабаровский край, который увеличил суммарный коэффициент рождаемости с исходно низкого уровня в 1.047 до 1.36 – в 2006 г. В Чукотском АО величина суммарного коэффициента рождаемости достигла 1.782 (в 1999 г.-1.406).

В 2000–2006 гг. повышение рождаемости не было связано с какими-либо, как теперь можно говорить, достаточно сильными мерами демографической политики. На это повышение, как уже говорилось, повлияло заметное улучшение политической, экономической и социальной ситуации в стране, прирост численности женщин с неиспользованным репродуктивным потенциалом, а также, возможно, и умелым использованием административного ресурса. Уже в тот период многие регионы стали разрабатывать концепции и программы демографической политики, а также применять собственные меры повышения рождаемости. Перечисленные и другие факторы повлияли на достаточно заметную дифференциацию динамики суммарных коэффициентов рождаемости. Её диапазон составил от 88% до 130%. Наиболее заметно увеличились эти показатели (не менее чем на 20%) в 13 субъектах РФ. Среди них, 9 (70% этой группы), имевшие в 1999 г. наихудшие показатели суммарный рождаемости, увеличили его на 20–30%. Среди них Санкт-Петербург и Ивановская область (соответственно 0.864 и 0.986), Ярославская (1.002), Самарская (1.017), Новосибирская (1.07), Владимирская (1.07) и ряд других регионов. Наи-

большой рост (в 1.3 раза) был у Хабаровского края. Повторимся, в эту группу входят также Чукотский АО, исходный показатель рождаемости у которого возрос к 2006 г. на 27%.

В тот же период в 24 регионах суммарный коэффициент рождаемости возрос на 10 и менее процентов. Наиболее низкие темпы увеличения суммарного коэффициента рождаемости были в Ставропольском крае, Тамбовской, Воронежской, Ленинградской, Ульяновской областях, республиках Башкортостан, Мордовия, Саха (Якутия), Ненецком и Ямало-Ненецком АО (у всех – от 1.01 до 0.04% роста).

Перелом в динамике рождаемости наступил с 2007 г., с введение новых мер демографической политики. В соответствии с предложениями Президента, высказанными в мае 2006 г. в Обращении к Федеральному Собранию, с 2007 г. начал реализовываться комплекс новых мер государственной помощи семьям с детьми. Наиболее важной мерой явился материнский (семейный) капитал, предоставляемый семьям при рождении второго и последующих детей. На начало 2013 г. было выдано 4037 тыс. государственных сертификатов на материнский капитал, его средствами воспользовалось к этому времени свыше 1.5 млн. человек. С января 2007 г. были повышены размеры пособия женщинам по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет. Это пособие стало выплачиваться работающим женщинам, находящимся в отпуске в размере 40% заработной платы. В тот же период была введена частичная компенсация оплаты за содержание детей в государственных дошкольных образовательных учреждениях, были приняты меры по улучшению оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни. Была увеличена стоимость родового сертификата, расширено строительство перинатальных центров и т.д.

Начиная с 2007 г. 71 субъект РФ стал производить выплату ежемесячного пособия на ребенка в повышенном размере. При базовом размере пособия в 70 руб. в большинстве регионов его величина превышала 100–200 руб. Во многих регионах осуществляется

бесплатная выдача лекарств, приобретаемых по рецептам врачей, для детей в возрасте до 6 лет. В ряде регионов многодетным семьям предоставляется право бесплатного посещения (один раз в месяц) музеев, парков культуры и отдыха, выставок, кинотеатров, а порой бесплатное посещение один раз в месяц спортивных залов и других подобных сооружений. Более поздней мерой явился региональный материнский капитал. Размеры регионального материнского капитала зависят в первую очередь от уровня экономического развития региона, его финансового положения, уровня цен, тарифов, прожиточного минимума в целом и не в последнюю очередь от понимания администрацией субъекта РФ важности для страны решения демографических проблем. В 2013 г. эта мера социальной поддержки населения и стимулирования рождения третьего ребенка применялась в 95% регионов России (см. приложение 1). В ряде регионов были введены единовременные выплаты для стимулирования снижения существующего ныне возраста заключения юридически оформленного брака, или для стимулирования рождения первенца в более ранние сроки, как, например, в течение 15 первых месяцев брака и т.д. Применение новых мер демографической политики в 2007 г. как и введение регионального материнского капитала и ряда других мер привело повсеместно к росту суммарного коэффициента рождаемости.

Для сопоставления с предшествующими семью годами подъема рождаемости, когда отсутствовали еще меры демографической политики, возьмем также семь лет, т.е. с 2007 г. (с него началось применение этих мер и рост рождаемости) включительно до 2013 г. За эти семь лет повсеместно, т.е. во всех 83 субъектах РФ, без каких-либо исключений суммарные коэффициенты рождаемости увеличились от минимальной величины в 0.114 (Чеченская Республика, у которой СКР в предшествующем году составлял 2.811) до его максимального значения в 1.303 (Республика Тыва, где показатель в 2006 г. был 2.121). Прирост рождаемости произошел и в регионах с низким исходным уровнем этого показателя (к примеру, в Ленин-

градской области, где он составлял соответственно 1.013) и с наиболее высоким среди регионов России, как уже упоминалась Чеченская Республика. Группировка регионов в зависимости от величин приростов показателей рождаемости в годы после введения мер демографической политики, представлена в таблице 1.8.

Таблица 1.8

**Приросты суммарного коэффициента рождаемости
в 2006–2013 гг. по группам регионов России**

Группы регионов по величине прироста СКР	Число регионов в группе	Число регионов с СКР выше медианного значения *	Число регионов с СКР ниже медианного значения *
От 0.100 до 0.300	11	4	7
От 0.301 до 0.350	18	2	16
От 0.351 до 0.400	14	7	7
От 0.401 до 0.500	19	15	4
От 0.501 до 0.600	17	12	5
От 0.601 и выше	4		

* Медианное значение было в Магаданской области, равное -1.321

В первую группу с наименьшим приростом рождаемости вошли 11 территорий, в том числе четыре региона, имевшие наиболее значительные суммарные коэффициенты рождаемости в 2006 г. Это – Чечня (2.811), Ингушетия (1.985), Чукотский АО (1.782) и Калмыкия (1.618). Собственно, для этих трех северокавказских и одного специфического региона Крайнего Севера величина приростов рождаемости не имеет значения, т.к. там и без этого уровни соответствующих показателей достаточно велики в связи с особенностями структур населения. Для остальных семи регионов, имевших в 2006 г. крайне низкие суммарные коэффициенты рождаемости, такие приросты в условиях действия достаточно результативных мер демографической политики, свидетельство не эффективности административного ресурса. В числе этих регионов все те же Ленинградская и Тамбовская области, а также Республика Мордовия, у которых и в предшествующие 2000–2006 гг. наблюдались одни из самых низких приростов рождаемости. В результате в Ленинградской об-

ласти суммарный коэффициент рождаемости с 1999 г. по 2013 г., т.е. за 14 лет увеличился всего на 0.254, в Тамбовской области и Республике Мордовия соответственно на 0.276 и 0.272, тогда как в Вологодской области, занимающем медианное место в 2013 г., прирост за эти годы составил 0.689, т.е. был в 2.5 раза больше. Понятно, что для таких мелочей ведомствам, призванным контролировать проводимую государством политику, в т.ч. и демографическую, дела нет.

Во второй группе, включающей 18 регионов, лишь у двух суммарные коэффициенты рождаемости были выше их медианных значений в 2006 г. У остальных они находились в пределах 1.104 – 1.284. За 2007–2013 гг. в этих регионах приросты показателей рождаемости составляли от 0.3 до 0.35. В эту группу попали и такие регионы, у которых приросты показателя за вдвое больший срок (2000–2013 г.) составили примерно 0.35–0.45, при том, что медианное значение в эти годы было 0.55.

Третью группу с приростами от 0.351 до 0.400 представляет половина регионов с уровнем рождаемости как выше, так и ниже медианного значения. Сюда попали в основном регионы Дальнего Востока и Южного федерального округа. Можно отметить успех Хабаровского края, прирост показателя рождаемости в котором составил 0.384, что вместе с приростом в 2000–2006 г., достигает 0.697. Суммарный коэффициент рождаемости за эти 14 лет увеличился с 1.047 в 1999 г. до 1.744 – в 2013 г. Подобный результат также заслуживает внимания управленческих органов.

В четвертую группу входят субъекты, у которых прирост суммарного коэффициента рождаемости за семилетие действия новых мер демографической политики составил от 0.4 до 0.5, что означает в среднем 45 рожденных детей на 100 женщин репродуктивного возраста. Группа не однородная. В её составе четыре региона, которые имели достаточно высокие показатели рождаемости. Это – Республика Саха (Якутия), у которой суммарный коэффициент рождаемости в 2006 г. составлял 1.724, а также Забайкальский край (1.606), Республика Северная Осетия – Алания (1.497) и Иркутская область

(1.483). Почти у половины регионов показатели рождаемости заметно превышают их медианное значение, находясь в интервале от 1.35–1.40. Семь регионов были среди тех, кто имел показатели ниже медианного значения. Среди них наихудший уровень рождаемости был в Санкт-Петербурге (1.076).

Пятая группа, включает 17 регионов, у 9 из которых показатели рождаемости превышали медианное значение. Здесь приросты показателей рождаемости выше 0.5. В этой группе 10 национальных регионов, среди которых одна северокавказская (Кабардино-Балкария), четыре поволжские (Чувашия, Удмуртия, Татарстан и Марий Эл), две – сибирские (Бурятия и Хакасия), а также три национальных региона, находящихся в северных местностях (Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа и Республика Коми). Остальные регионы относятся к Поволжью, Уралу и Сибири.

Собственно такова и последняя шестая группа, в регионах которой приросты составили в Ненецком автономном округе (Север) – 0.605, Курганской области – 0.681 (Урал), Республике Алтай – 0.85 и Тыве -1.303. Оба последних региона – Сибирь. Что характерно, в этих группах, добившихся наибольших результатов в увеличении суммарных коэффициентов рождаемости, нет ни одного региона, входящего в Центральный федеральный округ, да и в Северо-западном округе лишь два региона оказались успешными, но и то оба относятся к северным местностям. Такая ситуация в региональной дифференциации рождаемости со временем приведет к заметным этнодемографическим изменениям.

Важно подчеркнуть, что когда в 2007–2013 годы действовали меры демографической политики, то ни в одном из 83 субъектов РФ не сократился показатель рождаемости, наоборот, во всех произошли его приросты. Причем диапазон приростов суммарного коэффициента рождаемости в эти годы был достаточно велик: этот показатель в 2013 г. относительно исходного 2006 г. в разных регионах возрос от 1.07 до 1.61%. Наименьшие результаты были у четырех регионов, где показатель рождаемости увеличился к 2013 г.

менее, чем на 20%. В частности, в Чечне он возрос на 4%, Чукотском АО – на 7%, Ингушетии – на 12% и Калмыкии – на 16%. Аномально высокий рост этого показателя наблюдался в Тыве. В 2013 г. он превысил уровень 2006 г. в 1.6 раза (61%). Если исключить эти крайности, то получится сравнительно объяснимая картина распределения регионов на группы по темпам увеличения суммарных коэффициентов рождаемости в 2007–2013 гг. (таблица 1.9).

Таблица 1.9

**Распределение регионов по темпам прироста
показателей рождаемости в 2007–2013 гг.**

Группы регионов по темпам увеличения СКР в 2007–2013 гг.	Всего в группе	В том числе:	
		Регионы с СКР ниже среднего по РФ	Регионы с СКР выше среднего по РФ
От 1.201 до 1.3	43	27	16
От 1.301 до 1.4	25	7	18
От 1.401 до 1.5	10	5	5

Из 39 регионов, показатели рождаемости у которых ниже среднего уровня по России, в 27 (почти 70%) прирост суммарного коэффициента был ниже 30%, тогда как у 39 регионов, имевших показатели выше среднероссийского уровня, таковых было всего 16 (41%). У остальных 23 регионов прибавка превышала 30–40% в то время как среди субъектов РФ, имевших более низкие показатели рождаемости, таких было всего 12, т.е. вдвое меньше. Влияние новых мер демографической политики в этих 23 регионах оказалось наиболее результативным, причем в пяти из них показатели рождаемости выросли за семь лет на 40 с лишним процентов и достигли в Алтайском крае 1.830, в Омской области -1.867, республиках Кабардино-Балкарской -1.803, Коми -1.961 и Татарстане – 1.832. Среди регионов, имевших накануне действия новых мер демографической политики суммарный коэффициент рождаемости ниже среднего по стране уровня и у которых он вырос в 2007–2013 гг. на 30 и более процентов, этот показатель превысил 1.6. В 2013 г. он

составил в областях Ульяновской -1.611, Калининградской -1.644 и Калужской – по 1.644, Курской-1.674 и в Новосибирской – даже превысил общероссийский уровень – 1.749. В этих десяти регионах, в пяти из которых показатели рождаемости выросли более чем на 40% и в пяти более, чем на 30%, реализация мер демографической политики в 2007–2013 гг. оказалась наиболее результативной.

Уже в 2013 г. среди 83 субъектов РФ у 15-ти суммарные коэффициенты рождаемости превышали цифру 2 и еще у 8-ми они были больше 1.9. Среди этих регионов 14 – это национальные республики (4-е северокавказские, 2 – северо-западные, 4 – сибирские и дальневосточные и 2 –поволжские). Два региона, относящихся к северным местностям, это – Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа, далее следуют Забайкальский и Пермский края, а также Астраханская, Иркутская, Курганская, Оренбургская и Тюменская области. В этот список не попал ни один из районов Центрального и Северо-Западного округов (исключение – такие северные, и притом национальные районы, как Коми и Ненецкий АО). Для сравнения, в 2006 г. лишь два региона имели показатели рождаемости, превышающие 2 (Чечня и Тыва) и также два, суммарные коэффициенты у которых были выше 1.9 (Ингушетия и Республика Алтай). Еще раньше в 1999 г. лишь в Ингушетии этот показатель превосходил 2 (скорее всего, такой же уровень показатели был и в Чечне, но данные по ней отсутствуют).

В результате проведения активной демографической политики выделились не только лидеры, но и аутсайдеры. В 2013 г. в составе 83-х субъектов РФ, тех, у кого были самые низкие показатели рождаемости, не превышающие 1.5, осталось 9 регионов. Среди них области Пензенская -1.486, Смоленская -1.48, Воронежская -1.437, Тульская -1.424, Тамбовская -1.423, а также Санкт-Петербург - 1.482. Еще в трех регионах показатели рождаемости сохранились на уровне тех, которые имела Россия в 2006 г., т.е. до введения новых мер демографической политики. Самыми не результативными, причем различными по своим характеристикам регионами, оказа-

лись: Республика Мордовия -1.366, Москва-1.328 и Ленинградская область-1.227. За время, прошедшее с 1999 г. до 2013 г. Санкт-Петербург с худшего первого, т.е. самого низкого по величине суммарного коэффициента рождаемости, передвинулся вначале, на 3-е, а затем на 8-е место. Его место прочно обосновала уже в 2006 г. Ленинградская область. За ней сохранилось первое место и в 2013 г. Эта область соседствует с Москвой, которая и в 1999 г., и в 2006 г. и в 2013 г. прочно удерживала 2-е место. На третье место в 2013 г. перебралась Мордовия, занимавшая до того 6-е и в 1999 г. -24-е место. Хуже этих трех регионов по величине показателей рождаемости нет, хотя к ним близки Тамбовская, Тульская, Воронежская, Смоленская области, Санкт-Петербург, Пензенская и Московская области (порядковые номера от 4-го до 10-го). К сожалению, в этой десятке 7 регионов относятся к Центральному федеральному округу, к исторической сердцевине России.

Региональная дифференциация результативности демографической политики в области смертности населения

Прежде чем дать оценку результативности мер по снижению смертности и росту продолжительности жизни населения России, действие которых относится к годам активного проведения демографической политики, вернемся к рассмотрению возможностей использования такого понятия как эффективность в этой сфере. В отличие от других социальных сфер в системе здравоохранения в прошлом предпринималась попытка создать инструмент для определения эффективности работы этого ведомства, направленной на улучшение здоровья и сокращение смертности населения. Эта попытка была научно зафиксирована. Так, в Большом медицинском словаре сказано, что экономическая эффективность – это результативность деятельности органов и учреждений здравоохранения для развития общественного производства и роста национального до-

хода, определяемая как соотношение объема средств, вложенных в комплекс лечебно-профилактических мероприятий по снижению заболеваемости, инвалидности, смертности, и полученного эффекта, выраженного приростом (в стоимостном выражении) общего национального продукта за счет повышения уровня жизнедеятельности людей².

Очень хорошо сказано, но как осуществить эту рекомендацию, чтобы в полученный результат (а он может растянуться на годы), в данном случае в «эффективность», можно было поверить и использовать этот инструмент в практических целях? Во-первых, будущий национальный продукт (по нынешним понятиям – ВВП) зависит от уровня производительности труда, а какой она будет через 1–15 лет, знает лишь создатель, во-вторых, кто из «спасенных», благодаря сделанным затратам на здравоохранение, доживет до пенсии и поучаствует в создании этого пресловутого национального продукта, тоже ведомо только создателю. В обоих случаях ученые тут бессильны. Но, главное, даже не это, а то, что на результативность (то бишь, эффективность) влияет не только деятельность системы здравоохранения, но и масса других факторов.

Есть целый ряд причин смерти, уровень которой напрямую не связан с деятельностью здравоохранения. Именно поэтому, из фактора «здравоохранение» можно отделить в зависимости от меры ответственности такие его составляющие, как алкогольное отравление, утопление, гибель от дорожно-транспортных происшествий, производственного травматизма и некоторые другие, которые зависят, во-первых, от регулирующих эти источники опасности нормативно-правовой базы, а во-вторых, от самосохранительного поведения на производстве и других сферах человеческой жизни. Именно поэтому, понятие «эффективность» не применимо и в этой сфере деятельности, здесь также лучше использовать такое понятие как «результативность».

² dic.academic.ru>dic.nsf/medic2/52516. обр.16.04.2015

Как показано выше, при обсуждении рождаемости в предшествующий принятию новых мер демографической политики период, уже происходили позитивные изменения: увеличивались числа рождений и возрастал коэффициент суммарной рождаемости. В отличие от этого в области смертности населения после дефолта 1998 г. и вплоть до 2005 г. сохранялась катастрофическая ситуация. Числа умерших в 2000 г. сравнивались с их уровнем в 1995 году. В тот год число умерших превысило отметку в 2.2 млн. человек, сократившись примерно на 100 тыс. относительно самого драматического 1994 г. Затем, как и в случае с рождаемостью, началось сокращение смертности населения, продолжавшееся до 1998 г. А потом вновь начался рост смертности. За шесть лет (2000–2005 гг.) в России умерло почти 14 млн. человек (13.8 млн.), т.е. ежегодно в среднем умирало почти по 2.3 млн. человек. Подобная динамика и сравнения относятся и к ожидаемой продолжительности жизни, уровни которой в 2002–2003 гг. были ниже 65 лет, причем разрыв этого показателя у мужчин и женщин достиг 13–13.5 лет (табл.1.10). Происшедший рост смертности населения в 90-е годы прошлого столетия во многом ускорил и определил наступление депопуляции в стране. В 2000–2005 гг. ОПЖ не поднималась выше 65.5 года. Во 2002-м, 2003-м и 2005-м годах число умирающих в стране превышало 2.3 млн. В 1980 г. умирало чуть больше 1.5, в 1985 г. -1.6 и 1990 г.-1.7 млн. человек.

Для сравнения приведем развитые страны, ожидаемая продолжительность жизни населения в которых была выше, чем в России на 10–14 лет, хотя еще 40 лет назад этот показатель в России находился на уровне западноевропейских и североамериканских стран. Если по показателям ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) Россию в целом хоть как-то можно сравнивать с восточно-европейскими странами, то большинству её регионов аналогами для сопоставлений в то время могли быть лишь азиатские страны, к тому же, не все из них. Уже в начале XX века средние показатели продолжительности жизни в Азии были выше, чем в России. Ниже были только в Африке. Соседями России были не только Казахстан,

но и Индия, КНДР, Монголия и т.д. Это в среднем, а в ряде регионов показатели продолжительности жизни можно было соизмерять только с африканскими странами.

Таблица 1.10

**Основные показатели смертности населения России
в 1999–2005 гг.***

Годы	Ожидаемая продолжительность жизни, лет		Число умерших, тыс. человек		Умерло на тысячу человек населения	
	Величина	прирост	Величина	Прирост	величина	Прирост
1999	65.92	X	2144.3	X	14.7	X
2000	65.34	-0.58	2225.3	81.0	15.3	0.6
2001	65.23	-0.11	2254.9	29.6	15.6	0.3
2002	64.95	-0.28	2332.3	77.4	16.2	0.6
2003	64.84	0.11	2365.8	33.5	16.4	0.2
2004	65.31	0.47	2295.4	-70.4	15.9	-0.5
2005	65.37	0.06	2303.9	8.5	16.1	0.2

* Демографический ежегодник. оф.изд. Стат.сборник. М.2013. с.65, 98

1999 год – это время катастрофического уровня ОПЖ во многих регионах России. Если в том году в Республике Калмыкия, Челябинской, Астраханской и Самарской областях уровень ОПЖ соответствовал среднему по стране, то у 45 регионов, он был в диапазоне от 55-ти (Тыва) до 65.8 лет (Московская область). Число регионов, у которых ОПЖ был ниже 66, но выше 65 лет, в 1999 г. было 15, тех, у которых ОПЖ был ниже 65, но выше 64 лет, насчитывалось 10, ниже 64, но выше 63 лет -15 и те, кто ОПЖ имел ниже 63 лет -9. В составе регионов с показателями ОПЖ ниже уровня среднего по России было 13 из 17 областей Центрального федерального округа (худшие из них – Тверская, Ивановская и Смоленская), 9 из 11 субъектов РФ Северо-западного округа (худшие – Псковская, Архангельская области, Ненецкий АО и Республика Карелия), 8 из 11 субъектов РФ Сибири, а также все дальневосточные регионы (худшими в азиатской части страны были – Тыва, Чукот-

ский АО, Забайкальский край и Иркутская область, ОПЖ у которых был ниже 62 лет). В то время 62–64 года были в Пакистане, Ираке, Молдове и т.д.

За прошедшие с 1999 г. шесть лет ситуация в области смертности населения и ожидаемой продолжительности жизни населения стала еще хуже, в частности ОПЖ уменьшилось еще на 0.55 года. В 65 регионах (данных по Чечне нет) произошло сокращение продолжительности жизни населения. В десятке худших, в которых снижение показателя ОПЖ было наибольшим оказались Калининградская, Сахалинская, Амурская, Нижегородская и Псковская области, Забайкальский край, республики Алтай и Коми, Еврейская автономная область и Чукотский АО. Больше половины этой группы составили те регионы, у которых в 1999 г. были наиболее низкие показатели ОПЖ (Чукотский АО, Забайкальский край, Республика Алтай, Еврейская АО, Амурская, Сахалинская и Псковская области). В Республике Алтай, Амурской, Сахалинской и Псковской области уровень ОПЖ опустился ниже 60.6 лет, в Забайкальском крае и Еврейской АО – ниже 60, а в Чукотском АО – даже меньше 59 лет. Если в 1999 г. уровень ОПЖ ниже 60 лет был лишь у Тывы, то в 2005 г. он оказался уже в четырех субъектах РФ, два из которых сибирские и два дальневосточные. Вместо четырех субъектов РФ, в которых ОПЖ была ниже 62 лет, их стало 16. Число регионов с продолжительностью жизни от 67 до 69 лет в 2000–2005 гг. сократилось с 15 до 12.

Справедливости ради, надо сказать, что несмотря на общее ухудшение ситуации со смертностью населения в стране, в 17 регионах ожидаемая продолжительность жизни возросла, правда только в 5 из них она увеличилась на 2–5%, тогда как в остальных – повысилась на десятые доли процента. Так, в Самарской и Московской областях рост составил 0.3%, а в Санкт-Петербурге – на 0.1%. В эти годы к двум республикам, имевшим показатели ОПЖ превышающие 70 лет (Ингушетия и Дагестан), прибавилась Москва. В 2005 г. продолжительность жизни населения Москвы достигла

71.59 лет (в 1999 г. – 69, 8), в Ингушетии -73.45 лет(70.2) и в Дагестане -73.13 года (70.6). Добавим, что в Чечне в 2005 г. ОПЖ составляла -72.07 года. Говоря в целом, в тот период, хотя и ухудшились показатели смертности и продолжительности жизни населения, но не на столько, чтобы радикально изменить ситуацию в этой сфере, поскольку она и так была хуже некуда.

Таблица 1.11

**Основные показатели смертности населения России
в 1999–2014 гг.***

Годы	Ожидаемая продолжительность жизни, лет		Число умерших, тыс. человек		Умерло на тысячу человек населения	
	Величина	прирост	Величина	Прирост	величина	Прирост
2005	65.37	0.06	2303.9	8.5	16.1	0.2
2006	66.69	1.32	2166.7	-137.2	15.1	-1.0
2007	67.61	0.92	2080.4	-86.3	14.6	-0.5
2008	67.99	0.38	2076.0	-4.4	14.5	-0.1
2009	68.78	0.79	2010.5	-65.5	14.1	-0.4
2010	68.94	0.16	2028.5	18.0	14.2	0.1
2011	69.83	0.89	1925.7	-102.8	13.5	-0.7
2012	70.24	0.41	1906.3	-19.4	13.3	-0.2
2013	70.76	0.52	1871.8	-34.5	13.0	-0.3
2014**	70.93	0.17	1879	+7	13.1	+0.1
2015	71.2	0.27	1908	+29	13.1	0.0

* Демографический ежегодник. оф.изд. Стат.сборник. М.2013. с.65, 98

** без Крыма

Ситуация со смертностью населения в стране, особенно с вопиющими показателями в её азиатской части, стала прямой угрозой сохранению демографического потенциала современной России, заселенности её восточных, слабо освоенных регионов, что собственно и было одной из причин, инициировавших принятие мер по улучшению здоровья и сокращению смертности населения. С января 2006 года в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» стали реализовываться меры в этой сфере. С началом осуществления проекта улучшилось оказание первичной медицинской

помощи; расширилась доступность высокотехнологичных видов лечения; усилилась профилактическая направленность здравоохранения. Иммунизация охватила десятки млн. людей (только в 2006–2010 гг. против вирусного гепатита было привито около 46 млн. человек). Возросло внимание к охране материнства и здоровья детей, снизилась смертность населения от предотвратимых причин и др. Масштабно возросло оказание высокотехнологичной медицинской помощи: в 2007 г. такая помощь была оказана 175 тыс. в 2008 г. – 215 и в 2009 г. – 255 тыс. пациентам и т.д. Осуществление этих мер в области нормализации положения со смертностью населения незамедлительно дало результаты (табл.1.11).

Все годы, начиная с 2006, вплоть до 2014 г., шло сокращение чисел умерших (исключение – 2010 г.) и рост продолжительности жизни (минимальный прирост опять же был в 2010 г.). Особенно значительные приросты наблюдались в 2006–07 и 2011 годы. Механизм резкого изменения уровня смертности в 2006 г. по сравнению с 2005 г. остается загадкой. В области рождаемости все более или менее понятно: население просто дважды прореагировало на высказанные Президентом РФ обещания ввести со следующего года новые меры, в числе которых назывался материнский капитал, а позже – региональный, капитал. В этом случае «срабатывал» поведенческий фактор: поверили, приняли решение, осуществили. Но как население «могло» принять решение уменьшить собственную смертность? Меры ведь лишь вводились и их эффект мог появиться только спустя какое-то время. Но, что произошло, то произошло, если это не шутки статистики. В 2006 г. число умерших сократилось почти на 140 тыс. человек и опустилось до уровня, с которого начался её рост (1998 г.). Ожидаемая продолжительность жизни за один год увеличилась на 1.3 года, чего до этого не было в новейшей истории России, кроме краткого периода антиалкогольной кампании в 1985–1987 г. В следующем году цифры, хотя и снизились, но остались достаточно высокими (продолжительность жизни прибавила 0.91 года, а число умерших уменьшилось на 86.3 тыс.).

В течение двух лет (2006–07 гг.) количество умерших в стране уменьшилось на 223.5 тыс., а ОПЖ увеличилась на 2.24 года. Величина этого показателя достигла к 2008 г. 68 лет. Эта величина ОПЖ была в 1984–1985 годах. Любопытно также то, что в 2011 г. вновь произошел прорыв в сокращении смертности (число умерших сократилось более чем на 100 тыс. человек, а ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 0.89 года). Частично это можно объяснить тем, что в 2010 г. смертность немного возросла вследствие летней жары и пожаров. Но с чем связаны остальные успехи остается загадкой. Во все другие годы реализации проекта «Здоровье» такого заметного сокращения смертности не наблюдалось.

В годы предшествующие улучшению ситуации со смертностью, т.е. в 2000–2005 гг., смертность населения сократилась только в младенческом возрасте и в меньшей мере в возрастах 1–9 и 10–19 лет, тогда как во всех остальных группах она выросла, причем в возрасте 40–49 лет – на 20.5% и в возрасте 30–39 лет – даже на 25.5%. Но, уже начиная с 2006 г., снижение смертности населения пошло почти по всем возрастным группам населения (табл.1.12). Исключение составили две возрастные группы: 1–9 и 10–19 лет, где повозрастные показатели в 2006 г. сохранились на уровне 2005 г. В 2007–2012 гг. к снижению младенческой смертности и смертности в группах 1–9 и 10–19 лет прибавилось снижение смертности во всех остальных возрастных группах, причем особенно заметно в возрастах 40–49 и 50–59 лет (соответственно до 71.7 и 73.1%).

В 2006–2011 гг., как и в последующие годы, во всех без исключения регионах возросли, хотя и в разной мере показатели ожидаемой продолжительности жизни населения. Регионы, в зависимости от величины увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения в 2006–2011 г., распределились так: в 14 регионах ОПЖ увеличилась до уровня в 105%; в 17 регионах – от 105.1 до 106.0; в 16 регионах – от 106.1 до 107.0; в 11 регионах от 107.1 до 108.0; в 11 регионах от 108.1 до 109.0; в 8 регионах от 109.1 до 110.0; и в 6 регионах – свыше 110%. Прирост величины ОПЖ в

2006–2011 г. больше чем на 5% был в тех регионах, у которых в предшествующее шестилетие было сокращение этого показателя, тогда как в группе регионов, имевших и в 2000–2005 гг. хотя и небольшой, но все же, рост продолжительности жизни, в 2006–2011 г. прирост её не превышал 5%.

Таблица 1.12

**Динамика повозрастной смертности населения России
в 1999–2012 гг.**

Возрастные группы	1999 г.	2005 г.	2005 г. к 1999 г., в %	2006 г.	2012 г.	2012 г. к 2006 г., в %
0	16.9	11.0	65.1	10.2	8.6	84.3
1–9	0.8	0.6	75.0	0.6	0.4	66.7
10–19	1.0	0.8	80.0	0.8	0.6	75.0
20–29	3.1	3.2	103.2	3.0	2.0	66.7
30–39	4.7	5.9	125.5	5.4	4.4	88.0
40–49	8.8	10.6	120.5	9.2	6.6	71.7
50–59	17.0	19.2	112.9	17.1	12.5	73.1
60–69	32.5	32.9	101.2	30.2	23.9	79.1
70–79	64.2	66.2	103.1	63.6	51.5	81.4
80 и более	165.8	168.5		163.3	137.7	84.3

* Демографический ежегодник. оф. изд. Стат. сборник. М. с.165; Демографический ежегодник. оф. изд. Стат. сборник. М. 2008. с.186; Демографический ежегодник. оф. изд. Стат. сборник. М. 2013. с.190.

В целом в течение шести лет (2006–2011 гг.) произошло повсеместное увеличение показателей ожидаемой продолжительности жизни. В 2011 г. лишь в двух регионах – Республике Тыва и Чукотском АО этот показатель был ниже 62 лет и еще в двух (Амурская область и Еврейская АО), был ниже 65 лет. У основной массы субъектов РФ (49) ожидаемая продолжительность жизни находилась в интервале от 68 лет до 71 года. В пяти регионах продолжительность жизни превышала 71 год, еще в пяти – составляла 72–73 года и в трех регионах (Дагестан, Москва и Ингушетия) была выше 74 лет. В трех лучших группах (рост 8.1% и выше) были 8 национальных республик (7-северокавказских), Москва, Санкт-Петербург, Краснодарский и Ставропольский края, а также Белгородская область.

В 2012–2014 гг. продолжился рост ОПЖ практически во всех регионах России. В 31-м регионе прирост за три года составил в пределах до 1 года, причем в 8-ми – менее 0.5 года. Это худшая группа по величине прироста ОПЖ. Тем не менее, в эту группу вошли 17 регионов с уровнем ожидаемой продолжительности жизни, превышающим 70 лет. Среди них – Москва (76.7 года), Чеченская Республика (73.06), Белгородская область (72.25), Татарстан (72.17) и Тамбовская область (71.11). Надо сказать, что в число регионов с ОПЖ, превышающей 70 лет, вошли не только национальные регионы, но и 7 субъектов РФ из Центрального ФО и два из Сибири. Вместе с тем, в этой группе находятся и два региона с наихудшей ситуацией в области смертности населения. Это – Тыва (61.79) и Чукотский АО (62.32). В числе худших по уровню ОПЖ оказалась также Иркутская область (66.87).

Основную массу составили регионы, в которых за рассматриваемое трехлетие ОПЖ возросла от одного года до двух лет. В этой группе 44 субъекта РФ, из которых у 12-ти прирост превысил 1.5 года. Более чем у половины этих регионов (24) ОПЖ превысила 70 лет, причем в пяти республиках этот показатель превысил 72 года. Это – Кабардино-Балкария (74.16), Дагестан (74.16), Северная Осетия Алания (73.82), Карачаево-Черкессия (73.91) и Адыгея (72.01). В эту же группу входят Краснодарский и Ставропольский края (соответственно 72.28 и 72.75), Ханты-Мансийский АО (72.27) и Санкт-Петербург (74.57). Несмотря на сравнительно большой прирост ОПЖ, его уровень остался ниже 68 лет в Еврейской АО (65.2), Забайкальском крае (67.38), Кемеровской области (67.8) и Магаданской области (67.19). Это все сибирские и дальневосточные регионы, у которых отставание от среднероссийского уровня отмечалось еще с послевоенных времен. И это отставание связано отнюдь не только с природными условиями. В восьми регионах прибавка ОПЖ за 3 года превысила 2 и даже 3 года. В Ненецком АО прирост составил 3.94 года, в результате этот регион достиг ОПЖ в 70.65 года, тогда как еще в 2005 г. она была всего 63 года. В Ингушетии величина ОПЖ пере-

валила за 79 лет (79.42, в 2005 г. – 73.5 года). Важно отметить, что в этой группе с наибольшим приростом ОПЖ в 2011–2014 гг. оказались и некоторые из тех регионов, у которых в 1999 г. уровень ОПЖ не превышал 63 года, причем к 2005 г. он у них кроме Республики Саха (Якутия) сократился на 2–3 года. Эта группа состоит исключительно из регионов Сибири (республики Алтай и Бурятия) и Дальнего Востока (Республика Саха (Якутия), Хабаровский край, Амурская и Сахалинская область). В Республике Алтай, Амурской и Сахалинской области уровень ОПЖ в 2014 г. остался ниже 68 лет. Вместе с Еврейской АО и Магаданской областью, а также Чукотским АО на Дальнем Востоке получается регионов с наиболее низким уровнем ОПЖ больше половины (5 из 9), в Сибири – 5 из 12. Этот десяток регионов, имеющих наиболее низкие показатели ОПЖ, давно заслуживает особого внимания со стороны не только Минздрава, но и ряда других ведомств, от которых зависит жизнь и здоровье населения, проживающего в азиатской части страны.

Сравнительный анализ динамики показателей продолжительности жизни по регионам, произошедших в них изменений в этой сфере, позволил выявить лучшие и худшие группы, т.е. тех у которых оказалась большая и меньшая результативность осуществленных мер по улучшению здоровья и сокращению смертности. В 2014 г. разрыв уровней ОПЖ между крайними десятью лучшими и десятью худшими районами составлял 7 лет. Добавим, что в Тыве и на Чукотке сохранились уровни ОПЖ чуть меньше и чуть больше 62 лет, т.е. они были ниже, чем в Москве и Ингушетии (76.7 и 79, 4 года соответственно) на 15–17 лет. Такие цифры укор не только к Минздраву.

На существенное улучшение ситуации со смертностью населения в абсолютном большинстве регионов России, как и по стране в целом повлияло в разной мере изменение образа жизни населения, деятельности здравоохранения и добавим, тех органов, от которых зависит регулирование условий, в которых осуществляется жизнедеятельность населения. Причем влияние на улучшение си-

туации со смертностью разных факторов было не одинаковым ни во времени, но по их силе. Так, в 2006–2009 гг., когда шло непрерывное сокращение смертности и рост продолжительности жизни (число умерших сократилось в 2009 г. к уровню 2005 г. почти на 300 тыс. человек, а ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 3.4 года), одновременно шло ухудшение экономической ситуации в стране. В частности, внешний долг РФ в 2009 г. вырос к 2007 бескризисному году более чем в 1.5 раза. За это же время число безработных увеличилось в 1.6 раза, при том, что в стране происходило сокращение прироста трудоспособного населения, наступившее в те годы. В 2009 г. реальные доходы населения увеличились всего на 1.8%, тогда как в 2007 г. они выросли на 8.5%. К тому же, если российский внутренний валовой продукт в 2007 г. возрос на 8.5% к предыдущему году, то в 2009 г. по отношению к 2008 г. он сократился до 92.2%, а к уровню 2007 г. снизился до 89.4%, т.е. более чем на 1/10 часть. В целом за 2003–2009 гг. Россия по величине Индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП) опустилась на 66 место, хотя еще в 2002 г. ей принадлежало 57 место. Скажем мягче, в период сокращения смертности и роста ОПЖ не было постоянного параллельного улучшения социально-экономической ситуации в стране.

Это же относится и к улучшению образа жизни населения. К примеру, в истекшие годы ничего не произошло с нейтрализацией главного разрушителя человеческого здоровья – употребления алкоголя. По данным ВОЗ, потребление алкоголя (чистого спирта) на душу населения в возрасте с 15 лет в России составляло в 2003 г. -11.26 л., в 2006 г. -11.83 и 2007 г. -12.3 л. Достоверность этих цифр, как и данных из других источников о потреблении алкоголя в стране, в которой огромный вклад в производство алкоголя вносит теневой, не контролируемый сектор и широко развито самогонование, вызывает большое сомнение. В 2006–2007 гг., несмотря на рост потребления алкоголя, число умерших сократилось более чем 220 тыс. человек, тогда как в три последующих года – только на 70 тыс.

В самом деле, если бы были хоть какие – то подвижки в оздоровлении образа жизни российского населения, то они сказались бы лишь спустя многие годы. Трудно также допустить, что на динамику смертности повлияло улучшение социально-экономического положения в стране. Оно в 2008–2009 гг., скорее всего, было отрицательным вследствие экономического кризиса.

По нашему мнению, происшедшее в 2006–2012 гг. сокращение смертности (уменьшение чисел умерших в 2012 г. относительно 2005 г. на 0.4 млн. человек и рост ожидаемой продолжительности жизни почти на 5 лет, с 65.37 до 70.24 лет), это, в существенной мере, результат деятельности системы здравоохранения и, конечно, влияния тех мер (в их числе национальный, приоритетный проект «Здоровье»), которые в эти годы осуществлялись в стране.

Раздел 2

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ МЕР ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РОЖДАЕМОСТИ

Глава 1

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕР В ОБЛАСТИ РОЖДАЕМОСТИ, РЕАЛИЗУЕМЫХ НАЧИНАЯ С 2007 г.

Оценка результативности мер демографической политики на основе показателей рождаемости для условных и реальных поколений. После значительного снижения рождаемости в России, начиная с конца 1980-х гг., и достижения минимального ее уровня в 1999 г. показатели рождаемости начали повышаться. Причем начиная с 2007 г. ее рост был существенно большим, чем в 2000–2006 гг. Если в 2006 г. по сравнению с 1999 г. абсолютное число родившихся было больше на 21,8%, то в 2014 г. по сравнению с 2006 г. – на 29,3%.³ Прирост общего коэффициента рождаемости в эти годы составил, соответственно, 24,1% и 29,1%. Существенно больше различия между двумя этими периодами времени в приросте суммарного коэффициента рождаемости – если в 2006 г. по сравнению с 1999 г. он был больше на 12,8% (справедливости ради, надо отметить, что максимальная величина суммарного коэффициента рождаемости в этот период была в 2004 г. (на 16,2% больше, чем в 1999 г.)), то в 2014 г. по сравнению с 2006 г. – на 34,1%.

³ Для сопоставимости данные за 2014 г. взяты без учета Крымского федерального округа.

Дело в том, что в 2000–2006 гг. росту общих показателей рождаемости способствовало не только повышение интенсивности деторождения (возрастные коэффициенты рождаемости), но и увеличение доли женщин репродуктивного возраста: вклад первой компоненты составил 60,7%, второй – 39,3%. В 2007–2014 гг. (в целом за период) изменения половозрастной структуры населения уже, наоборот, тормозили рост общего коэффициента рождаемости (негативное влияние структурных сдвигов начало проявляться с 2009 г.). Если бы этих изменений не было, то общий коэффициент рождаемости составил бы в 2014 г. 13,7‰ (фактический 13,3‰).

Отрицательное влияние трансформации половозрастной структуры населения на динамику общих показателей рождаемости начало бы проявляться раньше, если бы не «постарение» возрастной модели рождаемости. Начиная с 2008 г. максимальный уровень рождаемости сместился из возрастной группы 20–24 года в группу 25–29-летних женщин. При этом, если численность 20–24-летних женщин сокращается, начиная с 2008 г., и на начало 2015 г. она была меньше по сравнению с началом 2008 г. на 27,4%, то численность 25–29-летних женщин росла вплоть до начала 2013 г., а к началу 2015 г. уменьшилась на 1,3%. Количество же 30–34-летних женщин продолжает возрастать и, согласно среднему варианту прогноза Росстата, достигнет максимума к началу 2018 г. При этом коэффициент рождаемости у этих женщин приближается к его уровню у тех, кто на 10 лет моложе (20–24 года). Если в 2008 г. различия между ними были 1,5-кратные, то в 2014 г. они составили 12,1% (20–24 года – 89,6‰, 25–29 лет – 79,9‰).

Таким образом, в ближайшие годы сокращение доли женщин репродуктивного возраста будет способствовать сокращению абсолютного числа родившихся и общего коэффициента рождаемости, но это влияние будет тормозиться из-за сдвига возрастной модели рождаемости к более старшим возрастам женщин, численность и доля которых будет уменьшаться в значительно меньшей степени, чем более молодых.

Точнее судить о влиянии демографической политики на динамику рождаемости можно по суммарному коэффициенту рождаемости дифференцированно по очередности рождения, так как такая дифференциация присутствует во многих реализуемых мерах помощи семьям с детьми (см. табл.2.1).

Таблица 2.1

Суммарный коэффициент рождаемости по очередности рождения в России в 1999–2014 гг.⁴

Годы	Суммарный коэффициент рождаемости						
	первые рожде- ния	вторые рожде- ния	третьи рожде- ния	четвер- тые ро- ждения	пятые и послед- ующие рожде- ния	вторые и после- дующие рождения	
						величина коэффи- циента	Прирост
1999	0,677	0,345	0,089	0,027	0,019	0,480	
2000	0,702	0,358	0,092	0,026	0,018	0,494	0,014
2001	0,720	0,369	0,090	0,027	0,018	0,504	0,010
2002	0,745	0,396	0,099	0,028	0,019	0,542	0,038
2003	0,766	0,415	0,105	0,029	0,019	0,568	0,026
2004	0,768	0,420	0,105	0,029	0,018	0,572	0,004
2005	0,737	0,405	0,100	0,028	0,017	0,550	-0,022
2006	0,753	0,408	0,100	0,027	0,016	0,551	0,001
2007	0,754	0,473	0,125	0,034	0,020	0,652	0,101
2008	0,781	0,512	0,143	0,037	0,020	0,712	0,060
2009	0,801	0,534	0,147	0,038	0,021	0,740	0,028
2010	0,786	0,564	0,156	0,040	0,021	0,781	0,041
2011	0,781	0,574	0,165	0,041	0,022	0,802	0,021
2012	0,809	0,620	0,189	0,047	0,025	0,881	0,079
2013	0,811	0,625	0,198	0,049	0,025	0,897	0,016
2014	0,799	0,658	0,212	0,053	0,027	0,950	0,053

Суммарный коэффициент рождаемости по вторым рождениям в 2014 г. был больше, чем в 2006 г., на 0,251 или на 61,7%, а по третьим – на 0,111 или в 2,1 раза. Прирост его по первым рождениям составил 0,054 или 7,2%. В 2007 г., т.е. в первый год программы

⁴ Рассчитано по: 1999–2005 гг. – The Human Fertility Database (<http://www.humanfertility.org/cgi-bin/country.php?country=RUS&tab=asfr&t1=3&t2=4>), 2006–2014 гг. – данные Росстата (рождения с неизвестной очередностью для каждой возрастной группы женщин распределены пропорционально по очередности рождения)

федерального материнского (семейного) капитала, суммарный коэффициент рождаемости по вторым рождениям вырос по сравнению с 2006 г. на 0,066, т.е. почти так же, как в 2003 г. по сравнению с 1999 г., т.е. за 4 года (на 0,070). Существенно увеличился он и в 2008 г. (0,039). Для сравнения отметим, что наибольший его прирост в период 1999–2006 гг. был равен 0,027 в 2002 г. Таким образом, резкий рост суммарного коэффициента рождаемости по вторым рождениям в 2007–2008 гг. нельзя считать лишь продолжением позитивного тренда с 2000 г.

Далее значительный прирост суммарного коэффициента рождаемости по вторым рождениям был в 2012 г. (0,046), хотя в это время не было новых мер поддержки вторых рождений. В 2008–2009 гг. существенно вырос суммарный коэффициент рождаемости по первым рождениям, что могло, отчасти, вызвать рост вторых рождений через 3–4 года. Можно было бы связать с этим и прирост суммарного коэффициента рождаемости по вторым рождениям в 2014 г. (0,033), но тогда непонятно, почему его почти не было в 2013 г.

Конечно, существенный прирост в 2012 и 2014 гг. суммарного коэффициента рождаемости по вторым рождениям связан не только со значительным ростом числа первых рождений в предшествующие годы, но и с предоставлением федерального материнского (семейного) капитала, повлиявшим, вероятно, в части семей на принятие решения о рождении второго ребенка.

Как и по вторым рождениям, в 2007–2008 гг. произошло резкое повышение суммарного коэффициента рождаемости по третьим рождениям (на 0,024 в 2007 г. и на 0,018 в 2008 г.). Для сравнения в период 1999–2006 гг. наибольший прирост этого показателя был в 2002 г., составив 0,009. Относительный прирост суммарного коэффициента рождаемости по третьим рождениям был даже большим, чем по вторым: в 2007 г. – 23,8% против 16,2%, в 2008 г. – 14,4% против 8,2%. В 2012 г. прирост суммарного коэффициента рождаемости по третьим рождениям (на 0,024) был таким же, как в 2007 г. Он мог быть, отчасти, вызван началом реализации новых мер по

поддержке, прежде всего, третьих рождений – предоставление семьям с 3 и более детьми земельных участков и, особенно, региональный материнский (семейный) капитал. Кроме того, этот прирост, в какой-то мере, мог быть следствием значительного повышения суммарного коэффициента рождаемости по вторым рождениям в 2007–2008 гг. В 2013 г. прирост суммарного коэффициента рождаемости по третьим рождениям был относительно небольшим (0,009), но впервые по абсолютной величине он был больше, чем по вторым рождениям. В 2013 г. во многих регионах было введено ежемесячное пособие в размере прожиточного минимума ребенка на третьего ребенка до достижения им возраста 3 лет. Можно было ожидать существенный прирост суммарного коэффициента рождаемости по третьим рождениям в 2014 г. (возможно, даже больший, чем по вторым). Но он составил «лишь» 0,014 и был меньшим, чем в 2007, 2008 и 2012 гг., и меньшим, чем по вторым рождениям.

В отличие от вторых и последующих рождений, изменение прироста суммарного коэффициента рождаемости по первым рождениям (наибольшим он был в 2008 и 2012 гг., но, в отличие от вторых и последующих рождений, лишь немногим большим, чем в 2000 и 2002 гг.) не совпадало с началом реализации мер демографической политики, но было связано с тем, как изменялось число регистрируемых браков в предыдущем году. Наибольший (за рассматриваемый период) прирост последних был в 2001, 2007 и 2011 гг.

Для того, чтобы оценить влияние мер демографической политики, реализуемых с 2007 г., на динамику суммарного коэффициента рождаемости по вторым и последующим рождениям в 2007–2014 гг., нужно сделать оценку того, какой бы она могла быть, если бы этих мер не было. Среднегодовой прирост суммарного коэффициента рождаемости по вторым и последующим рождениям в период 2000–2004 гг. (ограничиваемся данным периодом, так как в 2005 г. величина этого показателя снизилась, а в 2006 г. – практически не изменилась) составил 0,0184, т.е. примерно 0,02. Если бы такой прирост величины этого показателя был ежегодно, начиная с

2007 г., то в 2014 г. величина суммарного коэффициента рождаемости по вторым и последующим рождениям составила бы 0,711. На самом деле она равнялась 0,950, т.е. была на 0,239 или на 33,6% больше. Если считать, что на динамику суммарного коэффициента рождаемости по первым рождениям реализуемая демографическая политика, практически, не влияла, то суммарный коэффициент рождаемости в целом по всем рождениям составил бы 1,511, а фактически он равнялся 1,750, т.е. был на 15,8% больше. Таким образом, результативность осуществляемых с начала 2007 г. мер демографической политики в отношении рождаемости можно оценить в дополнительные 0,239 величины суммарного коэффициента рождаемости, что составляет 33,6% для вторых и последующих рождений или 15,8% для всех рождений.

Реализация мер помощи семьям с детьми повлияла на изменение не только рассмотренных показателей рождаемости для условных поколений, но и на числа рожденных детей в реальных поколениях женщин. Информацию о них дают переписи населения, но косвенную их оценку можно получить, суммируя по поколениям возрастные коэффициенты рождаемости. В этом случае можно иметь информацию о среднем числе рожденных детей в реальных поколениях женщин, учитывающую детей, родившихся в послепереписной период (табл.2.2).

Нельзя было ожидать такого же увеличения среднего числа рожденных детей в реальных поколениях, как и суммарного коэффициента рождаемости, хотя бы потому, что оно не снижалось до столь низкой величины, как суммарный коэффициент. Среднее число рожденных сокращалось с примерно 1,85–1,90 у женщин 1949–1957 гг.р. до 1,56 (к началу 2015 г., с возможным ростом к концу репродуктивного возраста на 0,01–0,02) у женщин 1973 г.р. У женщин 1974 и 1975 гг.р. среднее число рожденных детей к началу 2015 г. уже несколько выше – соответственно, 1,59 и 1,58. Итоговое число рожденных детей у них, видимо, будет не меньше 1,61–1,62.

Таблица 2.2

**Среднее число рожденных детей у женщин 1956–1985 гг.
рождения (по состоянию на начало 2015 г.)⁵**

Год рождения	Среднее число рожденных детей	Год рождения	Среднее число рожденных детей	Год рождения	Среднее число рожденных детей
1956	1,82	1966	1,67	1976	1,56
1957	1,88	1967	1,65	1977	1,54
1958	1,87	1968	1,63	1978	1,52
1959	1,86	1969	1,63	1979	1,50
1960	1,86	1970	1,61	1980	1,43
1961	1,83	1971	1,60	1981	1,38
1962	1,77	1972	1,58	1982	1,34
1963	1,74	1973	1,56	1983	1,26
1964	1,71	1974	1,59	1984	1,19
1965	1,69	1975	1,58	1985	1,09

Таким образом, уже сейчас можно говорить, по крайней мере, о стабилизации среднего числа рожденных детей в реальных поколениях женщин и некотором его повышении, начиная с поколений середины 1970-х гг. рождения. Это, безусловно, можно рассматривать как результат демографической политики. Но окончательно о степени ее результативности можно будет судить, когда женщины, находящиеся сейчас в активном репродуктивном возрасте, завершат репродуктивный период своей жизни и для них станет известное итоговое число рожденных детей. О ее результативности свидетельствует и увеличение доли вторых и третьих рождений в реальных поколениях женщин (см. табл.2.3).

Доля женщин, родивших второго ребенка, среди родивших первого неуклонно снижалась от поколения к поколению, достигнув минимума у женщин 1971 г.р. – 54,2% на начало 2015 г. (есть некоторая вероятность, что к завершению репродуктивного периода величина этого показателя у женщин 1971 г.р. будет такой же или большей, чем у женщин 1972 г.р.). У более молодых женщин

⁵ Рассчитано по: The Human Fertility Database (<http://www.humanfertility.org/cgi-bin/country.php?country=RUS&tab=asfr&t1=3&t2=4>) и данные Росстата

эта доля повышается и в поколении 1977 г.р. составляет сейчас 57,4%. Итоговая величина этого показателя у них будет еще выше. Минимальная доля женщин, родивших третьего ребенка, среди родивших второго у женщин 1965 г.р. – 23,9%. У тех, кто на 10 лет моложе (1975 г.р.) этот показатель равен 26,5%.

Таблица 2.3

**Доля родивших второго ребенка среди родивших первого
и родивших третьего ребенка среди родивших второго
у женщин 1956–1985 гг. рождения
(%; по состоянию на начало 2015 г.)⁶**

Год рождения	Доля родивших второго ребенка среди родивших первого	Доля родивших третьего ребенка среди родивших второго	Год рождения	Доля родивших второго ребенка среди родивших первого	Доля родивших третьего ребенка среди родивших второго	Год рождения	Доля родивших второго ребенка среди родивших первого	Доля родивших третьего ребенка среди родивших второго
1956	72,9	27,5	1966	60,5	24,0	1976	57,2	26,3
1957	72,7	26,9	1967	58,6	24,3	1977	57,4	26,3
1958	72,0	26,7	1968	57,2	24,5	1978	57,2	25,8
1959	70,9	26,2	1969	56,1	24,7	1979	56,3	25,1
1960	70,0	25,5	1970	54,5	24,9	1980	54,7	24,1
1961	68,9	25,0	1971	54,2	25,2	1981	53,1	23,0
1962	68,0	24,5	1972	54,7	25,4	1982	51,4	21,9
1963	66,4	24,1	1973	55,4	25,9	1983	49,1	20,4
1964	64,4	24,3	1974	56,1	26,3	1984	46,0	19,4
1965	62,4	23,9	1975	56,7	26,5	1985	42,3	18,5

Значительное повышение суммарного коэффициента рождаемости, начиная с 2007 г., могло происходить как в результате повышения числа рожденных детей в реальных поколениях, так и за счет сдвигов в календаре рождений («тайминговых»), т.е. более

⁶ Рассчитано по: The Human Fertility Database (<http://www.humanfertility.org/cgi-bin/country.php?country=RUS&tab=asfr&t1=3&t2=4>) и данные Росстата

раннего рождения детей под влиянием помощи семьям с детьми. После таких сдвигов неизбежны «тайминговые» провалы, т.е. существенное снижение суммарного коэффициента рождаемости. Однако не совсем правомерно говорить, что эти сдвиги не влияют на итоговое число рожденных детей в реальных поколениях женщин, а влияют только на сроки рождения ребенка. Его откладывание может рано или поздно закончиться принятием решения о нецелесообразности его рождения или невозможностью его иметь в связи с состоянием репродуктивного здоровья.

О наличии сдвигов в календаре рождений, которые могли бы быть обусловлены влиянием мер демографической политики, можно косвенно судить по динамике разницы в среднем возрасте матери при рождении детей разной очередности рождения в реальных поколениях женщин (см. табл.2.4).

Таблица 2.4

Разница в среднем возрасте матерей при рождении второго и первого ребенка у женщин 1956–1985 гг. рождения (лет; по состоянию на начало 2015 г.)⁷

Год рождения	Разница в среднем возрасте матерей при рождении второго и первого ребенка	Год рождения	Разница в среднем возрасте матерей при рождении второго и первого ребенка	Год рождения	Разница в среднем возрасте матерей при рождении второго и первого ребенка
1956	4,13	1966	3,68	1976	5,62
1957	4,00	1967	3,97	1977	5,42
1958	3,87	1968	4,32	1978	5,17
1959	3,76	1969	4,67	1979	4,86
1960	3,57	1970	5,01	1980	4,59
1961	3,43	1971	5,31	1981	4,27
1962	3,35	1972	5,54	1982	3,92
1963	3,31	1973	5,69	1983	3,55
1964	3,35	1974	5,75	1984	3,11
1965	3,46	1975	5,72	1985	2,72

⁷ Рассчитано по: The Human Fertility Database (<http://www.humanfertility.org/cgi-bin/country.php?country=RUS&tab=asfr&t1=3&t2=4>) и данные Росстата

При реализации мер помощи семьям с детьми в 1980-е гг. разница в среднем возрасте матери при рождении второго и первого ребенка неуклонно сокращалась с поколения 1950 г.р. (4,53 года) до поколения 1963 г.р. (3,31 года), что свидетельствует о тайминовых сдвигах. Сейчас, наоборот, она неуклонно растет вплоть до поколения 1974 г.р. (5,75 года). Некоторое ее сокращение у более молодых женщин (1975 г.р. – 5,72; 1976 г.р. – 5,62; 1977 г.р. – 5,42), безусловно, не позволяет говорить о сближении возраста при рождении второго и первого ребенка. Процесс деторождения в этих поколениях продолжается и средний возраст матери при рождении детей будет расти, причем при рождении второго ребенка в большей мере, чем при рождении первенца, а, следовательно, увеличится разница между ними.

Таблица 2.5

Средний интервал между рожденьями первого и второго ребенка у состоящих в первом браке (месяцев; «Выборочное наблюдение репродуктивных планов населения» (Росстат, 2012))

Годы рождения второго ребенка	Интервал между рожденьями первого и второго ребенка
2000–2006	64,9 (N=574 ⁸)
2007–2012	67,1 (N=727)

Оценка результативности политики в сфере рождаемости по материалам социологических исследований. Судить о наличии или отсутствии тайминговых сдвигов только на основе разницы между средним возрастом матери при рождении второго и первого ребенка не совсем правомерно, ибо эта разница не вполне адекватна величине первого интергенетического интервала, т.е. интервала между рождением первого и второго ребенка. Необходимо учитывать не просто средний возраст матери при рождении первого ребенка, а величину этого показателя только для тех женщин, у которых впо-

⁸ Здесь и далее в скобках (N) указано число случаев, для которых рассчитан показатель.

следствии родился второй ребенок. Статистическая информация не дает таких сведений, поэтому для оценки величины первого интергенетического интервала необходимо использовать данные социологических исследований. Результаты этих исследований показывают, что эти интервалы при рождении вторых детей в период, начиная с 2007 г., были, в среднем, не меньше, чем в предшествующие годы (табл.2.5).

По результатам «Выборочного наблюдения репродуктивных планов населения», проведенного Росстатом в 2012 г. в 30 регионах России, нет оснований говорить о том, что происходит сокращение интервалов между рождением первого и второго ребенка, т.е. тайминговые сдвиги. Средний интервал между рождением первого и второго ребенка у состоящих в первом браке женщин, у которых все рожденные дети от данного брака, практически не различается у родивших второго ребенка в 2000–2006 и в 2007–2012 гг. (формально, у вторых она даже чуть выше) (см. табл.2-1-5). При этом среди родивших второго ребенка в 2007–2012 гг. существенно выше, по сравнению с родившими его в 2000–2006 гг., доля тех, у кого второй ребенок родился с большим интервалом после рождения первенца. Если среди родивших второго ребенка в 2000–2006 гг. доля тех, у кого это произошло с интервалом в 10 лет и более после рождения первого ребенка, составила 13,3%, то у родивших второго ребенка в 2007–2012 гг. – 20,3%. При интервале в 12 лет и более эти показатели равняются, соответственно, 5,1% и 12,2%. Понятно, что на рождение второго ребенка с большим интервалом после рождения первенца может влиять вступление в новый брак. Поэтому представленные выше показатели целесообразно рассмотреть отдельно для женщин, у которых все рожденные дети от одного брака. Среди таких женщин, родивших второго ребенка в 2000–2006 гг., доля тех, у кого это произошло с интервалом в 10 лет и более после рождения первенца, составила 8,7%, а у родивших второго ребенка в 2007–2012 гг. – 13,6%. При интервале в 12 лет и более эти показатели равняются, соответственно, 3,1% и 6,6%.

Аналогичные результаты были получены по результатам опроса, проведенного в 2013 г. в Калужской и Новгородской областях, в Пермском крае. Доля женщин, родивших второго ребенка с интервалом в 10 лет и более после рождения первенца, среди тех, у кого второй ребенок появился в 2000–2006 гг., равна 11,6%, а среди родивших второго ребенка в 2007–2013 гг. – 18,8% (обе величины ниже, чем в исследовании 2012 г., но соотношение между ними практически такое же). При первом интергенетическом интервале в 12 лет и более эти показатели равняются, соответственно, 5,2% и 10,8%. Если говорить только о женщинах, у которых все рожденные дети от одного брака, то среди родивших второго ребенка в 2000–2006 гг. доля сделавших это с интервалом в 10 лет и более равняется 12,1%, а среди тех, у кого второй ребенок появился в 2007–2013 гг. – 15,1%. При интервале в 12 лет и более эти показатели равняются, соответственно, 5,4% и 8,8%.

Представляется, что увеличение доли вторых рождений с большим интервалом (10 лет и более, 12 лет более) после рождения первого ребенка можно рассматривать как позитивную оценку результативности демографической политики, ибо если эти рождения длительное время откладывались, то, велика вероятность, что без реализации этой политики их не было бы вообще. Одной из значимых причин завершения столь длительного откладывания рождения второго ребенка могла быть открывшаяся перспектива получения новых видов государственной помощи семьям после рождения второго ребенка. В этом случае их можно рассматривать как прибавку к итоговому числу рожденных детей в реальных поколениях женщин.

Наряду с оценкой демографической результативности мер помощи семьям с детьми на основе анализа статистических данных и распределения вторых рождений по величине первого интергенетического интервала целесообразно использовать и самооценку респондентов в отношении помощи этих мер в принятии решения о рождении детей (при дифференцированной оценке результативно-

сти мер демографической политики в отношении рождаемости мы вынуждены использовать, прежде всего, именно этот подход). В то же здесь следует иметь в виду два обстоятельства.

Во-первых, мы имеем здесь дело с, так называемым, ретроспективным мнением. Фактически выясняется не то, помогли ли, с точки зрения респондента, меры принять решение о рождении ребенка в тот период времени, когда это решение принималось, а то, как человек оценивает это влияние спустя несколько месяцев или даже лет после рождения ребенка. Эта оценка может не совпадать с той, которая имела место в период принятия решения о рождении ребенка, в т.ч. потому, что на нее влияет все, что произошло после рождения ребенка: уже возникший опыт пользования этими мерами, эмоциональное восприятие появления ребенка и пр.

Во-вторых, люди, видимо, зачастую склонны считать, что решения в своей жизни они принимают независимо от каких-либо внешних обстоятельств, в т.ч. возможных помогающих или, даже, стимулирующих факторов, влияния мнения окружающих и пр. Это не обман, люди, действительно, так думают. Поэтому, по результатам социологического опроса, мы получаем не долю тех, кому, например, реализуемые меры помогли принять решение о рождении ребенка (вряд ли ее можно, вообще, корректно определить), а долю тех, кто так считает. В этой связи многое может зависеть от формулировки вопроса. Чем в менее жесткой форме спрашивается о влиянии мер, тем, возможно, большая доля респондентов отметит это влияние или, по крайней мере, не будет его отрицать. И это, видимо, будет более точной оценкой, так как, если влияния мер на репродуктивное решение не было совсем, то респондент, вероятно, не отметит его ни при какой формулировке вопроса, а использование, в данном случае, термина «помогли» вместо термина «повлияли» позволит человеку дать, возможно, более искренний ответ, не ставя под сомнение его независимость в принятии решения.

Учитывая сказанное, далее будем говорить не только о доле тех, кто отметил влияние или помощь мер в принятии решения о рожде-

нии ребенка, но и о тех, кто не отрицает этого, т.е. включая ответивших «трудно сказать». Использование несколько различающихся формулировок вопросов – в более жесткой и более мягкой форме – возможно, повлияло на различия в ответах респондентов, участвовавших в разных социологических опросах, в отношении влияния реализуемых мер государственной помощи семьям с детьми на принятие ими решения о рождении ребенка.

В обследовании «Семья и рождаемость» (2009 г.) и в социологическом опросе молодежи (2010 г.) в вопросе говорилось о том, «повлияло ли на решение о рождении ребенка то обстоятельство, что начали реализовываться дополнительные меры государственной помощи семьям с детьми». По результатам первого из этих исследований – «Семья и рождаемость» – четверть (25,0%) опрошенных женщин, родивших второго ребенка в 2007–2009 гг., отметили, что на это тем или иным образом повлияло начало реализации этих мер. При этом чаще отмечалось, скорее, влияние на сроки рождения ребенка. 15,3% респонденток указали, что появился ребенок, рождение которого до этого откладывали. Каждая десятая (9,7%) опрошенная женщина, родившая второго ребенка в 2007–2009 гг., отметила, что дополнительные меры государственной помощи семьям с детьми помогли принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить. 70,8% респонденток сказали, что начало реализации этих мер не повлияло на их решение о рождении ребенка. Затруднились с ответом на вопрос 4,2%. Таким образом, 29,2% респонденток, родивших второго ребенка в 2007–2009 гг., не отрицают влияния на решение о его рождении начала реализации дополнительных мер государственной помощи семьям с детьми.

Почти такая же доля не отрицающих влияния этих мер получена по результатам социологического опроса молодежи 18–35 лет, проведенного в 2010 г. в 18 регионах. Здесь она составила 31,2% среди родивших второго ребенка в 2007–2010 гг., в т.ч. 9,4% респондентов отметили, что появился ребенок, рождение которого до этого откладывали; 3,1% – что дополнительные меры государст-

венной помощи семьям с детьми помогли принять решение о рождении ребенка, которого без этого не собирались иметь, 18,7% респондентов затруднились ответить, повлияли ли дополнительные меры государственной помощи семьям с детьми на их решение о рождении второго ребенка. 68,8% респондентов сказали, что начало реализации этих мер не повлияло на их решение о рождении второго ребенка в 2007–2010 гг.

Иные результаты были получены в 2012 г. в «Выборочном наблюдении репродуктивных планов населения». Однако здесь в вопросе уже не было слова «повлияло». Он был «мягче». У респондента выяснялось «помогло ли принять решение о рождении ребенка то, что начали реализовываться дополнительные меры государственной помощи семьям с детьми». Среди тех, у кого в 2007–2012 гг. родился второй ребенок, доля отметивших, что дополнительные меры государственной помощи семьям с детьми помогли им не откладывать далее рождение ребенка, составила 21,8% у женщин и 23,4% у мужчин, что эти меры помогли принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить, – 9,8% женщин и 9,5% мужчин. Таким образом, хотя бы какую-то помощь дополнительных мер помощи семьям с детьми среди респондентов, у которых родился второй ребенок, отметили 31,6% женщин и 32,9% мужчин. Напротив, отрицают какую-либо помощь этих мер в принятии решения о рождении ребенка, среди респондентов, у которых родился второй ребенок, 49,1% женщин и 46,9% мужчин. Примерно пятая часть респондентов (19,3% женщин и 20,2% мужчин) затруднились ответить на этот вопрос. Таким образом, здесь не отрицают помощь реализуемых мер государственной помощи семьям с детьми при принятии решения о рождении второго ребенка в 2007–2012 гг. 50,9% женщин и 53,1% мужчин.

По результатам социологического опроса, проведенного в 2013 г., доля респондентов, ответивших, что реализуемые меры не помогли им принять решение о рождении второго ребенка в 2007–2013 гг. больше, чем по данным «Выборочного наблюдения репро-

дуктивных планов населения». Она составила 58,3%. В отношении принятия решения о рождении третьего или последующего ребенка этот показатель несколько меньше (54,7%), а в целом по вторым и последующим рождениям – 56,7% (см. табл.2.6).

Таблица 2.6

**Самооценка помощи мер демографической политики
в принятии решения о рождении младшего ребенка
в 2007–2013 гг. (%)⁹**

Помогло ли Вам принять решение о рождении Вашего младшего ребенка то, что начали реализовываться дополнительные меры государствен- ной помощи семьям с детьми?	Очередность рождения ребенка		
	вторые и после- дующие (N=1347)	вторые (N=767)	третьи и после- дующие (N=580)
помогло, появился ребенок, рождение ко- торого до этого откладывали	12,5	12,8	12,1
эти меры помогли принять решение о ро- ждении ребенка, которого без этого не могли себе позволить	8,2	5,7	11,4
не помогло	56,7	58,3	54,7
трудно сказать	22,6	23,2	21,8

Следовательно, 43,3% респонденток (включая ответивших «трудно сказать») не отрицают помощи мер государственной помощи семьям с детьми в принятии ими решения о рождении второго или последующего ребенка. 12,5% женщин, у которых младшим родившимся в 2007–2013 гг. ребенком был второй или последующий, отметили, что реализуемые дополнительные меры государственной помощи семьям с детьми помогли им не откладывать далее рождение ребенка (в отношении вторых детей такой ответ дали 12,8%, третьих и последующих – 12,1%). Это на 9 процентных пунктов меньше, чем по данным «Выборочного наблюдения репродуктивных планов населения» (2012 г.). 8,2% женщин ответили в отношении второго или последующего ребенка, что реализуемые меры помогли им принять решение о рождении ребенка, которого

⁹ Здесь и далее в главе 2 приводятся результаты социологического опроса, проведенного в 2013 г. в Пермском крае, в Калужской и Новгородской областях.

без этого они не могли себе позволить. В отношении вторых рождений доля таких ответов составляет 5,7%. Это тоже меньше, чем по исследованию 2012 г., но соотношение числа двух этих ответов в обоих исследованиях одинаковое – 2,2:1.

Что касается третьих и последующих рождений, то доля ответов, что реализуемые меры помогли принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить, вдвое больше, чем по вторым рождениям (11,4% против 5,7%), и близка к доле ответов, что эти меры помогли не откладывать рождение ребенка (11,4% и 12,1%). Исходя из этого, можно предположить несколько большее влияние мер государственной помощи семьям с детьми на решение о рождении третьего ребенка. Причем именно в смысле повышения доли третьих рождений, а не просто тайминговых сдвигов. 22,6% женщин, родивших второго или последующего ребенка в 2007–2013 гг., затруднились ответить на этот вопрос (по вторым рождениям – 23,2%, по третьим и последующим – 21,8%). Это немногим больше, чем по исследованию 2012 г. (табл.2.7).

Различия в ответах городских и сельских женщин о помощи в принятии решения о рождении второго или последующего ребенка в 2007–2013 гг. реализации дополнительных мер государственной помощи семьям с детьми очень незначительны и не выходят за рамки статистической погрешности. Если же говорить отдельно о вторых и о третьих и последующих рождениях, то следует отметить, что сельские женщины заметно чаще, чем городские, отмечали отсутствие помощи этих мер в принятии решения о рождении второго ребенка (64,7% против 56,8%), а в отношении принятия решения о рождении третьего или последующего ребенка, наоборот, отсутствие помощи отмечали существенно реже (46,9% против 58,0%) и чаще отвечали, что эти меры помогли принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить (15,6% против 9,7%), или затруднялись с ответом на этот вопрос (28,9% против 19,6%). Помощь в не откладывании рождения третьего или последующего ребенка, наоборот, сельские

респондентки отмечали несколько реже, чем городские (8,6% против 12,7%).

Таблица 2.7

**Самооценка городскими и сельскими женщинами
помощи мер демографической политики в принятии решения
о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг. (%)**

Помогло ли Вам принять решение о рождении Вашего младшего ребенка то, что начали реализовываться дополнительные меры государствен- ной помощи семьям с детьми?	Очередность рождения ребенка		
	вторые и после- дующие	вторые	третьи и после- дующие
<i>Городские женщины</i>			
	(N=1035)	(N=601)	(N=434)
помогло, появился ребенок, рождение ко- торого до этого откладывали	12,9	13,1	12,7
эти меры помогли принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить	7,7	6,3	9,7
не помогло	57,4	56,8	58,0
трудно сказать	22,0	23,8	19,6
<i>Сельские женщины</i>			
	(N=292)	(N=164)	(N=128)
помогло, появился ребенок, рождение ко- торого до этого откладывали	10,3	11,6	8,6
эти меры помогли принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить	8,2	2,4	15,6
не помогло	56,8	64,7	46,9
трудно сказать	24,7	21,3	28,9

Сельские женщины в отношении третьих и последующих рождений чаще отмечали, что меры помощи семьям с детьми помогли им принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить, чем то, что они помогли не откладывать рождение ребенка (15,6% против 8,6%).

Сравнительная оценка влияния различных мер государственной помощи семьям с детьми на рождение младшего ребенка в 2007–2013 гг. Рассмотренная выше оценка демографической результативности реализуемых мер государственной помощи семьям

с детьми относилась ко всем этим мерам в целом. Только анализ статистических данных по очередности рождения позволял, в определенной степени, разделить влияние мер, реализуемых на федеральном уровне, начиная с 2007 г., и влияние, преимущественно, региональных мер, ориентированных, главным образом, на поддержку третьих рождений и семей с тремя и более детьми, начиная, в основном, с 2012 г. Причем и в данном случае можно говорить лишь о совокупном влиянии мер, входящих в каждую из этих двух групп.

Анализ результатов социологического опроса, проведенного в 2013 г., позволяет попытаться выделить влияние отдельных мер на принятие решения о рождении ребенка. В отношении большинства мер сделать это можно, по сути дела, только на основе самооценки респондентов. В этой связи уместно напомнить высказанные выше соображения об осторожности в трактовке результатов выяснения мнений респондентов о влиянии мер помощи семьям с детьми на принятие ими решения о рождении ребенка.

В то же время представляется, что при сравнительной оценке влияния различных мер государственной помощи семьям с детьми на рождение младшего ребенка в 2007–2013 гг. есть основания больше доверять результатам опроса мнений, чем при оценке такого влияния всех мер в целом. Дело в том, что если при такой общей оценке, возможно, ее занижение из-за склонности людей считать, что свои решения они принимают независимо от каких-либо внешних обстоятельств, и из-за ретроспективности высказываемых мнений, то при дифференцированной сравнительной оценке влияния различных мер, на наш взгляд, нет серьезных оснований предполагать различия в степени занижения или завышения такой оценки по отдельным мерам.

Отвечая на вопрос о том, какая мера оказала наибольшее влияние на принятие решения о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг., респондентки чаще всего отмечали федеральный материнский (семейный) капитал – 57,0%. Это проявилось как в го-

родских поселениях, так и, в еще большей мере, в сельской местности. На втором месте, по ответам опрошенных женщин, оказалось ежемесячное пособие (оплачиваемый отпуск) по уходу за ребенком до 1,5 лет (15,0%), а на третьем региональный материнский (семейный) капитал (10,6%). Сельские жительницы, наоборот, несколько чаще выделяли именно региональный материнский (семейный) капитал (табл.2.8).

Таблица 2.8

Выбор меры, оказавшей наибольшее влияние на принятие решения о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг. (%)

Если Вы считаете, что эти меры помогли Вам принять решение о рождении [младшего] ребенка, то какая из мер, на Ваш взгляд, оказала наибольшее влияние?¹⁰	Все женщины (N=521)	Городские женщины (N=431)	Сельские женщины (N=85)
федеральный материнский (семейный) капитал, введенный с 2007 г.	57,0	55,7	65,9
материнский (семейный) капитал, который установлен в Вашем регионе	10,6	10,4	10,6
ежемесячное пособие (оплачиваемый отпуск) по уходу за ребенком до 1,5 лет	15,0	15,5	9,4
родовые сертификаты	6,1	6,7	3,5
предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома	6,3	6,3	7,1
возможность профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет	2,3	2,8	—
налоговые льготы работающим родителям	2,7	2,6	3,5

Важно иметь в виду методический аспект, который мог оказать влияние на выбор федерального материнского (семейного) капитала. Он стоял первым в списке вариантов ответа, и требовалось выбрать только один вариант ответа. Респондент мог не прочитать всего списка и сразу отметить ответ, стоящий первым – федераль-

¹⁰ Можно было отметить только одну меру.

ный материнский (семейный) капитал. Другие варианты, по условиям этого вопроса, уже не могли быть отмечены.

Кроме того, необходимо отметить, что, по сути дела, не все меры имели равную вероятность быть отмеченными в ответах на этот вопрос. Региональный материнский (семейный) капитал и предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома начали реализовываться в большинстве регионов лишь начиная с 2012 г. и, строго говоря, не могли повлиять на принятие решения о рождении младшего ребенка в предшествующие годы. Поэтому целесообразно рассмотреть распределение ответов на этот вопрос отдельно применительно к женщинам, у которых младший ребенок родился в 2012–2013 гг. (табл.2.9).

Таблица 2.9

Выбор меры, оказавшей наибольшее влияние на принятие решения о рождении младшего ребенка в 2012–2013 гг. (%)

Если Вы считаете, что эти меры помогли Вам принять решение о рождении [младшего] ребенка, то какая из мер, на Ваш взгляд, оказала наибольшее влияние?	Все женщины (N=149)
федеральный материнский (семейный) капитал, введенный с 2007 г.	63,0
материнский (семейный) капитал, который установлен в Вашем регионе	10,1
ежемесячное пособие (оплачиваемый отпуск) по уходу за ребенком до 1,5 лет	12,8
родовые сертификаты	4,0
предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома	8,7
возможность профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет	0,7
налоговые льготы работающим родителям	0,7

Среди родивших младшего ребенка в 2012–2013 гг. доля выделивших региональный материнский (семейный) как меру, оказавшую наибольшее влияние на принятие решения о рождении ребенка, не отличается (формально, даже меньше) от этого показателя по родившим младшего ребенка в целом за период 2007–2013 гг.

(10,1% против 10,6%). Доля выделивших в качестве наиболее повлиявшей меры предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома среди родивших младшего ребенка в 2012–2013 гг. (8,7%) несколько выше, чем в целом по родившим его в 2007–2013 гг. (6,3%).

Таблица 2.10

**Выбор меры, оказавшей наибольшее влияние
на принятие решения о рождении младшего ребенка
в 2007–2013 гг., в зависимости от очередности рождения (%)**

Если Вы считаете, что эти меры помогли Вам принять решение о рождении [младшего] ребенка, то какая из мер, на Ваш взгляд, оказала наибольшее влияние?	первые рождения (N=112)	вторые и последующие рождения (N=399)	вторые рождения (N=260)	третьи и последующие рождения (N=139)
федеральный материнский (семейный) капитал, введенный с 2007 г.	33,9	62,9	66,2	56,8
материнский (семейный) капитал, который установлен в Вашем регионе	5,4	12,3	15,0	7,2
ежемесячное пособие (оплачиваемый отпуск) по уходу за ребенком до 1,5 лет	39,3	8,0	8,1	7,9
родовые сертификаты	9,8	5,3	5,4	5,0
предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилья	0,9	8,0	1,9	19,4
возможность проф. подготовки, переподготовки и повышения квалификации в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет	5,4	1,5	1,9	0,7
налоговые льготы работающим родителям	5,4	2,0	1,5	2,9

Отдельно рассмотрим распределение ответов на этот вопрос женщин, отвечавших на анкету для родивших третьего ребенка в 2013 г. или беременных им. Такое выделение обусловлено, главным

образом, тем, что только в этой анкете в перечне мер помощи семьям с детьми присутствовала возможность получения ежемесячной денежной выплаты на третьего ребенка в возрасте до 3 лет в размере прожиточного минимума (включать эту меру в другие анкеты было нецелесообразно, так как она начала реализовываться только в 2013 г.). Именно эту меру и выделяли чаще всего отвечавшие на этот вопрос (28,1%), на втором месте – федеральный материнский (семейный) капитал (26,6%), на третьем – региональный материнский (семейный) капитал (20,3%), на четвертом – предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилья (18,8%, всего 64 женщины). Выбор респондентками меры помощи семьям с детьми, оказавшей наибольшее влияние на принятие решения о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг., значительно различается по очередности ребенка (табл.2.10).

Те, у кого этот ребенок первый, чаще всего отмечали влияние ежемесячного пособия (оплачиваемого отпуска) по уходу за ребенком до 1,5 лет (39,3%). Наверно это естественно, так как это, вероятно, наиболее значимая из мер помощи семьям с детьми, которая распространяется на все рождения, включая первые. Немногим более трети (33,9%) тех, у кого родившийся в 2007–2013 гг. младший ребенок первенец, отметили наибольшее влияние на принятие решения о его рождении федерального материнского (семейного) капитала. Казалось бы, это противоречит практике реализации этой меры, так как капитал предоставляется только при рождении второго или последующего ребенка. Но, во-первых, это может быть связано с тем, что именно материнский (семейный) капитал может являться, в представлении людей, основным индикатором проявления заботы государства о семьях с детьми и восприниматься таковым семьями, независимо от числа детей в них. Во-вторых, этот капитал мог ускорить (и, стало быть, повлиять) принятие решения о рождении первого ребенка, чтобы в период предоставления этого капитала успеть родить второго ребенка. В-третьих, напомним, что он стоял первым в списке мер в анкетах, что тоже могло обусловить

его приоритетный выбор. На третьем месте у тех, у кого родившийся в 2007–2013 гг. младший ребенок первенец, родовые сертификаты, но доля отдавших приоритет этой мере (9,8%) значительно меньше выбравших ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет и федеральный материнский (семейный) капитал.

Совершенно иначе оценили приоритетное влияние мер помощи семье на рождение младшего ребенка в 2007–2013 гг. те, у кого этот ребенок второй или последующий. 62,9% из них отметили наибольшее влияние федерального материнского (семейного) капитала. Отчасти это связано с тем, что эта мера, как уже отмечалось, была первой в списке мер. Однако, вряд ли это является основной причиной. У тех, у кого младшим ребенком, родившимся в этот период, был первенец, в анкетах то же на первой позиции в списке стоял федеральный материнский (семейный) капитал. Но они, как показано выше, чаще отмечали ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет. Доля отметивших наибольшее влияние федерального материнского (семейного) капитала у тех, у кого младший ребенок является вторым или последующим, на 29,0%-ных пунктов больше, чем у тех, у кого этот ребенок первенец. Второе место по значимости у тех, у кого младший ребенок, родившийся в 2007–2013 гг., является вторым или последующим, занимает региональный материнский (семейный) капитал, третье – ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет и предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома.

Схожее распределение ответов и у тех, у кого родившийся в 2007–2013 гг. младший ребенок, является вторым (это и понятно, так как большинство вторых и последующих рождений составляют вторые). Только предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома оказалось для них заметно менее значимым, чем в целом по группе женщин, родивших второго или последующего ребенка. Зато среди тех, у кого младший ребенок, родившийся в этот период, третий или последующий, предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под

строительство жилого дома заняло второе место по значимости после федерального материнского (семейного) капитала.

Подчеркнем, что по ответам на рассматриваемый вопрос есть смысл обращать внимание только на сравнение доли отметивших различные меры, как наиболее значимые. Сами же величины этих долей менее показательны и трактовать их надо с осторожностью, имея в виду, что они рассчитаны по отношению не ко всем женщинам, родившим младшего ребенка в 2007–2013 гг., а только к тем, кто ответил на этот вопрос. Отвечать же на него должны были только те, кто не отрицал помощи мер государственной помощи семьям с детьми в принятии решения о рождении этого ребенка (соответствующий вопрос был в анкетах предыдущим). По крайней мере, формулировка вопроса начиналась со слов «Если Вы считаете, что эти меры помогли Вам принять решение о рождении ребенка, то ...».

Если на вопрос о том, какая из мер государственной помощи семьям с детьми в наибольшей степени помогла в принятии решения о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг., по условиям заполнения анкет, должны были только те, кто отвечал, что в целом эти меры помогли в принятии такого решения, то вопрос об оценке влияния различных факторов (в т.ч. реализуемых мер государственной помощи семьям с детьми) адресовался всем тем, у кого младший ребенок родился в 2007–2013 гг. Кроме того, важно отметить, что на ответы на этот вопрос не влияла последовательность, в которой в анкетах были перечислены факторы, влияние каждого из которых на рождение ребенка нужно было оценить по пятибалльной шкале.

Среди факторов, которые нужно было оценить с точки зрения влияния на рождение младшего ребенка в 2007–2013 гг., наибольшую, в среднем, оценку получили «личные обстоятельства». Причем отрыв по величине среднего балла от остальных факторов здесь очень велик (табл.2.11). Из числа мер государственной помощи семьям с детьми наиболее высокую оценку как фактор, повлиявший на рождение ребенка, получило ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет. Казалось бы, это противоречит пред-

ставленным выше результатам исследования, показавшим, что выше всего была оценена роль федерального материнского (семейного) капитала. Однако не будем торопиться с выводами, ибо, на самом деле, как будет показано далее, этого противоречия нет.

Таблица 2.11

**Оценка степени влияния различных факторов на решение
о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг.
(средний балл по пятибалльной шкале)¹¹**

В какой степени на Ваше решение родить Вашего младшего ребенка в 2007–2013 гг. повлияло:	Все женщины	Городские женщины	Сельские женщины
Возможность получения ежемесячного пособия (предоставление оплачиваемого отпуска) по уходу за ребенком до 1,5 лет	1,94 (N=1836)	1,94 (N=1484)	1,98 (N=337)
Возможность получения федерального материнского (семейного) капитала	1,92 (N=1813)	1,91 (N=1465)	1,94 (N=333)
Введение родового сертификата	1,82 (N=1796)	1,80 (N=1446)	1,85 (N=335)
Возможность получения материнского (семейного) капитала, установленного в Вашем регионе	1,76 (N=1790)	1,73 (N=1447)	1,86 (N=328)
Появление возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду	1,74 (N=1803)	1,76 (N=1461)	1,65 (N=327)
Налоговые льготы работающим родителям	1,63 (N=1805)	1,61 (N=1457)	1,73 (N=334)
Предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома	1,52 (N=1775)	1,50 (N=1429)	1,60 (N=331)
Возможность иметь гибкий график работы (или неполный рабочий день/неделю, или дистанционно, на дому)	1,50 (N=1806)	1,53 (N=1461)	1,35 (N=330)
Возможность профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет	1,37 (N=1809)	1,39 (N=1461)	1,32 (N=333)
Изменение социально-экономической ситуации в стране и в Вашем регионе	1,58 (N=1798)	1,58 (N=1452)	1,59 (N=331)

¹¹ Меры расположены в порядке убывания среднего балла по пятибалльной шкале по ответам всех женщин; после них перечислены остальные факторы в том порядке, в каком они стояли в вопросе.

В какой степени на Ваше решение родить Вашего младшего ребенка в 2007–2013 гг. повлияло:	Все жен- щины	Городские женщины	Сельские женщины
Изменения отношения государства к семьям с детьми	1,78 (N=1804)	1,79 (N=1457)	1,71 (N=332)
Личные обстоятельства	3,74 (N=1869)	3,72 (N=1505)	3,82 (N=349)
Повышение уровня жизни семьи, улучше- ние жилищных условий	2,27 (N=1814)	2,29 (N=1467)	2,22 (N=332)

На втором месте – с небольшим отставанием от ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет – федеральный материнский (семейный) капитал. На третьем месте в целом по всей совокупности опрошенных и у городских женщин – введение родового сертификата, а у сельских женщин – региональный материнский (семейный) капитал (значение родового сертификата они оценили, в среднем, чуть-чуть ниже). На четвертом месте – возможность получения регионального материнского (семейного) капитала. Почти такую же оценку, как эта региональная мера, получило появление возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду. Городские женщины оценили ее значение, в среднем, даже несколько выше, чем регионального материнского (семейного) капитала. В сельской же местности появление возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду было оценено, в среднем, ниже по сравнению не только с региональным материнским (семейным) капиталом и родовым сертификатом, но и по сравнению с налоговыми льготами работающим родителям.

Наконец, с точки зрения оценки сравнительного влияния реализации мер государственной помощи семьям с детьми и изменения социально-экономической ситуации на федеральном и региональном уровне на повышение рождаемости в 2007–2013 гг., важно отметить, что оценка влияния этого изменения на рождение младшего ребенка в этот период, в среднем, оказалась ниже, чем все рассмотренные выше меры помощи семьям с детьми.

Заметно выше было оценено влияние изменения отношения государства к семьям с детьми, но и этот фактор был оценен, в среднем, ниже, чем ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет, федеральный материнский (семейный) капитал и родовой сертификат.

Значительные различия в оценке влияния различных мер демографической и семейной политики на решение о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг. имеют место в зависимости от очередности ребенка (табл.2.12).

Таблица 2.12

**Оценка степени влияния различных факторов на решение
о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг.
в зависимости от очередности рождения
(средний балл по пятибалльной шкале)¹²**

В какой степени на Ваше решение родить Вашего младшего ребенка в 2007–2013 гг. повлияло:	первые рожде- ния	вторые и после- дующие рожде- ния	вторые рожде- ния	третьи и после- дующие рожде- ния
1	2	3	4	5
Возможность получения ежемесячного пособия (предоставление оплачиваемого отпуска) по уходу за ребенком до 1,5 лет	1,93 (N=660)	1,95 (N=1156)	2,02 (N=731)	1,82 (N=425)
Возможность получения федерального материнского (семейного) капитала	1,58 (N=630)	2,08 (N=1163)	2,10 (N=736)	2,06 (N=427)
Введение родового сертификата	1,77 (N=691)	1,87 (N=1151)	1,94 (N=729)	1,74 (N=422)
Возможность получения материнского (семейного) капитала, установленного в Вашем регионе	1,52 (N=627)	1,87 (N=1143)	1,87 (N=720)	1,87 (N=423)
Появление возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду	1,85 (N=641)	1,67 (N=1142)	1,60 (N=718)	1,78 (N=424)
Налоговые льготы работающим родителям	1,66 (N=645)	1,62 (N=1139)	1,58 (N=720)	1,68 (N=419)

¹² Меры политики и другие факторы расположены в том же порядке, что и в таблице 2-1-11.

1	2	3	4	5
Предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома	1,39 (N=621)	1,58 (N=1133)	1,41 (N=714)	1,87 (N=419)
Возможность иметь гибкий график работы (или неполный рабочий день/неделю, или дистанционно, на дому)	1,57 (N=645)	1,46 (N=1141)	1,46 (N=719)	1,45 (N=422)
Возможность профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет	1,44 (N=646)	1,33 (N=1143)	1,35 (N=720)	1,30 (N=423)
Изменение социально-экономической ситуации в стране и в Вашем регионе	1,62 (N=640)	1,56 (N=1138)	1,56 (N=717)	1,55 (N=421)
Изменения отношения государства к семьям с детьми	1,74 (N=642)	1,79 (N=1142)	1,77 (N=721)	1,83 (N=421)
Личные обстоятельства	3,74 (N=671)	3,73 (N=1176)	3,75 (N=746)	3,69 (N=430)
Повышение уровня жизни семьи, улучшение жилищных условий	2,21 (N=642)	2,30 (N=1151)	2,38 (N=727)	2,15 (N=424)

Те, у кого этот ребенок был первым, выше всего оценили влияние ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет. На втором месте у них оказалось появление возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду, на третьем – родовой сертификат, на четвертом – налоговые льготы работающим родителям. Обратим внимание, что все эти меры распространяются на всех детей, независимо от очередности рождения. Лишь на пятом месте оказался федеральный материнский (семейный) капитал, чуть-чуть опередив возможность иметь гибкий график работы. Лишь на седьмом месте оказался региональный материнский (семейный) капитал, что и понятно, так как он предоставляется только при рождении третьего или последующего ребенка (в регионах, в которых проводился опрос, как и в большинстве субъектов Российской Федерации), а в данном случае речь идет об оценке влияния этой меры на принятие решения о рождении первого ребенка.

Совсем иное соотношение оценок различных мер помощи семьям с детьми имеет место при рассмотрении их как факторов, повлиявших на рождение второго или последующего ребенка. Первое место здесь занимает федеральный материнский (семейный) капитал, второе – ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет, третье – региональный материнский (семейный) капитал и родовой сертификат.

При таких различиях в оценке влияния различных мер на принятие решения о рождении, с одной стороны, первого, а, с другой, второго или последующего ребенка, важно оценить, какая же все-таки из мер помощи семьям с детьми оказала наибольшее влияние на повышение рождаемости в России в период, начиная с 2007 г. Здесь уместно вспомнить рассмотренные ранее статистические данные. Увеличение суммарного коэффициента рождаемости произошло по вторым и последующим рождениям. Следовательно, наиболее значимой (по оценке респондентов) мерой, повлиявшей на повышение рождаемости, является та, которая, по мнению респондентов, в наибольшей степени повлияла на рождение второго или последующего ребенка в 2007–2013 гг. Таковой мерой является федеральный материнский (семейный) капитал.

Если говорить отдельно только о вторых рождениях, то влияние на принятие решения о них федерального материнского (семейного) капитала, в среднем, было оценено на 2,10 балла (по пятибалльной шкале). Второе место по этому показателю занимает ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет (2,02), а третье – родовой сертификат (1,94).

Среди мер помощи семьям с детьми как факторов, повлиявших на рождение третьего или последующего ребенка в 2007–2013 гг., наивысшую оценку респондентов получил федеральный материнский (семейный) капитал, а второе-третье место разделили региональный материнский (семейный) капитал и предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома. Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет, по

оценке респондентов, заняло только четвертое место среди мер, повлиявших на рождение третьего или последующего ребенка.

Следует обратить внимание на то, что при оценке влияния различных факторов на принятие решения о рождении третьего или последующего ребенка средняя оценка значимости федерального материнского (семейного) капитала (2,06 балла) оказалась сопоставимой (хотя и несколько уступающей) по величине со средней оценкой значимости повышения уровня жизни семьи, улучшения жилищных условий (2,15 балла). Такого нет ни в целом по всем опрошенным женщинам (1,94 балла по ежемесячному пособию по уходу за ребенком до 1,5 лет и 2,27 балла по повышению уровня жизни семьи, улучшению жилищных условий), ни по тем, у кого младший родившийся в 2007–2013 гг. ребенок был первенцем (соответственно, 1,93 и 2,21), ни по тем, у кого этот ребенок второй (2,10 балла по федеральному материнскому (семейному) капиталу и 2,38 балла по повышению уровня жизни семьи, улучшению жилищных условий). На наш взгляд, это свидетельствует о высокой оценке федерального материнского (семейного) капитала как фактора, повлиявшего на рождение третьего или последующего ребенка.

Выше отмечалось, что нет противоречия между тем, что среди мер, которые помогли принять решение о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг., чаще всего отмечался федеральный материнский (семейный) капитал, а среди факторов, повлиявших на рождение этого ребенка, наибольший (среди всех мер помощи семьям с детьми) средний балл оценки значимости у ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет. Если на первый вопрос отвечали, почти исключительно, только считающие, что меры государственной помощи семьям с детьми, в той или иной степени, помогли принять решение о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг. и около 60% затруднившихся ответить на этот вопрос (только 20 респонденток также выделили наиболее повлиявшую меру, несмотря на то, что считают, что, в целом, эти меры не помогли в принятии решения о рождении младшего ребенка), то второй вопрос отно-

сился ко всем, без исключения, опрошенным женщинам, у которых младший ребенок родился в 2007–2013 гг.

Только те женщины, которые полагают, что реализуемые меры государственной помощи семьям с детьми не помогли им принять решение о рождении младшего ребенка выше всего, в среднем, среди всех этих мер оценили влияние ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет. (табл.2.13). Второе-третье место у них разделили введение родового сертификата и появление возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду. Причем, естественно, что оценка влияния этих мер, в среднем, оказалась очень низкой (соответственно, 1,65 и 1,54 по пятибалльной шкале).

Таблица 2.13

**Зависимость влияния различных факторов
на решение о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг.
от самооценки помощи мер демографической политики
в принятии этого решения
(средний балл по пятибалльной шкале)¹³**

В какой степени на Ваше решение родить Вашего младшего ребенка в 2007–2013 гг. повлияло:	Помогло ли Вам принять решение о рождении Вашего младшего ребенка то, что начали реализовываться дополнительные меры государственной помощи семьям с детьми?			
	помогло, появился ребенок, рождение которого до этого откладывали	эти меры помогли принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить	не помогло	трудно сказать
1	2	3	4	5
Возможность получения федерального материнского (семейного) капитала	3,46 (N=156)	3,44 (N=97)	1,50 (N=1086)	2,09 (N=392)

¹³ Меры политики расположены в порядке убывания среднего балла по пятибалльной шкале по ответам женщин, которые считают, что, благодаря реализуемым мерам государственной помощи семьям с детьми, у них в 2007–2013 гг. появился ребенок, рождение которого они до этого откладывали; после них перечислены остальные факторы в том порядке, в каком они стояли в вопросе.

1	2	3	4	5
Возможность получения материнского (семейного) капитала, установленного в Вашем регионе	3,07 (N=149)	3,10 (N=93)	1,41 (N=1083)	1,93 (N=384)
Возможность получения ежемесячного пособия (предоставление оплачиваемого отпуска) по уходу за ребенком до 1,5 лет	3,03 (N=154)	3,08 (N=98)	1,65 (N=1114)	2,07 (N=386)
Введение родового сертификата	2,81 (N=154)	2,77 (N=95)	1,54 (N=1080)	1,95 (N=385)
Появление возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду	2,34 (N=151)	2,53 (N=94)	1,54 (N=1103)	1,86 (N=383)
Предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома	2,33 (N=154)	2,57 (N=91)	1,27 (N=1070)	1,64 (N=381)
Налоговые льготы работающим родителям	2,19 (N=151)	2,31 (N=94)	1,44 (N=1101)	1,74 (N=383)
Возможность иметь гибкий график работы (или неполный рабочий день/неделю, или дистанционно, на дому)	1,97 (N=152)	2,00 (N=93)	1,36 (N=1102)	1,58 (N=384)
Возможность профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет	1,79 (N=154)	1,77 (N=93)	1,25 (N=1100)	1,46 (N=384)
Изменение социально-экономической ситуации в стране и в Вашем регионе	2,33 (N=150)	2,23 (N=94)	1,42 (N=1101)	1,61 (N=380)
Изменения отношения государства к семьям с детьми	2,71 (N=150)	2,97 (N=95)	1,51 (N=1103)	1,85 (N=382)
Личные обстоятельства	3,80 (N=157)	3,75 (N=97)	3,79 (N=1137)	3,65 (N=396)
Повышение уровня жизни семьи, улучшение жилищных условий	3,15 (N=155)	3,21 (N=101)	2,05 (N=1102)	2,32 (N=381)

У тех, кто затруднился с ответом на вопрос о том, помогло ли им принять решение о рождении младшего ребенка то, что начали реализовываться дополнительные меры государственной помощи семьям с детьми, во-первых, заметно выше оценки влияния всех факторов, кроме личных обстоятельств, а, во-вторых, иная их ранжировка по оценке влияния на решение о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг. Выше всего они оценили федеральный материнский (семейный) капитал (в среднем на 2,09 балла). Чуть-чуть более низкая оценка у ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет (2,07). Последующие места занимают родовой сертификат (1,95) и региональный материнский (семейный) капитал (1,93).

Те, кто считает, что, благодаря мерам государственной помощи семьям с детьми, у них в 2007–2013 гг. появился ребенок, рождение которого до этого откладывалось, или, что эти меры помогли принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить, существенно выше всех других мер оценили федеральный материнский (семейный) капитал (соответственно, 3,46 и 3,44 по пятибалльной шкале).

Влияние этой меры на принятие решения о рождении младшего ребенка было оценено выше повышения уровня жизни семьи, улучшения жилищных условий (соответственно, 3,15 и 3,21) и, даже, сопоставимым (хотя и более низким) с оценкой влияния личных обстоятельств (соответственно, 3,80 и 3,75). По крайней мере, отставание оценок влияния федерального материнского (семейного) капитала от оценок влияния личных обстоятельств меньше, чем отставание регионального материнского (семейного) капитала (соответственно, 3,07 и 3,10; эта мера, по оценкам респонденток, заняла второе место) от федерального. Третье место среди мер помощи семьям с детьми по величине оценки влияния на рождение младшего ребенка в 2007–2013 гг. у двух этих категорий респонденток занимает ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет (совсем немного уступая региональному материнскому (семейному) капиталу), а четвертое – родовой сертификат.

Среди женщин, родивших в 2007–2013 гг. второго или последующего ребенка, отметивших, что реализуемые меры помощи семьям с детьми помогли в принятии решения о его рождении, выше всего, оценили влияние на это решение федерального материнского (семейного) капитала: 3,47 балла у тех, кто отметил, что эти меры помогли не откладывать рождение ребенка, и 3,63 балла у тех, кто отметил, что без этих мер не могли себе позволить рождение этого ребенка. Обе эти оценки выше оценки влияния на принятие решения о рождении ребенка таких мер как повышение уровня жизни семьи и улучшение жилищных условий, соответственно, 3,18 и 3,16 (табл.2.14).

Таблица 2.14

Оценка степени влияния различных факторов на решение о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг. в зависимости от самооценки помощи мер демографической политики в принятии этого решения (вторые и последующие рождения; средний балл по пятибалльной шкале)¹⁴

В какой степени на Ваше решение родить Вашего младшего ребенка в 2007–2013 гг. повлияло:	Помогло ли Вам принять решение о рождении Вашего младшего ребенка то, что начали реализовываться дополнительные меры государственной помощи семьям с детьми?			
	помогло, появился ребенок, рождение которого до этого откладывали	эти меры помогли принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить	не помогло	трудно сказать
1	2	3	4	5
Возможность получения федерального материнского (семейного) капитала	3,47 (N=139)	3,63 (N=80)	1,55 (N=670)	2,24 (N=245)
Возможность получения материнского (семейного) капитала, установленного в Вашем регионе	3,05 (N=133)	3,24 (N=78)	1,41 (N=666)	2,04 (N=238)

¹⁴ Меры демографической и семейной политики расположены в том же порядке, что и в таблице 2-1-13.

1	2	3	4	5
Возможность получения ежемесячного пособия (предоставление оплачиваемого отпуска) по уходу за ребенком до 1,5 лет	3,03 (N=138)	3,01 (N=81)	1,59 (N=668)	2,00 (N=240)
Введение родового сертификата	2,78 (N=138)	2,76 (N=79)	1,56 (N=666)	1,90 (N=240)
Предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома	2,28 (N=137)	2,71 (N=76)	1,26 (N=656)	1,70 (N=236)
Появление возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду	2,29 (N=136)	2,55 (N=78)	1,43 (N=664)	1,70 (N=237)
Налоговые льготы работающим родителям	2,23 (N=135)	2,37 (N=78)	1,36 (N=661)	1,71 (N=237)
Возможность иметь гибкий график работы (или неполный рабочий день/неделю, или дистанционно, на дому)	1,95 (N=137)	2,05 (N=77)	1,29 (N=663)	1,46 (N=238)
Возможность профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет	1,67 (N=138)	1,83 (N=77)	1,21 (N=662)	1,30 (N=238)
Изменение социально-экономической ситуации в стране и в Вашем регионе	2,29 (N=135)	2,29 (N=78)	1,33 (N=662)	1,54 (N=234)
Изменения отношения государства к семьям с детьми	2,69 (N=135)	3,01 (N=79)	1,45 (N=663)	1,83 (N=236)
Личные обстоятельства	3,83 (N=139)	3,80 (N=81)	3,71 (N=679)	3,71 (N=247)
Повышение уровня жизни семьи, улучшение жилищных условий	3,18 (N=139)	3,16 (N=85)	2,00 (N=662)	2,29 (N=236)

На втором месте у обеих этих категорий респондентов региональный материнский (семейный) капитал. Причем, если у тех, кто смог не откладывать дальше рождение ребенка, средний балл оценки влияния на принятие решения о рождении ребенка регионально-

го материнского (семейного) капитала и ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет почти не различается (соответственно, 3,05 и 3,03), то у тех, кому меры поддержки семей с детьми помогли принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить, оценка влияния регионального материнского (семейного) капитала, в среднем, заметно выше, чем ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет (3,24 против 3,01). Кроме того, у этой второй категории респонденток заметно выше оценка влияния на рождение ребенка предоставления семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома (2,71 балла против 2,28 балла у тех, кто отметил, что реализуемые меры помогли не откладывать рождение ребенка) и изменения отношения государства к семьям с детьми (3,01 против 2,69). У них, также ближе средние оценки влияния федерального материнского (семейного) капитала и личных обстоятельств (соответственно, 3,63 и 3,80 балла против 3,47 и 3,83 у тех, кто отметил, что реализуемые меры помогли не откладывать рождение ребенка).

Учитывая, что две из оцениваемых мер – региональный материнский (семейный) капитал и предоставление семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома – введены только в последние годы, они оказываются в неравном положении при оценке влияния различных мер на принятие решения о рождении ребенка в целом за весь период 2007–2013 гг. Представляется целесообразным рассмотреть эту оценку применительно к тем, у кого младший ребенок родился в 2012–2013 гг.

Если все опрошенные женщины, родившие младшего ребенка в 2007–2013 гг., влияние ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет оценили, в среднем, чуть выше, чем федеральный материнский (семейный) капитал (1,94 против 1,92 балла по пятибалльной шкале, то те, у кого младший ребенок родился в 2012–2013 гг. более высокую, в среднем, оценку поставили возможности получения федерального материнского (семейного) капитала (2,22), а оценка ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет составляет

2.08, что немногим выше по сравнению с региональным материнским (семейным) капиталом, где она равна 2,06 (табл.2.15).

Таблица 2.15

**Оценка степени влияния различных факторов
на решение о рождении младшего ребенка в 2012–2013 гг.
(средний балл по пятибалльной шкале)¹⁵**

В какой степени на Ваше решение родить Вашего младшего ребенка в 2007–2013 гг. повлияло:	Все женщины	Родившие третьего или последующего ребенка
Возможность получения федерального материнского (семейного) капитала	2,22 (N=455)	2,19 (N=197)
Возможность получения ежемесячного пособия (предоставление оплачиваемого отпуска) по уходу за ребенком до 1,5 лет	2,08 (N=456)	1,92 (N=198)
Возможность получения материнского (семейного) капитала, установленного в Вашем регионе	2,06 (N=454)	2,05 (N=198)
Появление возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду	1,91 (N=456)	1,86 (N=198)
Введение родового сертификата	1,85 (N=456)	1,68 (N=198)
Налоговые льготы работающим родителям	1,77 (N=452)	1,75 (N=195)
Предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома	1,75 (N=453)	2,04 (N=198)
Возможность иметь гибкий график работы (или неполный рабочий день/неделю, или дистанционно, на дому)	1,65 (N=455)	1,53 (N=198)
Возможность профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет	1,48 (N=454)	1,36 (N=198)
Изменение социально-экономической ситуации в стране и в Вашем регионе	1,70 (N=451)	1,60 (N=195)
Изменения отношения государства к семьям с детьми	1,99 (N=452)	1,93 (N=196)
Личные обстоятельства	3,76 (N=460)	3,69 (N=197)
Повышение уровня жизни семьи, улучшение жилищных условий	2,43 (N=454)	2,24 (N=195)

¹⁵ Меры расположены в порядке убывания среднего балла по пятибалльной шкале по ответам всех женщин; после них перечислены остальные факторы в том порядке, в каком они стояли в вопросе.

Особое внимание следует обратить на третьи и последующие рождения, ибо меры, которые вводились в последние годы, ориентированы, прежде всего, на их поддержку. Среди мер политики, повлиявших на них в 2012–2013 гг., выше всего оценен федеральный материнский (семейный) капитал (2,19 балла), на втором месте – региональный материнский (семейный) капитал (2,05), на третьем – предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома (2,04). Отметим здесь близость двух последних оценок. Схожая ситуация была и при оценке влияния различных факторов на третьи и последующие рождения в целом за период 2007–2013 гг. Там также наивысшая, в среднем, оценка была поставлена федеральному материнскому (семейному) капиталу, а оценки регионального материнского (семейного) капитала и земельных участков для семей с тремя и более детьми, в среднем, совпали.

В анкету для женщин, родивших в 2013 г. третьего ребенка или беременных им, наряду с мерами помощи семьям с детьми, влияние которых на рождение младшего ребенка оценивали респондентки, заполнявшие другие анкеты, была включена мера, реализация которой началась только в 2013 г. – возможность получения ежемесячной денежной выплаты на третьего ребенка в возрасте до 3 лет в размере прожиточного минимума. Поэтому оценки влияния различных факторов на принятие решения о рождении ребенка у этих респонденток следует рассмотреть отдельно. Влияние именно этой новой меры женщины, родившие в 2013 г. третьего или последующего ребенка или беременные им, оценили, в среднем, выше всех других мер (2,57 балла). На втором месте у них региональный материнский (семейный) капитал (2,43), на третьем – ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет (2,30).

Сравнительная оценка возможного влияния различных мер государственной помощи семьям с детьми на рождение ребенка в ближайшие годы. Наряду с оценкой влияния мер помощи семьям с детьми на принятие решения о рождении детей, которые уже роди-

лись в 2007–2013 гг., важно, особенно для определения перспектив динамики рождаемости, попытаться оценить возможное влияние этих мер на принятие решений о рождении детей в ближайшие годы. Результаты опроса 2013 г. позволяют, опираясь на самооценочные ответы женщин, осуществить сравнительный анализ влияния различных факторов, в т.ч. мер помощи семьям с детьми, на возможное принятие решения о рождении ребенка в ближайшие 3–4 года (табл.2.16).

Таблица 2.16

Оценка влияния различных факторов на возможное решение о рождении ребенка в ближайшие 3–4 года (средний балл по пятибалльной шкале)¹⁶

Если Вы собираетесь родить ребенка в ближайшие 3–4 года, то в какой степени на Ваше решение влияют:	Все женщины	Городские женщины	Сельские женщины
Появление возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду	3,06 (N=639)	3,12 (N=523)	2,75 (N=108)
Возможность получения ежемесячного пособия (предоставление оплачиваемого отпуска) по уходу за ребенком до 1,5 лет	2,78 (N=640)	2,83 (N=524)	2,59 (N=108)
Налоговые льготы работающим родителям	2,76 (N=635)	2,81 (N=517)	2,59 (N=110)
Возможность получения федерального материнского (семейного) капитала	2,73 (N=634)	2,76 (N=519)	2,55 (N=108)
Возможность получения материнского (семейного) капитала, установленного в Вашем регионе	2,69 (N=638)	2,73 (N=522)	2,54 (N=108)
Возможность получения ежемесячной денежной выплаты на третьего ребенка в возрасте до 3 лет в размере прожиточного минимума	2,60 (N=633)	2,60 (N=517)	2,62 (N=108)
Предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома	2,53 (N=636)	2,52 (N=519)	2,65 (N=109)
Введение родового сертификата	2,51 (N=636)	2,54 (N=523)	2,44 (N=105)

¹⁶ Меры расположены в порядке убывания среднего балла по пятибалльной шкале по ответам всех женщин; после них перечислены остальные факторы в том порядке, в каком они стояли в вопросе.

Если Вы собираетесь родить ребенка в ближайшие 3–4 года, то в какой степени на Ваше решение влияют:	Все женщины	Городские женщины	Сельские женщины
Возможность иметь гибкий график работы (или неполный рабочий день/неделю, или дистанционно, на дому)	2,34 (N=635)	2,38 (N=520)	2,18 (N=107)
Возможность профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет	2,17 (N=641)	2,20 (N=524)	2,03 (N=109)
Изменение социально-экономической ситуации в стране и в Вашем регионе	2,69 (N=633)	2,75 (N=518)	2,42 (N=107)
Изменения отношения государства к семьям с детьми	2,93 (N=631)	3,00 (N=515)	2,57 (N=108)
Личные обстоятельства	3,69 (N=645)	3,70 (N=528)	3,68 (N=109)
Повышение уровня жизни семьи, улучшение жилищных условий	3,56 (N=640)	3,65 (N=524)	3,18 (N=108)

По мнению тех, кто предполагает родить ребенка в ближайшие 3–4 года, среди всех мер помощи семьям с детьми наибольшее влияние на принятие решения о рождении этого ребенка может оказать возможность без проблем получить место для ребенка в детском саду (3,06 балла). Оценка ее влияния существенно превышает оценки по всем остальным мерам и уступает только личным обстоятельствам (3,69) и повышению уровня жизни семьи, улучшению жилищных условий (3,56). Если же говорить именно о мерах помощи семьям с детьми, то последующие места по оценке значимости занимают ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет (2,78), несколько неожиданно, налоговые льготы работающим родителям (2,76), федеральный (2,73) и региональный (2,69) материнский (семейный) капитал.

Оценка влияния различных факторов на возможное принятие решения о рождении ребенка в ближайшие годы существенно отличается от рассмотренных выше данных об оценке влияния этих факторов на уже состоявшееся в 2007–2013 гг. рождение младшего

ребенка. Они отличаются как по соотношению оценок значимости влияния различных факторов (на уже состоявшееся рождение, по мнению респонденток, сильнее всего повлияло ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет (по оценке влияния на будущее рождение эта мера заняла второе место), а на втором и третьем местах – федеральный материнский (семейный) капитал и родовой сертификат (по оценке влияния на будущее рождение эти меры заняли, соответственно, 4 и 8 места), так и по величине среднего балла этой оценки – в отношении влияния на будущее рождение он существенно выше, чем на уже состоявшееся (например, влияние ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет на принятие решения о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг. было оценено респондентками, в среднем, на 1,94 балла, а на возможное решение о рождении ребенка в ближайшие 3–4 года – на 2,78 балла).

Как относиться к таким различиям в результатах? Понятно, что в обоих случаях речь идет не об объективной характеристике влияния факторов, а о мнении опрошенных женщин об их влиянии. В ситуации с оценкой этого влияния на уже состоявшееся рождение, как отмечалось выше, мы имеем дело с ретроспективной оценкой, которая может не совпадать с той, которая имела место в ситуации принятия решения о рождении ребенка, а может аккумулировать в себе влияние всего того, что имело место после рождения ребенка. Кроме того, те или иные меры, восприятие их с экономической и социально-психологической точек зрения могут влиять на субъективное восприятие личных обстоятельств как фактора принятия решения о рождении ребенка, трансформироваться в этом восприятии. В этом случае как фактор, влияющий на принятие решения о рождении ребенка, будут оцениваться именно личные обстоятельства, хотя те или иные меры помощи семьям, их комплекс могли, в свою очередь, повлиять на восприятие личных обстоятельств как благоприятствовавших рождению ребенка.

При оценке влияния факторов на возможное принятие решения о будущем рождении ребенка, в отличие от ретроспективной оцен-

ки, такого влияния мер на восприятие личных обстоятельств может не быть, а оценка влияния мер помощи семьям с детьми на принятие решения о рождении ребенка может учитывать значимость для женщины того или иного вида помощи семьям безотносительно к принятию решения о рождении ребенка, в т.ч. связанную с остротой проблем в том или ином аспекте жизнедеятельности семьи и, следовательно, с восприятием условий жизнедеятельности, как благоприятствующих или не благоприятствующих рождению ребенка. При ретроспективной оценке такое восприятие условий жизнедеятельности и факторов, на них влияющих, видимо, уже несколько затушевывается, так как рождение ребенка состоялось и все, что ему предшествовало, может восприниматься иначе, чем, наоборот, в отношении предстоящего рождения.

Надо также иметь в виду, что ретроспективно оценивалось влияние различных факторов на принятие решения о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг. любой очередности, в т.ч. и первых. Что касается оценки влияния этих факторов на возможное принятие решения о рождении ребенка в ближайшие 3–4 года, то речь, в данном исследовании, идет только о вторых и последующих рождениях, ибо, по условиям социологического опроса, на все анкеты, по которым здесь сравниваются различия оценок, отвечали только женщины, уже имеющие, как минимум, одного ребенка.

В этом случае снова возникает противоречие, ибо, как было показано выше, именно в отношении принятия решения о рождении первого ребенка в 2007–2013 гг. оценка влияния появления возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду была выше, чем в отношении вторых и последующих рождений (2 место против 5 места). В отношении же возможного принятия решения о рождении будущего – второго или последующего – ребенка, как видно из таблицы 2-1-16, влияние именно этого фактора было оценено наиболее высоко среди всех мер помощи семьям с детьми. Однако, как будет показано далее, особого противоречия здесь нет.

Наконец, следует иметь в виду и то, что оценки влияния факторов на принятие решения о рождении ребенка, уже родившегося в 2007–2013 гг., и того, который, возможно, появится в ближайшие 3–4 года, относятся к не совсем одинаковым совокупностям респонденток: с одной стороны, в число тех, у кого выявлялись репродуктивные намерения и факторы, влияющие на них, входят и те, у кого младший ребенок родился в 2000–2006 гг. (т.е. ретроспективной оценки влияния факторов на рождение ребенка они не делали), с другой стороны, оценка влияния факторов на возможное принятие решения о рождении ребенка в ближайшие годы не осуществлялась для респонденток с 3 и более детьми (так как у них можно говорить о влиянии факторов только на рождение четвертого или последующего ребенка и влияния этой специфики на общие оценки по всей совокупности опрошенных нужно было избежать) и, естественно, эта оценка относится только к тем женщинам, которые собираются родить еще ребенка в ближайшие 3–4 года.

Представляется, что этот вопрос требует дальнейшего изучения и, лучше всего, на основе лонгитюдного (продольного) исследования с использованием изучения мнений респондентов, измерения их оценок на разных стадиях принятия решения о рождении ребенка (например, за несколько лет до рождения, в стадии беременности, вскоре после рождения ребенка, через несколько лет после рождения ребенка).

Оценка влияния различных факторов на возможное принятие решения о рождении ребенка в ближайшие 3–4 года существенно различается в зависимости от очередности ребенка (табл.2.17).

Среди мер помощи семьям с детьми, как факторов, влияющих на принятие решения о рождении второго ребенка (т.е. по ответам имеющих одного ребенка), выше всего было оценено влияние появления возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду (средний балл составил 3,13; более высокая оценка только у повышения уровня жизни семьи, улучшения жилищных условий (3,59) и у личных обстоятельств (3,72)). Второе и третье

места с почти одинаковой величиной среднего балла занимают ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет (2,80) и федеральный материнский (семейный) капитал (2,79). Таким образом, отрыв возможности получения места для ребенка в детском саду от других мер помощи семьям с детьми по оценке влияния на возможное принятие решения о рождении второго ребенка в ближайшие годы здесь существенен.

Таблица 2.17

Оценка влияния различных факторов на возможное решение о рождении ребенка в ближайшие 3–4 года в зависимости от имеющегося числа детей (средний балл по пятибалльной шкале)¹⁷

Если Вы собираетесь родить ребенка в ближайшие 3–4 года, то в какой степени на Ваше решение влияют:	Имеющееся число детей	
	один	Двое
Появление возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду	3,13 (N=417)	3,09 (N=175)
Возможность получения ежемесячного пособия (предоставление оплачиваемого отпуска) по уходу за ребенком до 1,5 лет	2,80 (N=417)	2,84 (N=176)
Налоговые льготы работающим родителям	2,73 (N=414)	2,93 (N=175)
Возможность получения федерального материнского (семейного) капитала	2,79 (N=413)	2,71 (N=175)
Возможность получения материнского (семейного) капитала, установленного в Вашем регионе	2,73 (N=417)	2,72 (N=174)
Возможность получения ежемесячной денежной выплаты на третьего ребенка в возрасте до 3 лет в размере прожиточного минимума	2,38 (N=409)	3,15 (N=177)
Предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома	2,32 (N=412)	3,02 (N=178)
Введение родового сертификата	2,54 (N=418)	2,49 (N=172)
Возможность иметь гибкий график работы (или неполный рабочий день/неделю, или дистанционно, на дому)	2,32 (N=414)	2,39 (N=175)
Возможность профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет	2,17 (N=418)	2,22 (N=177)

¹⁷ Факторы расположены в том же порядке, что и в таблице 2-1-16.

Если Вы собираетесь родить ребенка в ближайшие 3–4 года, то в какой степени на Ваше решение влияют:	Имеющееся число детей	
	один	Двое
Изменение социально-экономической ситуации в стране и в Вашем регионе	2,68 (N=413)	2,76 (N=174)
Изменения отношения государства к семьям с детьми	2,88 (N=412)	3,06 (N=173)
Личные обстоятельства	3,72 (N=421)	3,70 (N=177)
Повышение уровня жизни семьи, улучшение жилищных условий	3,59 (N=417)	3,64 (N=176)

Так как доля собирающихся в ближайшие 3–4 года родить второго ребенка (т.е. однопородных) составляет 65% от всех ответивших, что собираются родить в этот период ребенка, их ответы, в значительной степени, определяют средние показатели по всем женщинам. Поэтому и в целом по совокупности женщин, собирающихся родить ребенка в ближайшие 3–4 года, фактор появления возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду был оценен существенно выше остальных. Т.е. эту ситуацию определили однопородные женщины, среди которых подавляющее большинство родили первого ребенка в 2007–2013 гг. Вспомним, что именно в отношении рождения первого ребенка этот фактор занял высокое второе место по оценке влияния на принятие решения об этом рождении.

Уместно вернуться к отмеченному выше, казалось бы, противоречию, состоящему в том, что при оценке влияния различных мер помощи семьям с детьми на принятие решения о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг. фактор появления возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду был оценен весьма высоко в отношении первого ребенка и заметно ниже – в отношении второго или последующего ребенка. Здесь же он высоко оценивается с точки зрения влияния на возможное принятие решения о рождении второго ребенка. Подчеркнем, что именно второго, а не последующего. Противоречия, по сути дела, нет. Наоборот, все логично. Этот

фактор сначала существенно, по мнению респонденток, повлиял на рождение первого ребенка в 2007–2013 гг., а теперь существенно влияет на принятие значительной частью этих женщин решения о рождении второго ребенка.

Но это относится, прежде всего, к влиянию на принятие решения о рождении второго ребенка. В отношении же влияния на принятие решения о рождении третьего ребенка двухдетные женщины выше всего оценили возможность получения ежемесячной денежной выплаты на третьего ребенка в возрасте до 3 лет в размере прожиточного минимума (3,15 балла, что существенно выше, чем у однопородных женщин при оценке влияния этого фактора на принятие решения о рождении второго ребенка (2,38)). На втором месте у них – появление возможности без проблем получить место в детском саду (3,09), а на третьем – предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома (3,02 балла, что также, как и по ежемесячной денежной выплате, существенно выше, чем у однопородных женщин при оценке влияния этого фактора на принятие решения о рождении второго ребенка (2,32)). Видимо, не случайно, что среди трех мер, наиболее высоко оцененных по степени возможного влияния на принятие решения о рождении в ближайшие годы третьего ребенка, две ориентированы на поддержку, прежде всего, именно третьих рождений (и оценка влияния этих мер на принятие решения о рождении третьего ребенка, в среднем, существенно выше, чем в отношении рождения второго ребенка). Отметим еще и более высокую, в среднем, оценку влияния на принятие решения о рождении третьего ребенка, по сравнению со вторым, налоговых льгот работающим родителям и изменения отношения государства к семьям с детьми.

Глава 2

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО МАТЕРИНСКОГО (СЕМЕЙНОГО) КАПИТАЛА

Федеральный материнский (семейный) капитал. В предыдущей главе при сравнительной оценке результативности различных мер государственной помощи семьям с детьми выявлено наибольшее, среди всех мер, влияние федерального материнского (семейного) капитала на принятие решения о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг., по крайней мере, применительно ко вторым и последующим рождениям.

На вопрос «Помогло ли Вам принять решение о рождении ребенка¹⁸ то, что начал предоставляться федеральный материнский (семейный) капитал?» ответили в ходе социологического опроса 2013 г. 564 женщины, у которых младший ребенок родился в 2007–2013 гг. и которые отвечали на вопросы анкет для женщин, родивших младшего ребенка в 2007–2013 гг., для матерей с детьми дошкольного возраста и для матерей 3 и более детей.

Среди них 23,8% женщин ответили, что федеральный материнский (семейный) капитал помог им и появился ребенок, рождение которого до этого откладывалось, 11,3% – что это помогло принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить, 23,9% – что федеральный материнский (семейный) капитал не помог им в принятии решения о рождении младшего ре-

¹⁸ Из контекста анкет было понятно, что речь идет о рождении младшего ребенка.

бенка, 41,0% респонденток затруднились с ответом на этот вопрос. Однако из этого не следует, что 35,1% (сумма ответов на первые два варианта) женщин, родивших младшего ребенка в 2007–2013 гг., считают, что предоставление федерального материнского (семейного) капитала так или иначе помогло в принятии решения о рождении этого ребенка. Дело в том, что по условиям анкет на этот вопрос не отвечали те, кто ранее ответил, что начало реализации дополнительных мер государственной помощи семьям с детьми не помогло им в принятии решения о рождении младшего ребенка. Таким образом, приведенные выше проценты рассчитаны только по отношению к тем, кто не отрицает влияния помощи реализуемых мер помощи семьям с детьми в принятии ими решения о рождении младшего ребенка.

Общее же число ответивших, что родили младшего ребенка в 2007–2013 гг., среди тех, кто отвечал на вопросы анкет для женщин, родивших младшего ребенка в 2007–2013 гг., для матерей с детьми дошкольного возраста и для матерей 3 и более детей составляет 1581 человек. Подчеркнем, что это число женщин, родивших младшего ребенка в 2007–2013 гг., а не число рожденных детей в этот период. Последнее явно больше, так как у части женщин в 2007–2013 гг. родилось двое и более детей.

Если считать по отношению к ним, то доля ответивших, что федеральный материнский (семейный) капитал помог им и появился ребенок, рождение которого до этого откладывалось, равна 8,5%; считающих, что это помогло им принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить – 4,0%; затруднившихся ответить на этот вопрос – 14,6%.

Если представленные выше доли женщин, отметивших эти варианты ответов, явно завышали оценку результативности федерального материнского (семейного) капитала, то эти проценты ее занижают. Так как этот капитал предоставляется лишь при рождении второго или последующего ребенка, то и рассматривать доли женщин, отметивших его помощь в принятии решения о рождении ре-

бенка целесообразно, прежде всего, для тех, у кого в 2007–2013 гг. родился второй или последующий ребенок.

У 575 женщин младший ребенок был первым, у 595 – вторым, у 397 – третьим или последующим. По отношению к ним и рассчитаны приведенные ниже проценты давших тот или иной ответ о помощи федерального материнского (семейного) капитала в принятии решения о рождении младшего ребенка. Среди женщин, у которых младший ребенок, родившийся в 2007–2013 гг., является первым, доля отметивших, что федеральный материнский (семейный) капитал помог в принятии решения о рождении этого ребенка, как и ожидалось, мала: полагающих, что он помог и появился ребенок, рождение которого до этого откладывалось, оказалось 1,9%; считающих, что это помогло принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить – 0,3%; затруднившихся ответить – 13,4%.

Совсем иная ситуация у тех, чей младший ребенок, родившийся в этот период был вторым или последующим: полагающих, что капитал помог и появился ребенок, рождение которого до этого откладывалось, оказалось 12,2%; считающих, что он помог принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить – 6,1%; затруднившихся ответить – 15,4%. Таким образом, треть (33,7%) женщин, родивших второго или последующего ребенка, не отрицают помощи федерального материнского (семейного) капитала в принятии решения о его рождении в 2007–2013 гг.

При этом те, у кого младший, родившийся в этот период, ребенок, был вторым, несколько чаще отмечали, что федеральный материнский (семейный) капитал помог им не откладывать рождение этого ребенка, а те, у кого он был третьим или последующим – что он помог им принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить.

Среди тех, у кого младший ребенок, родившийся в 2007–2013 гг., является вторым, доля полагающих, что федеральный материнский (семейный) капитал помог им и появился ребенок, рождение кото-

рого до этого откладывалось, равна 13,8%, а считающих, что он помог принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить – 4,4%. Затруднившихся ответить оказалось 16,0%. Таким образом, 34,2% женщин, родивших второго ребенка, не отрицают помощи федерального материнского (семейного) капитала в принятии решения о его рождении.

Среди тех, у кого младший ребенок, родившийся в 2007–2013 гг., является третьим или последующим, доля считающих, что федеральный материнский (семейный) капитал помог и появился ребенок, рождение которого до этого откладывалось, равна 9,8%, а считающих, что он помог принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить – 8,8%. Затруднились ответить 14,6%. Таким образом, 33,2% женщин, родивших третьего или последующего ребенка, не отрицают помощи федерального материнского (семейного) капитала в принятии решения о его рождении.

Нужно иметь в виду, что вопрос задавался о помощи в принятии решения о рождении только младшего ребенка и, если в этот период у женщины родились и второй, и третий ребенок, то ответ относился только к третьему ребенку, а федеральный материнский (семейный) капитал мог повлиять на рождение второго ребенка. Случаев рождения у респонденток в 2007–2013 гг. и второго, и третьего ребенка было 149 (20,0% среди всех вторых рождений в этот период) и это может несколько занижать оценку результативности федерального материнского (семейного) капитала.

Если предположить, что у респонденток, родивших второго ребенка в 2007–2013 гг., но который не является младшим из рожденных в этот период детей, распределение ответов о помощи федерального материнского (семейного) капитала в принятии решения о его рождении было бы таким же, как у тех, у кого этот второй ребенок был младшим, то с учетом этих 20% рождений и второго, и третьего ребенка в 2007–2013 гг. можно сделать скорректированный расчет оценки помощи федерального материнского (семейного) капитала в принятии решения о рождении всех вторых детей в этот

период (независимо от того, является ли второй ребенок младшим или нет) и, соответственно, вторых и последующих детей.

В этом случае, среди родивших в 2007–2013 гг. второго ребенка, доля тех, кто считал бы, что федеральный материнский (семейный) капитал помог и появился ребенок, рождение которого до этого откладывалось, могла бы составить 16,5%, а тех, кто считал бы, что он помог принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить – 5,2%. Затруднившихся ответить оказалось бы 19,2%. Таким образом, 40,9% женщин, родивших второго ребенка, не отрицали бы помощи федерального материнского (семейного) капитала в принятии решения о его рождении.

Соответственно, увеличились бы эти показатели и среди родивших второго или последующего ребенка. Доля тех, кто считал бы, что федеральный материнский (семейный) капитал помог и появился ребенок, рождение которого до этого откладывалось, могла бы составить 13,9%, а тех, кто считал бы, что он помог принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить – 6,7%. Затруднившихся ответить оказалось бы 17,3%. Таким образом, 37,9% женщин, родивших второго или последующего ребенка, не отрицали бы помощи федерального материнского (семейного) капитала в принятии решения о его рождении в 2007–2013 гг. Однако, к этим скорректированным данным, безусловно, нужно относиться только как к оценке, расчет которой основан на определенных условиях, в отличие от приведенных выше результатов, основанных непосредственно на ответах женщин.

Среди считающих федеральный материнский (семейный) капитал значимым для себя, 61,1% женщин связывают его значимость с тем, что он помогает решить важные для семьи проблемы. Около половины (48,6%) отметили, что без него невозможно улучшить жилищные условия, дать хорошее образование детям. Этот капитал, вероятно, значим не только сам по себе, но и благодаря тому, что явился знаковым индикатором изменения отношения государства к семьям с детьми. Об этом свидетельствует то, что 42,9% респонден-

ток указали на то, что при такой помощи можно надеяться, что и дальше государство не оставит без поддержки.¹⁹

С точки зрения дальнейшего развития и совершенствования этой формы государственной помощи семьям с детьми важнее, видимо, не столько выяснить, чем важен для людей федеральный материнский (семейный) капитал, сколько понять, с чем они связывают его недостаточную значимость. 68,8% женщин, считающих федеральный материнский (семейный) капитал не значимым, указали, что его размер слишком мал. При существующих финансовых ограничениях вряд ли можно ориентироваться на повышение его привлекательности за счет значительного увеличения размера.

Более перспективным представляется повышение его значимости за счет расширения возможных направлений использования. В этой связи важно отметить, что 37,1% женщин связывают недостаточную значимость капитала с тем, что то, на что можно его использовать для их семьи не значимо.²⁰ Около половины респондентов (47,7%) считают, что федеральный материнский (семейный) капитал стал бы для них более значим, если бы его можно было использовать не только на предусмотренные сейчас цели. Для 19,8% значимость его в этом случае не повысилась бы, а 32,5% затруднились с ответом на этот вопрос. При этом женщины, как правило, не связывали это с какими-то конкретными целями использования федерального материнского (семейного) капитала, а отмечали лишь желательность их расширения.

Среди родивших второго или последующего ребенка в 2007–2013 гг., 86,5% уже получили сертификат на федеральный материнский (семейный) капитал. Из них полностью использовали его 35,8%, частично – 14,7%, не использовали – 49,5%. Среди уже использовавших капитал полностью или частично, 63,4% использовали его на приобретение (строительство) жилья (см. табл.2.18).

¹⁹ Сумма ответов превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

²⁰ Сумма ответов превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

Таблица 2.18

**Цели, на которые полностью или частично был использован
федеральный материнский (семейный) капитал (%)²¹**

На какие цели Вы использовали (полностью или частично) федеральный материнский (семейный) капитал	Все женщины (N=336)	Городские женщины (N=232)	Сельские женщины (N=102)
на приобретение (строительство) жилья	63,4	62,1	66,7
на образование детей	4,8	3,4	7,8
на оплату детского сада	1,5	0,9	2,9
на увеличение накопительной части своей пенсии	1,8	2,6	0,0
на погашение основного долга или кредита, включая ипотечный	23,8	28,0	14,7
на получение наличными деньгами 12000 рублей в год	22,9	22,4	23,5

Также связано с жильем и второе по распространенности направление использования этого капитала – погашение основного долга или кредита, включая ипотечный. Этим воспользовались 23,8%, причем в городских поселениях доля таковых почти вдвое выше, чем на селе (28,0% против 14,7%). Наоборот, доля полностью или частично использовавших капитал на образование детей на селе в 2 с лишним раза выше, чем в городе (7,8% против 3,4%). В целом по совокупности она составила 4,8%. Доля воспользовавшихся своим правом на получение из средств капитала 12000 рублей наличными в год составила 22,9%, но нужно иметь в виду, что такая возможность была только в 2009 и 2010 гг.

3/4 женщин предполагают полностью или частично использовать полагающийся им федеральный материнский (семейный) капитал на приобретение (строительство) жилья (табл.2.19). Доля предполагающих потратить его на образование детей равна 29,7% и, в отличие от уже использовавших полностью или частично на эту цель, не различается между городом и селом (соответственно, 30,0% и 29,6%). Почти нет межпоселенческих различий (в отличие

²¹ Сумма ответов превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

от уже использовавших капитал полностью или частично на эту цель) по доле предполагающих использовать этот капитал на погашение основного долга или кредита, включая ипотечный (12,7%; город – 13,0%, село – 11,2%). Использовать федеральный материнский (семейный) капитал на увеличение накопительной части пенсии предполагают 4,8% респондентов.

Таблица 2.19

Цели, на которые полностью или частично предполагается использовать федеральный материнский (семейный) капитал (%)²²

На какие цели Вы предполагаете использовали (полностью или частично) федеральный материнский (семейный) капитал	Все женщины (N=354)	Городские женщины (N=253)	Сельские женщины (N=98)
на приобретение (строительство) жилья	74,6	75,1	72,4
на образование детей	29,7	30,0	29,6
на оплату детского сада	2,8	3,6	1,0
на увеличение накопительной части своей пенсии	4,8	5,9	2,0
на погашение основного долга или кредита, включая ипотечный	12,7	13,0	11,2

Региональный материнский (семейный) капитал. В большинстве субъектов Российской Федерации существует региональный материнский (семейный) капитал. Исключение составляют только республики Башкортостан, Дагестан, Ингушетия, Татарстан, Удмуртская и Чеченская, Пензенская область и г.Москва.

Если федеральный материнский (семейный) капитал предоставляется при рождении (усыновлении) второго или последующего ребенка, то региональный, как правило – третьего или последующего. Исключение составляют Московская, Нижегородская, Сахалинская, Смоленская и Ульяновская области, где капитал предоставляется, начиная со второго ребенка. В ряде регионов, наоборот, капитал предоставляется при рождении не третьего ребенка, а бо-

²² Сумма ответов превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

лее старших порядков очередности: в республиках Алтай, Карачаево-Черкесской и Марий Эл – четвертого, в республиках Кабардино-Балкарской и Тыве – пятого, в Республике Бурятия – седьмого.

В Воронежской, Новгородской и Псковской областях региональный материнский (семейный) капитал предоставляется при рождении (усыновлении) третьего и каждого последующего ребенка. Подчеркнем здесь «и каждого», а не «или», как, практически, во всех других регионах. В Томской области, наоборот, существует ограничение в отношении последующих рождений – материнский (семейный) капитал предоставляется при рождении (усыновлении) только третьего или четвертого ребенка. Наибольший размер регионального материнского (семейного) капитала (350000 рублей²³) установлен в Ямало-Ненецком автономном округе. На втором месте по его величине Ненецкий автономный округ – 300000 рублей.

В пределах 300000 рублей при рождении (усыновлении) третьего или последующего ребенка можно получить материнский (семейный) капитал и в Костромской области, но только на первоначальный взнос при получении ипотечного жилищного кредита, уплату основной суммы долга и уплату процентов по ипотечным жилищным кредитам на приобретение (строительство) жилого помещения. Это условие существенно ограничивает круг семей, имеющих право на материнский (семейный) капитал. Поэтому неправомерно сравнивать размер регионального материнского (семейного) капитала в Костромской области с другими российскими регионами. Последнее относится и к Амурской области, где региональный материнский (семейный) капитал в размере 270500 рублей предоставляется при рождении (усыновлении) третьего или последующего ребенка только тем, кто признан нуждающимися в улучшении жилищных условий.

Некорректность сравнения размера регионального материнского (семейного) капитала относится и к Кабардино-Балкарской Республике, где он составляет 250000 рублей, но право на его по-

²³ Здесь и далее указывается исходная величина материнского (семейного) капитала, предусмотренная законодательством, без учета, существующей во многих регионах.

лучение возникает при рождении только пятого или последующего ребенка. 200000 рублей составляет материнский (семейный) капитал в Хабаровском крае, по 150000 рублей – в Республике Коми и в Сахалинской области. Наиболее распространенная сумма регионального материнского (семейного) капитала – 100000 рублей. Она имеет место в 30 субъектах Российской Федерации: республики Карачаево-Черкесская, Карелия, Саха (Якутия), Хакасия и Чувашская, Краснодарский, Красноярский, Пермский и Ставропольский края, Вологодская, Воронежская, Иркутская, Кемеровская, Ленинградская, Магаданская, Московская, Мурманская, Новосибирская, Омская, Оренбургская, Орловская, Псковская, Самарская, Саратовская, Свердловская и Смоленская области, Ханты-Мансийский–Югра и Чукотский автономные округа, Еврейская автономная область, г.Санкт-Петербург. При этом, напомним, что в Карачаево-Черкесской Республике этот капитал предоставляется, только начиная с четвертого ребенка.

К этим регионам нужно добавить еще 4, где материнский (семейный) капитал также составляет 100000 рублей, но о них разговор особый. В размере 100000 рублей установлен материнский (семейный) капитал и в Новгородской области. Но здесь он увеличивается до 200000 рублей при условии направления 100000 рублей на улучшение жилищных условий. В Ростовской области региональный материнский (семейный) капитал в размере 100000 рублей предоставляется при рождении (усыновлении) третьего ребенка или последующих детей только малоимущим семьям, среднедушевой доход которых не превышает величины прожиточного минимума. В Томской области таким порогом для получения права на региональный материнский (семейный) капитал являются не 1, а 2 прожиточных минимума.

100000 рублей материнского (семейного) капитала полагается при рождении ребенка многодетной семье и в Тамбовской области, но, как и в случае с Костромской областью, не вполне корректно было бы ставить этот регион в общий ряд субъектов Российской

Федерации с такой величиной регионального материнского (семейного) капитала. Здесь он полагается только при рождении ребенка в семье, не получавшей единовременную выплату на улучшение жилищных условий, единовременную денежную выплату на приобретение жилого помещения, субсидию по кредиту, полученному на приобретение строительных материалов и строительство жилья. 75000 рублей составляет материнский (семейный) капитал в Курской области.

В 21 регионе он установлен в размере 50000 рублей: республики Адыгея, Алтай, Калмыкия, Марий Эл, Северная Осетия–Алания и Тыва, Алтайский и Забайкальский края, Архангельская, Астраханская, Белгородская, Брянская, Владимирская, Ивановская, Калужская, Липецкая, Рязанская, Тверская, Тульская, Челябинская и Ярославская области. При этом напомним, что в республиках Алтай и Марий Эл региональный материнский (семейный) капитал предоставляется при рождении только четвертого или последующего ребенка, а в Республике Тыва – пятого и последующего. Еще в 5 регионах капитал составляет менее 50000 рублей: в Волгоградской области – 40789 рублей, в Приморском крае и Тюменской области – по 30000 рублей, 25000 рублей в Курганской (40000 рублей при рождении одновременно двух и более детей) и Нижегородской областях.

Отдельно следует выделить те регионы, где размер материнского (семейного) капитала дифференцируется по очередности рождения ребенка. В Ульяновской области размер капитала, предоставляемого при рождении (усыновлении) второго ребенка, составляет 50000 рублей, третьего – 100000 рублей, четвертого – 150000 рублей, пятого – 200000 рублей, шестого – 250000 рублей, седьмого и последующих – 700000 рублей. Практически такая же дифференциация имеет место в Камчатском крае, но здесь, в отличие от Ульяновской области, право на получение капитала возникает при рождении (усыновлении) третьего (а не второго) или последующих детей: третьего – 100000 рублей, четвертого – 150000 рублей, пято-

го – 200000 рублей, шестого или последующего – 250000 рублей. В Калининградской области он составляет 100000 рублей при рождении (усыновлении) третьего или четвертого ребенка, 200000 рублей – пятого или последующих детей, 1000000 рублей при одновременном рождении трех и более детей. Однако, как и в Ростовской и Томской областях, здесь имеет место порог среднедушевых доходов семьи, при превышении которого капитал не предоставляется. В Калининградской области он составляет 3,5 прожиточных минимума, т.е., по сравнению с Ростовской областью, охватывает значительно более широкий круг семей. В Республике Мордовия материнский (семейный) капитал равняется 100000 рублей при рождении (усыновлении) третьего ребенка, 120000 рублей – четвертого ребенка, 150000 рублей – пятого и последующего ребенка. В Кировской области размер материнского (семейного) капитала составляет 75000 рублей при рождении (усыновлении) третьего ребенка, 125000 рублей – четвертого ребенка, 200000 рублей – пятого и последующих детей. Причем здесь он предоставляется в виде единовременной выплаты. Во многих регионах размер материнского (семейного) капитала подлежит ежегодной индексации с учетом инфляции.

Говоря о направлениях использования материнского (семейного) капитала в субъектах Российской Федерации, прежде всего, отметим, что в ряде регионов таким капиталом называется единовременная денежная выплата, которую можно получить сразу после рождения ребенка или через некоторое время: республики Адыгея и Марий Эл, Забайкальский край, Архангельская, Вологодская, Ивановская, Калужская, Кировская, Курганская, Липецкая, Самарская, Тюменская и Ярославская области, Чукотский автономный округ. В Республике Бурятия материнский (семейный) капитал тоже предоставляется в качестве единовременной денежной выплаты. Причем конкретно на приобретение жилых помещений (из расчета стоимости 11 кв. м. на каждого рожденного (усыновленного) ребенка в возрасте до 18 лет).

Среди возможных направлений использования регионального материнского (семейного) капитала, как и по федеральному материнскому (семейному) капиталу, практически во всех регионах присутствуют улучшение жилищных условий (кроме Челябинской области) и получение образования ребенком (детьми) (кроме республик Бурятия, Кабардино-Балкарской и Карелия, Амурской, Белгородской, Калининградской, Кемеровской, Костромской, Рязанской и Тамбовской областей, Ямало-Ненецкого автономного округа). Третья цель использования федерального материнского (семейного) капитала – формирование накопительной части трудовой пенсии матери – встречается намного реже (Республика Мордовия, Краснодарский край, Брянская, Московская, Новосибирская, Омская и Оренбургская области).

Возможность использования регионального материнского (семейного) капитала на улучшение жилищных условий во многих субъектах Российской Федерации дополнена направлениями, связанными с благоустройством жилья: ремонт (Республика Саха (Якутия), Пермский край, Белгородская, Владимирская, Калининградская, Магаданская, Нижегородская, Рязанская, Самарская и Ульяновская области), газификация (Пермский край, Владимирская, Ленинградская, Нижегородская и Новгородская области), обеспечение инженерными коммуникациями (Рязанская область), водоснабжение, водоотведение, установка теплового оборудования (Новгородская область). В Ленинградской области, если семья признана нуждающейся в улучшении жилищных условий, средства материнского (семейного) капитала в обязательном порядке направляются на улучшение жилищных условий.

Использование капитала на лечение (в т.ч. санаторно-курортное) ребенка (детей) предусмотрено в республиках Калмыкия, Карачаево-Черкесской, Коми, Саха (Якутия) и Хакасии, в Пермском и Приморском краях, в Воронежской, Ленинградской, Магаданской, Нижегородской, Ростовской, Саратовской, Томской, Тульской и Ульяновской областях, в Ненецком автономном округе,

в Еврейской автономной области. В Калининградской, Самарской, Сахалинской и Челябинской областях, в Хабаровском крае, в Ханты-Мансийском–Югре и Ямало-Ненецком автономных округах его можно использовать на оплату лечения не только ребенка, но и родителей (в Калининградской области – матери). В Новгородской области Законом также предусмотрено использование материнского (семейного) капитала на получение платных медицинских услуг, причем не указано, относится ли это только к ребенку (детям) или и к родителям тоже.

Возможность использования регионального материнского (семейного) капитала на получение образования родителями предусмотрена в Ставропольском крае, в Оренбургской и Самарской областях, в Ханты-Мансийском автономном округе–Югре; на приобретение транспортного средства – в Калининградской, Ленинградской (при наличии 5 и более детей или ребенка-инвалида), Мурманской, Новосибирской, Ростовской и Самарской областях, в Республике Саха (Якутия) и в Красноярском крае; на приобретение предметов длительного пользования – в Калининградской и Мурманской областях, на приобретение земельных участков – в Республике Калмыкия и в Ленинградской области; на дачное строительство – в г. Санкт-Петербурге; на развитие личного подсобного хозяйства – в Республике Саха (Якутия); на обеспечение детей техническими средствами реабилитации – в Красноярском и Пермском краях; на приобретение предметов, необходимых для ухода и развития ребенка (детей) первого года жизни – в Самарской области; на погашение основного долга и уплату процентов по потребительскому кредиту (за исключением штрафов, комиссий, пеней) – в Амурской области. В ряде регионов допускается получение единовременной выплаты в размере части материнского (семейного) капитала: Республика Коми (ежегодно 25000 рублей), Красноярский край (до 12000 рублей в год), Владимирская, Магаданская (до 40000 рублей в год), Оренбургская (10000 рублей) и Саратовская (25% размера капитала на потребительские нужды) области.

Оценивая возможную демографическую результативность регионального материнского (семейного) капитала нужно учитывать, когда был принят в субъекте Российской Федерации нормативный документ, определяющий предоставление права на использование этого капитала, и на детей каких годов рождения он предоставляется. В большинстве регионов результативность этой меры могла проявиться, начиная, в основном, с 2012 г. или с 2013 г. В 2012 г. наиболее существенный прирост суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождениям (среди тех регионов, по которым есть данные о родившихся по очередности рождения за 2011 и 2012 гг.) имел место в Ямало-Ненецком автономном округе (0,070), в республиках Саха (Якутия) (0,070), Хакасии (0,064), Коми (0,061), Калмыкии (0,059), Чувашской (0,056), Кабардино-Балкарской (0,055) и Карелии (0,044), в Омской (0,059), Оренбургской (0,048), Кемеровской (0,045), Новгородской (0,045), Кировской (0,043) и Мурманской (0,041) областях.

В Омской области нормативный документ в отношении регионального материнского (семейного) капитала был принят в декабре 2010 г. В большинстве перечисленных выше регионов такой документ был принят в апреле-июле 2011 г. В республиках Калмыкии и Чувашской, в Мурманской области он был принят несколько позже (в ноябре-декабре 2011 г.), но также мог повлиять на изменение показателей рождаемости по третьим и последующим рождением во второй половине 2012 г. Еще немногим позже он был принят в Кабардино-Балкарской Республике (январь 2012 г.). Принятие соответствующего нормативного документа в Республике Карелия в марте 2012 г. уже существенно ограничивало возможную результативность республиканского материнского (семейного) капитала в 2012 г. В отношении Кировской области вообще, видимо, нельзя говорить о влиянии областного материнского (семейного) капитала на изменение суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождением, так как эта мера поддержки семей была утверждена Законом Кировской области только в июле 2012 г. Тем

более, что этот капитал полагался на детей, родившихся только начиная с 1 июля 2012 г. Как показывает анализ данных, наибольший за последние годы прирост суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождениям в этом регионе имел место в 2013 г. и поэтому о возможной результативности областного материнского (семейного) капитала речь пойдет ниже. Во всех этих регионах, кроме Кировской области, капитал предоставляется на детей, родившихся, начиная с 1 января 2011 г. или 2012 г. (в Кабардино-Балкарской Республике – начиная с 1 января 2008 г.). Влияние на показатели рождаемости в 2011 г. эта мера могла, по сути дела, оказать только в Омской области, где эта мера была принята в декабре 2010 г.

Более высокая результативность регионального материнского (семейного) капитала может, видимо иметь место, прежде всего, в Ямало-Ненецком автономном округе, где его величина, как уже отмечалось, самая большая среди всех субъектов Российской Федерации и составляет 350000 руб. Точно таким, как в Ямало-Ненецком автономном округе, в 2012 г. прирост суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождениям (0,070) был в Республике Саха (Якутия). В этом регионе величина капитала такая же, как в значительной части регионов (100000 руб. с ежегодной индексацией), но существенно больше перечень направлений использования. Кроме улучшения жилищных условий и получения образования детьми это ремонт жилья, оказание детям высокотехнологичной медицинской помощи, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение детей, приобретение транспортного средства, развитие личного подсобного хозяйства, в т.ч. приобретение сельскохозяйственной техники.

В Республике Коми размер капитала (150000 руб.) больше, чем в большинстве регионов. Кроме того, здесь присутствуют «нестандартные» направления его использования (получение платных медицинских услуг детьми, а также возможность ежегодного получения единовременной выплаты в размере не более 25000 рублей для компенсаций расходов по следующим направлениям: на оплату

занимаемого семьей жилого помещения и коммунальных услуг, на оплату за содержание детей в государственных и (или) муниципальных образовательных учреждениях, а также иных образовательных организациях, реализующих основную общеобразовательную программу дошкольного образования, на уплату налогов семьи (налога на имущество физических лиц, земельного налога, налога с владельцев транспортных средств), на страхование имущества семьи, на страхование жизни детей) и воспользоваться им можно по достижении ребенком не 3 лет, а полугода.

В Новгородской области материнский (семейный) капитал установлен в размере 100000 руб., но при условии направления 100000 руб. на улучшение жилищных условий его размер увеличивается до 200000 руб. В Мурманской области материнский (семейный) капитал был установлен в размере 100000 руб. (с ежегодной индексацией), но, кроме улучшения жилищных условий и получение образования детьми, его можно использовать на возмещение расходов по приобретению семьей товаров длительного пользования (автотранспортного средства, мебели, бытовой техники), что может делать этот капитал более привлекательным.

В республиках Карелии, Хакасии и Чувашской, в Кемеровской, Омской и Оренбургской областях капитал был установлен в размере 100000 руб., а в Республике Калмыкии – 50000 руб. Правда, в республиках Калмыкии и Хакасии его можно использовать и на лечение детей, а в Калмыкии – на приобретение земельного участка, предназначенного для индивидуального жилищного строительства или ведения личного подсобного и дачного хозяйства. В Оренбургской области «нестандартные» направления использования капитала – образование матери и единовременная выплата 10000 руб. Однако, например, в Орловской области размер материнского (семейного) капитала также составляет 100000 руб., но прирост суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождениям в 2012 г. был существенно меньше, составив 0,021.

В Кабардино-Балкарской Республике капитал равен 250000 руб., но предоставляется при рождении пятого или последующего ребенка, а основной прирост в 2012 г. был по третьим и четвертым (по пятым лишь на 0,001). Отметим, что в рассмотренных выше регионах с большим приростом суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождениям в 2012 г. величина этого прироста в 2013 г. была существенно меньше: Ямало-Ненецкий автономный округ (0,070 в 2012 г. и 0,024 в 2013 г.), республики Саха (Якутия) (соответственно, 0,070 и 0,030), Хакасия (0,064 и 0,005), Коми (0,061 и 0,035), Чувашская (0,056 и 0,029), Кабардино-Балкарская (0,055 в 2012 г. и сокращение на 0,001 в 2013 г.) и Карелия (0,044 и 0,006), Омская (0,059 и 0,016), Оренбургская (0,048 и 0,022), Кемеровская (0,045 и 0,017), Новгородская (0,045 и 0,035) и Мурманская (0,041 и 0,026) области. Только в Республике Калмыкия величина этого прироста была почти такой же, как год назад (2012 г. – 0,059; 2013 г. – 0,054), но зато в 2014 г. суммарный коэффициент рождаемости по третьим и последующим рождениям сократился на 0,059, т.е. ровно на столько, на сколько увеличился в 2012 г.

В 2013 г. наибольший прирост суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождениям (среди тех регионов, по которым есть данные о родившихся по очередности рождения за 2012 и 2013 гг.) был в республиках Тыва (0,081), Бурятия (0,062), Калмыкия (0,054), Марий Эл (0,053) и Алтай (0,050), в Забайкальском крае (0,043), в Курганской (0,064), Кировской (0,057), Тверской (0,044) и Костромской (0,042) областях.

С учетом даты принятия нормативного документа о региональном материнском (семейном) капитале, с ним, в той или иной мере, можно связать этот прирост показателя рождаемости по третьим и последующим рождениям только в Кировской (соответствующий нормативный документ принят в июле 2012 г.), Курганской (октябрь 2012 г.) и, отчасти, в Тверской (февраль 2012 г.) областях. Интересно, что в Кировской и Курганской областях материнским (семейным) капиталом называется единовременная выплата. Если в Кур-

ганской области она сравнительно невелика (25000 руб. при рождении третьего или последующего ребенка), то в Кировской области существенно выше – 75000 руб. при рождении третьего ребенка, 125000 руб. – четвертого ребенка, 200000 руб. – пятого и каждого последующего ребенка. Получить эту выплату можно по достижении ребенком возраста 6 месяцев. Кроме того, изначально было установлено, что данная мера действует с 1 июля 2012 г. по 31 декабря 2014 г., что могло заставить не откладывать рождение третьего или последующего ребенка, чтобы успеть воспользоваться данной мерой. Видимо, неслучайно, что прирост суммарных коэффициентов рождаемости по четвертым и пятым и последующим рождениям в Кировской области в 2012–2013 г. был самым большим за период, начиная с 2007 г. (по четвертым рождениям за два года он составил 0,013, а по пятым и последующим – 0,011), но все же, значительно меньшим, чем по третьим (0,076). Влияние материнского (семейного) капитала в Тверской области на изменение суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождениям в 2013 г., вероятно, было меньше, чем в Кировской области, так как его размер составлял 50000 руб. и не был единовременной выплатой.

Опираясь на результаты социологического опроса, проведенного в 2013 г. в Пермском крае, в Калужской и Новгородской областях, целесообразно рассматривать оценку результативности регионального материнского (семейного) капитала применительно только к рождениям 2012–2013 гг. Кроме того, в задаваемом вопросе было сказано о помощи в принятии решения о рождении третьего или последующего ребенка – «Помогло ли Вам принять решение о рождении третьего или последующего ребенка то, что начал предоставляться региональный материнский (семейный) капитал?» – и поэтому на него отвечали только те, у кого в 2012–2013 гг. родился третий или последующий ребенок. Таковых женщин оказалось 266 человек (табл.2.20).

Оценка помощи регионального материнского (семейного) капитала в принятии решения о рождении третьего или последующего ребенка в 2012–2013 гг. (%)

Помогло ли Вам принять решение о рождении третьего или последующего ребенка, то, что начал предоставляться региональный материнский (семейный) капитал?	Все женщины (N=266)	Городские женщины (N=195)	Сельские женщины (N=58)
помогло, появился ребенок, рождение которого до этого откладывали	7,9	8,2	6,9
помогло принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить	12,4	10,3	13,8
не помогло	54,9	60,5	41,4
трудно сказать	24,8	21,0	37,9

7,9% респонденток ответили, что региональный материнский (семейный) капитала помог им и появился третий или последующий ребенок, рождение которого до этого откладывалось, 12,4% – что он помог принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить, 54,9% – что региональный материнский (семейный) капитал не помог в принятии решения о рождении третьего или последующего ребенка в 2012–2013 гг., 24,8% – затруднились с ответом на этот вопрос. Таким образом, 45,1% респонденток, родивших в 2012–2013 гг. третьего или последующего ребенка, не отрицают помощи регионального материнского (семейного) капитала в принятии решения о его рождении.

Сравнивая эти данные с приведенной выше оценкой помощи федерального капитала, нужно отметить, что доля не отрицающих помощи регионального капитала в принятии решения о рождении третьего или последующего ребенка выше, чем доля не отрицающих помощи федерального капитала в принятии решения о рождении второго или последующего ребенка (45,1% против 33,7%). Во многом это связано с большей долей ответов «трудно сказать» (24,8% против 15,4%). В то же время, при оценке помощи регио-

нального капитала в принятии решения о рождении третьего или последующего ребенка вдвое больше считающих, что он помог принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить (12,4% против 6,1%). Доля же отметивших, что эта мера помогла не откладывать рождение третьего или последующего ребенка, наоборот, ниже (7,9% против 12,2%). Впрочем, конечно, нужно понимать условность этого сравнения.

Сельские женщины несколько чаще, чем горожанки, отмечали, что региональный материнский (семейный) капитал помог принять решение о рождении третьего или последующего ребенка в 2012–2013 гг., которого без этого они не могли себе позволить (13,8% против 10,3%). Среди них также значительно выше доля не отрицающих помощи регионального капитала в принятии решения о рождении третьего или последующего ребенка (58,6% против 39,5% у горожанок). Но эта разница сложилась, почти полностью, за счет значительно более высокой доли затруднившихся ответить на этот вопрос среди сельских женщин (37,9% против 21,0%).

В отличие от приведенных выше оценок результативности федерального материнского (семейного) капитала, здесь нет необходимости пересчитывать эти данные на всех родивших в 2012–2013 гг. третьего или последующего ребенка, потому что, по условиям анкеты (и анализ анкет показал, что это условие было соблюдено), отвечали все, а не только те, кто считает, что в принятии решения о рождении младшего ребенка им помогли реализуемые меры государственной помощи семьям с детьми (как это было в отношении федерального материнского (семейного) капитала).

Среди считающих региональный материнский (семейный) капитал значимым для себя, 59,6% женщин связывают его значимость с тем, что он помогает решить важные для семьи проблемы. 39,5% – отметили, что без него им невозможно улучшить жилищные условия, дать хорошее образование детям. Это немного меньше, чем отмеченные выше соответствующие показатели в отношении федерального материнского (семейного) капитала. Несколько чаще отмечалось, что

при такой помощи можно надеяться, что и дальше государство, региональные власти не оставят без поддержки (43,9%). Примерно такие же величины показателя по данному аспекту значимости были получены и в отношении федерального капитала.²⁴

Слишком небольшой размер регионального материнского (семейного) капитала, как причину его не значимости, отметили 74,6% женщин из числа считающих его для себя не значимым. Это несколько больше аналогичного показателя в отношении федерального капитала (68,8%). Подчеркнем, что лишь несколько больше, хотя размер регионального капитала во всех трех регионах, в которых проводился опрос (Калужская и Новгородская области, Пермский край), существенно меньше федерального. С тем, что возможные направления использования регионального материнского (семейного) капитала не значимы для семьи, связывают его не значимость 33,2% респонденток, что лишь немногим меньше, чем по федеральному капиталу (37,1%).²⁵ 42,3% респонденток считают, что региональный капитал стал бы для них более значим, если бы его можно было использовать не только на предусмотренные сейчас цели. Отрицательный ответ дали здесь 21,4% респонденток, а 32,5% – затруднились с ответом на этот вопрос.

Среди родивших третьего или последующего ребенка в 2012–2013 гг., 31,3% уже получили сертификат на региональный материнский (семейный) капитал, 14,9% – подали заявление, но сертификата еще не получили, 45,1% – еще не подавали заявление, 3,1% – отметили, что капитал им не полагается (причины этого в опросе не выяснялись), 5,6% – ничего не знают об этом (их доля, конечно, не велика, но все же эта информация симптоматична; в идеале таковых женщин вообще не должно быть). Из числа получивших сертификат на региональный материнский (семейный) капитал 25,5% уже использовали его полностью, 13,7% – частично, 60,8% – не использовали (табл.2.21).

²⁴ Сумма ответов превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

²⁵ Сумма ответов превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

Таблица 2.21

Цели, на которые полностью или частично был использован региональный материнский (семейный) капитал (%)²⁶

На какие цели Вы использовали (полностью или частично) региональный материнский (семейный) капитал	Калужская область (N=44)	Новгородская область (N=19)	Пермский край (N=45)
на улучшение жилищных условий	95,5	84,1	77,8
на образование детей	4,5	5,3	11,1
на получение платных медицинских услуг	—	5,3	4,4 ²⁷
на санаторно-курортное лечение детей	2,3	—	8,9
на обеспечение детей техническими средствами реабилитации	—	—	2,2
Другое	—	5,3	—

В Калужской и Новгородской областях подавляющее большинство полностью или частично использовавших региональный материнский (семейный) капитал на улучшение жилищных условий. Среди респонденток из Пермского края таковых тоже безусловное большинство, но при этом отметим, что 11,1% использовали средства краевого капитала на образование детей, а 8,9% – на их санаторно-курортное лечение.

Обследованием выявлены и планы дальнейшего использования регионального материнского капитала. (табл. 2.22). 88,2% новгородских респонденток, имеющих право на региональный материнский (семейный) капитал, предполагают использовать его полностью или частично на улучшение жилищных условий. Немногим меньше этот показатель в Пермском крае (84,0%).

²⁶ Сумма ответов превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

²⁷ В Пермском крае не предусмотрено использование средств краевого материнского (семейного) капитала на получение платных медицинских услуг, но, возможно, респондентки, отмечая этот вариант ответа, имели в виду санаторно-курортное лечение детей или обеспечение их техническими средствами реабилитации.

Таблица 2.22

**Цели, на которые полностью или частично
предполагается использовать региональный материнский
(семейный) капитал (%)²⁸**

На какие цели Вы использовали (полностью или частично) региональный материнский (семейный) капитал	Калужская область (N=38)	Новгород- ская область (N=68)	Пермский край (N=94)
на улучшение жилищных условий	73,7	88,2	84,0
на образование детей	21,1	10,3	37,2
на получение платных медицинских услуг	2,6	4,4	1,1
на санаторно-курортное лечение детей	10,5	1,5	10,6
на обеспечение детей техническими средствами реабилитации	5,3	—	—

В то же время в этом регионе больше трети (37,2%), родивших в 2012–2013 гг. третьего или последующего ребенка, предполагают использовать этот капитал на образование детей. В Калужской и Новгородской областях доля таковых существенно ниже – соответственно, 21,1% и 10,3%. Отметим еще, что каждая десятая респондентка, имеющая право на региональный капитал, в Калужской области (10,5%) и в Пермском крае (10,6%) предполагает потратить его полностью или частично на санаторно-курортное лечение детей (см. табл.2-2-5). В Пермском крае это предусмотрено законодательно, а в Калужской области этот капитал предоставляется в виде денежной выплаты и, следовательно, может быть потрачен на любые цели, в т.ч. на санаторно-курортное лечение детей.

²⁸ Сумма ответов превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

Глава 3

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ПОСОБИЯ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ ДО 1,5 ЛЕТ И ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ НА ТРЕТЬЕГО РЕБЕНКА

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет. Выше отмечалось, что результаты социологического опроса, проведенного в 2013 г., показали высокую оценку влияния ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет на принятие решения о рождении в 2007–2013 гг., прежде всего, первых детей. Правда, наивысший, среди всех мер помощи семьям с детьми, средний балл оценки степени влияния на рождение младшего ребенка в 2007–2013 гг. это пособие получило у тех, кто считает, что эти меры в целом не помогли им в принятии решения о рождении ребенка. У тех, кто отметил, что эти меры, так или иначе, помогли им в принятии решения о рождении ребенка, ежемесячное пособие на ребенка до 1,5 лет, по оценке степени влияния на такое решение, занимает третье место после федерального и регионального материнского (семейного) капитала.

Можно, видимо, отметить приоритетность, относительно других мер помощи семьям с детьми, влияния ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет на принятие решения о рождении первенца. В то же время на динамике суммарного коэффициента рождаемости по первым рождениям начало реализации в 2007 г. дополнительных мер помощи семьям с детьми (в т.ч. увеличения

размера ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет) никак не отразилось и, следовательно, практически, нет оснований говорить о демографической результативности мер, которые, по оценке женщин, повлияли на принятие решения о рождении первого ребенка. Но даже если это так, нельзя забывать, что и по оценке влияния на принятие решения о рождении второго или последующего ребенка ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет отмечено как одно из важнейших (хотя и не основное).

Рассмотрим вопрос об оценке результативности ежемесячного пособия по уходу за ребенком подробнее. На вопрос «Помогло ли Вам принять решение о рождении ребенка в 2007–2013 гг. то, что в большем, чем раньше, размере стали оплачивать отпуск по уходу за ребенком до 1,5 лет (выплачивать ежемесячное пособие)?» ответили в ходе опроса 2013 г. 827 женщин (табл.2.23).

Таблица 2.23

**Оценка помощи ежемесячного пособия
по уходу за ребенком до 1,5 лет в принятии решения
о рождении ребенка в 2007–2013 гг. (%)**

Помогло ли Вам принять решение о рождении ребенка в 2007–2013 гг., то, что в большем, чем раньше, размере стали оплачивать отпуск по уходу за ребенком до 1,5 лет (выплачивать ежемесячное пособие)?	Все женщины	Городские женщины	Сельские женщины
1	2	3	4
<i>Все рождения</i>			
	(N=827)	(N=569)	(N=257)
помогло, появился ребенок, рождение которого до этого откладывали	5,3	6,0	3,9
помогло принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить	5,2	6,0	3,5
не помогло	65,1	64,4	66,1
трудно сказать	24,4	23,6	26,5
<i>Первые рождения</i>			
	(N=302)	(N=222)	(N=79)
помогло, появился ребенок, рождение которого до этого откладывали	4,3	5,0	2,5

1	2	3	4
помогло принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить	4,6	6,3	–
не помогло	67,6	66,6	69,7
трудно сказать	23,5	22,1	27,8
<i>Вторые рождения</i>			
	(N=373)	(N=241)	(N=132)
помогло, появился ребенок, рождение которого до этого откладывали	6,7	7,9	4,5
помогло принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить	4,8	5,8	3,0
не помогло	64,6	63,5	66,7
трудно сказать	23,9	22,8	25,8
<i>Третьи и последующие рождения</i>			
	(N=139)	(N=97)	(N=42)
помогло, появился ребенок, рождение которого до этого откладывали	4,3	4,1	4,8
помогло принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить	7,9	6,2	11,9
не помогло	57,6	58,8	54,7
трудно сказать	30,2	30,9	28,6

Немногим более трети (34,9%), родивших ребенка в 2007–2013 гг., не отрицают помощи увеличения ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет в принятии решения о рождении этого ребенка. В том числе, примерно, по 5% респонденток отметили, что эта мера помогла не откладывать рождение ребенка и что она помогла принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить.

Немногим ниже, чем в целом по всем рождениям, доля тех, кто не отрицает помощь увеличения ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет в принятии решения о рождении первого ребенка (32,4%). Неудивительно, что этот показатель вдвое выше, чем доля не отрицающих помощи в этом федерального материнского (семейного) капитала (15,6%).

Среди тех, у кого младший ребенок, родившийся в 2007–2013 гг., является вторым, доля не отрицающих помощь увеличения суммы ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет в принятии решения о его рождении, на 3%-ных пункта больше приведенной выше в отношении первенца (35,4% против 32,4%). Различие связано, в основном, с большей долей отметивших, что эта мера помогла не откладывать рождение ребенка (6,7% против 4,3%).

Доля тех, кто не отрицает помощь в принятии решения по вторым рождениям, мало отличается между оценками этой помощи применительно к увеличению суммы ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет (35,4%) и к федеральному материнскому (семейному) капиталу (34,2%). Однако среди последних вдвое выше доля считающих, что этот капитал помог не откладывать рождение второго ребенка (13,8% против 6,7%) и заметно меньше затруднившихся с ответом на этот вопрос (16,0% против 23,9%).

Несколько неожиданно, наибольшая доля не отрицающих помощи увеличения суммы ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет в принятии решения о рождении третьего или последующего ребенка (42,4%). Для сравнения, по федеральному материнскому (семейному) капиталу она составляет 33,2%. Хотя, как и в отношении вторых рождений, вся эта разница обусловлена существенно большей долей ответивших «трудно сказать» (30,2% против 14,6% в отношении федерального материнского (семейного) капитала). Доля ответивших, что это пособие помогло не откладывать рождение ребенка или принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить в 1,5 раза меньше доли оценивших таким образом федеральный материнский (семейный) капитал (12,2% против 18,6%).

Таким образом, и эти результаты показали, скорее, более низкую, чем по федеральному материнскому (семейному) капиталу, оценку влияния ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет на принятие решения о рождении второго или последующего ребенка (если ориентироваться, прежде всего, на указавших на

помощь этих мер, а не на затруднившихся с ответом). Поэтому, по сравнению с рассмотренными ранее результатами по сравнительному анализу влияния различных мер помощи семьям с детьми на принятие решения о рождении ребенка, противоречие состоит, по сути дела, только в том, что помощь увеличения суммы ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет отмечена здесь в большей степени по вторым и, особенно, третьим и последующим рождениям, чем по первым.

Оценка значимости влияния увеличения размера ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет на принятие решения о рождении ребенка зависит от уровня жизни семьи в период принятия этого решения. Одним из его индикаторов в этом случае может выступать оценка возможности покупки фруктов и ягод. Размер дохода или заработной платы может быть здесь, даже, несколько худшим индикатором, так как, во-первых, респондент не всегда может точно его помнить, учитывая, что рождение ребенка было несколько лет назад, а, во-вторых, его надо сопоставлять с прожиточным минимумом, который различается по регионам и меняется от года к году.

Отметившие, что примерно за год до рождения младшего ребенка покупали все фрукты и ягоды, которые были нужны, не ограничивая себя, оценили степень влияния ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет на принятие решения о рождении ребенка, в среднем, на 1,77 балла (по пятибалльной шкале). У отметивших, что приходилось ограничивать себя в покупках фруктов и ягод, так как не хватало денег, эта оценка равна, в среднем, 2,13 балла, а у тех, кто покупал редко и то, что подешевле – 2,40 балла. Кстати, еще больше дифференциация в зависимости от оценки возможности покупки фруктов и ягод за год до рождения младшего ребенка при оценке влияния на принятие решения о рождении ребенка федерального материнского (семейного) капитала – соответственно, 1,70, 2,09 и 2,63. Не ограничивающие себя в покупке фруктов и ягод, чаще отмечали, что увеличение размера ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет не помогло в принятии решения о рож-

дении ребенка в 2007–2013 гг. (71,2% против 56,9% у ограничивавших себя в таких покупках и 57,1% у покупавших фрукты и ягоды редко и то, что подешевле).

У тех, кто думает, что смогли бы, не получая пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет в его нынешнем размере, полностью использовать отпуск по уходу за ним, средний балл оценки влияния этого пособия на принятие решения о рождении младшего ребенка составил 1,80, а у полагающих, что без этого пособия полностью использовать этот отпуск не смогла бы – 2,04. Если у первых доля считающих, что увеличение размера ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет не помогло в принятии решения о рождении ребенка в 2007–2013 гг. составляет 76,0%, то у вторых – 58,8%.

Что касается другого фактора, в отношении которого также можно было предположить влияние на эту оценку – возможность у кого-то, кроме матери, постоянно ухаживать за ребенком до достижения им 1,5 лет – то здесь ожидаемого результата не получилось. Предполагалось, что те, у кого такой возможности нет, выше оценят влияние ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет, а получилось наоборот. У них средний балл оценки влияния этого пособия на принятие решения о рождении младшего ребенка составил 1,87, а у тех, у кого такая возможность есть – 2,08.

Ежемесячная денежная выплата на третьего ребенка. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 июля 2012 г. №1354-р был утвержден перечень 50 регионов с неблагоприятной демографической ситуацией и суммарным коэффициентом рождаемости ниже среднего по стране, в которых на условиях софинансирования из федерального и регионального бюджетов вводилась ежемесячная денежная выплата в размере прожиточного минимума для детей на третьего ребенка или последующих детей, родившихся после 31 декабря 2012 г., до достижения ребенком возраста трёх лет: республики Карелия, Коми, Марий Эл, Мордовия и Чувашская, Алтайский, Камчатский, Пермский, Приморский, Ставропольский и Хабаровский края, Амурская, Архангельская, Белго-

родская, Брянская, Владимирская, Волгоградская, Вологодская, Воронежская, Ивановская, Калининградская, Калужская, Кемеровская, Кировская, Костромская, Курганская, Курская, Ленинградская, Липецкая, Магаданская, Мурманская, Нижегородская, Новгородская, Омская, Оренбургская, Орловская, Пензенская, Псковская, Ростовская, Рязанская, Самарская, Саратовская, Сахалинская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Тульская, Ульяновская и Ярославская области, Еврейская автономная область. На 2014 г. к ним была добавлена Карачаево-Черкесская Республика, а на 2015 г. – Республика Крым и Севастополь. Таким образом, общее количество этих регионов достигло 53. Еще в 10 регионах такая выплата осуществляется полностью за счет регионального бюджета: Краснодарский край, Московская, Новосибирская, Свердловская, Томская и Тюменская области, Санкт-Петербург, Ненецкий, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа.

В большинстве (38 из 63) регионов эта выплата полагается семьям, в которых среднедушевой доход ниже (или не превышает, т.е., видимо, может совпадать) среднедушевого дохода жителей данного субъекта Российской Федерации. В нормативных актах некоторых регионов указана конкретная величина такого дохода (Кировская, Магаданская и Смоленская области). В Законе Ивановской области от 29 июня 2012 года №48-ОЗ «О ежемесячной денежной выплате семьям на третьего и последующих детей» сделана интересная оговорка «если среднедушевой доход семьи по не зависящим от нее причинам (подчеркнуто нами) на момент обращения заявителя за ежемесячной денежной выплатой не превышает среднедушевой денежный доход населения Ивановской области». При этом, какие причины зависят от семьи, а какие не зависят, в Законе не уточняется. В Законе Новгородской области от 11 июля 2012 года №102-ОЗ «О ежемесячных денежных выплатах семьям при рождении (усыновлении) третьего или последующих детей, проживающим на территории Новгородской области» право на получение пособия предусмотрено для семей «со среднедуше-

вым доходом, размер которого не превышает среднедушевые денежные доходы семей с детьми в Новгородской области (подчеркнуто нами)». Понятно, что среднедушевые денежные доходы семей с детьми не совпадают со среднедушевыми доходами для всех жителей области.

Согласно нормативным документам ряда субъектов Российской Федерации, ежемесячная денежная выплата на третьего или последующего ребенка полагается семьям с доходами не ниже среднедушевых, а, только, ниже прожиточного минимума. Это существенно сокращает число потенциальных пользователей этой мерой и, значит, ограничивает ее результативность. К числу таких регионов относятся Республика Карелия, Алтайский край, Амурская, Вологодская, Кемеровская, Московская и Свердловская области, Ненецкий, Ханты-Мансийский–Югра и Ямало-Ненецкий автономные округа. В Калининградской и Тульской областях при определении возможности получения выплаты также используется критерий прожиточного минимума, но только его трехкратная величина. В действительности это получается практически та же самая величина, что среднедушевой доход. В Тверской области ежемесячная выплата на третьего или последующего ребенка полагается для тех семей, чьи доходы не превышают 1,5 прожиточных минимума.

Безусловно, особо следует выделить Пермский край, где ежемесячная выплата на третьего или последующего ребенка до достижения им возраста 3 лет полагается всем семьям, независимо от их доходов. В Курской области также выплату получают все, у кого родился третий или последующий ребенок, но различается ее величина. Для семей с доходами ниже среднедушевых размер выплаты равен прожиточному минимуму ребенка, а при более высоком или не подтвержденном доходе – 3000 руб.

В тех регионах, где нормативные документы о ежемесячной выплате на третьего или последующего ребенка были приняты в июне-июле 2012 г., увеличение числа третьих и последующих рож-

дений могло проявиться, начиная с января-февраля 2013 г., т.е., практически на протяжении всего 2013 г. При более позднем принятии нормативного документа количество месяцев 2013 г., в течение которых могло бы повыситься число третьих и последующих рождений, видимо, оказывается меньшим, что может сократить масштабы возможного их прироста в целом за год. В большинстве регионов (39) соответствующий нормативный документ был принят в мае-августе 2012 г. Еще в 7 – в сентябре-октябре, в 8 – в ноябре-декабре 2012 г. В некоторых регионах он был принят только в 2013 г., хотя действие его распространялось на рождения, начиная с 1 января 2013 г.: в Приморском крае и в Московской области в феврале 2013 г., в Санкт-Петербурге – в мае, в Республике Карелия – в октябре. В Ненецком автономном округе соответствующий нормативный документ был принят в мае 2014 г.

В ряде субъектов Российской Федерации ежемесячная выплата на третьего или последующего ребенка до достижения им возраста 3 лет установлена не с рождения, а с 1,5 лет (т.е. после окончания выплаты пособия до 1,5 лет). В таком виде эта выплата существует в республиках Башкортостан, Удмуртской, Хакасии, в Забайкальском крае, в Иркутской и Челябинской областях (во всех этих регионах финансирование этой выплаты осуществляется полностью из регионального бюджета, без софинансирования). Во всех этих регионах выплата предусмотрена для детей, родившихся, начиная с 1 января 2013 г. В Удмуртской Республике для этого необходимо, чтобы среднедушевой доход семьи был ниже среднедушевого дохода в регионе, а в республиках Башкортостан и Хакасия, в Забайкальском крае, в Иркутской и Челябинской областях – ниже прожиточного минимума. В Забайкальском крае, в Иркутской и Челябинской областях выплата равна прожиточному минимуму ребенка, в республиках Башкортостан и Хакасия – 3000 руб., в Удмуртской Республике – 5000 руб. В Челябинской области эта выплата полагается только в отношении детей, не посещающих дошкольное образовательное учреждение.

Отдельно отметим ежемесячную выплату на третьего или последующего ребенка до достижения им возраста 3 лет в Республике Саха (Якутия). Она установлена для детей, родившихся, начиная с 1 января 2013 г., Постановлением Правительства Республики Саха (Якутия) от 30 ноября 2012 г. №537 «О государственной социальной помощи малоимущим семьям при рождении третьего ребенка и последующих детей на основе социального контракта о взаимных обязательствах». Ежемесячная выплата на основе социального контракта устанавливается сроком на 1 год, но не позднее достижения ребенком возраста 3 лет, в размере прожиточного минимума для детей. Одновременно устанавливается единовременная денежная выплата на этого ребенка в размере прожиточного минимума для детей, умноженного на количество месяцев, установленных социальных контрактом.

Оценивая результативность этой меры, сравнивая прирост суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождениям в 2013–2014 гг. и в 2012 г., нужно иметь в виду, что на его прирост, по крайней мере, в 2013 г. могла влиять не только ежемесячная выплата на третьего или последующего ребенка, но и принятые ранее меры и, прежде всего, регионального материнского (семейного) капитала, не говоря уже о других факторах (например, прирост числа вторых рождений 3–5 лет назад). Однако, следует, видимо, иметь в виду, что наибольший прирост показателей рождаемости происходит в первый год реализации меры. Поэтому, если в 2013 г. прирост суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождениям оказывается большим, чем в 2012 г., то можно связывать это с началом реализации ежемесячной выплаты на третьего или последующего ребенка.

При межрегиональных сопоставлениях целесообразно сравнить изменение в 2013–2014 гг. показателей рождаемости по третьим и последующим рождениям в тех регионах, где начали предоставлять ежемесячную выплату при рождении третьего или последующего ребенка, и в тех регионах, где этой меры нет. Причем среди первых

следует выделить те регионы, где, по условиям предоставления выплаты, предусмотрен относительно больший охват семей, т.е., прежде всего, Пермский край и Курскую область. Кроме того, охват семей этой мерой больше в тех регионах, где критерием ее предоставления является соотношение среднедушевого дохода семьи со среднедушевым доходом по региону, а не с прожиточным минимумом.

В Пермском крае прирост суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождениям в 2013 г. составил 0,030 и в 2014 г. – 0,031, а в целом за 2013–2014 гг. – 0,061. В ряде регионов этот прирост в 2013–2014 гг. был выше, чем в Пермском крае (республики Бурятия, Ингушетия, Карачаево-Черкесская, Марий Эл, Саха (Якутия) и Тыва, Забайкальский край, Курганская, Сахалинская и Тюменская области, Ненецкий, Ханты-Мансийский–Югра, Чукотский и Ямало-Ненецкий автономные округа, Еврейская автономная область). Таким образом, в число регионов с относительно высоким приростом суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождением в 2013–2014 г. входят как те регионы, в отношении которых можно было предполагать сравнительно большую результативность ежемесячной денежной выплаты на третьего или последующего ребенка в связи с, вероятно, относительно большим охватом семей данной мерой в них (прежде всего, Пермский край и Республика Саха (Якутия), а также Республика Марий Эл, Сахалинская и Тюменская области, Еврейская автономная область), так и те, в которых эта выплата не осуществляется вообще (например, республики Бурятия и Ингушетия). В то же время существенно меньшей была величина этого прироста в Курской области, где эта выплата в том или ином размере полагается всем семьям при рождении третьего или последующего ребенка.

В 36 регионах прирост суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождениям в 2014 г. был больше, чем в 2013 г. Наибольшее увеличение прироста этого показателя в 2014 г. по сравнению с 2013 г. произошло в Брянской, Владимир-

132

ской, Омской, Тюменской и Челябинской областях, в республиках Дагестан, Ингушетия и Северная Осетия–Алания, в Камчатском и Краснодарском краях, в Ненецком, Ханты-Мансийском–Югре, Чукотском и Ямало-Ненецком автономных округах, в Еврейской автономной области. Среди этих регионов нет тех, в отношении которых можно было предположить большую результативность этой меры из-за большего охвата семей (Пермский край и Курская область), но есть те, где выплата на третьего или последующего ребенка не производится (республики Дагестан, Ингушетия, Северная Осетия–Алания, Чукотский автономный округ).

Можно предположить, что ежемесячная выплата на третьего или последующего ребенка до достижения им возраста 3 лет в какой-то степени повлияла на прирост суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождениям в 2014 г. и, отчасти, в 2013 г. В разных регионах степень этого влияния была неодинаковой. В то же время, вероятно, что в большей части субъектов Российской Федерации это влияние было меньшим по сравнению с влиянием регионального материнского (семейного) капитала. Это может быть связано, во-первых, с тем, что ежемесячная выплата на третьего или последующего ребенка была введена с очень коротким интервалом после введения регионального материнского (семейного) капитала и те семьи, которые в своем репродуктивном поведении могли бы среагировать на эту выплату, уже успели среагировать на материнский (семейный) капитал. Во-вторых, круг потенциальных пользователей этим капиталом существенно шире, так как он предоставляется всем семьям, независимо от дохода, а ежемесячная выплата при доходах ниже среднедушевых или, даже, ниже прожиточного минимума. Кроме того, возможно, по аналогии с федеральным материнским (семейным) капиталом региональный капитал оказался для семей более знаковой мерой, чем ежемесячная выплата на третьего или последующего ребенка (хотя материально для семей она весомее).

Возможности опроса 2013 г. для оценки результативности этой меры ограничены, ибо документ о ее введении в Калужской и Новгородской областях был принят в середине 2012 г., а в Пермском крае – в ноябре 2012 г. Выше отмечалось, что именно эта мера была оценена выше всех остальных, как фактор, влияющий на возможное решение о рождении третьего ребенка, у тех двухдетных женщин, которые собираются родить ребенка в ближайшие 3–4 года. Только четверть (25,4%), родивших младшего ребенка в 2000–2013 гг., отметили существование пособия на третьего ребенка, родившегося в 2013 г. (и в последующие годы), до достижения им возраста 3 лет в размере прожиточного минимума ребенка. Каждая десятая (9,9%) женщина отметила, что такого пособия не существует, а почти 2/3 (64,7%) – дали ответ «не знаю». Среди двухдетных женщин, для которых информация об этой мере наиболее актуальна, знают о ее существовании 24,6%, отрицательный ответ дали 12,0% и 63,4% ответили «не знаю». Столь низкая информированность об этой мере, какой она была в 2013 г., безусловно, уменьшала ее возможную результативность.

Значительно лучше информированы женщины, родившие в 2013 г. третьего или последующего ребенка, и беременные третьим ребенком. 86,3% из них знают о существовании этой меры. Только 2,1% сказали, что там, где они живут, этой выплаты нет, и 11,6% ответили «не знаю». 47,2% двухдетных женщин, оценивавших возможное влияние ежемесячной денежной выплаты на третьего или последующего ребенка до достижения им возраста 3 лет на принятие решения о рождении третьего ребенка, такого влияния не отрицают. 7,1% ответили, что эта мера повлияет почти наверняка либо на не откладывание рождения ребенка (4,8%), либо на рождение ребенка, которого без этого не могли себе позволить (2,3%). То, что эта мера, возможно, повлияет, полагают 11,6% (табл.2.24).

Таблица 2.24

Оценка возможного влияния ежемесячной денежной выплаты на третьего или последующего ребенка до достижения им возраста 3 лет на принятие двухдетными женщинами решения о рождении третьего ребенка (%)

Если у Вас двое детей, то может ли повлиять на принятие Вами решения о рождении третьего ребенка то, что начиная с 2013 г., выплачивается ежемесячное пособие на третьего ребенка, родившегося в 2013 г. (и в последующие годы) до достижения им возраста 3 лет в размере прожиточного минимума ребенка?	Все женщины (N=439)	Городские женщины (N=284)	Сельские женщины (N=154)
да, повлияет почти наверняка на рождение ребенка, которое пока откладывалось	4,8	6,3	1,9
да, повлияет почти наверняка на рождение ребенка, которого без этого не могли себе позволить	2,3	2,1	2,6
возможно, повлияет на рождение ребенка, которое пока откладывалось	5,7	6,7	3,9
возможно, появится ребенок, решится на рождение которого пока не могли	5,9	7,0	3,9
не повлияет	52,8	50,8	56,5
трудно сказать	28,5	27,1	31,2

18,9% респонденток, родивших в 2013 г. третьего ребенка или беременных им, ответили, что возможность получения ежемесячной денежной выплаты на третьего или последующего ребенка до достижения им возраста 3 лет в размере прожиточного минимума ребенка помогла им и появился ребенок, рождение которого до этого откладывалось, 12,9% – что это помогло им принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить, 34,9% – что эта выплата не помогла им в принятии решения о рождении ребенка, 33,3% – затруднились с ответом на этот вопрос. Таким образом, 65,1% респонденток, родивших в 2013 г. третьего ребенка, не отрицают помощи ежемесячной денежной выплаты на третьего или последующего ребенка до достижения им возраста 3 лет (табл.2.25).

**Оценка помощи ежемесячной денежной выплаты
на третьего или последующего ребенка до достижения
им возраста 3 лет в принятии решения о рождении
третьего ребенка в 2013 г. (%)**

Если у Вас в 2013 г. родился третий ребенок (или Вы ожидаете его рождения), то помогло ли Вам принять решение о его рождении, то, что, начиная с 2013 г., выплачивается ежемесячное пособие на третьего ребенка, родившегося в 2013 г. (и в последующие годы), до достижения им возраста 3 лет в размере прожиточного минимума ребенка?	Все женщины (N=132)	Городские женщины (N=78)	Сельские женщины (N=44)
помогло, появился ребенок, рождение которого до этого откладывали	18,9	20,5	13,6
помогло принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить	12,9	7,7	18,2
не помогло	34,9	39,7	31,8
трудно сказать	33,3	32,1	36,4

Этот показатель существенно выше, чем по оценке помощи регионального материнского (семейного) капитала в принятии решения о рождении третьего или последующего ребенка в 2012–2013 гг., где доля не отрицающих этой помощи составила 45,1%. Столь существенное различие сложилось за счет большей доли тех, кто отметил помощь ежемесячной денежной выплаты на третьего или последующего ребенка до достижения им возраста 3 лет в том, что не стали далее откладывать рождение ребенка (18,9% против 7,9% при оценке влияния регионального материнского (семейного) капитала), и за счет большей доли затруднившихся с ответом (33,3% против 24,8%).

Оценка влияния ежемесячной денежной выплаты на третьего ребенка в возрасте до 3 лет на принятие решения о рождении этого ребенка в 2013 г. зависит от того, какую долю эта выплата составляет в доходах семьи. Прежде всего, это относится к крайним группам. У тех женщин, которые отметили, что она составляет менее 10%, средний балл оценки влияния этой меры на принятие решения о ро-

ждении ребенка равен 1,73 (по пятибалльной шкале), а у тех, у кого эта доля 30% и более – 3,15. При величине этой доли от 10% до 20% средний балл равен 2,65, а от 20% до 30% – 2,30.

Среди тех, кто оценивает долю этой выплаты в доходах семьи, как менее 10%, 18,2% отметили, что эта мера, так или иначе, помогла им в принятии решения о рождении ребенка (либо появился ребенок, рождение которого откладывалось, либо приняли решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить). При величине этой доли от 10% до 20% доля таких ответов составила 28,2%, от 20% до 30% – 29,6%, 30% и более – 45,7%.

Примерно так же зависит оценка влияния ежемесячной денежной выплаты на третьего ребенка в возрасте до 3 лет на принятие решения о рождении этого ребенка и от среднемесячного душевого дохода в семье в 2012 г. (когда принималось решение о рождении ребенка). Средний балл оценки влияния этой меры на принятие решения о рождении ребенка существенно различается в крайних группах по величине среднемесячного душевого дохода: до 5000 рублей – 3,29; от 5000 до 7000 рублей – 2,58; от 7000 до 10000 рублей – 2,65; от 10000 до 20000 рублей – 2,62; 20000 рублей и более – 1,75.

Среди тех, у кого в семьях среднемесячный душевой доход составлял в 2012 г. до 5000 рублей, 38,4% отметили, что эта мера так или иначе помогла в принятии решения о рождении ребенка (либо появился ребенок, рождение которого откладывалось, либо приняли решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить). При величине среднемесячного душевого дохода от 5000 до 7000 рублей доля таких ответов составила 31,3%, от 7000 до 10000 рублей – 33,3%, от 10000 до 20000 рублей – 32,3%, 20000 рублей и более – 20,0%.

Те, кто отметил, что в 2012 г. покупали все фрукты и ягоды, которые им были нужны, не ограничивая себя, оценили степень влияния ежемесячной денежной выплаты на третьего ребенка в возрасте до 3 лет на принятие решения о рождении этого ребенка в

2013 г., в среднем, на 1,95 балла. У тех, кому приходилось ограничивать себя в покупках фруктов и ягод, так как не хватало денег, эта оценка составила, в среднем, 2,87 балла, а у тех, кто покупал редко и то, что подешевле – 2,94 балла.

Если в отношении ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет связи между оценкой влияния этой меры на принятие решения о рождении ребенка и тем, может ли кто-то, кроме матери, постоянно ухаживать за ребенком, по результатам исследования нет, то здесь она имеет место. У тех, кто отметил, что, кроме них, никто не сможет постоянно ухаживать за ребенком до 3 лет, средний балл оценки степени влияния ежемесячной денежной выплаты на третьего ребенка в возрасте до 3 лет на принятие решения о рождении этого ребенка в 2013 г. составил 2,57, а у тех, у кого есть кому (кроме самой респондентки) постоянно ухаживать за ребенком – 2,08.

Среди тех, у кого есть кому (кроме самой респондентки) постоянно ухаживать за ребенком до 3-летнего возраста, 15,4% отметили, что возможность получения ежемесячной денежной выплаты на третьего или последующего ребенка до 3 лет, так или иначе, помогла им в принятии решения о рождении ребенка (либо появился ребенок, рождение которого откладывалось, либо приняли решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить). Среди тех, у кого ухаживать за ребенком может только сама мать, этот показатель составил 35,0%.

Степень влияния этой меры на принятие решения о рождении ребенка, в среднем, заметно выше у тех женщин, которые хотели бы сами постоянно ухаживать за ребенком до 3 лет (2,86), по сравнению с теми, кто хотел бы отдать ребенка в детский сад (ясли) (2,35). Если среди первых доля отметивших, что эта выплата, так или иначе, помогла в принятии решения о рождении ребенка (либо появился ребенок, рождение которого откладывалось, либо приняли решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить), составляет 36,7%, то среди вторых – 28,9%.

Глава 4

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕР СОДЕЙСТВИЯ СЕМЬЯМ В УЛУЧШЕНИИ ЖИЛИЩНЫХ УСЛОВИЙ

Программы содействия молодым семьям в приобретении жилья. Большинство исследований репродуктивного поведения, проведенных в нашей стране, особенно в последние годы, показывают, что среди комплекса жизненных условий, детерминирующих это поведение, важнейшее место занимают жилищные условия. Одновременно при изучении мнений о возможных мерах политики, направленных на увеличение числа детей в семьях, в большинстве исследований выясняется приоритетность среди этих мер тех или иных форм содействия семьям, прежде всего, молодым, в улучшении жилищных условий (значимость этого направления политики оценивается, по сути дела, наравне с существенным повышением заработной платы).

В рамках данного исследования предпринята попытка оценить влияние участия молодых семей в программах содействия в приобретении жилья на репродуктивное поведение. При проведении в 2013 г. социологического опроса в Калужской и Новгородской областях, в Пермском крае были выделены две категории молодых семей – участвующих и не участвующих в таких программах – для которых были подготовлены специальные анкеты.

На анкету для участников программ содействия молодым семьям в приобретении жилья (купившие жилье и ожидающие очереди) ответили 424 человека, а на анкету для молодых семей, не

участвующих в этих программах – 205 человек. Такая диспропорция была предусмотрена сознательно, так как по первой категории респондентов проводился более углубленный анализ.

Задача сравнения репродуктивного поведения двух этих категорий молодых семей обуславливает необходимость максимальной схожести их по таким параметрам, как состояние в браке, уровень образования, доход. Сопоставление их по возрасту и числу детей на момент обследования, на наш взгляд, не актуально, потому что, для обеспечения сопоставимости у участвующих в программах содействия в приобретении жилья, возраст и детность следовало бы учитывать на момент подачи заявления на участие в программе. Конечно, это требование относится и к брачному статусу, уровню образования и доходу, но, на наш взгляд, в меньшей степени.

К сожалению, рассматриваемые группы респондентов не вполне сопоставимы по брачному состоянию, так как среди не участвующих в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья существенно выше доля состоящих в незарегистрированном браке и, соответственно, ниже доля тех, чей брак зарегистрирован. Фактор регистрации брака может оказывать влияние на репродуктивное поведение. Поэтому целесообразно при сравнительном анализе индикаторов репродуктивного поведения выделять группу состоящих в зарегистрированном браке по обеим группам респондентов (табл.2.26).

Таблица 2.26

**Брачный статус респондентов из молодых семей,
участвующих и не участвующих в программах содействия
в приобретении жилья (%)**

Состоите ли Вы сейчас в браке?	Участвующие в программах (N=417)	Не участвующие в программах (N=201)
состою в зарегистрированном браке	79,4	66,2
состою в незарегистрированном браке	1,4	17,4
не состою, но раньше состоял(а)	9,1	6,5
никогда не состоял(а) в браке	10,1	10,0

Различия в образовательной структуре респондентов из молодых семей, участвующих и не участвующих в программах содействия в приобретении жилья, на наш взгляд, не принципиальны (табл.2.27).

Таблица 2.27

**Уровень образования респондентов из молодых семей,
участвующих и не участвующих в программах содействия
в приобретении жилья (%)**

Уровень образования	Участвующие в программах (N=421)	Не участвующие в программах (N=203)
начальное общее	0,7	–
основное общее	1,2	1,0
среднее общее	5,7	6,9
начальное профессиональное	3,3	3,0
среднее профессиональное	32,3	25,6
неполное высшее профессиональное	8,8	11,3
высшее профессиональное	46,6	52,2
послевузовское профессиональное	1,4	–

Величина среднемесячного душевого дохода у обеих категорий респондентов, в среднем, почти одинаковая: 10769 рублей у участвующих в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья и 10716 рублей у тех, кто в этих программах не участвует. Респонденты обеих категорий близки не только по средней величине среднемесячного душевого дохода, но и его распределению (табл.2.28).

Таблица 2.28

**Среднемесячный душевой доход в молодых семьях,
участвующих и не участвующих в программах содействия
в приобретении жилья (%)**

Группы по величине среднемесячного душевого дохода (рублей)	Участвующие в программах (N=407)	Не участвующие в программах (N=188)
до 5000	7,6	6,4
от 5000 до 7000	14,7	17,6
от 7000 до 10000	25,1	21,3
от 10000 до 15000	31,7	31,8
15000 и более	20,9	22,9

Еще одним важным фактором, влияющим на репродуктивное поведение, являются ценностные ориентации. При сравнении значимости ценностных ориентаций у участвующих и не участвующих в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья обнаруживаются два серьезных отличия (табл.2.29). Во-первых, у тех, кто участвует этих в программах существенно выше оценка значимости двоих детей (4,11 против 3,78). Это очень серьезный фактор, который может оказывать влияние на различия в репродуктивном поведении двух рассматриваемых категорий респондентов и, казалось бы, делает их несопоставимыми. Но не будем торопиться с выводами. Посмотрим, с чем может быть связано такое различие. У участвующих в программах содействия в приобретении жилья, среднее число рожденных детей составляет, по результатам опроса, 1,64, а у тех, кто в них не участвует – 1,28. Доля имеющих двух и более детей среди первых составляет 49,1% (в т.ч. вторых – 36,6%), а среди вторых – 29,3% (в т.ч. вторых – 25,1%).

Таблица 2.29

**Значимость жизненных ценностей у респондентов
из молодых семей, участвующих и не участвующих
в программах содействия в приобретении жилья
(средний балл по пятибалльной шкале)**

Люди, обычно хотят достичь в своей жизни определенных целей. Отметьте, пожалуйста, по пятибалльной шкале, насколько эти цели важны для Вас лично.	Участвующие в программах	Не участвующие в программах
Жить своей семьей в зарегистрированном браке	4,35 (N=423)	4,31 (N=199)
Ребенок	4,65 (N=421)	4,70 (N=198)
Много работать, но и много зарабатывать	3,91 (N=423)	3,94 (N=197)
Повысить уровень образования, квалификацию	3,59 (N=421)	3,34 (N=197)
Двое детей	4,11 (N=419)	3,78 (N=195)
Карьерный рост	3,59 (N=423)	3,65 (N=197)
Трое или более детей	2,46 (N=421)	2,46 (N=197)
Быть свободной(ым), независимой(ым) от всяких обязательств, в т.ч. семейных, делать то, что хочу только я	1,67 (N=422)	2,08 (N=197)

Следует иметь в виду, что, видимо, не только значимость двоих детей влияет на репродуктивное поведение, но и результаты этого поведения влияют на оценку значимости наличия в семье того или иного числа детей. Если у респондента двое детей и у него спрашивают, насколько для него важны двое детей, то, вероятно, важны, ибо он, видимо, имеет в виду не абстрактных двоих детей в семье, а тех, которые у него есть. Поэтому большее число семей с двумя и более детьми у тех, кто участвует в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья, может детерминировать и более высокую, в среднем, оценку значимости двоих детей у этой категории респондентов.

Пока нет оснований говорить о более высоком уровне рождаемости у тех, кто участвует в программах содействия в приобретении жилья и, следовательно, о результативности этих программ. Нужно смотреть число рожденных детей дифференцированно по возрасту матери, так как возрастная структура участвующих в этих программах несколько старше. Кроме того, важно определить, когда родились дети, до приобретения жилья по программе или после. Наконец, не будем забывать о существенно большей доли состоящих в незарегистрированном браке среди тех, кто не участвует в этих программах. Подробнее этот вопрос будет рассмотрен ниже.

Во-вторых, не участвующие в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья, существенно выше, в среднем, оценили значимость того, чтобы «быть свободной(ым), независимой(ым) от всяких обязательств, в т.ч. семейных, делать то, что хочу только я». Можно предположить, что этим же желанием, порой, может быть обусловлено нежелание регистрировать брак. Результаты опроса показали, что у тех, кто не участвует в программах содействия в приобретении жилья, при наличии зарегистрированного брака средний балл оценки значимости ценности «быть свободной(ым), независимой(ым) от всяких обязательств, в т.ч. семейных, делать то, что хочу только я» составил 1,83, а при незарегистрированном браке – 2,74. Среди участвующих в программах содействия

в приобретении жилья, число состоящих в незарегистрированном браке очень мало и рассматривать для них средний балл значимости этой ценности нет смысла, а у тех, чей брак зарегистрирован, он равен 1,64. Это все равно заметно меньше, чем у тех, кто в этих программах не участвует, но разница составляет уже не 0,41 (1,67 против 2,08; см. табл.2-4-4), а 0,19 (1,64 против 1,83). Кроме этого фактора, на более низкую, в среднем, оценку значимости этой ценности может влиять и отмеченная выше существенно большая доля респондентов, имеющих нескольких детей (49,1% против 29,3%), так как при наличии в семье нескольких детей можно предполагать большую степень семейной ориентации.

Отдельного разговора заслуживает сопоставление участвующих и не участвующих в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья по жилищным условиям. При этом в отношении тех, кто участвует в этих программах, нужно, конечно, учитывать жилищные условия, которые у них были перед вступлением в программу (табл.2.30).

Таблица 2.30

**Жилищные условия молодых семей,
участвующих и не участвующих в программах содействия
в приобретении жилья (%)**

	Участвующие в программах²⁹	Не участвующие в программах³⁰
1	2	3
Вы жили тогда (живете) только своей семьей (Вы, муж, дети) или с родителями (своими или мужа (жены)), другими родственниками?	(N=417)	(N=205)
только своей семьей	37,8	40,0
с родителями	34,1	41,0
с родителями и/или другими родственниками	28,1	19,0
Какое это жилье?	(N=412)	(N=202)
отдельная квартира	65,9	58,9

²⁹ Жилищные условия на момент подачи заявления для участия в программе

³⁰ Нынешние жилищные условия

1	2	3
коммунальная квартира	5,6	7,4
отдельный дом	6,8	7,4
часть дома	3,2	1,5
комната (комнаты) в общежитии	11,9	14,4
другое	6,6	10,4
Ваша семья (Вы, муж, дети) занимала (занимает):	(N=419)	(N=200)
несколько комнат	9,8	23,5
одну комнату	74,7	70,5
часть комнаты	8,6	5,5
другое	6,9	0,5
Какая, примерно, жилая площадь приходилась (приходится) только на Вашу семью? (средняя площадь, кв. м)	16,5 (N=408)	20,9 (N=408)

Жилищные условия тех, кто не участвует в программах содействия в приобретении жилья, несколько лучше, чем были перед подачей заявления для участия в программе у тех, кто в этих программах участвует. Среди них ниже доля тех, с кем, кроме родителей, живут еще и другие родственники, заметно выше доля тех, кто занимает со своей семьей несколько комнат (в основном, две), и, наконец, у них, в среднем, больше размер жилой площади. С другой стороны, среди них ниже доля тех, кто живет в отдельной квартире.

Таким образом, можно сказать, что группы респондентов, участвующих и не участвующих в программах содействия в приобретении жилья, в основном, сопоставимы, с точки зрения возможностей корректного сравнения их репродуктивного поведения. Основные различия заключаются в несколько более лучших жилищных условиях у тех, кто не участвует в этих программах, по сравнению, с жилищными условиями участников программ, которые у них были перед подачей заявления для участия в программе. Кроме того, среди не участвующих в программах содействия в приобретении жилья существенно выше доля состоящих в незарегистрированном браке и поэтому сравнение репродуктивного пове-

дения нужно проводить не только в целом по всем респондентам, но и отдельно по состоящим в зарегистрированном браке.

Выше отмечалось существенное большее, в среднем, число рожденных детей у тех, кто участвует в программах содействия в приобретении жилья, по сравнению с теми, кто в них не участвует (1,64 против 1,28), но указывалось, что разница могла сложиться за счет относительно более старшей возрастной структуры первых или за счет сравнительно высокой доли состоящих в незарегистрированном браке у вторых.

У участников программ содействия молодым семьям в приобретении жилья, среднее число рожденных детей больше, чем у не участвующих в них. Это не зависит ни от возрастной, ни от брачной структуры (табл.2.31).

Таблица 2.31

Среднее число рожденных детей у респондентов, участвующих и не участвующих в программах содействия в приобретении жилья

Возраст (лет)	Все		Состоящие в зарегистрированном браке	
	Участвующие в программах	Не участвующие в программах	Участвующие в программах	Не участвующие в программах
до 25	1,22 (N=18)	0,83 (N=35)	1,20 (N=10)	0,91 (N=23)
25–29	1,42 (N=122)	1,33 (N=73)	1,44 (N=104)	1,34 (N=50)
30–34	1,79 (N=170)	1,51 (N=55)	1,81 (N=133)	1,56 (N=34)
35–39	1,81 (N=84)	...31 (N=2)	1,93 (N=56)	–

Каждый десятый (9,8%) респондент из числа участвующих в программе содействия в приобретении жилья и уже поселившихся в квартире (доме) по этой программе отметил, что у него родился кто-либо из детей после поселения в этой квартире (доме). От общего числа рождений у этой категории респондентов это составляет 5,0%. Существенно большая часть рождений произошла после подачи заявления на участие в программе, но до поселения в квар-

³¹ Показатель не приводится, так как рассчитан менее, чем для 10 человек.

тиру (дом), приобретенную по этой программе (в т.ч. у тех, кто подал заявление, но еще не приобрел квартиру (дом)). Они имели место у 65 респондентов, т.е. у 15,3% опрошенных по этой анкете. При этом у 7 человек за этот период родилось двое детей и, следовательно, число рожденных детей составило 72, т.е. 11,0% от общего числа рождений у этой категории респондентов.

Вместе с отмеченными выше 5,0% родившихся после поселения в квартире (доме), приобретенной по программе, получается 16,0% родившихся после подачи заявления на участие в программе от общего числа рождений у этой категории респондентов. Понимая всю условность такого сравнения, отметим, что это больше половины из отмеченного выше перевеса среднего числа рожденных детей у участвующих в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья по сравнению с не участвующими в них ($1,64 / 1,28 = 1,28$ или 28%). В то же время, даже с учетом этого, участие в программе не объясняет полностью столь существенных различий в среднем числе рожденных детей у двух этих категорий респондентов.

Желаемое и ожидаемое числа детей, в среднем, почти не отличаются у участвующих и не участвующих в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья. У первых желаемое число детей составляет, в среднем, 2,34 (N=370), а ожидаемое – 2,07 (N=358), а у вторых – соответственно, 2,46 (N=179) и 2,03 (N=160).³² При практически полном отсутствии различий в средней величине ожидаемого чисел детей и относительно небольших различиях по желаемому числу детей (причем, у не участвующих в программах оно, в среднем, больше) обратим внимание, что у респондентов, участвующих в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья, существенно, меньше, в среднем, разрыв между желаемым и ожидаемым числом детей – 0,27 против 0,43 у не участвующих в этих программах. Величина разрыва между желаемым

³² Количество респондентов, для которых рассчитаны эти показатели, существенно меньше общего количества опрошенных двух этих категорий, так как в расчет не включен вариант «трудно сказать», который был предусмотрен в анкете для вопросов о желаемом и ожидаемом числе детей.

и ожидаемым числом детей может косвенно свидетельствовать о восприятии условий жизни как благоприятных или неблагоприятных для реализации имеющейся потребности в детях.

Эти данные подтверждаются и ответами на прямой вопрос: «В какой степени условия Вашей жизни благоприятны или неблагоприятны для рождения еще одного или нескольких детей». Респондентам предлагалось оценить эти условия по шкале от 0 до 100. Участники программ содействия молодым семьям в приобретении жилья, оценили благоприятность условий жизни для рождения еще одного ребенка, существенно выше, чем те, кто в них не участвует – 50,8 против 38,2. Еще больше эти различия у однопородных респондентов, которые фактически оценивали степень благоприятности своих условий жизни для рождения второго ребенка: 57,9 против 35,9.

Оценка благоприятности условий жизни для рождения еще нескольких детей почти не различается (в отличие от оценки для рождения одного ребенка), в среднем, у этих групп респондентов (соответственно, 17,8 и 14,4). Среднее желаемое число детей у не участвующих в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья выше, чем у участников этих программ, во всех возрастных группах. В отношении ожидаемого числа детей это имеет место только у респондентов моложе 30 лет, а в возрастной группе 30–34 года, наоборот, у участников программ ожидаемое число детей, в среднем, несколько больше (см. табл.2.32).

Таблица 2.32

**Среднее желаемое и ожидаемое числа детей
у участвующих и не участвующих в программах содействия
в приобретении жилья**

Воз- раст (лет)	Желаемое число детей		Ожидаемое число детей	
	Участвующие в программах	Не участвующие в программах	Участвующие в программах	Не участвующие в программах
до 25	2,18 (N= 17)	2,36 (N=36)	1,87 (N=15)	1,97 (N=32)
25–29	2,24 (N=118)	2,46 (N=84)	2,00 (N=118)	2,08 (N=77)
30–34	2,37 (N=156)	2,52 (N=56)	2,09 (N=149)	2,00 (N=48)
35–39	2,49 (N=74)	... ³³ (N=1)	2,21 (N=71)	... (N=1)

³³ Показатель не приводится, так как рассчитан менее, чем для 10 человек.

Однодетные респонденты, участвующие в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья, несколько выше, в среднем, оценивают для себя вероятность рождения второго ребенка в ближайшие 3–4 года – 56,7% против 43,5% у тех, кто в этих программах не участвует. Однако, вероятность рождения в ближайшие 3–4 года третьего ребенка у двухдетных респондентов, наоборот, чуть выше, в среднем, оценивают те, кто в этих программах не участвует – 27,6% против 23,1%. Правда, разница здесь очень мала и, скорее, можно говорить о примерном равенстве этих показателей.

Примерно таким же остается соотношение этих показателей, если говорить только о состоящих в зарегистрированном браке. Вероятность рождения второго ребенка в ближайшие 3–4 года однодетные респонденты, участвующие и не участвующие в программах содействия в приобретении жилья, оценивают, соответственно, в 63,2% и 49,0%, а оценка вероятности рождения третьего ребенка у двухдетных – соответственно, 24,1% и 30,7%.

Однодетные респонденты, участвующие в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья, в значительно большей степени проявили свое намерение иметь второго ребенка, чем те, кто в этих программах не участвует (табл.2.33). В 6,9% случаев у участников этих программ уже имеет место беременность, тогда как среди тех, кто в программах не участвует – только в 0,9%. Почти 40% (39,9%) участвующих в программах собираются иметь второго ребенка в ближайшие 3–4 года. Среди тех, кто в программах не участвует, такое намерение выразили 23,6%. Если объединить эти ответы с теми случаями, когда уже имеет место беременность, то получается, что среди участников программ содействия в приобретении жилья доля собирающихся иметь второго ребенка в ближайшие годы почти вдвое больше, чем среди не участвующих в этих программах (46,8% против 24,5%). Еще больше эта разница среди состоящих в зарегистрированном браке – 55,2% против 27,1%. В то же время среди однодетных участников этих программ заметно выше и

доля тех, кто не собирается иметь второго ребенка (20,7% против 13,2% у тех, кто в этих программах не участвует).

Таблица 2.33

**Намерение иметь еще одного ребенка у участвующих
и не участвующих в программах содействия
в приобретении жилья (%)**

Собираетесь ли Вы иметь еще одного ребенка?	Все		Состоящие в зарегист- рированном браке	
	Участ- вующие в програм- мах	Не участ- вующие в програм- мах	Участ- вующие в програм- мах	Не участ- вующие в програм- мах
<i>Однодетные</i>				
	N=203	N=106	N=147	N=70
уже беременна	6,9	0,9	8,8	1,4
да, в ближайшие 3–4 года	39,9	23,6	46,4	25,7
да, но несколько позже, пока откладываю	24,1	41,5	22,4	44,4
Нет	20,7	13,2	17,0	11,4
трудно сказать	8,4	20,8	5,4	17,1
<i>Двухдетные</i>				
	N=142	N=42	N=117	N=29
уже беременна	3,5	2,4	4,3	3,4
да, в ближайшие 3–4 года	9,2	14,3	10,3	13,8
да, но несколько позже, пока откладываю	10,6	21,4	10,3	27,6
Нет	66,1	42,9	63,1	41,4
трудно сказать	10,6	19,0	12,0	13,8

Однодетные респонденты, не участвующие в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья, значительно чаще давали уклончивые ответы о намерении иметь второго ребенка: да, но несколько позже, пока откладываю (41,5% против 24,1%) и трудно сказать (20,8% против 8,4%).

Доля двухдетных респондентов, собирающихся в ближайшие годы иметь третьего ребенка (наличие беременности или рождение в ближайшие 3–4 года), наоборот, немного выше среди не участвующих в программах содействия молодым семьям в приобретении

жилья (но различия значительно меньше, чем в отношении рождения второго ребенка – 14,6% против 12,7%; у состоящих в зарегистрированном браке, их почти нет – 17,2% против 16,7%).

Также, как и в отношении рождения второго ребенка, у участников программ заметно чаще присутствует отрицательный ответ (66,1% против 42,9%) и существенно реже уклончивые ответы: да, но несколько позже, пока откладываю (10,6% против 21,4%) и трудно сказать (10,6% против 19,0%).

Таким образом, можно сказать, что участие в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья положительно влияет на репродуктивное поведение. В этих семьях, по результатам опроса, выше среднее число рожденных детей (больше доля имеющих двух и более детей) и их перевес по этому показателю по сравнению с теми, кто в таких программах не участвует, примерно наполовину сложился за счет рождений, произошедших после подачи заявления на участие в программе. Участвующие в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья существенно чаще, при наличии уже одного ребенка, высказывали категоричные намерения рождения второго ребенка в ближайшие годы. Они выше оценивают для себя вероятность рождения второго ребенка. Кроме того, участники этих программ выше оценивают благоприятность своих условий жизни для рождения еще одного ребенка (опять же, прежде всего, для рождения второго ребенка).

Посмотрим теперь, какое место респонденты отводят жилищным условиям среди факторов, обуславливающих их намерение иметь ребенка в ближайшие 3–4 года (табл.2.34).

Можно было ожидать, что у участников программ содействия молодым семьям в приобретении жилья, отметивших наличие беременности или намерение иметь ребенка в ближайшие 3–4 года, благоприятные жилищные условия или ближайшая перспектива их улучшения как фактор влияния на принятие решения о рождении ребенка будут оценены выше, чем у тех, кто в этих программах не участвует. Но результаты исследования этого не показали. Наобо-

рот, те, кто в этих программах не участвует, значимость этого фактора оценили, в среднем, выше не только, чем участники этих программ, но и выше всех остальных факторов (участники программ выше всего оценили влияние на принятие решения о рождении ребенка личных обстоятельств). Несколько иная ситуация у однопородных. Как участники программ содействия в приобретении жилья, так и те, кто в них не участвует, на первое место по оценке значимости поставили именно благоприятные жилищные условия или ближайшую перспективу их улучшения.

Таблица 2.34

Оценка влияния различных факторов на возможное решение о рождении ребенка в ближайшие 3–4 года у участвующих и не участвующих в программах содействия в приобретении жилья (средний балл по пятибалльной шкале)³⁴

Если Вы собираетесь родить ребенка в ближайшие 3–4 года, то в какой степени на Ваше решение влияют:	Все отметившие наличие беременности или намерение иметь ребенка в ближайшие 3–4 года		Однодетные	
	Участвующие в программах	Не участвующие в программах	Участвующие в программах	Не участвующие в программах
1	2	3	4	5
Личные обстоятельства	4,17 (N=132)	3,95 (N=55)	4,03 (N=92)	3,68 (N=25)
Благоприятные жилищные условия или ближайшая перспектива их улучшения	4,12 (N=117)	4,22 (N=54)	4,13 (N=85)	3,96 (N=25)
Повышение уровня жизни семьи, улучшение жилищных условий	3,81 (N=118)	3,71 (N=55)	3,81 (N=85)	3,44 (N=25)
Изменения отношения государства к семьям с детьми	2,97 (N=115)	2,73 (N=55)	3,04 (N=84)	2,76 (N=25)

³⁴ Факторы расположены в порядке убывания среднего балла оценки их значимости всеми респондентами, участвующими в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья и отметившими наличие беременности или намерение иметь ребенка в ближайшие 3-4 года.

1	2	3	4	5
Возможность получения федерального материнского (семейного) капитала	2,92 (N=128)	3,02 (N=56)	2,98 (N=91)	3,08 (N=26)
Появление возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду	2,87 (N=121)	3,04 (N=54)	3,01 (N=86)	2,96 (N=24)
Изменение социально-экономической ситуации в стране и в Вашем регионе	2,76 (N=113)	2,55 (N=55)	2,83 (N=82)	2,56 (N=25)
Возможность получения материнского (семейного) капитала, установленного в Вашем регионе	2,60 (N=126)	2,62 (N=55)	2,58 (N=90)	2,56 (N=25)
Возможность получения ежемесячного пособия (предоставление оплачиваемого отпуска) по уходу за ребенком до 1,5 лет	2,55 (N=124)	3,36 (N=55)	2,40 (N=89)	2,88 (N=25)
Налоговые льготы работающим родителям	2,48 (N=117)	2,55 (N=55)	2,48 (N=84)	2,24 (N=25)
Возможность получения ежемесячной денежной выплаты на третьего ребенка в возрасте до 3 лет в размере прожиточного минимума	2,35 (N=122)	2,56 (N=55)	2,18 (N=88)	2,40 (N=25)
Введение родового сертификата	2,31 (N=120)	2,98 (N=55)	2,30 (N=87)	2,72 (N=25)
Возможность иметь гибкий график работы (или неполный рабочий день/неделю, или дистанционно, на дому)	2,29 (N=117)	2,62 (N=56)	2,07 (N=86)	2,23 (N=26)
Возможность профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет	1,97 (N=120)	2,38 (N=56)	1,78 (N=87)	2,23 (N=26)
Предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома	1,96 (N=121)	2,64 (N=55)	1,71 (N=87)	2,64 (N=25)

Таким образом, можно сказать, что, по результатам опроса, различий в оценке благоприятных жилищных условий или ближайшей перспективы их улучшения, как фактора влияния на принятие

решения о рождении ребенка в ближайшие 3–4 года, между участвующими и не участвующими в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья, практически, нет.

Если у участников программ содействия молодым семьям в приобретении жилья, наиболее значимой причиной откладывания рождения ребенка является то, что пока не позволяют материальные возможности, то у тех, кто не участвует в таких программах (табл.2.35).

Таблица 2.35

**Оценка причин откладывания рождения ребенка
у участвующих и не участвующих в программах содействия
в приобретении жилья
(средний балл по пятибалльной шкале)³⁵**

Если Вы хотите отложить рождение ребенка, то в какой степени это связано со следующими причинами	Участвующие в программах и откладывающие рождение ребенка			Не участвующие в программах и откладывающие рождение ребенка
	Все	Приоб- ли квар- тиру (дом), благодаря участию в программе	Не приоб- тели квар- тиру (дом), благодаря участию в программе	
1	2	3	4	5
Пока не позволяют материальные возможности	3,62 (N=72)	3,98 (N=53)	2,63 (N=19)	3,81 (N=57)
Необходимо найти более оплачиваемую работу	3,42 (N=72)	3,49 (N=53)	3,21 (N=19)	3,41 (N=58)
Необходимость выплачивать кредиты не позволяет мне хотя бы на время оставить работу	2,68 (N=71)	3,21 (N=53)	1,11 (N=18)	2,19 (N=57)
Отсутствие собственного жилья, в котором можно растить ребенка	2,50 (N=70)	1,63 (N=52)	5,00 (N=18)	4,46 (N=59)
Муж пока хочет подождать с рождением ребенка	2,48 (N=69)	2,31 (N=52)	3,00 (N=17)	2,45 (N=56)

³⁵ Причины расположены в порядке убывания среднего балла оценки их значимости всеми респондентами, участвующими в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья и отметившими откладывание рождения ребенка.

1	2	3	4	5
Младший ребенок пока слишком маленький	2,28 (N=69)	2,29 (N=52)	2,24 (N=17)	2,41 (N=58)
Трудно совмещать работу и уход за ребенком	2,25 (N=72)	2,30 (N=53)	2,11 (N=19)	2,58 (N=57)
Не хочу оставлять работу хотя бы на время	2,04 (N=72)	2,19 (N=53)	1,63 (N=19)	1,76 (N=58)
Хочется хоть какое-то время пожить для себя	2,03 (N=70)	2,12 (N=52)	1,78 (N=18)	1,95 (N=58)
Трудно устроить ребенка в учреждение дошкольного образования	1,99 (N=71)	2,13 (N=53)	1,56 (N=18)	2,86 (N=58)
Нет надежды на то, что родственники смогут регулярно помогать в уходе за ребенком (или родственников нет)	1,93 (N=71)	2,02 (N=53)	1,67 (N=18)	2,40 (N=58)
Пока не позволяет состояние здоровья	1,70 (N=71)	1,77 (N=53)	1,50 (N=18)	1,71 (N=58)
Я пока не замужем	1,67 (N=67)	1,61 (N=49)	1,83 (N=18)	1,68 (N=57)
Нет твердой уверенности в том, что нужен еще ребенок	1,56 (N=71)	1,57 (N=53)	1,56 (N=18)	1,69 (N=58)
Нужно закончить образование	1,54 (N=71)	1,55 (N=53)	1,50 (N=18)	1,97 (N=58)
Не уверена в прочности брака	1,27 (N=71)	1,30 (N=53)	1,17 (N=18)	1,61 (N=57)

Еще выше оценили отсутствие собственного жилья, в котором можно растить ребенка, как фактор, влияющий на откладывание рождения ребенка те, кто уже участвует в таких программах (подал заявление), но жилье еще не приобрел. У них средний балл значимости этого фактора составил 5,00 (по 5-балльной шкале), т.е. такую оценку поставили все респонденты. У тех, кто уже приобрел жилье, благодаря участию в программе, значимость этого фактора, как причины откладывания рождения ребенка невелика (но даже эта величина – 1,63 – вызывает некоторое удивление, ибо собственное жилье у них уже есть). Однако эти респонденты значитель-

но выше оценили в качестве причины откладывания рождения ребенка то, что необходимость выплачивать кредиты не позволяет пока хотя бы на время оставить работу (что женщина должна будет сделать в случае рождения ребенка).

Таким образом, участие молодых семей в программах содействия в приобретении жилья, с одной стороны, безусловно, является важным позитивным фактором репродуктивного поведения, позволяющим снять проблему жилищных условий, как фактора ограничения деторождения, откладывания рождения детей, но, с другой стороны, для части семей, участвующих в этих программах, необходимость выплачивать кредит выступает серьезной причиной, ограничивающей в определенный период времени возможности появления еще одного ребенка.

Участию молодых семей в программе содействия в приобретении жилья предшествует сбор необходимых документов и подача заявления. Немногим более трети респондентов указали, что им было сложно (30,8%) или очень сложно (3,3%) собрать необходимые документы для подачи заявления. Несложность этой процедуры отметили 65,9%. На момент опроса у 84,2% респондентов уже перечислена в банк полагающаяся им по этой программе субсидия. 98,9% из них уже приобрели жилье, благодаря участию в этой программе. У 13,7% интервал времени между подачей заявления и заселением в квартиру (дом) не превысил года. От 1 до 1,5 лет этот интервал был у 25,5%, от 1,5 до 2 лет – 14,4%, от 2 до 3 лет – 20,9%, 3 года и более – 25,5%.

67,4% респондентов продолжают выплачивать банку деньги за жилье. По оценке респондентов, примерно 10% семейного бюджета составляют эти выплаты у 5,3% респондентов, 20% – у 13,8%, 30% – у 46,7%, 40% – у 20,0%, 50% – у 8,4%, 60% и более – 5,8%. При этом более половины (55,7%) респондентов считают, что эти выплаты вызывают существенные материальные затруднения для семьи, у 40,4% – незначительные и только у 3,9% они затруднений не вызывают.

Свыше половины (51,2%) респондентов, родивших в 2007–2013 гг. второго или последующего ребенка и которым полагается федеральный материнский (семейный) капитал уже использовали его полностью или частично на погашение кредита, 40,2% – предполагают использовать, 4,3% – не будут его так использовать и такое же количество респондентов затруднились с ответом на этот вопрос. Около трети (32,3%) респондентов, родивших в последние годы третьего или последующего ребенка и которым полагается региональный материнский (семейный) капитал уже использовали его полностью или частично на погашение кредита, 38,7% – предполагают использовать, 16,1% – не будут его так использовать, 12,9% – затруднились с ответом на этот вопрос.

Как уже отмечалось, в 9,6% семей родился кто-либо из детей после того, как она поселилась в этой квартире (доме). Среди респондентов (33 человека) из этих семей, 42,4% отметили, что приобретение этого жилья не повлияло на рождение этого ребенка, 15,2% – что повлияло и родили ребенка раньше, чем предполагали, 3,0% – что повлияло, но, наоборот, родили позже, чем предполагали. Особо отметим, что 27,3% респондентов указали, что приобретение жилья помогло и родился ребенок, которого в иной ситуации не могли бы себе позволить. Еще 12,1% затруднились здесь с ответом. Полагающуюся дополнительную субсидию после рождения этого ребенка получили только 35,3%.

34,5% респондентов, у которых появился ребенок после поселения в этой квартире (доме), считают, что рождение ребенка не повлияло на возможность выплачивать банку деньги. 38,0% отметили такое влияние, но считают его небольшим, 24,1% – что выплачивать деньги стало сложно. Еще 3,4% затруднились с ответом на этот вопрос. Среди тех, кто откладывает сейчас рождение детей, 55,4% связывают это с временными материальными затруднениями из-за выплат за квартиру (дом), не отметили такой связи – 29,7%, затруднились с ответом – 14,9%.

Половина респондентов (50,0%) отметивших, что им приходилось раньше или приходится сейчас откладывать рождение ребенка, не связывают это с ожиданием приобретения квартиры (дома) по программе содействия молодым семьям в приобретении жилья. Напротив, отмечают такую связь 42,4% респондентов. Остальные 7,6% затруднились с ответом на этот вопрос.

24,3% респондентов считают, что если родится ребенок, то это не повлияет на возможность выплачивать банку деньги за квартиру (дом), 19,6% – что повлияет, но в небольшой степени, 44,9% – что выплачивать деньги станет сложно, 11,2% – что выплачивать деньги станет практически невозможно и делать они будут это с большим трудом. Это существенно более пессимистическая оценка, чем у тех, кто сейчас продолжает выплачивать деньги после рождения ребенка (см. выше). Однако, при принятии решения о рождении ребенка, респонденты, будут, видимо, учитывать именно эту оценку.

Среди считающих, что выплачивать деньги станет сложно или практически невозможно, 32,5% отметили, что им очень могла бы помочь временная приостановка банком этой выплаты на тот период, пока мать будет находиться в отпуске по уходу за ребенком и не будет, в связи с этим, работать (этот вариант был предложен в анкете респондентам для оценки). 40,2% – то же считают, что это помогло бы, но отчасти, 11,7% – что не помогло бы, 15,6% – затруднились с ответом на этот вопрос. Среди тех, кто собирается иметь еще ребенка в ближайшие 3–4 года или уже имеет место беременность, 56,8% отметили, что на это повлияло приобретение данной квартиры (дома). 18,0% считают, что такого влияния нет, а 25,2% – затруднились с ответом на этот вопрос.

В целом, на основе оценок респондентов, можно отметить положительное влияние на репродуктивные намерения представившейся для семьи возможности улучшения жилищных условий по программе содействия молодым семьям в приобретении жилья. 28,4% респондентов отметили, что, благодаря этому, у них появилась возможность иметь большее число детей, чем могли бы при

прежней жилищной ситуации, а почти каждый десятый (9,7%) – что это позволило не откладывать рождение ребенка. 5,4% считают, что, наоборот, пришлось отложить рождение ребенка, а 0,9% – что пришлось отказаться от рождения ребенка. Отсутствие какого-либо влияния отметили 41,4% респондентов, а 14,2% – затруднились ответить на этот вопрос.

Среди тех, кто не участвует в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья, 62,1% опрошенных считают для себя обязательным улучшение жилищных условий. Для трети респондентов (33,5%) это желательно и, только, 3,9% – не видят в этом необходимости. Однако большинство (55,5%) тех, кто считает необходимым улучшение жилищных условий, пока лишь планируют что-либо предпринять для этого, а 13,8% – даже ничего не планируют. Уже предпринимают что-либо для улучшения жилищных условий 21,0%. Почти каждый десятый (9,7%) затруднился ответить на этот вопрос.

Стоят в очереди на улучшение жилищных условий 9,9% респондентов. Среди тех, кто не стоит в очереди на улучшение жилищных условий, 45,9% объясняют это тем, что не имеют права, 33,8% – что очередь продвигается слишком медленно, а 20,3% – назвали другие причины. Из числа тех, кто планирует что-то предпринять для улучшения жилищных условий, 71,5% отметили покупку жилья, 13,3% – обмен (размен), 6,3% – съем жилья, 8,9% – другие варианты. Среди тех, кто планирует покупку жилья, 60,2% респондентов предполагают использовать механизм ипотеки для молодых семей, 21,4% – системы кредитования коммерческих банков, 8,7% – предполагают купить жилье на собственные средства, 6,8% – на средства, позаимствованные у родителей, родственников, друзей. Другие варианты отметили 2,9% респондентов. 82,3% из тех, кто не участвует в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья, хотели бы в них участвовать. Не хотели бы этого только 4,6%. Еще 13,1% респондентов затруднились с ответом.

Среди тех, кто хотел бы участвовать в программе содействия молодым семьям в приобретении жилья, 41,5% отметили, что ничего не слышали об этом (очень интересный результат). 1 респондент слышал об этом, но отметил, что там, где он живет, этого нет. Немногим более четверти (26,8%) респондентов, выразивших желание участвовать в такой программе, отметили, что там, где они живут, это есть, но их семье сложно или почти невозможно воспользоваться этим, а 31,0% – думают, что их семья может этим воспользоваться. Среди отметивших, что сложно или почти невозможно будет воспользоваться этой формой помощи молодым семьям в приобретении жилья, 52,0% объясняют это тем, что их семья не подходит под необходимые критерии, 30,0% – что нет необходимых собственных денег, доходов, 24,0% – что очень много желающих.³⁶

31,2% респондентов отметили, что, если бы они участвовали в программе содействия молодым семьям в приобретении жилья, то это могло бы дать им возможность иметь большее число детей (среди участвующих в программе, такой ответ дали почти столько же респондентов (28,4%)). А вот то, что участие в программе позволило бы не откладывать рождение ребенка, они отмечали значительно чаще, чем те, кто в программе уже участвует (23,1% против 9,7%). Возможно, имеет место некоторая недооценка тех сложностей, которые могут возникнуть при участии в программе, прежде всего, необходимости существенных выплат по кредиту. Только 1 респондент отметил, что, наоборот, участие в программе могло бы заставить отложить рождение ребенка (среди участников программы 5,4% ответили, что из-за участия в ней им пришлось отложить рождение ребенка). 21,1% тех, кто не участвует в программе содействия в приобретении жилья, отметили, что участие в ней не повлияло бы на их намерения в отношении рождения детей, а 24,1% – затруднились с ответом на этот вопрос. 79,5% респондентов, не участвующих в программах содействия молодым

³⁶ Сумма ответов превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

семьям в приобретении жилья, родивших в 2007–2013 гг. второго или последующего ребенка и которым полагается федеральный материнский (семейный) капитал отметили, что предполагают полностью или частично использовать его на улучшение жилищных условий, 9,1% – не намереваются использовать его с этой целью, 11,4% – ответили «трудно сказать».

С целью выяснения мнения респондентов о некоторых формах коррекции существующей системы помощи молодым семьям в улучшении жилищных условий им предлагалось оценить гипотетическую возможность взять кредит на приобретение жилья на более длительный срок при условии некоторого сокращения выплат по кредиту (т.е. сумма, которую нужно возвращать банку, выплачивалась бы несколько меньшими порциями, но дольше). 10,8% респондентов отметили, что этот вариант был бы лучше, чем тот, которым они пользуются сейчас. Однако 12,7% полагают, что, наоборот, он был бы хуже. Для 42,5% оба варианта (ныне существующий и гипотетически предложенный в анкете) примерно равноценны. Затруднились с ответом на этот вопрос 34,0%. Если опираться на эти ответы, то следует признать нецелесообразность предлагаемой коррекции схемы погашения кредита.

Представляется, что демографически более результативным, чем ныне действующая схема, было бы предоставление существенной ссуды на погашение кредита при рождении второго и, тем более, третьего ребенка. Отвечая на вопрос «Как Вы думаете, если бы при рождении второго ребенка Вам предоставлялась ссуда на погашение примерно 25% кредита, то повлияло бы это на Ваше желание родить второго ребенка?», 15,8% имеющих одного ребенка ответили, что при такой ссуде родили бы второго ребенка почти наверняка. Скорее всего, родили бы второго ребенка при таких условиях 21,3%. 11,4% все равно не стали бы рожать второго ребенка, а 34,2% – наоборот, собираются иметь второго ребенка независимо ни от каких условий. Остальные одноподетные респонденты затруднились ответить на этот вопрос.

Отвечая на вопрос «Как Вы думаете, если бы при рождении третьего ребенка Вам предоставлялась ссуда на погашение всей оставшейся к тому времени суммы кредита, то повлияло бы это на Ваше желание родить третьего ребенка?», 12,3% двухдетных респондентов и 6,9% однодетных отметили, что если бы такая ссуда предоставлялась, то родили бы третьего ребенка почти наверняка. Скорее всего, родили бы третьего ребенка при таких условиях, соответственно, 17,1% и 12,8%. 37,0% имеющих двоих детей и 44,3% однодетных все равно не стали бы рожать третьего ребенка, а, соответственно, 8,9% и 1,0% – наоборот, собираются иметь третьего ребенка независимо ни от каких условий. Остальные затруднились ответить на этот вопрос.

Наряду с существующими программами содействия молодым семьям в приобретении жилья, возможны, видимо, и другие формы помощи молодым семьям в улучшении жилищных условий. Некоторые из них были предложены респондентам с просьбой выбрать наиболее предпочтительную (табл.2.36).

Таблица 2.36

**Предпочтительные формы поддержки молодых семей
в улучшении жилищных условий, по мнению участвующих
и не участвующих в программах содействия
в приобретении жилья (%)**

Если бы существовали все перечисленные ниже возможные формы поддержки молодых семей в улучшении жилищных условий и у Вас была бы возможность выбора, то какую из них Вы предпочли бы?	Участвующие в программах	Не участвующие в программах
предоставление субсидии в рамках существующих программ содействия молодым семьям в приобретении жилья	87,8	66,3
компенсация части расходов по оплате съемного жилья	1,7	3,8
бесплатное предоставление комнаты в общежитии	1,2	11,4
бесплатное временное (на 3–4 года) предоставление небольшой квартиры в старом жилом фонде	7,2	9,8
Другое	2,1	8,7

Подавляющее большинство (87,8%) тех, кто участвует в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья, предпочли именно эту форму помощи в улучшении жилищных условий. Те, кто не участвует в этих программах, также отдали предпочтение ей, но среди них, такой выбор сделали «всего лишь» 2/3 респондентов (66,3%). 11,4% предпочли бесплатное предоставление комнаты в общежитии, а 9,8% – бесплатное временное (на 3–4 года) предоставление небольшой квартиры в старом жилом фонде. Эта форма заняла второе место по предпочтительности у участников программ содействия молодым семьям в приобретении жилья.

Интересно, что очень малое число опрошенных предпочли, казалось бы, привлекательную для части молодых семей форму помощи в улучшении жилищных условий – компенсацию части расходов по оплате съемного жилья. Но следует иметь в виду, что в формулировке вопроса было сказано «у Вас была бы возможность выбора». В ситуации более ограниченного выбора, естественно, и выбор может быть, вероятно, иным.

Предоставление семьям с 3 и более детьми земельного участка под строительство жилого дома. Земельные участки под строительство жилого дома семьям с 3 и более детьми начали выделять, в большинстве регионов в 2012 г. Представленные выше результаты сравнительного анализа влияния различных мер помощи семьям с детьми на принятие решения о рождении ребенка показали, что те, кто считает, что меры помощи семьям с детьми помогли им принять решение о рождении в 2007–2013 гг. третьего или последующего ребенка, на второе место (после федерального материнского (семейного) капитала), по частоте выделения приоритетной меры, поставили именно предоставление семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома (19,4%).

Второе место заняла эта мера (наряду с региональным материнским (семейным) капиталом) и по среднему баллу оценки влияния различных факторов на принятие о рождении третьего или последующего ребенка в 2007–2013 гг., уступив опять же только фе-

деральному материнскому (семейному) капиталу. Практически такой же результат получен и при оценке влияния различных факторов на рождение третьего или последующего ребенка в 2012–2013 гг., хотя, формально, предоставление земельных участков земельных участков заняло здесь третье место после регионального материнского (семейного) капитала, но разница по величине среднего балла составила всего лишь 0,01 (2,04 против 2,05).

Наконец, при оценке степени влияния различных факторов на возможное решение о рождении третьего ребенка в ближайшие 3–4 года, значимость предоставления семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома была оценена существенно выше, чем регионального и федерального материнского (семейного) капитала (3,02 балла против, соответственно, 2,72 и 2,71). Однако, здесь еще более высоко была оценена степень влияния новой меры – ежемесячной денежной выплаты на третьего ребенка в возрасте до 3 лет (3,15) – и возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду (3,09).

Оценку помощи в принятии решения о рождении ребенка предоставления семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома целесообразно рассматривать только по третьим и последующим рождениям 2012–2013 гг. (табл.2.37).

Оценка теми, у кого в 2012–2013 гг. родился третий или последующий ребенок, помощи предоставления семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома в принятии решения о рождении этого ребенка мало отличается от аналогичной оценки регионального материнского (семейного) капитала. Доля ответивших, что данная мера помогла не откладывать рождение ребенка, почти совпадает (7,6% по предоставлению земельных участков и 7,9% по региональному материнскому (семейному) капиталу). Доля считающих, что данная мера помогла принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить, по земельным участкам несколько ниже, чем по региональному материнскому (семейному) капиталу (7,2% против

12,4%) и, наоборот, выше доля отрицающих помощь данной меры (60,4% против 54,9%).

Таблица 2.37

**Оценка помощи предоставления семьям с 3 и более детьми
земельных участков под строительство жилого дома
в принятии решения о рождении третьего или последующего
ребенка в 2012–2013 гг. (%)**

Помогло ли Вам принять решение о рождении третьего или последующего ребенка, то, что семьям с 3 и более детьми будут предоставляться земельные участки под строительство жилого дома?	Все женщи- ны (N=290)	Городские женщины (N=210)	Сельские женщины (N=66)
помогло, появился ребенок, рождение кото- рого до этого откладывали	7,6	8,6	6,1
помогло принять решение о рождении ре- бенка, которого без этого не могли себе по- зволить	7,2	6,2	10,6
не помогло	60,4	65,2	48,4
трудно сказать	22,4	18,6	28,8
ничего не знаю об этом	2,4	1,4	6,1

Среди родивших в 2012–2013 гг. третьего или последующего ребенка 37,2% не отрицают помощи предоставления семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома в принятии решения о его рождении. Это на 7,9%-ных пунктов меньше, чем по региональному материнскому (семейному) капиталу. Имеющие двоих детей оценивали и возможное влияние возможности получения земельного участка под строительство жилого дома на принятие решения о рождении третьего ребенка (табл.2.38).

46,5% женщин с 2 детьми, оценивавших возможное влияние предоставления семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома на принятие решения о рождении третьего ребенка, такого влияния не отрицают. 7,3% женщин ответили, что эта мера повлияет почти наверняка либо на не откладывание рождения ребенка (4,8%), либо на рождение ребенка, которого без этого не могли себе позволить (2,5%). То, что эта мера, возможно, повлияет, считают 10,2% (соответственно, 4,3% и 5,9%).

Таблица 2.38

**Оценка возможного влияния предоставления семьям
с 3 и более детьми земельных участков под строительство
жилого дома на принятие двухдетными женщинами решения
о рождении третьего ребенка (%)**

Может ли повлиять на принятие Вами решения о рождении третьего или последующего ребенка то, что семьям с 3 и более детьми предоставляются земельные участки под строительство жилого дома?	Все женщины (N=441)	Городские женщины (N=285)	Сельские женщины (N=155)
да, повлияет почти наверняка на рождение ребенка, которое пока откладывалось	4,8	5,6	3,2
да, повлияет почти наверняка на рождение ребенка, которого без этого не могли себе позволить	2,5	2,8	1,9
возможно, повлияет на рождение ребенка, которое пока откладывалось	4,3	4,6	3,9
возможно, появится ребенок, решится на рождение которого пока не могли	5,9	6,3	5,2
не повлияет	53,5	53,0	54,2
трудно сказать	29,0	27,7	31,6

Отвечая на вопрос «Предоставляются ли в той местности, где Вы живете, земельные участки под строительство жилого дома семьям с 3 и более детьми?», утвердительный ответ – «да, предоставляются» – дали только половина респонденток (50,0%). 23,8% ответили, что знают, что должны предоставляться, но не знают, предоставляются ли уже. Примерно столько же женщин (24,0%) ответили, что ничего не знают про это, а 2,2% дали отрицательный ответ «нет, не предоставляются».

Понятно, что уровень информированности о предоставлении земельных участков под строительство жилого дома семьям с 3 и более детьми выше всего у имеющих трех и более детей (тем более, что часть из них уже воспользовалась правом на получение такого участка). Однако и среди них утвердительный ответ дали только 72,4%. 17,0% респонденток ответили, что знают, что такие участки должны предоставляться, но не знают, предоставляются ли они уже, 8,5% – ничего не знают об этом, а 2,1% – ответили, что

такие участки не предоставляются. С другой стороны, менее всего знают об этой мере помощи семьям с детьми женщины с одним ребенком. Меньше трети из них (32,9%) ответили, что такие участки предоставляются и 26,6% – что должны предоставляться, но не знают, предоставляются ли уже. 38,6% однопородных респонденток ничего не знают про эту меру.

Особый интерес представляют здесь женщины с двумя детьми. Если говорить о возможном демографическом результате этой меры, то именно их она могла бы в какой-то мере простимулировать на рождение третьего ребенка. Среди имеющих двоих детей, только 40,8% ответили, что такие участки предоставляются в той местности, где они живут. 28,2% знают, что эти участки должны предоставляться, но не знают, предоставляются ли уже, и почти столько же (28,4%) ничего про это не знают.

Следует констатировать явно неудовлетворительный уровень информированности об этой мере помощи семьям с 3 и более детьми, что, конечно, снижает ее потенциальную демографическую результативность. Другим важным фактором, снижающим значимость, а, следовательно, и результативность этой меры, является отсутствие средств на строительство жилого дома при получении земельного участка. Это отметили 48,5% опрошенных женщин (табл.2.39). Среди женщин с 3 и более детьми, которым уже выделили земельный участок, почти 2/3 (66,0%) отметили, что средств на строительство жилого дома на выделенном участке у них недостаточно и где взять дополнительные деньги, они пока не знают. 14,4% женщин, получивших земельный участок, предполагают использовать различные источники денежных средств, включая кредит («наличных средств (включая помощь родственников, друзей, работодателя) не хватит, но будем использовать материнский (семейный) капитал и собираемся взять кредит»). Вдвое меньше (7,2%) тех, кто предполагает использовать материнский (семейный) капитал, но не предполагает брать кредит, а 5,2% – наоборот, собираются взять кредит, но не будут использовать на эту цель ма-

теринский (семейный) капитал. Только 6,2% женщин ответили, что средства у них есть или им помогут родственники, друзья, работодатель.³⁷

Таблица 2.39

**Причины не значимости предоставления семьям
с 3 и более детьми земельных участков
под строительство жилого дома (%)³⁸**

Если Вы считаете предоставление семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома не значимым для себя, то почему?	N=817
сложно оформить документы и получить земельный участок	17,6
нет средств на строительство жилого дома при получении земельного участка	48,5
земельный участок нам не нужен вообще	10,5
земельные участки предоставляются только в неподходящих местах	37,9
относительно небольшая площадь земельного участка	9,2
Другое	3,4

Среди причин не значимости предоставления семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома второе место по частоте упоминания занимает то, что участки предоставляются только в неподходящих местах (37,9%). Среди тех, кому уже выделили земельный участок, 82,1% женщин ответили, что сразу предложили участок, который устроил, и только 17,9% – что сначала предлагали неподходящий.

Среди отвечавших на вопросы анкеты для матерей 3 и более детей, 66,9% сказали, что подали заявление на получение земельного участка под строительство жилого дома, 15,1% – не подали, но собираются, 16,3% – не подали и не собираются, 1,7% – что пытались подать заявление, но у них не приняли. На этих процентах не следует акцентировать особое внимание, так как они, конечно, не отражают распределения позиций в отношении подачи заявле-

³⁷ Эти проценты рассчитаны от совокупности в 97 человек, семьям которых уже выделили земельный участок.

³⁸ Сумма ответов превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

ния на получение земельного участка среди всех семей с 3 и более детьми. Исходя из задач исследования, целенаправленно отбирались группы женщин, подавших заявление на получение земельного участка и уже получивших его, подавших заявление, но еще не получивших участка, и не собирающихся подавать такое заявление. Этот вопрос использовался лишь для разделения этих категорий респондентов.

Среди тех, кто не собирается подавать заявление на получение земельного участка, 56,2% женщин отметили, что их семье этот участок не нужен, 6,3% – что такой участок им не полагается, 37,5% – указали другую причину. Среди подавших заявление на получение земельного участка (159 человек), 61,6% женщин уже выделили земельный участок, 29,6% – пока еще никакого участка не предлагали, 8,8% – предложили участок, который не устроил и они от него отказались. На третьем месте среди причин не значимости предоставления семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома, стоит сложность оформления документов и получения земельного участка (17,6%). Среди тех, кто подал заявление на получение земельного участка, сложность сбора необходимых документов и подачи заявления указали 13,5% женщин, а то, что сделать им это было не сложно – 86,5%. Среди тех, кому уже выделили земельный участок, который их устроил, интервал времени между подачей заявления и выделением земельного участка у 26,2% женщин составил менее 3 месяцев, от 3 до 6 месяцев – 27,6%, от 6 месяцев до 1 года – 32,4%, 1 год и более – 13,8%.

Среди причин значимости предоставления семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома 50,3% опрошенных отметили, что это дает возможность улучшения жилищных условий, в частности, при переселении всей семьи или ее части в жилой дом, построенный на этом участке (табл. 2.40).

**Причины значимости предоставления семьям
с 3 и более детьми земельных участков под строительство
жилого дома (%)³⁹**

Если Вы считаете предоставление семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома значимым для себя, то почему?	N=1003
это дает возможность улучшения жилищных условий (при переселении всей семьи или ее части в жилой дом, построенный на этом участке)	50,3
это дает возможность использования материнского (семейного) капитала для строительства жилого дома на выделенном участке	30,5
это дает возможность использования его с целью ведения личного подсобного хозяйства	16,3
это дает возможность организации летнего отдыха детей на загородном участке семьи	22,2
это дает возможность со временем, в случае необходимости, продать этот земельный участок	27,5
Другое	2,0

С точки зрения результативности всего комплекса мер помощи семьям с детьми, важно отметить, что 30,5% респондентов указали, что предоставление семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома дает возможность использования материнского (семейного) капитала для этого строительства. В этом случае, по сути дела, одна мера дополняет другую, что может способствовать повышению результативности обеих. 27,5% женщин отметили, что полученный участок со временем, при необходимости, можно будет продать (разумеется, если такая возможность в том или ином регионе будет предусмотрена законодательно и отражена в договоре (или ином документе) при передаче семье земельного участка). 22,2% респондентов отметили, что предоставление земельного участка даст возможность организации на нем летнего отдыха детей (что может частично снять нагрузку с летних оздоровительных лагерей), а 16,3% – что его можно будет использовать для ведения личного подсобного хозяйства (что расширит возможности самообеспечения семей).

³⁹ Сумма ответов превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

Глава 5

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕР СОДЕЙСТВИЯ В СОВМЕЩЕНИИ ВЫПОЛНЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКИХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Гибкие формы занятости это одно из условий выполнения родительских и профессиональных функций. В ходе исследования в 2013 г., было опрошено 112 женщин, использующих гибкие формы занятости, и 122 женщины, не использующих их. Задача сравнения репродуктивного поведения женщин, использующих и не использующих гибкие формы занятости, обуславливает необходимость максимальной схожести их по таким параметрам, как возраст, состояние в браке, число детей, уровень образования, доход (табл.2.41).

Таблица 2.41

**Возрастная структура использующих
и не использующих гибкие формы занятости (%)**

Возраст (лет)	Использующие гибкие формы занятости (N=110)	Не использующие гибкие формы занятости (N=119)
до 25	9,1	5,9
25–29	22,7	18,5
30–34	16,4	21,0
35–39	21,8	28,5
40 и старше	30,0	26,1

Возрастные структуры женщин, использующих и не использующих гибкие формы занятости, несколько различаются. Но эти различия, на наш взгляд, не принципиальны (нет смещения к более молодым или старшим возрастам у одной из категорий женщин, по сравнению с другой) и при переходе к более укрупненным возрастным группам почти исчезают: 25–34 года – 39,1% и 39,5%, 35 лет и старше – 51,8% и 54,6%. Среди использующих гибкие формы занятости заметно выше доля состоящих в зарегистрированном браке и, наоборот, меньше тех, кто раньше состоял в браке, но теперь не состоит (табл.2.42).

Таблица 2.42

**Брачный статус использующих и не использующих
гибкие формы занятости (%)**

Состоите ли Вы сейчас в браке?	Использующие гибкие формы занятости (N=112)	Не использующие гибкие формы занятости (N=119)
состою в зарегистрированном браке	58,9	49,6
состою в незарегистрированном браке	12,5	12,6
не состою, но раньше состояла	16,1	25,2
никогда не состояла в браке	12,5	12,6

Такие различия в брачной структуре могут оказывать влияние на характеристики репродуктивного поведения и, поэтому, целесообразно, основные из них дополнительно сравнивать для рассматриваемых категорий женщин в рамках одного брачного статуса, например, среди состоящих в зарегистрированном браке. У использующих гибкие формы занятости выше, в среднем, число рожденных детей (1,81 против 1,61). Однако, такие индикаторы репродуктивного поведения, как намерение иметь еще ребенка и оценка вероятности его рождения в ближайшие 3–4 года рассматриваются только дифференцированно по числу имеющихся детей и, поэтому, разное среднее число рожденных детей у сравниваемых групп женщин не может повлиять на их величины. Прослеживается также связь гибких форм занятости с уровнем образования (табл.2.43).

**Уровень образования использующих и не использующих
гибкие формы занятости (%)**

Уровень образования	Использующие гибкие формы занятости (N=111)	Не использую- щие гибкие фор- мы занятости (N=120)
начальное общее	–	0,8
основное общее	0,9	0,8
среднее общее	13,5	5,8
начальное профессиональное	9,9	3,3
среднее профессиональное	43,3	34,2
неполное высшее профессиональное	7,2	7,5
высшее профессиональное	22,5	45,1
послевузовское профессиональное	2,7	2,5

Среди использующих гибкие формы занятости, заметно выше доля имеющих среднее общее, начальное профессиональное и среднее профессиональное образование и, наоборот, вдвое меньше доля имеющих высшее профессиональное образование. Различия в образовательной структуре могут влиять на индикаторы репродуктивного поведения и, поэтому, целесообразно, основные из них дополнительно сравнивать для женщин со средним профессиональным и с высшим образованием.

Среднемесячный душевой доход значительно различается, в среднем, у использующих (8583 рубля) и не использующих (12059 рублей) гибкие формы занятости. Основные различия в структуре использующих и не использующих гибкие формы занятости по величине среднемесячного душевого дохода складываются за счет двух крайних групп. У использующих гибкие формы занятости существенно выше доля имеющих среднемесячный душевой доход менее 5000 рублей, а у не использующих этих форм, наоборот, намного выше доля имеющих доход 15000 рублей и более (табл.2.44).

Столь существенные различия в величине дохода между двумя сравниваемыми группами женщин, конечно, могут влиять на различия в репродуктивном поведении. Для устранения этого влияния до-

полнительно будут сравниваться основные характеристики репродуктивного поведения у женщин со среднемесячным душевым доходом от 5000 до 15000 рублей.

Таблица 2.44

Среднемесячный душевой доход у использующих и не использующих гибкие формы занятости (%)

Группы по величине среднемесячного душевого дохода (рублей)	Использующие гибкие формы занятости (N=108)	Не использующие гибкие формы занятости (N=109)
до 5000	21,3	11,9
от 5000 до 7000	25,0	22,0
от 7000 до 10000	20,4	11,9
от 10000 до 15000	22,2	28,5
15000 и более	11,1	25,7

Основные различия в структуре использующих и не использующих гибкие формы занятости по величине среднемесячного душевого дохода складываются за счет двух крайних групп. У использующих гибкие формы занятости существенно выше доля имеющих среднемесячный душевой доход менее 5000 рублей, а у не использующих этих форм, наоборот, намного выше доля имеющих доход 15000 рублей и более. Еще одним важным фактором, влияющим на репродуктивное поведение, являются ценностные ориентации (табл.2.45).

Принципиальные различия между теми, кто использует и не использует гибкие формы занятости, имеют место по двум ценностным позициям – ребенок и быть свободной, независимой от всяких обязательств, в т.ч. семейных, делать то, что хочу только я. Значимость первой из них существенно выше у не использующих гибкие формы занятости, а второй – наоборот, у тех, кто их использует. Так как, по крайней мере, один ребенок есть у всех респонденток, заметное влияние различий в оценке значимости ребенка на репродуктивное поведение вряд ли может иметь место.

**Значимость жизненных ценностей у использующих
и не использующих гибкие формы занятости
(средний балл по пятибалльной шкале)**

Люди, обычно хотят достичь в своей жизни определенных целей. Отметьте, пожалуйста, по пятибалльной шкале, насколько эти цели важны для Вас лично.	Использующие гибкие формы занятости	Не использующие гибкие формы занятости
Жить своей семьей в зарегистрированном браке	4,25 (N=109)	4,17 (N=117)
Ребенок	4,35 (N=106)	4,79 (N=117)
Много работать, но и много зарабатывать	4,00 (N=110)	3,99 (N=112)
Повысить уровень образования, квалификацию	3,58 (N=108)	3,54 (N=113)
Двое детей	4,10 (N=100)	3,99 (N=110)
Карьерный рост	3,26 (N=106)	3,32 (N=114)
Трое или более детей	2,28 (N=105)	2,12 (N=111)
Быть свободной, независимой от всяких обязательств, в т.ч. семейных, делать то, что хочу только я	2,12 (N=108)	1,72 (N=111)

Таким образом, женщины, использующие и не использующие гибкие формы занятости, существенно различаются брачной и образовательной структурами, числом рожденных детей, среднемесячными душевым доходом и заработной платой. Для устранения влияния различий в брачной и образовательной структуре на репродуктивное поведение, основные его индикаторы будут сравниваться в группах женщин, однородных по брачному и образовательному статусу, а для устранения влияния различий в среднемесячном душевом доходе и заработной плате – без учета крайних групп.

Среднее желаемое число детей у использующих гибкие формы занятости составило 2,58, а у не использующих их – 2,32. Среднее ожидаемое число детей, почти, совпадает у этих групп женщин – соответственно, 2,00 и 1,98. Если исключить из сравнения две крайние группы по величине среднемесячного душевого дохода, то величина этих показателей будет мало отличаться от рассмотренных выше в целом для всех женщин двух сравниваемых групп. Желаемое число детей у использующих гибкие формы занятости составило в этом случае, в среднем, 2,69, а у не использующих их – 2,37;

ожидаемое – соответственно, 2,03 и 1,98. При исключении из сравнения двух крайних групп по заработной плате величины этих показателей составляют, соответственно, 2,62 и 2,15, 1,94 и 1,89. Среди состоящих в зарегистрированном браке желаемое число детей у использующих гибкие формы занятости равно, в среднем, 2,76, а у не использующих их – 2,38; ожидаемое – соответственно, 2,16 и 2,06.

Схожее соотношение величин этих показателей получается и отдельно по группе женщин со средним профессиональным образованием. Желаемое число детей у использующих гибкие формы занятости равно, в среднем, 2,63, а у не использующих их – 2,15; ожидаемое – соответственно, 1,93 и 1,86. Иначе выглядят эти показатели у женщин с высшим профессиональным образованием. Желаемое число детей, в отличие от всех рассмотренных выше групп респонденток, в среднем, практически совпало у использующих и не использующих гибкие формы занятости, составив, соответственно, 2,39 и 2,38, а среднее ожидаемое число детей заметно выше у тех, кто использует гибкие формы занятости – 2,14 против 1,96.

Обратим внимание, что при устранении влияния, практически, всех различий в параметрах использующих и не использующих гибкие формы занятости, соотношение средних желаемого и ожидаемого чисел детей практически не меняется (кроме женщин с высшим профессиональным образованием) и, следовательно, использование для сравнительного анализа характеристик репродуктивного поведения в целом по всем респонденткам для каждой из этих двух групп не будет, вероятно, давать искаженного результата.

Исходя из теории репродуктивного поведения, логично было бы ожидать, что возможность использования гибких форм занятости может восприниматься женщиной как более благоприятная ситуация для реализации потребности в детях. В этом случае у них должен быть меньше, чем у не использующих эти формы, разрыв между желаемым и ожидаемым числом детей (как это имеет место у респондентов из молодых семей, участвующих в программах содействия в приобретении жилья). Однако, этот разрыв у них, наоборот,

оказался большим за счет существенно большего желаемого числа детей. Ожидаемое число детей у использующих гибкие формы занятости тоже выше, но совсем ненамного. Исключение составили только женщины с высшим профессиональным образованием, у которых, наоборот, желаемое число детей, в среднем, не различается у двух анализируемых групп женщин, а ожидаемое число детей у использующих гибкие формы занятости, в среднем, заметно выше, чем у не использующих их, и, соответственно, у первых заметно меньше разрыв между желаемым и ожидаемым числом детей.

Другой (кроме разрыва между желаемым и ожидаемым числом детей) характеристикой восприятия жизненной ситуации для реализации потребности в детях может служить оценка условий своей жизни с точки зрения благоприятности для рождения детей (по ответам на вопрос: «В какой степени условия Вашей жизни благоприятны или неблагоприятны для рождения еще одного или нескольких детей» с оценкой этих условий по шкале от 0 до 100).

Такая оценка степени благоприятности условий жизни, в среднем, не различается у тех, кто использует и не использует гибкие формы занятости, в отношении рождения как еще одного ребенка (соответственно, 37,0 и 36,8), так и нескольких детей (15,7 и 17,4). Различий здесь, почти, не возникает при рассмотрении женщин, состоящих в зарегистрированном браке (соответственно, 41,4 и 46,3; 20,0 и 24,9) и женщин со средним профессиональным образованием (27,9 и 25,4; 10,7 и 8,0), при отделении крайних групп по доходу (соответственно, 35,8 и 32,9; 13,7 и 15,1) и заработной плате (41,2 и 32,2; 16,3 и 11,9).

Только женщины с высшим профессиональным образованием, использующие гибкие формы занятости заметно выше оценили условия своей жизни как благоприятные для рождения еще одного (58,0 против 43,8 у тех, кто не использует гибкие формы занятости) или нескольких детей (30,0 против 20,0). Этого результата можно было ожидать уже на основе данных о разрыве между желаемым и ожидаемым числом детей у этой группы женщин.

Однодетные женщины, использующие гибкие формы занятости, оценили вероятность рождения второго ребенка на 40,3%, а не использующие их – на 35,3%, двухдетные в отношении третьего ребенка – соответственно, на 11,7% и 21,7% (в последнем случае различия заметны и в пользу тех, кто не использует гибких форм занятости). При отделении двух крайних групп по величине среднемесячного душевого дохода оценка вероятности рождения второго ребенка у однодетных составила у двух рассматриваемых групп женщин, соответственно, 36,7% и 38,4%, а у двухдетных в отношении третьего ребенка – 10,3% и 19,0% (опять примерно такое же соотношение, как и по всем респонденткам в целом). При отделении двух крайних групп по величине заработной платы эти показатели составляют, соответственно, 39,6% и 30,4%; 14,8% и 16,1%.

Однодетные женщины, состоящие в зарегистрированном браке и использующие гибкие формы занятости, существенно выше оценили вероятность рождения второго ребенка, чем не использующие гибкие формы занятости (57,8% против 39,1%). У двухдетных женщин соотношение оценок в отношении третьего ребенка получилось обратным (10,6% против 20,7%).

Та же ситуация имеет место и у женщин, имеющих среднее профессиональное образование. У однодетных оценка вероятности рождения второго у использующих гибкие формы занятости существенно выше (47,8% против 27,8%), а среди имеющих двоих детей оценка вероятности рождения третьего ребенка, наоборот, значительно ниже (9,1% против 34,7%). Среди имеющих высшее профессиональное образование у использующих гибкие формы занятости выше оценка вероятности рождения и второго (51,1% против 35,9%), и третьего (18,5% против 13,2%) ребенка. Таким образом, можно, на наш взгляд, отметить, что у тех, кто использует гибкие формы занятости, оценка вероятности рождения второго ребенка у однодетных несколько выше, а оценка двухдетными женщинами вероятности рождения третьего ребенка, наоборот, ниже.

Судя по ответам на вопрос о намерении иметь еще одного ребенка, у однодетных женщин различия между использующими и не использующими гибкие формы занятости невелики. Среди вторых меньше доля отрицательных ответов, но, примерно, на столько же больше доля затруднившихся с ответом на этот вопрос. Среди двухдетных женщин намерения в отношении рождения третьего ребенка в несколько большей степени проявились у тех, кто не использует гибкие формы занятости.

Судя по ответам на вопрос о намерении иметь еще одного ребенка, у однодетных женщин различия между использующими и не использующими гибкие формы занятости невелики. Среди вторых меньше доля отрицательных ответов, но, примерно, на столько же больше доля затруднившихся с ответом на этот вопрос. Среди двухдетных женщин намерения в отношении рождения третьего ребенка в несколько большей степени проявились у тех, кто не использует гибкие формы занятости (табл.2.46).

Таблица 2.46

Намерение иметь еще одного ребенка у использующих и не использующих гибкие формы занятости (%)

Собираетесь ли Вы иметь еще одного ребенка?	Использу- ющие гибкие формы заня- тости	Не использую- щие гибкие формы занято- сти
<i>Однодетные</i>		
	N=40	N=56
уже беременна	7,5	1,8
да, в ближайшие 3–4 года	17,5	25,0
да, но несколько позже, пока откладываю	22,5	21,4
Нет	47,5	37,5
трудно сказать	5,0	14,3
<i>Двухдетные</i>		
	N=53	N=54
уже беременна	1,9	–
да, в ближайшие 3–4 года	5,7	11,1
да, но несколько позже, пока откладываю	7,5	11,1
Нет	75,5	63,0
трудно сказать	9,4	14,8

Среди всех женщин, отвечавших на вопросы анкеты для работниц с несовершеннолетними детьми (независимо от использования гибких форм занятости), 44,7% отметили, что хотели бы работать в гибком режиме, 37,6% – хотели бы работать неполный рабочий день, 23,2% – неполную рабочую неделю, 12,7% – работать дома. 18,6% – затруднились ответить.⁴⁰ Схожие результаты получились и отдельно у женщин, не использующих гибкие формы занятости. 41,7% из них хотели бы работать в гибком режиме, 30,8% – неполный рабочий день, 25,0% – неполную рабочую неделю, 13,3% – работать дома. 19,2% – затруднились с ответом на этот вопрос.

Важность работать в гибком режиме все женщины, отвечавшие на соответствующий вопрос оценили, в среднем, на 3,31 балла по пятибалльной шкале, а те, кто не использует гибких форм занятости – на 3,04, работать неполный рабочий день – соответственно, на 3,21 и 2,63, работать неполную рабочую неделю – на 2,73 и 2,32, работать дома – на 1,90 и 1,51.

Среди тех, кто не использует гибкие формы занятости, 60,8% отметили, что по условиям своей работы у них нет возможности работать ни по одной из гибких форм занятости, 15,8% – что могут работать в гибком режиме, 12,5% – неполный рабочий день, 10,0% – неполную рабочую неделю, 1,7% – работать дома. 10,0% респондентов затруднились с ответом на этот вопрос.⁴¹ При этом большинство (59,3%) этих женщин лишь предполагают про возможность или не возможность гибкой занятости. Выясняли этот вопрос 35,4%, а 5,3% – отметили, что это выясняли их коллеги.

Среди использующих гибкие формы занятости, 49,5% работают неполный рабочий день, 39,4% – в гибком режиме, 26,6% – неполную рабочую неделю, 8,3% – дома.⁴² 37,3% женщин, использующих гибкие формы занятости, считают, что их заработная плата примерно такая же, как у большинства их коллег, знакомых, работающих по той

⁴⁰ Сумма превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

⁴¹ Сумма превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

⁴² Сумма превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

же профессии и по той же специальности, но в обычном режиме работы; 32,7% – что у них зарплата меньше, а 2,7% – что, наоборот, больше. 27,3% ответили «не знаю». Что касается возможностей профессионального, карьерного роста, то, примерно, такими же, как у работающих в обычном режиме, их оценивают 35,5% женщин, использующих гибкие формы занятости. 12,7% полагают, что эти возможности у них хуже, а 4,5% – что, наоборот, лучше. 47,3% респондентов затруднились с ответом на этот вопрос.

Среди не использующих возможность работать неполные рабочий день или рабочую неделю, по гибкому графику или дома, 43,4% объясняют это тем, что хотят получать заработную плату, такую же, как и те, кто работает в обычном режиме, 13,2% – не хотят терять возможности профессионального развития, по 9,4% – не хотят ограничивать свой круг общения и не хотят терять возможности карьерного роста. 39,6% затруднились с ответом.⁴³ Среди тех, у кого нет возможности по месту работы использовать гибкие формы занятости, 29,6% женщин отметили, что готовы будут сменить место работы, если им будет предложена такая возможность. 21,7% не готовы на это. Затруднились с ответом на этот вопрос 38,3%, а 10,4% отметили, что при их профессии это невозможно.

Программы профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации женщин в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет. В 2013 г. было опрошено 114 женщин, проходивших недавно или проходящих в настоящее время в виде профессиональной подготовки, переподготовки и повышение квалификации в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет и 203 женщины, не проходившие такого обучения.

Задача сравнения репродуктивного поведения двух этих групп женщин обуславливает необходимость максимальной схожести их по таким параметрам, как возраст, состояние в браке, число детей, уровень образования, доход (табл. 2.47).

⁴³ Сумма превышает 100%, так как можно было отметить несколько вариантов ответа.

Таблица 2.47

**Возрастная структура проходивших
и не проходивших обучение (%)**

Возраст (лет)	Проходившие обучение (N=111)	Не проходившие обучение (N=200)
до 25	9,0	16,5
25–29	33,3	30,0
30–34	35,2	28,5
35–39	12,6	22,5
40 и старше	9,9	2,5

Средний возраст у женщин обеих рассматриваемых групп различается незначительно (31,6 года у проходивших обучение и 30,5 года у не проходивших его), но в возрастной структуре имеют место различия, которые, однако, не имеют, на наш взгляд, принципиального характера. Брачная структура женщин, проходивших и не проходивших обучение в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет, практически, совпадает (табл.2.48).

Таблица 2.48

Брачный статус проходивших и не проходивших обучение (%)

Состоите ли Вы сейчас в браке?	Проходившие обучение (N=112)	Не проходив- шие обучение (N=202)
состою в зарегистрированном браке	73,3	70,3
состою в незарегистрированном браке	10,7	9,4
не состою, но раньше состояла	7,1	7,9
никогда не состояла в браке	8,9	12,4

У не проходивших обучение выше, в среднем, число рожденных детей (1,84 против 1,62). Однако, такие индикаторы репродуктивного поведения, как намерение иметь еще ребенка и оценка вероятности его рождения в ближайшие 3–4 года рассматриваются только дифференцированно по числу имеющихся детей и, поэтому, разное среднее число рожденных детей у двух рассматриваемых групп женщин не может повлиять на их величины.

Образовательные структуры женщин, проходивших и не проходивших обучение в период отпуска по уходу за ребенком до возраста 3 лет, очень близки. Отличие, по сути дела, только по послевузовскому профессиональному образованию. Среди не проходивших обучение имеющих такой уровень образования в выборке не оказалось, а среди проходивших обучение их доля составила 12,5% (табл.2.49). Такое различие могло сформироваться именно благодаря этому обучению.

Таблица 2.49

**Уровень образования проходивших
и не проходивших обучение (%)**

Уровень образования	Проходившие обучение (N=112)	Не проходившие обучение (N=197)
начальное общее	0,9	1,5
основное общее	2,7	4,6
среднее общее	10,7	10,7
начальное профессиональное	–	4,1
среднее профессиональное	25,0	27,9
неполное высшее профессиональное	5,4	7,6
высшее профессиональное	42,8	43,6
послевузовское профессиональное	12,5	–

Величина среднемесячного душевого дохода значительно различается, в среднем, у проходивших (11924 рубля) и не проходивших (8555 рублей) обучение (табл.2.50).

Таблица 2.50

**Среднемесячный душевой доход у проходивших
и не проходивших обучение (%)**

Группы по величине среднемесячного душевого дохода (рублей)	Проходившие обучение (N=100)	Не проходившие обучение (N=178)
до 5000	10,0	22,5
от 5000 до 7000	17,0	27,0
от 7000 до 10000	15,0	23,6
от 10000 до 15000	37,0	16,3
15000 и более	21,0	10,7

В сравниваемых группах женщин различается не только средняя величина среднемесячного душевого дохода, но и распределение по этому показателю. Причем, в отличие от рассмотренной выше ситуации у женщин, использующих и не использующих гибкие формы занятости, отделение крайних групп по уровню дохода ничего не даст. Поэтому некоторые показатели репродуктивного поведения нужно сравнивать дополнительно в группах, однородных по величине среднемесячного душевого дохода.

Еще одним важным фактором, влияющим на репродуктивное поведение, являются ценностные ориентации (табл.2.51).

Таблица 2.51

**Значимость жизненных ценностей у проходивших
и не проходивших обучение
(средний балл по пятибалльной шкале)**

Люди, обычно хотят достичь в своей жизни определенных целей. Отметьте, пожалуйста, по пятибалльной шкале, насколько эти цели важны для Вас лично.	Проходившие обучение	Не проходившие обучение
Жить своей семьей в зарегистрированном браке	4,30 (N=106)	4,32 (N=197)
Ребенок	4,82 (N=105)	4,66 (N=194)
Много работать, но и много зарабатывать	4,21 (N=102)	3,91 (N=194)
Повысить уровень образования, квалификацию	4,08 (N=106)	3,62 (N=195)
Двое детей	3,95 (N=96)	3,99 (N=185)
Карьерный рост	4,01 (N=101)	3,60 (N=191)
Трое или более детей	2,34 (N=97)	2,65 (N=184)
Быть свободной, независимой от всяких обязательств, в т.ч. семейных, делать то, что хочу только я	2,66 (N=102)	1,74 (N=188)

Основные различия между теми, кто проходил и не проходил обучение в период нахождения в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, имеют место в значимости ценностей, связанных с профессиональной деятельностью: много работать и много зарабатывать, повысить уровень образования, квалификацию, карьерный рост. Все они заметно более значимы для женщин, которые проходили недавно или проходят в настоящее время обучение в форме профессио-

нальной подготовки, переподготовки или повышения квалификации, находясь в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет. Можно предположить, что, именно, более высокая значимость этих ценностей, в значительной степени, повлияла на желание этих женщин пройти такое обучение. Не случайность этого делает нецелесообразным устранение влияния различий в значимости ценностных ориентаций при сравнении репродуктивного поведения двух рассматриваемых здесь групп женщин. Более высокая значимость свободы и независимости от всяких обязательств может быть связана с большей значимостью профессиональных ценностей, ибо желание достижения профессиональных успехов, карьеры может быть связано, в том числе, и с желанием обретения свободы и независимости. Можно предположить, что наличие трех и более детей воспринимается как серьезная угроза достижению профессиональных успехов, поэтому более высокая значимость профессиональной деятельности у женщин, проходивших обучение, определяет более низкую значимость трех и более детей. При проведении сравнительного анализа необходимо иметь в виду, возможно, противоречивое влияние на репродуктивное поведение использования возможности прохождения такого обучения в период отпуска по уходу за ребенком до 3 лет. С одной стороны, это позволяет женщине не отстать профессионально от своих коллег и, тем самым, может облегчать принятие решения о рождении ребенка. С другой стороны, использование возможности такого обучения может свидетельствовать о высокой значимости профессиональной деятельности, что может влиять на ограничение числа детей, откладывание их рождения.

Желаемое число детей у тех, кто проходил недавно или проходит обучение в форме профессиональной подготовки, переподготовки или повышения квалификации во время отпуска по уходу за ребенком до 3 лет, составило, в среднем, 2,51, а у не проходивших его – 2,61. Среднее ожидаемое число детей у двух этих групп женщин равно, соответственно, 2,05 и 2,32. Таким образом, эти данные позволяют предварительно говорить о несколько более высоких ре-

продуктивных ориентаций у тех, кто не проходит профессиональное обучение, находясь в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет.

Обратим внимание на меньший разрыв, в среднем, между желаемым и ожидаемым числом детей у тех, кто не проходит обучения (0,29) по сравнению с проходившими его (0,46). Это может косвенно свидетельствовать о более благоприятном восприятии условий жизни с точки зрения рождения желаемого числа детей.

Об этом же свидетельствуют и ответы на вопрос: «В какой степени условия Вашей жизни благоприятны или неблагоприятны для рождения еще одного или нескольких детей» (с оценкой этих условий по шкале от 0 до 100). Оценка степени благоприятности условий жизни для рождения еще одного или нескольких детей выше, у тех, кто не проходил обучение в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет: для рождения одного ребенка – 42,0 против 33,7 у проходивших обучение, для рождения нескольких детей – 23,5 против 15,9.

В таблице 2.52 приводятся данные о влиянии среднедушевого дохода на репродуктивные ориентации.

Во всех, без исключения, группах по величине среднемесячного душевого дохода среднее ожидаемое число детей, у не проходивших обучение, выше, чем у тех, кто его проходил (хотя в самой высокодоходной группе разница чисто формальна). В группах с доходом ниже 10000 рублей у не проходивших обучение выше и желаемое число детей. При среднемесячном душевом доходе от 7000 рублей и более у тех, кто не проходил обучение, меньше разрыв между желаемым и ожидаемым числом детей. Во всех группах по величине дохода (кроме самой низкодоходной) у них выше оценка степени благоприятности своих условий жизни для рождения еще одного или нескольких детей.

Однодетные женщины, проходившие обучение в период отпуска по уходу за ребенком до 3 лет, оценили вероятность рождения второго ребенка существенно ниже, чем те, кто обучения не проходил (27,7% против 49,5%). Такое же соотношение оценок ве-

роятности рождения третьего ребенка у двухдетных: проходившие обучение – 9,1%, не проходившие – 22,6%.

Таблица 2.52

**Репродуктивные ориентации у проходивших
и не проходивших обучение, в зависимости от величины
среднемесячного душевого дохода**

Группы по величине среднемесячного душевого дохода (рублей)	Проходившие обучение				Не проходившие обучение			
	Среднее число детей		Оценка степени благоприятности условий жизни для рождения детей (по 100-балльной шкале)		Среднее число детей		Оценка степени благоприятности условий жизни для рождения детей (по 100-балльной шкале)	
	Желаемое	Ожидаемое	Одного	Несколько	Желаемое	Ожидаемое	Одного	Несколько
до 5000	... ⁴⁴	...	36,0 (N=10)	...	2,92 (N=36)	2,55 (N=33)	32,3 (N=39)	17,5 (N=32)
от 5000 до 7000	2,54 (N=13)	2,27 (N=11)	30,7 (N=15)	11,7 (N=12)	2,80 (N=44)	2,41 (N=37)	44,7 (N=45)	23,3 (N=43)
от 7000 до 10000	2,00 (N=15)	1,80 (N=10)	35,7 (N=14)	6,4 (N=11)	2,45 (N=38)	2,31 (N=35)	37,5 (N=40)	20,3 (N=40)
от 10000 до 15000	2,61 (N=28)	1,92 (N=24)	27,8 (N=36)	14,1 (N=34)	2,41 (N=27)	2,15 (N=27)	45,6 (N=27)	23,9 (N=26)
15000 и более	2,56 (N=18)	1,93 (N=14)	42,0 (N=20)	16,7 (N=21)	2,11 (N=18)	1,94 (N=18)	54,4 (N=18)	35,6 (N=18)

У женщин, не проходивших обучения в период отпуска по уходу за ребенком до 3 лет, заметно сильнее, в среднем, ориентация на рождение, как второго, так и третьего ребенка (табл.2.53).

Репродуктивные ориентации у женщин, которые проходили профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет, ниже, чем у тех, кто такого обучения не проходил. И связано это не с фактом прохождения обучения, а с, более сильно выраженными профессиональными ценностными ориентациями женщин, проходив-

⁴⁴ Показатель не приводится, так как рассчитан для совокупности менее 10 человек.

ших такое обучение. В то же время для тех из них, кто собирается иметь ребенка, возможность прохождения такого обучения позитивно влияет на принятие решения о его рождении.

Таблица 2.53

Намерение иметь еще одного ребенка у проходивших и не проходивших обучение (%)

Собираетесь ли Вы иметь еще одного ребенка?	Проходившие обучение	Не проходившие обучение
<i>Однодетные</i>		
	N=56	N=75
уже беременна	1,8	6,7
да, в ближайшие 3–4 года	21,4	41,3
да, но несколько позже, пока откладываю	16,1	24,0
Нет	42,8	16,0
трудно сказать	17,9	12,0
<i>Двухдетные</i>		
	N=44	N=93
уже беременна	–	–
да, в ближайшие 3–4 года	2,3	18,3
да, но несколько позже, пока откладываю	6,8	9,7
Нет	70,4	50,5
трудно сказать	20,5	21,5

Этот вывод относится и к оценке влияния возможности прохождения такого обучения на уже свершившееся рождение ребенка в 2007–2013 гг. (табл.2.54).

Возможность профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации в период отпуска по уходу за ребенком до 3 лет занимает, естественно, далеко не ведущее место среди факторов, повлиявших на рождение младшего ребенка в 2007–2013 гг. у женщин, проходивших такое обучение (хотя ее значение оценено выше, чем, например, федерального и регионального материнского (семейного) капитала), но значимость этого фактора у них существенно выше, чем у тех, кто такого обучения не проходил, как по величине среднего балла (2,14 против 1,47), так и по месту среди других факторов (7 против последнего 13).

Таблица 2.54

**Оценка значимости влияния различных факторов
на принятие решения о рождении младшего ребенка
в 2007–2013 гг. у проходивших и не проходивших обучение
(средний балл по пятибалльной шкале)⁴⁵**

В какой степени на Ваше решение родить Вашего младшего ребенка в 2007–2013 гг. повлияло:	Проходив- шие обуче- ние	Не прохо- дившие обу- чение
Личные обстоятельства	3,99 (N=101)	3,48 (N=182)
Повышение уровня жизни семьи, улучшение жилищных условий	3,01 (N=101)	2,32 (N=178)
Введение родового сертификата	2,43 (N=100)	1,69 (N=178)
Появление возможности без проблем получить место для ребенка в детском саду	2,35 (N=99)	1,90 (N=178)
Возможность получения ежемесячного пособия (предоставление оплачиваемого отпуска) по уходу за ребенком до 1,5 лет)	2,34 (N=99)	1,99 (N=178)
Возможность иметь гибкий график работы (или неполный рабочий день/неделю, или дистанци- онно, на дому)	2,16 (N=100)	1,68 (N=178)
Возможность профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации в период отпуска по уходу за ребенком до 3 лет	2,14 (N=100)	1,47 (N=176)
Изменение отношения государства к семьям с детьми	1,97 (N=100)	1,97 (N=177)
Возможность получения федерального мате- ринского (семейного) капитала	1,86 (N=100)	2,03 (N=178)
Налоговые льготы работающим родителям	1,85 (N=100)	1,77 (N=178)
Возможность получения материнского (семей- ного) капитала, установленного в Вашем регионе	1,73 (N=100)	1,88 (N=177)
Предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома	1,70 (N=98)	1,59 (N=176)
Изменение социально-экономической ситуации в стране и в Вашем регионе	1,65 (N=100)	1,73 (N=176)

Как и по некоторым другим мерам, о которых шла речь выше, снова приходится отмечать явно недостаточную информированность женщин о возможности пройти профессиональную подготовку, пе-

⁴⁵ Факторы расположены в порядке убывания среднего балла оценки их значимости женщинами, проходившими обучение.

реподготовку и повышение квалификации в период отпуска по уходу за ребенком до 3 лет. Среди тех, кто не проходил такого обучения, только 16,5% ответили, что там, где они живут, существует возможность прохождения такого обучения. 27,8% женщин считают, что такой возможности нет, а 55,7% не знают, есть ли такая возможность.

Свыше половины (51,6%) женщин, не проходивших такого обучения во время отпуска по уходу за ребенком до 3 лет, хотели бы его пройти. Не хотели бы этого 32,9%, а 15,5% затруднились с ответом на этот вопрос. Из тех, кто хотел бы пройти такое обучение, 39,5% женщин хотели бы пройти профессиональную подготовку (получить профессию), 37,5% – повысить квалификацию, 19,2% – пройти профессиональную переподготовку, 3,8% респонденток дали другие ответы на этот вопрос. Среди проходивших обучение в период отпуска по уходу за ребенком до 3 лет, 49,5% женщин отметили, что это было повышение квалификации, 25,7% – профессиональная подготовка (получение профессии), 18,1% – профессиональная переподготовка, 6,7% дали другие ответы на этот вопрос.

Проходившие обучение высоко оценили удовлетворенность им – 4,45 балла по пятибалльной шкале. 61,1% оценили его на «5», а 27,8% – на «4». Большинству проходивших обучение было не сложно (44,5%) или не очень сложно (42,7%) совмещать его с уходом за ребенком. Сложность здесь отметили лишь 6,4% и столько же женщин затруднились с ответом. Половина (50,0%) женщин, отвечая на вопрос «Если Вы проходили (проходите) повышение квалификации, то привело ли это (или вы предполагаете, что приведет) к повышению Вас в должности, повышению Вам зарплаты после выхода из отпуска по уходу за ребенком?», отметили «трудно сказать». 27,0% указали, что перешли (или перейдут) на новое место работы, 4,0% – что это привело к повышению должности и, соответственно, к повышению зарплаты, столько же (4,0%) – к повышению зарплаты без изменения должности. У 15,0% респонденток это обучение не привело и не приведет ни к повышению в должности, ни к повышению зарплаты.

В заключение этого раздела снова вернемся к связи между значимостью профессиональных ориентаций и прохождения профессионального обучения а период отпуска по уходу за ребенком до 3 лет. Для тех, кто проходил такое обучение, значимость не отстать от своих коллег в профессионально-квалификационном уровне за период отпуска по уходу за ребенком заметно выше, чем у тех, кто такого обучения не проходил (3,83 балла по пятибалльной шкале против 3,31 балла).

Доступность услуг дошкольных образовательных учреждений. Выше было показано, что женщины, участвовавшие в опросе в 2013 г., очень высоко оценили значимость возможного получения без проблем места для ребенка в детском саду при принятии решения о рождении ребенка в ближайшие 3–4 года. Более подробно вопросы, связанные с устройством ребенка в дошкольное образовательное учреждение, рассматривались в анкете для матерей с детьми дошкольного возраста.

Среди тех, кто посещает дошкольные образовательные учреждения, 7,0% детей начали ходить в них в возрасте до 1,5 лет, 24,2% – от 1,5 до 2 лет, 47,7% – от 2 до 3 лет, 19,9% – от 3 до 4 лет, 1,2% – старше 4 лет. Немногим больше четверти (26,5%) опрошенных, у которых ребенок посещает дошкольное образовательное учреждение, отметили, что места в нем они ждали меньше месяца. У 10,7% срок ожидания составил 1–3 месяца, у 7,8% – 4–6 месяцев, у 15,0% – 7–12 месяцев, у 8,9% – 13–18 месяцев, у 16,5% – 19–24 месяца, у 4,9% – 25–30 месяцев, у 8,6% – 31–36 месяцев, у 1,1% – свыше 36 месяцев (3 лет).

К этим данным нужно относиться с некоторой осторожностью, потому что непонятно, какой период времени люди считают периодом ожидания, с какого, вообще, времени целесообразно отсчитывать время ожидания места в дошкольном образовательном учреждении. Часть родителей подает заявление на предоставление этого места заранее, задолго до того возраста, в котором они хотели бы отдать ребенка в дошкольное образовательное учреждение.

В этом случае период ожидания может оказаться большим, но вряд ли будет уместно считать, что родители долго ждали этого места.

Понятно, что это же относится и к расчетному периоду ожидания места в дошкольном образовательном учреждении, который определялся как разница между указанными в анкете датами начала посещения дошкольного образовательного учреждения и подачи заявления на предоставление места в нем. Менее месяца этот период составил у 1,6%, от 1 до 3 месяцев – у 6,8%, от 3 до 6 месяцев – у 7,2%, от 6 до 12 месяцев – у 7,2%, от 12 до 18 месяцев – у 13,7%, от 18 до 24 месяцев – у 20,9%, от 24 до 30 месяцев – у 18,9%, от 30 до 36 месяцев – у 13,0%, 36 месяцев и более – у 10,7%. Эти рассчитанные интервалы, в среднем, еще больше, чем представленные выше, полученные непосредственно по ответам женщин.

В этой связи интересно посмотреть, в каком возрасте ребенка подается заявление на устройство его в дошкольное образовательное учреждение. По результатам опроса, этот возраст был определен как разность между датой подачи заявления и датой рождения ребенка. В возрасте ребенка до 3 месяцев заявление на предоставление ему (в будущем) места в дошкольном образовательном учреждении подали 48,0% опрошенных матерей, у которых ребенок посещает дошкольное образовательное учреждение. Понятно, что в столь раннем возрасте ребенка туда отдавать не собирались, но заявление (от даты подачи которого начинает отсчитываться срок ожидания места) подали заранее. В возрасте ребенка от 3 до 6 месяцев заявление подали 12,4%, от 6 месяцев до 1 года – 12,1%, от 1 до 1,5 лет – 7,4%, от 1,5 до 2 лет – 10,7%, от 2 до 2,5 лет – 4,7%, от 2,5 до 3 лет – 3,4%, 3 года и старше – 1,3%.

Удовлетворенность, в целом, работой дошкольного образовательного учреждения, которое посещает ребенок, опрошенные женщины оценили, в среднем, на 4,48 по пятибалльной шкале, удовлетворенность его территориальной доступностью – на 4,53, удовлетворенность качеством ухода за детьми и их воспитанием – на 4,55. Среди тех, у кого ребенок не посещает дошкольное образо-

вательное учреждение, но кто хотел бы, чтобы он его посещал, 93,7% матерей подавали заявление на предоставление места. Из их числа 42,1% подали это заявление, когда ребенку не исполнилось еще 3 месяцев. 11,2% подали заявление, когда ребенку было от 3 до 6 месяцев, 8,4% – от 6 месяцев до 1 года, 16,8% – от 1 до 1,5 лет, 14,0% – от 1,5 до 2 лет, 7,5% – 2 года и старше. 16,7% детей, ожидающих очереди в дошкольное образовательное учреждение, в возрасте до 1,5 лет, 25,0% – от 1,5 до 2 лет, 12,0% – от 2 до 2,5 лет, 21,3% – от 2,5 до 3 лет, 25,0% – старше 3 лет. Здесь следует обратить внимание, что четверть детей, продолжающих ждать места в дошкольном образовательном учреждении, старше 3 лет. Среди родителей этих детей 37,0% подали заявление, когда ребенку не исполнилось еще 3 месяцев. 18,5% – от 3 до 6 месяцев, 11,1% – от 1 до 2 лет. 29,6% родителей подали заявление после достижения ребенком 2 лет. Это существенно больше, чем среди детей, посещающих дошкольное образовательное учреждение (9,4%).

Среди продолжающих ждать места в дошкольном образовательном учреждении, у 8,5% продолжительность ожидания составляет менее 6 месяцев, у 32,2% – от 6 до 12 месяцев, 12,7% – от 12 до 18 месяцев, 14,4% – от 18 до 24 месяцев, 5,9% – от 24 до 30 месяцев, 11,9% – от 30 до 36 месяцев, 14,4% – свыше 36 месяцев. Большинство (57,7%) женщин, которые продолжают ждать очереди для своего ребенка в дошкольное образовательное учреждение, ожидают места в конкретном учреждении и в другие не общались. 22,8% отметили, что они обращались в несколько территориально доступных учреждений, но ни в одном из них нет мест. Еще меньше (19,5%) тех, кто ответил, что им территориально доступно только одно дошкольное образовательное учреждение и пока они ждут места в нем.

Из числа тех, кто ожидает место в конкретном дошкольном образовательном учреждении, 56,9% объясняют свой выбор тем, что оно находится в шаговой доступности от дома. Можно предположить, что для большинства этот фактор является основным при

выборе дошкольного образовательного учреждения для своего ребенка. 34,5% женщин отметили, что в том учреждении, в котором они ждут места, хорошее качество ухода за детьми и их воспитания. 3,4% отметили, что в другое учреждение у них не принимают заявление, а еще 5,2% дали иной ответ.

Среди тех женщин, у которых ребенок не посещает дошкольное образовательное учреждение, но они хотели бы, чтобы он его посещал, 17,1% думают, что наличие возможности устройства ребенка в дошкольное образовательное учреждение, безусловно, повлияет на их решение иметь больше детей (75,8% из них отметили, что для них имеет значение компенсация части родительской платы за дошкольное образовательное учреждение). 13,1% отметили, что такое влияние возможно (значение компенсации части родительской платы отметили 73,9%). Категорически отрицают такую возможность такого влияния 38,7%. Еще 22,1% ответили «скорее всего, не повлияет», а 9,0% затруднились ответить на этот вопрос. Те женщины, которые не хотят, чтобы их ребенок посещал дошкольное образовательное учреждение, чаще всего связывают это с тем, что хотят и могут сами заниматься уходом за ребенком и его воспитанием (43,2%). Немногим более четверти (25,8%) этих женщин отметили, что родители, другие члены семьи, родственники смогут помогать мне в уходе за ребенком в домашних условиях. 7,6% предпочли бы пригласить к ребенку няню, а 9,1% – чтобы их ребенок посещал детские сады и ясли на дому. Еще 14,3% указали в анкете иные варианты ответа.

Отвечая на вопрос «Если Вы предполагаете, что у Вас в будущем появится еще ребенок и Вам нужно будет определить его в дошкольное образовательное учреждение, то как Вы поступите?», 35,5% женщин ответили, что не предполагают больше иметь детей. 37,5% поступили бы точно также как и с нынешним ребенком, 15,1% – постарались бы подать заявление при более раннем возрасте ребенка, раньше встать в очередь, 6,3% – не будут отдавать ребенка в дошкольное образовательное учреждение, 3,6% – заранее

выберут доступное дошкольное образовательное учреждение, в котором легче будет получить место. Еще 2,0% женщин указали в анкете иные варианты ответа.

Итак, связь между оценкой сложности совмещения ухода за ребенком с профессиональной деятельностью и репродуктивными ориентациями у женщин, оказалась очень слабовыраженной. Некоторые различия проявились, по сути дела, только при сравнении крайних групп по сложности совмещения ухода за ребенком с профессиональной деятельностью. У однопородных женщин, которые, практически, не видят в этом сложности (оценили ее на «1» по пятибалльной шкале), средняя вероятность рождения еще одного ребенка в ближайшие 3–4 года по самооценке составила 52,3%, а у оценивших степень сложности на «5» – 45,3%. У имеющих двоих детей эти показатели составили, соответственно, 23,5% и 14,9%. Однопородные женщины, оценившие сложность совмещения ухода за ребенком с профессиональной деятельностью на «1» (т.е. совсем не сложно), оценили степень благоприятности своих условий жизни для рождения еще одного ребенка, в среднем, на 64,3%, а те, для кого это совмещение очень сложно («5 баллов») – на 47,9%. У имеющих двоих детей различий между этими показателями практически нет (соответственно, 44,9% и 41,8%).

Раздел 3

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕР ПО УЛУЧШЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ И СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Глава 1

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕР ПО СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Для того чтобы уточнить, какие именно меры оказались наиболее результативными, было проведено социологическое исследование тех групп населения, которых эти меры касаются в первую очередь, а именно лиц, страдающих патологией сердечно-сосудистой системы. Первый маркер результативности мер – это информированность респондентов о новых медицинских и организационных технологиях по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Респондентам было предложено указать из списка мер те, которые, как они знают, реализуются в их регионе. Поскольку опрашиваемый мог указать несколько известных ему мер, общее число ответов оказалось больше, чем общее число респондентов. Поэтому уровень информированности рассчитывался как доля респондентов, ответивших положительно (известно, что данная мера реализуется в регионе) к общему числу респондентов, принявших участие в опросе. Оказалось, что наиболее высокий уровень информированности

касается меры по созданию медицинских центров для оказания специализированной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями – знают о наличии в их регионе таких центров 68,3% респондентов, страдающих БСК. О других медицинских технологиях знают от 33 до 43% респондентов, в том числе о профилактических консультациях врача первичного звена с целью коррекции поведенческих факторов риска – 43,4%, об оказании скорой помощи специализированными бригадами – 36,7%, об оказании специализированной медицинской помощи отделениями сосудистого центра – 37,1%, о разработке и реализации индивидуальной программы реабилитации после перенесенной госпитализации, в том числе с привлечением санаторно-курортного лечения – 33,0%. Среди организационных технологий наиболее известна запись на прием к специалисту через терминал в поликлинике или в on-line режиме – 46,2%. При этом о наличии компьютерного процесса получения талона на высокотехнологичную помощь знают лишь 19% респондентов, а об использовании информационных технологий (электронная почта, sms, и пр.) медицинским персоналом для контроля приема пациентами препаратов и АД – только 10,4% опрошенных.

Объем выборки не позволяет провести дифференцированный анализ информированности респондентов в зависимости от их социального статуса и места жительства. Для целей настоящего исследования важнее оценить, используют ли респонденты эти новые технологии в собственной практике, что и будет означать результативность мер по снижению смертности от ССБ за счет улучшения доступности и качества оказания медицинской помощи. Кроме того, существенно важна оценка респондентами изменений в качестве и доступности амбулаторной, скорой и стационарной помощи, а также реабилитационных услуг при болезнях системы кровообращения. Начнем с профилактических мер (табл.3.1).

Практически все (98% опрошенных) отметили, что измеряли АД (самостоятельно, с помощью другого человека, или это делал

медицинский работник). При этом примерно две трети респондентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, диагностированных врачом, измеряют АД, как и положено, ежедневно. Около четверти опрошенных проводили измерение за неделю до опроса, и более десятой части респондентов делают это существенно реже, в том числе около 2% вообще не помнят, когда в последний раз измеряли давление. Что касается гендерных различий, то они вполне ожидаемы (женщины несколько более аккуратны в контроле давления), но невелики и находятся в границах статистической достоверности различий.

Таблица 3.1

**Распределение респондентов в возрасте от 40 до 60 лет,
страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы
по давности измерения АД**

	женщины	мужчины	итого
ежедневно	65,4	60,7	63,6
Неделю назад	20,9	28,1	23,6
менее 3 месяцев назад	7,2	3,4	5,8
3–5 месяцев назад	2,6	1,1	2,1
от 6 месяцев до 1 года назад	2,0	4,5	2,9
Не помню	2,0	2,2	2,1
	100,0	100,0	100,0

О повышенном артериальном давлении врач говорил подавляющему большинству респондентов – 85,5%, в т.ч. 86,2% женщин и 84,3% мужчин. Среди тех респондентов, кому врач говорил о повышенном давлении, сообщили о рекомендациях врача в отношении: сокращения потребления соли – 73,8%, контроля массы тела – 62,3%, сокращения потребления алкоголя – 23,6%, повышения физической активности – 35,1%. Другие рекомендации получили около пятой части респондентов. Гендерные различия связаны с более частыми рекомендациями женщинам контролировать массу тела (65,3% против 57,1% мужчин), а мужчинам – снизить потребление алкоголя (44,3% против 11,6% женщин).

Аналогичные результаты получены в отношении другого важного управляемого фактора риска – холестерина. Девять из десяти опрошенных ответили, что им измеряли уровень холестерина в крови. Вместе с тем, из тех, кто ответил, что когда-либо делал такой анализ, 14% проводили измерение уровня холестерина более года до момента опроса, в том числе 8% вообще не помнили, когда они делали такой анализ. Так же, как и в отношении контроля АД, статистически значимых различий между мужчинами и женщинами по давности измерения холестерина нет (табл.3.2).

Таблица 3.2

Распределение респондентов в возрасте от 40 до 60 лет, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы по давности измерения холестерина в крови

	женщины	мужчины	итого
менее 3 месяцев назад	57,3	60,0	58,3
3–5 месяцев назад	15,3	9,4	13,2
от 6 месяцев до 1 года назад	12,7	17,6	14,5
1–3 года назад	4,7	1,2	3,4
более 3 лет назад	2,7	2,4	2,6
не знаю	7,3	9,4	8,1
Общий итог	100,0	100,0	100,0

По результатам измерения холестерина врач сообщал 53% пациентов о его повышенном уровне, 40% респондентов не имели повышенных показателей, а 7% опрошенных, которым проводили анализ, не знают о результате. Женщины достоверно чаще имели повышенный уровень холестерина: 56,3% против 46,5%. Среди тех респондентов, которым врач сообщал о повышенном уровне холестерина в крови, 74,2% сообщили о рекомендациях врача принимать лекарства, 43,5% – контролировать массу тела, 74,2% – изменить характер питания, 24,2% – повысить физическую активность, 2,5% респондентов, которым врач сообщил о повышенном уровне холестерина в крови, получили другие рекомендации по оздоровлению образа жизни.

Получение рекомендаций врача отнюдь не означает, что эти рекомендации будут выполнены пациентами. Так, только четверть респондентов с наличием факторов риска выполняют рекомендации врача в полном объеме (28,2% с повышенным уровнем холестерина и 24,5% с повышенным уровнем АД), а две трети респондентов выполняют их частично (67,7% с повышенным уровнем холестерина и 63,8% с повышенным АД). Не выполняют рекомендаций 3,2–7,4% респондентов соответственно, а 0,8–4,3% респондентов с наличием факторов риска заявили, что не получали таких рекомендаций. Таким образом, на первый взгляд ситуация вполне благополучная. Практически все пациенты с факторами риска получают рекомендации врача по оздоровлению образа жизни, и подавляющее большинство их выполняют полностью или частично (табл.3.3).

Таблица 3.3

Распределение респондентов с наличием факторов риска по полноте выполнения рекомендаций врача, %

	женщины	мужчины	оба пола
<i>Рекомендации в связи с повышенным уровнем холестерина</i>			
да, полностью	28,6	27,5	28,2
да, частично	67,9	67,5	67,7
нет	2,4	5,0	3,2
таких рекомендаций не получал	1,2	0,0	0,8
	100,0	100,0	100,0
<i>Рекомендации в связи с повышенным АД</i>			
да, полностью	25,2	23,2	24,5
да, частично	65,5	60,9	63,8
нет	5,9	10,1	7,4
таких рекомендаций не получал	3,4	5,8	4,3
	100,0	100,0	100,0

Однако более детальный анализ позволяет усомниться в столь оптимистичном заключении. В действительности, что означает частичное следование рекомендациям врача? По сути, пациент по своему усмотрению выбирает из назначений те рекомендации, которые его устраивают, и следует им, но игнорирует назначения, которые не

нравятся. Например, такими неудобными рекомендациями могут быть: контроль массы тела, повышение физической активности и т.п. В этой ситуации регулярное измерение АД и прием препаратов (удобные рекомендации) не выполняют задачи – предотвратить риск инвалидизирующего или летального исхода. Таким образом, частичное выполнение рекомендаций следует отнести в категорию не выполняющих рекомендации. И это уже совсем иной результат, свидетельствующий о том, что лишь четверть респондентов действительно следуют рекомендациям врача по контролю за факторами риска.

Итак, по результатам опроса только 43,4% респондентов отметили, что знают о такой мере, реализуемой в их регионе, как профилактические консультации врача первичного звена с целью коррекции поведенческих факторов риска. При этом практически все респонденты, которым врач сообщил о повышенном АД (85,5% респондентов) и уровне холестерина в крови (53% респондентов), получили рекомендации по оздоровлению образа жизни. Иными словами, пользователей профилактических услуг оказалось больше, чем лиц, информированных о ее наличии. В связи с этим, при оценке результативности данной меры, считаем целесообразным основываться на данных о получивших данную услугу, а не на ответах об их информированности.

Следующий блок вопросов связан с доступностью по месту жительства помощи врача специалиста по основному и наиболее частным сопутствующим заболеваниям системы кровообращения, а также проведение необходимых функциональных исследований (территориальная доступность).

Наиболее часто за последние 3 месяца респонденты обращались к терапевту (61,2%), на втором месте по частоте – кардиолог (25,7%), обращение к невропатологу отметили 7,9% респондентов, к эндокринологу – 1,3%, к другим специалистам – 3,9%. Таким образом, две трети всех визитов кардиологических больных приходится на терапевта, и эта структура посещений мало различается в

областном центре и сельском поселении. Иными словами, мониторинг состояния кардиологических больных осуществляет именно терапевт, а не специалист-кардиолог (табл.3.4).

Таблица 3.4

Распределение респондентов в зависимости от типа поселения по частоте визитов к врачам разных специальностей за последние 3 месяца, %

	област- ной центр	город област- но подчинения	районный центр	сельское поселение	Общий итог
терапевт	57,1	72,0	55,2	7,1	61,2
кардиолог	27,1	12,0	37,9	21,4	25,7
невропатолог	10,0	4,0	6,9		7,9
эндокринолог	0,0	8,0	0,0	0,0	1,3
другой	5,7	4,0	0,0	3,6	3,9
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Среднее время ожидания приема врача превышает 25 минут, и эта величина также практически не зависит ни от специалиста, ни от лечебного учреждения, будь оно в областном центре, районе, городе или сельском поселении. Наиболее типичное время ожидания приема – более 30 минут, на это указали треть респондентов, в том числе 40% в городах областного подчинения (табл.3.5).

Таблица 3.5

Распределение респондентов в зависимости от типа поселения по длительности ожидания приема врача, %

	областной центр	город област- ного подчи- нения	районный центр	сельское поселение	Общий итог
очереди нет	1,0	2,2	5,3	8,6	3,3
до 10 минут	24,8	17,8	12,3	17,1	19,4
10–20 минут	21,0	17,8	33,3	34,3	25,2
20–30 минут	23,8	22,2	10,5	11,4	18,6
более 30 минут	29,5	40,0	38,6	28,6	33,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Очередь для записи к узкому специалисту – еще один из критериев доступности медицинской помощи. В целом по выборке четверть респондентов отметили, что могут попасть на прием к узкому специалисту в нужный день, и еще треть, что ожидание составляет не больше недели. Таким образом, примерно половина респондентов отметили, что очередь для записи к узкому специалисту отсутствует, или минимальна. Вместе с тем, для четверти респондентов время ожидания составило 2–3 недели, около 15% респондентов ожидали записи к узкому специалисту более месяца и 3% респондентов отметили, что нужного специалиста в поликлинике нет.

Как выяснилось, оценка очереди существенно варьировала в зависимости от специалиста. К терапевту, которого респонденты также отнесли к узкому специалисту, 40% респондентов могли попасть в любой нужный день, и еще треть – в течение недели. К кардиологу в нужный день могли попасть только 14% опрошенных, а пятая часть респондентов записи была вынуждена ждать более месяца. К невропатологу лишь 8,3% респондентов могли попасть в нужный день, а четверть респондентов также ожидала записи больше месяца. При этом эндокринолога более месяца ожидают более 50% респондентов с БСК. Таким образом, исходя из времени ожидания записи к узкому специалисту, понятной является структура обращений, большая часть которых приходится на терапевта. Приходится констатировать, что для кардиологических больных специализированная помощь мало доступна в связи с длительным ожиданием (от 2 недель до нескольких месяцев) приема таких обязательных для данной категории пациентов врачей, как эндокринолог, невропатолог, и даже кардиолог (табл.3.6).

Судя по ответам респондентов, большей части их в течение последних трех месяцев были проведены функциональные исследования, в том числе 64,3% – УЗИ, 86,5% – ЭКГ, 88,1% – анализы крови, 11,9% – эхоэнцефалография. Структура и частота исследований принципиально не различается у респондентов, в зависимости от их места жительства, будь то областной центр или сельское посе-

ление, что свидетельствует о введении стандартов ведения кардиологических больных в практику работы ЛПУ (табл.3.7).

Таблица 3.6

**Распределение респондентов по оценке очереди
для записи к узкому специалисту, %**

	тера- певт	кардио- лог	невро- патолог	эндок- ринолог	Итого
могу попасть в любой нуж- ный мне день	39,5	14,1	8,3	0,0	24,1
ожидание до 1 недели	31,6	30,4	41,7	0,0	32,9
ожидание 2–3 недели	21,1	29,3	25,0	50,0	25,3
ожидание 1 месяц и более	7,9	21,7	25,0	50,0	14,8
нужного мне специалиста в поликлинике нет	0,0	4,3	0,0	0,0	3,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 3.7

**Распределение респондентов в зависимости от типа поселения
по частоте выполнения функциональных исследований
за последние 3 месяца, %**

	областной центр	город обла- стного под- чинения	район- ный центр	сельское поселение	Общий итог
УЗИ	56,5	64,3	71,4	76,3	64,3
ЭКГ	80,6	83,3	92,9	97,4	86,5
эхоэнцефалография	5,6	7,1	30,4	7,9	11,9
анализы крови	84,3	92,9	91,1	89,5	88,1
другое	19,4	9,5	10,7	18,4	15,6

Среднее время ожидания приема на исследование составляет около 16 минут и не зависит принципиально не от типа исследования, ни от места жительства респондента, ни от ЛПУ, в котором проводится исследование. Наиболее типичное время ожидания – до 10 минут, на что указали примерно треть опрошенных, но еще четверть респондентов отметили, что проводят в очереди на исследование 10–20 минут (табл.3.8).

Таблица 3.8

**Распределение респондентов в зависимости от типа поселения
по длительности ожидания приема на функциональное
исследование, %**

	областной центр	город обла- стного под- чинения	район- ный центр	сельское поселение	Общий итог
очереди нет	8,6	7,0	8,9	23,1	10,7
до 10 минут	32,4	16,3	42,9	28,2	31,3
10–20 минут	28,6	37,2	19,6	17,9	26,3
20–30 минут	19,0	20,9	14,3	7,7	16,5
более 30 минут	11,4	18,6	14,3	23,1	15,2
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Почти 60% респондентов отметили, что на исследование они могут попасть в любой нужный день или с ожиданием не более недели. Четверть респондентов сообщили, что исследования нужно ждать 2–3 недели, и еще 12% – более месяца. Но лишь в единичных случаях опрошенные заявили, что нужного исследования в поликлинике нет. В отличие от ситуации со специалистами, ожидание записи на исследование не зависит от вида исследования, исключение составляет лишь эхоэнцефалография. Но в отношении наиболее частых исследований ситуация примерно одинаковая (табл.3.9).

Таблица 3.9

**Распределение респондентов по оценке очереди для записи
к на исследование, %**

	УЗИ	ЭКГ	эхоэнце- фало- графия	анализы крови	Итого
могу попасть в любой нужный мне день	20,8	23,0	0,0	11,4	17,7
ожидание до 1 недели	38,9	38,5	75,0	44,0	42,0
ожидание 2–3 недели	22,9	24,5	20,8	29,7	25,6
ожидание 1 месяц и более	14,6	11,5	0,0	12,6	12,2
нужного мне исследова- ния в поликлинике нет	2,8	2,5	4,2	2,3	2,6
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Наконец, последний вопрос касается льготного лекарственного обеспечения. Более трети респондентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, отметили, что нужного лекарства чаще всего не бывает, и еще около 40% сообщили, что лекарства доступны, но их поступления приходится ждать. Лишь менее пятой части «льготников» получают лекарства без ограничений и ожидания. В худшем положении находятся «льготники» областных центров и сельских поселений, где соответственно 40 и 50% опрошенных сообщили об отсутствии нужных лекарств. Вместе с тем, к этим данным надо относиться, как к оценке, требующей дальнейшего исследования, поскольку она получена на малом числе наблюдений (табл.3.10).

Таблица 3.10

**Распределение респондентов, имеющих право
на льготное лекарственное обеспечение
по доступности лекарств, %**

	област- ной центр	город об- ластного подчине- ния	район- ный центр	сельское поселе- ние	Общий итог
да, без ограничения и ожидания	22,5	-	45,5	7,1	19,2
да, но приходится ждать поступления	37,5	76,9	18,2	42,9	42,3
нет, нужного лекарства чаще всего не бывает	40,0	23,1	36,4	50,0	38,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Оценка респондентами изменений в поликлиническом обслуживании за последний год включала несколько аспектов. В отношении территориальной доступности (в поликлинике по месту жительства) необходимых специалистов лишь четверть респондентов отметили улучшение ситуации, а большая часть (43,0%) высказались за то, что положение осталось на прежнем уровне. Вместе с тем, 15,2% респондентов ответили, что ситуация ухудшилась.

По соотношению позитивных и негативных оценок немного опережают позитивные (26,1% против 15,2%), но различия слишком незначительны. С учетом большинства оценок, констатирующих отсутствие изменений, ситуацию в отношении территориальной доступности помощи специалистов следует оценить, как «отсутствие прогресса». Более оптимистично оценивают ситуацию жители областных центров, тогда как для большинства городского населения малых и средних городов, а также сельских жителей положение не изменилось к лучшему (табл.3.11).

Таблица 3.11

**Распределение респондентов по оценке изменений
в медицинском обслуживании в поликлинике в данном году
по сравнению с предыдущим, %**

	област- ной центр	город обла- стного под- чинения	район- ный центр	сельское поселе- ние	Общий итог
	<i>Наличие в поликлинике по месту жительства необходимых специалистов</i>				
Улучшилось	33,7	15,0	23,2	21,2	26,1
Ухудшилось	15,8	22,5	10,7	12,1	15,2
На прежнем уровне	35,6	42,5	53,6	48,5	43,0
Затрудняюсь ответить	14,9	20,0	12,5	18,2	15,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	<i>Длительность ожидания записи на прием к специалисту</i>				
Улучшилось	34,3	12,8	57,1	36,7	36,6
Ухудшилось	14,1	30,8	8,9	13,3	15,6
На прежнем уровне	40,4	46,2	26,8	36,7	37,5
Затрудняюсь ответить	11,1	10,3	7,1	13,3	10,3
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	<i>Наличие в поликлинике по месту жительства необходимых функциональных исследований</i>				
Улучшилось	38,4	21,1	55,6	29,4	38,2
Ухудшилось	8,1	13,2	9,3	17,6	10,7
На прежнем уровне	38,4	44,7	22,2	35,3	35,1
Затрудняюсь ответить	15,2	21,1	13,0	17,6	16,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

	област- ной центр	город обла- стного под- чинения	район- ный центр	сельское поселе- ние	Общий итог
	<i>Длительность ожидания записи на исследование</i>				
Улучшилось	27,8	22,2	52,7	38,7	34,7
Ухудшилось	16,5	19,4	9,1	19,4	15,5
На прежнем уровне	41,2	41,7	32,7	29,0	37,4
Затрудняюсь ответить	14,4	16,7	5,5	12,9	12,3
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	<i>Доступность выписанных лекарств льготным категориям пациентов</i>				
Улучшилось	32,4	23,1	45,5	18,2	30,6
Ухудшилось	21,6	30,8	18,2	45,5	26,4
На прежнем уровне	32,4	38,5	36,4	18,2	31,9
Затрудняюсь ответить	13,5	7,7	0,0	18,2	11,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Что касается длительности ожидания записи на прием к специалисту, то уже треть респондентов отмечают позитивную динамику и столько же – отсутствие изменений. Об ухудшении ситуации заявили 15,6% опрошенных. По соотношению позитивных и негативных оценок существенно опережают позитивные, которые встречаются вдвое чаще. Но все же главная тональность – констатация отсутствия изменений. Противоречивость оценок отражает неравномерность изменений: более позитивные оценки высказали жители районных центров, более негативные – жители малых и средних городов областного подчинения.

Существенно повысилась доступность функциональных исследований в поликлиниках по месту жительства (38,2%), и эта оценка опережает распространенность мнения о том, что изменения отсутствуют. При этом лишь десятая часть опрошенных считает, что доступность функциональных исследований ухудшилась. Таким образом, по соотношению позитивных и негативных оценок лидируют позитивные, они встречаются вчетверо чаще, и общая тональность оценок – «наличие прогресса». Наиболее оптимистичные оценки высказывают жители областных и районных

центров, более негативные – жители малых и средних городов областного подчинения.

Длительность ожидания записи на исследование, по мнению трети респондентов сократилась (34,7%), но примерно столько же (37,4%) констатируют отсутствие изменений. Об ухудшении ситуации заявили 15,5% опрошенных. По соотношению позитивных и негативных оценок лидируют позитивные, они встречаются более чем в 2 раза чаще. Противоречивость оценок свидетельствует о неравномерности изменений: существенно более позитивные оценки высказали жители районных центров и сельских поселений, более негативные – жители областных центров, а также средних и малых городов областного подчинения.

Пожалуй, наименьшие позитивные сдвиги респонденты констатируют в доступности лекарств льготным категориям респондентов: лишь 30,6% отметили, что ситуация улучшилась, но столько же (31,9%), – что она не изменилась, а четверть льготников сообщили, что доступность лекарств ухудшилась. Причем в наибольшей степени ухудшение коснулось сельских жителей.

В целом, характеризуя такой маркер результативности мер по снижению смертности от БСК, как территориальная доступность помощи врача специалиста по основному и наиболее частным сопутствующим заболеваниям системы кровообращения, а также проведение необходимых функциональных исследований, следует отметить следующее.

Мониторинг состояния кардиологических больных осуществляет именно терапевт, а не специалист-кардиолог. И это связано с тем, что для кардиологических больных специализированная помощь мало доступна в связи с длительной очередью (от 2 недель до нескольких месяцев) для записи к таким обязательным врачам для данной категории пациентов, как эндокринолог, невропатолог, и даже кардиолог. Более того, в связи с неудовлетворительной организацией потоков пациентов, среднее время ожидания приема врача превышает 25 минут, и эта величина практически не зависит ни от

специалиста, ни от лечебного учреждения, будь оно в областном центре, районе, городе или сельском поселении. Наиболее типичное время ожидания приема – более 30 минут.

За последний год ситуацию в отношении территориальной доступности помощи специалистов следует оценить, как «отсутствие прогресса». Более оптимистично оценивают ситуацию жители областных центров, тогда как для большинства городского населения малых и средних городов, а также сельских жителей положение не изменилось к лучшему. Несколько лучше стали обстоять дела с очередью на прием к узким специалистам, но эти сдвиги не универсальны, в связи с перераспределением потоков пациентов они коснулись, в основном, жителей районных центров, а для жителей областных центров, напротив, ситуация ухудшилась

Ситуация с доступностью функциональных исследований более оптимистичная: большинству респондентов с БСК в течение последних трех месяцев были проведены основные функциональные исследования, структура и частота которых принципиально не различается у респондентов, в зависимости от их места жительства, будь то областной центр или сельское поселение, что свидетельствует о введении стандартов ведения кардиологических больных в практику работы ЛПУ и материально-техническом обеспечении этих стандартов. Это же подтверждается наличием территориальной доступности функциональных исследований в любой нужный день или с ожиданием не больше недели в 2/3 случаях, а также непродолжительным временем ожидания исследования: типичное время ожидания – до 10 минут.

Большинство респондентов констатируют наличие прогресса с доступностью функциональных исследований, но в большей степени она коснулась жителей областных и районных центров, но что касается очереди для записи на исследования, то в связи с перераспределением потоков пациентов, позитивную динамику констатируют жители районных центров и сельских поселений, а для респондентов из областных центров, а также средних и малых городов областного подчинения очереди выросли.

Неудовлетворительна ситуация со льготным лекарственным обеспечением, оно недоступно более трети льготников, и еще около 40% сообщили, что лекарства доступны, но их поступления приходится ждать. И именно в вопросах льготного лекарственного обеспечения сдвиги за прошедший год минимальны: половина льготников сообщили, что ситуация не изменилась, или ухудшилась, причем в наибольшей степени ухудшение коснулось сельских жителей.

Следующий блок вопросов связан с оказанием стационарной медицинской помощи.

За последний год, предшествующий опросу, примерно половина больных с БСК лежали в стационаре. Несколько меньший удельный вес госпитализированных был среди городских жителей, особенно жителей городов областного подчинения, несколько чаще госпитализировались сельские жители и особенно жители районных центров. Возможно, что частота госпитализаций зависела, в том числе и от доступности амбулаторной специализированной помощи.

Наиболее популярным местом госпитализации является кардиологическое отделение городской больницы или кардиологическое отделение межрайонного сосудистого центра (52,2% всех, кто госпитализировался за последние 12 месяцев). В целом, в 82% случаях стационарная помощь больным с БСК оказывалась в специализированных отделениях, и только 18% пациентов были госпитализированы в терапевтическое отделение городской или районной больницы. Чаще всего, ими оказывались сельские жители, но и в областном центре пятой части всех госпитализированных стационарная помощь оказывалась в неспециализированных отделениях. Роль сосудистых центров в оказании кардиологической помощи пока невелика, в них были госпитализированы около 5% всех, кто за последние 12 месяцев получал стационарную помощь (табл.3.12).

Среди пациентов с БСК пятая часть имеют инвалидность, большинство (57%) – 3 группу, и остальные – 2 группу (41%). Лишь единицы (2,5%) имеют 1 группу инвалидности. Динамика инвалидности отражает противоречивые результаты реабилитации. Среди

инвалидов, которым впервые была установлена 1 группа, в настоящее время все сохранили ее, т.е. не улучшили своего состояния; среди инвалидов с впервые установленной 2 группой, сохранили ее 70%, а 30% респондентов группа пересмотрена на более легкую – третью; вместе с тем, из числа инвалидов, которым при первичном освидетельствовании была дана 3 группа, сохранили ее 75%, а 25% ухудшили состояние и в настоящее время им назначена 2 группа инвалидности.

Таблица 3.12

**Распределение ответов респондентов о месте госпитализации
за последний перед опросом год, %**

	област- ной центр	город обла- стного под- чинения	район- ный центр	сель- ское по- селение	Общий итог
терапевтическое отделение городской или районной больницы	20,5	-	8,6	50,0	18,1
кардиологическое отделение городской больницы или кардиологическое отделение межрайонного сосудистого центра	56,4	66,7	62,9	25,0	55,2
кардиологическое отделение областной (краевой) больницы, или кардиологического диспансера	17,9	20,0	28,6	18,8	21,9
кардиологическое отделение сосудистого центра регионального или федерального уровня	5,1	13,3	-	6,3	4,8
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Основная часть опрошенных из числа инвалидов отметили, что при освидетельствовании на инвалидность им была дана индивидуальная программа реабилитации (71,4%), но 18,4% сообщили, что не получили такой программы, и десятая часть опрошенных инвалидов отметили, что вообще не слышали о существовании такой программы. Несмотря на то, что большинство признанных инвалидами, по-

лучили программу реабилитации, далеко не все ее выполнили. Менее половины инвалидов, получивших такую программу, ее полностью выполнили (48,7%); пятая часть (20,5%) – начали ее выполнять, но бросили, не довели до конца; а треть даже не начали ее выполнять, причем лишь десятая часть (12,8%) из-за невозможности ее выполнения в поликлинике по месту жительства, а остальные – по личным причинам. Как показывает анализ, невыполнение программы реабилитации существенно влияет на динамику инвалидности. Так, среди тех, кто полностью выполнил программу реабилитации, позитивная динамика из 2 в 3 группу отмечена у 60% респондентов, а среди не выполнивших программу – втрое реже – у 22%. В свою очередь, негативная динамика из 3 во 2 группу характерна для 11% выполнивших программу реабилитации и для 38% не выполнивших ее.

Важный индикатор реабилитационной работы – санаторно-курортное оздоровление пациентов с БСК. Как следует из результатов опроса, три четверти респондентов ни разу за последние три года не направлялись на санаторно-курортное лечение, при этом 6,4% пациентов направлялись ежегодно, 2,6% – дважды, 15,0% – один раз. Принципиальных различий по частоте направлений на санаторно-курортное лечение нет между жителями городов, в том числе, областного центра и сельских поселений (табл.3.13).

Таблица 3.13

Распределение ответов респондентов о частоте направления на санаторно-курортное лечение за последние три года перед опросом, %

	областной центр	город областного подчинения	районный центр	сельское поселение	Общий итог
да, ежегодно	8,5	2,5	5,7	5,7	6,4
да, два раза	2,8	0,0	1,9	5,7	2,6
да, один раз	10,4	10,0	30,2	11,4	15,0
нет, ни разу	78,3	87,5	62,3	77,1	76,1
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таким образом, характеризуя такой маркер результативности мер по снижению смертности от БСК, как госпитализация в специализированные отделения с сопутствующей реабилитацией, следует отметить следующее.

Около половины больных с БСК ежегодно госпитализируются, при этом несколько чаще госпитализировались сельские жители и особенно жители районных центров. Позитивный результат заключается в том, что в 82% случаях стационарная помощь больным с БСК оказывалась в специализированных отделениях, и только 18% пациентов были госпитализированы в терапевтическое отделение городской или районной больницы. Чаще всего, ими оказывались сельские жители. Таким образом, среди всех категорий, сельским жителям, и отчасти жителям районных центров мало доступна как амбулаторная, так и стационарная специализированная помощь.

Среди пациентов с БСК, имеющих инвалидность более чем две трети при освидетельствовании получили индивидуальную программу реабилитации. Вместе с тем, далеко не все ее выполнили. Менее половины инвалидов, получивших такую программу, ее выполнили полностью, лишь десятая часть не выполнила из-за невозможности ее сделать это в поликлинике по месту жительства, а остальные бросили, или даже не начали ее выполнять по личным причинам.

Существенно, что невыполнение программы реабилитации существенно влияет на динамику инвалидности. Вчетверо чаще происходит нарастание тяжести инвалидности, втрое реже отмечается положительная динамика.

Санаторно-курортное лечение недоступно для $\frac{3}{4}$ больных с БСК, независимо от места жительства, вместе с тем, присутствует незначительная группа, которая пользуется этими услугами ежегодно.

После результатов анализа доступности и использования новых медицинских технологий, перейдем к использованию новых организационных технологий.

Итак, запись на прием к специалисту через терминал в поликлинике или в on-line режиме. Подавляющее большинство респондентов (77,8%) отметили, что в их поликлинике по месту жительства есть возможность электронной записи на прием к специалисту. Как и следовало ожидать, доступность этих технологий выше для городского населения (80,4%) и ниже для сельской местности (65,7%). Но существенно, что даже в сельских поселениях 2/3 пациентов с БСК утвердительно ответили о наличии такой формы записи. Важно также, что в ответ на этот вопрос ответ «не знаю» и пропуск, что идентично не знанию, встречались в единичных случаях. Иными словами, пациенты, активно посещающие поликлинику, владеют информацией по данному вопросу.

Несмотря на информированность о наличии электронной формы записи к специалисту, около 40% респондентов, для которых такая форма доступна, не пользовались ей, в том числе 5,6% считают, что такая форма неудобна, хотя и не имеют собственного опыта по этому вопросу. Вместе с тем, большинство респондентов использовали электронную форму записи, но из 60% для 12,4% она оказалась неудобна. Удобной ее сочли около половины респондентов, для которых такая форма доступна в поликлинике по месту жительства. Большой негативизм проявили городские жители, прежде всего жители областного центра, тогда как жители районных центров и сельские жители пользуются этой формой более активно и чаще считают ее более удобной, чем регистратура. По-видимому, сказывается наличие альтернативы. Если для городских жителей территориальная доступность поликлиники выше, чем для сельских, а возможности способов записи шире, включая телефон, то и необходимость осваивать новые технологии не так актуальна (табл.3.14).

Для мониторинга медицинским персоналом состояния здоровья пациентов с низкой территориальной доступностью учреждений здравоохранения разработаны и используются информационные технологии. В частности важными составляющими такого

мониторинга является контроль приема препаратов пациентом и его АД (табл.3.15).

Таблица 3.14

Распределение мнений респондентов об электронной форме записи на прием к специалисту в поликлинике по месту жительства, где такая форма записи доступна, %

	обла- стной центр	город об- ластного подчине- ния	район- ный центр	сель- ское по- селение	Общий итог
не знаю, не пользовалась(ся)	35,1	48,3	33,3	21,7	35,0
не пользовалась(ся), но ду- маю, что она неудобна	5,2	3,4	8,3	4,3	5,6
воспользовалась(ся), но она неудобна	18,2	17,2	0,0	13,0	12,4
пользовалась(ся) и это удоб- ней, чем регистратура	41,6	31,0	58,3	60,9	46,9
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 3.15

Распределение ответов респондентов о доступности интернета, %

	обла- стной центр	город обла- стного под- чинения	район- ный центр	сель- ское по- селение	Общий итог
нет доступа к Интернет	21,1	34,9	35,7	44,7	30,5
есть доступ только дома	39,4	34,9	46,4	34,2	39,4
есть доступ только на работе	5,5	11,6	3,6	7,9	6,5
есть доступ и дома, и на ра- боте	29,4	18,6	8,9	13,2	20,3
практически ничего не знаю о существовании такой сети	4,6	-	5,4	-	3,3
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Для реализации таких технологий необходима доступность пациентов к средствам коммуникаций, в том числе и интернету. Судя по ответам респондентов, у трети нет доступа к Интернету, в том числе 3,3% практически ничего не знают о существовании такой сети. Вместе с тем, две трети респондентов имеют доступ к

Интернету дома или на работе, в том числе пятая часть имеют этот доступ везде. Как и следовало ожидать, в худшем положении находятся сельские жители, для которых средства связи особенно актуальны: среди них почти половина не имеет доступа к интернету (44,7%), тогда как среди жителей областных центров только пятая часть (21,1%), хотя и это немало.

Среди респондентов, имеющих доступ к интернету, две трети используют его ежедневно или несколько раз в неделю. Все остальные варианты – от использования несколько раз в месяц до – несколько раз в год в действительности маскируют факт не использования сети, и, скорее всего, факт ее отсутствия. Таким образом, если учесть реальную доступность интернета с учетом частоты его использования, то картина выглядит существенно менее оптимистично: среди респондентов с БСК в возрасте от 40 до 60 лет доступ к интернету (включая доступ только дома, или только на работе) имеют 40,5% опрошенных с вариацией от 45,5% в областных центрах до 28,2% в сельских поселениях (табл.3.16).

Таблица 3.16

Распределение ответов респондентов, имеющих доступ к интернету, о частоте его использования, %

	областной центр	город областного подчинения	районный центр	сельское поселение	Общий итог
Ежедневно	40,0	40,7	25,0	33,3	36,1
Несколько раз в неделю	26,7	33,3	40,6	19,0	29,7
Несколько раз в месяц	16,0	3,7	9,4	9,5	11,6
Несколько раз в год	5,3	3,7	6,3	4,8	5,2
Вообще не пользуетесь	12,0	18,5	18,8	33,3	17,4
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Но даже тем респондентам, кому интернет доступен, использование сети ни врач, ни медицинская сестра не предлагали для дистанционного консультирования, в том числе: по поводу состояния здоровья, и с целью мониторинга назначенного лечения. Действительно, нельзя же считать 2,5% положительно ответивших на

данный вопрос, результатом использования данной технологии. По-видимому, при существующем уровне компьютеризации и развития интернета, а также навыков его использования, причем не только у частных лиц, но и в учреждениях здравоохранения, развитие этих технологий несколько опережает время.

Таким образом, характеризуя такой маркер результативности мер по снижению смертности от БСК, как использование новых организационных технологий для повышения доступности и улучшения качества медицинской помощи, можно констатировать следующее.

Электронная запись на прием к специалисту доступна для подавляющего большинства пациентов (4/5 от всех опрошенных), из которых около половины пользовались ей и сочли ее более удобной, чем регистратура. Большой негативизм проявили городские жители, прежде всего жители областного центра, для которых доступны другие альтернативы электронной записи, тогда как жители районных центров и сельские жители пользуются этой формой более активно и чаще считают ее более удобной.

Для мониторинга медицинским персоналом состояния здоровья пациентов с низкой территориальной доступностью учреждений здравоохранения разработаны и используются информационные технологии. В частности важными составляющими такого мониторинга является контроль приема препаратов пациентом и его АД. Вместе с тем, при существующем уровне компьютеризации и развития интернета (доступен и используется 45% респондентов в областных центрах и 28% в сельских поселениях), а также навыков его использования, причем не только у частных лиц, но и в учреждениях здравоохранения, развитие этих технологий несколько опережает время.

Подводя итоги проведенного анализа, следует отметить, что маркеры, разработанные на предыдущем этапе, в целом свидетельствуют о результативности мер по снижению потерь от БСК.

Пользователи реализуемых мер – пациенты с БСК – достаточно хорошо информированы о проводимых мероприятиях в их конкрет-

ном регионе. Наиболее высокий уровень информированности касается меры по созданию медицинских центров для оказания специализированной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями – знают о наличии в их регионе таких центров 68,3% респондентов, страдающих БСК. О других медицинских технологиях знают от 33 до 43% респондентов. Среди организационных технологий наиболее известна запись на прием к специалисту через терминал в поликлинике или в on-line режиме – 46,2%, о других организационных технологиях информированы от 10 до 20% респондентов с БСК.

Пользователей профилактических услуг оказалось больше, чем лиц, информированных о их наличии. Так, практически все респонденты, которым врач сообщил о повышенном АД (85,5% респондентов) и уровне холестерина в крови (53% респондентов), получили рекомендации по оздоровлению образа жизни, хотя только 43% респондентов отметили, что знают о такой мере, реализуемой в их регионе, как профилактические консультации врача первичного звена с целью коррекции поведенческих факторов риска. В связи с этим, при оценке результативности данной меры, считаем целесообразным основываться на данных о получивших данную услугу, а не на ответах об их информированности.

Достаточно оптимистична ситуация с доступностью функциональных исследований: большинству респондентов с БСК в течение последних трех месяцев были проведены основные функциональные исследования, структура и частота которых принципиально не различается у респондентов, в зависимости от их места жительства, будь то областной центр или сельское поселение, что свидетельствует о введении стандартов ведения кардиологических больных в практику работы ЛПУ и материально-техническом обеспечении этих стандартов. Это же подтверждается наличием территориальной доступности функциональных исследований в любой нужный день или с ожиданием не больше недели в 2/3 случаях, а также непродолжительным временем ожидания исследования: типичное время ожидания – до 10 минут.

Большинство респондентов констатируют наличие прогресса с доступностью функциональных исследований, но в большей степени она коснулась жителей областных и районных центров, а что касается очереди для записи на исследования, то в связи с перераспределением потоков пациентов, позитивную динамику констатируют жители районных центров и сельских поселений, а для респондентов из областных центров, а также средних и малых городов областного подчинения очереди выросли.

В 82% случаях стационарная помощь больным с БСК оказывалась в специализированных отделениях, и только 18% пациентов были госпитализированы в терапевтическое отделение городской или районной больницы.

Электронная запись на прием к специалисту доступна для подавляющего большинства пациентов (4/5 от всех опрошенных), из которых около половины пользовались ей и сочли ее более удобной, чем регистратура. Большой негативизм проявили городские жители, прежде всего жители областного центра, для которых доступны другие альтернативы электронной записи, тогда как жители районных центров и сельские жители пользуются этой формой более активно и чаще считают ее более удобной.

Вместе с тем, помимо очевидных достижений, свидетельствующих о результативности реализуемых мер, имеются проблемы.

Мониторинг состояния кардиологических больных осуществляет терапевт, а не специалист-кардиолог. И это связано с тем, что для кардиологических больных специализированная помощь мало доступна в связи с длительной очередью (от 2 недель до нескольких месяцев) для записи не только к кардиологу, но и к таким обязательным врачам для данной категории пациентов, как эндокринолог и невропатолог. Более того, в связи с неудовлетворительной организацией потоков пациентов, среднее время ожидания приема врача превышает 25 минут, и эта величина практически не зависит ни от специалиста, ни от лечебного учреждения, будь оно в областном центре, районе, городе или сель-

ском поселении. Наиболее типичное время ожидания приема – более 30 минут.

За последний год ситуацию в отношении территориальной доступности помощи специалистов следует оценить, как «отсутствие прогресса». Более оптимистично оценивают ситуацию жители областных центров, тогда как для большинства городского населения малых и средних городов, а также сельских жителей положение не изменилось к лучшему.

Неудовлетворительна ситуация со льготным лекарственным обеспечением, оно недоступно более трети льготников, и еще около 40% сообщили, что лекарства доступны, но их поступления приходится ждать. И именно в вопросах льготного лекарственного обеспечения сдвиги за прошедший год минимальны: половина льготников сообщили, что ситуация не изменилась, или ухудшилась, причем в наибольшей степени ухудшение коснулось сельских жителей.

Что касается непрофильных госпитализаций, то в терапевтические отделения чаще всего госпитализируют пациентов из числа сельских жителей. Таким образом, среди всех категорий, сельским жителям, и отчасти жителям районных центров меньше доступна как амбулаторная, так и стационарная специализированная помощь.

Существует разрыв между разработкой индивидуальной программы реабилитации, которую при освидетельствовании получают более чем 2/3 пациентов с БСК, и формированием мотивации к ее выполнению, а также контролем, поскольку полностью программу реабилитации выполняет лишь половина ее получивших. Лишь десятая часть не выполнила программу из-за невозможности сделать это в поликлинике по месту жительства, а остальные бросили, или даже не начали ее выполнять по личным причинам. Важно, что невыполнение программы реабилитации существенно влияет на динамику инвалидности. Вчетверо чаще происходит нарастание тяжести инвалидности, втрое реже отмечается положительная динамика.

Санаторно-курортное лечение недоступно для $\frac{3}{4}$ больных с БСК, независимо от места жительства, вместе с тем, присутствует незначительная группа, которая пользуется этими услугами ежегодно.

Для мониторинга медицинским персоналом состояния здоровья пациентов с низкой территориальной доступностью учреждений здравоохранения разработаны и используются информационные технологии. В частности важными составляющими такого мониторинга является контроль приема препаратов пациентом и его АД. Вместе с тем, при существующем уровне компьютеризации и развития интернета (доступен и используется 45% респондентов в областных центрах и 28% в сельских поселениях), а также навыков его использования, причем не только у частных лиц, но и в учреждениях здравоохранения, развитие этих технологий несколько опережает потребности и возможности из реального использования пациентами с хроническими заболеваниями.

Глава 2

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕР ПО СОКРАЩЕНИЮ СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

С учетом социального портрета опрошенных рассмотрим далее их информированность о мерах политики по снижению онкологической смертности. Респонденты должны были отметить те меры, которые, как они знают, реализуются в их регионе.

Итак, почти половина опрошенных (49,6%) знают о дополнительной диспансеризации работающего населения, в рамках которой человек направляется к онкологу при выявлении факторов риска. Почти 61% респондентов знают о наличии и функциях смотровых кабинетов в территориальных поликлиниках по выявлению новообразований наружных локализаций. Также около половины респондентов (47,5%) сообщили, что информированы о возможности бесплатно пройти процедуры по ранней диагностике онкологических заболеваний в территориальной поликлинике. И более 80% отметили, что знают о бесплатности медицинской помощи при онкологических заболеваниях в рамках программы государственных гарантий. О наличии структур паллиативной помощи при онкологических заболеваниях в их регионе сообщили 28,2% респондентов.

О мерах по дополнительной диспансеризации лучше осведомлены женщины (52,8% против 40,3%), также как и о возможности бесплатно пройти процедуры по ранней диагностике онкологических заболеваний в территориальной поликлинике (50,6% против 38,7%), тогда как о ситуации с паллиативной помощью лучше ин-

формированы мужчины (37,1% против 25,0%). В отношении других мер гендерные различия в информированности отсутствуют.

Дифференциация информированности респондентов, живущих в различных типах поселений, на первый взгляд, внушает недоверие. Наименее информированными обо всех мерах явились жители областных центров. Так о дополнительной диспансеризации знают только 29,3% респондентов областных центров и вдвое больше – 70,5% – городов областного подчинения; о возможности бесплатно пройти процедуры по ранней диагностике онкологических заболеваний в территориальной поликлинике – соответственно 37,8% и 68,2% респондентов. При этом респонденты, живущие в селе, по ряду мер обладает информацией ничуть не реже, чем городские жители (табл.3.17).

Таблица 3.17

Информированность респондентов о мерах по снижению онкологической смертности, реализуемых в их регионе, на 100 опрошенных

	Пол		Тип поселения			
	жен- щины	муж- чины	обла- стной центр	город обла- стного под- чинения	район- ный центр	сельское поселе- ние
Дополнительная диспансеризация	52,8	40,3	29,3	70,5	62,5	50,0
Наличие смотровых кабинетов в территориальных поликлиниках	60,2	62,9	54,9	59,1	76,8	57,4
Возможность бесплатно пройти процедуры по ранней диагностике онкологических заболеваний в территориальной поликлинике	50,6	38,7	37,8	68,2	50,0	44,4
Бесплатность медицинской помощи при онкологических заболеваниях в рамках программы государственных гарантий	80,1	82,3	73,2	90,9	80,4	88,9
Обеспечение паллиативной помощью	25,0	37,1	23,2	29,5	37,5	25,9

Для того, чтобы разобраться в подобных результатах, рассмотрим далее реальную практику оказания онкологической помощи в отношении: способов первичного выявления заболевания, сроков прохождения и территориальной доступности обследований для оформления направления к специалисту, длительности ожидания приема специалиста, бесплатности оказания помощи на этапах – от первичного выявления до проведения хирургического лечения и реабилитации.

Наиболее распространенным способом обнаружения онкологического заболевания является самостоятельное обращение к врачу при появлении подозрений (57,3%). Лишь у пятой части респондентов заболевание было выявлено при профосмотре или дополнительной диспансеризации (19,0%), в смотровом кабинете – 7,9%, на приеме у онколога в территориальной поликлинике – 5,9%. Худшая структура выявления оказалась у сельских жителей, среди которых более чем у 70% онкологическое заболевание выявлено при самостоятельном обращении к врачу.

Более того, сравнительная оценка способов выявления новообразования среди респондентов с диагнозом, установленным в 2011–2013 г. и ранее 2010 г. показала, что заметных сдвигов в способах выявления новообразований не произошло: по-прежнему более чем у половины респондентов заболевание выявляется при самостоятельном обращении при наличии подозрений (табл.3.18).

Для пациента с диагностированным новообразованием критически важно пройти в короткие сроки все необходимые обследования для направления на лечение в диспансер. Среднее время прохождения обследований для направления в онкодиспансер составляет по результатам опроса 18,6 дня, т.е. две с половиной недели. При этом треть респондентов проходит это обследование в течение недели (33,6%), но пятая часть (19,3%) затрачивает на это более месяца. В худшем положении находятся жители городов областного подчинения и сельские жители, среди которых практически четверть опрошенных затратили на обследование более месяца.

Таблица 3.18

**Распределение респондентов по способам выявления у них
онкологической патологии, %**

	Год выявления заболевания		Тип поселения			
	2011–2013	2010 и ранее	областной центр	город областного подчинения	районный центр	сельское поселение
самостоятельно заподозрил и обратился к врачу	57,6	57,4	55,7	57,1	46,7	71,4
при профосмотре или дополнительной диспансеризации	18,2	19,1	17,0	20,4	25,0	14,3
в смотровом кабинете территориальной поликлиники	7,1	10,3	8,0	8,2	10,0	5,4
на приеме у онколога в территориальной поликлинике	6,5	5,9	6,8	4,1	6,7	5,4
другое	10,6	7,4	12,5	10,2	11,7	3,6
итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

С точки зрения сроков прохождения обследования для направления в диспансер ситуация, судя по ответам респондентов, ухудшилась. Так, те респонденты, у которых злокачественное новообразование диагностировано в 2010 г. и ранее, проходили обследование в среднем в течение 15,6 дней, при этом у половины опрошенных в данной группе на это уходило не более недели. Вместе с тем, респонденты, у которых заболевание диагностировано в 2011–2013 г., в среднем затрачивали на обследование 19,3 дня, но немногим более четверти респондентов из этой группы удавалось завершить обследование в течение недели (табл.3.19).

Таблица 3.19

**Распределение респондентов по срокам прохождения
обследований для направления в диспансер, %**

	Год выявления заболевания		Тип поселения			
	2011–2013	2010 и ранее	областной центр	город областного подчинения	районный центр	сельское поселение
в течение недели	29,2	49,3	33,0	23,5	46,8	29,3
от одной до двух недель	23,4	18,3	22,7	23,5	22,6	24,1
от двух до четырех недель	27,5	18,3	26,1	29,4	17,7	22,4
более месяца	19,9	14,1	18,2	23,5	12,9	24,1
итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Среднее число дней	19,3±0,7	15,6±0,7	18,5±0,8	21,0±0,9	15,3±0,9	20,3±0,8

Практически половина респондентов провела обследование в территориальной поликлинике по месту жительства (46,9%) и еще 17,6% обратились в другое государственное (муниципальное) ЛПУ в том же населенном пункте. Таким образом, практически 2/3 опрошенных прошли обследование в том же населенном пункте, где они живут. Вместе с тем, около 30% респондентов вынуждены были поехать в другой населенный пункт для прохождения обследования в государственном (муниципальном) ЛПУ. Около 5,5% опрошенных обращались в частное медицинское учреждение. Если обращаемость в частное учреждение практически не различается в зависимости от места жительства респондентов, то необходимость поездок в другое ЛПУ, в том числе, за пределами места жительства респондентов, существенно варьирует. Среди жителей районных центров – половина, а сельских жителей – две трети не могут пройти обследование в ЛПУ по месту жительства и вынуждены обращаться в другие учреждения здравоохранения, в том числе за пределами своего населенного пункта. Это является одним из факторов увеличения сроков проведения обследования для направления для лечения в диспансер (табл.3.20).

Таблица 3.20

**Распределение респондентов по месту прохождения
обследований для направления в диспансер, %**

	Год выявления заболевания		Тип поселения			
	2011–2013	2010 и ранее	областной центр	город областного подчинения	районный центр	сельское поселение
да, в территориальной поликлинике по месту жительства	45,6	49,3	52,9	58,6	39,1	31,9
нет, пришлось ехать в другое государственное учреждение в том же населенном пункте	16,4	21,1	19,5	17,2	21,9	8,5
нет, пришлось ехать в другое государственное учреждение в другом населенном пункте	32,2	25,4	23,0	19,0	32,8	53,2
нет, пришлось обратиться в частное медицинское учреждение	5,8	4,2	4,6	5,2	6,3	6,4
итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Ситуация с местом прохождения обследования, судя по опросам респондентов, существенно не изменилась ни в лучшую, ни в худшую сторону. Так, и среди респондентов, которым диагноз поставлен в 2011–2013 г., так и среди опрошенных, которым диагноз установили в 2010 г. и ранее, около половины проходят обследование в территориальной поликлинике по месту жительства, а остальные вынуждены были обращаться в другие учреждения здравоохранения, в том числе и за пределами своего населенного пункта.

С проведенными обследованиями пациент в среднем ожидает первичного приема специалиста онкодиспансера около 8 дней, причем этот срок не зависит от места жительства респондента, и практически одинаков для жителей областных центров и сельских поселений. Вместе с тем, время ожидания первичной госпитализации

больше и составляет практически 2 недели, и, кроме того, существенно зависит от места жительства респондента. Если горожане, а, особенно жители областных центров, в среднем ожидают госпитализации $12,5 \pm 0,7$ дня, то сельские жители – $16,6 \pm 0,7$ дня. При этом, в течение недели госпитализируются более половины респондентов из числа жителей областных центров (52,9%), тогда как из числа сельских жителей – 36,2%.

Ситуация со сроками ожидания приема специалиста онкодиспансера и первичной госпитализации изменилась к худшему, судя по ответам респондентов. Так, пациенты, которым диагноз установлен в 2011–2013 г., ожидали приема специалиста онкодиспансера $9,1 \pm 0,7$ дня, а с диагнозом, установленным в 2010 г. и ранее – $5,6 \pm 0,7$ дня, соответственно средние сроки ожидания первичной госпитализации составляют $15,1 \pm 0,7$ дня и $12,3 \pm 0,7$ дня.

Среди респондентов с онкологическими заболеваниями более половины имеют инвалидность (57,8%), при этом максимален процент инвалидов среди жителей областных центров (64,4%), хотя различия не очень велики.

Три четверти всех инвалидов при освидетельствовании получили индивидуальную программу реабилитации, вместе с тем, 12,6% даже не слышали о такой программе. Чаще программу реабилитации получили инвалиды из числа жителей областных центров (85,7%), сельские жители и жители районных центров реже имеют индивидуальный план реабилитации (68,8% и 67,9% соответственно).

Не все, кому назначена индивидуальная программа реабилитации, выполнили ее. В среднем 2/3 респондентов выполняют программу полностью. Среди тех, кто этого не сделал, большая часть (19,6%) не сделала этого по индивидуальным причинам, и меньшая, но тоже существенная (14,0%) из-за невозможности ее выполнения в поликлинике по месту жительства. Как и следовало ожидать, в худшем положении оказываются сельские жители, ими практически вдвое чаще высказывается данная причина невыполнения программы реабилитации. Между тем, выполнение такой

программы – важный фактор прогноза заболевания, и позитивной динамики инвалидности (табл.3.21).

Таблица 3.21

**Распределение респондентов, имеющих инвалидность
по назначению им программы реабилитации
и выполнению ее, %**

	област- ной центр	город обла- стного под- чинения	район- ный центр	сель- ское по- селение	всего
<i>Назначена программа реабилитации при освидетельствовании</i>					
да	85,7	81,5	67,9	68,8	77,6
нет	5,4	3,7	17,9	15,6	9,8
Не слышал о существова- нии такой программы	8,9	14,8	14,3	15,6	12,6
итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Из числа тех, кому назначена программа реабилитации, выполнили ее:</i>					
да	63,0	57,1	68,4	66,7	63,6
начал(а), но бросил(а)	2,2	0,0	10,5	0,0	2,8
нет, по причинам, завися- щим от меня	19,6	33,3	15,8	9,5	19,6
нет, из-за невозможности ее выполнения в поликли- нике по месту жительства	15,2	9,5	5,3	23,8	14,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Очевидно, что если при первичном освидетельствовании определена 1 группа, то вероятность ее пересмотра на более легкую группу минимальна, и как видно из результатов опроса, вероятность эта не зависит от выполнения программы реабилитации. Но если при первичном освидетельствовании группа состояние было менее тяжелым и была назначена 2 или 3 группа, то прогноз существенно зависит от активности самого пациента. Так, при выполнении индивидуальной программы, треть из респондентов со 2 группой при первичном освидетельствовании имеют на момент опроса 3 группу (34,1%), тогда как частота пересмотра группы инвалидности при невыполнении программы реабилитации сокращается в 3,5 раза и составляет 9,7%. Что касается 3 группы, то из тех, кто получил ее при

первичном освидетельствовании, 75% сохранили ее и на момент опроса, если выполняли программу реабилитации, тогда как из числа респондентов, не выполнявших программу, сохранили 3 группу на момент опроса только 50%.

Важным фактором реабилитации является санаторно-курортное лечение, но, как свидетельствует опрос респондентов, лишь единицы были направлены на такое лечение и их доля в общей выборке не превышает 3%.

Ситуация с лекарственным обеспечением для онкологических больных является критически важной с учетом стоимости соответствующих препаратов. Судя по ответам, 40% респондентов, из числа имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, получают их без ограничения и ожидания, и еще немногим более трети (36,3%) получают лекарства, но после ожидания их поступления. При оценке ситуации можно сконцентрироваться на том, что $\frac{3}{4}$ льготников обеспечены препаратами, а можно отметить, что четверти пациентам, имеющим право на льготное лекарственное обеспечение, препараты все еще не доступны. Причем доля нуждающихся практически не зависит от места жительства: ситуация в этом отношении аналогична среди жителей областных центров и сельских поселений (табл.3.22).

Таблица 3.22

Распределение респондентов, имеющих инвалидность, по группе инвалидности при первичном освидетельствовании и на момент опроса в зависимости от выполнения ими программы реабилитации, %

Группа инвалидно- сти при первичном освидетельствовании	Группа инвалидности на момент опроса			Общий итог
	1	2	3	
Программу реабилитации выполнили полностью				
1	100,0	0,0	0,0	100
2	7,2	58,6	34,1	100
3	12,5	25,0	75,0	100
Программу реабилитации не выполнили по разным причинам				
1	100,0	0,0	0,0	100
2	12,9	77,4	9,7	100
3	50,0	0,0	50,0	100

И в заключении рассмотрим оценку респондентами платности оказания помощи на этапах – от первичного выявления до проведения хирургического лечения и реабилитации.

Несмотря на то, что диагностические обследования для направления в диспансер должны делаться бесплатно, 26% респондентов оплачивали их полностью или частично. При этом наиболее высока доля плативших за обследование среди жителей областных центров – почти 40%, тогда как среди сельских жителей она составляет 31%, жителей малых и средних городов областного подчинения – 19%, районных центров – 13%. Возможно, именно этими результатами объясняется тот факт, что жители областных центров реже других респондентов считают, что в их регионе реализованы такие меры, как: возможность бесплатно пройти процедуры по ранней диагностике онкологических заболеваний в территориальной поликлинике и бесплатность медицинской помощи при онкологических заболеваниях в рамках программы государственных гарантий. Вместе с тем, движение по реализации этих мер, несомненно, присутствует. Так, среди респондентов, которым диагноз установили в 2011–2013 г. платили за диагностические обследования 24%, тогда как среди респондентов с диагнозом, установленным в 2010 г. и ранее – 35%.

За хирургическую помощь платили около десятой части респондентов с онкологической патологией (9,6%), причем различия по типам поселений невелики, т.е. не зависят от уровня жизни респондентов, но определяются другими причинами, возможно и установившейся практикой в медицинском учреждении. Ситуация с взиманием платы с пациентов за хирургическую помощь постепенно улучшается: так, среди респондентов с диагнозом, установленным в 2011–2013 г. платили за хирургическую помощь 8,4%, тогда как среди опрошенных с давностью заболевания с 2010 г. и ранее, платили за те же услуги 13,6%.

Существенно реже распространена оплата за лекарственные препараты для проведения курсов химиотерапии или лучевой терапии: в целом по выборке доля плативших за эти лекарства составила

3,3%, и подавляющее большинство таких пациентов – жители областных центров. Возможно, эти результаты обусловлены достаточной обеспеченностью лекарственными препаратами для проведения соответствующих процедур, а оплачиваются более современные и качественные препараты, не входящие в стандарт оказания соответствующих видов помощи. Очевидно, что в связи с высокой стоимостью таких препаратов, оплата их более доступна населению областных центров, уровень жизни которого, в том числе и по самооценке, выше, чем в других типах поселений. Существенно, что и эта практика постепенно уходит в прошлое, поскольку среди респондентов, заболевших в 2011–2013 г., оплата лекарственных препаратов для проведения курсов химиотерапии или лучевой терапии проводилась лишь в единичных случаях (2,5%), тогда как среди респондентов, заболевших ранее 2010 г. частота оплаты была выше (4,5%) (табл.3.23).

Таблица 3.23

**Доля респондентов, оплачивавших различные виды помощи
в зависимости от типа поселения и года установления
диагноза, %**

	Год выявления заболевания		Тип поселения			
	2011–2013	2010 и ранее	областной центр	город областного подчинения	районный центр	сельское поселение
За обследования для направления в онкодиспансер	24,1	35,2	39,8	19,3	13,0	31,2
За хирургическую помощь	8,4	13,6	8,5	8,3	12,9	8,9
За лекарственные препараты для проведения курсов химиотерапии или лучевой терапии	2,5	4,5	6,2	2,1	1,7	1,8
За сокращение сроков ожидания госпитализации	0,6	4,6	3,8	4,3	1,6	1,8
За оформление инвалидности	1,3	-	1,3	2,3	-	-
За предоставление санаторно-курортного лечения	1,3	-	2,4	-	-	-

Сокращение сроков ожидания госпитализации – еще более редкий повод для взимания с пациентов оплаты: в среднем по выборке положительно ответили на этот вопрос 2,9% опрошенных. Вместе с тем, несколько более высокая частота таких событий характерна для городских жителей, в том числе – жителей областных центров, среди которых платили за сокращение сроков ожидания госпитализации 3,8 и 4,3% респондентов соответственно. Эта цифра слишком мала, чтобы повлиять на средние сроки ожидания госпитализации респондентами в зависимости от типа поселения, но нельзя не вспомнить, что именно респонденты из числа городских жителей быстрее в среднем госпитализируются в сравнении, например, с жителями сельских поселений и районных центров. Такая практика сокращения сроков госпитализации, как взимание платы, отмечается в настоящее время лишь в единичных случаях: так, лишь 0,6% респондентов, заболевших в 2011–2013 г. ответили положительно на вопрос об оплате, тогда как среди респондентов, заболевших в 2010 г. и ранее, платили за сокращение сроков госпитализации – 4,6%.

Оформление инвалидности и направление на санаторно-курортное лечение в единичных случаях было оплачено пациентом, но все эти случаи относятся, преимущественно, к заболевшим недавно и проживающим в столичных центрах.

Общая оценка респондентами изменений в медицинской помощи онкологическим больным в текущем году в сравнении с предыдущим характеризуется противоречивым образом, в зависимости от того, идет речь о поликлинике по месту жительства или диспансере.

Лишь по мнению 13% респондентов улучшилась в сравнении с прошлым годом ситуация с оказанием медицинской помощи онкологическим больным, тогда как почти 40% сочли, что изменений нет, но хуже всего, что пятая часть опрошенных констатировала негативные изменения. Минимальные позитивные изменения отметили респонденты из числа жителей областных центров (7,2%), тогда как сельские жители и, особенно горожане малых и средних

городов областного подчинения были существенно оптимистичнее (15,7% и 24,0% соответственно). Что касается негативных изменений, то наиболее часто о них упоминали жители районных центров (40,6%). Вместе с тем, к полученным распределениям оценок следует подходить с осторожностью, поскольку около четверти респондентов, а среди жителей областных центров почти 40% не определились с оценкой изменений в медицинском обслуживании в поликлинике по месту жительства в данном году по сравнению с предыдущим.

Еще больше не определившихся в отношении изменений в работе онкодиспансера: 38,4% в среднем по выборке, в том числе около половины (48,0%) респондентов из числа жителей городов областного подчинения. Вместе с тем, среди оставшихся лидируют позитивные оценки (29,2%) или констатация отсутствия изменений (29,6%), тогда как негативные оценки встречаются на порядок реже (2,8%) – практически в единичных случаях (табл.3.24).

Таблица 3.24

**Распределение респондентов по оценке изменений
в медицинском обслуживании в данном году
по сравнению с предыдущим, %**

	област- ной центр	город об- ластного подчине- ния	район- ный центр	сель- ское посе- ление	всего
<i>В поликлинике по месту жительства</i>					
Улучшилось	7,2	24,0	9,4	15,7	12,9
Ухудшилось	10,8	14,0	40,6	17,6	20,6
Осталось на прежнем уровне	42,2	40,0	32,8	45,1	39,9
Затрудняюсь ответить	39,8	22,0	17,2	21,6	26,6
итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>В онкодиспансере</i>					
Улучшилось	36,8	24,0	12,9	41,2	29,2
Ухудшилось	1,1	4,0	4,8	2,0	2,8
Осталось на прежнем уровне	24,1	24,0	43,5	27,5	29,6
Затрудняюсь ответить	37,9	48,0	38,7	29,4	38,4
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Представляется, что столь различная оценка может быть связана с несколькими факторами: доступность, сроки, оплата. На поликлинику, как зону первого контакта с пациентом, отчасти возлагается вина на позднее выявление новообразования, что неизбежно при существующей структуре способов выявления (более половины по самостоятельному обращению при наличии подозрений), которая не изменилась, несмотря на объявленную стратегию на раннее выявление. Сроки и возможность проведения обследования в поликлинике по месту жительства для направления в диспансер далеко не оптимальны, и в сравнении с периодом до начала проведения мероприятий по реорганизации и развитию онкологической помощи, эти параметры или не изменились (доступность по месту жительства), или ухудшились (сроки обследования). Несмотря на то, что диагностические обследования для направления в диспансер должны делаться бесплатно, 26% респондентов оплачивали их полностью или частично. И лишь по этому признаку отмечается положительная динамика в сравнении с периодом до начала проведения мероприятий по реорганизации и развитию онкологической помощи. Выполнение индивидуальной программы реабилитации, которое способно улучшить прогноз заболевания и динамику инвалидности, недоступно седьмой части инвалидов из-за отсутствия таких возможностей в ЛПУ по месту жительства.

Что касается онкодиспансера, то средние сроки ожидания первичного приема специалиста и госпитализации существенно меньше, чем время диагностического исследования в поликлинике и, по-видимому, по этой причине не вызывают существенных негативных эмоций, даже несмотря на то, что эти сроки в среднем несколько удлинились в сравнении с периодом до начала проведения мероприятий по реорганизации и развитию онкологической помощи. А распространение практики взимания платы с пациентов в диспансере существенно меньше, в том числе – за хирургическую помощь, лекарственные препараты для проведения курсов химиотерапии или лучевой терапии, а также за сокращение сроков ожидания госпита-

лизации. Кроме того, по всем этим направлениям присутствует существенный прогресс, и частота взимания платы сокращается в сравнении с периодом до начала проведения мероприятий по реорганизации и развитию онкологической помощи.

Обсуждая маркеры результативности мер по снижению онкологической смертности в стране, следует отметить, что они в целом свидетельствуют о результативности внедрения новых медицинских технологий, позволяющих продлить жизнь онкологическим больным:

- пациенты в целом позитивно оценивают изменения в работе онкодиспансера в текущем году в сравнении с предыдущим;

- существенно, в сравнении с периодом до начала проведения мероприятий по реорганизации и развитию онкологической помощи сократилась практика взимания платы с пациентов в диспансере, в том числе – за хирургическую помощь, лекарственные препараты для проведения курсов химиотерапии или лучевой терапии, а также за сокращение сроков ожидания госпитализации, что повысило доступность специализированной помощи;

- более позитивные оценки высказывают пациенты из числа жителей районных центров и сельских поселений, что свидетельствует о более справедливом доступе к специализированной помощи.

Вместе с тем, ряд фактов свидетельствует о недостаточной результативности политики по сокращению онкологической смертности. Это:

- структура способов выявления онкологических заболеваний (более половины при самостоятельном обращении при наличии подозрений), которая не способствует раннему выявлению патологии, не изменилась в сравнении с периодом до начала проведения мероприятий по реорганизации и развитию онкологической помощи, несмотря на объявленную стратегию на раннее выявление;

- сроки (в среднем две с половиной недели) и возможность проведения обследования в поликлинике по месту жительства для направления в диспансер (у 2/3 респондентов) далеко не оптимальны, и в сравнении с периодом до начала проведения мероприятий

по реорганизации и развитию онкологической помощи, эти параметры или не изменились (доступность по месту жительства), или ухудшились (сроки обследования). При этом в худшем положении находятся жители районных центров и сельских поселений, у которых и так в целом более позднее выявление патологии (70% при самостоятельном обращении при наличии подозрений);

- несмотря на то, что диагностические обследования для направления в диспансер должны делаться бесплатно, 26% респондентов оплачивали их полностью или частично. И лишь по этому признаку отмечается положительная динамика в сравнении с периодом до начала проведения мероприятий по реорганизации и развитию онкологической помощи;

- выполнение индивидуальной программы реабилитации, которое улучшает прогноз заболевания и динамику инвалидности, недоступно седьмой части инвалидов из-за отсутствия таких возможностей в ЛПУ по месту жительства;

- общий тон оценки изменений в деятельности поликлиник – негативный при массовой констатации отсутствия изменений (около 40%).

В целом пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями, хорошо информированы о мерах политики по снижению онкологической смертности: от 50 до 85% (исключая обеспеченность паллиативной помощью) ответили утвердительно о том, что эти меры реализуются в их регионе, что свидетельствует о результативности каналов продвижения информации до целевой аудитории. Вместе с тем, более низкий уровень информированности по отдельным мерам может означать не столько отсутствие информации, но мнение респондентов о том, что конкретная мера в их регионе не реализуется. В частности это касается таких мер, как «Возможность бесплатно пройти процедуры по ранней диагностике онкологических заболеваний в территориальной поликлинике» или «Бесплатность медицинской помощи при онкологических заболеваниях в рамках программы государственных гарантий».

Глава 3

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕР ПО СОКРАЩЕНИЮ СМЕРТНОСТИ ОТ ТРАНСПОРТНЫХ ТРАВМ

С учетом социально-демографического портрета опрошенных рассмотрим оценку ими факторов ДТП, а также наличие этих факторов у пострадавших в ДТП водителей и пассажиров транспортного средства, а также пешеходов.

Респонденты были разделены на группы в зависимости от роли в ДТП. К водителям были отнесены те, кто вел: свою легковую машину, грузовую машину, общественный транспорт, легковое такси, маршрутное такси. Пассажиры, ехавшие в: легковой машине, маршрутном такси, общественном транспорте, грузовой машине были объединены в группу «пассажиры». Самостоятельную категорию составили пешеходы. Мотоциклисты и велосипедисты, а также их пассажиры составили отдельную группу.

Наиболее значимыми факторами риска ДТП водители считают управление автомобилем в нетрезвом состоянии и неисправность тормозной системы ($4,7 \pm 0,2$ балла). Фактор получения водительского удостоверения без обучения в автошколе признается водителями также очень значимым ($4,5 \pm 0,2$ балла), но все же несколько менее существенным, чем два предыдущие. По значимости водители приравнивают его к ощущению усталости во время управления автомобилем. Еще два фактора водители выделили как высоко значимые: это превышение разрешенной скорости и отсутствие предупредительного освещения (выключен ближний свет) –

4,3±0,2 балла. Все остальные факторы, преимущественно связанные с посторонней занятостью за рулем, водители считают средними по значимости (разговор по мобильному телефону, держа телефон в руке, или с пассажиром) -3,6 и 3,0 балла, или мало значимыми (курение и прослушивание музыки во время управления автомобилем) – 2,5 и 2,3 балла.

Присутствует вариация оценки факторов ДТП в зависимости от того, присутствовал этот фактор у водителя или нет. Однако это не распространяется на большинство высоко значимых факторов. Так, значимость таких факторов, как неисправность тормозной системы, ощущение усталости за рулем и управление автомобилем в состоянии алкогольного опьянения одинаково высоко, с учетом статистической ошибки, оцениваются как теми респондентами, у которых этот фактор отсутствовал, так и теми, в ДТП которых этот фактор имел место. Возможно, что водители, у которых отмеченные риски присутствовали и сыграли свою негативную роль в ДТП с тяжелыми последствиями, потребовавшими госпитализации, изменили свое мнение и стали более адекватно оценивать риски, связанные с данными факторами. Иначе трудно понять поведение человека, который понимает угрозы, связанные с определенным типом поведения, но не меняет своего поведения.

Исключение среди высоко значимых факторов составляют лишь два обстоятельства: отсутствие предупредительного освещения и получение водительского удостоверения без обучения в автошколе. Так, те, кто таким образом и получил водительское удостоверение, считают этот фактор существенно менее значимым для риска ДТП (3,7±0,3 балла), чем те, кто прошел обучение в автошколе (4,6±0,3 балла). По-видимому, лица, не прошедшие обучение, склонны недооценивать его, считая опыт более надежным учителем. Аналогичным образом, отсутствие предупредительного освещения считают более значимым фактором риска ДТП те, кто включает габаритные фонари, чем те, кто этого не делает. Несмотря на повышение штрафов за это нарушение, часть водителей, по-прежнему, игнорирует это правило.

Попытка связать оценку значимости этого фактора со временем ДТП показала, что более высоко оценивают важность данного фактора водители, попавшие в аварию вечером или ночью (4,4–4,5 баллов) в сравнении с теми, кто попал в аварию утром и днем (4,0–4,1 балл). Причем эти различия определяются именно водителями, которые не включали габаритных фонарей. Они оценивают значимость данного фактора высоко (4,4–4,5 баллов), если попали в аварию вечером или ночью, и ничтожно низко (1,2 балла), если авария случилась утром или днем. Тогда как водители, у которых габаритные фонари были включены, оценивают фактор одинаково высоко, независимо от времени наступления аварии. Таким образом, избирательность подхода водителей к включению предупредительного освещения может вести к тому, что при плохой видимости водитель, решивший не включать габаритных фонарей, имеет более высокий риск ДТП.

Среди средне и мало значимых факторов большинство примерно одинаково, с учетом статистической ошибки, оценивается обеими категориями водителей: и теми, у кого этот фактор присутствовал, и теми, у кого он отсутствовал. Вместе с тем, есть три фактора, которые более высоко оцениваются теми, у кого этот фактор риска присутствовал: разговор по мобильному телефону, или курение во время управления автомобилем, а также автомобильная резина, не соответствующая сезону. Возможно, что переоценка значимости этих факторов произошла именно потому, что они повысили риск аварии, приведшей к госпитализации водителя (табл.3.25).

Далее рассмотрим факторы, оценку которым могут дать и водители, и пассажиры. Среди водителей и пассажиров легкового, пассажирского и грузового транспорта наиболее значимыми факторами аварии с тяжелыми последствиями считаются: перевозка детей без специального кресла ($4,6 \pm 0,2$ балла), и поскольку не было прецедентов, чтобы детей перевозили без кресла, эта оценка относится ко всей выборке водителей и пассажиров. Далее по значимости идут два фактора: отсутствие в машине ремней безопасности, или не пристегнутые ремни (4,4–4,5 балла). Трудно представить,

чтобы в современных легковых автомобилях не было ремней безопасности, но в опрос включены не только водители и пассажиры легковых автомобилей, но также грузовых автомобилей, маршрутных такси и общественного транспорта. Несколько менее значимыми пассажиры и водители считают отсутствие подголовников, а также подушек безопасности. Возможно, это связано с тем, что лишь современные легковые автомобили полностью оснащены и подголовниками, и подушками, тогда как большая часть транспорта не имеет этих средств безопасности.

Таблица 3.25

**Оценка водителями факторов риска ДТП
с тяжелыми последствиями в зависимости от наличия
этого фактора у пострадавших в ДТП водителей, баллов**

	Присутствие риска в ДТП, по самооценке водителя		итого
	да	нет	
Получение водительского удостоверения без обучения в автошколе	3,7±0,3	4,6±0,3	4,5±0,2
Разговор по мобильному телефону во время управления автомобилем	4,3±0,3	3,5±0,3	3,6±0,2
Разговор с пассажиром во время управления автомобилем	3,3±0,3	2,9±0,3	3,0±0,2
Прослушивание музыки во время управления автомобилем	2,3±0,3	2,3±0,3	2,3±0,2
Курение во время управления автомобилем	3,7±0,3	2,3±0,3	2,5±0,2
Управление автомобилем в состоянии алкогольного опьянения	4,9±0,3	4,7±0,3	4,7±0,2
Ощущение усталости во время управления автомобилем	4,7±0,3	4,5±0,3	4,5±0,2
Превышение разрешенной скорости	4,4±0,3	4,2±0,3	4,3±0,2
Отсутствие предупредительного освещения	3,9±0,3	4,4±0,3	4,3±0,2
Неисправность тормозной системы	4,5±0,3	4,7±0,3	4,7±0,2
Автомобильная резина, не соответствующая сезону	5,0±0,3	3,9±0,3	4,0±0,2

Как показал опрос респондентов, статистически значимые различия в оценке значимости большинства перечисленных факто-

ров отсутствуют: и автомобилисты, у которых перечисленные факторы риска присутствовали, и те, у кого этих факторов не было, в одинаковой степени определяют значимость перечисленных выше факторов ДТП с тяжелыми последствиями. Исключением из этой закономерности является оценка такого фактора, как отсутствие в машине ремней безопасности. Так, респонденты, попавшие в аварию на машине с отсутствующими ремнями, оценили значимость данного фактора максимально высоко – в $5 \pm 0,3$ баллов, тогда как автомобилисты, ставшие жертвой аварии в машине с ремнями безопасности, оценили этот фактор в $4,4 \pm 0,3$ балла. Вероятно, что повышение оценки значимости данного фактора связано с осмыслением причин и последствий аварии. Однако этому заключению противоречат результаты оценки такого фактора, как не пристегнутый ремень во время движения. Во-первых, эта оценка ниже ($4,4 \pm 0,3$ балла), во-вторых, она не различается для тех, кто был, и не был пристегнут во время движения. Действительно, наличие ремней безопасности само по себе не спасает от последствий аварии, и если они не пристегнуты, эффект будет тем же, что и при отсутствии ремней.

Более подробный анализ показал, что причиной данного противоречия является неоднородность совокупности. Так, водители и пассажиры легкового транспорта одинаково оценивают значимость факторов отсутствия и/или не пристегнутых ремней безопасности, причем независимо от того, были они сами пристегнуты во время движения или нет. Однако водители и пассажиры грузового, общественного транспорта и маршрутных такси, где ремни безопасности как правило, отсутствуют максимально высоко оценили значимость данного фактора риска ДТП с тяжелыми последствиями.

И в заключении следует остановиться на специфической категории мотоциклистов, велосипедистов и их пассажиров. Те, кто в момент аварии находился в защитном шлеме, считают этот фактор максимально значимым для предотвращения тяжелых последствий ДТП ($5,0 \pm 0,0$ балла), тогда как те респонденты в данной категории, которые не имели защитного шлема, считают этот фактор менее

значимым ($4,2 \pm 0,3$ балла). К сожалению, даже госпитализация после аварии не заставила их пересмотреть свое отношение к тем минимальным средствам безопасности, которыми располагает двухколесный транспорт (табл.3.26).

Таблица 3.26

Оценка факторов риска ДТП с тяжелыми последствиями в зависимости от наличия этого фактора у пострадавших в ДТП водителей и пассажиров, баллов

	Присутствие риска в ДТП, по самооценке водителя и пассажира		итого
	да	нет	
Отсутствие в машине ремней безопасности	$5,0 \pm 0,0$	$4,4 \pm 0,3$	$4,5 \pm 0,2$
Не пристегнутый ремень безопасности во время движения	$4,5 \pm 0,3$	$4,3 \pm 0,3$	$4,4 \pm 0,2$
Отсутствие в машине подушек безопасности	$4,1 \pm 0,3$	$4,3 \pm 0,3$	$4,2 \pm 0,2$
Отсутствие подголовника на сиденье водителя и пассажира	$4,3 \pm 0,3$	$3,9 \pm 0,3$	$4,1 \pm 0,2$
Перевозка детей без специального кресла			$4,6 \pm 0,2$
Отсутствие защитного шлема для мотоциклистов, велосипедистов и их пассажиров	$4,2 \pm 0,3$	$5,0 \pm 0,0$	$4,7 \pm 0,2$

У пешеходов существенно меньше в сравнении с автомобилистами, способов защиты в аврийных ситуациях. Один из них – переход проезжей части по специально обозначенному пешеходному переходу, оборудованному светофором. И те респонденты, которые соблюдали данное правило, максимально высоко оценили значимость данного фактора ($5,0 \pm 0,0$ балла). Те респонденты, которые переходили проезжую часть по переходу, который не оборудован светофором, оценивают значимость этого фактора ниже, также как и те, кто переходил проезжую часть в неположенном месте ($4,6$ – $4,7$ балла).

Переход проезжей части на запрещающий сигнал светофора все группы пешеходов оценили как максимально значимый фактор риска ДТП с тяжелыми последствиями ($5,0 \pm 0,0$ балла): и те, кто пе-

переходил проезжую часть на зеленый сигнал, и те, кто переходил на красный сигнал светофора, и те, кто переходил проезжую часть при неработающем светофоре.

Аналогичным образом оценивается значимость такого фактора, как перебегание проезжей части перед близко идущим транспортом: $5,0 \pm 0,0$ балла – теми, кто допускал такое рискованное поведение и $4,8 \pm 0,3$ балла теми, кто избегал этого риска.

Таким образом, независимо от того, повышало поведение пешеходов риск ДТП с тяжелыми последствиями, или нет, обе группы респондентов одинаково высоко оценивают значимость данных факторов. Возможно, как об этом уже было сказано выше, респонденты, ставшие жертвой аварии, переосмыслили свое поведение, в результате которого попали в стационар и стали более адекватно оценивать факторы риска ДТП с тяжелыми последствиями.

Таким образом, обсуждая маркеры результативности мер по снижению смертности от транспортных травм, следует отметить следующее.

Лица, пострадавшие в ДТП, достаточно высоко оценивают большинство факторов риска транспортных травм с тяжелыми последствиями, зависящих от поведения участников дорожного движения и безопасности транспортных средств (в основном в диапазоне 4–5 баллов по 5-бальной шкале), что свидетельствует о их информированности по данной проблеме.

Вместе с тем, явно недооценена значимость посторонней деятельности водителя во время движения (разговор по мобильному телефону или с пассажиром, прослушивание музыки, курение): респонденты считают их средними по значимости или мало значимыми (в диапазоне 2,5–3,5 балла).

В отношении большинства высоко значимых факторов совпадают оценки респондентов с наличием или отсутствием этих факторов в анамнезе ДТП. Это: управление автомобилем в состоянии алкогольного опьянения, неисправность тормозной системы, ощущение усталости за рулем (для водителей), отсутствие или не при-

стегнутые ремни безопасности (для водителей и пассажиров); переход проезжей части в неположенном месте, на красный сигнал светофора, перед близко идущим транспортом (для пешеходов). Таким образом, несоблюдение правил – не есть результат незнания, но мотивировано иными причинами.

В отношении средне и мало значимых факторов присутствует вариация оценки в зависимости от того, присутствовал этот фактор в анамнезе ДТП пострадавших или нет. Вариация носит двоякий характер. В случаях, когда оценка выше теми, у кого этот фактор присутствовал при ДТП, можно предполагать, что произошло переосмысление оценки пострадавшими с учетом полученного опыта. В случаях, когда оценка выше теми, у кого фактор риска отсутствовал, можно говорить о повышении вероятности ДТП, обусловленной незнанием, недостатком информации. Это, прежде всего, недооценка необходимости обучения в автошколе для получения водительского удостоверения, обязательности включения габаритных фонарей, независимо от погоды и времени суток, а также наличия шлемов и у водителей, и у пассажиров мотоциклов и велосипедов.

Далее рассмотрим блок вопросов, связанный с оказанием медицинской помощи пострадавшим. Наиболее типичным временем ожидания сотрудника полиции после наступления ДТП является период от 10 минут до получаса: 45,3% респондентов отметили этот период ожидания. Быстрее 10 минут и больше получаса ждали сотрудника полиции примерно пятая часть пострадавших (20,9% и 21,6% соответственно). Но следует отметить, что более десятой части пострадавших ожидали приезда сотрудника полиции более часа (12,2%). (табл.3.27).

Утром, вечером и ночью время ожидания сотрудника полиции увеличивается, при этом утром возрастает доля ожидавших более получаса, а вечером и ночью особенно возрастает доля длительного ожидания – более часа (13,7% и 17,2% соответственно). И если утром и вечером увеличение сроков ожидания полиции можно было бы объяснить трудностями дорожного движения, то ночной трафик

является более свободным и фактор длительного ожидания полиции необъясним дорожной обстановкой.

Таблица 3.27

**Распределение по времени прибытия после ДТП
сотрудников полиции в зависимости от времени дня,
в которое произошло ДТП, %**

	утро (с 7 до 12 час)	день (с 12 до 17 час)	вечер (с 17 до 22 час)	ночь (с 22 до 7 час)	Общий итог
в течение 10 минут	27,3	14,3	19,6	24,1	20,9
от 10 минут до получаса	30,3	54,3	47,1	48,3	45,3
от получаса до часа	33,3	22,9	19,6	10,3	21,6
более чем через час	9,1	8,6	13,7	17,2	12,2
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Первая помощь в подавляющем большинстве случаев оказывается на месте происшествия сотрудниками скорой помощи (60,7%). Несмотря на обучение водителей, а также сотрудников служб, участвующих в ликвидации последствий дорожных аварий, навыкам оказания первой помощи, практика свидетельствует о незначительном и избирательном прогрессе в этой области. Так, участниками (свидетелями) ДТП первая помощь была оказана в 17,0% случаев, тогда как сотрудниками полиции – в 5,9%, а сотрудниками МЧС – в 0,7% случаев. На травмпункт и больницу пришлось соответственно 8,1% и 4,4% случаев оказания первой помощи.

В зависимости от времени транспортного происшествия структура оказания первой помощи различается. Роль участников (свидетелей) ДТП возрастает в вечернее и утреннее время (22,7% и 19,4% соответственно), сотрудников полиции – в ночное (11,1%), а скорой медицинской помощи – днем (66,7%) (табл.3.28).

Таким образом время, через которое была оказана первая помощь, существенно различается в зависимости от того, кто ее оказывает. Так, если ее оказывают участники (свидетели) ДТП, то первая помощь оказывается в первые 10 минут после аварии, что соответствует рекомендациям ВОЗ по оказанию первой помощи, и результа-

там отечественных исследований в отношении прогноза последствий транспортных происшествий. Среднее время оказания первой помощи сотрудниками полиции составляет 18 минут, сотрудниками скорой помощи – 25 минут, если пострадавший первую помощь получает в травмпункте, то среднее время ее получения увеличивается до 41 минуты, а если в больнице – 63 минуты, т.е. через час после происшествия.

Таблица 3.28

**Распределение по месту оказания первой помощи
в зависимости от времени дня, в которое произошло ДТП, %**

	утро (с 7 до 12 час)	день (с 12 до 17 час)	вечер (с 17 до 22 час)	ночь (с 22 до 7 час)	Общий итог
на месте происшествия сотрудниками полиции	6,5	-	6,8	11,1	5,9
на месте происшествия сотрудниками МЧС (службы спасения)	-	3,0	-	-	0,7
на месте происшествия свидетелями (участниками) ДТП	19,4	12,1	22,7	11,1	17,0
на месте происшествия сотрудниками скорой помощи	58,1	66,7	61,4	55,6	60,7
в травмпункте	9,7	9,1	4,5	11,1	8,1
в больнице	3,2	9,1	-	7,4	4,4
другое	3,2	-	4,5	3,7	3,0
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При оценке времени оказания первой помощи может возникнуть возражение, что лучше дождаться квалифицированной помощи при приезде скорой, чем оказывать помощь не специалистам, лишь получившим некоторые навыки. Вместе с тем, анализ показал, что в половине случаев на транспортное происшествие выезжает фельдшер, в четверти случаев – врач скорой помощи, и лишь еще в четверти – специализированная бригада. Таким образом, в половине случаев, когда на вызов приезжает фельдшер, увеличение времени ожидания скорой медицинской помощи неоправдано поскольку скорая в составе фельдшера выполняет преимущественно

функции транспартировки, а навыки ее по оказанию первой помощи вполне сопоставимы с теми, что получают люди без медицинского образования, прошедшие соответствующее обучение.

С учетом полученных результатов, рассмотрим информированность респондентов о мерах по снижению смертности в ДТП, реализуемых в их регионе. Наиболее информированы респонденты о мерах по обучению водителей, сотрудников служб, участвующих в ликвидации последствий ДТП, приемам оказания первой помощи – 30,3%. И действительно, судя по результатам опроса, в заметном числе случаев первая помощь была оказана как участниками (свидетелями) ДТП, так и сотрудниками полиции, что существенно сокращает сроки оказания первой помощи пострадавшим. Более четверти респондентов знают о стандартах и новых лечебных технологиях оказания помощи пострадавшим в ДТП. И 15,7% опрошенных информированы о формировании зон ответственности медицинских учреждений на федеральных трассах, независимо от административно-территориального деления. Обо всех остальных мерах знают лишь единицы опрошенных (табл.3.29).

О последней мере лучше всего информированы жители районных центров (38,2%), о внедрении стандартов и новых технологий лечения – также жители районных центров и городов областного подчинения (50,9% и 42,9% соответственно), об обучении навыкам оказания первой помощи – те же группы жителей (около 47%). В целом по всем реализуемым мерам лучше всего информированы жители городов, исключая областной центр, где обо всех мерах знают лишь единицы. Даже жители сельских поселений значительно лучше знают о реализуемых мерах по профилактике летальных исходов ДТП, чем жители областных центров.

Обсуждая маркеры результативности мер по снижению смертности от транспортных травм, следует отметить следующее. Лица, пострадавшие в ДТП, достаточно хорошо осведомлены о большинстве факторов риска транспортных травм с тяжелыми последствиями, зависящих от поведения участников дорожного движения и безо-

пасности транспортных средств (в основном в диапазоне 4–5 баллов по 5-бальной шкале). Вместе с тем, явно недооценена значимость посторонней деятельности водителя во время движения (разговор по мобильному телефону или с пассажиром, прослушивание музыки, курение): респонденты считают их средними по значимости или мало значимыми (в диапазоне 2,5–3,5 балла).

Таблица 3.29

Информированность респондентов о мерах по снижению смертности от ДТП, реализуемых в регионе, где они проживают, на 100 опрошенных, %

	обла- стной центр	город обла- стного подчи- нения	район- ный центр	сель- ское посе- ление	ито- го
Внедрение в медицинских учреждениях автоматизированных систем, интегрированных с системой предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций	1,1	23,8	1,8	5,7	4,5
Формирование зон ответственности медицинских учреждений на федеральных автомобильных дорогах независимо от административно-территориального деления	1,1	4,8	38,2	22,9	15,7
Организация экстренной медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП, с использованием вертолетов	3,4	9,5	5,5	11,4	6,1
Внедрение стандартов и лечебных технологий оказания медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП	5,7	42,9	50,9	28,6	26,3
Разработка специальных медицинских укладок для оснащения автомобилей и стационарных постов ДПС ГИБДД, а также вертолетов, участвующих в эвакуации лиц, пострадавших в результате ДТП	3,4	23,8	1,8	2,9	5,1
Обучение водителей, сотрудников служб, участвующих в ликвидации последствий ДТП, приемам оказания первой медицинской помощи	19,5	47,6	47,3	20,0	30,3

В отношении большинства высоко значимых факторов совпадают оценки респондентов с наличием или отсутствием этих факторов в анамнезе ДТП. Это: управление автомобилем в состоянии алкогольного опьянения, неисправность тормозной системы, ощущение усталости за рулем (для водителей), отсутствие или не пристегнутые ремни безопасности (для водителей и пассажиров); переход проезжей части в неположенном месте, на красный сигнал светофора, перед близко идущим транспортом (для пешеходов). Таким образом, несоблюдение правил частью участников дорожного движения – не есть результат незнания, но мотивировано иными причинами.

При этом имеется ряд факторов риска, повышение информированности в отношении которых, способно снизить риски транспортных происшествий. Это, прежде всего, недооценка необходимости обучения в автошколе для получения водительского удостоверения, обязательности включения габаритных фонарей, независимо от погоды и времени суток, а также наличия шлемов и у водителей, и у пассажиров мотоциклов и велосипедов. Для этих факторов оценка выше теми, у кого фактор риска в анамнезе ДТП отсутствовал.

Глава 4

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕР ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

В соответствии с обоснованным в главе 1 набором индикаторов, вначале рассмотрим ценностные ориентации респондентов в отношении продолжительной жизни.

Наиболее значимой целью для респондентов обеих групп является обладание крепким здоровьем – подавляющее большинство опрошенных придали этой цели максимальную 5-бальную значимость, а в целом по выборке она составила $4,8 \pm 0,2$ балла, как в основной, так и в контрольной группах. Но далее между основной и контрольной группой выявляются различия, хотя они и не очень велики. В основной группе второе по значимости место занимает цель – прожить долгую жизнь, а также иметь внуков – $4,5 \pm 0,2$ балла, тогда как в контрольной группе на втором месте оказывается цель – достижение материального достатка – $4,7 \pm 0,2$ балла, продолжительная жизнь отходит на третье место ($4,6 \pm 0,2$ балла), а желание иметь внуков – даже на четвертую позицию ($4,5 \pm 0,2$ балла). Абсолютная значимость этих целей в основной и контрольной группой, оцененная в баллах, не выявляет существенных различий, но относительная значимость, определяемая местом в структуре ценностей, четко определяет приоритетность в контрольной группе материального достатка в сравнении ценностями продолжительной и семейной жизни.

Следующая по значимости группа целей заключается в профессиональной реализации – «Получить образование, постоянно

повышать квалификацию» и «Иметь успех, продвижение на работе», которые оказались в одинаковой степени важны для респондентов основной и контрольной групп – $4,3 \pm 0,2$ балла. При этом, для опрошенных из контрольной группы столь же значим интересный досуг, тогда как в основной группе досуг, общение с друзьями, и, особенно, ощущение независимости и возможность «делать то, что хочу», существенно уступают значимости этих целей в контрольной группе.

Итак, между респондентами основной и контрольной группой присутствуют отчетливые различия в системе жизненных ценностей. В основной группе приоритет отдан долголетию и семейным ценностям, в контрольной – материальному достатку. В основной группе образование и профессиональный успех рассматриваются как условие (ближе по значимости) материального достатка, в контрольной – интересного досуга, общения с друзьями и личной независимости.

Существенно, что гендерная специфика системы ценностей в основной и контрольной группе оказывается практически одинаковой. Так, и в основной, и в контрольной группе для женщин большей ценностью обладают цели обладания крепким здоровьем, долголетия, наличия внуков. Вместе с тем, также для женщин более значимы ценности образования и повышения квалификации, тогда как для мужчин большей значимостью обладает результат, который, в том числе, может быть достигнут с помощью образования и квалификации, а именно: успех, продвижение на работе, материальный достаток. Для мужчин также более значимы ценности досуга, общения с друзьями и личной независимости (табл.3.30).

С учетом полученных результатов, рассмотрим далее установки респондентов на продолжительность жизни.

По результатам опроса у респондентов контрольной группы оказались более высокие, чем в основной группе, установки желаемой продолжительности жизни, т.е. того числа лет, которое, ес-

ли бы у них была возможность выбора, они предпочли бы прожить при самых благоприятных условиях: 89,9 лет и 83,8 лет соответственно, причем превышение примерно одинакового масштаба отмечается и для мужчин (87,4 года против 80,8 лет) и для женщин (91,0 год против 85,1 лет). Вместе с тем, ожидаемая продолжительность жизни, т.е. оценка респондентами числа лет, которое, как они полагают, им удастся прожить, если учесть состояние здоровья, условия и образ жизни, оказалась существенно выше у респондентов основной группы: 79,7 лет против 74,1 года. При этом у женщин масштабы превышения оказались существенно больше (83,7 года против 75,3 года), чем у мужчин (72,5 года против 71,5 года). Таким образом, в основной группе оценки желаемой и ожидаемой продолжительности жизни существенно ближе, чем в контрольной (табл.3.31).

Таблица 3.30

**Оценка респондентами по 5-бальной шкале значимости
для них достижения жизненных целей, баллов**

	Респонденты, посетившие ЦЗ			Респонденты, не об- ращавшиеся в ЦЗ		
	жен- щины	муж- чины	Оба пола	жен- щины	муж- чины	Оба пола
Материальный достаток	4,4±0,2	4,5±0,3	4,4±0,2	4,6±0,2	4,7±0,3	4,7±0,2
Получить образование, по- стоянно повышать квалифи- кацию	4,4±0,2	4,1±0,3	4,3±0,2	4,3±0,2	4,1±0,3	4,3±0,2
Иметь успех, продвижение на работе	4,3±0,2	4,3±0,3	4,3±0,2	4,3±0,2	4,4±0,3	4,3±0,2
Интересно проводить досуг	4,2±0,2	4,2±0,3	4,2±0,2	4,3±0,2	4,3±0,3	4,3±0,2
Много общаться с друзьями	3,8±0,2	4,1±0,3	3,9±0,2	4,1±0,2	4,2±0,3	4,1±0,2
Прожить долгую жизнь	4,6±0,2	4,3±0,3	4,5±0,2	4,6±0,2	4,5±0,3	4,6±0,2
Иметь внуков	4,6±0,2	4,3±0,3	4,5±0,2	4,6±0,2	4,4±0,3	4,5±0,2
Обладать крепким здоровьем	4,8±0,2	4,7±0,3	4,8±0,2	4,8±0,2	4,7±0,3	4,8±0,2
Быть свободной, независимой и делать то, что хочу только я	3,5±0,2	3,8±0,3	3,7±0,2	3,8±0,2	4,0±0,3	3,9±0,2

Таблица 3.31

**Оценка респондентами желаемой и ожидаемой
продолжительности жизни, лет**

	Респонденты, посе- тившие ЦЗ			Респонденты, не об- рацававшиеся в ЦЗ		
	жен- щины	муж- чины	Оба пола	жен- щины	муж- чины	Оба пола
Средняя желаемая про- должительность жизни	85,1	80,8	83,8	91,0	87,4	89,9
Средняя ожидаемая про- должительность жизни	83,7	72,5	79,7	75,3	71,5	74,1
Разница между желаемой и ожидаемой продолжи- тельностью жизни	1,4	8,3	4,1	15,7	15,9	15,8

Полученные результаты в отношении высоких ориентиров желаемой продолжительности жизни соответствуют значимости ценностей долголетия в системе ценностей населения активного возраста. При этом, как было показано выше, абсолютная значимость ценностей долголетия несколько выше в контрольной группе ($4,6 \pm 0,2$ балла против $4,5 \pm 0,2$ балла). Можно возразить, что различия в бальных оценках невелики и находятся в пределах статистической ошибки, но если их анализировать не изолировано, а в связи с установками на желаемую продолжительность жизни, то направленность различий в бальных оценках объясняет более высокие установки желаемой длительности жизни у респондентов контрольной группы.

Вместе с тем, значимость ценностей долголетия в контрольной группе уступает по важности ценностям материального достатка, что и определяет существенно более низкие ожидания продолжительной жизни в этой группе в сравнении с основной. Так, в основной группе разница между желаемой и ожидаемой продолжительностью жизни составляет 4,1 года, тогда как в контрольной – 15,8 года.

Аналогичным образом, система ценностей мужчин с более значимыми, в сравнении с женщинами, ценностями успеха, продвиже-

ния на работе, материального достатка, и особенно, – досуга, общения с друзьями и личной независимости, определяет более низкие установки и на желаемую, и на ожидаемую продолжительность жизни. В целом для всей совокупности мужчин (суммарно по основной и контрольной группам) желаемая продолжительность жизни меньше чем у женщин на 4 года (84,1 года против 88,1 года), а ожидаемая – на 7,5 года (72,0 года против 79,5 года) (табл.3.32).

Таблица 3.32

**Оценка респондентами по 5-бальной шкале значимости
мотивов длительной жизни, баллов**

	Респонденты, посетившие ЦЗ			Респонденты, не об- рацававшиеся в ЦЗ		
	жен- щины	муж- чины	Оба пола	жен- щины	муж- чины	Оба пола
Хотелось бы еще пожить и для себя, не работая	4,0±0,2	4,0±0,3	4,0±0,2	4,0±0,2	3,9±0,3	3,9±0,2
Не хочу терять свои пенси- онные накопления и пол- ностью их использовать	3,0±0,2	2,8±0,3	2,9±0,2	3,0±0,2	3,0±0,3	3,0±0,2
Пожилые люди пользуются уважением в обществе	2,4±0,2	2,6±0,3	2,5±0,2	2,6±0,2	2,6±0,3	2,6±0,2
Хочу подольше поработать и в пенсионном возрасте	2,7±0,2	2,7±0,3	2,7±0,2	2,6±0,2	2,6±0,3	2,6±0,2
Хочу помогать моим взрос- лым детям	4,1±0,2	3,9±0,3	4,0±0,2	3,8±0,2	3,8±0,3	3,8±0,2
Не хочу оставить супру- га(у) одного(у) без моей помощи и поддержки	3,9±0,2	4,0±0,3	3,9±0,2	3,9±0,2	3,9±0,3	3,9±0,2
Хочу долго жить, чтобы увидеть внуков	4,6±0,2	4,3±0,3	4,5±0,2	4,6±0,2	4,5±0,3	4,6±0,2

Мотивация долголетия существенно не отличается в основной и контрольной группой и является вполне традиционной. На первом месте с существенным отрывом лидирует мотив «Хочу долго жить, чтобы увидеть внуков» – 4,5–4,6 балла. Затем следуют практически с равным весом еще два семейных («Не хочу оставить супруга(у) одного(у) без моей помощи и поддержки»; «Хочу помогать моим взрослым детям») и личный («Хотелось бы еще пожить и для

себя, не работая») мотивы. Впервые, в сравнении с ранее проведенными исследованиями, довольно высокую значимость обнаружил мотив использования пенсионных накоплений (2,9–3,0 балла), который опередил традиционно мало значимые мотивы – желание поработать в пенсионном возрасте из-за интереса к работе, а также мотив, связанный с уважением в обществе к пожилым.

Приступая к обсуждению «помех», которые мешают респондентам прожить желаемое число лет, стоит вспомнить, что наибольшая разница между желаемой и ожидаемой продолжительностью жизни отмечалась в контрольной группе, а при гендерном сравнении – у мужчин. Поэтому можно было ожидать, что удельный вес тех, кому те или иные обстоятельства мешают прожить желаемое число лет, окажется также выше среди респондентов контрольной группы, и, прежде всего, среди мужчин.

По результатам опроса различия оказались существенными по следующим темам. Материальные и жилищные трудности являются существенной помехой для желаемого долголетия для 13,6% респондентов основной и 20,6% контрольной групп, в том числе для мужчин в 12,3% и 28,7% случаях соответственно. Если учесть, что самооценка уровня жизни и жилищных условий у мужчин и женщин в основной и контрольной группах не различается, то восприятие материальных и жилищных условий как помехи к желаемому долголетию исходит из оценки значимости этой цели в системе жизненных ценностей. А именно в контрольной группе, и в целом для мужчин эта цель – материальный достаток – обладает более высоким приоритетом, чем в основной группе, и в целом для женщин. Аналогичным образом, в контрольной группе, прежде всего, для мужчин существенно выше доля тех, кому для достижения желаемого долголетия «очень мешает» большая занятость, отсутствие времени для заботы о здоровье. Очевидным образом, это становится помехой, если ценности карьеры, досуга и общения с друзьями обладают большей значимостью, чем в основной группе, и в целом для женщин.

Несколько особняком стоит помеха, связанная с неудовлетворительной медицинской помощью: доля тех, для кого это является препятствием к достижению желаемого долголетия, составляет 31,4% в контрольной и 20,4% в основной группах, в том числе у мужчин 30,2% и 11,3% соответственно. Поскольку и в основной и в контрольной группах опрашивались респонденты в возрасте от 20 до 40 лет, не имеющие хронических заболеваний, объективные основания для подобных различий отсутствуют. Однако следует отметить, что именно те респонденты, которые игнорируют центр здоровья, как элемент системы здравоохранения, чаще склонны считать качество медицинской помощи помехой к достижению желаемой продолжительности жизни (табл.3.33).

Таблица 3.33

**Оценка респондентами помех
к достижению желаемой длительности жизни,
(удельный вес тех, кому данная причина «очень мешает»), %**

	Респонденты, посетившие ЦЗ			Респонденты не об- ращавшиеся в ЦЗ		
	жен- щины	муж- чины	Оба пола	жен- щины	муж- чины	Оба пола
Материальные и жилищные трудности	14,2	12,3	13,6	16,8	28,7	20,6
Желание жить в свое удовольствие, ни в чем себе не отказывая	5,7	12,9	7,9	5,4	6,9	5,9
Неуверенность в завтрашнем дне	26,9	20,3	24,8	24,6	32,2	27,0
Опасение одиночества в старости	23,6	20,8	22,7	22,7	18,4	21,3
Опасение бедности в старости	34,8	29,7	33,2	31,9	32,9	32,2
Неудовлетворительная медицинская помощь	24,5	11,3	20,4	31,9	30,2	31,4
Недостаточная социальная поддержка в старости	41,1	38,4	40,3	43,5	40,0	42,4
Недостаточно возможностей для занятий физкультурой, оздоровительными видами спорта	14,5	11,1	13,4	18,8	13,6	17,2
Большая занятость, отсутствие времени для заботы о здоровье	26,8	13,9	22,7	33,0	28,7	31,6

В целом, следует констатировать, что набор помех к достижению желаемого долголетия тесно связан с системой ценностей: помех тем больше и встречаются они тем чаще, чем ниже приоритет ценности долголетия в сравнении с другими ценностями: материального достатка, карьеры, успеха, досуга и пр.

Таким образом, характеризуя такой маркер результативности мер по формированию здорового образа жизни, как ценность долголетия и его мотивация, следует отметить следующее.

Между респондентами основной и контрольной группой присутствуют отчетливые различия в системе жизненных ценностей. В основной группе приоритет отдан долголетию и семейным ценностям, в контрольной – материальному достатку. В основной группе образование и профессиональный успех рассматриваются как условие (ближе по значимости) материального достатка, в контрольной – интересного досуга, общения с друзьями и личной независимости.

Для женщин большей ценностью обладают цели обладания крепким здоровьем, долголетия, наличия внуков. Вместе с тем, для женщин также более значимы ценности образования и повышения квалификации, тогда как для мужчин большей значимостью обладает результат, который, в том числе, может быть достигнут с помощью образования и квалификации, а именно: успех, продвижение на работе, материальный достаток. Для мужчин также более значимы ценности досуга, общения с друзьями и личной независимости.

Полученные результаты в отношении высоких ориентиров желаемой продолжительности жизни соответствуют значимости ценностей долголетия в системе ценностей населения активного возраста. Вместе с тем, более низкая ожидаемая продолжительность жизни в контрольной группе, а также у мужчин в сравнении с женщинами корреспондируют с различиями в системе ценностей сравниваемых групп.

Мотивация долголетия существенно не отличается в основной и контрольной группой и является вполне традиционной с преоб-

ладанием значимости семейных и личных мотивов. Вместе с тем, впервые, в сравнении с ранее проведенными исследованиями, довольно высокую значимость обнаружил мотив использования пенсионных накоплений (2,9–3,0 балла), что отражает новые экономические реалии.

Набор помех к достижению желаемого долголетия тесно связан с системой ценностей: помех тем больше и встречаются они тем чаще, чем ниже приоритет ценности долголетия в сравнении с другими ценностями: материального достатка, карьеры, успеха, досуга и пр.

Далее рассмотрим особенности поведения респондентов в вопросах сохранения здоровья. По данным о весоростовых характеристиках респондентов рассчитан индекс массы тела (ИМТ), на основании которого в таблицах приведена группировка респондентов. В диапазоне величины ИМТ от 20 до 25 выделена группа с «нормой», ниже 20 – с пониженной массой тела, от 26 до 30 – с ожирением 1 степени, от 31 до 35 – с ожирением 2 степени, выше 35 – с ожирением 3 степени.

Итак, на момент опроса распределение респондентов по ИМТ не обнаружило принципиальных отличий. Отклонения в границах статистической достоверности касаются несколько большей доли респондентов в основной группе с нормальным ИМТ и в контрольной – с ожирением 1 степени. Направленность этих различий характерна и для мужчин, и для женщин. Вместе с тем, в основной группе присутствуют респонденты с ожирением 3 степени, чего нет в контроле, а в контроле, напротив, чаще встречается пониженный вес. И тот, и другой полюсный варианты характерны только для женщин (табл.3.34).

Распределение респондентов основной группы по ИМТ за время после посещения Центра здоровья, заметно изменилось. Изменения не коснулись только респондентов с пониженным весом. Во всех остальных категориях отмечена как позитивная, так и негативная динамика. Причем, чем хуже была ситуация на момент посещения ЦЗ, тем более позитивные изменения произошли. Так, среди женщин,

посетивших ЦЗ с нормальным ИМТ или 1 стадией ожирения, большая часть опрошенных сохранила позиции, но у 3,1–6,8% отмечена негативная динамика, и у 1,0–17,2% – позитивная. Тогда как у респонденток, посетивших Центр здоровья с 2 или 3 стадией ожирения, негативная динамика отсутствует, а значительная часть их (с 3 стадией – более половины) добились позитивных результатов по нормализации ИМТ. У мужчин позитивная динамика за время с посещения ЦЗ еще более выражена, а негативная – отсутствует (табл.3.35).

Таблица 3.34

Распределение респондентов по ИМТ на момент опроса, %

ИМТ	Респонденты, посетившие ЦЗ		Респонденты не обращавшиеся в ЦЗ	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
пониженный вес	6,6	5,6	15,3	4,5
норма	64,1	61,1	55,2	54,5
ожирение 1 ст	19,2	29,2	24,0	34,1
ожирение 2 ст	6,0	4,2	5,5	6,8
ожирение 3 ст	4,2	-	-	-
	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 3.35

Распределение респондентов по ИМТ до первого посещения Центра здоровья и на момент опроса, %

ИМТ на момент опроса	ИМТ до первого посещения Центра здоровья				
	пониже- ный вес	норма	ожирение 1 ст	ожирение 2 ст	ожирение 3 ст
	женщины				
пониженный вес	100,0	1,0	-	-	-
норма	-	95,8	17,2	-	-
ожирение 1 ст	-	3,1	75,9	16,7	14,3
ожирение 2 ст	-	-	3,4	83,3	42,9
ожирение 3 ст	-	-	3,4	-	42,9
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	мужчины				
пониженный вес	100,0	-	-	-	-
норма	-	100,0	25,0	-	-
ожирение 1 ст	-	-	75,0	66,7	-
ожирение 2 ст	-	-	-	33,3	100,0
ожирение 3 ст	-	-	-	-	-
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Ситуация с ИМТ существенно зависит и от характера питания, и от двигательной активности.

Среди респондентов основной группы руководствуются рекомендациями о здоровом питании более 40% мужчин и женщин, тогда как в контроле – 18,3% женщин и вдвое меньше мужчин. При этом не задумываются о своем рационе только 7,9–4,5% респондентов основной и 17,2–24,4% контрольной групп. Кроме того, оказалось, что в контрольной группе существенно выше доля тех, чей рацион питания ограничен доходами: 20,6–24,4% против 10,8–7,6% в основной группе. Вместе с тем, важно учитывать, что самооценка уровня жизни респондентов основной и контрольных групп была практически идентичной, так что использование доходного фактора в качестве аргумента характера питания является своеобразным социально приемлемым оправданием сложившегося рациона (табл.3.36).

Таблица 3.36

**Распределение респондентов по характеру питания
на момент опроса, %**

Характер питания	Респонденты, посетившие ЦЗ		Респонденты не обращавшиеся в ЦЗ	
	женщи- ны	мужчи- ны	женщи- ны	мужчи- ны
рекомендации о здоровом питании	46,0	43,9	18,3	8,5
ем все, что вкусно	20,1	37,9	26,7	30,5
стараюсь похудеть	15,1	6,1	17,2	12,2
ем то, что доступно по доходам	10,8	7,6	20,6	24,4
не думаю об этом	7,9	4,5	17,2	24,4
	100,0	100,0	100,0	100,0

В основной группе отмечены существенные перемены в характере питания после посещения Центра здоровья. Среди тех, чей рацион питания изменился, большая часть стала руководствоваться рекомендациями о здоровом питании. Так, среди респондентов, которые до посещения Центра здоровья руководствовались вкусовыми предпочтениями, изменили привычки 65,2% женщин и 35,7%

мужчин, в том числе 43,5–32,1% стали руководствоваться рекомендациями о здоровом питании. Среди респондентов, которые старались похудеть, после посещения Центра здоровья изменили свой рацион питания 66,7%, в том числе 53,3–33,3% женщин и мужчин стали руководствоваться рекомендациями о здоровом питании. Но самые большие перемены произошли с теми, кто до посещения Центра здоровья не задумывался о характере питания: среди них более половины женщин и 80% мужчин изменили характер питания, в том числе 45,5–70% стали руководствоваться рекомендациями о здоровом питании (табл.3.37).

Таблица 3.37

Распределение респондентов по характеру питания до первого посещения Центра здоровья и на момент опроса, %

Характер питания на момент опроса	Характер питания до первого посещения Центра здоровья				
	рекомендации о здоровом питании	ем все, что вкусно	стараюсь похудеть	ем то, что доступно по доходам	не думаю об этом
	<i>женщины</i>				
рекомендации о здоровом питании	84,2	43,5	53,3	28,6	45,5
ем все, что вкусно	5,3	34,8	13,3	4,8	4,5
стараюсь похудеть	10,5	21,7	33,3	-	4,5
ем то, что доступно по доходам	-	-	-	66,7	-
не думаю об этом	-	-	-	-	45,5
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	<i>мужчины</i>				
рекомендации о здоровом питании	80,0	32,1	33,3	16,7	70,0
ем все, что вкусно	10,0	64,3	33,3	-	10,0
стараюсь похудеть	10,0	3,6	33,3	-	-
ем то, что доступно по доходам	-	-	-	83,3	-
не думаю об этом	-	-	-	-	20,0
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Что касается физкультурно-оздоровительных занятий, то в основной группе четверть женщин и почти треть мужчин (23,1–31,6%) не имеют никаких регулярных форм оздоровительной и двигательной активности, тогда как в контроле таких в 1,5 раза меньше среди женщин и почти вдвое – среди мужчин (16,1–11,2%) (табл.3.38).

Таблица 3.38

Распределение респондентов по частоте и формам физкультурно-оздоровительных занятий на момент опроса, %

формы физкультурно-оздоровительных занятий	Респонденты, посетившие ЦЗ		Респонденты, не обращавшиеся в ЦЗ	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
Утренняя зарядка, оздоровительный бег	22,5	25,0	9,9	10,1
Занятия спортом на стадионе, на спортплощадке	2,9	9,2	4,7	16,9
Посещение спортивно-оздоровительных секций, бассейна, фитнес-центра	17,9	9,2	19,3	11,2
Принятие контрастного душа	13,9	7,9	13,5	16,9
Посещение сауны, русской бани	19,7	17,1	36,5	33,7
Не занимаюсь ничем	23,1	31,6	16,1	11,2
	100,0	100,0	100,0	100,0

Среди респондентов, имеющих различные формы физкультурно-оздоровительных занятий, в основной группе более чем вдвое, в сравнении с контролем, выше доля занимающихся утренней зарядкой или оздоровительным бегом: 22,5–25,0% против 9,9–10,1% соответственно. При этом в контрольной группе вдвое чаще респонденты посещают сауну или русскую баню: 36,5–33,7% против 19,7–17,1% в основной группе.

За время, прошедшее с момента посещения Центра здоровья, лишь треть респондентов изменили образ жизни, а 2/3 по-прежнему не занимаются никакими физкультурно-оздоровительными процедурами. Среди тех, кто изменил образ жизни, практически половина стали заниматься утренней зарядкой или оздоровительным бегом,

второе по частоте – принятие контрастного душа. Таким образом, среди рассмотренных элементов образа жизни посещение Центра здоровья минимальным образом повлияло на формирование физически активного образа жизни (табл.3.39).

Таблица 3.39

Распределение респондентов по частоте и формам физкультурно-оздоровительных занятий до первого посещения Центра здоровья и на момент опроса, %

Частота и формы физкультурно-оздоровительных занятий на момент опроса	Не занимавшиеся физкультурно-оздоровительными процедурами до первого посещения Центра здоровья	
	женщины	мужчины
Утренняя зарядка, оздоровительный бег	17,9	15,2
Занятия спортом на стадионе, на спорт-площадке	1,8	3,0
Посещение спортивно-оздоровительных секций, бассейна, фитнес-центра	3,6	3,0
Принятие контрастного душа	7,1	6,1
Посещение сауны, русской бани	5,4	3,0
Не занимаюсь ничем	64,3	69,7
Общий итог	100,0	100,0

Среди поведенческих стереотипов, наносящих максимальный ущерб здоровью, курение становится все более значимым фактором из-за растущей распространенности данной привычки.

По распространенности и частоте курения респонденты основной и контрольной групп принципиально не отличаются. Так, не курят 86,2–45,3% женщин и мужчин в основной и 81,2–51,2% в контрольной группах, при этом группа повышенного риска – выкуривающие ежедневно более пачки – составляет 2,7% в основной и 4,8% в контрольной группе (табл.3.40).

У респондентов основной группы за время, прошедшее с момента посещения Центра здоровья, произошли преимущественно позитивные изменения в отношении стереотипов курения. В основном, они коснулись много курящих. Так, среди женщин, выкуривавших ежедневно от 10 до 20 сигарет, 40% уменьшили количество си-

гарет, и еще 20% бросили курить; среди мужчин с такой же частотой курения уменьшили число ежедневно выкуриваемых сигарет 28,6%. Среди женщин, куривших ежедневно больше пачки, все уменьшили число выкуриваемых ежедневно сигарет, среди мужчин в этой категории позитивные изменения коснулись более чем 70%, в том числе 14,3% – бросили курить (таблица 3.41).

Таблица 3.40

**Распределение респондентов по частоте курения
на момент опроса, %**

Частота курения	Респонденты, посетившие ЦЗ		Респонденты, не обращавшиеся в ЦЗ	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
не курю	86,2	45,3	81,2	51,2
до 5 сигарет	3,0	12,0	3,9	10,7
5–9	4,8	13,3	7,7	7,1
10–20	6,0	26,7	7,2	26,2
больше пачки	-	2,7	-	4,8
	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 3.41

**Распределение респондентов по частоте курения
до первого посещения Центра здоровья и на момент опроса, %**

Частота курения на момент опроса	Частота курения до первого посещения Центра здоровья				
	не курю	до 5 сига- рет	5–9	10–20	больше пачки
	женщины				
не курю	100,0	40,0	-	20,0	-
до 5 сигарет	-	40,0	25,0	10,0	-
5–9	-	20,0	50,0	30,0	-
10–20	-	-	25,0	40,0	100,0
больше пачки	-	-	-	-	-
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Мужчины				
не курю	100,0	50,0	-	-	14,3
до 5 сигарет	-	33,3	44,4	9,5	14,3
5–9	-	-	55,6	19,0	14,3
10–20	-	16,7	-	71,4	28,6
больше пачки	-	-	-	-	28,6
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В отношении потребления алкоголя между респондентами основной и контрольной групп на момент опроса отмечена существенная разница. Так, в основной группе среднедушевое потребление женщин составило 0,8 л в пересчете на абсолютный алкоголь, мужчин – 3,5 л, тогда как в контроле – 2,5–7,7 л соответственно. Такие различия обусловлены, с одной стороны, существенно большей долей не пьющих мужчин и женщин (78,0–55,3%) в основной группе в сравнении с контролем (47,9–33,7%), с другой, – значимо меньшей долей много пьющих (более 4 л женщинами и 8 л мужчинами среднедушевого потребления в год в пересчете на абсолютный алкоголь), которая в основной группе составляет 5,2–14,5%, в контроле 20,8–37,1% соответственно женщин и мужчин (табл.3.42).

Таблица 3.42

**Распределение респондентов по потреблению алкоголя
на момент опроса, %**

среднедушевое потребление в год, литров в пересчете на абсолютный алкоголь	Респонденты, посетившие ЦЗ	Респонденты, не обращавшиеся в ЦЗ
	<i>женщины</i>	
не пьющие	78,0	47,9
до 2 л	9,8	16,7
2,0–3,9	6,9	14,6
4 и более	5,2	20,8
Общий итог	100,0	100,0
	<i>мужчины</i>	
не пьющие	55,3	33,7
до 4 л	15,8	21,3
4–7,9	14,5	7,9
8 л и более	14,5	37,1
Общий итог	100,0	100,0

За время, прошедшее с посещения Центра здоровья, в алкогольном поведении респондентов основной группы произошли противоречивые, но в целом позитивные перемены. В среднедушевом исчислении потребление алкоголя женщинами сократилось с 0,8 л до 0,7 л, а мужчинами – с 3,9 до 3,5 л. Вместе с тем, среди не пьющих на момент посещения Центра здоровья, 3,5% женщин и

5% мужчин начали употреблять алкоголь, среди женщин, кто на момент опроса употреблял от 2 до 4 л алкоголя в год в пересчете на абсолютный алкоголь, 14,3% респонденток увеличили потребление, а среди мужчин с уровнем потребления до 4 л в год увеличили потребление 8,3% респондентов. Вместе с тем, в большем числе случаев произошли позитивные перемены, особенно среди много пьющих. Так, среди много пьющих женщин сократила потребление треть, а среди много пьющих мужчин – более 40% респондентов; среди средне пьющих (2–3,9 л женщины и 4–7,9 л мужчины) – 21,4% женщин и 30% мужчин (табл.3.43).

Таблица 3.43

Распределение респондентов по среднелюдовому потреблению алкоголя до первого посещения Центра здоровья и на момент опроса (литров, в пересчете на абсолютный алкоголь), %

Потребление алкоголя на момент опроса	Потребление алкоголя до первого посещения Центра здоровья			
	<i>женщины</i>			
	<i>не пьющие</i>	<i>до 2 л</i>	<i>2,0–3,9 л</i>	<i>4 л и более</i>
не пьющие	96,3	25,0	7,1	-
до 2 л	0,7	75,0	14,3	37,5
2,0–3,9 л	1,5	-	64,3	-
4 л и более	1,5	-	14,3	62,5
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0
	<i>мужчины</i>			
	<i>не пьющие</i>	<i>до 4 л</i>	<i>4–7,9 л</i>	<i>8 л и более</i>
не пьющие	95,0	16,7	10,0	7,1
до 4 л	-	75,0	20,0	7,1
4–7,9 л	-	-	70,0	28,6
8 л и более	5,0	8,3	-	57,1
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0

Таким образом, характеризуя такой маркер результативности мер по формированию здорового образа жизни, как самосохранительное поведение, следует отметить следующее.

В отношении потребления алкоголя между респондентами основной и контрольной групп на момент опроса отмечена сущест-

венная разница. Так, в основной группе среднедушевое потребление женщин составило 0,8 л годового потребления в пересчете на абсолютный алкоголь, мужчин – 3,5 л, тогда как в контроле – 2,5–7,7 л соответственно. Такие различия обусловлены, с одной стороны, существенно большей долей не пьющих мужчин и женщин (78,0–55,3%) в основной группе в сравнении с контролем (47,9–33,7%), с другой, – значимо меньшей долей много пьющих, которая в основной группе составляет 5,2–14,5%, в контроле 20,8–37,1% соответственно женщин и мужчин.

Вместе с тем, по распространенности и частоте курения респонденты основной и контрольной групп принципиально не отличаются. Так, не курят 86,2–45,3% женщин и мужчин в основной и 81,2–51,2% в контрольной группах, при этом группа повышенного риска – выкуривающие ежедневно более пачки – составляет 2,7% в основной и 4,8% в контрольной группе.

Распределение респондентов основной и контрольной групп по ИМТ также не обнаружило принципиальных отличий. При этом характер питания респондентов основной группы является более здоровым. Среди респондентов основной группы руководствуются рекомендациями о здоровом питании более 40% мужчин и женщин, тогда как в контроле – 18,3% женщин и еще вдвое меньше мужчин. При этом не задумываются о своем рационе только 7,9–4,5% респондентов основной и 17,2–24,4% контрольной групп.

Однако, что касается физкультурно-оздоровительных занятий, то в основной группе четверть женщин и почти треть мужчин (23,1–31,6%) не имеют никаких регулярных форм оздоровительной и двигательной активности, тогда как в контроле таких в 1,5 раза меньше среди женщин и почти втрое – среди мужчин (16,1–11,2%). При этом среди респондентов, имеющих различные формы физкультурно-оздоровительных занятий, в основной группе более чем вдвое, в сравнении с контролем, выше доля занимающихся утренней зарядкой или оздоровительным бегом: 22,5–25,0% против 9,9–10,1% соответственно.

Существенно, что после посещения Центра здоровья в самосохранительном поведении респондентов произошли в целом позитивные перемены, причем в наибольшей степени они коснулись групп риска по ИМТ, курению и потреблению алкоголя. Минимальные перемены произошли в образе жизни респондентов, не включенных в физкультурно-оздоровительные занятия.

В завершении рассмотрим самооценку респондентами своего образа жизни и готовность его изменить. В основной группе оценивают свой образ жизни как здоровый 48,5% женщин и 38,6% мужчин, тогда как в контроле 28,4–24,1% соответственно. Считают, что до здорового образа жизни им далеко всего 1,8–7,1% респондентов основной и 10,5–14,9% – контрольной групп. При этом, как показал анализ самосохранительного поведения респондентов, между основной и контрольной группой отсутствуют принципиальные различия по поведенческим характеристикам, кроме алкогольного поведения и формирования рациона питания. Возможно, что оценивая свой образ жизни, респонденты учитывают не только его современные особенности, но и усилия, которые были приложены для его изменения (табл.3.44).

Таблица 3.44

Распределение респондентов по самооценке образа жизни на момент опроса, %

Самооценка образа жизни на момент опроса	Респонденты, посетившие ЦЗ		Респонденты не обращавшиеся в ЦЗ	
	женщины	мужчины	Женщины	Мужчины
его можно назвать здоровым	48,5	38,6	28,4	24,1
он не совсем здоровый	49,7	54,3	61,1	60,9
до здорового образа жизни мне далеко	1,8	7,1	10,5	14,9
	100,0	100,0	100,0	100,0

Действительно, до посещения Центра здоровья значительная часть респондентов куда более критично оценивала свой образ жизни, но многое сделала, чтобы его изменить. Так, из числа респондентов, которые до посещения Центра здоровья считали свой образ жизни

ни не совсем здоровым, 18,7% женщин и 15,6% мужчин добились его более позитивной самооценки, а из числа тех, кому, по их мнению, до здорового образа жизни было далеко, более позитивной самооценки добились 72,7% женщин и 60,0% мужчин. Таким образом, образом, эта динамика соответствует полученным выше результатам, в соответствии с которыми более существенного прогресса добились респонденты, входившие в группу риска (табл.3.45).

Таблица 3.45

Распределение респондентов по самооценке образа жизни до первого посещения Центра здоровья и на момент опроса, %

Самооценка образа жизни на момент опроса	Самооценка образа жизни до первого посещения ЦЗ		
	Образ жизни можно назвать здоровым	он не совсем здоровый	до здорового образа жизни мне далеко
	<i>женщины</i>		
его можно назвать здоровым	93,4	18,7	9,1
он не совсем здоровый	6,6	81,3	63,6
до здорового образа жизни мне далеко	-	-	27,3
Общий итог	100,0	100,0	100,0
	<i>Мужчины</i>		
	его можно назвать здоровым	82,6	15,6
	он не совсем здоровый	17,4	84,4
	до здорового образа жизни мне далеко	-	40,0
	Общий итог	100,0	100,0

Итак, полученные результаты констатируют в целом меньшую распространенность факторов риска и более здоровый образ жизни в основной группе в сравнении с контрольной, а также позитивную динамику самосохранительного поведения после посещения Центра здоровья. Однако, означает ли, что «после посещения» можно приравнять к «вследствие посещения». Как оценивают сами респонденты влияние Центра здоровья на изменение своего поведения.

Важным фактором принятия рекомендаций является мотивация посещения Центра здоровья. В этом отношении более половины респондентов (54,2%) обратились в Центр здоровья целенаправленно с тем, чтобы пройти обследование и получить рекомендации, пятая часть посетивших Центр здоровья, была направлена из поликлиники, и 14,6% сообщили, что ими руководило любопытство, поскольку «об этом много говорят». Женщины чаще обращались целенаправленно (59,9% против 41,1%), а мужчины – из любопытства (23,3% против 10,8%) и за кампанию (11,0% против 4,8%) (табл.3.46).

Таблица 3.46

Распределение респондентов основной группы по причинам, побудившим обратиться в Центр здоровья, %

	женщины	мужчины	Оба пола
пошел(ла) за кампанию	4,8	11,0	6,7
было интересно, об этом много говорят	10,8	23,3	14,6
направили из поликлиники	19,8	19,2	19,6
хотел(а) пройти обследование и получить рекомендации	59,9	41,1	54,2
Другое	4,8	5,5	5,0
	100,0	100,0	100,0

Однократным посещение Центра здоровья было для 68% респондентов, вместе с тем, более чем четверть (26,2%) – посещали Центр здоровья несколько раз, а 5,6% – делают это регулярно. Таким образом, немногим менее трети респондентов, посетивших ЦЗ, становятся участникам школ по разным направлениям профилактики факторов риска. Характерно, что гендерных различий в частоте посещения Центра здоровья не обнаружено, таким образом пресловутое нежелание мужчин заботиться о здоровье в действительности связано с отсутствием мотивации, которая может быть сформирована, как оказалось, с одинаковым успехом и у мужчин, и у женщин.

Подавляющее большинство респондентов (81,3%), получили, как они сами считают, полезную для них информацию в ходе посещения Центра здоровья, 15,8% – затруднились с оценкой, и лишь

единицы (2,9%) ответили отрицательно. Статистически значимых отличий в оценке полезности посещения Центра здоровья мужчинами и женщинами не обнаружено. Несколько меньшее число респондентов, однако, не менее 70%, отметили, что посещение Центра здоровья и полученные рекомендации повлияли на их самооценку образа жизни, при этом возросло не только число скептиков (до 9,9%), но и тех, кто затруднился определиться с оценкой. В отличие от оценки полезности информации, оценка влияния этой информации у мужчин отличается несколько большим скепсисом: но среди них возрастает не столько очевидный негативизм, но неопределенность оценок (табл.3.47).

Таблица 3.47

**Распределение респондентов основной группы
по оценке полезности посещения Центра здоровья, %**

	В результате посещения Центра здоровья получили полезную для себя инфор- мацию			Посещение Центра здоровья и полученные рекомендации повлияли на Вашу само- оценку образа жизни		
	женщи- ны	мужчи- ны	Оба пола	женщи- ны	мужчи- ны	Оба пола
нет	2,4	4,2	2,9	9,9	9,7	9,9
да	82,4	78,9	81,3	73,1	63,9	70,4
трудно сказать	15,3	16,9	15,8	17,0	26,4	19,8
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

И, наконец, следующий уровень – оценка респондентами влияния посещения Центра здоровья и полученных рекомендаций на готовность изменить образ жизни.

На первый взгляд, полученные результаты не дают оснований говорить о влиянии Центра здоровья на формирование поведения. Действительно, лишь треть респондентов отметили, что посещение Центра здоровья и полученные рекомендации повлияли на готовность снизить потребление алкоголя и число выкуриваемых сигарет, при этом столько же участников опроса отметили, что стереотипы их поведения не наносят ущерба здоровью. В отношении оздоров-

ления рациона питания получены более оптимистичные результаты: 2/3 респондентов отметили влияние Центра здоровья на готовность изменить образ жизни, но и в этом случае 16,4% опрошенных не готовы к изменению рациона питания, и еще 18,7% – не считают, что их характер питания наносит ущерб здоровью (табл.3.48).

Таблица 3.48

Распределение респондентов основной группы по самооценке влияния посещения Центра здоровья и полученных рекомендаций на готовность изменить образ жизни, %

	женщины	мужчины	Оба пола
<i>Снизить потребление алкоголя</i>			
да	27,9	45,2	33,2
нет	25,7	32,3	27,7
это не наносит ущерба моему здоровью	46,4	22,6	39,1
	100,0	100,0	100,0
<i>Снизить число выкуриваемых сигарет</i>			
да	29,6	58,5	39,0
нет	27,4	23,1	26,0
это не наносит ущерба моему здоровью	43,0	18,5	35,0
	100,0	100,0	100,0
<i>Уменьшить потребление соли, сахара, мучных изделий и т.д.</i>			
да	71,0	50,0	64,8
нет	14,8	20,3	16,4
это не наносит ущерба моему здоровью	14,2	29,7	18,7
	100,0	100,0	100,0

Полученные результаты показывают, что, во-первых, распространенность факторов риска среди опрошенных не велика, и, во-вторых, что наиболее позитивные изменения произошли именно в группах риска.

В отношении потребления алкоголя: если в целом для всех респондентов позитивное влияние рекомендаций Центра здоровья отметили 33,2% опрошенных, в том числе 27,9% женщин и 45,2% мужчин, то в группе много пивших (в среднестатистическом исчислении более 4 л в год для женщин и 8 л для мужчин в пересчете на абсолютный алкоголь) – 50% женщин и 61,5% мужчин. В отношении

курения – позитивное влияние рекомендаций Центра здоровья отметили 39,0% респондентов в целом по выборке, в том числе 29,6% женщин и 58,5% мужчин, тогда как среди много куривших (выкуривавших ежедневно 10–20 сигарет для женщин и более 10 сигарет, включая тех, кто выкуривал больше пачки – для мужчин) – 55,6% женщин и 67,3% мужчин. В отношении оздоровления характера питания – позитивное влияние рекомендаций Центра здоровья отметили 64,8% респондентов в целом по выборке, в том числе 71,0% женщин и 50% мужчин, тогда как среди респондентов с 2 и 3 стадией ожирения – 82,0% женщин и 100% мужчин.

Итак, более позитивные изменения коснулись групп риска в отношении поведенческих стереотипов, наносящих ущерб здоровью, и в этих же группах респонденты склонны чаще усматривать влияние рекомендаций Центра здоровья на изменение поведения. Казалось бы, эти данные противоречат ранее полученным результатам в ходе опроса молодежи о самосохранительном поведении, которые показали, что группы риска, в том числе по потреблению психоактивных веществ в меньшей степени осознают ущерб здоровью, наносимый их поведением, и реже готовы его изменить. Однако, это лишь кажущееся противоречие, поскольку в настоящем исследовании опрошены респонденты, уже сделавшие шаг к изменению поведения, а именно, посетившие Центр здоровья.

Учитывая разницу в стереотипах поведения, а также наличие и отсутствие опыта общения с Центрами здоровья, рассмотрим оценку респондентов основной и контрольной групп значимость следующих возможных мер с точки зрения их влияния на улучшение здоровья и снижение смертности населения. Респонденты основной группа оценивают оказание Центрами здоровья услуг по профилактике заболеваний и ведению здорового образа жизни в $4,2 \pm 0,2$ балла, причем оценка одинакова и у мужчин, и у женщин. В контрольной группе оценка скромнее – $3,6 \pm 0,2$ балла, причем также не имеет гендерных отличий. Природа различий становится ясна, если проанализировать вариацию оценок в основной группе в зависимости

от того, как респонденты оценивают свой образ жизни. Те респонденты, которые считают свой образ жизни здоровым, оценивают роль Центров здоровья в $4,1 \pm 0,2$ балла; респонденты, которые считают свой образ жизни не совсем здоровым, оценивают роль Центров здоровья в $4,4 \pm 0,2$ балла; тогда как опрошенные, полагающие, что до здорового образа жизни им далеко, оценивают роль Центров здоровья максимально скромно – $3,6 \pm 0,2$ балла. Иными словами, более высоко оценивают роль Центра здоровья те респонденты, кто с помощью рекомендаций Центра здоровья изменил свои стереотипы поведения и добился прогресса в сокращении факторов риска. Респонденты, не добившиеся оздоровления образа жизни после посещения Центра здоровья, оценивают его роль также низко, как и те, кто не обращался в Центр здоровья.

Помимо деятельности Центра здоровья респонденты оценивали роль таких мер, как сокращение спроса и ограничение предложения алкоголя и табачных изделий. Надо сказать, что респонденты и в основной, и в контрольной группе оценили эти меры, как менее существенные с точки зрения их влияния на улучшение здоровья и снижение смертности населения. Так, в основной группе значимость мер по сокращению спроса и ограничению предложения алкоголя и табака оценена в $3,6 \pm 0,2$ балла, причем оценка не имеет гендерных отличий. В контрольной группе значимость мер в сфере антиалкогольной политики оценена в $3,4 \pm 0,2$ балла ($3,5 \pm 0,2$ балла у женщин и $3,3 \pm 0,2$ балла у мужчин), в сфере антитабачной политики – $3,3 \pm 0,2$ балла ($3,4 \pm 0,2$ балла у женщин, $3,3 \pm 0,2$ балла у мужчин). Вместе с тем, как и в отношении деятельности Центров здоровья присутствует отчетливая вариация оценки мер, в зависимости от самооценки образа жизни. Более высоко оценивают значимость мер по ограничению предложения алкоголя и табака и сокращению их спроса те респонденты, которые считают свой образ жизни не совсем здоровым – $3,8 \pm 0,2$ балла, несколько ниже оценка тех, кто оценивает свой образ жизни как здоровый – $3,5 \pm 0,2$ балла, и самая низкая оценка принадлежит респондентам, которые считают, что до

здорового образа жизни им далеко – $2,9 \pm 0,2$ балла для мер в сфере антиалкогольной политики и $2,5 \pm 0,2$ балла – для мер по ограничению предложения табака и сокращению его спроса.

Рассматривая маркеры результативности мер по формированию здорового образа жизни, следует отметить следующее. Между респондентами основной и контрольной группой присутствуют отчетливые различия в системе жизненных ценностей. В основной группе приоритет отдан долголетию и семейным ценностям, в контрольной – материальному достатку. В основной группе образование и профессиональный успех рассматриваются как условие материального достатка, в контрольной – интересного досуга, общения с друзьями и личной независимости.

Ценность долголетия высоко значима для респондентов основной и контрольной групп. Вместе с тем, более низкая ожидаемая продолжительность жизни в контрольной группе, а также у мужчин в сравнении с женщинами корреспондируют с различиями в системе ценностей сравниваемых групп. Набор помех к достижению желаемого долголетия тесно связан с системой ценностей: помех тем больше и встречаются они тем чаще, чем ниже приоритет ценности долголетия в сравнении с другими ценностями: материального достатка, карьеры, успеха, досуга и пр.

Установлена в целом меньшая распространенность факторов риска и более здоровый по самооценке образ жизни в основной группе в сравнении с контрольной. Наибольшие различия в распространенности факторов риска касаются потребления алкоголя, тогда как в отношении частоты курения, ИМТ и особенно физкультурно-оздоровительных занятий принципиальные отличия основной и контрольной групп отсутствуют.

Существенным индикатором результативности мер является позитивная динамика самосохранительного поведения респондентов по все элементам образа жизни (потребления алкоголя, курения, рациона питания, двигательной активности) после посещения Центра здоровья, в наибольшей степени затрагивающая группы риска,

которую большинство респондентов связывают именно с выполнением рекомендаций, полученных в Центре здоровья. Респонденты высоко оценивают роль Центров здоровья с точки зрения их влияния на улучшение здоровья и снижение смертности населения. Более высоко оценивают роль Центра здоровья те респонденты, кто с помощью рекомендаций Центра здоровья изменил свои стереотипы поведения и добился прогресса в сокращении факторов риска. Респонденты, не добившиеся оздоровления образа жизни после посещения Центра здоровья, оценивают его роль также низко, как и те, кто не обращался в Центр здоровья. Аналогичная вариация касается мер сокращения спроса и ограничение предложения алкоголя и табачных изделий.

**РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ
И ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРКИ ПО РОЖДАЕМОСТИ,
АВТОР ТЕКСТА В.Н. АРХАНГЕЛЬСКИЙ**

В июне-сентябре 2013 г. был проведен социологический опрос в трех субъектах Российской Федерации: Калужская и Новгородская области, Пермский край. Всего по проблемам оценки результативности мер в области рождаемости был опрошен 3561 респондент (городских жителей – 2896 человек (82,1%), сельских – 632 человека (17,9%)).

Такой существенный перевес городских жителей обусловлен тем, что обязательное включение в социологический опрос сельских жителей предполагалось, главным образом, по анкетам, ориентированным на оценку значимости тех мер демографической политики, по которым важно было выяснить наличие дифференциации в такой оценке между городским и сельским населением. К числу таких мер относятся, прежде всего, федеральный и региональный материнский (семейный) капитал, ежемесячное пособие по уходу за ребенком в возрасте до 1,5 лет, ежемесячная денежная выплата на третьего ребенка. Поэтому, среди женщин, отвечавших на анкету для родивших младшего ребенка в 2007–2013 гг., доля сельских жительниц составила 30,9%, среди родивших младшего ребенка в 2000–2006 гг. – 34,1%, среди родивших третьего или последующего ребенка в 2013 г. или беременных им – 35,0%.

В то же время на анкеты, ориентированные на оценку результативности некоторых других мер, отвечали преимущественно городские респонденты: содействие молодым семьям в приобретении жилья (97,6% горожан и 2,4% селян), устройство детей в дошкольные образовательные учреждения (соответственно, 96,5% и 3,5%), гибкие формы занятости (90,0% и 10,0%), программы профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации женщин в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет (85,8% и 14,2%), анкеты для матерей 3 и более детей (83,3% и 16,7%).

Всего при проведении опроса в отношении мер демографической политики в области рождаемости использовалось 9 видов анкет для следующих категорий респондентов: Женщины, родившие младшего ребенка в 2007–2013 гг. (903 человека); Женщины, родившие младшего ребенка в 2000–2006 гг. (477 человек); Женщины, родившие третьего ребенка в 2013 г., и беременные третьим ребенком (148 человек); Матери 3 и более детей (245 человек); Матери с детьми дошкольного возраста (598 человек); Женщины с детьми в возрасте до 3 лет (317 человек); Работницы с несовершеннолетними детьми (244 человека); Участники программ содействия молодым семьям в приобретении жилья (424 человека); Молодые семьи, не участвующие в программах содействия молодым семьям в приобретении жилья (205 человек).

Понятно, что различия между некоторыми видами анкет (например, для женщин, родивших младшего ребенка в 2007–2013 гг., и для матерей с детьми дошкольного возраста) заключаются не в категории респондентов, а

в преимущественном характере вопросов. Общность категорий респондентов в разных видах анкет обусловила возможность и необходимость использования в них, наряду со специфическими вопросами, относящимися к той или иной мере демографической политики в отношении рождаемости, ряда, так называемых, «сквозных» вопросов, которые задавались в одинаковой формулировке в нескольких видах анкет, что дало возможность получения ответа на них от большего количества респондентов.

К числу таких вопросов относятся:

– самооценка влияния тех или иных мер демографической политики (федеральный и региональный материнский (семейный) капитал, ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет, родовой сертификат, предоставление семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома, профессиональная подготовка (переподготовка, повышение квалификации в период отпуска по уходу за ребенком до 3 лет, гибкий график работы (или неполный рабочий день/неделя, или дистанционно, на дому, возможность без проблем получить место для ребенка в детском саду, налоговые льготы работающим родителям), а также других факторов (изменение социально-экономической ситуации в стране и в регионе, изменение отношения государства к семьям с детьми, личные обстоятельства, повышение уровня жизни семьи, улучшение жилищных условий) на принятие решения о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг. (в анкете для женщин, родивших третьего ребенка в 2013 г. и беременных третьим ребенком к числу мер политики добавлена ежемесячная денежная выплата на третьего ребенка в возрасте до 3 лет в размере прожиточного минимума);

– самооценка помощи реализуемых мер государственной поддержки семьям с детьми в принятии решения о рождении (в 2007–2013 гг.) младшего ребенка («помогло, появился ребенок, рождение которого до этого откладывали»; «эти меры помогли принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить», «не помогло», «трудно сказать»); этот вопрос задавался как в отношении всех мер помощи в целом, так и в отношении отдельных ее видов (федеральный и региональный материнский (семейный) капитал, пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет, предоставление семьям с 3 и более детьми земельных участков под строительство жилого дома (в отношении этой меры добавлялся еще один вариант ответа – «ничего не знаю об этом»), при этом вопрос о федеральном материнском (семейном) капитале задавался только тем, у кого в 2007–2013 гг. родился второй или последующий ребенок, а о региональном материнском (семейном) капитале и о предоставлении земельных участков – тем, у кого в период действия этих мер родился третий или последующий ребенок);

– выбор меры, оказавшей наибольшее влияние (респондентам предлагалось выбрать одну меру из числа: федеральный материнский (семейный) капитал, региональный материнский (семейный) капитал, ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет, родовые сертификаты, предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома, возможность профессиональной подготовки, переподготовки и

повышения квалификации в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет, налоговые льготы работающим родителям);

– самооценка возможного влияния тех или иных мер демографической политики (наряду с другими факторами) на принятие решения о рождении ребенка в ближайшие 3–4 года (оценивались те же факторы, что и при принятии решения о рождении младшего ребенка в 2007–2013 гг., с добавлением возможности получения ежемесячной денежной выплаты на третьего ребенка в возрасте до 3 лет в размере прожиточного минимума).

Наряду с этими общими вопросами, в каждой анкете содержались специфические вопросы, направленные на углубленную оценку результативности той или иной меры демографической политики. Более подробные вопросы в отношении федерального и регионального материнского (семейного) капитала содержатся в анкетах, предназначенных для женщин, родивших младшего ребенка в 2007–2013 гг., для женщин, родивших третьего ребенка в 2013 г. и беременных третьим ребенком, для матерей 3 и более детей (для родивших ребенка в 2007–2013 гг.). Респондентки, заполнявшие эти анкеты и считавшие значимым для себя федеральный и/или региональный материнский (семейный) капитал, отвечали на вопрос о том, почему он для них значим («он помогает (поможет) решить важные для нашей семьи проблемы», «без него нам невозможно было бы улучшить жилищные условия, дать хорошее образование детям», «при такой помощи можно надеяться, что и дальше государство, региональные власти не оставят нас без поддержки», «другое»). Одновременно в анкетах задавался вопрос и о причинах не значимости федерального и регионального материнского (семейного) капитала («его размер слишком мал», «то, на что его можно использовать, для нас незначимо», «другое»). Далее респонденткам предлагалось ответить на вопрос о том, стали бы для них федеральный и региональный материнский (семейный) капитал более значимы при возможности использования их на иные цели, кроме предусмотренных сейчас, и, если «да», то написать эти цели. Кроме того, выяснялось, получили ли они сертификат на федеральный и/или региональный материнский (семейный) капитал и, если получили, то использовали ли (полностью или частично) и на какие цели, а также, на какие цели предполагают использовать (если еще не использовали или не полностью).

На вопросы о причинах значимости или не значимости федерального и регионального материнского (семейного) капитала и о том, стали бы они более значимы, если бы их можно было использовать на другие цели и на какие, отвечали не только родившие второго или последующего ребенка в 2007–2013 гг., но и собирающиеся сделать это (беременные и те, кто, на вопрос о репродуктивных намерениях, ответил, что собираются иметь ребенка в ближайшие 3–4 года) (анкеты для женщин, родивших младшего ребенка в 2007–2013 гг. и в 2000–2006 гг.).

Можно полагать, что значимость ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет выше у тех, у кого, кроме респондентки, некому было постоянно ухаживать за ребенком до достижения им 1,5 лет, кто не мог бы полностью использовать отпуск по уходу за ребенком до достижения им этого возраста и кто не имеет возможности работать неполные рабочую неделю и/или рабочий день, в гибком режиме, дистанционно, а также у тех, у кого

это пособие составляет относительно большую долю в семейном бюджете. Соответствующие вопросы задавались как женщинам, родившим ребенка в 2007–2013 гг., так и беременным или собирающимся родить ребенка в ближайшие 3–4 года. Кроме того, у тех, у кого родился ребенок в 2007–2013 гг., выяснялись характер использования отпуска по уходу за ним до достижения им возраста 1,5 лет: продолжительность отпуска, использование возможности подработать, находясь в отпуске, и причины этого.

Ежемесячное пособие в размере прожиточного минимума на третьего или последующего ребенка до достижения им возраста 3 лет было введено только в 2013 г., т.е. в тот год, когда проводился опрос. Поэтому более подробно эта мера рассматривалась в анкете для женщин, родивших третьего ребенка в 2013 г. и беременных третьим ребенком (эта категория была введена для обеспечения возможности некоторого расширения выборочной совокупности женщин, отвечавших на вопросы этой анкеты). Выяснялась информированность женщин об этой мере («Существует ли такое пособие там, где Вы живете?») (этот вопрос задавался также в анкетах для родивших ребенка в 2007–2013 гг. и в 2000–2006 гг.), самооценка ее влияния на принятие решения о рождении третьего ребенка («помогло, появился ребенок, рождение которого до этого откладывали», «помогло принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить», «не помогло», «трудно сказать»). С целью выявления значимости этого пособия выяснялось, какую примерно долю оно составляет в семейном бюджете, имеет ли респондентка возможность работать неполные рабочую неделю и/или рабочий день, в гибком режиме, дистанционно, может ли кто-то (кроме респондентки) постоянно ухаживать за этим ребенком до достижения им возраста 3 лет, хотела бы респондентка после 1,5 лет ребенка отдать его в детский сад (ясли) или предпочла бы, чтобы он оставался дома, и поможет ли это пособие респондентке, если она хотела бы сама ухаживать за ребенком дома до 3 лет («этих денег все равно будет мало», «эти деньги станут серьезным подспорьем в том, чтобы мне заниматься только уходом за ребенком до 3 лет и не выходить на мою основную работу», «я смогу заниматься только уходом за ребенком до 3 лет и не работать (вне дома) независимо от этих денег», «я не хочу оставлять работу на такой длительный срок», «трудно сказать»). Женщинам, заполнявшим эту анкету также задавались вопросы о том, до какого примерно возраста этого ребенка она предполагает находиться в отпуске по уходу за ним, и, если предполагает выйти на работу, раньше наступления его 3-летия, то почему («размер ежемесячного пособия на третьего ребенка до 3 лет компенсирует лишь небольшую часть затрат на ребенка», «с потерей моей зарплаты резко снижается уровень жизни семьи», «не хочу терять квалификацию», «будут трудности с возвращением на работу», «мне не будет хватать внесемейного общения», «другое»).

Кроме того, в анкетах для родивших ребенка в 2007–2013 гг. и в 2000–2006 гг. выяснялась самооценка возможного влияния данной меры на принятие решения о рождении третьего ребенка у двухдетных женщин («да, повлияет почти наверняка на рождение ребенка, которое пока откладывалось», «да, повлияет почти наверняка на рождение ребенка, которого без этого не могли себе позволить», «возможно повлияет на рождение ребенка, которое

пока откладывалось», «возможно появится ребенок, решится на рождение которого пока не могли», «не повлияет», «трудно сказать»).

В анкетах для женщин, родивших младшего ребенка в 2007–2013 гг. и в 2000–2006 гг., для женщин, родивших третьего ребенка в 2013 г. и беременных третьим ребенком, и для матерей 3 и более детей задавался вопрос «Предоставляются ли в той местности, где Вы живете, земельные участки под строительство жилого дома семьям с 3 и более детьми?», направленный на выяснение информированности об этой мере.

У респондентов, отвечавших на вопросы по этим анкетам, выяснялись причины значимости («возможность улучшения жилищных условий (при переселении всей семьи или ее части в жилой дом, построенный на этом участке)», «возможность использования материнского (семейного) капитала для строительства жилого дома на выделенном участке», «возможность использования его с целью ведения личного подсобного хозяйства», «возможность организации летнего отдыха детей на загородном участке семьи», «возможность со временем, в случае необходимости, продать этот земельный участок», «другое») и не значимости («сложно оформить документы и получить земельный участок», «нет средств на строительство жилого дома при получении земельного участка», «земельный участок нам не нужен вообще», «земельные участки предоставляются только в неподходящих местах», «относительно небольшая площадь земельного участка», «другое») этой меры.

В анкетах для женщин, родивших младшего ребенка в 2007–2013 гг. и в 2000–2006 гг., задавался вопрос о том, может ли эта мера повлиять на принятие ими решения о рождении третьего или последующего ребенка («да, повлияет почти наверняка на рождение ребенка, которое пока откладывалось», «да, повлияет почти наверняка на рождение ребенка, которого без этого не могли себе позволить», «возможно повлияет на рождение ребенка, которое пока откладывалось», «возможно появится ребенок, решится на рождение которого пока не могли», «не повлияет», «трудно сказать»). Наиболее подробно данная мера рассматривалась в анкете для матерей 3 и более детей. У респондентов спрашивали, подали ли они заявление на получение земельного участка. Если не подали и не собираются, то выяснялось, почему, участок не полагается, не нужен или какая-то иная причина. Если следовал ответ, что участок не полагается, то снова спрашивалось «почему?».

Тем, кто подал заявление на получение земельного участка, в анкете задавались вопросы о том, когда подали заявление, сложно ли было собрать необходимые документы и подать заявление, выделили уже земельный участок («да, выделили», «нам предложили участок, который нас не устроил, и мы от него отказались», «пока еще никакого участка нам не предлагали»), если выделили земельный участок, который устроил, то когда, предложили ли сразу участок, который устроил, или сначала предлагали неподходящий. Важным фактором, который может влиять на значимость этой меры, может быть наличие у семьи средств для строительства жилого дома на выделенном участке. Соответствующий вопрос был в анкете и предполагал следующие варианты ответов: «да, есть или помогут родственники, друзья, работодатель», «наличных средств (включая предполагаемую помощь родственников, друзей, рабо-

тодателя) не хватит, но будем использовать материнский (семейный) капитал», «наличных средств (включая предполагаемую помощь родственников, друзей, работодателя) не хватит, но собираемся взять кредит», «наличных средств (включая предполагаемую помощь родственников, друзей, работодателя) не хватит, но будем использовать материнский (семейный) капитал и собираемся взять кредит», «средств на строительство жилого дома недостаточно и где взять дополнительные деньги, пока не знаем», «другое».

В анкете для матерей с детьми дошкольного возраста акцент был сделан на изучение ситуации с посещением детьми дошкольных образовательных учреждений. Тем респонденткам, у которых дети посещают эти учреждения, задавались вопросы в отношении младшего ребенка, посещающего их. Выяснялся его возраст, дата (год и месяц) начала посещения им дошкольного образовательного учреждения, дата (год и месяц) подачи заявления на предоставление места в нем, продолжительность ожидания места, удовлетворенность в целом работой дошкольного образовательного учреждения, удовлетворенность его территориальной доступностью, качеством ухода за детьми и их воспитанием. Задавались вопросы о том, кто, в основном, занимался бы уходом за ребенком дома, если бы он не посещал дошкольное образовательное учреждение (респондентка, муж, старшие дети, бабушки, дедушки или другие родственники, няня), и, если бы уходом занималась респондентка, то смог бы кто-то, при необходимости, постоянно помогать ей, подменять ее.

Тем респонденткам, у которых дети не посещают дошкольные образовательные учреждения, задавались вопросы в отношении младшего ребенка, не посещающего их. Выяснялось, хотелось бы, чтобы ребенок его посещал. Если хотелось бы, то задавались вопросы о том, подавалось ли заявление на предоставление места и если «да», то когда. Если заявление подавалось, то ждет ли оно своей очереди или его забрали, ожидается ли место в конкретном дошкольном образовательном учреждении или нет мест ни в одном из территориально доступных (если в конкретное, то выяснялись причины его выбора (хорошее качество ухода и воспитания, шаговая доступность, в другое учреждение не принимают заявление)).

Для оценки значимости посещения ребенком дошкольного образовательного учреждения с точки зрения возможности совмещения женщиной профессиональной деятельности и ухода за ребенком в анкете выяснялось, кто, в основном, занимается дома уходом за ребенком, пока его не определили в дошкольное образовательное учреждение, и, если этим занимается респондентка, то может ли кто-то постоянно помогать ей. Выяснялась ее самооценка сложности совмещения ухода за ребенком с профессиональной деятельностью. Респондентки также отвечали на вопрос о возможном влиянии устройства ребенка в дошкольное образовательное учреждение на принятие решения о рождении большего числа детей и о том, имеет ли в этом случае компенсация части родительской платы.

Если респондентка не хочет, чтобы ребенок посещал дошкольное образовательное учреждение, то выяснялось, почему («я хочу и могу заниматься уходом за ребенком и его воспитанием сама», «родители, другие члены семьи, родственники смогут помогать мне в уходе за ребенком в домашних

условиях», «я предпочту пригласить к ребенку няню», «у нас стали появляться, так называемые, детские сады и ясли на дому (когда, например, кто-то из матерей, живущих по соседству и занимающихся дома воспитанием своего ребенка, берет на дневное пребывание еще и других детей) и я предпочту, чтобы мой ребенок ходил туда», «другое»). Задавались вопросы о том, имеет ли респондентка возможность работать неполные рабочую неделю и/или рабочий день, в гибком режиме, дистанционно, насколько сложно ей совмещать уход за ребенком с профессиональной деятельностью.

В анкете для женщин с детьми в возрасте до 3 лет наиболее углубленно рассматривались вопросы, связанные с реализацией такой меры, как возможность для женщин, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, за государственный счет пройти профессиональную подготовку, переподготовку или повышение квалификации, и оценкой ее результативности. Выяснялась информированность респонденток об этой мере. Тем, кто находится в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, будет в таком отпуске в ближайшие 1–2 года или был в нем в последние 2–3 года, задавались вопросы о том, до какого возраста ребенка они находились или предполагают находиться в отпуске по уходу за ним, хотели бы они при возможности во время этого отпуска пройти профессиональную подготовку, переподготовку или повышение квалификации. У тех, кто хотел бы воспользоваться этими формами обучения, выяснялось, какую именно форму они предпочли бы, и сложно было бы им совмещать такое обучение с уходом за ребенком.

Ряд вопросов были адресованы тем, кто проходит такое обучение или в последние 2–3 года его проходил: какая именно форма обучения, степень удовлетворенности обучением, сложность совмещения обучения с уходом за ребенком, кто, в основном, занимается (занимался) уходом за ребенком во время обучения и, если это сама респондентка, то может (мог) ли кто-то постоянно помогать ей. Далее у проходящих или недавно проходивших повышение квалификации выяснялось, приведет ли это, по их мнению, к повышению в должности, повышению зарплаты после выхода из отпуска по уходу за ребенком. У тех, кто проходит или недавно проходил профессиональную подготовку или переподготовку выяснялось, по какой профессии, специальности они ее проходят и какая профессия, специальность была у них до этого, будут ли они при получении новой профессии, специальности искать новую работу, наши ли ее (при этом уточнялось, нашла новую работу самостоятельно или ее предложили те, кто организовывал обучение). Всем женщинам, заполнявшим эту анкету (независимо от желания прохождения обучения в период отпуска по уходу за ребенком до 3 лет) задавались вопросы об их профессии, специальности, о том, кем они работают, а также о том, насколько важно для них за период отпуска по уходу за ребенком не отстать от своих коллег в профессионально-квалификационном уровне.

На вопросах гибкого графика работы и дистанционной занятости акцентировалось внимание в анкете для работниц с несовершеннолетними детьми. Значимость этих форм профессиональной деятельности, вероятно, зависит от того, есть ли дети дошкольного возраста и посещают ли они дошкольное образовательное учреждение. Тем, у кого дети его не посещают, задавались вопро-

сы о том, хотелось бы дети посещали дошкольное образовательное учреждение, кто, в основном, занимается уходом за детьми дома, если им занимается сама респондентка, то может ли кто-то постоянно помогать ей, насколько сложно совмещать уход за ребенком с профессиональной деятельностью.

Всем женщинам, независимо от того, ребенок дошкольного возраста или старше, задавались вопросы, хотели бы они работать неполные рабочую неделю, рабочий день, по гибкому графику или дома (дистанционно) и в какой степени для них это важно, имеют ли они по условиям своей работы возможность работать в таких режимах, выясняли ли они (или их коллеги) про эту возможность или просто так предполагают, если такая возможность есть, то используют ли (или использовали раньше) они ее. Тем, кто использует, дополнительно задавались вопросы: какую из форм (неполная рабочая неделя, рабочий день, по гибкому графику или работа на дому) используют, больше или меньше их заработная плата, чем у большинства коллег, знакомых, работающих по той же профессии и на той же должности, но в обычном режиме работы, лучше или хуже, по сравнению с ними, возможности профессионального, карьерного роста. Если респондентка имеет возможность использовать какие-либо из перечисленных выше форм занятости, но делает этого, то выяснялись причины («не хочу терять возможности профессионального развития», «не хочу ограничивать свой круг общения», «не хочу терять возможность карьерного роста», «хочу получать заработную плату, такую же, как и те, кто работает в обычном режиме»).

Тем, у кого нет возможности по своему месту работы работать неполные рабочий день или рабочую неделю, работать по гибкому графику или дома, задавался вопрос о том, готовы ли они сменить место работы, если им будет предложена такая возможность. Кроме того, у респонденток, отвечавших на вопросы анкеты для работниц с несовершеннолетними детьми выяснялись удовлетворенность режимом работы, профессия, специальность и кем они работают.

Одним из важнейших направлений демографической политики является содействие молодым семьям в улучшении жилищных условий. В проведенном в 2013 г. опросе анкетировались участники программ содействия молодым семьям в приобретении жилья (купившие жилье и ожидающие очереди). В качестве контрольной группы использовались респонденты из молодых семей, не участвующих в таких программах, для которых была разработана своя анкета. В обеих анкетах использовался вопрос о составе семьи, среднемесячном среднедушевом доходе и о наличии современных удобств в жилом помещении. Жилищные условия (жили (живут) только своей семьей (муж, жена, дети) или с родителями, с другими родственниками, тип жилого помещения, количество комнат, жилая площадь) у участников программ содействия в приобретении жилья выяснялись по состоянию на момент подачи заявления и на момент опроса, а у тех, кто не участвует в таких программах, на момент опроса. На предпочтения в отношении совместного или раздельного проживания с родителями может оказывать влияние наличие маленьких детей, посещение ими дошкольных образовательных учреждений, то, кто, в основном ухаживает за детьми, не посещающими этих учреждений, возможность посто-

янной помощи матери с чьей-либо стороны, если уходом за ребенком, в основном, занимается она, возможность для матери работать неполную рабочую неделю, неполный рабочий день, по гибкому графику, на дому. Соответствующие вопросы задавались в обеих анкетах.

Участникам программ содействия в приобретении жилья задавались вопросы о том, когда они подали заявление и необходимые документы на участие в программе, сложно ли было собрать необходимые документы, стояла ли семья в очереди на улучшение жилищных условий до подачи заявления на участие в программе и, если «да», то с какого времени. Выяснялось, перечислена ли уже в банк полагающаяся по этой программе субсидия и, если «да», то когда, на что она была (будет) использована («первоначальный взнос в счет оплаты приобретаемого жилья или расходов на строительство жилого дома», «платеж в счет оплаты паевого взноса, если Вы являлись членом жилищного накопительного кооператива», «другое»). Целый ряд вопросов задавался тем, кто уже приобрел квартиру (дом) благодаря участию в программе: когда семья поселилась в этом жилом помещении, продолжает ли она выплачивать банку деньги и какую примерно долю семейного бюджета составляют эти выплаты, вызывают ли они материальные затруднения.

Тем респондентам, у которых после заселения в жилое помещение, приобретенное по программе, родился ребенок, задавались вопросы о том, повлияло ли на рождение ребенка приобретение данной квартиры (дома), получили ли дополнительную субсидию после рождения ребенка, повлияло ли рождение ребенка на возможность семьи выплачивать банку деньги, если стало сложнее выплачивать деньги, то помогло бы, если бы банк согласился на временную приостановку выплат на период нахождения матери в отпуске по уходу за ребенком. Последний вопрос задавался и тем, кто пока откладывает рождение ребенка. Кроме того, у них выяснялось, связано ли откладывание рождения с временными материальными затруднениями из-за выплат за квартиру (дом), повлияет ли (и в какой степени) рождение ребенка на возможность выплачивать банку деньги, повлияло ли приобретение квартиры (дома) на намерение родить ребенка. С целью поиска путей совершенствования программ содействия молодым семьям в приобретении жилья респондентам задавался вопрос «Если бы была возможность взять тот же кредит на приобретение жилья на более длительный срок при условии некоторого сокращения выплат по кредиту (т.е. сумма, которую нужно возвращать банку, выплачивалась бы несколькими меньшими порциями, но дольше), то это было бы для Вас более приемлемо, чем тот вариант получения кредита, который использовали Вы?».

Всем респондентам, заполнявшим эту анкету, задавался вопрос о том, приходилось ли им откладывать рождение детей, и связано ли это с ожиданием приобретения квартиры (дома) по программе содействия молодым семьям. В обобщающем самооценочном вопросе о влиянии улучшения жилищных условий по программе содействия молодым семьям на намерения в отношении рождения детей предусматривались следующие варианты ответов: не повлияло, позволило не откладывать рождение ребенка, пришлось отложить рождение ребенка, дало возможность иметь большее число детей, пришлось отказаться от рождения ребенка, трудно сказать. Кроме того, респондентам предлагалось

оценить возможное влияние на желание родить второго или третьего ребенка проективных ситуаций с изменением правил предоставления ссуды на погашение кредита – желание иметь второго ребенка, если бы при его рождении предоставлялась ссуда на погашение 25% кредита, и желание иметь третьего ребенка, если бы при его рождении предоставлялась ссуда на погашение всей оставшейся к тому времени суммы кредита.

Тем респондентам, у которых в 2007–2013 гг. родился второй или последующий ребенок, задавался вопрос о том, предполагают ли они использовать федеральный материнский (семейный) капитал полностью или частично на погашение кредита. Если родился третий или последующий ребенок в период действия программы регионального материнского (семейного) капитала, то такой же вопрос задавался в отношении него. Вопросы об использовании федерального и регионального материнского (семейного) капитала задавались и респондентам из тех молодых семей, которые не участвуют в программах содействия в приобретении жилья. Но в них говорилось о намерении его использовать не на погашение кредита, а, вообще, на улучшение жилищных условий.

Поддержка семей в улучшении жилищных условий, видимо, не должна сводиться только к программам содействия молодым семьям в приобретении жилья. Она может проявляться в разных формах. На выявление предпочтительной формы был направлен вопрос «Если бы существовали все перечисленные ниже возможные формы поддержки молодых семей в улучшении жилищных условий и у Вас была бы возможность выбора, то какую из них Вы предпочли бы?», предполагавший следующие варианты ответа: «предоставление субсидии в рамках существующих программ содействия молодым семьям в приобретении жилья», «компенсация части расходов по оплате съемного жилья», «бесплатное предоставление комнаты в общежитии», «бесплатное временное (на 3–4 года) предоставление небольшой квартиры в старом жилом фонде», «другое». Этот вопрос задавался респондентам из молодых семей как участвующих, так и не участвующих в программах содействия в приобретении жилья.

У респондентов из молодых семей, не участвующих в программах содействия в приобретении жилья, спрашивалось, необходимо ли им улучшить жилищные условия. При положительном ответе выяснялось: предпринимают ли они что-то или планируют предпринять для улучшения жилищных условий, стоит ли семья в очереди на улучшение жилищных условий и с какого времени, если семья не стоит в этой очереди, то почему (не имеют права, долго ждать, другое), что семья планирует предпринять для улучшения жилищных условий (купить, снять, обменять или что-то другое). У тех, кто предполагает купить жильё, спрашивалось, на какие средства они предполагают это сделать: «собственные средства», «средства, позаимствованные у родителей, родственников, друзей», «использование системы кредитования коммерческих банков», «использование механизмов ипотеки для молодых семей», «приобретение жилья с помощью средств, предоставленных работодателем», «другое».

Далее выяснялось, хотела бы семья участвовать в программе содействия в приобретении жилья. При отрицательном ответе выяснялись причины, а при положительном – задавался вопрос, может ли она участвовать в этой

программе. Если респондент отвечал, что это будет сложно или почти невозможно, то задавался вопрос о том, почему он так считает (семья не подходит под необходимые критерии, недостаточно собственных денег, доходов, очень много желающих, что-то другое). Кроме того, задавался вопрос, повлияло бы участие в программе на намерения в отношении рождения детей («не повлияло бы», «позволило бы не откладывать рождение ребенка», «могло бы заставить отложить рождение ребенка», «могло бы дать возможность иметь большее число детей», «могло бы заставить отказаться от рождения ребенка», «трудно сказать»). В анкетах для женщин, родивших младшего ребенка в 2007–2013 гг. и 2000–2006 гг., для матерей 3 и более детей и для матерей с детьми дошкольного возраста задавался вопрос о пользовании еще одной мерой поддержки семей с детьми – пользуется ли респондентка или ее муж правом на получение ежемесячных стандартных и ежегодных социальных налоговых вычетов на детей.

Кроме того, во всех анкетах задавались вопросы о годе и месяце рождения респондента, его образовании, брачном состоянии. Если респондент состоит в браке, то выяснялось первый или не первый брак, месяц и год вступления в него и его регистрации (если брак зарегистрирован). Задавался вопрос о числе рожденных детей и про каждого из них выяснялся пол, год и месяц рождения, жив ли ребенок. У состоящих в браке дополнительно уточнялось, все ли дети от данного брака.

Несколько вопросов относились к репродуктивным ориентациям: желаемое («Сколько всего детей (включая имеющихся) Вы хотели бы иметь, если бы у Вас были все необходимые условия?») и ожидаемое («Сколько всего детей (включая имеющихся) Вы собираетесь иметь?») числа детей, дополнительное (кроме уже имеющихся) число детей, которое респондент собирается иметь «практически наверняка, с почти 100%-ной вероятностью» и «возможно, при благоприятных жизненных обстоятельствах». Респондентам предлагалось оценить по шкале от 0 до 100 вероятность рождения еще одного ребенка в ближайшие 3–4 года и степень благоприятности своих условий жизни для рождения еще одного и еще нескольких детей.

Кроме того, респонденткам задавался вопрос «Собираетесь ли Вы иметь еще одного ребенка?» с вариантами ответов: «уже беременна», «да, в ближайшие 3–4 года», «да, но несколько позже, пока откладываю», «нет», «трудно сказать». У тех, кто отвечал, что пока откладывает рождение ребенка, выяснялись причины этого (предлагался перечень возможных причин откладывания рождения ребенка, значимость каждой из которых нужно было оценить по пятибалльной шкале).

Ценностные ориентации респондента выявлялись на основе ответов на вопрос «Люди обычно хотят достичь в своей жизни определенных целей. Отметьте, пожалуйста, по пятибалльной шкале, насколько эти цели важны для Вас лично». В число таких целей были включены: «жить своей семьей в зарегистрированном браке», «ребенок», «много работать, но и много зарабатывать», «повысить уровень образования, квалификацию», «двое детей», «карьерный рост», «трое или более детей», «быть свободной, независимой от всяких обязательств, в т.ч. семейных, делать то, что хочу только я».

Для характеристики жилищных условий задавались вопросы о размере жилой площади, числе комнат, типе жилого помещения (отдельная квартира, коммунальная квартира, отдельный дом, часть дома, комната (комнаты) в общежитии, другое), наличии в имеющемся жилье современных удобств. С целью оценки уровня жизни респондента задавались вопросы о примерном среднемесячном среднедушевом доходе в семье и заработной плате. Кроме того, для характеристики уровня жизни на момент принятия решения о рождении младшего ребенка выяснялись заработная плата перед уходом в отпуск по беременности и родам, примерные среднемесячный среднедушевой доход и доля расходов на питание, а также оценка возможности покупки фруктов и ягод за год до его рождения. Удовлетворенность уровнем жизни, а, следовательно, восприятие его как благоприятного или неблагоприятного рождения детей зависит не только от уровня доходов, но и от уровня притязаний в отношении них. Для их оценки задавался вопрос: «Сколько рублей нужно Вашей семье на 1 человека в месяц, чтобы жить нормальной для нынешних условий жизнью?».

Одной из важных характеристик респондентов, на основании которой можно судить о репрезентативности полученных данных, является уровень образования (табл.1). Среди женщин, участвовавших в социологическом опросе, выше, по сравнению с данными переписи населения 2010 г., доля тех, кто имеет высшее профессиональное образование. Эту особенность выборочной совокупности следует иметь в виду при анализе результатов исследования.

Таблица 1

**Распределение респонденток, отвечавших на вопросы анкет
о мерах демографической политики в отношении рождаемости,
по уровню образования (в %)**

Уровень образования	Респондентки, участвовавшие в опросе 2013 г.	Женщины Калужской и Новгородской областей, Пермского края в возрасте 20–49 лет по данным переписи 2010 г.
начальное общее	0,6	0,7
основное общее	2,9	5,6
среднее (полное) общее	10,4	14,2
начальное профессиональное	4,0	7,3
среднее профессиональное	31,5	38,1
неполное высшее профессиональное	6,3	6,0
высшее профессиональное	42,8	27,1
послевузовское профессиональное	1,5	0,9

**РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ
И ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРКИ ПО СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ,
АВТОР ТЕКСТА А.Е. ИВАНОВА**

Используя данные статистики, оценить эти сдвиги возможно по показателям смертности, дифференцированным по возрасту, а также по данным о среднем возрасте умерших от отдельных заболеваний и травм, рассчитанном на основании таблиц смертности по причинам, т.е. показателе, не зависящем от возрастной структуры населения. Среди мер по снижению смертности можно выделить два блока. Первый – формирование здорового образа жизни – направлен на предотвращение возникновения заболеваний и травм, второй – повышение доступности и улучшение качества оказания медицинской помощи – направлен на профилактику летальных исходов и продление жизни лиц с хроническими заболеваниями и последствиями травм. Если первый блок мер должен способствовать увеличению продолжительности здоровой жизни без болезней и инвалидности, то второй – росту длительности жизни хронических больных и улучшению качества жизни этих групп населения.

Существующая статистика не позволяет оценивать ни один из перечисленных показателей, что связано с отсутствием повозрастных данных о заболеваемости по основным видам патологии и травматизму, а также с недоступностью данных о повозрастной инвалидности с дифференциацией по причинам инвалидности, под которыми понимается заболевание или травма, приведшая к инвалидности. Регистры пациентов, созданные в отношении онкологических больных, отчасти больных с сахарным диабетом и инфарктами, носят отрывочный характер и не могут использоваться для мониторинга результативности мер в целом по стране и по регионам. Попытка ввести данные о длительности болезни в свидетельство о смерти с указанием возраста начала заболевания, также пока является малоинформативной, поскольку в подавляющем большинстве случаев эта информация в свидетельстве о смерти не заполняется. Эта проблема связана не только с отсутствием должного контроля за заполнением свидетельства, но также с тем, что зачастую лицо, выписывающее свидетельство о смерти, не располагает необходимой информацией.

Таким образом, в настоящее время с использованием данных статистики невозможно разделить результативность мер, направленных на предотвращение заболевания (продолжительность здоровой жизни) и мер, ориентированных на повышение доступности и качества медицинской помощи (продолжительность и качество жизни хронических больных и инвалидов). Однако можно оценить суммарный итог этих мер в показателях смертности и среднего возраста умерших от конкретных причин. Действительно, сокращение смертности и сдвиг среднего возраста смерти на более поздний возраст возможен как в результате эффективной профилактики поведенческих факторов риска, так и вследствие своевременного и качественного оказания

медицинской помощи пациентам с основными заболеваниями и последствиями травм.

Дополнительную информацию о результативности мер политики могут дать результаты социологического исследования. Можно выделить несколько групп показателей, каждая из которых несет важную информацию.

Во-первых, это показатели, характеризующие установки на продолжительность жизни. Так, показатель желаемой продолжительности жизни характеризует число лет, которое респондент хотел бы прожить при наличии всех необходимых для этого условий. В свою очередь, показатель ожидаемой продолжительности жизни по аналогии с показателем ожидаемого числа детей, характеризует влияние реальных условий жизни, в том числе и состояния здоровья респондента, на степень реализации потребности в желаемой продолжительности жизни. Таким образом, разница между этими показателями — это результат суммарного влияния факторов, определяющих реальную продолжительность жизни населения.

Если оценивать меры по снижению смертности с точки зрения целеполагания, то они направлены, прежде всего, на создание условий для достижения людьми желаемой продолжительности жизни, т.е. на сокращение разрыва между желаемой и ожидаемой продолжительностью жизни. Практически ни одна из мер не направлена прямо на формирование потребности населения в долголетьи. Пожалуй, лишь меры по оздоровлению образа жизни косвенно апеллируют к мотивации долголетия, но и то скорее с точки зрения сохранения здоровья на протяжении жизни, чем с точки зрения собственно потребности жить долго.

Таким образом, в исследовании результативности мер политики по снижению смертности целесообразно использовать все три показателя: желаемая продолжительность жизни, ожидаемая продолжительность жизни и разница желаемой и ожидаемой продолжительности жизни.

Вторая группа показателей характеризует собственно поведение населения по сохранению здоровья. Это потребление алкоголя, курение, характер питания, физическая активность, отдых, медицинская активность и пр. Как известно из многочисленных исследований, респонденты склонны преуменьшать приверженность тем формам поведения, которые являются социально неодобряемыми, поэтому данные о частоте и масштабах потребления алкоголя, а также частоте курения и числе выкуренных сигарет, как правило, занижены. Но, поскольку нас интересует не столько распространенность данных явлений, а сравнительная оценка по этим параметрам групп респондентов, имеющее место преуменьшение масштабов саморазрушительного поведения не имеет существенного значения.

Кроме показателей, характеризующих поведение, необходимо учитывать индикаторы, характеризующие самооценку респондентами своего образа жизни с точки зрения влияния на здоровье, и готовность респондентов изменить свой образ жизни. Исследования, проведенные в отношении самосохранительного поведения молодежи, показали, что в целом респонденты достаточно адекватно оценивают свой образ жизни и ущерб здоровью, который они

наносят саморазрушительными формами поведения. И только при наиболее высоких уровнях потребления алкоголя (вдвое превышающих среднюю величину по выборке) и частоты курения (более пачки ежедневно) респонденты не осознают или не считают нужным признавать вред, который они наносят здоровью подобным образом жизни. Соответственно, готовность изменить образ жизни прямо зависит от осознания ущерба. В этой ситуации роль политики по формированию здорового образа жизни заключается в том, чтобы повысить информированность населения об ущербе здоровью, наносимого образом жизни, и укрепить готовность изменить формы поведения, наносящие здоровью ущерб.

Таким образом, в исследовании результативности мер политики по снижению смертности целесообразно также использовать показатели, характеризующие информированность респондентов об ущербе здоровью, наносимого образом жизни, и готовность изменить формы поведения, наносящие здоровью ущерб. Очевидно, они должны быть дифференцированы в зависимости от масштабов потребления респондентами алкоголя, курения, характера питания, отдыха, физической активности, приверженности медицинской профилактики.

Третья группа показателей характеризует мнение респондентов в отношении мер демографической политики, направленных на снижение смертности. Прежде всего, речь идет об оценке респондентами того, как повлияли меры на формирование самосохранительного поведения или изменение его в направлении оздоровления образа жизни.

В качестве отдельной группы в данном блоке можно рассматривать характеристики поведения респондентов в отношении новых организационных и медицинских технологий, направленных на повышение доступности и качества оказания помощи при хронических заболеваниях. В качестве индикаторов целесообразно использовать показатели информированности о новых технологиях, доступность их для респондентов, как в территориальном, так и в экономическом отношении, использование технологий, если они доступны, а также оценка респондентами результативности этих технологий с точки зрения предотвращения летальных исходов при хронических заболеваниях.

Критерии оценки результативности различных мер зависят от характера самих мер.

Так, в отношении мер, связанных с формированием здорового образа жизни, результативность возможно оценить путем сравнительного анализа поведения респондентов, воспользовавшихся услугами Центров здоровья и тех, кто игнорировал посещение этой структуры, зная о ее существовании. Признаком посещения Центра здоровья выбран не случайно, поскольку эта сеть учреждений специально предназначена для работы со здоровым населением, имеющим факторы риска. Таким образом, наличие контрольной группы с сопоставимыми социально-демографическими характеристиками позволяет выявить влияние (если оно есть) деятельности Центров здоровья на: самооценку респондентами своего образа жизни с точки зрения влияния на здоровье; информированность респондентов об ущербе здоровью, наносимом образом

жизни; готовность респондентов изменить свой образ жизни; результаты изменения образа жизни в показателях потребления алкоголя, курения, организации досуга, физической активности и пр.; оценку респондентами того, как повлияли меры политики на формирование самосохранительного поведения или изменение его в направлении оздоровления образа жизни.

Набор показателей описывает факторную цепочку, в начале которой самооценка респондентами своего образа жизни. Восприятие своего образа жизни, соотнесенное с показателями потребления алкоголя, курения, характера питания, двигательной активности позволяет оценить адекватность самооценки респондентами своего образа жизни. Она зависит, в том числе, и от информированности респондентов об ущербе здоровью, наносимом образом жизни.

Что касается мер по снижению смертности при хронических заболеваниях и травмах, то по самой сути этих мер для них невозможно подобрать контрольную группу, поскольку они адресованы лицам с хроническими заболеваниями и последствиями травм, и касаются улучшения доступности и качества оказания медицинской помощи. В этом случае критериями оценки результативности мер служат, во-первых, показатели информированности о новых организационных и медицинских технологиях. Оценка мер проводится в отношении трех групп респондентов: лиц, страдающих сердечно-сосудистой патологией, имеющих диагноз онкологического заболевания, и получивших травму в результате ДТП. Для каждой группы респондентов дается перечень реализуемых мер, связанных с улучшением доступности и качества медицинской помощи.

Следующий показатель оценки результативности мер – это доступность квалифицированной медицинской помощи для респондентов, как в территориальном, так и в экономическом отношении. Территориальная доступность оценивается на основании сравнения ответов респондентов, живущих в разных типах поселений: областном центре, городе областного подчинения, районном центре, сельском поселении. Экономическая доступность оценивается по показателям фактической платности отдельных видов медицинской помощи, которая должна оказываться бесплатно. Оценка территориальной доступности медицинской помощи проведена на примере респондентов, страдающих сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, поскольку эти виды помощи не являются экстренными и оказываются по месту жительства респондента. Оценка экономической доступности медицинской помощи проведена на примере респондентов, страдающих онкологическими заболеваниями, поскольку это наиболее дорогостоящая медицинская помощь и в отсутствие достаточных средств в региональном бюджете именно онкологическая помощь наиболее часто оказывается недоступна для пациентов, нуждающихся в ней.

Важным показателем результативности мер является оценка респондентами изменений в доступности и качестве оказания медицинской помощи, произошедших за год. Очевидно, что один год это слишком маленький промежуток времени для того, чтобы все реализуемые меры дали ожидаемый эффект, однако оценить основные сдвиги за этот период возможно, осо-

бенно если речь идет о хронических больных, которые регулярно обращаются за различными видами медицинской помощи.

Для оценки результативности мер по снижению сердечно-сосудистой смертности опрошены лица, имеющие установленный врачом диагноз болезней системы кровообращения. Опыт предыдущих опросов показывает, что для контроля наличия диагноза целесообразно задавать вопрос о дате (календарный год) его установления. Совокупность двух вопросов – о наличии диагноза, установленного врачом, и о дате установления диагноза позволяет однозначно идентифицировать группу респондентов с заболеванием сердечно-сосудистой системы. В противном случае, без дополнительных вопросов, любой респондент, у которого бывают боли в сердце, или повышенное давление, рискует быть отнесенным к данной группе.

Еще один фильтр – это место проведения опроса. Исследование проводилось среди пациентов, ожидающих приема кардиолога, именно кардиолога, а не терапевта, несмотря на то, что в связи с отсутствием специалистов в ряде поликлиник, кардиологических больных там ведет участковый терапевт. И, поскольку проблема специалистов более остро стоит в малых городах и поселках городского типа, исследование не ограничивается опросом лишь в областном центре, но проводилось и в городах районного подчинения.

Опрашивались респонденты в возрасте от 40 до 60 лет, мужчины и женщины. Возрастные ограничения введены с целью формирования однородной возрастной группы, с тем, чтобы при обработке результатов не вводить дополнительную группировку по возрасту и не дробить совокупность опрошенных с целью получения более надежных в статистическом отношении результатов. Выбор именно трудоспособного населения обусловлен тем, что в этих возрастах смертность от большинства болезней системы кровообращения относится к предотвратимой как мерами профилактики, так и путем повышения доступности и качества медицинской помощи, включая реабилитацию.

Для оценки результативности мер по снижению онкологической смертности опрашивались лица, имеющие установленный врачом диагноз злокачественного новообразования. Также, как и в отношении лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, ключевыми признаками для вхождения в группу являются: наличие диагноза, установленного врачом, и дата установления диагноза (календарный год). В связи со специфической организацией онкологической помощи, сосредоточенной, как правило, в областном (краевом, республиканском) диспансере, респонденты опрашивались в одном месте – в ожидании приема онколога, специалиста по соответствующей локализации новообразования. Опрос проводился в поликлинике диспансера, где сконцентрированы больные до и после хирургического лечения. Также, как и в отношении лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, группа опрашиваемых ограничена рамками трудоспособного возраста в интервале от 40 до 60 лет. Это возрастной период, когда, с одной стороны, риск онкологических заболеваний становится статистически значимым, с другой, – когда значительная часть новообразований, специфических для данных возрастов, относится к предотвратимым.

Для оценки результативности мер по снижению смертности от транспортных травм опрашивались респонденты, получившие в ДТП травму, потребовавшую госпитализации. Эта группа выбрана исходя из следующих оснований. Во-первых, травмы, потребовавшие госпитализации, – сравнительно тяжелые с потенциально инвалидизирующим и/или летальным исходом. Таким образом, данная группа может рассматриваться в качестве модели по предотвращению смертности в ДТП. Во-вторых, она включает три основные категории пострадавших в ДТП: водителей, пассажиров и пешеходов, т.е. все основные факторы риска ДТП с тяжелым исходом. Возрастной интервал пострадавших в ДТП (от 20 до 60 лет) шире, чем в опросе хронических больных. Он охватывает молодежь, т.е. категории потенциальных велосипедистов и мотоциклистов, лиц средних трудоспособных возрастов, т.е. категории потенциальных водителей и пассажиров и лиц более старших возрастов, т.е. категории потенциальных пешеходов.

Поскольку через все три субъекта федерации, участвующие в опросе, проходят федеральные трассы, часть пострадавших в ДТП госпитализирована в областные (краевые) учреждения здравоохранения, за которыми закреплена ответственность по оказанию медицинской помощи, независимо от административно-территориального деления. Поэтому опрос проводился не только в областных (краевых) и городских больницах, но и в ЦРБ. Соответственно в областных (краевых) и городских больницах опрос проводился в травматологических отделениях, а в ЦРБ, где специализированные отделения, как правило, отсутствуют, или в хирургических отделениях, или на травматологических койках в структуре хирургических отделений. Это позволило охватить в исследовании разные категории пострадавших, а следовательно, оценить различия в оказании помощи пострадавшим на федеральных трассах и на внутрирегиональных дорогах.

Для оценки результативности мер по формированию здорового образа жизни предстояло организовать исследование в основной группе и контроле. Методически такой подход связан с оценкой деятельности Центров здоровья, в задачи которых и входит формирование здорового образа жизни. Основную группу составляют молодые люди в возрасте от 20 до 40 лет, обратившиеся в Центр здоровья, контрольную – население, относящееся к такой же возрастной группе, сопоставимое с основной по соотношению мужчин и женщин, а также основным социальным характеристикам, прежде всего, месту жительства, уровню образования, характеру занятий. Возрастные границы группы определяются тем, что в опросе должны участвовать молодые люди, у которых еще нет хронических заболеваний.

Опрос основной группы проводился в Центрах здоровья для взрослых. С учетом распределения Центров здоровья по территории субъекта федерации, опрос проводится в областном (краевом) Центре здоровья и в 1–2 районных. После завершения опроса в основной группе и определения ее возрастно-полового, социального состава, и структуры по месту жительства, сформировано задание на опрос контрольной группы. Это задание определялось тем, в каких населенных пунктах и где, т.е. в каких учебных учреждениях, предприятиях и организациях проводить опрос в контрольной группе.

Независимо от численности населения каждого субъекта федерации предусмотрено равное распределение объема выборки, что позволило учесть в одинаковой мере особенности каждой территории. Исходя из этого принципа, объем исследования по проблемам смертности в каждом субъекте федерации составляет 500 респондентов. Между категориями респондентов объем выборки распределен равномерно, т.е. каждая группа респондентов в субъекте федерации составляет 100 человек, и суммарно по всем регионам, участвующим в исследовании – 300 респондентов.

Вид анкеты	Категории респондентов	Общая численность респондентов данной категории (в целом по всем регионам)	Численность респондентов данной категории в регионе и их распределение по типам поселения	Места проведения опроса и поиска респондентов
Анкета для опроса пациентов кардиолога	Мужчины и женщины в возрасте от 40 до 60 лет, имеющие установленный врачом диагноз сердечно-сосудистого заболевания	300	100 (областной (краевой) центр – 50; прочие городские поселения – 30; сельские поселения – 20)	Муниципальные поликлиники, в очереди на прием к кардиологу
Анкета для опроса пациентов онкологического диспансера	Мужчины и женщины в возрасте от 40 до 60 лет, имеющие установленный врачом диагноз онкологического заболевания	300	100 (областной (краевой) центр – 50; прочие городские поселения – 30; сельские поселения – 20)	Онкологический диспансер, в очереди на прием к специалистам-онкологам в поликлиническом отделении
Анкета для опроса госпитализированных в связи с последствиями ДТП	Мужчины и женщины в возрасте от 40 до 60 лет, госпитализированные в связи с последствиями ДТП	300	100 (областной (краевой) центр – 50; прочие городские поселения – 30; сельские поселения – 20)	Областная (краевая) и городская больница (травмотологическое отделение); 1–2 ЦРБ (хирургическое отделение, или травматологические койки хирургического отделения)

Вид анкеты	Категории респондентов	Общая численность респондентов данной категории (в целом по всем регионам)	Численность респондентов данной категории в регионе и их распределение по типам поселения	Места проведения опроса и поиска респондентов
Анкета для опроса молодых людей, обратившихся в Центр здоровья	Мужчины и женщины в возрасте от 20 до 40 лет, обратившиеся в Центр здоровья	300	100 (областной (краевой) центр – 50; прочие городские поселения – 30; сельские поселения – 20)	Центр здоровья, на приеме у специалиста или в ожидании функционального исследования
Анкета для опроса молодых людей, никогда не обращавшихся в Центр здоровья	Мужчины и женщины в возрасте от 20 до 40 лет, никогда не обращавшихся в Центр здоровья	300	100 (областной (краевой) центр – 50; прочие городские поселения – 30; сельские поселения – 20)	После завершения опроса в основной группе и определения ее возрастного-полового, социального состава и структуры по месту жительства, формируется задание на опрос контрольной группы. Это задание определяется тем, в каких населенных пунктах и где, т.е. в каких учебных учреждениях, предприятиях и организациях проводить опрос в контрольной группе.

Для оценки результативности мер демографической политики в отношении снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний опрашивались респонденты в возрасте от 40 до 60 лет, средний возраст респондентов составил $55 \pm 0,7$ года для мужчин и $53 \pm 0,5$ года для женщин. Мужчины

составили 36% от общего числа респондентов, женщины – 64%. В областных центрах живут 44,4% респондентов, 17,7% – в городах областного подчинения и 22,2% – в районных центрах, соответственно сельскими жителями являются 15,6% респондентов. Такая структура расселения соответствует распределению населения по типам поселений в регионах, где проводился опрос. По соотношению жителей крупных и средних городов с одной стороны, малых городов, пгт и сел, с другой, мужчины и женщины практически не различаются. Это позволяет далее не учитывать этот признак при анализе гендерной дифференциации мнений респондентов.

По уровню образования опрошенные распределились следующим образом: с неполным средним образованием – 5,8%, со средним общим – 12,4%, со средним специальным – 47,9%, с высшим, включая незаконченное и послевузовское образование – 33,9%. Как и в отношении места жительства отсутствие существенных гендерных различий по уровню образования позволяет далее не учитывать этот признак при анализе дифференциации мнений респондентов по полу.

Особенности видов занятости мужчин и женщин столь велики, что в данном случае не имеет смысла использовать усредненный показатель. Так, в бюджетных организациях работают 47,0% опрошенных женщин и только 13,0% мужчин, тогда как во внебюджетных, напротив, 15,9% женщин и 40,2% мужчин. Только среди женщин встречаются домохозяйки, никогда не работавшие и не ищущие работу (2,0%), в основном среди мужчин встречаются индивидуальные предприниматели (7,6% против 1,3% среди женщин). Вместе с тем, доля безработных лиц практически одинакова и гендерные различия связаны лишь с соотношением тех, кто ищет постоянную работу, и тех, кто в отсутствие работы перебивается случайными заработками: среди женщин 4,6% и 2,0% соответственно, среди мужчин 1,1% и 5,4% соответственно.

Особенности занятости должны сказаться на самооценке условий и уровня жизни. Вместе с тем, по отдельным категориям занятости слишком малое число респондентов, а по основным группам – работающих в бюджетных и внебюджетных организациях – оценки различаются незначительно. Поэтому и в целом для совокупности мужчин и женщин практически не различаются ни оценки уровня жизни ($48,2 \pm 1,3$ балла для женщин и $49,7 \pm 1,5$ балла для мужчин), ни жилищных условий ($54,5 \pm 1,3$ балла для женщин и $55,6 \pm 1,5$ балла для мужчин). Это позволяет, как и в случае других социальных признаков, не учитывать их при оценке гендерных различий во мнениях респондентов.

Для оценки результативности мер демографической политики в отношении снижения смертности от новообразований были также опрошены респонденты в возрасте от 40 до 60 лет, средний возраст респондентов составил $54,6 \pm 0,7$ года для мужчин и $52,3 \pm 0,5$ года для женщин. Соответственно мужчины составили 26% от общего числа респондентов, женщины – 74%.

Около половины респондентов составили лица со средним специальным образованием (47,9%), 13,6% – со средним общим. Пациенты с неполным средним образованием встречались в единичных случаях (3,4%). При этом

треть всех опрошенных составляли респонденты с высшим образованием (35,1%), включая незаконченное и послевузовское. Уровень образования женщин в среднем выше, чем мужчин за счет более высокой доли лиц со средним специальным (50,0% против 42,0%) и высшим образованием (38,8% против 24,6%). Структура занятости респондентов модифицирована, поскольку значительная часть их является инвалидами. Среди работающих выделяются две основные категории: работающие в бюджетных (23,8%) и внебюджетных (19,5%) организациях, суммарно составляющие более 40% всех занятых. Третий по распространенности вид занятости – индивидуальное предпринимательство (5,1%). Существенная часть респондентов не работает, находясь в поиске работы (3,9%), перебиваясь случайными заработками (1,2%), или не собираясь работать (8,2%). Гендерные различия в структуре занятости носят традиционный характер: среди мужчин выше доля предпринимателей (7,7% против 4,2%) и не работающих (21,5% против 10,5%).

Треть опрошенных являются жителями областных центров (35,0%), еще пятая часть живет в городах областного подчинения (19,4%), сельскими жителями являются 22,1% опрошенных, и 23,6% респондентов проживают в районных центрах. Среди мужчин существенно выше доля сельских жителей (34,8% против 17,5%), среди женщин, соответственно, – выше доля городского населения, причем равномерно во всех типах городских поселений.

Самооценка уровня жизни составляет $49,2 \pm 1,3$ балла по 100-бальной шкале у женщин и $50,5 \pm 1,4$ балла у мужчин, т.е. является средней. Присутствует ожидаемая дифференциация по типам поселений, хотя она и не очень существенная: самооценка уровня жизни выше у городского населения, причем не у жителей областных центров, а городов областного подчинения ($55,4 \pm 1,4$ и $50,3 \pm 1,4$ балла соответственно), и ниже у сельских жителей ($46,7 \pm 1,4$ балла).

Средний возраст респондентов пострадавших в ДТП: $36,5 \pm 1,4$ года – женщины, $34,1 \pm 1,2$ года мужчины, 59% опрошенных составили мужчины, 41% – женщины. Более 40% имеют среднее общее образование и еще около 11% – среднее специальное, причем доля лиц со средним образованием и соотношение среднего общего и специального образования у мужчин и женщин не различается. Вместе с тем, как и в других выборках, среди женщин несколько выше доля лиц с высшим образованием, в том числе – незаконченным, а среди мужчин – с неполным средним и начальным, что соответствует различиям в образовательном статусе населения.

В структуре занятости главным местом работы является занятость в бюджетных и внебюджетных организациях, причем, как и в других группах опрошенных женщины чаще заняты в бюджетном секторе (39,4% и 14,0% соответственно), мужчины во внебюджетном (41,1% и 28,2%). Около 10% опрошенных являются индивидуальными предпринимателями с существенным преобладанием мужчин (14,0% против 8,5%), и 18,5% не заняты, из них 15,2% – безработные.

Из числа опрошенных 42,9% являются жителями областных центров, 11% также относятся к городскому населению: живут в городах областного

подчинения, более четверти респондентов (28,8%) – проживают в районных центрах и 17,3% – в селах. В отличие от других групп респондентов, сельских жителей больше среди женщин (21,8% против 14,2%), а жителей областных центров – среди мужчин (45,1% против 39,7%). Респонденты довольно высоко оценивают условия жизни ($59,3 \pm 1,5$ балла женщины и $60,0 \pm 1,2$ балла мужчины) и жилищные условия ($64,1 \pm 1,6$ балла женщины и $63,7 \pm 1,6$ балла мужчины).

Для оценки результативности мер по формированию здорового образа жизни проведен опрос населения в возрасте от 20 до 40 лет. Основной группой в данном случае являются респонденты, не имеющие хронических заболеваний, обратившиеся в центр здоровья. Контрольную группу составили респонденты, которые не посещали ЦЗ. Для того, чтобы элиминировать фактор социально-демографического статуса респондентов, который может влиять на оценку мер в сфере формирования здорового образа жизни, состав респондентов основной и контрольной групп максимально сближен. Так, соотношение мужчин и женщин в основной группе составляет 31% и 69%, в контрольной 32% и 68%, при среднем возрасте респондентов основной группы $30,5 \pm 0,6$ года для мужчин и $29,8 \pm 0,4$ года для женщин и контрольной группы соответственно $30,5 \pm 0,6$ года для мужчин и $30,2 \pm 0,4$ года для женщин.

Треть респондентов в основной и в контрольной группах имеют среднее специальное образование и около 40% – высшее. Соотношение по уровню образования мужчин и женщин в группах также является примерно одинаковым: женщины чаще имеют высшее образование, мужчины – среднее, включая неполное среднее. Несколько человек в каждой выборке получили лишь начальное образование, и немногим больше – послевузовское профессиональное.

По характеру занятости основными видами занятий в основной и контрольной группе является работа в бюджетных и внебюджетных организациях с большим представительством женщин в первых, и мужчин – во вторых. Доля предпринимателей в сравниваемых группах существенно не отличается, так же как и гендерное соотношение этого типа занятости с заметным преимуществом среди мужчин. Общий удельный вес не занятого населения также примерно одинаков, хотя структура этой категории несколько отлична: так, в основной группе несколько больше доля безработных (не работаю, ищу работу), тогда как в контрольной – не работающих (не работаю, и не собираюсь). Однако в целом структура основной и контрольной групп по характеру занятости не имеет принципиальных отличий.

По типу расселения состав основной и контрольной групп отличается не существенно: так, доля жителей областных центров несколько выше в контрольной группе, а городов областного подчинения – в основной, аналогичные соотношения касаются жителей районных центров и сельских поселений, при этом доля первых выше в контрольной группе, а вторых – в основной. Вместе с тем, отмеченные различия не существенны и находятся в пределах статистической ошибки.

В основной группе самооценка уровня жизни составляет по 100-бальной шкале $61,7 \pm 1,3$ балла у женщин и $60,5 \pm 1,5$ балла у мужчин. Соответственно самооценка жилищных условий составила $63,5 \pm 1,3$ балла у женщин и $62,8 \pm 1,5$ балла у мужчин. Присутствует ожидаемая вариация самооценок уровня жизни и жилищных условий с максимальными показателями для городского населения. В контрольной группе получены близкие самооценки уровня жизни и жилищных условий, а также направление и масштабы их вариации. Так, в контрольной группе самооценка уровня жизни составляет $64,5 \pm 1,5$ балла у женщин и $63,464,5 \pm 1,5$ балла у мужчин, самооценка жилищных условий $64,264,5 \pm 1,5$ балла у женщин и $62,464,5 \pm 1,5$ балла у мужчин соответственно.

Таким образом, социально-демографический состав респондентов в основной и контрольной группах достаточно близок, а потому не может являться фактором, влияющим на различия в поведении респондентов в отношении здоровья, и в оценке ими результативности мер по формированию здорового образа жизни.

КРИТЕРИИ ВЫБОРА СУБЪЕКТОВ ФЕДЕРАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общие критерии выбора субъектов федерации для проведения исследования заключались в следующем. Во-первых, эти регионы должны представлять различные географические зоны страны, располагаясь в разных федеральных округах. Во-вторых, они должны представлять различные типы демографической ситуации, как по сложившимся параметрам воспроизводства населения, так и по тенденциям. В-третьих, эти регионы должны представлять различные типы с точки зрения проводимой демографической политики, а именно: ориентация преимущественно на федеральные меры, ориентация, как на федеральные, так и на региональные меры, преимущественная ориентация на региональные меры. В-четвертых, выбор субъектов федерации определялся их активным участием в пилотных проектах, что позволяет оценить итоги реализации мер, которые затем были внедрены (или планируется внедрение) во всех субъектах Федерации.

Помимо общих критериев выбора регионов для проведения социологического исследования, был использован ряд дополнительных критериев, более подробно учитывающих специфику ситуации с рождаемостью и смертностью. Во-первых, регионы должны различаться по уровню и тенденциям рождаемости. Во-вторых: территории должны представлять весь спектр продолжительности жизни на российском пространстве, охватывая относительно благополучные и неблагополучные группы; должны быть представлены различные варианты соотношений мужской и женской смертности, т.е. соответствие по рангу в общероссийском распределении, относительно более благополучная ситуация по женской смертности, относительно более благополучная ситуация по мужской смертности; должны быть представлены различные типы динамики смертности в период после 2005 г.: опережающие, в сравнении с российскими, темпы роста продолжительности жизни мужчин и женщин; более низкие темпы роста в сравнении со средними по России также и мужчин, и у женщин; диспропорциональные темпы динамики продолжительности жизни: опережающие или только для мужчин, или только для женщин.

Именно последний критерий позволяет, хотя и предварительно, судить о результативности мер демографической политики по снижению смертности, поскольку основные меры начали реализовываться с середины ушедшего десятилетия. Исходя из этих критериев в отношении смертности населения, были отобраны три субъекта федерации: Новгородская область, Калужская область, Пермский край.

В Пермском крае уровень рождаемости заметно выше среднероссийского (в 2011 г. – 1,78 против 1,58), тогда как в Новгородской (1,55) и, особенно, в Калужской (1,49) областях – ниже. При этом в Пермском крае в последние годы и прирост суммарного коэффициента рождаемости был существенно

большим, чем в целом по стране (в 2011 г. по сравнению с 2006 г. величина этого показателя была больше почти на 0,4, тогда как в целом по России – 0,28). В Калужской области этот прирост составил 0,26, а в Новгородской – 0,22.

Новгородская область занимает 78 место для мужчин и 65 место для женщин (т.е. несоответствие с более благополучной ситуацией для женщин) в общероссийском распределении по продолжительности жизни в 2011 г., демонстрируя уровни продолжительности жизни существенно более низкие, чем в среднем по России.

Калужская область занимает 31 место для мужчин и 30 место для женщин (т.е. соответствие ранговых позиций) в общероссийском распределении по продолжительности жизни в 2011 г., демонстрируя уровни продолжительности жизни близкие к общероссийским, особенно для женщин.

Пермский край занимает 66 место в общероссийском распределении по продолжительности жизни в 2011 г. для мужчин и 63 для женщин, демонстрируя соответствие неблагоприятной ситуации для тех и других с более низкими, чем в среднем по России показателями продолжительности жизни населения.

Все три территории имели в 2005 г. уровни продолжительности жизни, более низкие, чем в среднем по стране. Но в результате различной скорости преодоления неблагоприятия, дифференцированной к тому же для мужчин и женщин, ситуация к 2011 г. заметно изменилась. В целом по стране продолжительность жизни мужчин выросла с 2005 г. по 2011 г. на 5,1 года, у женщин – на 3,2 года. При этом в Калужской области продолжительность жизни росла опережающими темпами: на 5,7 лет для мужчин и 3,6 года – для женщин, что позволило области войти в 2011 г. в группу территорий с показателями продолжительности жизни, близкими к среднероссийским уровням. При этом, пропорциональная ситуация в соотношении мужской и женской смертности сохранилась: если в середине 2000-х годов область занимала 40-е позиции в общероссийском распределении, то в 2011 г. – 30-е.

В Новгородской области – с неблагоприятной ситуацией со смертностью – продолжительность жизни выросла, но темпы были ниже (у мужчин) или близкими (у женщин) к средним по стране: 4,8–3,5 года соответственно. Это привело к тому, что ранговые позиции области в отношении мужской смертности еще ухудшились, и она переместилась с 72 на 78 место, а позиции в отношении женской смертности остались теми же (63 и 65 место соответственно), в результате диспропорции в соотношении мужской и женской смертности выросли.

Пермский край занимает промежуточное положение между Калужской и Новгородской областями, имея показатели продолжительности жизни ниже, чем в среднем по стране (и соответственно в Калужской области), но не такие низкие, как Новгородская область. Аналогичным образом, тенденции смертности в крае также носят промежуточный характер. Если у мужчин темпы роста продолжительности жизни были близки к среднероссийским (5,3 года), то у женщин они были заметно выше (4,0 года).

Следует отметить, что в отобранную группу территорий не вошла ни одна территория с уровнями смертности более низкими, чем в среднем по стране. Вместе с тем, территории благополучные по уровням смертности, как правило, не демонстрировали выдающихся результатов в отношении тенденций. Не случайно, корреляция между величиной продолжительности жизни в субъектах федерации в 2005 г. и темпами ее изменения в 2005–2011 г. носит отрицательный характер. Таким образом, отобранные территории отвечают приведенным выше критериям в отношении репрезентативности общероссийской ситуации.

Научное издание

**В.Н. Архангельский,
А.Е. Иванова,
Л.Л. Рыбаковский**

**РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ
ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ
РОССИИ**

Под редакцией Л.Л. Рыбаковского

Подписано в печать 11.05.2016 г. Формат 60х90 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 19,25. Заказ 2748. Тираж 500 экз.

Отпечатано ООО «Издательство «Экон-Информ»
129329, Москва, ул. Кольская, д. 7, стр. 2. Тел. (499) 180-9407
www.ekon-inform.ru; e-mail: eer@yandex.ru