

# Демографическое обозрение

электронный  
научный журнал



**Том 7, № 3, 2020**

## СОДЕРЖАНИЕ

### Оригинальные статьи

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД И ЕГО ИНТЕРПРЕТАЦИИ  
**АНАТОЛИЙ ВИШНЕВСКИЙ**

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И СЕМЕЙНАЯ ПОЛИТИКА В РАЗНЫХ СТРАНАХ:  
КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ И ПРАКТИКИ  
**ОЛЬГА ИСУПОВА**

ТРУДОВАЯ МИГРАЦИЯ В РОССИИ В ПЕРИОД КОРОНАВИРУСНОЙ ПАНДЕМИИ  
**МИХАИЛ ДЕНИСЕНКО, ВЛАДИМИР МУКОМЕЛЬ**

ЦЕНТР-ПЕРИФЕРИЙНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ В РОССИИ:  
РЕГИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ  
**АЛЕКСЕЙ ЩУР, СЕРГЕЙ ТИМОНИН**

ВЛИЯНИЕ МИГРАЦИИ НА ЧИСЛЕННОСТЬ И ВОЗРАСТНОЙ СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ  
МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ РАЗНЫХ ТИПОВ В БАШКОРТОСТАНЕ  
**НАИЛЯ ШАМСУТДИНОВА, ВАДИМ ПРУДНИКОВ,  
ИРИНА УТЯШЕВА, ГУЛЬДАР ХИЛАЖЕВА**

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ИНТЕРНЕТ СБЕРЕГАЮЩИМ ЗДОРОВЬЕ ФАКТОРОМ В РОССИИ?  
**ИРИНА КАЛАБИХИНА, АНТОН КОЛОТУША**

### Рецензии

ЖИВИ И ПОМНИ  
Рецензия на книгу «Победа над деревней. Демографические потери коллективизации»  
**АБЫ ШУКЮРОВ**

# ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ОБОЗРЕНИЕ • DEMOGRAPHIC REVIEW

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Е.М. АНДРЕЕВ  
А.Г. ВИШНЕВСКИЙ  
В.В. ВЛАСОВ  
М.Б. ДЕНИСЕНКО  
В.В. ЕЛИЗАРОВ  
С.В. ЗАХАРОВ  
С.Ф. ИВАНОВ  
А.Е. ИВАНОВА  
И.Е. КАЛАБИХИНА  
М.А. КЛУПТ  
Н.В. МКРТЧЯН  
А.Р. МИХЕЕВА  
В.И. МУКОМЕЛЬ  
Л.Н. ОВЧАРОВА  
П.М. ПОЛЯН  
А.И. ПЬЯНКОВА  
М.С. САВОСКУЛ  
С.А. ТИМОНИН  
А.И. ТРЕЙВИШ

## МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Б. АНДЕРСОН (США)  
О.Е. ГАГАУЗ (Молдавия)  
И.И. ЕЛИСЕЕВА  
Ж.А. ЗАЙОНЧКОВСКАЯ  
Н.В. ЗУБАРЕВИЧ  
В.А. ИОНЦЕВ  
Э.М. ЛИБАНОВА (Украина)  
М. ЛИВИ БАЧЧИ (Италия)  
Т.М. МАКСИМОВА  
Т.М. МАЛЕВА  
Ф. МЕЛЕ (Франция)  
Б.Н. МИРОНОВ  
С.Ю. НИКИТИНА  
З. ПАВЛИК (Чешская Республика)  
В. СТАНКУНЕНЕ (Литва)  
М. ТОЛЬЦ (Израиль)  
В.М. ШКОЛЬНИКОВ (Германия)  
С.Я. ЩЕРБОВ (Австрия)

## РЕДАКЦИЯ:

**Главный редактор** – Анатолий Григорьевич ВИШНЕВСКИЙ  
**Заместитель главного редактора** – Сергей Андреевич ТИМОНИН  
**Заместитель главного редактора** – Никита Владимирович МКРТЧЯН  
**Ответственный секретарь редакции** – Анастасия Ивановна ПЬЯНКОВА  
**Корректор** - Наталия Станиславовна ЖУЛЕВА  
**Компьютерная вёрстка и графика** – Кирилл Владимирович РЕШЕТНИКОВ

*Журнал зарегистрирован 13 октября 2016 года Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).  
Свидетельство о регистрации средства массовой информации Эл № ФС77-67362.*

ISSN 2409-2274

## Адрес редакции:

109028 Россия, г. Москва, Большой Трёхсвятительский пер., дом 3, офис 303  
Телефон: 8-495-772-95-90\*11864 / \*11824  
www.demreview.hse.ru  
E-mail: demreview@hse.ru

**Выпускается ежеквартально. Издается с 2014 года.**

**Все рукописи проходят обязательное предварительное рецензирование.  
Позиция Редакции не обязательно совпадает с мнением авторов.  
Перепечатка материалов возможна только по согласованию с Редакцией.**

# ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ОБОЗРЕНИЕ • DEMOGRAPHIC REVIEW

## **EDITORIAL BOARD:**

E. ANDREEV  
A. VISHNEVSKY  
V. VLASOV  
M. DENISSENKO  
V. ELIZAROV  
S. ZAKHAROV  
S. IVANOV  
A. IVANOVA  
I. KALABIKHINA  
M. KLUPT  
A. MIKHEYEVA  
N. MKRTCHYAN  
V. MUKOMEL  
L. OVCHAROVA  
P. POLIAN  
A. PYANKOVA  
M. SAVOSKUL  
S. TIMONIN  
A. TREIVISCH

## **INTERNATIONAL EDITORIAL COUNCIL:**

B. ANDERSON (USA)  
O. GAGAUZ (Moldova)  
I. ELISEEVA  
Z. ZAYONCHKOVSKAYA  
N. ZUBAREVICH  
V. IONTSEV  
E. LIBANOVA (Ukraine)  
M. LIVI BACCI (Italy)  
T. MAKSIMOVA  
T. MALEVA  
F. MESLÉ (France)  
B. MIRONOV  
S. NIKITINA  
Z. PAVLIK (Czech Republic)  
V. STANKUNIENE (Lithuania)  
M. TOLTS (Israel)  
V. SHKOLNIKOV (Germany)  
S. SCHERBOV (Austria)

## **EDITORIAL OFFICE:**

**Editor-in-Chief** - Anatoly G. VISHNEVSKY  
**Deputy Editor-in-Chief** - Sergey A. TIMONIN  
**Deputy Editor-in-Chief** - Nikita V. MKRTCHYAN  
**Managing Editor** – Anastasia I. PYANKOVA  
**Proofreader** - Natalia S. ZHULEVA  
**Design and Making-up** - Kirill V. RESHETNIKOV

*The journal is registered on October 13, 2016 in the Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology, and Mass Media.  
Certificate of Mass Media Registration ЭЛ № ФС77-67362.*

ISSN 2409-2274

## **Editorial address:**

Bolshoy Trekhsvyatitelskiy lane 3, office 303, Moscow, 109028, Russia  
Phone: 8-495-772-95-90 \* 11864 / \*11824  
[www.demreview.hse.ru](http://www.demreview.hse.ru)  
E-mail: [demreview@hse.ru](mailto:demreview@hse.ru)

**Released quarterly. Published since 2014.**

**All manuscripts are obligatory peer-reviewed.  
Editorial office position does not necessarily coincide with the views of the authors.  
Reproduction of any materials is possible only by agreement with the editorial office.**

**СОДЕРЖАНИЕ**  
*Сентябрь 2020, Т.7, №3*

**Оригинальные статьи**

<b>ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД И ЕГО ИНТЕРПРЕТАЦИИ .....</b>	<b>6-50</b>
---	-------------

*Анатолий Вишневский*

<b>ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И СЕМЕЙНАЯ ПОЛИТИКА В РАЗНЫХ СТРАНАХ: КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ И ПРАКТИКИ .....</b>	<b>51-83</b>
--	--------------

*Ольга Исупова*

<b>ТРУДОВАЯ МИГРАЦИЯ В РОССИИ В ПЕРИОД КОРОНАВИРУСНОЙ ПАНДЕМИИ .....</b>	<b>84-107</b>
--	---------------

*Михаил Денисенко, Владимир Мукомель*

<b>ЦЕНТР-ПЕРИФЕРИЙНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ В РОССИИ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ .....</b>	<b>108-133</b>
--	----------------

*Алексей Щур, Сергей Тимонин*

<b>ВЛИЯНИЕ МИГРАЦИИ НА ЧИСЛЕННОСТЬ И ВОЗРАСТНОЙ СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ РАЗНЫХ ТИПОВ В БАШКОРТОСТАНЕ .....</b>	<b>134-149</b>
---	----------------

*Наиля Шамсутдинова, Вадим Прудников,  
Ирина Утяшева, Гульдар Хилажева*

<b>ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ИНТЕРНЕТ СБЕРЕГАЮЩИМ ЗДОРОВЬЕ ФАКТОРОМ В РОССИИ? .....</b>	<b>150-182</b>
---	----------------

*Ирина Калабихина, Антон Колотуша*

**Рецензии**

<b>ЖИВИ И ПОМНИ Рецензия на книгу «Победа над деревней. Демографические потери коллективизации» .....</b>	<b>183-190</b>
---	----------------

*Абы Шукюров*

**CONTENTS**  
*September 2020, 7(3)*

**Original papers**

**EPIDEMIOLOGIC TRANSITION  
AND ITS INTERPRETATIONS .....** **6-50**

*Anatoly Vishnevsky*

**POPULATION AND FAMILY POLICY IN DIFFERENT  
COUNTRIES: CONCEPTUAL APPROACHES  
AND PRACTICES .....** **51-83**

*Olga Isupova*

**LABOUR MIGRATION IN RUSSIA DURING  
THE CORONAVIRUS PANDEMIC .....** **84-107**

*Mikhail Denisenko, Vladimir Mukomel*

**CENTER-PERIPHERAL DIFFERENCES IN LIFE EXPECTANCY  
IN RUSSIA: REGIONAL ANALYSIS .....** **108-133**

*Aleksei Shchur, Sergey Timonin*

**THE EFFECT OF MIGRATION ON POPULATION SIZE AND  
AGE COMPOSITION IN MUNICIPALITIES OF DIFFERENT  
TYPES IN BASHKORTOSTAN .....** **134-149**

*Nailya Shamsutdinova, Vadim Prudnikov,  
Irina Utiasheva, Guldar Khilazheva*

**IS THE INTERNET A HEALTH-PRESERVING FACTOR  
IN RUSSIA? .....** **150-182**

*Irina Kalabikhina, Anton Kolotusha*

**Reviews**

**LIVE AND REMEMBER  
Review of the book «Victory over the village.  
Demographic losses of collectivization» .....** **183-190**

*Aby Shukyurov*

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД И ЕГО ИНТЕРПРЕТАЦИИ

АНАТОЛИЙ ВИШНЕВСКИЙ

*Критический анализ теории эпидемиологического перехода (ЭП) А. Омрана и ее различных интерпретаций. Ставится под сомнение предложенная Омраном периодизация ЭП, с ней сопоставляется разграничение двух «эпидемиологических революций» М. Терриса. Отмечается огромное всемирно-историческое значение ЭП как триггера и составной части демографического перехода в целом и обосновывается несогласие с трактовкой ЭП как составной части «санитарного перехода». Оспаривается концепция «кардиоваскулярной революции». Предлагается метод графического представления ЭП и обсуждаются критерии его завершения. Обосновывается несогласие с представлениями о «первом», неолитическом, и «третьем», ожидаемом в будущем, ЭП, а также об «обратном» ЭП. Рассматриваются проблемы «догоняющего» ЭП в развивающихся странах.*

**Ключевые слова:** эпидемиологический переход, эпидемиологическая революция, демографический переход, санитарный переход, стадии эпидемиологического перехода, кардиоваскулярная революция, вероятность умереть, средний возраст смерти.

Термин «эпидемиологический переход» (ЭП) впервые был введен в научный оборот Абделем Омраном в статье, опубликованной в 1971 г. (Omran 1971; Омран 1977), и с тех пор неразрывно связывается с его именем. Статья Омрана стала одной из наиболее цитируемых, что вызывает даже некоторое раздражение у части демографической аудитории, и появляются публикации, главная цель которых – доказать, что слишком частое упоминание имени Омрана не оправдано, а его заслуги преувеличены. Причины чрезмерного цитирования авторы одной из таких публикаций видят не в истинных заслугах Омрана, а в том, что «критики, ищущие новые модели или концептуальные схемы, нашли в Омране удобную отправную точку, мишень или мальчика для битья, чтобы выделить собственные концептуальные инновации и придать им вес» (Weisz, Olszynko-Gryn 2009: 323). Это – хороший совет всем, кто, в свою очередь, хочет прославиться, как Омран, и тоже стать «мальчиком для битья»: надо всего лишь выдвинуть идею, мимо которой не сможет пройти ни один исследователь, работающий в соответствующей области знания.

Справедливости ради следует отметить, что концепция Омрана достаточно часто получает и высокую оценку как «потенциально мощная основа для изучения заболеваемости и смертности среди населения, особенно для изучения исторических и международных вариаций» (Mackenbach 1994: 330). Видимо, не случайно схема Омрана используется как исходный пункт для новых теоретических конструкций, правда, порой сохраняющих довольно призрачную связь с исходной концепцией, – и тогда действительно возникает вопрос, не служит ли обращение к этой концепции всего лишь способом придать таким конструкциям дополнительный вес.

---

**АНАТОЛИЙ ГРИГОРЬЕВИЧ ВИШНЕВСКИЙ** (avishnevsky@hse.ru), Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Россия.

Статья подготовлена в рамках проекта «Демографические и миграционные процессы в России в историческом и международном контексте в свете новых методологических подходов» программы фундаментальных исследований ВШЭ, 2019 г.

Статья поступила в редакцию в июле 2020 г.

И столь же не случайно, что при знакомстве с подобными конструкциями возникают вопросы к их создателям, а иногда и к самому Омрану, о том, насколько надежен заложенный им фундамент и насколько плодотворны направления развития его идей, предлагаемые разными авторами.

## «ПЕРЕХОД» ИЛИ «РЕВОЛЮЦИЯ»?

Омран использовал термин «переход», следуя, по-видимому, традиции, созданной в 40-е годы XX века принстонскими демографами, которые ввели в оборот термин «демографический переход» (Notestein 1945: 40; Davis 1945). В свою очередь этот термин утвердился в конкуренции с появившимся намного ранее (в 1934 г.) термином «демографическая революция» (Landry 2019). Еще в 1944 г. К. Дэвис писал о «демографической революции, неотделимой от промышленной революции» (Davis 1944: 57). Даже и позднее американские демографы в том же смысле иногда употребляли термин «*vital revolution*» (Freedman 1964).

Некоторые авторы, опираясь на французскую традицию, продолжали использовать термин «демографическая революция» и в дальнейшем (см., напр., (Pavlik 1964: 234-247; 1982; Павлик 1979; Вишневский 1973; 1976). Тем не менее в мировой литературе возобладал термин «демографический переход», хотя, по словам ван де Каа, это «ослабило историческую глубину и смысловое звучание термина» (Van de Kaa 2010). Новый термин восприняли и на родине Ландри, пусть и с некоторыми оговорками. Например, Ж.-К. Шенэ, автор фундаментального исследования демографического *перехода*, что недвусмысленно отражено в названии его книги (Chesnais 1986), все же замечает, что в той мере, в какой речь идет о совершенно особом, радикально новом этапе демографического развития, «термин «демографическая революция», немного подзабытый, кажется более удачным» (Chesnais 1986: 18).

Завершая наш краткий терминологический экскурс, заметим, что выражение «эпидемиологическая революция» иногда используется авторами, которые, возможно, вообще не знакомы с представлениями о демографическом или эпидемиологическом переходах. В качестве примера приведем статью под названием «Эпидемиологическая революция XX века». В этой статье, опубликованной в 2005 г., говорится о том, что «XX век характеризовался фантастическим увеличением продолжительности жизни и переходом от инфекционных к хроническим дегенеративным заболеваниям в качестве основных причин смерти» и «обсуждаются корни и причины этих эпидемиологических изменений» (De Flora et al. 2005: 892). Ссылок на Омрана в этой статье нет, его имя ни разу не упоминается.

Еще более интересный пример – использование термина «эпидемиологическая революция» Милтоном Террисом; мы рассмотрим его несколько ниже.

В целом в литературе преобладает термин «переход», хотя причины такого выбора на фоне повсеместного использования термина «революция» («промышленная революция», «научно-техническая революция» и др.) не вполне ясны. Наверно, нет смысла ломать копыта из-за выбора слова, в этой статье оба термина используются как синонимы. Но кое-какие издержки с этим все же связаны.

## ПОЧЕМУ «ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ»?

В словосочетании «эпидемиологический переход» вопросы нередко вызывает не только слово «переход», но и слово «эпидемиологический».

В демографической литературе была высказана и получила довольно широкое распространение точка зрения, согласно которой понятие эпидемиологический переход слишком узкое и не охватывает всех перемен, происходящих в наше время со здоровьем и смертностью.

В частности, утверждается, что у Омрана «понятие «эпидемиологический переход» используется для обозначения переходного периода, а не процесса изменений» (Frenk et al. 1991: 23), что звучит довольно туманно. Одно из исходных положений Омрана гласит, что «в период эпидемиологического перехода происходит длительный сдвиг, в результате чего пандемии инфекционных заболеваний в качестве основной причины заболеваемости и смертности постепенно уступают место дегенеративным и профессиональным заболеваниям» (Omran 1971: 516; Omran 1977: 64). Можно ли яснее обозначить, в чем заключается суть *процесса*, обозначаемого термином «эпидемиологический переход»?

Еще один – центральный – упрек заключается в том, что концепция эпидемиологического перехода не идет дальше рассмотрения «долгосрочного процесса изменения состояния здоровья общества, включая изменения структуры заболеваемости, инвалидности и смертности», тогда как необходимо рассматривать также «изменения в структуре организованного социального реагирования в связи с состоянием здоровья», переход в здравоохранении (health care transition) (Frenk et al. 1991: 23). При таком подходе, полагают авторы статьи, преодолевается кажущееся узким сведение происходящих перемен к эпидемиологическому переходу и становится возможной более широкая их трактовка как «перехода в здоровье» (health transition) (Там же) или «санитарного перехода»<sup>1</sup>.

Этот упрек также едва ли обоснован. Называя переход «эпидемиологическим», Омран имел в виду его главный *смысловой результат* – смену эпидемиологической картины, *эпидемиологической модели* заболеваемости и смертности – в этом, собственно, и заключалась суть перехода. Но это никак не значит, что он игнорировал «организованное социальное реагирование», выражающееся в мобилизации и трансформации системы здравоохранения.

Конечно, у эпидемиологического перехода есть свои предпосылки, к ним относятся и «изменения в структуре организованного социального реагирования в связи с состоянием здоровья». Но, во-первых, отнюдь не только они. А во-вторых, нет никаких оснований считать предпосылки какого-либо процесса его сутью или даже его составной частью.

---

<sup>1</sup> Этот термин (transition sanitaire) используется во франкоязычной литературе, так как во французском языке так же, как и в русском, нельзя образовать прилагательное от слова «здоровье». По той же причине принимаем именно этот термин и мы, хотя какие-то нюансы, содержащиеся в английском выражении health transition, при этом утрачиваются.

Скорее, можно сказать, что взгляд Омрана на всю панораму перемен, объединяемых понятием «эпидемиологический переход», был не уже, а шире взгляда его критиков. Он говорит о трех основных группах детерминант, обусловивших переход от эры инфекционных к эре хронических неинфекционных заболеваний: 1) экобиологических; 2) социально-экономических, политических и культурных; 3) медицинских и здравоохраненческих. При этом он совершенно справедливо отмечает, что «снижение смертности в Европе и в большинстве западных стран в течение XIX столетия... определялось влиянием экобиологических и социально-экономических факторов. Влияние медицинских факторов вплоть до XX столетия было, в основном, случайным» (Omran 1971: 520; Omran 1977: 67). Сейчас это общепринятое представление. «В прошлом значительное снижение смертности в XIX в. часто приписывалось прогрессу в медицине. Ныне превалирует точка зрения, что иммунизация и действенные лечебные методы принесли свои плоды лишь в XX в. (разумеется, за исключением оспы)» (Ливи Баччи 2010: 211).

У сторонников «переименования» эпидемиологического перехода оказалось немало последователей в демографической среде. В многотомном демографическом компендиуме в названии соответствующей главы использован термин «Санитарный переход» (во французской версии “Transition sanitaire”, в английской – “Health transition”) (Meslé, Vallin 2002; 2006). Авторы главы сочли нужным «принять семантический сдвиг, предложенный Julio Frenk et al. (1991)» и «объединить в более широком представлении о санитарном переходе первую (описанную Омраном) фазу роста продолжительности жизни в основном за счет снижения смертности от инфекционных болезней и вторую фазу, определяющуюся снижением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, и оставить открытыми двери для последующих фаз» (Meslé, Vallin 2002: 444; 2006: 250).

Но сам Омран с предложением о «переименовании» эпидемиологического перехода не согласился. Могут происходить какие угодно перемены: социальные, экономические, демографические, медицинские, технологические, экологические – они влияют на здоровье не непосредственно, а через изменение *эпидемиологической ситуации*, т. е. распространенности тех или иных заболеваний и причин смерти. Именно эта ситуация и предопределяет характерные для популяции состояние здоровья, уровень смертности и продолжительность жизни, и именно в ней совершаются небывалые, невиданные в истории сдвиги – тот самый переход, та самая революция, которые иначе как эпидемиологическими нельзя и назвать. Об этом и говорит Омран, утверждая, что «обозначение всех этих перемен как «санитарного перехода» может внести путаницу. Здоровье – зависимая переменная эпидемиологии, а не наоборот» (Omran 1998: 99; Omran 2019: 178). Последняя фраза – ключевая.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД**

В базовой статье 1971 г. Омран указывал, что стимулом для развития его теории послужило осознание недостатков теории демографического перехода, и, по-видимому, он считал, что концепция эпидемиологического перехода как более всеохватывающая позволяет преодолеть эти недостатки, поскольку «этот вызванный экономическим и социальным

развитием переход включает в себя изменения характеристик заболеваемости и здоровья (переход в здоровье), изменения в рождаемости и возрастной структуре, ведущие к старению населения (элементы демографического перехода), изменения в образе жизни (переход в образе жизни), изменения структуры здравоохранения (переход в здравоохранении), развитие медицины и технологий (технологический переход) и средовые и экологические изменения (экологический переход)» (Omran 1998: 99; Омран 2019: 178-179).

Мне кажется, что, в данном случае, амбиции Омрана чрезмерны. Он – и в этом его главная заслуга – несомненно углубил понимание того, *как*, начиная, примерно, с XVIII столетия, работал механизм снижения смертности. Можно сказать, что Омран достроил теорию демографического перехода за счет того, что *концептуализировал* процесс снижения смертности, осознававшийся прежде в основном на уровне *описания* его результатов.

Можно сказать даже больше. Когда Омран утверждает, что «повышение показателей дожития в младенческом и детском возрастах подрывает комплекс причин социального, экономического и эмоционального порядка, которые побуждают индивидов иметь больше детей, а общество – ратовать за высокую рождаемость» (Omran 1971: 530; Омран 1977: 74), то он демонстрирует теоретическую интуицию, выгодно отличающую его и от А. Ландри, и от Ф. Ноутстайна с его длинным списком социальных и экономических перемен как причин снижения рождаемости, и от многих других солидаризирующихся с Ландри или Ноутстайном авторов, (см. подробнее об этом: Вишневский 2017: 12-16). Ясно высказанное Омраном понимание механизма не только снижения смертности (здесь он первопроходец), но и снижения рождаемости, дает основания отнести его самого к числу классиков теории *демографического* перехода.

Но когда Омран беспредельно расширяет понимание эпидемиологического перехода, включая в него самые разные, в том числе и отдаленные его последствия, такая «экспансия» оказывается непродуктивной. Она смещает фокус с анализа демографического перехода как ключевого, основополагающего сдвига, который, уже реализовавшись и в снижении смертности, и в снижении рождаемости, действительно порождает бесчисленные и чрезвычайно важные социальные результаты. Внимание переключается на рассмотрение всего спектра многообразных экономических, социальных и прочих изменений, в результате чего их демографическая первооснова уходит в тень и лишней раз недооценивается.

Эпидемиологический переход имеет две ипостаси, каждая из которых исключительно важна, при том, что они имеют совершенно разный смысл.

Во-первых, эпидемиологический переход тождествен небывалому, не имеющему прецедентов в истории, снижению смертности и продлению человеческой жизни. Это и в самом деле огромная революция, значение которой трудно переоценить. Оно огромно и для любого человека, и для тех, чья профессиональная деятельность связана с охраной здоровья и жизни людей, и для всего общества, которое получает гигантские выгоды от неожиданной «рентабельности» становящегося всеобщим долгожительства. При повышении средней продолжительности жизни с 30-35 до 75-80 лет меняется все: экономика, культура, мораль,

жизненный путь людей. Осознав новые возможности, общество направляет усилия и ресурсы на их реализацию, развивает современные системы здравоохранения, добивается большего или меньшего успеха.

Но во-вторых (по счету, но не по значению), эпидемиологический переход тождествен нарушению извечного демографического баланса, а это – нечто совсем иное, чем продление человеческой жизни. Ответом общества на новую ситуацию становится снижение рождаемости, которое позволяет восстановить нарушенный баланс, этот переход к новому типу демографического баланса и получил название «демографического перехода». К этому термину, в первую очередь, отсылает и термин «эпидемиологический переход». Эпидемиологический переход выступает в качестве триггера демографического перехода, его составной части, но едва ли можно согласиться с его расширительным толкованием, согласно которому эпидемиологический переход «включает в себя» снижение рождаемости, старение населения и другие проявления демографического перехода.

К сожалению, как это можно видеть на примере перетягивания каната в сторону «санитарного перехода», указанная вторая ипостась эпидемиологического перехода и ее фундаментальное значение нередко упускаются из виду или недооцениваются, а сам этот переход воспринимается как нечто, проходящее исключительно по ведомству здравоохранения<sup>2</sup>, что приводит к девальвации концепции Омрана.

## ПЕРИОДИЗАЦИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕХОДА

Поясняя свою идею эпидемиологического перехода как «сдвигов в моделях смертности и заболеваемости» (shifts in mortality and disease patterns), Омран выделяет три последовательных этапа таких сдвигов (эпоха заболеваний и голода; эпоха снижающейся пандемии; эпоха дегенеративных и антропогенных (man-made)<sup>3</sup> заболеваний) (Omran 1971: 516-517; Омран 1977: 64). Первый из этих этапов – это «продолжение тех показателей здоровья, которые характерны для досовременной эпохи» (Там же), «сохранение эпидемиологических моделей прошлого» (Omran 1998: 103; Омран 2019: 183-184). Но в чем тогда отличие этого этапа от остальной «досовременной эпохи»? По существу, Омран включает в состав *перехода* и предшествующее (всю человеческую историю), и последующее состояния, т. е. то, *от чего* и *к чему* совершается переход. Казалось бы, эта странная логика должна была в первую очередь вызвать корректирующую критику: мы же не считаем царское самодержавие и советскую власть этапами революции, приведшей к

<sup>2</sup> Возможно, сказалось то, что одним из идеологов «санитарного перехода» был Хулио Фрэнк – видный деятель здравоохранения, министр здравоохранения Мексики в первой половине 2000-х годов. «Демографическая» ипостась эпидемиологического перехода могла его мало интересовать.

<sup>3</sup> В русском переводе выражение «*man-made diseases*» почему-то передано как «профессиональные заболевания», тогда как Омран относил к ним «например, радиационное заражение, производственные травмы, воздействие химического и биологического оружия, загрязняющих окружающую среду веществ, дорожно-транспортные происшествия и авиакатастрофы, источники канцерогенной опасности в промышленности, в окружающей среде или в пищевых добавках» (Omran 1998: 104; Омран 2019: 185-186).

смене одного другим. Но произошло нечто совсем иное: последователи и критики Омрана стали, соревнуясь между собой, лихорадочно добавлять к бессмысленным этапам Омрана новые.

В эту игру включился и сам Омран. Незадолго до смерти он опубликовал статью под названием «Концепция эпидемиологического перехода: взгляд 30 лет спустя», в которой дал краткий обзор эволюции концепции (Omran 1998; Омран 2019), где, в частности, упомянул авторов (Olshansky, Ault 1986; Rogers, Hackenberg 1987), предлагавших рассматривать четвертый этап перехода. В принципе, он соглашается с этим предложением, хотя его покладистость в данном случае не совсем понятна. Мы видели, что первоначально он обозначил третью стадию как стадию дегенеративных и антропогенных заболеваний, когда ожидаемая продолжительность жизни «достигает небывалого уровня 70 лет и выше» (Omran 1971: table 4; Омран 1977: 83). Ольшанский и От в 1986 г. предложили дополнить схему Омрана четвертым этапом, который они назвали «эпохой отсроченных дегенеративных заболеваний» (the age of delayed degenerative diseases), когда ожидаемая продолжительность жизни увеличится «до восьми десятков лет, а возможно, и больше» (Olshansky, Ault 1986: 386). Даже словесно их четвертый этап ничем не отличается от третьего этапа Омрана: отсроченные дегенеративные заболевания все равно остаются дегенеративными, а ожидаемая продолжительность жизни в 80 лет и больше вполне вписывается в формулировку Омрана «70 лет и выше».

Но теперь и сам Омран говорит о четвертой стадии перехода, которую он характеризует как «эпоху снижения смертности от болезней системы кровообращения, старения, изменения образа жизни, возникновения новых болезней» (Omran 1998: 104; Омран 2019: 186). Мало того, он постулирует пятую стадию, которая наступит в середине XXI века и станет «одним из величайших достижений человечества в области контроля болезней, укрепления здоровья и дальнейшего продления здоровой жизни» (Omran 1998: 115; Омран 2019: 207), и делится своим предположением о том, что «ожидаемая продолжительность жизни продолжит расти, достигнув или превысив 90 лет» (Там же).

Критикуя первоначальное выделение Омраном трех «эпох», нельзя не отдать ему должное в том, что он при этом крупными мазками разделил всю историю человеческой смертности на три принципиально разных отрезка и тем придал своей периодизации исторический масштаб, который, как мы увидим ниже, был замечен и оценен. Идя же навстречу своим критикам, он отказывается от такого укрупненного видения истории, и его изначально неточная периодизация приобретает совсем причудливый вид: в ней на равных правах присутствуют десятки тысячелетий палеолита, тысячелетия неолита и несколько десятилетий после 1970 г., когда развитые страны, по-видимому, просто вступили в завершающую стадию перехода к новой эпидемиологической модели смертности. Это совершенно естественное развитие событий для феномена, понимаемого как «переход»: он должен иметь начало и конец.

## ДВЕ «ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕВОЛЮЦИИ» МИЛТОНА ТЕРРИСА

Практически одновременно с началом триумфального шествия идеи Омрана об эпидемиологическом переходе и независимо от Омрана сходные с ним идеи высказал другой американский исследователь, известный эпидемиолог, один из основателей американской Национальной ассоциации политики общественного здравоохранения (National Association for Public Health Policy) Милтон Террис. В 1972 г. в журнале, издаваемом этой Ассоциацией, появилась редакционная статья под названием «Эпидемиологическая революция» (The epidemiologic revolution), автором которой был Террис (Terris 1972). Более подробно он развил свои идеи в работе 1976 г. (Terris 1976), за которой последовало множество других публикаций, где он неизменно обращался к этой революции и тем новым вызовам, которые она бросала здравоохранению. Можно только удивляться, что в обильной литературе, посвященной эпидемиологическому переходу, в том числе и американской, имя Терриса обычно даже не упоминается. Впрочем, и Террис никогда не ссылается на статью Омрана, возможно, он даже не знал о ее существовании.

В отличие от Омрана, Террис не пытался вписать современные эпидемиологические перемены в широкую историческую перспективу, его работы имели в большей степени практически цели, были направлены на переориентацию современной системы здравоохранения на решение новых задач. Но, может быть, именно поэтому, он очень четко осознавал 1960–1970-е годы как рубеж, отделявший новые задачи от прежних, что и давало ему основания говорить о двух разных этапах *современных* эпидемиологических перемен, названных им первой и второй эпидемиологическими революциями. «Мы находимся в начале эпохи... Перед нами стоит большая и трудная задача – ни много ни мало осуществить вторую эпидемиологическую революцию и спасти буквально миллионы мужчин и женщин от предотвратимых болезней, инвалидности и смерти» (Terris 1976: 1159).

Террис перечислил десять главных причин смерти, на борьбу с которыми теперь следовало направить главные усилия здравоохранения: болезни сердца (прежде всего ишемическая болезнь сердца); рак; сосудистые поражения мозга; несчастные случаи; грипп и пневмония; бронхит, эмфизема и другие хронические обструктивные заболевания легких; сахарный диабет; цирроз печени; атеросклероз; родовые травмы, тяжелые роды и другие причины младенческой смертности (Terris 1976: 1156).

Этот список, конечно, более конкретен, чем общее указание Омрана на «дегенеративные и рукотворные заболевания», но в основном он укладывается в это обобщенное определение. Если такие заболевания, как грипп, и не подпадают под него, то это все же не противоречит общему смыслу задач, в решении которых Террис видел смысл «второй эпидемиологической революции». Но важно то, что он рассматривал ее *не как сумму частных «революций», а как целостный процесс.*

Именно в силу такой целостности, позволяющей остаться на более высоком уровне обобщения, используемая Террисом двухчастная схема рассмотрения эпидемиологического перехода, если понимать под ним идущие с XIX века изменения эпидемиологической модели заболеваемости и смертности, кажется мне более

плодотворной, чем представления сторонников концепции «многофазного» санитарного перехода.

## МИФ О КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВОЛЮЦИИ

Отказ от целостного взгляда на эпидемиологический переход и связанные с ним издержки ярко проявились в концепции так называемой «кардиоваскулярной революции». Разумеется, ни у кого нет монополии на использование тех или иных терминов или придания им того или иного смысла. Вполне можно говорить о «кардиоваскулярной» революции, так же как, скажем, о «бактериологической» или «санитарно-гигиенической» революциях на предыдущем историческом этапе. Вопрос заключается в уровне обобщения, на который претендует тот или иной термин. Снижение уровня обобщения – это движение от концептуализации к описательности, к эмпиризму, который, конечно, тоже нужен, но как начальная точка исследования, а не как его обладающий эвристическими свойствами результат. А утрата общей перспективы чревата серьезными издержками.

Признав существование «четвертой стадии» эпидемиологического перехода, Омран писал, что «наиболее характерной чертой этого этапа, *которая также знаменует его начало* [курсив Омрана], является стабилизация, а затем снижение уровней смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, которое началось около 1970 г. во многих развитых странах» (Omran 1998: 104; Омран 2019: 186). Тем не менее критики Омрана утверждают, что его концепция «не учитывает того факта, что новая эра прогресса, открывшаяся на рубеже 1970-х годов, основана на серьезном эпидемиологическом изменении, кардиоваскулярной революции, которая отличается от победы над инфекционными болезнями, за которой она следует» (Meslé, Vallin 2002: 444). В английской версии это звучит даже сильнее: «никак не связана с окончанием эры инфекционных заболеваний, хотя и следует непосредственно за ней» (is not linked in any way with the end of the era of infectious diseases, even though it did follow closely) (Meslé, Vallin 2006: 250).

С точки зрения исторической логики, да и логики вообще, это очень странное утверждение, хотя, к сожалению, его нередко можно слышать из уст и других именитых демографов. Например, как писал Дж. Колдуэлл, «то, что произошло при переходе в смертности было победой над инфекционными заболеваниями, а не загадочным замещением инфекций дегенеративными болезнями в качестве причины смерти» (Caldwell 2001: 159). Не менее странной выглядит критика «представления о том, что одни болезни более приемлемы для общества, чем другие. Замещение инфекций несчастными случаями и хроническими заболеваниями часто называют признаком «прогресса». Некоторые доходят до крайности, называя последнее «недугом цивилизации». Фактически, эти проблемы со здоровьем являются результатом неправильного процесса индустриализации, в котором экономическому росту отдавался приоритет перед ростом благосостояния» (Frenk et al. 1989: 31).

На самом деле, ничего загадочного в замещении одних причин заболеваний и смерти другими нет, одни причины действительно «более приемлемы», чем другие, а замещение «менее приемлемых» «более приемлемыми» составляет саму суть эпидемиологического

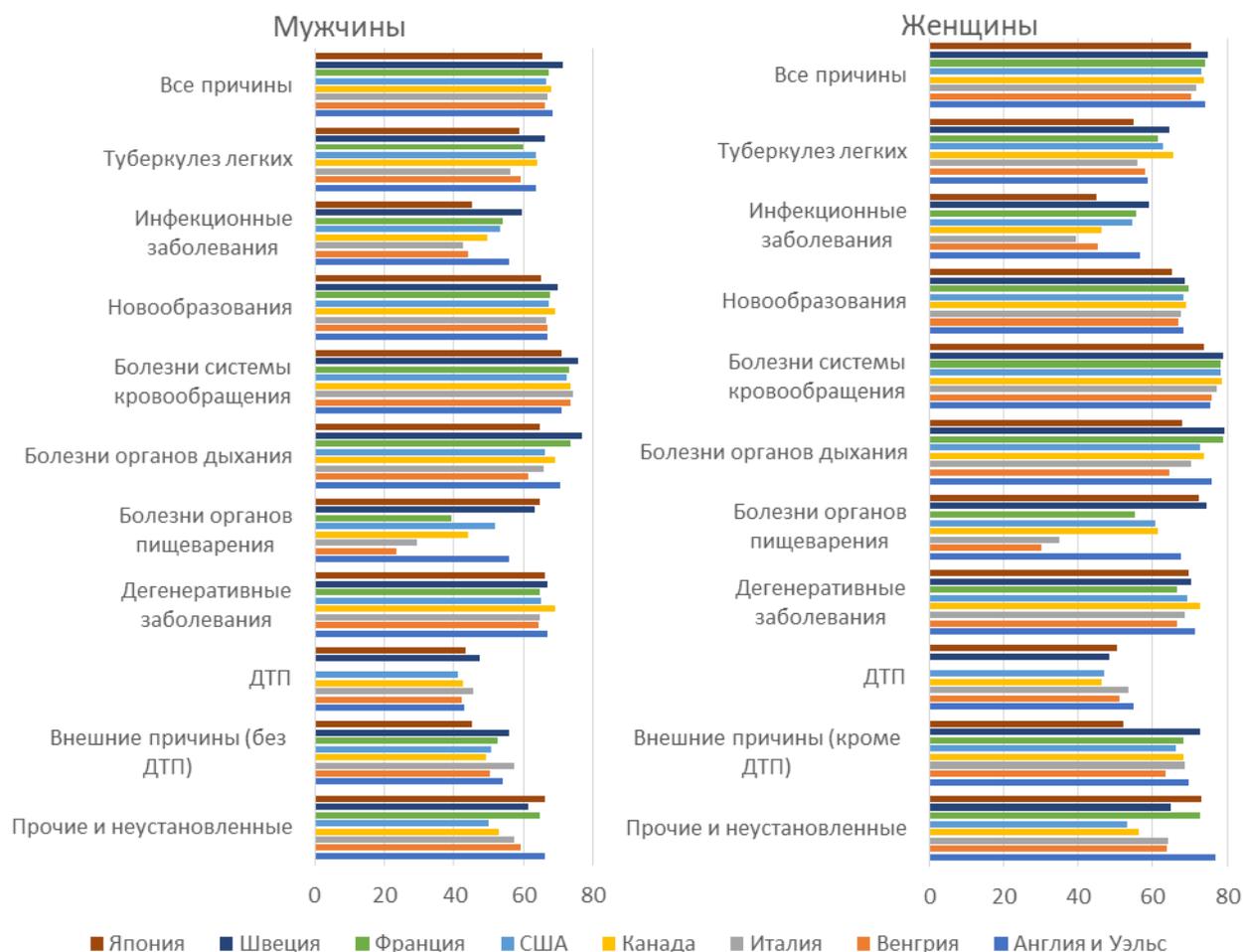
перехода. Несомненно и то, что этот переход – одно из ярчайших проявлений человеческого прогресса.

Поскольку все люди смертны, подавление одной причины смерти неизбежно приводит к замещению ее какой-то другой, иначе и не может быть. Стремительное снижение смертности от инфекционных болезней привело к столь же стремительной экспансии смертности от других причин, среди которых важнейшее место принадлежало сердечно-сосудистым заболеваниям. Утверждение, что «кардиоваскулярная революция отличается от победы над инфекционными болезнями», с одной стороны, банально, а с другой – неверно. Если под кардиоваскулярной революцией понимается снижение вероятности смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, то их место должны занять какие-то другие причины смерти, как это и было на предыдущем этапе, когда эти заболевания в качестве причины смерти сами вытесняли инфекционные болезни. В этом смысле никакого отличия нет. Другое дело, вопрос о том, на каком этапе своей «исторической карьеры» кардиоваскулярные причины смерти действительно играли революционную роль.

В какой-то момент сердечно-сосудистые заболевания и в самом деле стали главной «болезнью цивилизации», причем, вопреки обывательско-журналистскому дискурсу об этих болезнях как о страшной напасти, это было огромным прогрессом и стало важнейшей составляющей «первой эпидемиологической революции» Терриса или «поздних стадий» эпидемиологического перехода Омрана. При желании именно это можно было бы назвать кардиоваскулярной революцией – и даже с большим основанием, чем то, что называют такой революцией сейчас.

Стандартное описание ситуации, сложившейся накануне так называемой кардиоваскулярной революции, выглядит примерно следующим образом: «В то время как во всех европейских странах зарегистрирован устойчивый рост ожидаемой продолжительности жизни, главным образом в результате ускоренного снижения младенческой смертности и инфекционных заболеваний, этот рост остановился в 1960-х годах, поскольку появились новые эпидемиологические угрозы в виде увеличения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, транспортного травматизма и других причин, связанных с рискованным поведением. Согласно теории эпидемиологического перехода, эти неблагоприятные явления должны были сдерживать дальнейший прогресс в продолжительности жизни» (Fihel, Pechholdova 2017: 652).

Это описание не имеет ничего общего ни с действительностью, ни с теорией эпидемиологического перехода, по крайней мере, в той части, где речь идет о сердечно-сосудистых заболеваниях, которые совершенно бессмысленно поставлены рядом с транспортным травматизмом. «Эпидемиологические угрозы в виде увеличения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний» появились на 100 лет раньше, и они вовсе не были угрозами, потому что такое увеличение смертности одновременно означало и повышение среднего возраста смерти, т. е. то, к чему и следовало стремиться. Более того, выигрыш в годах жизни в этом случае был наибольшим из всех возможных, потому что средний возраст смерти от любого другого класса причин смерти был ниже, чем от болезней системы кровообращения (рисунок 1).

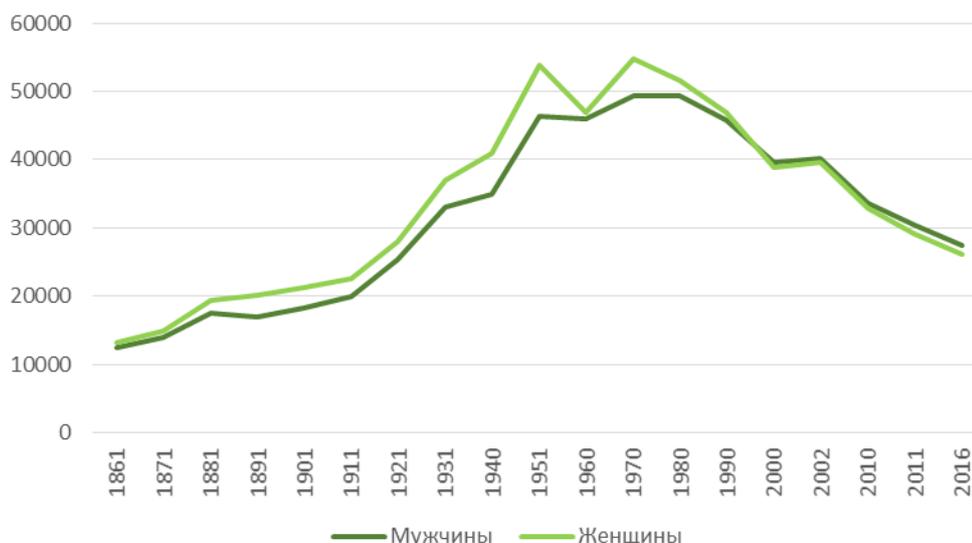


**Рисунок 1. Средний возраст смерти от разных причин в некоторых странах в 1960 году, лет**

Источник: (Preston, Keyfitz, Schoen 1972).

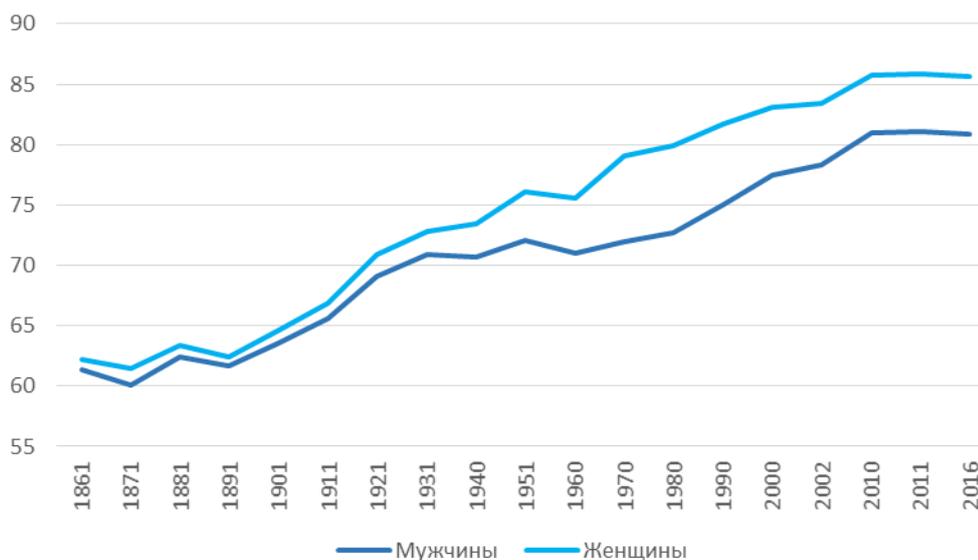
То, что происходило на самом деле, можно хорошо видеть на примере Англии и Уэльса, так как в этом случае имеются достаточно длинные ряды данных. Стремительный рост вероятности умереть от болезней системы кровообращения (рисунок 2) в сочетании со столь же быстрым ростом среднего возраста смерти от этих болезней (рисунок 3) на протяжении 100 лет был главным локомотивом роста продолжительности жизни. Среднестатистический человек, умерший от этой причины, мог считаться вытянувшим счастливый билет, потому что любая другая причина подвела бы его к краю могилы раньше.

Что означал случившийся в 1970-е годы поворот, когда шансы для новорожденного умереть от причин, относящихся к классу болезней системы кровообращения, стали снижаться? Именно это снижение и называют «кардиоваскулярной революцией». В чем же ее смысл? Когда на предыдущем этапе шансы умереть от этих причин росли, одновременно росли и шансы умереть в более позднем возрасте. А что происходит сейчас?



**Рисунок 2. Вероятность для новорожденного умереть от болезней системы кровообращения, Англия и Уэльс, 1861-2016, на 100 тыс. родившихся**

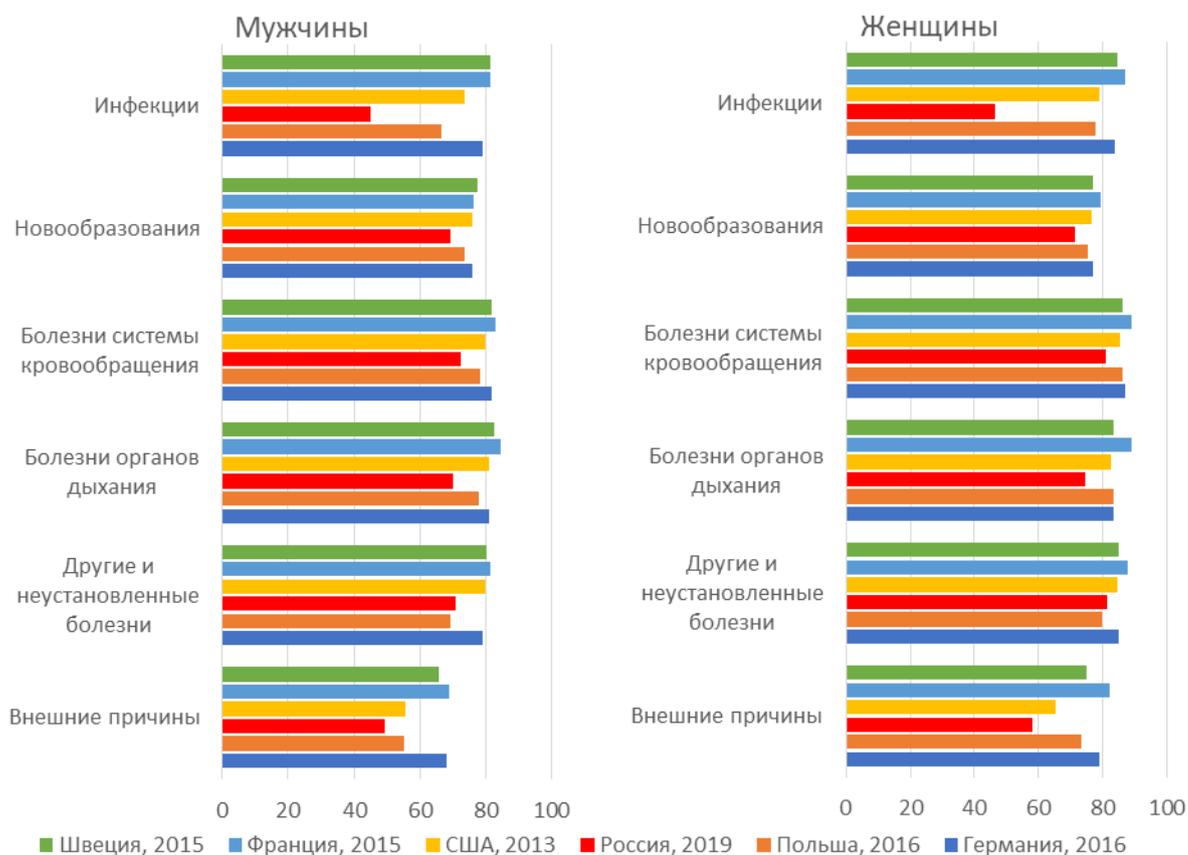
Источники: (Preston, Keyfitz, Schoen 1972; Human Cause-of-Death Database; WHO Mortality Database).



**Рисунок 3. Средний возраст смерти от болезней системы кровообращения, Англия и Уэльс, 1861-2016, лет**

Источники: (Preston, Keyfitz, Schoen 1972; Human Cause-of-Death Database; WHO Mortality Database).

Не означает ли снижение роли болезней системы кровообращения как причины смерти, что у них появились более удачливые конкуренты с еще более высоким средним возрастом смерти и воспроизводится ситуация вековой давности, когда сердечно-сосудистые заболевания демонстрировали свои конкурентные преимущества перед инфекционными болезнями, часто обрывавшими жизнь человека в самом ее начале?



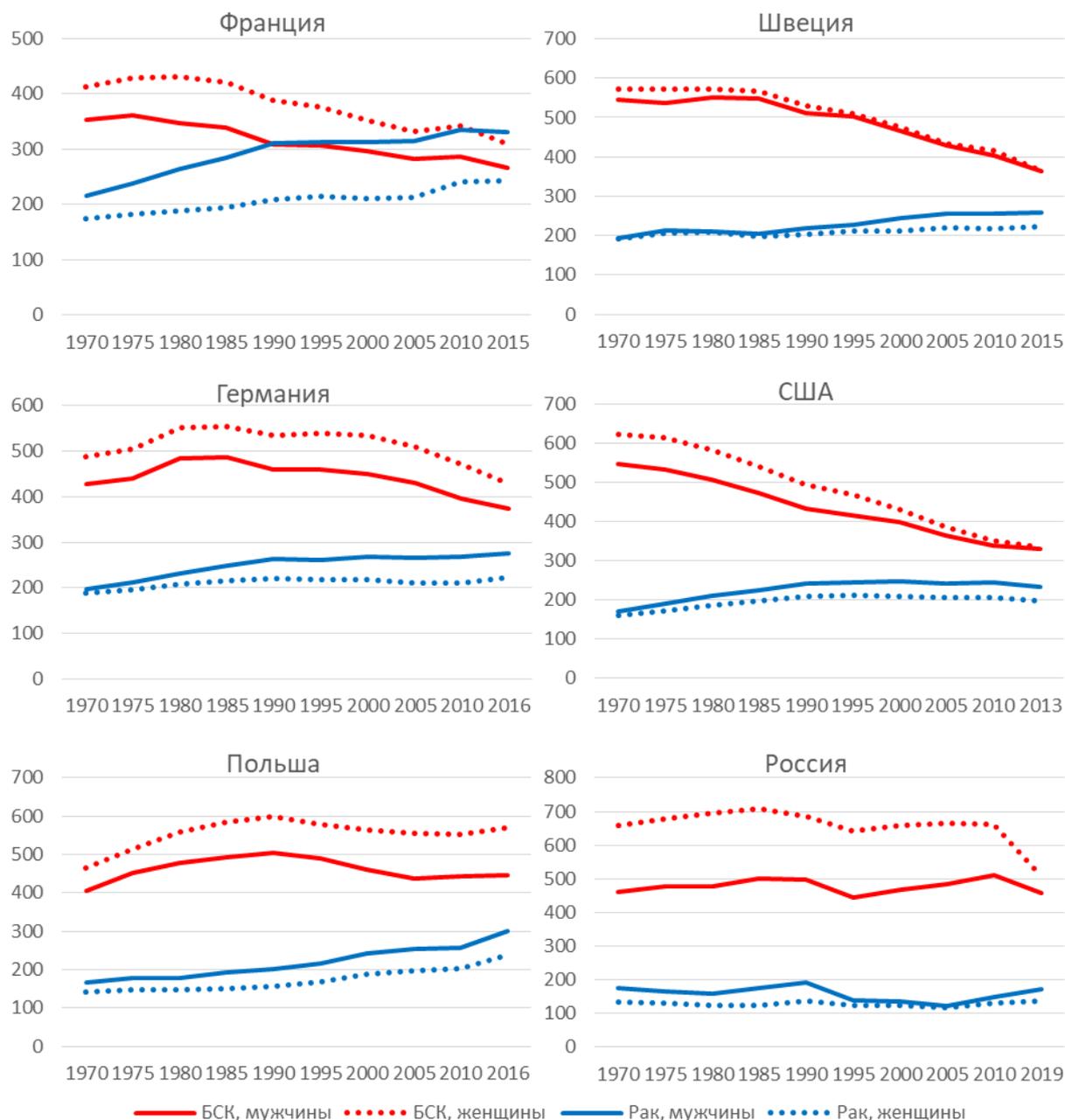
**Рисунок 4. Средний возраст смерти от разных причин в некоторых странах, лет. Последние имеющиеся данные**

Источники: (Preston, Keyfitz, Schoen 1972; Human Cause-of-Death Database; WHO Mortality Database).

Сравнение рисунка 1 с рисунком 4 показывает, что принципиальных изменений в соотношении средних возрастов смерти от разных причин за минувшие полвека не произошло. Правда, у болезней системы кровообращения появился конкурент с несколько более высоким средним возрастом смерти – болезни органов дыхания. Это, по-видимому, следствие того, что, уже достигнув очень преклонного возраста, люди становятся более уязвимыми для простудных заболеваний, пневмоний, от которых, напротив, перестали умирать дети, – отсюда и повышение среднего возраста смерти от этих причин. В остальном же сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются наиболее «выгодной» причиной смерти, и в этом смысле их преимущество продолжает увеличиваться: средний возраст смерти от них продолжает расти, по крайней мере, так было до последнего времени (рисунок 3). В этом смысле никакой революции не произошло, сохраняются тенденции, сложившиеся еще в середине XIX века. Снижение же вероятности смерти от болезней системы кровообращения, приветствуемое как революция, на деле факт, скорее негативный, хотя, видимо, и неизбежный.

Реальная картина изменений в процессе продолжающегося эпидемиологического перехода определяется сложным взаимодействием причин смерти между собой и не непосредственно, а через их связь с возрастом. Человек в своем движении по жизни напоминает сказочного Колобка: он и от дедушки ушел, и от бабушки ушел... А старую лису не перехитришь.

Если человек доживает до преклонных лет со здоровым сердцем, но умирает от пневмонии, об этом можно сожалеть: если бы не пневмония, он бы мог прожить еще какое-то время. Тем не менее, если ориентироваться на приведенные выше современные показатели для Англии и Уэльса, в среднестатистическом смысле он оказывается в лучшем положении, чем большинство людей из его когорты, которые умерли от сердечно-сосудистого заболевания более молодыми, не дожив до своей пневмонии.



**Рисунок 5. Вероятность для новорожденного умереть от болезней системы кровообращения и от рака с 1970 г. в некоторых странах, на 1000**

Источники: (Human Cause-of-Death Database; WHO Mortality Database).

Но если мы в нашем рассуждении заменим пневмонию раком, то вывод будет иным. Человек, доживший до своего рака и умерший от него, проигрывает по сравнению с той

частью своей когорты, которая умирает от болезней системы кровообращения. Но это происходит с ним именно потому, что он не умер от таких болезней ранее. Повышение среднего возраста смерти от болезней системы кровообращения сохраняет часть когорты для рака, и это именно то, что в той или иной степени происходит сейчас во всех развитых странах: вероятность для новорожденного умереть от болезней системы кровообращения снижается, а вероятность умереть от новообразований растет (рисунок 5).

Но при этом средний возраст смерти увеличивается и для той, и для другой группы причин смерти (к сожалению, это лишь отчасти справедливо для России) – см. таблицу.

**Таблица. Прирост среднего возраста смерти от болезней системы кровообращения (БСК) и новообразований с 1970 г. в 6 странах, лет**

	Мужчины		Женщины	
	Новообразования	БСК	Новообразования	БСК
Франция, 1970-2015	8,3	8,9	7,7	9,1
Швеция, 1970-2015	5,7	5,7	5,2	5,1
Германия, 1970-2016	7,6	8,9	7,4	8,5
США, 1970-2013	8,2	7,3	7,0	5,2
Польша, 1970-2016	3,5	2,9	4,3	5,5
Россия, 1970-2019	5,3	0,0	5,4	2,4

*Источники: (Human Cause-of-Death Database; WHO Mortality Database).*

Если учесть, что болезни системы кровообращения и новообразования обуславливают 50-70% всех смертей, их взаимодействие и определяет в первую очередь эволюцию эпидемиологической модели смертности на нынешнем этапе эпидемиологического перехода. А это взаимодействие складывается так, что сердечно-сосудистые заболевания как причина смерти проигрывают онкологическим: все больше людей из каждой условной когорты имеют шанс умереть от рака и раньше, тогда как шансы умереть от заболевания сердца или сосудов, но позже, падают. Можно ли это назвать революцией?

## ГРАФИЧЕСКОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕХОДА

Для того чтобы лучше понять взаимоувязанную динамику смертности от разных причин смерти в процессе эпидемиологического перехода, надо рассматривать сопряженные изменения распространенности тех или иных причин, с одной стороны, и возраста смерти от каждой из них – с другой, причем не отдельных причин, а всей их совокупности. В качестве удобного инструмента такого анализа нами еще в 1980-е годы было предложено графическое представление таких сопряженных изменений, дающее наглядную картину одновременных сдвигов значений обоих названных параметров: вероятности смерти от каждой из причин и среднего возраста смерти от нее.

Каждый график представляет собой набор прямоугольников, количество которых соответствует числу рассматриваемых укрупненных причин, ширина – значениям вероятностей для новорожденного умереть от причины  $i$  ( $P_i$ ), ( $i = 1, 2, 3 \dots n$ ;  $\sum P_i = 1$ ), а высота – значениям  $\bar{X}_i$ . Соответственно площадь такого прямоугольника – ожидаемое число человеко-лет, которое проживут люди из рассматриваемой исходной совокупности

родившихся, умирающие от данной причины смерти. Сумма же площадей всех прямоугольников соответствует числу человеко-лет, которое проживут люди, умершие от всех причин, или, что то же самое, вся совокупность родившихся. Это величина эквивалентна значению  $T(0)$  таблицы смертности. Будучи разделенной на корень таблицы, она дает  $e(0)$  - ожидаемую продолжительность жизни для всей совокупности родившихся. Так как в данном случае мы рассматриваем распределение не абсолютных чисел, а вероятностей, которые в сумме дают единицу ( $\sum P_i = 1$ ), то и делить надо на 1. Соответственно

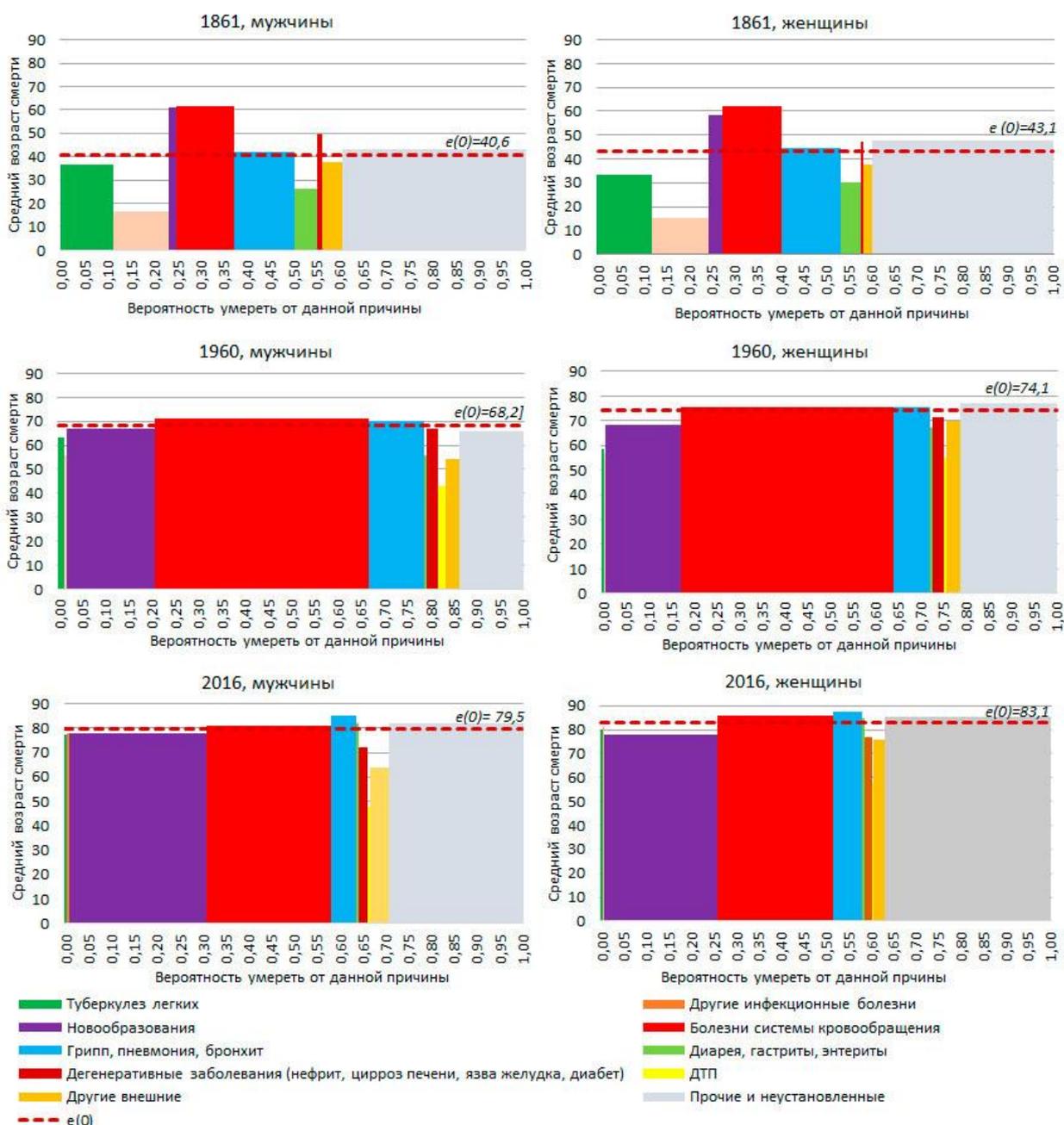
$$e(0) = \sum P_i \bar{x}_i$$

Чем больше совокупная площадь всех прямоугольников, тем выше продолжительность жизни.

Каждый отдельный график можно рассматривать как актуальную эпидемиологическую модель смертности для отдельной страны или отдельного региона, но сравнительный анализ, позволяющий выявить изменения во времени или пространственные различия, указывает на наличие типичных моделей и на эволюцию от одних типов к другим. Резкие и сходные различия между типами, возникающие в ходе такой эволюции на ее современном этапе, и дают основания говорить о становлении *нового типа* эпидемиологической модели смертности, в чем и заключается суть эпидемиологического перехода.

На рисунке 6 представлено распределение времени жизни поколений мужчин и женщин в условиях смертности в Англии и Уэльсе в 1861, 1960 и 2016 г.

Огромный рост продолжительности жизни поколений немногим больше, чем за полтора столетия с 1861 по 2016 г. очевиден. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин выросла на 38,9 и на 40 лет – соответственно в 2 и в 1,9 раза. 71% прироста продолжительности жизни у мужчин и 77,5% у женщин достигнуты за первые 100 лет с 1861 по 1960 г., это плоды «первой эпидемиологической революции» Терриса. Вклад последних 50 лет «второй эпидемиологической революции» скромнее, правда, и период вдвое более короткий.



**Рисунок 6. Время жизни поколений мужчин и женщин и его распределение по числу прожитых лет в зависимости от причины смерти в условиях смертности в Англии и Уэльсе в 1861, 1960 и 2016 гг., человеко-лет (площади прямоугольников)**

Источники: (Preston, Keyfitz, Schoen 1972; Human Cause-of-Death Database).

Но важно то, как изменилась *эпидемиологическая картина* смертности. При переходе от модели смертности 1861 г. к модели 1960 г. резко сократилась смертность от туберкулеза, других инфекционных, а также желудочных заболеваний, т. е. причин, ассоциирующихся с наиболее низким возрастом смерти. Их место заняли совсем другие причины, причем при переходе от одной модели к другой, в среднем, больше всех выиграли те, кому повезло умереть от болезней системы кровообращения, а среди женщин также те, кто умер от гриппа, пневмонии или бронхита, – все эти люди, опять-таки в среднем,

прожили дольше всех своих условных сверстников. Впрочем, у женщин даже несколько больше выиграли умершие от прочих и неустановленных причин.

К 1960 г. причины с ярко выраженным низким возрастом смерти в основном утратили свое значение, теперь главным резервом роста продолжительности жизни стало увеличение среднего возраста смерти от оставшихся причин. Это и происходит сейчас во всех странах в результате более или менее скоординированных действий систем здравоохранения и других государственных и общественных структур, ответственных за сохранение здоровья и жизни граждан. Относительно низкий средний возраст смерти от ключевых ее причин в России (рисунок 4) – несомненный признак ее отставания.

## ЗАВЕРШЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕХОДА

Графики, подобные представленным на рисунке 6, но относящиеся к Англии и Уэльсу в 1861, 1911 и 1964 г., были впервые использованы в статье 1986 г. (Андреев, Вишнеvский, Шабуров 1986). Представление об эпидемиологическом переходе в этой статье отсутствовало, хотя и говорилось о «новом историческом типе смертности» в развитых странах, который связывался со «скачкообразным ростом контроля общества над экзогенными факторами смертности в результате перехода от аграрной к индустриальной экономике» (Андреев, Вишнеvский, Шабуров 1986: 114). Но несколько лет спустя двухмерные графики структуры смертности по причинам смерти уже рассматривались именно как инструмент анализа эпидемиологического перехода (Вишнеvский, Школьников, Васин 1991; Vishnevsky, Shkolnikov, Vassin 1991). «Эпидемиологический переход» авторы предпочли более нейтральному «переходу к новому типу смертности», потому что термин Омрана указывал на *differentia specifica* этого перехода, на суть перемен.

На основе анализа структуры причин смерти в 31 развитой стране в 1974-1976 гг. авторы упомянутой выше публикации 1986 г. пришли к выводу, что «период радикальной перестройки структуры причин смерти в основном остался позади» и, в отличие от предыдущего периода, четкой связи между средней продолжительностью жизни и вероятностью умереть от различных причин больше нет (Андреев, Вишнеvский, Шабуров 1986: 122). Там же отмечалось, что к сходному выводу пришли и изучавшие проблемы продолжительности жизни биологи, которые сформулировали – пусть и в виде гипотезы и исходя из других оснований – положение о том, что «ликвидация отдельных причин смерти не может изменить величину возрастного приращения интенсивности смертности» (Гаврилов 1984: 908-909). Развивавшее эту мысль и претендовавшее на универсальность утверждение о том, что «причины смерти представляют собой лишнюю сущность, без которой вполне можно обойтись при прогнозировании смертности людей» (Гаврилов, Гаврилова 1986: 82), было явно несостоятельным применительно к периоду эпидемиологического перехода. Но факт растущей независимости ожидаемой продолжительности жизни от изменений в соотношении причин смерти, что совпадает с выводом Гавриловых, может интерпретироваться и как свидетельство об окончании эпидемиологического перехода.

Обычно – и это одна из самых удивительных черт научного дискурса об эпидемиологическом переходе – при постоянном ожидании следующих стадий, которые принесут новые успехи в борьбе с болезнями и смертью и повышении продолжительности жизни (впрочем, иногда говорят и о новых угрозах), вопрос о завершении перехода даже не ставится. Между тем, коль скоро речь изначально идет о переходе, т. е. о процессе, который по самой своей сути должен быть локализован во времени и иметь начало и конец, он заведомо не может быть бесконечным, как не может быть бесконечным мост, соединяющий один берег реки с другим.

В чем может выразиться завершение эпидемиологического перехода? В какой-то мере ответ на этот вопрос подсказывает рисунок 6, на котором видно исчезновение принципиальных различий в возрасте смерти от различных причин. Коль скоро это происходит, изменение эпидемиологической картины, продолжая оставаться очень важным, с точки зрения эпидемиолога, врача или организатора здравоохранения, перестает интересовать демографа, потому что перестает быть частью *демографического* перехода. Снижение смертности и рост продолжительности жизни могут продолжаться и после этого, но уже в «эволюционном», а не в «революционном», как во время перехода, режиме. Они будут происходить уже «на другом берегу реки», успехи будут намного более скромными, снижение смертности сместится к старшим возрастам и практически не будет влиять на демографический баланс.

## «ПЕРВЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД»?

Прежде чем двинуться дальше, заметим, что смешение уровней обобщения характерно для интерпретации не только эпидемиологического перехода, о чем говорилось выше, но и демографического перехода в целом, включающего в себя эпидемиологический переход как одну из главных составных частей.

Вызванный эпидемиологическим переходом огромный, никогда не наблюдавшийся ранее сдвиг в балансе смертности и рождаемости, необратимо изменивший условия воспроизводства человеческих популяций, и ответное, необходимое для восстановления нарушенного демографического равновесия снижение рождаемости, и составляют суть единого исторического процесса, получившего название «демографический переход» («демографическая революция»).

Демографический переход означал невиданные изменения в самом фундаменте важнейшего, основополагающего социально-биологического процесса, и они не могли не привести к радикальным переменам на всех этажах стоящего на этом фундаменте здания. Такие перемены действительно произошли и продолжают происходить, они очень важны для жизни обществ, которые они затрагивают, но все же речь идет не о самостоятельных переменных, а лишь о следствиях основного, фундаментального сдвига – перехода к новому демографическому балансу. После того, как этот переход начался и был осознан, все его следствия были предсказуемы – в отличие от самой смены баланса, какой человеческая история не знала и люди даже в XVIII веке не могли и предположить.

Между тем уже сложилась традиция рассматривать эти следствия как рядоположенные, равнозначные основному сдвигу, дробить его на отдельные «революции» или «переходы» – «первый», «второй», «третий» и т. д. (Van de Kaa 1987; Coleman 2004; Eggleston, Fuchs 2012). Создается впечатление, что каждый уважающий себя демограф стремится обзавестись собственным переходом, но в итоге мы видим лишь все большее смещение к описательности в ущерб концептуализации.

Если, как это обычно делается, вести родословную теории демографического перехода (демографической революции) от А. Ландри, то нельзя не видеть, что хотя Ландри, в отличие от Омрана, концентрировал внимание на изменениях не смертности, а рождаемости, он так же, как и Омран, выделял три этапа этих изменений, которые он называл «демографическими режимами» (Landry 2019: 95). В историческом прошлом повсеместно существовал «примитивный» режим, не знавший сознательного ограничения рождаемости. Затем ему на смену пришел «промежуточный» режим, продержавшийся во Франции до конца XVIII века, а в других европейских странах до конца XIX века и затем уступивший место «современному» демографическому режиму. Вся демографическая история сводится, таким образом, к двум основным этапам, разделенным третьим – промежуточным и непродолжительным.

По сути, на таких же позициях стояли и американские демографы, развивавшие теорию демографического перехода в 1940-е годы. Вся демографическая история представлялась им похожей «на длинный тонкий пороховой фитиль, который горит медленно и сбивчиво, пока он, наконец, не достигнет заряда, и тогда происходит взрыв... Первый реальный всплеск роста мирового населения пришел с последним этапом культурного прогресса – промышленной революцией» (Davis 1945: 1).

В этом же русле плыл и Омран, когда он всю прошлую историю характеризовал как «досовременную эпоху», на протяжении которой «основными детерминантами смертности являются мальтузианские «объективные сдерживающие факторы», а именно эпидемии, голод и войны» (Omran 1971: 517; Омран 1977: 64). Но к моменту появления его статьи в 1971 г. подобные представления о демографической однотипности «досовременной эпохи» и соответственно о монотонном росте населения Земли в прошлом были поставлены под сомнение.

В 1960 г. журнал *Scientific American* опубликовал статью Эдварда Диви «The Human Population» (Deevey 1960), получившую широкую известность. В этой статье утверждалось, что на протяжении человеческой истории число людей на Земле увеличивалось не монотонно, а скачками, каждый из которых был ответом на революцию в культуре. Согласно Диви, таких революций (и, соответственно, таких скачков) за всю историю было три. Первая произошла в раннем палеолите, когда человек научился создавать и использовать орудия; вторая – в эпоху неолита, это так называемая «неолитическая революция», ознаменовавшая переход от присваивающей к производящей, аграрной экономике; третья – порождение современной научно-промышленной революции. Каждая такая революция расширяла доступную человеку экологическую нишу, он заполнял ее, после чего демографический рост прекращался и устанавливалось относительное равновесие, не исключавшее постоянных колебаний численности

населения. Так было, во всяком случае, с двумя первыми революциями. Сейчас сформулированное Диви представление о трех демографических революциях – верхнепалеолитической (в отличие от Диви, который относил ее к нижнему палеолиту), неолитической и современной – получило достаточно широкое распространение (см., напр., (Birabin 2006: 16)), однако осмысление сходства и различий этих всемирно-исторических демографических переворотов, по-видимому, еще потребует немало времени, в том числе и у тех, кто размышляет об эпидемиологическом переходе.

В 1998 г. в американском ежегоднике «Annual Review of Anthropology» была опубликована статья группы авторов под названием «Возникновение и возвращение инфекционных болезней: Третий эпидемиологический переход» (Barrett et al. 1998). Авторы статьи отталкивались от концепции Омрана, ссылались на нее, но развивали представление о том, что выделенный Омраном эпидемиологический переход – не единственный в человеческой истории. При этом они, по крайней мере, отчасти, следовали схеме, сложившейся к этому времени при анализе истории демографических переходов.

Первый эпидемиологический переход Баррет и соавторы относят к эпохе неолитической демографической революции («второй» в системе отсчета Диви), сам факт которой был признан не сразу, несмотря, казалось бы, на его почти полную очевидность. Как с уверенностью писали по этому поводу в 1970 г. венгерские исследователи Ачади и Немешкери, новая хозяйственная система не просто послужила базисом для умножения человечества, она ускорила процесс, который в силу его поразительного сходства с демографической революцией нашего времени может быть назван «демографической революцией эпохи неолита» (Acsadi, Nemeskéri 1970: 196). Однако этот тезис еще долго вызывал сомнения<sup>4</sup>. Так, признавая существенные изменения демографической ситуации во многих районах мира и несомненное ускорение роста населения в неолите, советские специалисты по истории первобытного общества не соглашались с тем, что «некоторые авторы трактуют эти изменения как «первую демографическую революцию» и связывают их с переходом к производящему хозяйству, что, строго говоря, неточно», а «механизмы и масштабы этой «демографической революции» остаются весьма неопределенными» (Шнирельман 1986: 444).

Сейчас сам факт демографической революции эпохи неолита, кажется, не вызывает сомнений, но споры по поводу ее механизмов ведутся долгие годы. И возможно, главной причиной бесконечности этих споров служит то, что в них преобладает стремление увидеть смысл происходивших тогда перемен через призму опыта современного демографического перехода.

Его триггером действительно стал эпидемиологический переход, стремительная смена эпидемиологической модели смертности, что и привело, в конечном счете,

---

<sup>4</sup> У меня сохранилось письмо моего чешского коллеги и друга Зденека Павлика, в то время главного «промутора» теории демографической революции в «социалистическом лагере», которое он прислал после выхода моей статьи в журнале «Вопросы философии», где, в частности, говорилось и о неолитической демографической революции [Вишнеvский 1973]. Он одобритительно отозвался о статье, но с оговоркой: «Я не думаю, – писал он, – что в самом деле существуют две демографические революции, которые имеют то же самое значение, но во всем остальном наши взгляды не отличаются».

к радикальному изменению условий демографического равновесия, снижению смертности, обусловленному им снижением рождаемости и всему, что за этим последовало. Но ни из чего не следует, что механизмы предыдущих демографических революций (переходов) были такими же.

Мне уже приходилось писать – со ссылкой на (McEvedy, Jones 1978: 14-15) – о том, что верхнепалеолитическая («первая», по Диви) демографическая революция произошла не потому, что снизилась смертность (Вишневский 2018). Как бы ни были велики достижения палеолитических собирателей и охотников, динамика численности палеолитических популяций *Homo sapiens*, как и их предшественников в дикой природе, по-прежнему зависела от их плотности. Численность первобытных общин не выросла, а смертность австралийских аборигенов к моменту первых контактов с европейцами в конце XVIII века мало отличалась от смертности кроманьонцев. Прорыв заключался в другом: развитые нашими древнейшими предками технологии и формы социальной организации позволили им безгранично расширить ойкумену, что и сделало возможным рост мирового населения *без роста плотности популяций*. И можно предположить, что именно освоение все новых и новых пространств в разных природно-климатических зонах планеты было одним из главных мотиваторов технологических, культурных и социальных инноваций, составлявших суть верхнепалеолитической революции, так что «первоначально именно демографические факторы были причиной, а изменение технологии – следствием» (Вишняцкий 2000: 265). В демографических же терминах ускорение роста населения в палеолите имело миграционную природу.

С демографической революцией эпохи неолита («второй», по Диви), связанной с переходом от присваивающей к производящей экономике, дело обстоит иначе. Производящая аграрная экономика впервые ослабила зависимость динамики человеческих популяций от плотности и сделала возможными не только новое ускорение роста численности населения, но и появление огромных скоплений людей, подобных тому, какое возникло, например, несколько тысячелетий назад в долине Нила. Разумеется, это не могло произойти без изменения демографического баланса, соотношения рождаемости и смертности.

Демографический баланс может измениться либо за счет повышения рождаемости, либо за счет снижения смертности, либо за счет и того, и другого. Вопрос о том, что именно произошло в эпоху неолитической революции, вызывает бесконечные споры. Уже не одно десятилетие существует и обсуждается, в частности, точка зрения, согласно которой одним из следствий этой революции стало повышение (а не снижение) смертности, так называемый «неолитический кризис смертности» – см., напр., (Caldwell, Caldwell 2003). Но даже если стать на противоположную точку зрения и признать преобладание позитивных изменений смертности над негативными, дает ли это основания говорить о «неолитическом эпидемиологическом переходе»?

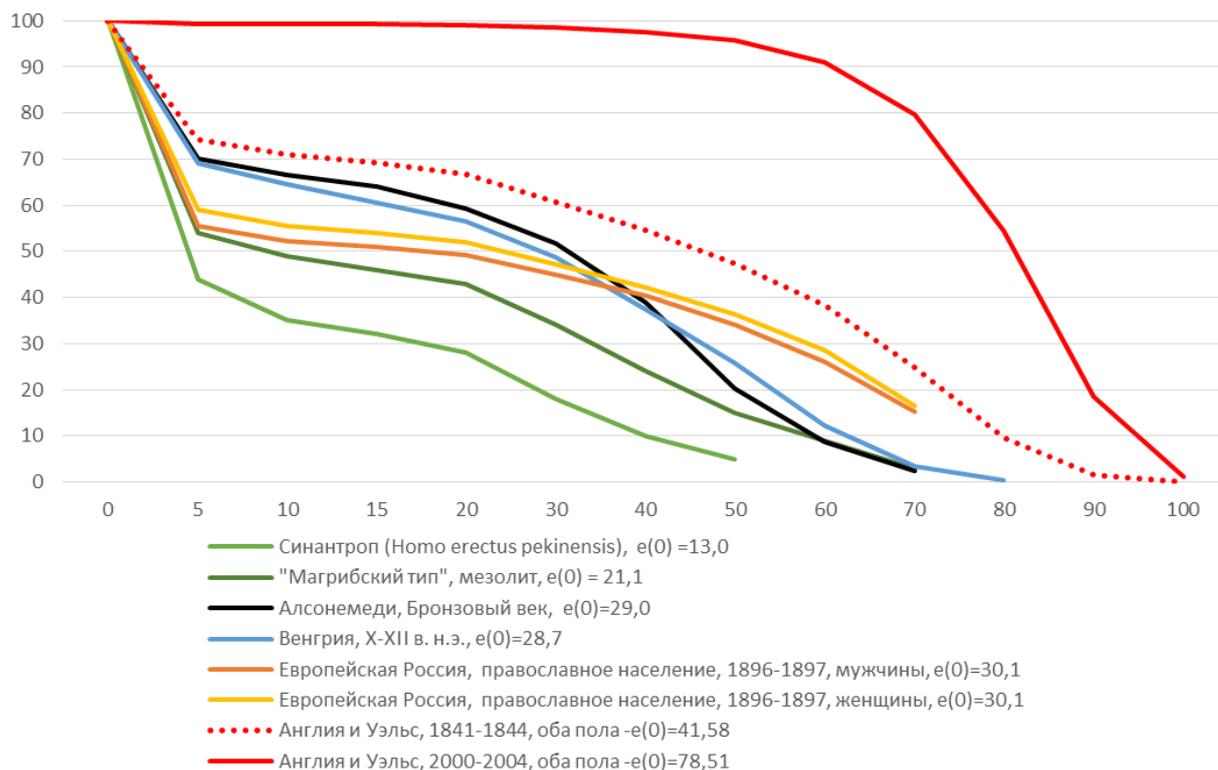
Становление производящей экономики существенно раздвинуло экономические пределы роста населения, но они не исчезли. Судя по всему, не были полностью преодолены и эколого-биологические барьеры, ограничивавшие возможности концентрации людей и их хозяйственной деятельности. Соответственно не перестали

действовать и естественные механизмы контроля динамики численности популяций. Они лишь приобрели новые, кризисные формы, запечатленные в образе библейского всадника Апокалипсиса: «конь бледный, и на нем всадник, которому имя «смерть»; и ад следовал за ним; и дана ему власть над четвертою частью земли — умерщвлять мечом и голодом, и мором и зверями земными» (Откр. 6: 7-8).

Это и были перечисленные Омраном «сдерживающие факторы» – эпидемии, голод и войны, – которые он, со ссылкой на Мальтуса, приписывает всей «досовременной» истории (Omran 1971; Omran 1977: 64). Но, скорее всего, они существовали не всегда, а появились в результате неолитического рывка и давали о себе знать по мере того, как возможности расширившейся экологической ниши исчерпывались и численность населения приближалась к новой опасной черте. В палеолите же, т. е. на самом продолжительном отрезке человеческой истории, когда смертность, конечно, была очень высокой, но плотность популяций низкой, эти факторы едва ли играли столь же важную демографическую роль.

С появлением производящей экономики и оседлости эпидемиологическая картина, вероятно, изменилась и усложнилась, и для эпидемиолога эти изменения важны, для него они и в самом деле могут означать революцию. Но это революция не того масштаба, какой присущ современной эпидемиологической революции Омрана (предпочитавшего слово «переход»): ее смысл заключается в *переходе от неконтролируемой к контролируемой эпидемиологической картине человеческого бытия*. Такого перехода в истории человечества еще не было. Соответственно история не знала и подобных радикальных сдвигов в уровне смертности. Даже если продолжительность жизни средневекового европейца или русского крестьянина конца XIX века и была несколько выше продолжительности жизни первобытного человека, то совсем незначительного, различия были не принципиальными. Существенный отрыв от уровня всех прошлых эпох впервые обозначился в некоторых европейских странах не раньше первой половины XVIII века, когда они вступили в «период снижающейся пандемии» Омрана, т. е. когда там начался собственно эпидемиологический переход и красный пунктир на рисунке 7, относящийся, правда, уже к середине XIX века, бесповоротно отделил современную эпоху от всех предыдущих.

Поэтому если есть основания говорить о *демографическом* переходе эпохи неолита, имевшем *экономическую* природу, то для утверждений о неолитическом *эпидемиологическом* переходе оснований нет. Скорее всего, современный эпидемиологический переход – первый и пока единственный, который знала история человечества.



**Рисунок 7. Кривые дожития  $l_x$  в разные исторические эпохи**

*Источники: (Acsádi, Nemeskéri 1970: 172, 266-267, 282-283, 130-309; Паевский 1970: 290; Preston, Keyfitz, Schoen 1972).*

### «ТРЕТИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД»?

В упоминавшейся статье Баррета и соавторов (Barrett et al. 1998) обращение к концепции предполагаемого ими первого эпидемиологического перехода увязано с выстраиванием исторической цепочки, в которой у нынешнего эпидемиологического перехода имеется не только предшествующее, но и последующее звено. Ему и присваивается название «третьего эпидемиологического перехода».

Я отрицаю существование эпидемиологических революций в прошлом, значит ли это, что я отрицаю возможность их появления в будущем? Разумеется, нет, у меня для этого нет надежных оснований. Тем не менее, поскольку мысль о возможности нового эпидемиологического перехода была высказана и получила определенную поддержку в литературе, хотелось бы точнее понять, о чем, собственно, идет речь.

Статья Баррета и соавторов называется «Возникновение и возвращение инфекционных болезней: третий эпидемиологический переход», и в этом названии уже содержится развиваемая в статье мысль. В ней отмечаются три новые тенденции: 1) появление ранее неизвестных инфекционных заболеваний, становящихся причиной смерти взрослого населения; 2) рост заболеваемости существовавшими ранее инфекционными болезнями, которые считались поставленными под контроль; 3) способность многих появляющихся патогенов генерировать устойчивые к

противомикробным препаратам штаммы быстрее, чем могут быть разработаны безопасные новые лекарства (Barrett et al. 1998: 256).

Авторы статьи были не первыми, кто указал на все эти тенденции и на опасность возвращения, казалось бы, оставшихся в прошлом, инфекционных угроз. Однако ранее авторы, также писавшие достаточно подробно об этих новых тенденциях, все же не были уверены в том, что они дают основание говорить об отдельном этапе эпидемиологической истории, скорее, склонялись к тому, что это не так (Olshansky et.al., 1997, Box 1). Барретт же и соавторы однозначно интерпретируют возрождение инфекционных угроз как наступление нового этапа, который они и называют «третьим эпидемиологическим переходом» (Barrett et al. 1998: 248).

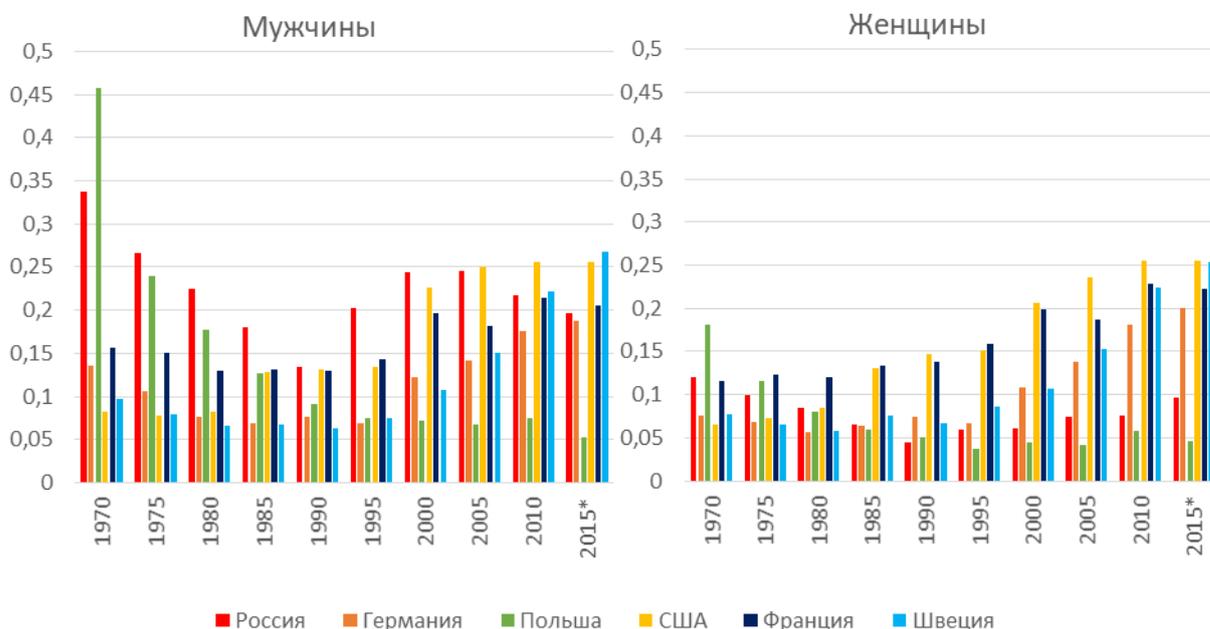
Нельзя не согласиться с тем, что отмеченные тенденции указывают на новые угрозы и соответственно на новые вызовы для современных обществ. Но означают ли они также вызов эпидемиологической модели смертности, сложившейся в результате концептуализированного Омраном перехода?

Основания говорить о переходе появились тогда, когда впервые резко упала роль инфекционных заболеваний, «причем они не были заменены другими так, чтобы общая смертность в данном возрасте осталась на прежнем уровне. Повысился сам возраст смерти, и увеличилась продолжительность жизни. Термин *эпидемиологический переход* используется для обозначения перехода не только от одной доминирующей структуры патологии к другой, но также и радикальной трансформации в возрасте смерти» (Meslé, Vallin 2002: 440).

Эту мысль (которая, как мы видели, рассматривая вопрос о «кардиоваскулярной революции», была сильно недооценена самими Меле и Валленом) можно выразить еще более конкретно. Хотя в процессе эпидемиологического перехода изменения в смертности затрагивают всю возрастную шкалу, фундаментальное значение, особенно на первых этапах перехода, имеет снижение младенческой и детской смертности. Могут ли те вполне реальные угрозы, о которых встревоженно пишут многие авторы, реализовавшись, поколебать нынешнюю эпидемиологическую модель смертности? Есть ли основания предполагать, что инфекционные и паразитарные болезни вернут себе былую роль главного источника младенческой и детской смертности, за счет которой в прошлом в основном и поддерживалось долговременное равновесие высокой рождаемости и высокой смертности. Возможен ли дрейф кривой дожития к ее прежней форме?

Наверно, не следует недооценивать эпидемическую природу заразных болезней, их способность быстро распространяться в результате контактов между людьми и связанные с этим риски. Но если на минуту отвлечься от этой особенности инфекционных заболеваний, то, выступая в качестве причины смерти, они ничем не отличаются от любой другой причины. В соревновании с другими причинами, как мы видели на примере болезни системы кровообращения и рака, они могут выигрывать или проигрывать только в зависимости от того, каков средний возраст смерти от каждой из них. Если средний возраст смерти от инфекционных и паразитарных заболеваний становится примерно таким же, как и от большинства других причин смерти, эти заболевания «вписываются» в новую эпидемиологическую модель смертности, не противоречат ей, не говорят об откате назад

или о переходе к какой-либо иной модели. Если эпидемиологический переход завершен – в том смысле, в каком об этом говорилось выше, – то даже и увеличение смертности от инфекционных заболеваний в этом случае не дает оснований говорить о каком-либо новом переходе.



**Рисунок 8. Вероятность для новорожденного умереть на протяжении жизни от инфекционного или паразитарного заболевания в некоторых странах, 1970-2015\***

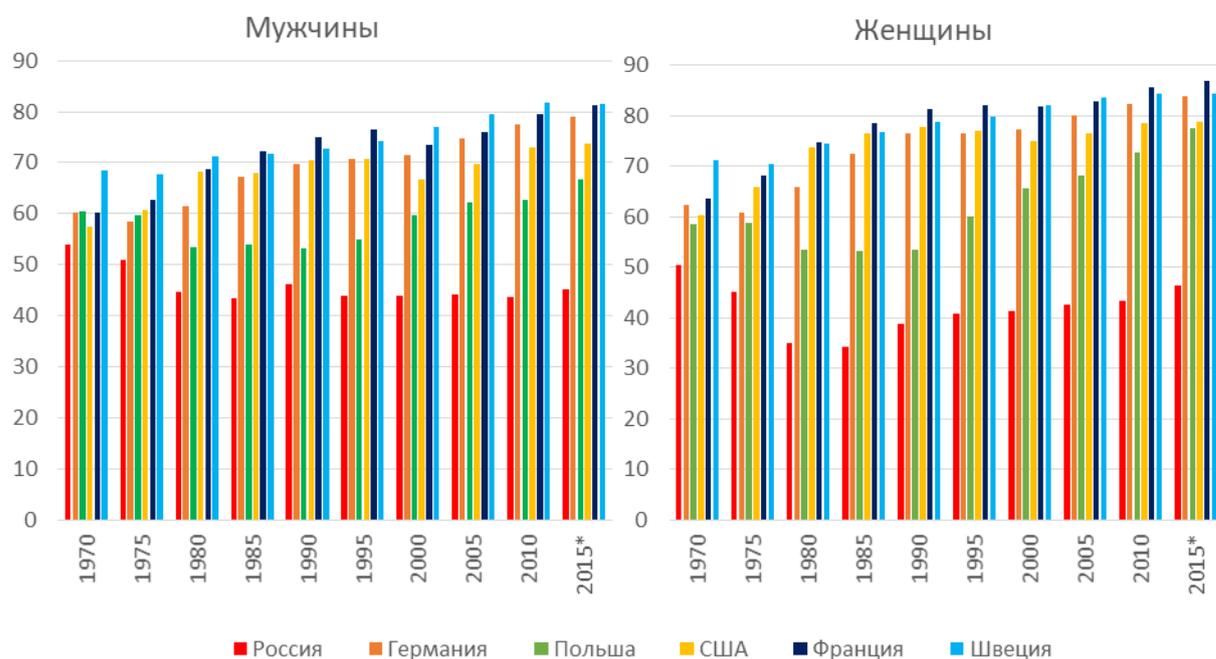
\* Россия – 2019, Германия и Польша – 2016, США – 2013, Франция и Швеция – 2015.

Источники: (Preston, Keyfitz, Schoen 1972; Human Cause-of-Death Database; WHO Mortality Database).

Инфекционные и паразитарные болезни нигде не исчезли полностью; даже в самых благополучных странах существуют и туберкулез, и СПИД, бывают и вспышки кори или других заразных болезней. Всем известны сезонные эпидемии гриппа. Среди названных Террисом групп причин смерти, в установлении контроля над которыми он видел задачу «второй эпидемиологической революции», основное место, как и у Омрана, занимали хронические заболевания и «рукотворные» внешние причины. Но на пятом месте в его списке – после болезней сердца, сосудов головного мозга, рака и внешних причин – стояли грипп и пневмония, роль которых, как он ожидал, будет снижаться благодаря антигриппозной вакцинации групп риска и улучшению терапии с применением антибиотиков.

Сейчас ясно, что такие ожидания были избыточно оптимистичными. На это указывают как уже упомянутое возвращение старых и появление новых инфекционных болезней, так и рост их устойчивости к лекарственным препаратам. Об этом же свидетельствует и статистика смертности в экономически развитых странах: вероятность умереть от инфекционных болезней, которая долгое время снижалась, стала увеличиваться (рисунок 8).

Но та же статистика смертности указывает и на то, что одновременно с ростом вероятности умереть от инфекционных заболеваний увеличивается и средний возраст смерти от них (рисунок 9), т. е. что они все чаще становятся причиной смерти людей преклонного возраста, конкурируя в этом смысле с сердечно-сосудистыми или онкологическими заболеваниями, а не, скажем, с дифтерией или корью. Только Россия демонстрирует привычное для нее отставание. Если снова обратиться к данным по Англии и Уэльсу, то в 1861 г. средний возраст смерти от болезней системы кровообращения у мужчин был на 44,8 года выше, чем от инфекционных заболеваний, в 1960 г. – на 15,4 года выше, а в 2016 г. – всего на 2,5 года выше. Соответствующие разрывы для женщин – 47,0; 19,1; 3,6 года. Как видно на рисунке 4, в странах с низкой смертностью средний возраст смерти от инфекционных заболеваний часто выше, чем от рака.



**Рисунок 9. Средний возраст смерти от инфекционных или паразитарных заболеваний в некоторых странах, 1970-2015\*, лет**

\* Россия – 2019, Германия и Польша – 2016, США – 2013, Франция и Швеция – 2015.

Источники: (Preston, Keyfitz, Schoen 1972; Human Cause-of-Death Database; WHO Mortality Database).

А это говорит о продолжении и завершающих стадиях *нынешнего* эпидемиологического перехода, а никак не о начале нового. «Радикальной трансформации в возрасте смерти» (Meslé, Vallin 2002: 440) – упоминавшейся выше принципиально важной черты эпидемиологического перехода Омрана – в данном случае нет.

Даже COVID-19 – несомненное подтверждение верности всех тревожных предупреждений о возможном реванше инфекционных заболеваний – вполне вписался в нынешнюю эпидемиологическую модель смертности в том смысле, что он оказался почти безобидным для детей, а особенно опасным для пожилых и престарелых.

«Третий эпидемиологический переход» звучит эффектно, но нужно ли умножать сущности без надобности? Это не приближает к пониманию актуальных задач борьбы за

человеческое долголетие, а, скорее, удаляет от него. Сейчас эти задачи связаны с реализацией нынешнего – и, повторю еще раз, пока *единственного* – эпидемиологического перехода.

### «ОБРАТНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД»?

«Обратный эпидемиологический переход в России» – название книги, в которой, как говорится в ее аннотации, «установлены общие и специфические закономерности развития эпидемиологического перехода в России вплоть до последней трети XX века, создавшие предпосылки для возможности обратного эпидемиологического развития... Обоснована принципиальная возможность обратного эпидемиологического перехода, которая реализуется в современной России» (Семенова 2005).

То, что Россия, как и другие европейские республики СССР, на протяжении десятилетий являла собой удивительный пример топтания на месте и даже отката назад во всем, что касалось показателей смертности и продолжительности жизни, – факт общеизвестный. Но как истолковать этот пример в контексте представлений об эпидемиологическом переходе? Действительно ли существует принципиальная возможность «обратного перехода»?

Есть авторы, которые убеждены, что такая возможность существует, «эволюционные изменения в моделях заболеваемости и смертности обратимы, уступая место тому, что можно было бы назвать «обратным переходом» и что это должно быть отражено в исходной теории» (Frenk et al. 1989: 31). Омран тоже полагал, что «откат («обратный переход») или стагнация перехода возможны во время эпидемий, экономических, политических, экологических или других кризисов» (Omran 1998: 100; Омран 2019: 179).

С тем, что временный «откат» во время кризисов возможен, трудно не согласиться. Намного труднее допустить попятное эволюционное движение. Что считать индикатором такого попятного движения, в чем оно может проявляться? Известные нам поиски ответа на этот вопрос едва ли можно считать успешными.

Когда В. Семенова, посвятившая «обратному переходу» в России целую книгу, в заключение подчеркивает, что его индикатором не может быть «сам по себе рост смертности от той или иной причины» (Семенова 2005: 266), то это, скорее, уход от ответа, чем ответ. Конъюнктурный, относительно кратковременный рост смертности возможен всегда, но это может не иметь никакого отношения к эпидемиологическому переходу. Если же действительно происходит полный или хотя бы частичный возврат к прежней эпидемиологической модели – только в таком случае можно говорить об обратном переходе – то об этом, в первую очередь, должно сигнализировать именно повышение смертности, и оно должно быть значительным и устойчивым. Если же такого повышения нет, то нет и оснований говорить об «обратном переходе». Но, – здесь можно согласиться с В. Семеновой – таких оснований нет и в том случае, если смертность повышается и при этом не в ситуации социального кризиса. Пандемия коронавируса может привести к

повышению смертности, но она едва ли может коренным образом изменить уже сложившуюся эпидемиологическую модель смертности.

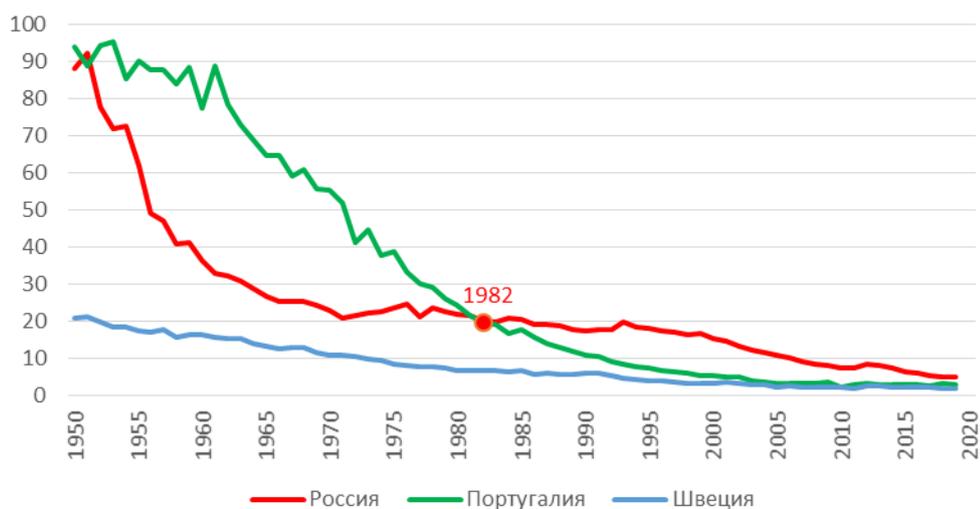
Заведомо понятно, что эпидемиологический переход – это исторический процесс, имеющий собственные детерминанты и растянутый во времени. Он не может быть абсолютно независимым от других протекающих в обществе процессов – экономических, политических и др., они могут ускорять и тормозить его. Если страна проходит через период политического кризиса, экономического и социального застоя, то это не может не затормозить и эпидемиологический переход, и тогда индикаторы этого перехода одновременно становятся индикаторами общей ситуации в стране. Применительно к России это хорошо видно на примере динамики младенческой смертности – не единственного, но одного из главных, если не самого главного индикатора эпидемиологического перехода.

Во второй половине XIX века в странах Западной Европы именно снижение младенческой смертности стало наиболее заметным признаком нового демографического порядка. В 1900 г. в Европе было всего две страны (Норвегия и Швеция), где коэффициент младенческой смертности опустился чуть ниже 100 на 1000 родившихся – по тем временам очень низкий показатель. В России в это время он составлял 250 на 1000, здесь едва ли можно было говорить даже о начале перехода. К 1950 г. этот коэффициент в Норвегии упал до 28,2, в Швеции – до 21,0, но и в России он снизился до 88,4, стало быть, эпидемиологический переход пришел и в Россию. Ей было еще далеко до Швеции, но она была близка к Португалии, тоже западноевропейской стране, хотя по тем временам и отсталой.

Примерно до середины 60-х годов младенческая смертность в России снижалась намного быстрее, чем в Португалии, и разрыв между ними – в пользу России – увеличивался. Но затем наша страна вступила в полосу застоя, в 1982 г. Португалия обогнала Россию, стал нарастать разрыв теперь уже в пользу Португалии (рисунок 10). Невинный, казалось бы, показатель младенческой смертности оказался надежным маркером общего положения в стране. Стагнация и даже рост этого показателя в 1970-е годы дали основания для пророческого предсказания Э. Тодда по поводу всей советской политической системы<sup>5</sup>. Но и тогда никакого обратного эпидемиологического перехода не было, переход лишь замедлился, и сближение российского показателя с теперь уже низким португальским или шведским лишь отодвинулось на более поздний срок.

---

<sup>5</sup> «В брежневском СССР растущая частота насильственных смертей сопровождается новым явлением, ростом детской смертности... Государство уже не способно к позитивным действиям... Невозможно предвидеть, в какой форме выразится советский кризис и выльется или нет разложение, характерное для этой системы сейчас, во всеобщий спазм – реформистский, революционный или военный. Но мы уже можем констатировать первое проявление кризиса – санитарный регресс и рост насильственной смертности... Распад первой из коммунистических систем уже начался» (Todd 1990: 333). (В издании 1990 г. воспроизводится текст выступления 1978 г., опубликованный в 1980 г. в журнале «Economie et humanisme», № 252).



**Рисунок 10. Младенческая смертность в России, Португалии и Швеции, 1950-2019, на 1000 родившихся**

*Источник: (Демоскоп Weekly).*

Незавершенность эпидемиологического перехода как длящегося и растянутого во времени процесса – нормальное состояние. Оно может преодолеваться более быстро или более медленно в зависимости от общих темпов модернизации того или иного общества. Контрмодернизационные тенденции в экономике, общественной жизни, культуре, политике могут тормозить эпидемиологический переход. Но, если исключить глобальные катастрофы непоправимых масштабов, серьезного попятного движения, возврата к моделям, существовавшим даже в начале XX века, быть не может. Эпидемиологический переход необратим.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД В РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ

Предложенная Омраном концепция эпидемиологического перехода отражала опыт, накопленный в экономически развитых странах, причем не только в европейских странах классического перехода, но и в такой стране, как Япония, где переход начался позднее, но шел ускоренными темпами.

Для развивающихся же стран, отмечал Омран, был типичен «сравнительно недавний и еще не заверченный эпидемиологический переход» (Omran 1971: 535; Омран 1977: 88), который он характеризовал как «замедленный». Тогда же он отмечал, что, несмотря на сходство тенденций в развивающихся странах Латинской Америки, Азии и Африки, между ними все же имеются существенные различия (Omran 1971: 536; Омран 1977: 89). По мере того, как эпидемиологический переход в развивающемся мире набирал силу, полнее проявлялись связанные с этими различиями реальные проблемы, и в своей статье 1998 г. Омран привел более пространную и детализированную схему «незападных» моделей перехода (Omran 1998; Омран 2019).

Неудивительно, что в это время интерес к проблемам развивающихся стран повышался и у других исследователей, и неизбежно они снова и снова обращались к

концепции Омрана. Но, странным образом, использование этой концепции почти всегда сопровождалось критикой в адрес ее создателя, часто совершенно несправедливой, а главное, свидетельствующей об отказе от использования тех познавательных возможностей, которые в ней заложены.

В 2014 г. вышел специальный номер журнала «Global Health Action» под общим названием «Эпидемиологические переходы – за пределами теории Омрана» (Epidemiological Transitions – Beyond Omran's Theory), главное внимание в нем сосредоточено на актуальных проблемах развивающихся стран.

Автор вступительной статьи к номеру приходит к выводу, что концепция эпидемиологического перехода «была релевантна как способ описания и, в известной степени, понимания закономерностей связи между моделями заболеваемости и смертности и изменениями населения в западных обществах до 1950-х годов, а не как универсальное описание или предсказание, облегчающее выработку политики здравоохранения в современных обществах или в развивающихся странах» (Defo 2014a: 13).

Вывод о «нерелевантности» теории Омрана применительно к развивающимся странам делается, в частности, на основании проверки семи гипотез, которые якобы вытекают из теории эпидемиологического перехода, но не подтверждаются опытом Африки. Приведем, для примера, одну из этих гипотез и ее проверку.

Гипотеза 4: «В соответствии с теорией эпидемиологического перехода Омрана, смертность от инфекционных заболеваний в незападных странах, согласно прогнозам, должна была снизиться с 42,1% всех смертей в менее развитых регионах в 1970 г. до 19,4% в 2015 г., в результате чего ожидаемая продолжительность жизни при рождении должна увеличиться с 57,5 до 68,5 года».

Проверка гипотезы 4: «Африка стоит далеко от остального мира... Только инфекционные и паразитарные заболевания служат причиной 41% всех смертей в Африке по сравнению с 15% в мире в целом... 64% всех случаев смерти в мире вызваны неинфекционными заболеваниями; этот показатель составляет 87% в развитых регионах и 28% в Африке. В большинстве развивающихся регионов вклад неинфекционных заболеваний (причины смерти группы II) превосходил вклад причин смерти группы I уже в 1990 г., тогда как в Африке южнее Сахары это соотношение составляло всего 0,4... Почти 20 лет спустя это соотношение по-прежнему составляет 0,4 для Африки по сравнению с 2,4 в мире в целом, 12,4 в развитых странах, 11,9 в Восточной Азии, 4,9 в Латинской Америке и Карибском бассейне и 1,4 в Южной Азии».

Неужели действительно теория эпидемиологического перехода, указывающая на закономерное снижение доли смертей от инфекционных заболеваний как глобальную тенденцию, должна позволять предвидеть это снижение с точностью до десятых долей процента к определенной дате для целых континентов? По-видимому, автор статьи считает, что это так, потому что именно так он формулирует свою «гипотезу 4» и, естественно, приходит к выводу, что «гипотеза 4 в Африке не подтверждается» (Defo 2014b).

Сумма же таких выводов приводит к общему заключению о непригодности современных теоретических подходов для анализа демографической ситуации в Африке и

демографических перспектив этого континента. «В целом предполагаемые связи между смертностью, рождаемостью и ростом населения не находят эмпирического подтверждения в большей части Африки, что ставит под сомнение основную предпосылку концепции перехода, воплощенной в моделях демографического, эпидемиологического и санитарного переходов. Несмотря на признаки начала снижения рождаемости в нескольких африканских странах, увеличивающийся разрыв между моделями рождаемости и смертности внутри стран и между ними в сочетании с устойчивой распространенностью инфекционных заболеваний на континенте свидетельствует о том, что для понимания тенденций в области здоровья и болезней в Африке требуется иной, новый подход» (Defo 2014b).

Действительно ли это так?

Африка, родина Человечества, сейчас в самом деле самый слаборазвитый континент мира. Однако это не значит, что в Африке не действует закон всемирного тяготения или неверна таблица Менделеева. Демографическая теория устанавливает закономерности, общие для всех, это относится и к теории эпидемиологического перехода. Как отмечалось выше, ее смысловая доминанта (надо признать, очень плохо артикулированная Омраном), заключается не просто в том, что одни болезни и причины смерти заменяются другими, а в том, что их новый набор резко сдвигает вверх возраст смерти подавляющего большинства людей и в результате меняется вся демографическая картина мира. Это предсказание универсально: если эпидемиологический переход вообще имеет место, он не может происходить по-иному ни в развитых странах, ни в развивающихся. Различаться, т. е. быть более долгими и тернистыми, либо менее долгими и тернистыми в зависимости от исторических обстоятельств могут лишь пути движения к сходному результату. А на это различие путей Омран как раз постоянно указывал, говоря о разных моделях перехода

К сожалению, ни сам Омран, ни его последователи или критики, рассуждая о развивающихся странах, не используют в явном виде понятия *догоняющий* эпидемиологический переход, хотя, по существу, они постоянно оперируют фактами, указывающими именно на такую его природу. Это особенно ясно в тех случаях, когда они пишут о «наложении» одних стадий перехода на другие. Подобное наложение как раз и возникает в силу того, что разные стадии перехода реализуются не последовательно, как это было (и не могло быть иначе) в странах-первопроходцах, а параллельно – благодаря заимствованию и неравномерному освоению уже готовых медицинских технологий и социальных практик. Сосуществование во времени разных стадий перехода – свидетельство его незавершенности.

Именно это имел в виду Омран, когда писал о тройном бремени проблем, связанных со здоровьем, в незападных обществах на разных стадиях перехода. «Это влечет за собой, по крайней мере, три основных бремени для здоровья, накладывающихся друг на друга: нерешенные старые проблемы со здоровьем; появление новых проблем; плохо подготовленная система здравоохранения и низкая подготовка медицинских кадров» (Omran 1998: 106; Омран 2019: 190).

Это совершенно верное рассуждение подтверждалось опытом многих «догоняющих» стран, на него указывал, например, анализ незавершенного

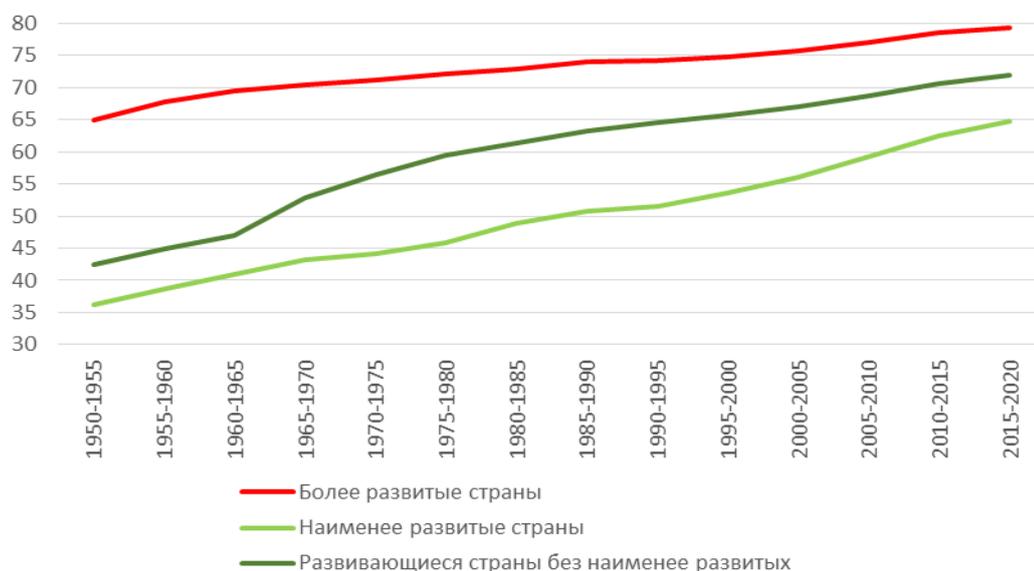
эпидемиологического перехода в позднем СССР на рубеже 1980-1990-х годов. «Незавершенность объясняется двумя причинами: 1) не до конца решены основные задачи ранних этапов эпидемиологического перехода и сохраняются элементы традиционной структуры патологии и причин смерти... 2) по мере завершения эпидемиологического перехода (второй эпидемиологической революции) не развернута в достаточной степени борьба против патогенных факторов, опасных на новом этапе развития». На общую незавершенность эпидемиологического перехода в СССР накладывались региональные контрасты – следствие того, что разные республики СССР находились на разных этапах перехода (Вишневский, Школьников, Васин 1991:1014; Vishnevsky, Shkolnikov, Vassin 1991: 93). Из этого делался вывод, что в одних республиках, в которых проживало 75% населения СССР, «эпидемиологический переход продвинулся наиболее далеко, явно преобладала «новая» патология и основные усилия должны быть направлены на борьбу именно с ней. Для этого необходима новая стратегия отстаивания здоровья и жизни людей. В остальных республиках положение далеко не столь ясно, еще очень крепки, особенно у сельского населения, элементы «старой» патологии, и пока еще сохраняет свое значение прежняя стратегия» (Вишневский, Школьников, Васин 1991:1020-1021; Vishnevsky, Shkolnikov, Vassin 1991: 95). Отмеченные различия объяснялись «неравномерностью эпидемиологического перехода различных групп населения» (Вишневский, Школьников, Васин 1991:1014; Vishnevsky, Shkolnikov, Vassin 1991: 82) и воспринимались не как показатель несостоятельности или неполноты теории Омрана, а, скорее, как подтверждение ее объяснительно силы.

Между тем в литературе факт «перекрытия» одних стадий перехода другими, обнаруженный, например, в Мексике, рассматривается как не соответствующий теории, требующий ее модификации (Frenk et al. 1989: 31). Это еще один из многих примеров того, как от общей теории требуют способности предсказать в деталях любую конкретную ситуацию и чуть ли не дать инструкцию по «выработке политики здравоохранения» для каждой страны. Можно ли предъявлять такие требования к теории? Теория может вообще не иметь непосредственного прикладного значения, но иметь мировоззренческий смысл, способствовать лучшему пониманию объективных процессов, и это само по себе очень важно. Мне кажется, что обобщение Омрана имеет такое смысловое значение, оно высветило очевидное для всех снижение смертности как некий целостный и закономерный исторический феномен. Но это обобщение важно также и для практической деятельности, оно дает ориентиры для выбора приоритетов на разных этапах эпидемиологического перехода, позволяет формулировать его прогноз.

Другое дело, что для практической деятельности одной универсальной стратегии, основанной на общей, пусть и верной теории, недостаточно, всякий раз нужна определенная тактика действий, учитывающая множество конкретных обстоятельств, от которых теория как раз и абстрагируется для того, чтобы выйти на самый высокий уровень обобщения. В жизни нужны и стратегия, и тактика, но стратегия важнее. Если воспользоваться словами Клаузевица, то «стратегия – учение об использовании боев в целях войны», а тактика – это «учение об использовании вооруженных сил в бою» (Клаузевиц 2017). Победить в бою важно, но главное – это выиграть войну.

Безграничное разнообразие климатических, гигиенических, экономических, социально-политических, социокультурных и прочих условий делает неизбежным и столь же безграничное разнообразие тактик реализации эпидемиологического перехода, его «моделей», выражаясь словами Омрана. В выработке таких тактик его теория – плохой помощник, но она на это и не претендует. Эта теория говорит только об одном, но важном. Если не считать развивающиеся страны вообще не способными совершить эпидемиологический переход, то рано или поздно, преодолев огромные трудности, они придут именно к тому, что предсказывал Омран: к новой эпидемиологической модели заболеваемости и смертности, при которой показатели продолжительности общей и здоровой жизни станут примерно такими же, как в развитых странах, а главными препятствиями дальнейшему улучшению этих показателей станут хронические заболевания и антропогенные факторы среды.

Сейчас этого еще не произошло, но продолжительность жизни в менее развитых, а особенно в наименее странах растет быстрее, чем в развитых, и тенденция к сближению показателей очевидна (рисунок 11).



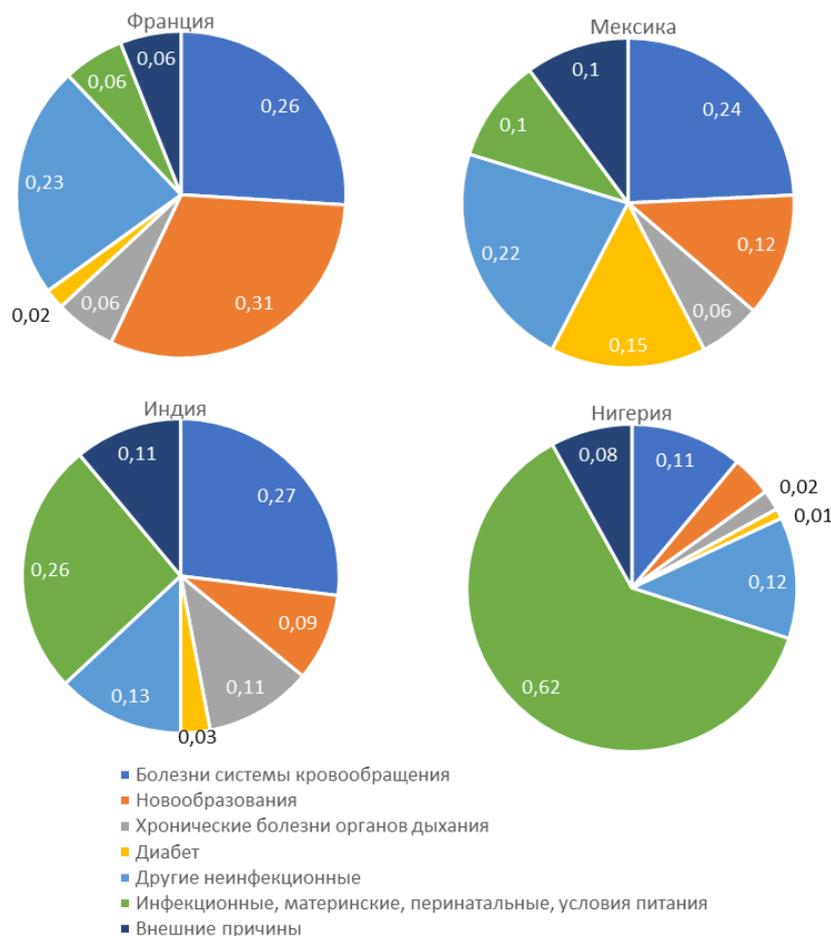
**Рисунок 11. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в развитых, менее развитых и наименее развитых странах, лет**

Источник: (World Mortality Report 2019).

Из 48 наименее развитых стран 34 находятся в Африке, как уже отмечалось, это наименее развитый регион мира, в том числе и с точки зрения продвижения африканских стран по пути эпидемиологического перехода. Тем не менее сказать, что в Африке в этом смысле ничего не меняется и она движется по пути, совершенно отличному от того, что описал Омран, было бы большим преувеличением.

Если верить оценкам ООН, то младенческая смертность в Африке к югу от Сахары в 2015-2020 гг. (51 на 1000 родившихся) была вдвое ниже, чем в самых продвинутых европейских странах на рубеже XIX и XX веков или в СССР в 1950 г., и почти в 5 раз ниже, чем в России в конце XIX века. В самом регионе она снизилась с середины XX века почти

в 3,5 раза (UN WPP-2019, файл MORT/F01-1), за таким снижением не могут не стоять значительные изменения в эпидемиологической модели смертности. Другое дело, что они недостаточны и африканские страны все еще находятся на ранних стадиях эпидемиологического перехода, по пути которого идут заметно обгоняющие их другие развивающиеся страны (рисунок 12). Но это не основание, чтобы отрицать генеральную линию их движения, которая как раз и характеризуется в обобщенном виде теорией эпидемиологического перехода.



**Рисунок 12. Структура смертности по причинам смерти во Франции, Мексике, Индии и Нигерии, 2016**

Источник: (WHO 2018).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Появление концепции эпидемиологического перехода стало важным этапом в развитии научных представлений о демографическом переходе в целом. До этого на протяжении нескольких десятилетий внимание исследователей демографического перехода было полностью сосредоточено на изучении рождаемости и поисках объяснений ее снижения (об этом, кстати, упоминает и Колдуэлл (Caldwell 2001: 159)).

Конечно, исследователи знали и о снижении смертности, в той или иной мере учитывали его при построении своих объяснительных схем – см. напр., (Davis 1963), хотя, как мне представляется, с большой неполнотой (Вишневецкий 2017). Но с точки зрения общей логики теории демографического перехода достаточно было указать на «переход в смертности» (mortality transition), ответом на который стал «переход в рождаемости» (fertility transition). Переход в смертности можно изучать, анализируя его количественные результаты, изменение показателей смертности, что и делается достаточно успешно. В качестве примера такого анализа можно привести исследование снижения смертности с середины XVIII века в Финляндии (Kannisto, Nieminen, Turpeinen 1999) или анализ ректангуляризации кривой дожития во Франции в XX веке (Robine 2001). Авторы этих исследований соотносят свои результаты со стадиями эпидемиологического перехода, выделенными Омраном, но это просто дань сложившемуся в литературе дискурсу, который в это время уже не мог обходиться без ссылок на концепцию Омрана.

Причины снижения смертности не вызывали больших вопросов, казалось достаточным указать на экономические, гигиенические, общекультурные изменения, в лучшем случае конкретизировать причины снижения смертности, как это сделали, например, МакКаун с соавторами (McKeown, Brown, Record 1972). Они пришли к выводу, что снижение смертности в Западной Европе в XIX веке было обусловлено главным образом повышением уровня жизни и успехами сельского хозяйства, что привело к улучшению питания, изменениям гигиенических условий, благодаря чему, в частности, снизилась смертность от кишечных инфекций, возможно, также имели значение причины, не зависящие от действия людей, например снижение вирулентности болезнетворных бактерий.

Для Ноутсайна и других теоретиков демографического перехода был важен сам факт снижения смертности, но Омран пошел дальше, задумавшись над природой этого снижения. «Подход Ноутсайна к анализу смертности наиболее полно разработан в эпидемиологии изменений населения Омрана, признающей, что... переход в смертности включает в себя нечто большее, чем просто количественное снижение уровней смертности и ослабление их кратковременных колебаний... Главная черта, отделяющая эпидемиологический переход от демографического перехода – добавление нового элемента, изменения структуры причин смерти закономерности и характеристика этапов перехода по конфигурациям причин смерти, а также по влиянию на них» (Defo 2014b). «Концепция эпидемиологического перехода помогает понять «анатомию» исторических изменений смертности именно как самостоятельной революции, приведшей к коренному изменению... структуры <причин смерти>» (Вишневецкий 2017: 10).

Омран всего лишь немного сместил угол зрения и взглянул на происходившие со смертностью изменения не со стороны их причин, а со стороны результата, который он увидел в обобщенном виде: не как сумму выигрышей от снижения смертности от туберкулеза, детских инфекций, желудочных заболеваний, материнской смертности и др., а как общий качественный сдвиг, за короткое время принципиально изменивший всю эпидемиологическую картину. В этом и заключалось открытие, смысл которого абсолютно точно выражен двумя словами: *эпидемиологический переход*.

Возможно, это открытие Омран сделал по воле случая и было бы более справедливо, если бы такая удача выпала на долю того же МакКауна или, скажем, Фрэнка Ноутстайна или Кингсли Дэвиса. Но она досталась Омрану, и этот факт уже нельзя отменить.

Коль скоро это произошло, Омран стал «классиком цитирования» не случайно. Ни один исследователь, изучающий историческую или современную эволюцию здоровья и смертности в широком социобиологическом контексте, не может обойти плодотворную, хотя и оказавшуюся не очень простой концепцию эпидемиологического перехода, не попытаться использовать ее аналитический и прогностический потенциал.

Но отсюда и возможные издержки. Омран сформулировал концепцию в самом общем виде, многие высказанные им положения не безупречны, концепция в целом нуждается в развитии. Необходимо более глубокое понимание механизмов становления и эволюции современной эпидемиологической модели заболеваемости и смертности, ее «двухмерности», внутренних взаимосвязей, возможных вариантов и ограничений, видимо, и способов ее защиты перед лицом вероятных угроз. Решение этих задач может быть успешным, только если держать в поле зрения весь целостный процесс трансформации двухмерной эпидемиологической модели заболеваемости и смертности – трансформации, которую и подразумевает концепция эпидемиологического перехода.

А все попытки переиначить, раздробить или переименовать эту концепцию или использовать ее не по назначению – это не слишком эффективные попытки женихов Пенелопы натянуть лук Одиссея.

## **БЛАГОДАРНОСТИ**

Автор благодарит Е.М. Андреева и А.Е. Щура за помощь в подготовке данных о смертности по причинам смерти.

## **ЛИТЕРАТУРА**

- Андреев Е.М., Вишневский А.Г., Шабуров К.Ю. (1986). Продолжительность жизни и причины смерти. В А.Г. Волков (Ред.), *Демографические процессы и их закономерности* (с. 110-130). М.: Мысль.
- Вишневский А.Г. (1973). Демографическая революция. *Вопросы философии*, 2, 53-64.
- Вишневский А.Г. (1976). *Демографическая революция*. М.: Статистика. 238 с.
- Вишневский А.Г. (2017). Нерешенные вопросы теории демографической революции. *Население и экономика*, 1(1), 3–21.
- Вишневский А.Г. (2018). Демографический переход и гипотеза гиперболического роста населения. *Демографическое обозрение*, 5(1), 64-105. URL: <https://doi.org/10.17323/demreview.v5i1.7710>
- Вишневский А.Г., Школьников В.М., Васин С.А. (1991). Эпидемиологический переход и причины смерти в СССР. *Экономика и математические методы*, 27(6), 1013-1021.

- Вишняцкий Л.Б. (2000). «Верхнепалеолитическая революция»: география, хронология, причины. *Stratum Plus, Археология и культурная антропология*, 245-271.
- Гаврилов Л.А. (1984). Существует ли предел продолжительности жизни организмов? *Биофизика*, 29(5), 908-909.
- Гаврилов Л.А., Гаврилова Н.С. (1986). *Биология продолжительности жизни: количественные аспекты*. М., Наука.
- Демоскоп Weekly. Приложение. Таблица Коэффициент младенческой смертности. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/app/app4009.php>
- Клаузевиц К. (2017). *О войне. Избранное*. М.: Издательство АСТ.
- Ливи Баччи М. (2010). *Демографическая история Европы*. СПб.: Александрия.
- Омран А.Р. (2019). Теория эпидемиологического перехода: взгляд 30 лет спустя. *Демографическое обозрение*, 6(1), 177-216. URL: <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i1.9117>
- Омран А. Р. (1977). Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения. В Д.И. Валентей, А.П. Судоплатов (Ред.), *Проблемы народонаселения. О демографических проблемах стран Запада* (с. 57-91). М.: Прогресс.
- Павлик З. (1979). Проблемы демографической революции. В А.Г. Вишневецкий, И.С. Кон (Ред.), *Брачность, рождаемость, семья за три века* (с. 158–168). М.: Статистика.
- Паевский В.В. (1970). Таблицы смертности населения СССР. В А.М. Мерков (Ред.), *Вопросы демографической и медицинской статистики (Избранные произведения)* (с. 228-307). М. Статистика.
- Семенова В.Г. (2005). *Обратный эпидемиологический переход в России*. М.: ЦСП.
- Шнирельман В.А. (1986). Демографические и этнокультурные процессы эпохи первобытной родовой общины. В Ю.В. Бромлей, *История первобытного общества. Эпоха первобытной родовой общины* (с. 427-489). М.: Наука.
- Acsadi G., Nemeskéri J. (1970). *History of human life span and mortality*. Budapest: Akadémiai kiadó.
- Barrett R., Kuzawa C.W., McDade T., Armelagos G.J. (1998). Emerging and re-emerging infectious diseases: the third epidemiologic transition. *Annual review of anthropology*, 27(1), 247-271.
- Birabin J.-N. (2006). The History of the Human Population from the First beginnings to the Present Day. In G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsh (Eds.), *Demography: Analysis and Synthesis. A Treatise in Population Studies* (Vol.3, Ch. 66). Academic Press.
- Caldwell J.C. (2001). Population health transition. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 159–160.
- Caldwell J.C., Caldwell B.K. (2003). Was there a Neolithic mortality crisis? *Journal of Population Research*, 20(2), 153-168.
- Chesnais J.-C. (1986). *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques*. PUF.
- Coleman D. (2004). Migration in the 21st century: a third demographic transition in the making? *Plenary Address to the British Society for Population Studies Annual Conference, Leicester, 13 September 2004*.

- Davis K. (1944). Demographic fact and policy in India. *Demographic Studies of Selected Areas of Rapid Growth. The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 22(3), 256-278.
- Davis K. (1945). The World Demographic Transition. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 237, 1-11.
- Davis K. (1963). The theory of change and response in modern demographic history. *Population Index*, 29(4), 345–366.
- De Flora S., Quaglia A., Bennicelli C., and Vercelli M. (2005). The epidemiological revolution of the 20th century. *The FASEB Journal*, 19, 892-897.
- Deevey E.S. (1960). The human population. *Scientific American*, 203(3), 194-205.
- Defo B.K. (2014a). Beyond the ‘transition’ frameworks: the crosscontinuum of health, disease and mortality framework. *Global Health Action*, 7(1), 24804. URL: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.24804>
- Defo B.K. (2014b). Demographic, epidemiological, and health transitions: Are they relevant to population health patterns in Africa? *Global Health Action*, 7(1), 24804. URL: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.22443>
- Eggleston K.N., Fuchs V.R. (2012). The new demographic transition: Most gains in life expectancy now realized late in life. *Journal of Economic Perspectives*, 26(3), 137–156.
- Fihel A., Pechholdova M. (2017). Between ‘Pioneers’ of the Cardiovascular Revolution and Its ‘Late Followers’: Mortality Changes in the Czech Republic and Poland Since 1968. *Eur J Population*, 33, 651–678. URL: <https://doi.org/10.1007/s10680-017-9456-y>
- Freedman R. (Ed.) (1964). *Population: The Vital Revolution*. Garden City, New York: Doubleday & Co.
- Frenk J., Bobadilla J.L., Sepulveda J., Cervantes M.L. (1989). Health transition in middle-income countries: New challenges for health care. *Health Policy and Planning*, 4(1): 29-39. DOI: 10.1093/heapol/4.1.29
- Frenk J., Bobadilla J.L., Stern C., Frejka T., Lozano R. (1991). Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review*, 1(1), 21–38.
- Human Cause-of-Death Database. French Institute for Demographic Studies (France) and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany). Available at [www.causeofdeath.org](http://www.causeofdeath.org)
- Kannisto V., Nieminen M., Turpeinen O. (1999). Finnish Life Tables since 1751. *Demographic Research*, 1. DOI: 10.4054/DemRes.1999.1.1.
- Landry A. (2019). *La révolution démographique. Études et essais sur les problèmes de la population*. Paris: Ined Éditions.
- Mackenbach J.P. (1994). The epidemiologic transition theory. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, 329-332.
- McEvedy C., Jones R. (1978). *Atlas of World Population History*. Penguin Books.
- McKeown T., Brown R.G., Record R.G. (1972). An interpretation of the modern rise of population in Europe. *Population Studies*, 26(3), 345-382.
- Meslé F., Vallin J. (2002). La transition sanitaire : tendances et perspectives. In G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (Eds.), *Démographie : analyse et synthèse* (V. III. Ch. 57). INED.
- Meslé F., Vallin J. (2006). The health transition: Trends and prospects. In G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (Eds.), *Demography: Analysis and Synthesis. A Treatise in Population Studies* (V.2, Ch. 57). Academic Press.

- Notestein F.W. (1945). Population – the long view. In Th.W Schults (Ed.), *Food for the world* (37-57). Chicago University Press.
- Olshansky S. J., Ault A.B. (1986). The fourth stage of the epidemiologic transition: The age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Quarterly*, 64(3), 355-391.
- Olshansky S. J., Carnes B., Rogers R.G., Smith L. (1997). Infectious diseases - new and ancient threats to world health. *Population bulletin*, 52, 2.
- Omran A.R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4, Pt. 1), 509-538
- Omran A.R. (1998). The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. *World Health Statistics Quarterly*, 51(2-4), 99-119
- Pavlik Z. (1964). *Nástin populačního vývoje světa*. Praha: NCHAV.
- Pavlik Z. (1982). *Rewolucja demograficzna jako ogólna prawidłowość rozwoju ludności*. Warszawa.
- Preston S.H., Keyfitz N., Schoen R. (1972). *Causes of Death: Life Tables for National Population*. New York: Seminar Press, Inc.
- Robine J.-M. (2001). Redefining the stages of the epidemiological transition by a study of the dispersion of life spans: The case of France. *Population: An English Selection*, 13(1), 173-193.
- Rogers R., Hackenberg R. (1987). Extending epidemiologic transition theory: A New Stage. *Social biology*, 34(3-4), 234-243.
- [Terris M.] (1972). The epidemiologic revolution. Editorials. *American Journal of Public Health*, 62(11): 1439-1441.
- Terris M. (1976). The epidemiologic revolution, national health insurance and the role of health departments. *American Journal of Public Health*, 66(12), 1155-1164.
- Todd E. (1990). *La chute finale. Essai sur la décomposition de la sphère Soviétique. Nouvelle édition augmentée*. Paris: Robert Laffont.
- UN WPP-2019 (2019). Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the UN Secretariat. *World Population Prospects 2019*, Online Edition. POP/DB/WPP/Rev.2019/MORT/F01-1.
- Van de Kaa D.J. (1987). Europe's second demographic transition. *Population Bulletin*, 42, 1
- Van de Kaa D.J. (2010). Demographic transitions. In Zeng Yi. (Ed.), *Encyclopedia of life support systems (EOLSS). Demography* (Vol. 1, pp. 65-103). Eolss Publishers. Oxford, UK.
- Vishnevsky A.G., Shkolnikov V.M., Vassin S.A. (1991). Epidemiological transition in the USSR as mirrored by regional differences. *Genus*, XLVII, 3-4, 79-100.
- Weisz G., Olszynko-Gryn J. (2009). The Theory of Epidemiologic Transition: the origins of a citation classic. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 65(3), 287-326. DOI:10.1093/jhmas/jrp058
- WHO (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization.
- WHO Mortality Database.
- World Mortality Report (2019). UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division. CD-ROM. POP/DB/WMR/Rev.2019/1/FA1

## EPIDEMIOLOGIC TRANSITION AND ITS INTERPRETATIONS

ANATOLY VISHNEVSKY

*A critical analysis of A. Omran's theory of epidemiologic transition (ET) and of its various interpretations. The periodization of ET proposed by Omran is called into question, and the differentiation of the two "epidemiological revolutions" by M. Terris is compared with it. The paramount historical importance of ET as a trigger and an integral part of the demographic transition as a whole is noted. Disagreement with the interpretation of ET as an integral part of the "health transition" is substantiated. The concept of the "cardiovascular revolution" is contested. A method of graphical representation of ET is proposed and the criteria for its completion are discussed. Disagreement with ideas about the "first", Neolithic, and "third", expected in the future, ET, as well as about a "reverse" ET is substantiated. Problems with "catching up" ET in the less developed countries are considered.*

**Key words:** *epidemiologic transition, epidemiologic revolution, demographic transition, health transition, stages of epidemiologic transition, cardiovascular revolution, probability of death, mean age at death.*

---

ANATOLY VISHNEVSKY (avishnevsky@hse.ru), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

THIS ARTICLE IS AN OUTPUT OF THE PROJECT "DEMOGRAPHIC AND MIGRATION PROCESSES IN RUSSIA IN THE HISTORICAL AND INTERNATIONAL CONTEXT IN THE LIGHT OF NEW METHODOLOGICAL APPROACHES" OF THE PROGRAM OF FUNDAMENTAL STUDIES, 2019.

DATE RECEIVED: JULY 2020.

## REFERENCES

- Acsadi G., Nemeskéri J. (1970). *History of human life span and mortality*. Budapest: Akadémiai kiadó.
- Andreyev E.M., Vishnevsky A.G., Shaburov K.Yu. (1986). Prodolzhitel'nost' zhizni i prichiny smerti (Life expectancy and causes of death). In A.G. Volkov (Ed.), *Demograficheskiye protsessy i ikh zakonomernosti* (Demographic processes and their regularities) (pp. 110-130). Moscow: Mysl'. (In Russ.).
- Barrett R., Kuzawa C.W., McDade T., Armelagos G.J. (1998). Emerging and re-emerging infectious diseases: the third epidemiologic transition. *Annual review of anthropology*, 27(1), 247-271.
- Birabin J.-N. (2006). The History of the Human Population from the First beginnings to the Present Day. In G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsh (Eds.), *Demography: Analysis and Synthesis. A Treatise in Population Studies* (Vol.3, Ch. 66). Academic Press.
- Caldwell J.C. (2001). Population health transition. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 159-160.
- Caldwell J.C., Caldwell B.K. (2003). Was there a Neolithic mortality crisis? *Journal of Population Research*, 20(2), 153-168.
- Chesnais J.-C. (1986). *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques*. PUF.

- Clausewitz K. (2017). *O voyne. (Vom Krieg.)* Moscow: Izdatel'stvo AST. (In Russ.).
- Coleman D. (2004). Migration in the 21st century: a third demographic transition in the making? *Plenary Address to the British Society for Population Studies Annual Conference, Leicester, 13 September 2004.*
- Davis K. (1944). Demographic fact and policy in India. *Demographic Studies of Selected Areas of Rapid Growth. The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 22(3), 256-278.
- Davis K. (1945). The World Demographic Transition. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 237, 1-11.
- Davis K. (1963). The theory of change and response in modern demographic history. *Population Index*, 29(4), 345–366.
- De Flora S., Quaglia A., Bennicelli C., and Vercelli M. (2005). The epidemiological revolution of the 20th century. *The FASEB Journal*, 19, 892-897.
- Deevey E.S. (1960). The human population. *Scientific American*, 203(3), 194-205.
- Defo B.K. (2014a). Beyond the 'transition' frameworks: the crosscontinuum of health, disease and mortality framework. *Global Health Action*, 7(1), 24804. URL: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.24804>
- Defo B.K. (2014b). Demographic, epidemiological, and health transitions: Are they relevant to population health patterns in Africa? *Global Health Action*, 7(1), 24804. URL: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.22443>
- Demoscope Weekly. Prilozheniye. Tabl. Koeffitsiyent mladencheskoy smertnosti. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/app/app4009.php>
- Eggleston K.N., Fuchs V.R. (2012). The new demographic transition: Most gains in life expectancy now realized late in life. *Journal of Economic Perspectives*, 26(3), 137–156.
- Fihel A., Pechholdova M. (2017). Between 'Pioneers' of the Cardiovascular Revolution and Its 'Late Followers': Mortality Changes in the Czech Republic and Poland Since 1968. *Eur J Population*, 33, 651–678. URL: <https://doi.org/10.1007/s10680-017-9456-y>
- Freedman R. (Ed.) (1964). *Population: The Vital Revolution*. Garden City, New York: Doubleday & Co.
- Frenk J., Bobadilla J.L., Sepulveda J., Cervantes M.L. (1989). Health transition in middle-income countries: New challenges for health care. *Health Policy and Planning*, 4(1): 29-39. DOI: 10.1093/heapol/4.1.29
- Frenk J., Bobadilla J.L., Stern C., Frejka T., Lozano R. (1991). Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review*, 1(1), 21–38.
- Gavrilov L.A. (1984). Sushchestvuyet li predel prodolzhitel'nosti zhizni organizmov? (Is there a limit to the lifespan of organisms?). *Biophysics*, 29(5), 908-909. (In Russ.).
- Gavrilov L.A., Gavrilova N.S. (1986). *Biologiya prodolzhitel'nosti zhizni: kolichestvennyye aspekty* (Life span biology: quantitative aspects). Moscow: Nauka. (In Russ.).
- Human Cause-of-Death Database. French Institute for Demographic Studies (France) and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany). Available at [www.causeofdeath.org](http://www.causeofdeath.org)
- Kannisto V., Nieminen M., Turpeinen O. (1999). Finnish Life Tables since 1751. *Demographic Research*, 1. DOI: 10.4054/DemRes.1999.1.1.
- Landry A. (2019). *La révolution démographique. Études et essais sur les problèmes de la population*. Paris: Ined Éditions.

- Livi Bachchi M. (2010). *Demograficheskaya istoriya Evropy*. (The population of Europe). Saint Petersburg: Aleksandriya. (In Russ.).
- Mackenbach J.P. (1994). The epidemiologic transition theory. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, 329-332.
- McKeown T., Brown R.G., Record R.G. (1972). An interpretation of the modern rise of population in Europe. *Population Studies*, 26(3), 345-382.
- Meslé F., Vallin J. (2002). La transition sanitaire : tendances et perspectives. In G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (Eds.), *Démographie : analyse et synthèse* (V. III. Ch. 57). INED.
- Meslé F., Vallin J. (2006). The health transition: Trends and prospects. In G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (Eds.), *Demography: Analysis and Synthesis. A Treatise in Population Studies* (V.2, Ch. 57). Academic Press.
- Notestein F.W. (1945). Population – the long view. In Th.W Schults (Ed.), *Food for the world* (37-57). Chicago University Press.
- Olshansky S.J., Ault A. (1986). The fourth stage of the epidemiologic transition: The age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Quarterly*, 64(3), 355-391.
- Olshansky S.J., Carnes B., Rogers R.G., Smith L. (1997). Infectious diseases - new and ancient threats to world health. *Population bulletin*, 52, 2.
- Omran A.R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4, Pt. 1), 509-538
- Omran A.R. (1977). Epidemiologicheskii aspekt teorii estestvennogo dvizheniya naseleniya. (Epidemiological aspect of the theory of the natural growth of population. Original title: The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change). In D.I. Valentey, A.P. Sudoplatov (Eds.), *Problemy narodonaseleniya. O demograficheskikh problemakh stran Zapada* (pp. 57-91). Moscow: Progress. (In Russ.).
- Omran A.R. (1998). The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. *World Health Statistics Quarterly*, 51(2-4), 99-119
- Omran A.R. (2019). Teoriya epidemiologicheskogo perekhoda: vzglyad 30 let spustya. (The epidemiologic transition theory revisited thirty years later). *Demograficheskoye obozreniye* (Demographic Review), 6(1), 177-216. URL: <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i1.9117> (In Russ.).
- Pavlik Z. (1964). *Nástin populačního vývoje světa*. (Outline of population development of the World). Praha: NCHAV.
- Pavlik Z. (1979). Problemy demograficheskoy revolyutsii (Problems of demographic revolution). In A.G. Vishnevskiy, I.S. Kon (Eds.), *Brachnost', rozhdayemost', sem'ya za tri veka* (Nuptiality, fertility, family during three centuries) (pp. 158–168). Moscow: Statistika. (In Russ.).
- Pavlik Z. (1982). *Rewolucja demograficzna jako ogólna prawiwidłowość rozwoju ludności*. Warszawa.
- Payevskiy V.V. (1970). Tablitsy smertnosti naseleniya SSSR (Mortality tables of the population of the USSR). In A.M. Merkov (Ed.), *Voprosy demograficheskoy i meditsinskoy statistiki (Izbrannyye proizvedeniya)* (Demographic and Health Statistics (Selected Works), (pp. 228-307). Moscow: Statistika.
- Preston S.H., Keyfitz N., Schoen R. (1972). *Causes of Death: Life Tables for National Population*. New York: Seminar Press, Inc.

- Robine J.-M. (2001). Redefining the stages of the epidemiological transition by a study of the dispersion of life spans: The case of France. *Population: An English Selection*, 13(1), 173-193.
- Rogers R., Hackenberg R. (1987). Extending epidemiologic transition theory: A New Stage. *Social biology*, 34(3-4), 234-243.
- Semenova V.G. (2005) *Obratnyy epidemiologicheskiy perekhod v Rossii* (Reversal epidemiological transition in Russia). Moscow: TSSP. (In Russ.).
- Shnirel'man V.A. (1986). Demograficheskiye i etnokul'turnyye protsessy epokhi pervobytnoy rodovoy obshchiny (Demographic and ethnocultural processes of the era of the primitive tribal community). In Bromley YU.V. (Ed.), *Istoriya pervobytnogo obshchestva. Epokha pervobytnoy rodovoy obshchiny* (*The history of primitive society. The era of the primitive tribal community*) (pp. 427-489). Moscow: Nauka. (In Russ.).
- [Terris M.] (1972). The epidemiologic revolution. Editorials. *American Journal of Public Health*, 62(11): 1439-1441.
- Terris M. (1976). The epidemiologic revolution, national health insurance and the role of health departments. *American Journal of Public Health*, 66(12), 1155-1164.
- Todd E. (1990). *La chute finale. Essai sur la décomposition de la sphère Soviétique. Nouvelle édition augmentée*. Paris: Robert Laffont.
- UN WPP-2019 (2019). Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the UN Secretariat. *World Population Prospects 2019*, Online Edition. POP/DB/WPP/Rev.2019/MORT/F01-1.
- Van de Kaa D.J. (1987). Europe's second demographic transition. *Population Bulletin*, 42, 1.
- Van de Kaa D.J. (2010). Demographic transitions. In Zeng Yi. (Ed.), *Encyclopedia of life support systems (EOLSS). Demography* (Vol. 1, pp. 65-103). Eolss Publishers. Oxford, UK.
- Vishnevsky A.G. (1973). Demograficheskaya revolyutsiya (Demographic revolution). *Voprosy filosofii* 2, 53-64. (In Russ.).
- Vishnevsky A.G. (1976). *Demograficheskaya revolyutsiya (Demographic revolution)*. Moscow: Statistika. (In Russ.). 238 p.
- Vishnevsky A.G. (2017). Nereshennyye voprosy teorii demograficheskoy revolyutsii (Unsolved problems in the theory of demographic revolution). *Naseleniye i ekonomika (Population and Economics)*, 1(1), 3–21. (In Russ.).
- Vishnevsky A.G. (2018). Demograficheskiy perekhod i gipoteza giperbolicheskogo rosta naseleniya (The demographic transition and the hypothesis of hyperbolic population growth). *Demograficheskoye obozreniye (Demographic Review)*, 5(1), 64-105. URL: <https://doi.org/10.17323/demreview.v5i1.7710> (In Russ.).
- Vishnevsky A.G., Shkol'nikov V.M., Vasin S.A. (1991). Epidemiologicheskiy perekhod i prichiny smerti v SSSR (Epidemiological transition in the USSR as mirrored by regional differences). *Ekonomika i matematicheskiye metody (Economics and Mathematical Methods)*, 27(6), 1013-1021. (In Russ.).
- Vishnevsky A.G., Shkolnikov V.M., Vassin S.A. (1991). Epidemiological transition in the USSR as mirrored by regional differences. *Genus*, XLVII, 3-4, 79-100.
- Vishnyatsky L.B. (2000). «Verkhnepaleoliticheskaya revolyutsiya»: geografiya, khronologiya, prichiny. («The Upper Paleolithic Revolution»: its Geography, Chronology, and Causes). *Stratum Plus, Arkheologiya i kul'turnaya antropologiya*, 245-271. (In Russ.).

Weisz G., Olszynko-Gryn J. (2009). The Theory of Epidemiologic Transition: the origins of a citation classic. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 65(3), 287-326.  
DOI:10.1093/jhmas/jrp058

WHO (2018). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Geneva: World Health Organization.

WHO Mortality Database.

World Mortality Report (2019). UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division. CD-ROM. POP/DB/WMR/Rev.2019/1/FA1

# ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И СЕМЕЙНАЯ ПОЛИТИКА В РАЗНЫХ СТРАНАХ: КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ И ПРАКТИКИ

ОЛЬГА ИСУПОВА

*Статья посвящена анализу различных концептуальных подходов к семейной и демографической политике, начиная с периода формирования теоретических оснований воздействия государства на население в XIX веке. Исторически семейная политика выросла из демографической, и одновременно является поздним разделом политики социальной. Этим объясняется большое количество противоречий в ее идеологии в разных странах. В статье описана эволюция подходов к семейной политике в Европе и США с акцентом на развитии в конце XX века и в первые десятилетия — XXI (рождаемость и экономическое развитие, детское и женское образование, репродуктивные права, благосостояние различных возрастных и гендерных групп населения, баланс жизни и труда, реакция на падение рождаемости ниже уровня простого воспроизводства, этическое восприятие населением «навязывания» людям стандартов рождаемости и др.). Рассмотрены различные типологии систем семейной политики в развитых странах по разным основаниям — многообразие в этой области свидетельствует об отсутствии консенсуса и конвергенции, пока ни одна из национальных систем политики не может быть названа однозначно эффективной. Важным для определения идеологии семейной политики в настоящее время является то, обращена ли она к индивиду (и какому именно индивиду) или к семье как общности (и к какой именно форме/формам семьи), как каждая конкретная концепция решает вопрос о взаимодействии семьи и государства. На примере США показано, как представления о том, что в семейные дела лучше не вмешиваться, постепенно изменялись, появлялись не только отдельные политики, направленные на помощь семьям, но и стремление соответственно изменить законодательство. Всё больше стран, где семейная политика, скорее, идет за социальными изменениями вместо того, чтобы пытаться направить их в заранее заданное русло.*

**Ключевые слова:** демографическая политика, семейная политика, рождаемость, благосостояние, семья и государство.

## 1. ВВЕДЕНИЕ: ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА ИЛИ ПОЛИТИКА НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ

Понятие «демографическая политика» (demographic policy/population policy) можно определить следующим образом (Madeira 1974: 13): «Демографическая политика является органической интегральной частью набора процедур, специально созданных для того, чтобы влиять на рост и движение населения прямо и косвенно в соответствии с заранее определенными целями».

---

**Ольга Генриховна Исупова** (oisupova@hse.ru), Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Россия.

Статья написана в рамках проекта 2019 г. «Демографические и миграционные процессы в России в историческом и международном контексте в свете новых методологических подходов» программы фундаментальных исследований ВШЭ.

Статья поступила в редакцию в мае 2020 г.

Подчеркивается, что эта политика может влиять на соотношение полов и возрастов, паттерны брачности, здоровье и географическое распределение населения внутри страны. То есть она является средством целенаправленного воздействия на поведение мужчин и женщин, влияющего на рождение детей, заключение и расторжение браков, переезды внутри стран и между странами, заботу о здоровье. Впрочем, этот же автор уже тогда, в 1970-е годы, отмечает, что демографическая политика должна быть неотъемлемой частью социальной политики, направленной на благосостояние населения, для которого в первую очередь важен экономический рост.

В настоящее время цели, определенные как демографические и при этом ориентированные именно на рост населения, характерны для политики небольшого числа стран. Заметное место среди них занимает Россия (еще один яркий пример: около полутора десятилетий назад демографические цели упоминались также в связи с введением премии «бэби-бонус» в Австралии). Почему так произошло? Этот вопрос является основным для нашей статьи.

Связь демографического поведения в области рождаемости с социально-экономическим благополучием семей и большим числом других неявных факторов, а также практически полное отсутствие исторических примеров повышения рождаемости, рассматриваемого как цель политики в каких-либо странах (рост рождаемости иногда происходил, но нельзя было приписать это только применяемым мерам, или он происходил в гораздо меньших объемах, чем было задано при определении целей политики<sup>1</sup>) привели к тому, что в основном внимание исследователей оказалось сосредоточенным на семейной политике, нацеленной на улучшение качества жизни семей. Консенсус в настоящее время состоит в том, что рост благосостояния является достойной целью сам по себе, но может косвенно повлиять благоприятно и на репродуктивные намерения людей, и на их осуществление. Это мнение разделяет и автор статьи.

Однако продолжает существовать и сфера, которая называется сейчас политикой населения/народонаселения (*population policy*). Определение такой политики несколько отличается от политики демографической, прежде всего тем, что она не ставит заранее сформулированных количественных целей и задач по их достижению, а является ответом на ожидаемые изменения в области рождаемости и смертности, и, во вторую очередь, – в области внутренней и международной миграции, которые влияют на численность, возрастной состав и региональное распределение населения (*Handbook of Development Economics 2010*). Ожидаемые изменения основываются на исследованиях ученых (на эти исследования, а не на волю политиков, в принципе, может опираться и демографическая политика). Иными словами, политику в области народонаселения можно определить как специально сконструированные или модифицированные институциональные установления и/или специальные программы, с помощью которых государство стремится влиять прямо или косвенно на демографические изменения. Этот подход выгодно отличается от предыдущего тем, что, во-первых, опирается на научные исследования, во-вторых, тем, что не ставит в качестве целей достижение очень точных количественных демографических

---

<sup>1</sup> См. исторический обзор в: (Захаров 2017: 195-214).

показателей — там, где речь идет об изменении социальной ситуации через изменение поведения людей и невозможно, и неэтично предписывать точные численные нормы (например, в отношении числа живых детей, рожденных женщинами, или количества лет, которые человек проживет в добром здравии — первое не учитывает наличия у женщин свободы воли и возможных ограничений в области репродуктивного и общего здоровья, второе требовало бы практически магических предсказательных способностей).

Это мнение разделяет и автор статьи.

Однако продолжает существовать и сфера политики населения (*population policy*). Такая политика стремится дать ответ на ожидаемые изменения в области рождаемости и смертности, и, во вторую очередь, — в области внутренней и международной миграции, которые влияют на численность, возрастной состав и региональное распределение населения (*Handbook of Development Economics 2010*). Ожидания в отношении изменений основываются на исследованиях ученых. Иными словами, политику в области народонаселения можно определить как специально сконструированные или модифицированные институциональные установления и/или специальные программы, с помощью которых государство стремится влиять прямо или косвенно на демографические изменения. Этот подход в настоящее время, как правило, не ставит в качестве целей достижение очень точных количественных демографических показателей — там, где речь идет об изменении социальной ситуации через изменение поведения людей и невозможно, и неэтично предписывать точные численные нормы (например, в отношении числа детей, рожденных женщинами, или количества лет, которые человек проживет в добром здравии — первое не учитывает наличия у женщин свободы воли и возможных ограничений в области репродуктивного и общего здоровья, второе требовало бы практически магических предсказательных способностей).

Интересна и специфична история использования всех этих терминов в России и СССР - см. раздел 4 настоящей статьи, а более подробно (Елизаров 2017). В СССР изначально и демографическая политика, и политика народонаселения понимались несколько иначе, чем в западной научной традиции, к нынешнему моменту, однако, произошло сближение терминов.

Определение политики населения, приведенное выше, очень общее, в связи с этим контекстное поле возможных интерпретаций оказывается очень широким. Цель политики может быть сформулирована как желаемое привнесение изменений в четко очерченное население, за которое отвечает некое правительство (Demeny 2003). При этом ответственность за потери в динамике смертности чаще всего лежит на политике в области здравоохранения, в рождаемости и миграции — на специальных институтах, занимающихся социальной, семейной и миграционной политикой. Очень часто в контекст включают только (или в основном) рождаемость и миграцию. С другой стороны, политика народонаселения в широком смысле может учитывать множество других аспектов: состав населения по различным демографическим характеристикам, географическое распределение населения, население разных стран и мира в целом может быть интересно не только своим правительствам, особенно в современную глобализованную эпоху.

Предмет нашего исследования в настоящей статье - исторические изменения в теоретических подходах к семейной политике и политике населения, а основная задача - всесторонний сравнительный анализ этих подходов и изменений на основе исторического опыта разных стран в этой области.

## **2. ИСТОРИЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОЛИТИКЕ, (ПОТЕНЦИАЛЬНО) ВЛИЯЮЩЕЙ НА ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

Исторически правительства издавна проявляли заинтересованность в том, чтобы влиять на численность и состав населения на подчиненных им территориях в желаемом направлении. Обычно это означало, скорее, рост, чем уменьшение населения: большая численность долго казалась связанной с могуществом и благосостоянием. Уже в античности принимались законы, направленные на стимулирование вступления в брак и иногда и иммиграции. Однако обычно правительствам не удавалось повлиять на эти стороны жизни людей в существенной степени, гораздо больше на брачность и рождаемость влияли традиции разных этносов и культурно-религиозных групп. В традиционном обществе именно ближайшее сообщество через механизмы социального контроля и социальных ожиданий регулирует поведение мужчин и женщин в области вступления в брак, рождения и воспитания детей. Пока смертность была высокой (т. е. на протяжении почти всей истории человечества), социальные нормы успешно развивающихся обществ везде были направлены на поддержание высокой рождаемости, чтобы обеспечить хотя бы небольшое ее превышение над смертностью (значительным оно практически никогда не бывало). Не было слишком больших проблем и с тем, чтобы сдерживать рождаемость в тех случаях, когда это было нужно — существовали механизмы социальной саморегуляции, например, повышение возраста вступления в брак или распространение безбрачия.

Возникновение политики населения в ее современной форме некоторые демографы связывают с экономической теорией общественных благ (Demeny 2003). Республиканские государства Нового времени стали восприниматься как ответственные за благоденствие жителей, в конце концов, свободные жители сами избирали представителей именно для того, чтобы те защищали их интересы, прежде всего производили общественные блага, которые люди не могли произвести для себя сами. Рождаемость в стране могла восприниматься как одно из таких общественных благ, а ее уровень мог трактоваться как слишком низкий или слишком высокий, с точки зрения «общего интереса» в представлении политиков, которым та или иная численность населения представлялась оптимальной.

Но появление на свет новых людей всегда, в конечном итоге, являлось результатом решений индивидов: помимо воздействия со стороны ближайшего окружения, важны эмоциональные причины и не всегда до конца осознаваемый расчет потерь и выгод от рождения каждого ребенка. Но и потери, и выгоды воздействуют не только на самих потенциальных родителей, но и на других людей в обществе. Например, в настоящее время очень популярна метафора детей в самолете, создающих дискомфорт и мешающих пассажирам, путешествующим без детей. Последние, в том числе и действительно бездетные, не считают себя обязанными входить в положение родителей, которым в этот момент еще тяжелее, и среди других аргументов приводят еще и тот, что они уже

“скинулись” на помощь родителям, заплатив налоги. То есть в области рождаемости существует легитимный общий интерес для всех тех, кого это может затронуть. В то же время на индивидуальном уровне человек может очень ограниченно влиять на рождения у других людей. Появляется потребность в государственном регулировании в этой области, так же, как и в некоторых других: в воздействии на рождаемость для достижения агрегированных общих целей, влиянии на индивидуальные решения в направлении общего блага.

Самая ранняя формулировка вопроса роста населения как проблемы координации индивидуальных предпочтений и затем государственного вмешательства в область рождаемости в направлении агрегированного общего интереса была дана Уильямом Фостером Ллойдом, оксфордским математиком и экономистом, в 1833 г. (Lloyd 1968 [1833]). Для него был характерен мальтузианский подход, т. е. опасения, связанные с перенаселением, даже в случае, если все пары будут иметь только то число детей, которое они хотят. Ведь при падении смертности это желаемое количество детей может оказаться слишком большим для имеющихся ресурсов. Мальтус и его последователи рекомендовали не поддерживать рождения у бедняков экономически, чтобы избежать опасности перенаселения. С его точки зрения, общество не должно делить с родителями расходы на детей. Это можно считать политикой по сдерживанию рождаемости: создаются такие условия, при которых рациональное планирование будущего рождения детей или их отсутствия вознаграждается. В то время, в XVIII – начале XIX века, увеличивающийся спрос на оплачиваемый труд, включая детский, поддерживал рождаемость на высоком уровне, даже стимулировал ее. Однако росли и стандарты уровня жизни, возможности социальной мобильности в связи с урбанизацией. Это усиливало противоположную тенденцию — меньшее число детей означало больше шансов на лучшую жизнь для себя или имеющихся детей. Государственные программы поддерживали именно этот последний тренд, не очень вмешиваясь в функционирование экономики и ограниченно поддерживая бедных. Наиболее важными оказались запрет детского труда до определенного возраста и введение обязательного школьного образования. В результате увеличивались расходы на детей и уменьшались относительно быстро получаемые выгоды от них. При этом распространение информации о контрацепции и аборты оставались незаконными, что создавало барьеры на пути внутрисемейного сокращения рождаемости. Тем не менее рождаемость в индустриальных странах быстро сокращалась.

Потери в Первой мировой войне и последующих эпидемиях, а в начале 1930-х Великая экономическая депрессия показали, что нет гарантии того, что индивидуальные решения обязательно обеспечат равновесие между рождаемостью и смертностью на уровне, не приводящем к сокращению населения. Возникла потребность в корректирующем вмешательстве государства с теперь уже противоположной целью: увеличения рождаемости до уровня хотя бы простого воспроизводства. В некоторых странах были усилены санкции за аборты и контрацепцию, развернулись кампании государственной пропаганды рождаемости. Эффект оказался незначительным. Многообещающим представлялось экономическое стимулирование, перераспределение дохода в пользу родителей малолетних детей: вознаграждение (на тот момент) социально желаемого

репродуктивного поведения и наказание за нежелательное<sup>2</sup>. В некоторых странах показатели рождаемости выросли незначительно и на короткий период, но не доказано, что все это как-то повлияло на реальный рост числа рождений в когортах. Количественные цели, заданные именно демографическими политиками той эпохи, не были достигнуты.

После Второй мировой войны внимание оказалось привлечено к быстрому росту населения в развивающихся странах, где к этому времени уменьшилась смертность и возникла общественная потребность в контроле рождаемости; высокая рождаемость препятствовала экономическому развитию и представлялась угрозой для мировой стабильности в будущем. Возникли организации, занимающиеся политикой контроля рождаемости на международном уровне. Ряд исследователей высказывали мнение, что доступность контрацепции и других средств контроля рождений важна, но потребность родителей в детях является основополагающей и на уровне политики работать надо с ней: усиливать рыночные «сигналы» о высокой стоимости детей из-за потерь в заработке родителей при заботе о малолетних детях, уменьшения или отсутствия вклада от детей в семейный доход и уменьшения вклада детей в обеспечение родителей в старости по сравнению с пенсией и накоплениями. Законодательно родительская ответственность за детей стала увеличиваться до всё более старших возрастов, экономически вклады в образование становились более интенсивными и растянутыми по времени, росли возможности трудоустройства женщин, а это было несовместимо с частыми и многочисленными рождениями, распространилось обязательное школьное образование, препятствуя оплачиваемой работе детей или их труду на семейной ферме, детский труд даже в домашнем хозяйстве становился незаконным или проблематичным, развивались системы пенсий и сбережений.

Но все эти факторы приводят к добровольному снижению рождаемости только в условиях, когда есть экономическое развитие. Государства же часто пытались подменить собой рынок, пытаясь заместить рост экономического благосостояния введением программ, стимулирующих желаемое поведение. В частности, развивались программы, занимающиеся распространением современной надежной контрацепции среди групп людей, пока еще не испытывающих артикулированной потребности в уменьшении числа рождений. Как и с программами по увеличению рождаемости 1930-х годов, сложно сказать, обусловлено ли падение рождаемости в большинстве развивающихся стран с тех пор в основном воздействием программ по распространению контрацепции и что произошло бы в их отсутствии. В некоторых странах (особенно яркий пример Китай) программы по снижению рождаемости имели однозначно принудительный характер. В других странах, например в Бразилии, снижение рождаемости произошло в отсутствие соответствующих программ. В Китае после недавней отмены политики «одна семья - один ребенок» пока не фиксируется существенного увеличения рождаемости. Некоторые исследователи считают, что и без воздействия специальных программ рождаемость в большинстве стран постепенно уменьшилась бы примерно до тех же показателей и за то же время, и лучшими

---

<sup>2</sup> Подробнее о принятых в 1930-е годы программах этого рода в Европе и СССР см. (Захаров 2017: 195-214).

средствами для этого были признаны экономическое развитие и рост женского образования.

Сейчас программы по распространению средств контрацепции и знаний о ней формулируют свои цели как удовлетворение потребностей людей в области охраны здоровья и помощь в осуществлении фундаментальных прав человека. На конференции в Каире в 1994 г. была подчеркнута роль образования женщин и возможностей для них участия в рынке труда и политического участия. Связь этих направлений с сокращением рождаемости не была отчетливо сформулирована, но большинство исследователей давно пришли к выводу, что рост уровня образования женщин создает у них потребность в рождении меньшего числа детей. Произошел поворот к политике по сокращению рождаемости в развивающихся странах к воздействию со стороны потребности, а не средств, в отличие от подхода, доминировавшего в течение нескольких десятилетий до этого.

Тем временем в развитых странах к концу XX века внимание политиков стал привлекать феномен рождаемости, снижающейся до уровня ниже простого воспроизводства населения в растущем числе регионов и стран. То есть сумма индивидуальных решений устойчиво стала создавать дефицит, а не избыток населения. Но на этот раз в большинстве стран ситуация не вызвала алармистской реакции и/или принятия политик, эксплицитно нацеленных на повышение рождаемости. На наш взгляд, это связано с таким развитием общественных представлений, когда открытый пронатализм в любой ситуации не воспринимается большинством населения стран как соответствующий их общему интересу. Сложное отношение к «манипулированию» человеческим поведением может быть обусловлено также исторически скомпрометированными социально-инженерными и евгеническими концепциями, когда-то влиявшими на политику в области рождаемости (см. следующий раздел). С каждым годом становится всё более популярным представление о том, что попытки «заставить» людей вести себя определенным образом являются крайне неэтичными и нарушающими права человека.

### **3. СОЦИАЛЬНАЯ ИНЖЕНЕРИЯ И ЕВГЕНИКА: (НЕ)ЗАБЫТЫЕ ОСНОВАНИЯ ПОЛИТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПОВЕДЕНИЕ**

Карл Поппер определяет социальную инженерию как совокупность подходов прикладной социологии, направленных на рациональное изменение социальных систем на основе фундаментальных знаний об обществе и предсказании возможных результатов преобразований (Поппер 1992). К социальной инженерии имеют также отношение психология, политология и другие социальные науки. Задачей, которую ставит перед собой социальная инженерия, является направление, упорядочивание и оптимизация процесса создания, изменения и воспроизведения новых социальных реальностей. В некотором смысле, например, само «построение нового общества» и попытка «создания нового человека» в СССР при помощи совокупности воспитательных и репрессивных мер можно отнести к социальной инженерии в ее широком понимании как социального эксперимента. В более узком и позитивном смысле часто социальная инженерия связана с формированием оптимального взаимодействия людей в процессе производственной деятельности, в

частности, в СССР еще в 1920-е годы она получила развитие в области научной организации труда (Гастев 1972), затем в 1980-е в рамках индустриальной социологии. В дальнейшем она применялась в области попыток формирования общественного мнения и в целом в политехнологиях.

Демографическая политика в области рождаемости также связана со стремлением изменить некоторую область социальной реальности, а именно репродуктивное поведение людей. С некоторой точки зрения, таким образом, можно назвать ее социальной инженерией, направленной на изменение взаимоотношений семьи и государства. Можно даже считать длительную историю демографической политики неким экспериментом в естественной среде, направленным на выявление возможности эффективности социально-инженерных методов как таковых в ситуации, когда люди в целом все менее настроены на желаемое действие – увеличение числа рождений. Пока получается, что эффективности практически нет. Это можно объяснить тем, что, согласно критике Ф.А. фон Хайека (1990), сторонники социальной инженерии иллюзорно полагают, что человек может по собственному желанию выбирать, куда ему идти дальше; он считал ошибкой их стремление не допустить любыми способами хаотическое развитие социальных институтов. На самом же деле социальные институты не могут быть полностью сконструированы государством, как и не могут быть полностью под его контролем, они самостоятельно возникают и эволюционируют, это саморазвивающиеся структуры. По мнению Ч.Р. Миллса (Mills 1951), социальная инженерия – это научное оправдание манипуляций человеческим поведением.

На мировоззренческие основания демографической политики в первой половине XX века повлияла также евгеника. Основателем евгеники как научной дисциплины является Фрэнсис Гальтон. Он предложил применить к воспроизводству человеческого рода методы селекции, применявшиеся в сельском хозяйстве, чтобы способствовать размножению «приспособленных» (позитивная евгеника) и препятствовать продолжению рода «неприспособленных» (негативная евгеника), чтобы препятствовать «вырождению» человечества (суммирование идей см. в (Galton 1904)). В конце XIX века его идеи были подхвачены многими в русле нараставшего национализма и капитализма в разных европейских государствах, в связи с чем «неприспособленными» достаточно часто стали объявлять представителей определенных рас и классов (Кременцов 2014). В дальнейшем евгеника была скомпрометирована политикой гитлеровской Германии, печально известной не только уничтожением евреев, но и принудительной стерилизацией «умственно неполноценных», а также «разведением» истинно арийских детей, которых затем выращивали в специальных детских домах. Но до Второй мировой войны эти представления успели повлиять на формирование концептуальных направлений развития демографической политики в большом числе развитых стран, в том числе в СССР. В некоторых штатах США еще в первое десятилетие XX века были приняты законы о принудительной стерилизации преступников и других «неполноценных». Распространились такие стерилизации (к которым вынуждали все же в основном экономическим давлением, но были приняты и соответствующие законы) и в Скандинавских странах, Швейцарии и некоторых других. В СССР существовало Евгеническое общество с 1920 по 1930 г., и оно было настолько влиятельно, что авторитет его руководителей оказал воздействие на содержание Семейного Кодекса 1926 г.

(включение в него норм о запрете браков между близкими родственниками, людьми моложе 18 лет, о необходимости проверки здоровья молодоженов перед вступлением в брак) (Кременцов 2014). Евгенические идеи «улучшения человечества» были близки взглядам большевиков тех времен, не удивительно, что наркомы просвещения и здравоохранения Луначарский и Семашко поддерживали евгенику (Кременцов 2014).

В 1920–1930-е годы в СССР и других европейских странах организовывались конкурсы здорового ребенка, победа в которых обеспечивалась во многом благодаря здоровью родителей, была обусловлена наследственностью. И даже когда Евгеническое общество было разгромлено, в 1936 г. при принятии закона о запрете абортов список медицинских оснований для прерывания беременности, обсуждавшийся в медицинском сообществе целый год, включал такие заболевания, как, например, шизофрения (по представлениям тех времен — наследственная болезнь), т. е. оставалось стремление препятствовать рождению людей с возможными проблемами, а не только прерывать беременность в случае угрозы жизни матери (Кременцов 2014). В некоторых странах в 1930-е годы «позитивная» демографическая политика — выплаты и льготы семьям — была эксплицитно направлена только на представителей основной национальности. Интенсивная медиализация, произошедшая в период между войнами во многих странах, в том числе и в СССР, также была связана с евгеническими идеями, она стала одним из инструментов «социального контроля» в процессах государственного строительства и модернизации (Stepan 1996). В Скандинавии, Швейцарии, США программы стерилизации часто касались одиноких матерей, поскольку считалось, что сам факт внебрачной беременности косвенно свидетельствует о слабоумии женщины (Bashford, Levine 2010; Broberg, Roll-Hansen 1996). Некоторые ученые связывают с евгеникой также и идеологию и практику контроля за ростом населения Земли, проводившуюся с 1950-х годов, так как она была направлена в основном на сдерживание рождаемости в развивающихся странах, в то время как в развитых одновременно существовали программы по поощрению рождаемости — тем самым подчеркивалась разная ценность детей разных расовых и классовых групп (Kühl 2013). Таким образом, пути воздействия евгенических представлений на политику народонаселения были многочисленными и разнообразными (Кременцов 2014).

В последние десятилетия в связи с развитием репродуктивных технологий почти забытая и осуждаемая евгеника расцвела вновь, так как появилась возможность очень точного определения наличия у плода реальных наследственных заболеваний и выбора родителями таких детей, которых они предпочитают родить и растить. Пока практики выбора/модификации определенных генетических свойств, за исключением случаев подтвержденных наследственных заболеваний, почти везде запрещены, то есть и тут появилась область демографической политики в виде запретительного законодательства (Исупова 2017; Иванюшкин, Лапин, Смирнов 2013).

Как бы то ни было, политики, имеющие потенциал влияния на увеличение рождаемости, существуют и развиваются, но их декларируемые цели практически никогда не бывают откровенно демографическими — обычно, речь идет о качестве жизни семей с детьми, улучшение которого может косвенно повлиять на увеличение числа рождений.

#### 4. СЕМЕЙНАЯ ПОЛИТИКА: КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ДЕБАТЫ

Рассмотрим теперь концептуальные разногласия уже внутри поля семейной политики как таковой. Исторически она «выросла» из социальной политики, являясь ее относительно поздно сформировавшимся разделом. Она представляет собой публичное государственное вмешательство в семейные вопросы с помощью различных законодательных инициатив, касающихся брака, родительско-детских отношений, наследования, обязательств по школьному образованию, возраста, когда разрешено начинать и заканчивать работать, жилищной политики и др. Не только содержание программ, но и декларируемые цели и здесь менялись с течением времени; всегда существовали и межстрановые различия. В литературе (Kamerman, Kahn 1978; Kamerman 2010) отмечается различие между эксплицитной и имплицитной семейной политикой: первая специально предназначена для достижения определенных целей в отношении демографического поведения людей внутри семьи или поведения семьи в целом, а вторая имеет основными целями что-то, не относящееся к рождению детей в семьях, но способное косвенно на него повлиять. Есть страны, где существует эксплицитная семейная политика (например, Франция), есть такие, где она скорее имплицитна (США). Во Франции семейная политика имеет уже более чем вековую историю, в Италии, Германии и некоторых других европейских странах она сформировалась в период сразу после Первой мировой войны. Переход страны из группы с имплицитной политикой в группу с эксплицитной может происходить без всякого изменения содержания политик просто за счет переопределения, «переименования» целей и задач. Например, отпуск в связи с рождением ребенка и родительский отпуск по уходу за детьми переопределяются не как меры политики в области регулирования рынка труда, а как меры семейной политики (или происходит обратное «переименование»).

В настоящее время в связи с растущим многообразием форм семьи существует концептуальная дискуссия относительно того, что является объектом воздействия семейной политики: семья или семьи.

Кто приоритетен для политиков: семья как единое целое или отдельные индивиды как члены семьи, а семья как целое, – только косвенно? Создание и государственное финансирование детских садов адресовано мамам, детям или семье в целом? Государство поддерживает только один тип семьи (состоящую в законном браке пару с детьми), а остальные исключаются, или все типы семей (одиноким родители, гомосексуальные пары, сожительствующие партнеры, семьи без детей)? Многие авторы склоняются к мысли, что важны только семьи с детьми (что показывает крепкую телеологическую связь современной семейной политики с прежней демографической), другие делают акцент на гендерном аспекте семейной политики, на ее роли в изменениях жизни женщин и мужчин, их гендерных ролей. Есть мнение, что политики в отношении людей разного возраста, например стариков, также должны быть переопределены как семейные, ведь они касаются межпоколенческих обязательств в семьях и отчасти их формируют (например, (Saraceno, Keck 2010)). Всё это ценностные вопросы.

Финансовые обязательства и обязанности, связанные с заботой (по отношению ко всем зависимым и/или нуждающимся в физической помощи членам семьи), собственно, лежат в основе всех видов вмешательства государства в семейные дела. При анализе важно

различать программы, сектор, в котором они действуют, цели и инструменты их достижения. Потребности маленького ребенка в заботе (сектор) могут удовлетворяться как с помощью развития услуг (детский сад), так и финансовой поддержкой матери (родителя), а всю заботу будет осуществлять она сама. Какой из этих инструментов будет выбран, определяется целями политики и лежащими в их основе ценностями относительно “правильного” поведения, которое надо поощрять.

В европейских странах в течение последних десятилетий эксплицитными целями политических программ являются содействие участию женщин в рынке труда, поддержка баланса между семейной жизнью и работой и инвестирование в формирование человеческого капитала детей. Понятно, что все эти цели способствуют развитию сети детских садов и как центров раннего образования детей, и как способа облегчить женщинам участие в рынке труда и сбалансировать трудовую нагрузку.

В широком смысле понятие «семейная политика» включает все сферы жизни, регламентирование которых государством может влиять на качество жизни семей: такие, как занятость, транспорт, продовольственное обеспечение, образование, медицина и др. В более узком смысле, которым, как правило, оперируют специалисты в области исследований семейной политики, понятие сводится к финансовой поддержке семей, услугам и пособиям для работающих родителей, политике в области образования и медицины и семейному законодательству. Даже и такое узкое определение охватывает огромное число разнообразных программ.

Сразу после Второй мировой войны были приняты некоторые программы, основанные на традиционных представлениях о семье, где кормильцем является мужчина и только в случае его нежелательного отсутствия эту роль берет на себя женщина. Этот подход был естественным продолжением подхода к семейной политике, господствовавшего и в прежние эпохи, изменения в представлениях, согласно которым помощь должна быть адресована непосредственно тому, кто осуществляет родительские задачи, при этом формы семьи могут быть самыми разными, происходили сложно и непросто в течение двух следующих десятилетий даже в самых динамично развивающихся и демократических обществах.

Начиная с 1970-х годов, политики стали постепенно признавать разнообразие ситуаций, в которых живут взрослые и растут дети. Прежде всего изменились гендерные роли, увеличилось число семей, где работают оба супруга, брак стал нестабильным, другими стали семейно-родственные взаимодействия, экономически уязвимые формы семей, в которых растут дети (раньше это чаще были многодетные семьи или семьи вдов, теперь это огромное количество семей одиноких женщин, растящих детей). Был

Проводилось много реформ, но единый теоретический подход так и не выработан. Далеко не во всех странах сформулированы цели и идеологии семейной политики в целом. Изменения экономической ситуации, череда экономических рецессий, увеличение структурной нестабильности, меняющаяся емкость/спрос на рынках труда стимулировали стремление государства к тому, чтобы как-то помочь семьям бороться с бедностью, в том числе и по демографическим соображениям. Экономическое положение семей сказывается и на желании рожать детей — ведь все большему числу потенциальных родителей

становится понятно, что ребенок — это не только немедленные расходы на младенца, которые можно как сократить почти до нуля, если кормление происходит исключительно грудным молоком, а все детские вещи взять у кого-то бесплатно, так и увеличивать почти до бесконечности, общество потребления позволяет покупать все больше и больше все более дорогих детских товаров — но и содержание растущего, а то и взрослого, человека до всё более позднего возраста.

В то же время встал вопрос об ограничении быстрого нарастания финансовых обязательств государства (многие государства продолжают хотеть, чтобы население воспроизводилось, но не готовы полностью взять на содержание всех детей до окончания ими образования). В результате, в растущем числе случаев была усилена адресность семейной политики, меры стали зависеть от дохода семьи. Директивы Евросоюза сыграли некоторую унифицирующую роль в области семейной политики входящих в него стран, мотивировав те из них, где до этого не было соответствующих программ, к их введению (так получилось, например, с родительским отпуском).

Программы семейной политики в странах Европы и за ее пределами делятся на финансовые и предоставляющие время/услуги. Дети и другие зависимые члены семьи потребляют как деньги, так и время своих родителей. Поэтому важны как различные пособия и налоговые вычеты (деньги), так и время (родительские отпуска) и экономящие его услуги (ясли и детсады). Идеологии фамилиализма соответствует ситуация, когда отпуск по уходу за ребенком короткий, а детских садов/яслей мало, или когда отпуск длинный, но после его окончания детские сады недоступны, а большая часть заботы о детях ложится на членов семьи, обычно на женщину. Эта идеология подразумевает, скорее, финансовую помощь со стороны государства. Напротив, дефамилиализм — идеология, подразумевающая внесемейную помощь именно в фактическом осуществлении заботы о членах семьи (услугах). Первая ситуация характерна для Италии, вторая — для ряда стран Восточной Европы. Короткий или длинный отпуск при доступных яслях и детсадах с раннего возраста — это дефамилиализация (пример первого — Нидерланды, второго — Франция).

Влиятельная типология концепций и подходов к семейной политике предложена Эспин-Андерсеном в 1994 г., впоследствии она несколько модифицировалась, но продолжает использоваться. В соответствии с этой типологией, скандинавский социально-демократический режим основан на идеях универсальной поддержки государством всех типов семей с детьми, гендерного равенства, на модели семьи, в которой оба родителя работают («общество работающих взрослых»). Консервативный (корпоративный) режим (Франция, Германия, Нидерланды) поддерживает разные семьи по-разному в зависимости от статуса занятости родителей, для него характерно более традиционное представление о гендерном разделении труда. Южноевропейский режим характеризуется фрагментированностью программ, связанных с характером занятости членов семьи и стремлением использовать как универсальные, так и частные сервисы и пособия. В этих странах поддержка минимального дохода семей на национальном уровне не гарантируется. Либеральный режим, характерный для англо-саксонских стран, связан с более высоким уровнем поддержки бедных, чем в Южной Европе, но при этом люди с достаточными доходами, как предполагается, должны решать связанные с выращиванием детей вопросы

самостоятельно, используя рыночные средства (хотя и тут происходят некоторые изменения с течением времени, см. ниже о случае США).

Режимы семейной политики сформированы на основе давних социокультурных традиций разных стран. Среди прочего существенное влияние на них оказали дебаты между неомальтузианством и пронатализмом национальных государств рубежа XIX и XX веков. Именно тогда пронатализм оказался четко связанным в сознании политиков с традиционной семьей и необходимостью поддерживать именно эту форму устройства семейно-родительских отношений. Поэтому до самого последнего времени у многих из них существовало недоверие к другим формам, которые воспринимались как проявление «кризиса семьи», рождение и «достойное» воспитание детей с ними не ассоциировалось. В результате отношение к детским садам и яслям, к пособиям на детей тем, кто их растит (вместо пособий отцам) было двойственным и непоследовательным. Многим политикам казалось, что такие меры разрушают традиционные семейные и гендерные устои, брак как таковой, материнство и родительство. Отголоски этих проблем можно увидеть в характерных особенностях режимов семейно-демографической политики в разных странах в настоящее время.

Ряд исследований (Gauthier 2002) показывают, что, хотя типология Эспин-Андерсена продолжает оставаться удобным методологическим инструментом для анализа систем семейной политики в разных странах, с течением времени ситуация несколько меняется, происходят подвижки как в «наполнении» кластеров странами, так и в системах политики отдельных стран, которые не всегда уже можно однозначно отнести к сформированным изначально типам. Например, в 1972 г., почти за два десятилетия до появления модели Г. Эспин-Андерсена, еще невозможно было однозначно выделить три или четыре кластера, дисперсия между отдельными странами по расходам на семейную политику и поддержке работающих родителей была слишком велика. Особенно велики были различия между странами консервативного режима. А южно-европейский кластер вообще невозможно было выделить. В 1985 г. кластеры видны достаточно четко, но Греция, скорее, подходит под признаки корпоративного режима, чем южно-европейского. К 1999 г. различия между либеральным и социал-демократическим режимами усилились, а дисперсия внутри социал-демократического и консервативного кластеров увеличилась. Южно-европейский кластер, где за это время увеличились расходы на семейную политику, заметно приблизился к либеральному и к некоторым странам из консервативного кластера (Франции, Нидерландам, Ирландии).

В дальнейшем, с расширением Евросоюза и включением в исследования новых стран, типология их семейных политик еще более модифицировалась и усложнилась (см. описание системы Эйрнса и Бойе для 2009 г. в (Захаров 2016)). При составлении своей типологии Эйрнс и Бойе принимали во внимание структуру семьи и гендерные отношения разных стран, фамилиализацию/дефамилиализацию (т. е. характерный для страны режим предоставления заботы) и права социального гражданства стран (т. е. право получать заботу и право ее предоставлять). При этом индикаторами служили продолжительность и величина оплаты отпуска по уходу за ребенком, возможность гибкого графика работы, наличие развитой и доступной системы детских садов и яслей. В 2009 г. к модели семейной заботы, по-прежнему характерной для Южной Европы, присоединились две балтийские

страны. Финляндия попала в кластер стран с длинным отпуском по уходу за ребенком, выделяясь в нем наличием системы детских садов и высокими выплатами. Франция и Бельгия были объединены в одном кластере с Данией и Швецией в связи с наиболее высокими выплатами и их разнообразием, а также благодаря наличию развитой системы детских садов. Корпоративный режим остался представленным Германией, Австрией и Люксембургом, отличаясь от либерального (Великобритания и Нидерланды) более длительным отпуском по уходу за ребенком. Но оба эти режима поддерживали гибкий график и неполный рабочий день для родителей, прежде всего, для матерей.

Существуют и другие типологии европейских семейных политик. Анттонен и Сипила (Anttonen, Sipilä 1996) выделили кластеры по степени, в которой государственные усилия направлены на благосостояние детей и стариков, т. е. насколько велика степень дефамилиализации в этих двух областях соответственно. В первый кластер попали страны, где государство было щедрым к старикам, но не к детям (Нидерланды, Норвегия и Великобритания), во второй – к детям, но не к старикам (Франция, Бельгия и Италия); в третий – ко всем одинаково (Дания, Финляндия и Швеция), в четвертый – ни к кому (Португалия, Греция, Испания и Ирландия). Позже эти же авторы с еще одним соавтором (Anttonen, Baldock, Sipilä 2003) отказались от своей типологии, поскольку пришли к выводу, что политики каждой страны представляют собой сложное и подчас противоречивое целое. Кауфман (Kaufmann 2002) создал аналогичную типологию, основанную просто на степени щедрости поддержки. Беттио и Плантенга (Bettio, Plantenga 2004) также создали типологию режимов заботы, которая включает рыночные способы ее осуществления, в частности, использование труда мигрантов. Есть ряд типологий, связанных с гендерным измерением (Orloff 1993; Lewis 1992; Korpi 2000), они основаны на различиях в степени поддержки доступности рынка труда и баланса между семьей и работой для женщин и усиления или ослабления модели семьи с мужчиной-кормильцем, а также в соотношении между услугами и денежными пособиями. Типология Bahle (2008), охватывающая 25 стран Евросоюза, основана на различиях в степени государственной поддержки баланса между семьей и работой (пособия по материнству/родительству и услуги по уходу за детьми) и семейного дохода (в форме семейных и детских выплат). У него получилось пять кластеров от наиболее до наименее универсальных и щедрых государств. Эти различия он связывает с исторически сложившимися отношениями между государством и церковью. В основе типологии Брэдшоу (Bradshaw 2006) (15 европейских стран) лежит благосостояние детей в разных семейных ситуациях, она основана на анализе пособий и выплат. Типология Дэли (Daly 2011) основана на силе имплицитных мотиваций и разнообразии национальных философских ориентаций, создающих различные системы отношений рынок-государство-семья. Она выделяет: 1) страны с пронаталистской и просемейной ориентацией (Франция и Бельгия), для которых рождаемость, семья и национальный интерес слиты воедино; 2) страны, где предполагается, что в семью как целое лучше вмешиваться минимально, поддерживая только уровень дохода при необходимости (Германия); 3) страны, для которых важно равенство между мужчиной и женщиной, но также и между детьми из разных семейных ситуаций, и индивидуальная автономия важнее семьи как целого (Скандинавские); 4) страны, где главной является не поддержка семьи как таковой, а стремление не допустить, чтобы хоть кто-то жил в нищете (США, Великобритания, Австралия). Лейтнер (Leitner 2003) и Сарацено и Кек (Saraceno, Keck 2010) предложили как

критерий различения именно фамилиализацию/дефамилиализацию и выделили три группы: фамилиализм де-факто, «по умолчанию», когда уровни любой поддержки очень малы; поддержанный фамилиализм, когда семьям полагается довольно много выплат, включая налоговые вычеты и оплачиваемые отпуска, лишь бы вся ответственность за заботу и основная (за финансовое содержание семьи) оставалась на ее членах; и дефамилиализм, когда ответственность за заботу в большой степени ложится на общество. Первые два варианта усиливают традиционные гендерные роли, а последний помогает уменьшить степень традиционности. Антрэ (Hantrais 2007) выделяет традиционный фамилиализм, типичный для Южной Европы, и рефамилиализм, существующий в постсоциалистических странах.

В целом можно сказать, что историко-культурные традиции оказывают влияние на формирование режима семейной политики в стране, но, видимо, не во всех случаях являются единственным или даже доминирующим фактором. Кластеры меняются с течением времени, и страны с совершенно разной историей могут попадать в очень похожие семейно-политические ситуации (например, южноевропейские и балтийские в 2009 г.), яркие представители разных кластеров могут сближаться по характеру показателей (Франция и Швеция), православные традиции не препятствуют Греции оказаться в консервативном кластере, а различия между либеральным и южно-европейским режимами иногда очень малы. Однако различия в величине «ответа» со стороны государств на вызовы низкой рождаемости продолжают сохраняться с течением времени. В то же время быстрое падение рождаемости в Европе с 1960-х годов не привело к резкому увеличению выплат семьям (но они и не уменьшились существенно) в связи со старением населения и перераспределением социальных фондов в пользу пенсий. Поддержка работающих матерей с тех пор везде увеличилась, хотя в либеральном кластере несколько меньше, чем в остальных.

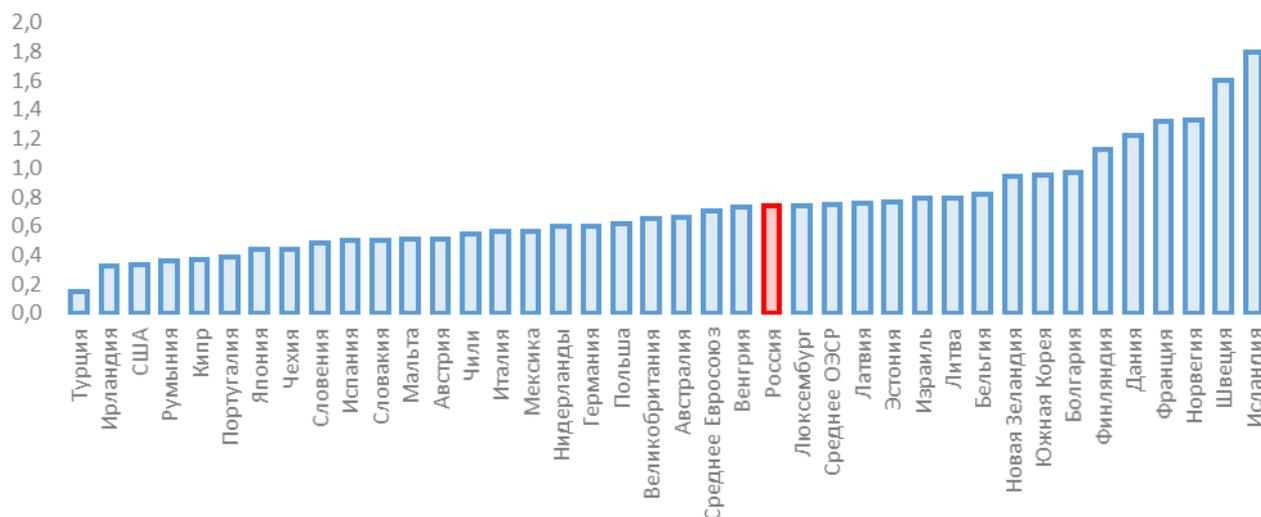
Теории, определяющие подходы к тому, почему семейная политика вообще оказалась необходима, можно сгруппировать как такие, которые связывают происходящее с объективным процессом индустриализации, и те, для которых в центре происходящих изменений находится деятельность социальных акторов, различных институтов и организаций (Gauthier 2002). Индустриализация изменила структуру общества, что создало на ранних стадиях новые социальные проблемы: крайнюю бедность работающего населения, широкое использование детского труда. Вмешательство государства потребовалось, чтобы изменить эти практики путем введения законодательства о детском труде и обязательного школьного образования. Пришлось задуматься и о финансовых мерах поддержки семей. В недавнее время переход к постиндустриальным обществам привел к несовместимости семейных и рабочих обязанностей во многих случаях, прекарности занятости и, соответственно, невозможности пользоваться различными социальными гарантиями на рабочем месте, возникновению новой бедности. В это же время более нестабильным стал и брак, а в тех случаях, когда брачное законодательство оказалось «перегруженным» различными гарантиями партнерам, стало распространяться внебрачное сожитие, требующее меньше ответственности от партнеров на законодательном уровне. Все это привлекло внимание государственных политиков и

потребовало вмешательства в ситуацию, чтобы как-то по-новому поддержать взрослых, растущих детей.

Но такие теории подразумевают, что общие вызовы в экономической и социальной ситуации, по идее, должны привести и к общим, одинаковым в разных странах семейно-политическим решениям, а этого не происходит.

Вторая группа теорий фокусируется на индивидуальном факторе, роли отдельных институтов в развитии семейной политики, таких как политические партии, активистские некоммерческие организации, национальные правительства и др. Имеет значение «сила» всех этих акторов: влияние левых партий и организаций, степень централизованности национальных правительств и др. Эти теории в большей степени принимают во внимание культурно-исторический контекст стран. Например, именно они позволили объяснить особенности развития политики в США (Ooms 2019).

Второй подход несколько лучше поддерживается результатами исследований. Было показано, что превалирование денежных выплат скорее связано с католическими традициями и с представленностью католических партий в парламенте. Кроме того, с денежными выплатами положительно связаны длина периодов, в течение которых страной управляют левые партии, процент голосования за левых, наличие корпоративной культуры и централизация управления (Gauthier 2002). В целом на величину всех трат на семейную политику положительно и заметно влияет правление христианско-демократических партий и также положительно, но менее заметно – социал-демократических (там же).

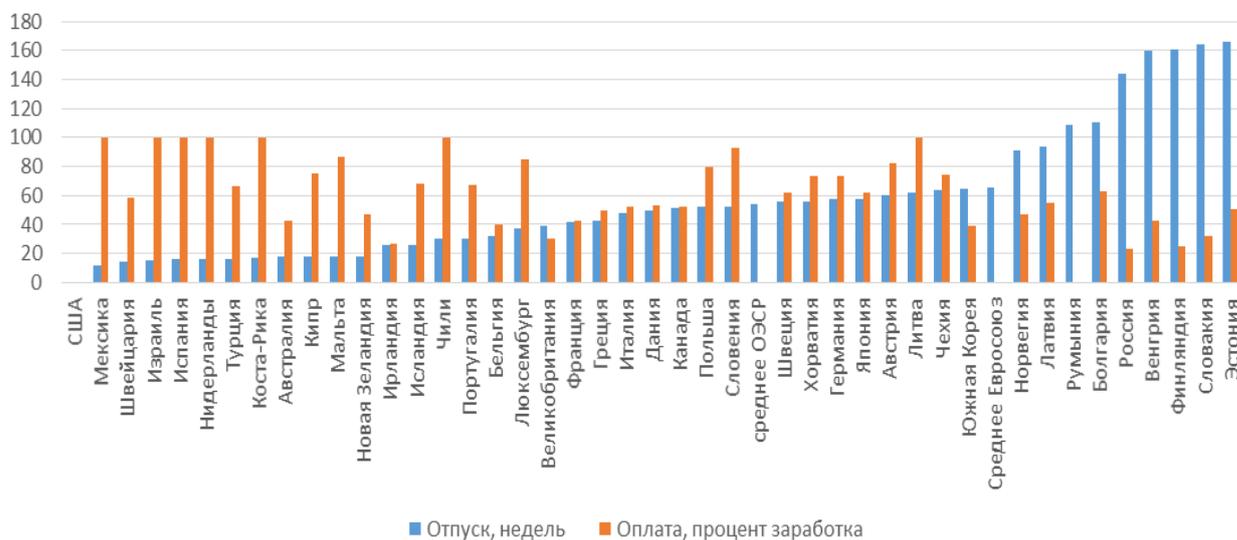


Источник: Расчеты автора по данным ОЭСР и Росстата.

### Рисунок 1. Государственные расходы на дошкольные учреждения, % ВВП, 2015 или самые поздние доступные данные

При попытках оценить и исследовать государственную поддержку семей количественно также используются два базовых подхода (Gauthier 2002). Первый предполагает построение индикаторов, отражающих величину поддержки, получаемой разными типами семей (Bradshaw 2006). Но такие данные доступны не по всем

странам и не за все годы. Второй подход предполагает использование более агрегированных индикаторов, позволяющих оценить меру общей интенсивности вовлеченности государства в поддержку семей. Используется, например, индикатор государственных расходов на семейные выплаты в целом (Kamerman 2010). Из него можно вычленить поддержку содержания детей в детских садах, что мы и попытались сделать для данной работы, по последним имеющимся данным ОЭСР и по данным Росстата для России (рисунок 1). Нам представляется, что, при имеющихся тенденциях увеличения пропорции работающих женщин в развитых странах, именно эта политика могла бы быть приоритетной, так как учитывает предпочтения относительно образа жизни значительной части населения, а также мотивирует родителей работать и зарабатывать; при этом расчет на исключительно рыночные механизмы работы яслей и детских садов приводит к их чрезмерной дороговизне и не оправдывает себя, вынуждая женщин выбирать между работой и материнством и негативно влияя на рождаемость. Можно видеть, что эти расходы в процентах ВВП везде очень невелики, не превышают 1%.



Источник: Данные ОЭСР и Росстата.

**Рисунок 2. Материнский отпуск в связи с родами и по уходу за ребенком - продолжительность и оплата, 2018**

Часто используются также важные показатели продолжительности отпуска по уходу за ребенком и его оплаты (рисунок 2). На рисунке 2 в целях удобства анализа объединены отпуска по материнству и по уходу, доступные женщинам. Можно видеть, что прослеживается тенденция более полной оплаты отпуска при его меньшей длине, что может отражать разные концепции взаимодействия семейной политики и материнского поведения женщин: «общества работающих взрослых», где предполагается, что в связи с материнством женщина лишь на короткое время уходит с рынка труда, но уровень ее жизни при этом не должен падать, и создается мотивация к ее как можно более быстрому возвращению в трудовой строй; более консервативная концепция, согласно которой материнство предполагает долгий период вне работы, у женщины есть своя специфическая роль, связанная с семьей, и поддерживать ее финансово тоже должна, скорее, семья,

государство же – лишь частично, оно вынужденно выплачивает небольшие деньги, поскольку семья не всегда хорошо с этим справляется.

## **5. ИСТОРИЯ КОНЦЕПЦИЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ РОЖДАЕМОСТИ В СССР И РОССИИ**

В работах советских демографов 60-х и начала 70-х годов говорилось, как правило, о «политике народонаселения»: «Теория и политика народонаселения» (Валентей 1967); «Вопросы теории и политики народонаселения» (Валентей, Бурнашев 1970). В то время под демографической политикой в нашей стране понимали, как правило, меры по ограничению рождаемости через планирование семьи и в основном в развивающихся странах (Валентей 1971)<sup>3</sup>. В монографии под редакцией Д.И. Валентея В.В. Бодрова писала как о политике народонаселения (под которой понимались различные меры, направленные на улучшение жизни людей), так и об «особой» демографической политике, понимая под ней целенаправленные мероприятия по изменению возрастной структуры и миграционного движения населения (Бодрова 1971).

Первым в России определил соотношение демографической политики и политики народонаселения Д.И. Валентей. С его точки зрения, соотношение между понятиями иерархическое: политика народонаселения является составной частью социально-экономической политики, это «...система мероприятий, прямо или косвенно направленных на изменение условий жизни и труда населения, количественных и качественных характеристик населения» (Валентей 1971:12). Демографической политикой он считал «совокупность мероприятий, регулирующих демографические процессы», при этом имея в виду только воспроизводство населения (Валентей 1971:14). С его точки зрения, демографическая политика относилась к политике народонаселения как часть к целому (в свою очередь политика народонаселения является составной частью социально-экономической политики), при этом первая включала в себя вопросы социальной мобильности, естественного движения населения, а также миграции и расселения (там же). Другие исследователи в это же время считали правильным употреблять термины «демографическая политика» и «политика народонаселения» как тождественные друг другу (Лармин 1975).

В.П. Пискунов и В.С. Стешенко (1974) понимали демографическую политику скорее как социальную инженерию, а именно как систему мероприятий, направленных на формирование желательного для общества осознанного демографического поведения его членов, считая демографические процессы косвенно управляемыми, развивая представления, характерные для многих ученых как СССР, так и Европы 1930-х годов, в те времена связанные с социально-инженерными и евгеническими представлениями (подробнее см. выше). СССР в 1970-е и 1980-е годы был страной с огромными региональными различиями в рождаемости, что мотивировало ученых размышлять о «демографическом оптимуме», т. е. о «среднедетности» (Антонов, Медков, Архангельский

---

<sup>3</sup> См. обзор подробнее в (Елизаров 2017).

2002), «сравнительно низкой рождаемости» (Кваша 1981), и разрабатывать меры как по снижению, так и по повышению рождаемости, понимая, что это части одного целого — демографической политики. В дальнейшем (Валентей, Араб-Оглы 1985) одним из компонентов политики народонаселения была названа, кроме условий труда и условий жизни, также политика в области образования, а в демографическую политику не была включена социальная мобильность.

А. Антонов считал, что задачей политики в области рождаемости должно стать усиление потребности семьи в детях, а не фактическая рождаемость, как таковая, т. е. рост репродуктивных намерений (Антонов, Сорокин 2000). В.М. Медков (2002) выделил такие принципы демографической политики, как:

- 1) суверенность семьи;
- 2) свобода выбора;
- 3) общественный договор;
- 4) единство целей федеральной и региональной политики;
- 5) социальное участие.

Подразумевается, что семья независима от государства, имеет право самостоятельно принимать любые решения о своей жизни в соответствии с собственными интересами и целями. Свобода выбора предполагает существование в обществе возможности выбирать любой тип семьи и семейного поведения. Принцип общественного договора связан с тем, что, выполняя общественно значимые функции, семья имеет право потребовать у общества и государства обеспечение всесторонней поддержки своей жизни. Цели политики не должны зависеть от особенностей демографической ситуации в разных регионах страны. Семья и общественные организации должны иметь право голоса при разработке мер политики. Все эти принципы вызывают критическое отношение у многих ученых. Для нас в этой статье особенно важно критическое отношение к первым двум принципам, так как сама идея демографической политики предполагает ограничение суверенности семьи и свободы выбора.

В истории России открыто цели непосредственно стимулирования рождаемости, с точки зрения С. Захарова (Захаров 2006), чуть ли не впервые были названы политиками как основные только в комплексе мер 2006 г. при В.В. Путине, до этого всегда назначение принимаемых мер обозначалось скорее как «помощь семьям». Это верно и в отношении мер 1930 -1940-х годов, и в 1980-е годы. Ранее пронатализм можно было «считать» лишь из самого списка мер и преамбул документов. Например, знаменитые законы сталинской эры, известные в широких кругах как постановления о «запрете абортов» и о «запрете развода», на самом деле имеют следующие названия:

- Постановление ЦИК №65 и СНК СССР №1134 от 27 июня 1936 г. «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов,

детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах»<sup>4</sup>;

- Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства»<sup>5</sup>.

В дальнейшем в СССР, а значит, и в России, до 1981 г. меры демографической/семейной политики сводилась к экономической и моральной поддержке многодетности, с 1974 г. была введена также экономическая поддержка малообеспеченных семей (пособие на детей в семьях с доходом менее 50 руб. на человека выплачивалось до исполнения ребенку 12 лет), существовали также незначительные пособия для одиноких матерей, еще с 1941 г. существовал налог на бездетность/малодетность<sup>6</sup>, ставка которого периодически пересматривалась, была в некоторые периоды времени разной для разных категорий граждан и к 1980-м годам составляла 6% заработка, собирали этот налог со всех бездетных мужчин с 18 лет и с бездетных замужних женщин. То есть в сталинскую эпоху, что вполне соответствует ее духу, были введены в основном «отрицательные» меры стимулирования рождений, связанные с запретами и своего рода штрафами, а не с денежным поощрением семей с детьми (за исключением многодетных).

В 1980-е популярной стала идея поощрения среднететной семьи, поскольку некоторым демографам (Кваша 1981, Антонов 1980) реально достижимым казалось именно простое, а не расширенное воспроизводство населения. Однако в экстенсивной экономике ощущалась и постоянная потребность в новых людях как работниках. Кроме увеличения отпуска по рождению ребенка и введения отпуска по уходу за ним, оплачиваемого до 1 года (с конца 1980-х – до 1,5 лет) и неоплачиваемого до 1,5 лет (с конца 1980-х – до 3 лет), проводилась и пропагандистская кампания, причем в одних регионах говорили о недостатках многодетности, в других – о минусах малодетности.

## **6. ИЗМЕНЕНИЯ В КОНЦЕПЦИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИТИКИ: СЛУЧАЙ СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ АМЕРИКИ**

В Соединенных Штатах Америки всегда было сильным, с одной стороны, внимание к индивидуальным правам и потребностям человека, а с другой – представление, согласно которому семья является своего рода бастионом, внутрь которого государство не должно проникать, даже и с добрыми намерениями (Ooms 2019). В связи с этим для концептуальной ситуации в области семейной политики в этой стране характерны противоречивые ценностные ориентиры, отсутствие договоренности между исследователями относительно определения понятия «семейная политика», области ее применения и задач, конфликтность

<sup>4</sup> URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=ESU;n=4068>

<sup>5</sup> URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=ESU&n=507&req=doc>

<sup>6</sup> «О налоге на холостяков, одиноких и бездетных СССР», Указ Президиума Верховного Совета СССР от 21 ноября 1941 г. (Ведомости Верховного Совета СССР 1941, 42). URL: <http://istmat.info/node/24347>

и напряжение между акторами в этой области (например, НКО, церкви и др.), а также идеологические противоречия между индивидуализмом и фамилизмом. Благодаря государственной структуре США на национальном уровне во многих уже традиционных областях (таких, как отпуск по уходу за ребенком) семейно-политические программы в этой стране часто отсутствуют, политики отдельных штатов могут быть противоположно направленными (как это происходило недавно с развитием политики в области легального статуса аборт).

Быстрые изменения в семейных структурах и гендерных ролях во второй половине XX века создают неопределенность и путаницу в отношении того, как политики должны на это отвечать, какой должна быть роль государства, как нужно переводить огромное количество результатов исследований в этой области на язык специальных политик и программ. К тому же в США, по мнению Оомс, существует традиция чрезмерно позитивно изображать всё, что связано с семьей, замалчивать или отрицать противоречия и темные стороны семейной жизни: «На мой взгляд... [есть] тенденция приукрашивать семейные вопросы — всегда описывать семьи слащавыми словами, не справляясь с задачей открытого признания противоречивых чувств, связанных с семьей, и темных сторон семейной жизни.... Может быть, легче избегать дискуссий о семейной политике потому, что они требуют открытого разговора о многочисленных противоречивых и смешанных в эмоциональном отношении явлениях, с которыми некомфортно иметь дело» (Ooms 2019: 20).

Изначально семейная политика в этой стране ассоциировалась исключительно, или в первую очередь, с детьми и их мамами. Дальнейшая эволюция привела к признанию того факта, что любые индивиды (отцы, дедушки, бабушки, братья и сестры, тети и дяди) могут играть важную семейную роль и их надо учитывать, как и тот факт, что не только состоящие в браке пары, но и сожительствующие, а также живущие отдельно и разведенные, в том числе и бездетные, имеют свои специфические интересы. Подчас это конфликтные интересы, что отражено в разнообразии позиций НКО, защищающих права разных сторон. Корни движения за права детей растут из движения «спасения детей» конца XIX века, и для его представителей долго была неприемлемой идея, что в круг интересов надо включать родителей – ведь именно от «плохих родителей» детей и надо было, как правило, спасать.

Движение за права женщин особенно негативно относится к программам, поддерживающим целостность семьи, особенно к таким, которые могут помешать женщинам участвовать в рынке труда или мотивируют их оставаться в отношениях со склонным к насилию или пренебрегающим семейными обязанностями партнером. С другой стороны, группы, в центре внимания которых находится семья в целом, иногда не понимают, что может существовать необходимость защищать интересы детей или супругов от склонных к насилию родителей/партнеров. Однако в США в течение последних десятилетий происходит взаимное движение всех этих направлений друг к другу, они учатся работать вместе и уважать чужие взгляды. В России о таком движении к консенсусу пока приходится только мечтать. Но и в США это непростое движение, различия в подходах к важным вопросам иногда только нарастают (например, все в том же вопросе о легальном статусе аборта).

В такой ситуации, с точки зрения Оомс, полезна экологическая теория семьи, которая стремится учесть интересы индивидов в контексте их семейных взаимосвязей на разных стадиях формирования семьи и прежде всего в отношении их заботы друг о друге. Такая концептуализация позволяет выявить «слабые места» в области внутрисемейной заботы, те области, в которые обществу имеет смысл вмешаться и помочь семье, при этом в каких-то случаях общественным службам необходимо подменить собой семью, а в каких-то – только помочь и поддержать. Важно так концептуализировать основы семейной политики, чтобы получатели помощи являлись не пассивными реципиентами, а полноправными партнерами государства. То есть основной вопрос исследований семейной политики ставится следующим образом: насколько хорошо государственная политика или отдельные программы помогают семьям выполнять свои семейные обязанности – становятся ли помощью или препятствием (Cherlin 1984). А чтобы лучше это понимать, необходимо развивать статистику, собирающую информацию по огромному количеству показателей о различных сторонах семейной жизни, что в США и происходит. Все чаще чиновники перед принятием новой программы семейной политики применяют даже такой заимствованный из медицины метод, как рандомизированное тестирование новой политики с контрольной группой. Например, успешными оказались некоторые программы по предотвращению подростковых беременностей, которые стали затем более широко применяться (Baron 2018).

На федеральном уровне в США давно существуют и развиваются прежде всего программы борьбы с бедностью (эту страну почти все классификации относят к либеральному или англо-саксонскому режиму), в том числе детской и одиноких матерей. Помощь оказывается в виде денежных или товарных пособий нуждающимся родителям, хотя в 1990-е годы были введены временные ограничения на такие пособия, чтобы все-таки стимулировать людей работать (эти пособия можно получать не более чем 2 года непрерывно и не более 5 лет в течение жизни), а также в виде разнообразных налоговых вычетов в связи с наличием детей и со вступлением в брак (США поддерживают зарегистрированный брак с помощью специальной политики). Некоторые штаты дополняют такие программы предоставлением субсидий на оплату ухода за маленькими детьми.

Существуют пока только на уровне отдельных сообществ программы по ответственному отцовству, направленные не на белых беловоротничковых отцов, а на отцов с небольшим доходом, не имеющих права на опеку над детьми, проживающих в городе афроамериканцев. Эти программы учат их обращаться с системой поддержки детей, искать работу, получать родительские навыки. Некоторые такие программы также получают финансирование из федеральных фондов.

Когда-то президент Никсон наложил вето на проект, предлагавший развитие национальной системы развивающих детских садов, в связи с тем, что это противоречило идее невмешательства государства в дела семьи. С тех пор ситуация радикально изменилась. Очень многие матери работают, увеличились субсидии на оплату ухода за детьми, на рынке труда чаще предлагаются гибкие в отношении рабочих часов схемы занятости, государственные и частные работодатели рутинно предоставляют неоплачиваемый отпуск матерям, реже отцам, в связи с рождением ребенка (по акту о

семейном или медицинском отпуске 1993 г.). Но доступность и качество оплачиваемого ухода за детьми остаются недостаточными, и США остаются единственной развитой страной, не предоставляющей оплачиваемого родительского отпуска на уровне федерального законодательства.

Политика в области предотвращения подростковых беременностей была большой проблемой в начале 1980-х годов, а сейчас эту область можно назвать одной из историй успеха в американской семейной политике. Частота подростковых беременностей начала расти в середине 1970-х вслед за либерализацией добрачного сексуального поведения среди подростков. Исследователи обращали внимание на негативные последствия этого как для матерей, так и для детей. Сексуального просвещения в школах не существовало, а забеременевшим девушкам не давали возможности остаться в школе и завершить образование. Предложения о развитии сексуального образования, распространении контрацепции в школах и предоставлении юным матерям жилья и помощи в получении образования общественность встречала негативно как подрывающие авторитет родителей. В 1996 г. Национальная Кампания по предотвращению подростковых беременностей начала свою деятельность на национальном уровне через медийное воздействие на различные целевые группы (подростки, родители, молодые взрослые), а также через программы на уровне соседских сообществ. Из-за сензитивности темы в программы не были включены политики и госслужащие ни из консервативного, ни из либерального крыла, в коммуникации обходились острые вопросы об абортах, воздержании, и «естественной» контрацепции. И все равно частота подростковых беременностей к 2017 г. упала до уровня 1940 г. во всех штатах и расовых группах.

Политика в области предотвращения насилия над детьми и пренебрежения родительскими обязанностями осуществляется штатами, но финансируется из федерального источника. Это позволяет центральной администрации выделять деньги не только на изъятие детей из семей в сложных случаях, но и на работу с родителями и создание возможностей для их ресоциализации в отношении выполнения ими родительских обязанностей. Для этого проводятся специальные тренинги, недавно принят обновленный Акт о первичности профилактики и помощи семье 2018 г.

Что касается брачности, долгие годы авторы в основном только выражали сожаления в связи с кризисом семьи, ростом числа разводов и нежеланием мужчин и женщин вступать в брак. О том, что делать и надо ли что-то делать, не говорили. В кругах специалистов по семейной политике избегали даже произносить само слово «брак». Брак, как и семья, не упоминается в американской конституции, отчасти поэтому эта тема не была релевантной для федеральной повестки. Законодательство в области брака и развода – прерогатива штатов, они же определяют законные права и обязанности супругов. На общенациональный уровень дебаты вышли в 1990-е, некоторые увидели в этом попытку вернуть прошлое, реставрировать патриархальные нормы. Другие считали, что брак может эволюционировать, стать более гибким и равноправным институтом, а в случае стабильности брак благоприятен и для детей, и для взрослых. В 1996 г. был принят федеральный Акт о защите брака, который включил в федеральную повестку понятия «брак» и «супруги». Был также принят Акт о персональной ответственности и возможностях трудоустройства, призванный поддерживать создание рабочих мест,

вступление в брак, создание семьи с двумя родителями, сокращение числа внебрачных рождений. Поддержка семей с двумя родителями на какое-то время стала более существенной по сравнению с помощью одиноким матерям и отцам. На все эти цели отдельным штатам выделялись специальные гранты. Сообщества по борьбе с семейным насилием и по поддержке одиноких матерей начали протестовать против такой системы, поскольку она создавала сложности для одиноких родителей и жертв насилия. Затем программу несколько модифицировали, она стала считаться поддерживающей только «здоровую» семью, всем организациям, получающим гранты, было вменено в обязанность консультирование с местными активистами в области противодействия семейному насилию. По мнению некоторых, движение «за брак» получило такую силу в том числе в результате действий тех, кто стремился легитимизировать однополые браки (в конце 1990-х об этом не могло быть и речи, в 2015 г. был принят легитимизирующий их Акт).

В отличие от того, что в 2019 г. происходило в России, в США все 2000-е годы предпринимались попытки добиться взаимопонимания между организациями разной направленности в области формирования повестки семейной политики: сторонниками «здоровой семьи», «ответственного отцовства» и предотвращения семейного насилия. Проводились совместные семинары, позволяющие лучше узнать друг друга и понять взаимные опасения. В результате возникла некоторая совместная повестка, образовались организации, подобные «Умному браку» Дианы Солли (Ooms 2019), проводятся тренинги на уровне соседских сообществ. Некоторые священники соглашаются заключать браки только при условии, что молодые прошли такие тренинги. Развиваются программы, направленные сразу на два поколения одной семьи.

Наиболее сложным новым вызовом становится семейная забота о стариках и инвалидах. Сейчас в США около 80% такой заботы лежит на семьях и родственниках. При этом заботящиеся подвергают повышенному риску свое собственное психическое и физическое здоровье, а государство от этой сферы устранено. В целом, по отличному выражению Оомс, в США, несмотря на все, что делается, «семьи волнуют всех, но никто за них не отвечает» (Ooms 2019: 33, *пер. автора*). Слишком фрагментировано знание о меняющейся семье, не систематизированы институты и меры, целью которых является помощь семьям.

## **7. ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Идеологически семейная политика выросла из двух очень разных концептуальных оснований. С одной стороны, к ней обратились в связи с разочарованием в эффективности политики демографической в надежде, что хотя бы косвенно она может повлиять на рождаемость. С другой стороны, она является частью социальной политики, основной задачей которой является борьба с бедностью. Эта противоречивость оснований часто проявляют себя в кризисные моменты, когда населению может показаться аморальной демографическая сторона политики, поскольку в помощи нуждаются все, независимо от своего родительского статуса (как, например, в начале 2020 г. в период пандемии COVID-19). В более спокойное время государство, напротив, стремится очень точно и

целенаправленно тратить деньги на семьи, обладающие демографическим потенциалом, ожидая, что от бедности люди смогут защитить себя сами.

С другой стороны, рождаемость может рассматриваться как общественное благо (Demeny 2003) с очень большими оговорками, поскольку на индивидуальном уровне у каждого человека не только разные репродуктивные установки и представления о желаемом числе детей для себя, но и разные взгляды на идеальное число детей, которое в среднем должны иметь люди в его обществе. Совершенно не обязательно усредненное представление людей об этом будет совпадать с величиной простого или «слегка расширенного» воспроизводства населения, к которой так или иначе стремится большинство политиков, разрабатывая демографические программы. Таким образом, большинство людей может воспринимать демографические цели политик, принятых в государстве, как навязанные им, в идеале предпочитая, чтобы их налоги тратились иначе. Государство в той или иной степени отдает себе отчет в этом консенсусе во вверенном ему обществе, может быть, именно поэтому демографические цели политик в последние десятилетия в большинстве стран имплицитны, а не эксплицитны. Показательным примером здесь может служить совершенно разная социально-политическая реакция европейских правительств на ситуацию падения рождаемости в 1930-х и в 1990-2000-х годах. В первом случае казалось однозначным, что рост населения важен и нужен, и были приняты специальные меры для этого. Во втором последующее развитие уже показало, что с вниманием к росту населения может быть связан рост национализма до опасных пределов, а также, что взрывной рост населения в мировых масштабах, пока еще не полностью остановленный, может быть опасен сам по себе.

В связи с этим сейчас многим исследователям и политикам хотелось бы найти инструменты, позволяющие обеспечить воспроизводство населения примерно на уровне простого, а не расширенного или суженного. Но надежные «рычаги», позволяющие управлять поведением людей так, чтобы добиться именно такого состояния, пока не найдены. К тому же в последние десятилетия попытки слишком откровенного манипулирования людьми, в том числе и в этом отношении, вызывают много этических вопросов.

Классификации и типологии систем семейной политики в развитых странах многообразны, и по основаниям для разделения это могут быть разные морально-ценностные системы: универсализм, основанный на эгалитарном принципе справедливости, роулсианская система, согласно которой помогать надо только самым бедным, пропорциональная система, когда справедливым представляется распределение благ в соответствии с предшествующим вкладом в общее дело; гендерные и возрастные аспекты — людям какого возраста и пола считается более правильным оказывать помощь и какую; оправданно ли помогать семье услугами, замещающими семейную заботу, или они ведут к дальнейшему распаду семейного единства и лучше помогать деньгами, а непосредственную заботу пусть осуществляют члены семьи сами и многое другое (Gauthier 2002).

Очень важным оказывается измерение семья – индивид. Его существенным частным случаем становится идеологическое разделение – семья или семьи, поскольку в настоящее

время существует множество разных форм семьи. Исторически в каком-то смысле, с точки зрения предъявляемых прав на человека, семья и государство являются в некотором роде конкурирующими институтами. О кризисе семьи начали говорить практически с того момента, когда начала распадаться большая многопоколенная семья; с тех пор дробление постоянно усугублялось, на нуклеарной семье «распад» не остановился. Сейчас есть множество вариантов семей родителей-одиночек или бездетных партнеров-супругов, другие варианты. Изначально права и власть главы семьи над остальными ее членами были гораздо большими, чем сейчас; часть этих прав государство отняло еще на самом раннем этапе, одновременно постепенно перехватив многие функции семьи, что означало не только помощь, но и власть, право диктовать людям, как им принимать решения. Это произошло, например, в области медицины и особенно образования: детский труд был признан незаконным, школьное образование – обязательным. Одной из последних немногочисленных функций или областей собственно семейной компетенции остается именно рождение, содержание и воспитание детей. Эту задачу государство не готово полностью взять на себя не только в биологическом, но и в финансовом отношении, и с точки зрения вкладываемых в повседневное родительство усилий. Возможно, поэтому именно в этой точке оно вместо того, чтобы очередной раз «перехватить» функции семьи, стало, наоборот, всячески поддерживать семью и даже платить ей. Но «платить» (в том числе, услугами) намного меньше реальных сумм расходов на детей за всё время их роста. При этом государство многих стран предъявляет максимальные права на выросших детей (например, там, где существуют армии с мобилизационной системой). Таким образом, представление, что семья – это бастион, в независимую жизнь которого лучше не вмешиваться, все еще продолжающее существовать в некоторых странах (например, в США), где исторически семья, действительно, была в наименьшей степени затронута как помощью, так и властью, государства, совершенно нерелевантно для большинства других развитых стран. Но и США – модернизированная страна, где очень влиятельна идеология индивидуализма, поэтому определить, нуждаются ли в помощи отдельные индивиды внутри семьи или семья в целом, очень непросто политикам и там (Ooms 2019).

Всё больше стран, где политика народонаселения сливается с семейной политикой, а последняя во все большей степени стремится скорее идти за социальными изменениями (например, учитывать нарастающее разнообразие форм семьи, изменение гендерных ролей, участие всех взрослых в рынке труда и др.), а не пытаться направить людей в заранее заданное русло. Основным концептуальным ожиданием, связанным с рождаемостью, при этом является то, что, если создавать для людей и семей благоприятные условия (такие, которые представляются благоприятными им самим) в процессе осуществления родительских интенций, они родят больше детей, чем если этого не делать.

**ЛИТЕРАТУРА**

- Антонов А.И., Медков В.М., Архангельский В.Н. (2002). *Демографические процессы в России XXI века*. М.: Грааль.
- Антонов А.И., Сорокин С.А. (2000). *Судьба семьи в России XXI века*. М.: Грааль.
- Бодрова В.В. (1971). Демографические процессы и демографическая политика в социалистических странах Европы. В Д.И. Валентей (Ред.), *Марксистко-ленинская теория народонаселения* (с. 391-400). М: Мысль.
- Валентей Д.И. (1967). *Теория и политика народонаселения*. М.: Высшая школа.
- Валентей Д.И. (1971). Политика народонаселения. В Д.Л. Бронер, И.Г. Венецкий (Ред.), *Проблемы демографии* (с. 12-21). М: Статистика.
- Валентей Д.И., Араб-Оглы Э. А. (1985). *Демографический энциклопедический словарь*. М.: Советская энциклопедия.
- Валентей Д.И., Бурнашев Э.Ю. (Ред.) (1970). *Вопросы теории и политики народонаселения*. М.: Изд. МГУ.
- Гастев А.К. (1972). *Как надо работать*. М.: Экономика.
- Елизаров В.В. (2017). Теория и практика демографической политики в СССР. *Statistics and Economics*, 14(5), 71-84.
- Захаров С.В. (2006). Демографический анализ эффекта мер семейной политики в России в 1980-х годах. *SPERO*, 5, 33-69.
- Захаров С.В. (Ред.) (2016). *Население России 2014: двадцать второй ежегодный демографический доклад*. М.: Изд. дом Высшей школы экономики.
- Захаров С.В. (Ред.) (2017). *Население России 2015: двадцать третий ежегодный демографический доклад*. М.: Изд. дом Высшей школы экономики.
- Иванюшкин А.Я., Лапин Ю.Е., Смирнов В.И. (2013). Евгеника: от утопии к науке и ... от науки к утопии? *Российский педиатрический журнал*, 2, 55-59.
- Исупова О.Г. (2017). Вспомогательные репродуктивные технологии: новые возможности. *Демографическое обозрение*, 1, 35-64.
- Кваша А.Я. (1981). *Демографическая политика в СССР*. М: Финансы и статистика.
- Кременцов Н.Л. (2014). От «звериной философии» к медицинской генетике: евгеника в России и Советском Союзе. *Историко-биологические исследования*, 6(2), 24-56.
- Лармин О.В. (1975). *Методологические проблемы изучения народонаселения*. М: Статистика.
- Медков В.М. (2002). *Демография: Учебное пособие*. Ростов-на-Дону: Феникс.
- Пискунов В.П., Стешенко В.С. (Ред.) (1974). *Демографическая политика*. М.: Статистика.
- Поппер К. (1992). *Открытое общество и его враги*. Т. 1 М.: Феникс.
- Хайек Ф.А. фон (2005). *Дорога к рабству*. М.: Новое издательство. Библиотека Фонда «Либеральная миссия».
- Anttonen A., Baldock J., Sipilä J. (Eds.) (2003). *The Young, The Old and the State*. Cheltenham: Edward Elgar.

- Anttonen A., Sipilä J. (1996). European social care services: Is it possible to identify models? *Journal of European Social Policy*, 2, 87-100.
- Bahle Th. (2008). Family policy patterns in the enlarged EU. In J. Alber, T. Fahey, C. Saraceno (Eds.), *Handbook of quality of life in the enlarged European Union* (pp. 100-126). London and New York: Routledge.
- Baron J. (2018). A brief history of evidence-based policy. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 678, 40–50. <https://doi.org/10.1177/0002716218770642>.
- Bashford A., Levine Ph. (Eds.) (2010). *The Oxford Handbook on the History of Eugenics*. New York: Oxford University Press.
- Bettio F., Plantenga J. (2004). Comparing Care Regimes in Europe. *Feminist Economics*, 10(1), 85-113.
- Bradshaw J. (2006). Child Benefit Packages in 15 Countries in 2004. In J. Lewis (Ed.). *Children, Changing Families and Welfare States* (pp. 26-50). Cheltenham: Edward Elgar.
- Broberg G., Roll-Hansen N. (Eds.) (1996). *Eugenics and the Welfare State: Sterilization Policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland*. East Lansing: Michigan State University Press.
- Cherlin A. (1984). Family policy and family professionals. *Journal of Family Issues*, 5, 155–159.
- Daly M. (2011). What Adult Worker Model? A Critical Look at Recent Social Policy Reform in Europe from a Gender and Family Perspective. *Social Politics*, 18(1), 1-3.
- Demeny P. (2003). Population Policy: A Concise Summary. In P. Demeny, G. McNicoll (Eds.). *International Encyclopedia of Population*. New York: Macmillan Reference. Policy Research Division Working Papers, [www.popcouncil.org/publications/wp/prd/rdwplist.html](http://www.popcouncil.org/publications/wp/prd/rdwplist.html).
- Galton F. (1904). Eugenics: Its Definition, Scope and Aims. *American Journal of Sociology*, 10(1), 1-25.
- Gauthier A.H. (2002). Family policies in industrialized countries: Is there convergence? *Population*, 57(3), 447-474. DOI: 10.2307/3246635 [https://www.persee.fr/doc/pop\\_1634-2941\\_2002\\_num\\_57\\_3\\_18403](https://www.persee.fr/doc/pop_1634-2941_2002_num_57_3_18403)
- Hantrais L. (2007). *Social Policy in the European Union*. Red Globe Press. <https://doi.org/10.1177/019251384005002001> UK
- Kamerman Sh. (2010). Child, family and the state: the relationship between family policy and social protection policy. In Sh. Kamerman, Sh. Phipps, A. Ben-Arieh (Eds.), *From Child Welfare to Child Well-Being* (pp. 429-437). New York: Springer.
- Kamerman Sh., Kahn A.J. (Eds.) (1978). *Family policy: Government and Families in Fourteen Countries*. New York: Columbia University Press.
- Kaufmann F. X. (2002). Politics and policies towards the family in Europe. A framework and an inquiry into their differences and convergences. In F.X. Kaufmann (Ed.), *Family Life and Family Policies in Europe*. Vol. 2: Problems and Issues in Comparative Perspective (pp. 419–477). Oxford: Clarendon Press.
- Korpi W. (2000). Faces of inequality: gender, class and pattern of inequalities in different types of welfare states. *Social Politics*, 7(2), 127-191.
- Kühl S. (2013). *For the Betterment of the Race: The Rise and Fall of the International Movement for Eugenics and Racial Hygiene*. New York: Palgrave Macmillan.
- Leitner S. (2003). Varieties of familialism. The caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, 5(4), 353-375.

- Lewis J. (1992). Gender and the development of welfare regimes. *Journal of European Social policy*, 2(3), 159-173.
- Lloyd W. F. (1968 [1833]). Two lectures on the checks to population. In *Lectures on Population, Value, Poor Laws and Rent*. New York: Augustus M. Kelley.
- Madeira J.L., (1974). Towards a demographic policy. *Notas Poblacion*, 2(6), 13-36.
- Mills C.R. (1951). *White Collar: The American Middle Classes*. Oxford University Press.
- Ooms T. (2019). The evolution of family policy: Lessons learned, challenges, and hopes for the future. *Journal of Family Theory & Review*, 11(1), 18-38. DOI:10.1111/jftr.12316 11: 18–38.
- Orloff A.S. (1993). Gender and the social rights of citizenship. The comparative analysis of gender relations and welfare states. *American sociological review*, 58(3), 308-328.
- Saraceno C., Keck W. (2010). Can we identify intergenerational policy regimes in Europe? *European Societies*, 12(5), 675 – 696.
- Stepan N.L. (1996). *“The Hour of Eugenics”: Race, Gender, and Nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press.

## POPULATION AND FAMILY POLICY IN DIFFERENT COUNTRIES: CONCEPTUAL APPROACHES AND PRACTICES

OLGA ISUPOVA

*The article is concerned with the analysis of various conceptual approaches to family and population policy since the formation in the 19th century of the theoretical foundations of the State's impact on the population. Historically, family policy grew out of population policy, and at the same time is a late developed part of social policy. This might explain the large number of contradictions in its ideology in different countries. The article considers the evolution of approaches to family policy in Europe and the United States, with an emphasis on development in the last decades of the 20th and the first decades of the 21st century (fertility and economic development, children's and women's education, reproductive rights, the well-being of various age and gender groups of the population, work-life balance, the reaction to a drop in the birth rate below the level of simple reproduction, the ethical perception by the population of the "imposition" of fertility standards on people, etc.). Various typologies of family policy systems based on different foundations in developed countries are examined; the diversity in this area indicates a lack of consensus and convergence, while none of the national policy systems can be called unequivocally efficient. An important dimension for determining the ideology of family policy at the present time is whether it is addressed to an individual (and to which individual) or to the family as a community (and to which particular form / forms of the family), and how each specific concept resolves the issue of the family's interaction with the State. Using the example of the United States, it is shown how the idea that it is better not to interfere in family matters gradually changed, so that there appeared not only individual policies to help families, but also a desire to change legislation accordingly. Now, there are more and more countries where family policy is likely to follow social changes, instead of trying to channel them in a predetermined direction.*

**Key words:** population policy, family policy, fertility, welfare, family and state.

---

OLGA ISUPOVA (oisupova@hse.ru), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

THIS ARTICLE IS THE PRODUCT OF A RESEARCH PROJECT IMPLEMENTED AS PART OF THE BASIC RESEARCH PROGRAMME AT THE NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS (HSE) 2019.

DATE RECEIVED : MAY 2020.

### REFERENCES

- Antonov A.I., Medkov V.M., Arkhangelsky V.N. (2002). *Demograficheskie protsessy v Rossii XXI veka* [Demographic processes in XXI century Russia]. Moscow: Graal. (In Russ.).
- Antonov A.I., Sorokin S.A. (2000). *Sud'ba semyi v Rossii XXI veka* [Destiny of the Family in XXI century Russia]. Moscow: Graal. (In Russ.).
- Anttonen A., Baldock J., Sipilä J. (Eds.) (2003). *The Young, The Old and the State*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Anttonen A., Sipilä J. (1996). European social care services: Is it possible to identify models? *Journal of European Social Policy*, 2, 87-100.
- Bahle Th. (2008). Family policy patterns in the enlarged EU. In J. Alber, T. Fahey, C. Saraceno (Eds.), *Handbook of quality of life in the enlarged European Union* (pp. 100-126). London and New York: Routledge.

- Baron J. (2018). A brief history of evidence-based policy. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 678, 40–50. <https://doi.org/10.1177/0002716218770642>.
- Bashford A., Levine Ph. (Eds.) (2010). *The Oxford Handbook on the History of Eugenics*. New York: Oxford University Press.
- Bettio F., Plantenga J. (2004). Comparing Care Regimes in Europe. *Feminist Economics*, 10(1), 85-113.
- Bodrova V.V. (1971). Demograficheskie protsessy i demograficheskaya politika v sotsialisticheskikh stranakh Evropy [Demographic processes and demographic policy in Europe's socialist countries]. In Valentey D.I. (Ed.), *Marksistsko-leninskaya teoriya narodonaseleniya* (pp. 391-400) [Marsist and Leninist population theory]. Moscow: Mysl. (In Russ.).
- Bradshaw J. (2006). Child Benefit Packages in 15 Countries in 2004. In J. Lewis (Ed.). *Children, Changing Families and Welfare States* (pp. 26-50). Cheltenham: Edward Elgar.
- Broberg G., Roll-Hansen N. (Eds.) (1996). *Eugenics and the Welfare State: Sterilization Policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland*. East Lansing: Michigan State University Press.
- Cherlin A. (1984). Family policy and family professionals. *Journal of Family Issues*, 5, 155–159.
- Daly M. (2011). What Adult Worker Model? A Critical Look at Recent Social Policy Reform in Europe from a Gender and Family Perspective. *Social Politics*, 18(1), 1-3.
- Demeny P. (2003). Population Policy: A Concise Summary. In P. Demeny, G. McNicoll (Eds.). *International Encyclopedia of Population*. New York: Macmillan Reference. Policy Research Division Working Papers, [www.popcouncil.org/publications/wp/prd/rdwplist.html](http://www.popcouncil.org/publications/wp/prd/rdwplist.html).
- Elizarov V.V. (2017). Teoriya i praktika demograficheskoi politiki v SSSR [Theory and practice of demographic policy in USSR]. *Statistics and Economics*, 14(5), 71-84. (In Russ.).
- Galton F. (1904). Eugenics: Its Definition, Scope and Aims. *American Journal of Sociology*, 10(1), 1-25.
- Gastev A.K. (1972). *Kak nado rabotat'* [How one needs to work]. Moscow: Ekonomika. (In Russ.).
- Gauthier A.H. (2002). Family policies in industrialized countries: Is there convergence? *Population*, 57(3), 447-474. DOI: 10.2307/3246635 [https://www.persee.fr/doc/pop\\_1634-2941\\_2002\\_num\\_57\\_3\\_18403](https://www.persee.fr/doc/pop_1634-2941_2002_num_57_3_18403)
- Hantrais L. (2007). *Social Policy in the European Union*. Red Globe Press. <https://doi.org/10.1177/019251384005002001> UK
- Hayek F.A. (2005). *Doroga k rabstvu* [The road to serfdom]. Moscow: Novoe izdatelstvo. Library of the foundation «Liberalnaya missiya» [Liberal mission]. (In Russ.).
- Isupova O.G. (2017). Vspomogatelnye reproductivnyeologii: novye vozmozhnosti. [Assisted reproductive technologies: new possibilities]. *Demographic review*, 1, 35-64. (In Russ.).
- Ivanushkin A.Ya., Lapin, Yu.E., Smirnov, V.I. (2013). Evgenika: ot utopii k nauke i... ot nauki k utopii? [Eugenics: from utopia to science and... from science to utopia?]. *Rossiyskiy pediatricheskiy journal* [Russian pediatric journal], 2, 55-59. (In Russ.).
- Kamerman Sh. (2010). Child, family and the state: the relationship between family policy and social protection policy. In Sh. Kamerman, Sh. Phipps, A. Ben-Arieh (Eds.), *From Child Welfare to Child Well-Being* (pp. 429-437). New York: Springer.

- Kamerman Sh., Kahn A.J. (Eds.) (1978). *Family policy: Government and Families in Fourteen Countries*. New York: Columbia University Press.
- Kaufmann F. X. (2002). Politics and policies towards the family in Europe. A framework and an inquiry into their differences and convergences. In F.X. Kaufmann (Ed.), *Family Life and Family Policies in Europe*. Vol. 2: Problems and Issues in Comparative Perspective (pp. 419–477). Oxford: Clarendon Press.
- Korpi W. (2000). Faces of inequality: gender, class and pattern of inequalities in different types of welfare states. *Social Politics*, 7(2), 127-191.
- Krementsov N.L. (2014). Ot “zverinoy filosofii” k meditsinskoy genetike: evgenika v Rossii I Sovetskom Soyuze [From “beast philosophy” to medical genetics: eugenics in Russia and Soviet Union]. *Studies in the History of Biology*, 6(2), 24-56. (In Russ.).
- Kühl S. (2013). *For the Betterment of the Race: The Rise and Fall of the International Movement for Eugenics and Racial Hygiene*. New York: Palgrave Macmillan.
- Kvasha A.Ya. (1981). *Demograficheskaya politika v SSSR* [Demographic policy in USSR]. Moscow: Finansy I statistika. (In Russ.).
- Larmin O.V. (1975). *Metodologicheskie problemy izucheniya narodonaseleniya* [Methodological problems of population studies]. Moscow: Statistika. (In Russ.).
- Leitner S. (2003). Varieties of familialism. The caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, 5(4), 353-375.
- Lewis J. (1992). Gender and the development of welfare regimes. *Journal of European Social Policy*, 2(3), 159-173.
- Lloyd W. F. (1968 [1833]). Two lectures on the checks to population. In *Lectures on Population, Value, Poor Laws and Rent*. New York: Augustus M. Kelley.
- Madeira J.L., (1974). Towards a demographic policy. *Notas Poblacion*, 2(6), 13-36.
- Medkov V.M. (2002). *Demografiya: uchebnoe posobie* [Demography: a schoolbook]. Rostov on Don: Fenix. (In Russ.).
- Mills C.R. (1951). *White Collar: The American Middle Classes*. Oxford University Press.
- Ooms T. (2019). The evolution of family policy: Lessons learned, challenges, and hopes for the future. *Journal of Family Theory & Review*, 11(1), 18-38. DOI:10.1111/jftr.12316 11: 18–38.
- Orloff A.S. (1993). Gender and the social rights of citizenship. The comparative analysis of gender relations and welfare states. *American sociological review*, 58(3), 308-328.
- Piskunov V.P., Steshenko V.S. (Eds.) (1974). *Demograficheskaya politika* [Demographic policy]. Moscow: Statistika. (In Russ.).
- Popper K. (1992). *Otkrytoe obshestvo I ego vragi* [Open society and its enemies]. Vol. 1. Moscow: Fenix. (In Russ.).
- Saraceno C., Keck W. (2010). Can we identify intergenerational policy regimes in Europe? *European Societies*, 12(5), 675 – 696.
- Stepan N.L. (1996). *“The Hour of Eugenics”’: Race, Gender, and Nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press.
- Valentey D.I. (1967). *Teoriya I politika narodonaseleniya* [Theory and policy of population]. Moscow: Vyshaya shkola. (In Russ.).

- Valentey D.I. (1971). Politika narodonaseleniya [Population policy]. In D.L. Broner, I.G. Venetsky (Eds.), *Problemy demografii* (pp. 12-21). Moscow: Statistika.
- Valentey D.I., Arab-Ogly E.A. (1985). *Demograficheskiy entsiklopedicheskiy slovar'* [Demographic encyclopedic dictionary]. Moscow: Sovetskaya entsiklopediya.
- Valentey D.I., Bournashev E.Yu. (Eds.) (1970). *Voprosy teorii i politiki narodonaseleniya* [Issues of theory and policy of population]. Moscow: Moscow State University edition. (In Russ.).
- Zakharov S.V. (2006). Demograficheskiy analiz effekta mer semeinoy politiki v Rossii v 1980-kh godakh [Demographic analysis of the effect of measures of Russian family policy in the 1980-s]. *SPERO*, 5, 33-69. (In Russ.).
- Zakharov S.V. (Red.) (2016). *Naseleniye Rossii 2014: dvadtsat' vtoroy ezhegodnyy demograficheskiy doklad* [Population of Russia 2014: twenty-second annual demographic report]. Moscow: Izdatel'skiy dom Vysshey shkoly ekonomiki. (In Russ.).
- Zakharov S.V. (Red.) (2017). *Naseleniye Rossii 2015: dvadtsat' tretiy ezhegodnyy demograficheskiy doklad* [Population of Russia 2015: twenty-third annual demographic report]. Moscow: Izdatel'skiy dom Vysshey shkoly ekonomiki. (In Russ.).

# ТРУДОВАЯ МИГРАЦИЯ В РОССИИ В ПЕРИОД КОРОНАВИРУСНОЙ ПАНДЕМИИ

МИХАИЛ ДЕНИСЕНКО, ВЛАДИМИР МУКОМЕЛЬ

*Введение карантинных мер в связи с пандемией коронавируса сопровождалось перекрытием трансграничных коммуникаций и ограничением деятельности предприятий в большинстве отраслей экономики. Трудовые мигранты и члены их семей, пребывающие на территории России, оказались в сложном положении. Сокращение занятости в первую очередь в тех сферах, где работают мигранты, сделало иностранных граждан одной из наиболее уязвимых социальных групп. Первый пласт вопросов, рассматриваемых в статье, связан с оценкой ситуации, в которой оказались мигранты, находящиеся в России. В каких видах экономической активности сокращение занятости стало особенно болезненным для мигрантов? Каково их материальное положение? Насколько они готовы покинуть Россию в случае восстановления транспортных коммуникаций? Каковы их ближайшие и отдаленные планы, связанные с трудовой деятельностью и жизнью в России? Во втором фокусе исследования находятся потенциальные мигранты, которые не смогли въехать в Россию после разрыва международных транспортных связей. Каково их экономическое положение на родине? Как быстро они собираются выехать в Россию в случае снятия ограничений на международные поездки? Каковы их краткосрочные и долгосрочные планы, связанные с пребыванием в России? Поиску ответов на эти вопросы посвящена настоящая статья, базирующаяся на онлайн-опросе 2695 иностранных граждан (в том числе 1304 мигрантов, находящихся на территории России, и 1391 – за ее пределами), а также телефонном опросе 300 трудовых мигрантов в Московском мегаполисе, проведенных в первой половине июня 2020 г.*

**Ключевые слова:** трудовая миграция, мигранты, COVID 19, иностранные работники, онлайн-опрос, SATI, занятость, миграционные планы.

Коронавирусная эпидемия ухудшила положение трудовых мигрантов во всех странах мира (ILO 2020; OECD 2020). Россия в этом плане не стала исключением. Введение карантинных мер в марте 2020 г. приостановило частично или полностью деятельность многих предприятий, особенно в тех отраслях, где занято большое число иностранных работников: ресторанный и гостиничный бизнес, клининг, оптовая и розничная торговля, отчасти строительство. Как и российские граждане, часть трудовых мигрантов потеряли работу или перешли на неполный рабочий день, что привело к полной или частичной потере дохода. Следствием этого стало сокращение денежных переводов на родину из России. По данным Центробанка РФ, объем переводов через платежные системы в страны СНГ в апреле 2020 г. был в 1,7 раз меньшим, чем в апреле 2019 г.

---

**Михаил Борисович Денисенко** (mdenissenko@hse.ru), Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Россия.

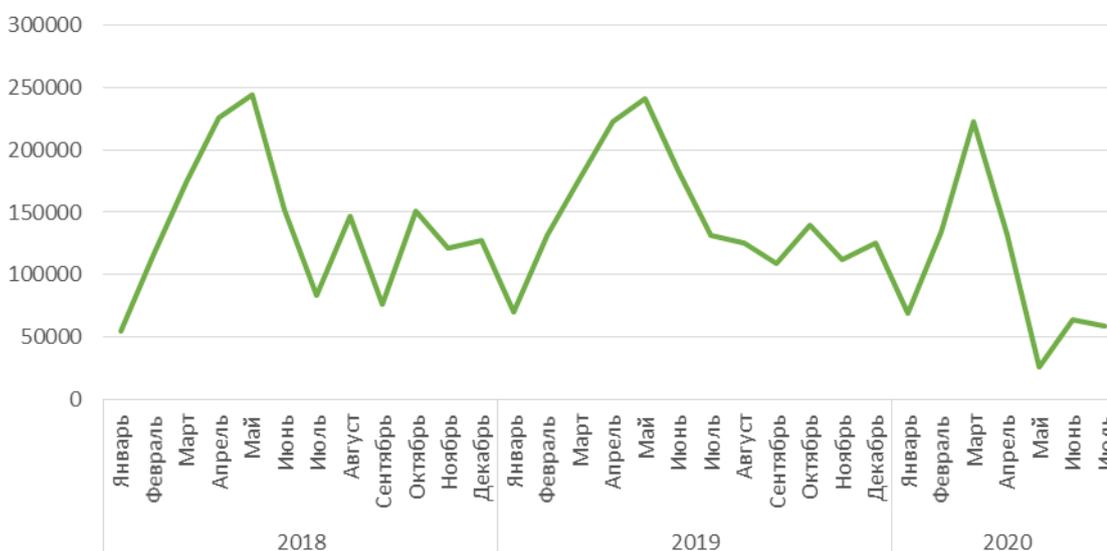
**Владимир Изявич Мукомель** (mukomel@mail.ru), Институт социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Россия.

Интернет-опрос реализован при поддержке Дирекции по экспертно-аналитической работе НИУ ВШЭ в рамках прикладного проекта ЦФИ НИУ ВШЭ ТЗ-125: «Систематизация путей достижения национальных целей в области обеспечения устойчивого естественного роста численности населения Российской Федерации и повышения ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 г. до 80 лет)». Опрос SATI проведен в рамках проекта ЦФИ НИУ ВШЭ ТЗ-151 «Анализ рисков социальной напряженности и предложения по мерам политики, направленным на повышение социальной устойчивости».

Статья поступила в редакцию в июле 2020 г.

По оценкам ГУВМ МВД в марте на территории России на законных основаниях работало более 1 млн граждан Узбекистана, около 500 тыс. – Таджикистана, более 350 тыс. – Киргизии (основных стран происхождения трудовых мигрантов). Прекращение в марте транспортного сообщения между государствами не позволило всем желающим вернуться на родину. Всего в России на 1 апреля 2020 г., согласно сведениям из Центрального банка данных по учету иностранных граждан и лиц без гражданства (ЦБДУИГ), находилось 10,2 млн иностранных граждан, включая работников, студентов, туристов и др. Из них 4,2 млн составляли иностранцы, прибывшие в Россию с целью «работа по найму» (Флоринская 2020: 14). С учетом иностранцев, которые имели вид на жительство и разрешение на временное проживание, а также работающих иностранных студентов общая численность иностранных работников в России приближалась к 5 млн человек.

Введенные Правительством РФ с 18 марта ограничения на въезд иностранцев и лиц без гражданства нарушили нормальный ход трудовой миграции, в которой присутствовала четкая сезонная составляющая. Традиционно численность трудовых мигрантов минимальна в январе. С марта, как показывает динамика числа патентов, оформленных работниками из Узбекистана, Таджикистана, Украины, Молдавии и Азербайджана (рисунок 1), их количество быстро увеличивается вместе с увеличивающимся сезонным спросом на рабочую силу. Максимальных значений поток мигрантов достигал в апреле-мае, но в 2020 г. этого не произошло из-за коронавирусной пандемии. Так, количество впервые оформленных патентов в мае было в 3,5 раза меньше, чем в январе. Всего, по данным ГУВМ МВД, иностранцев, поставленных на миграционный учет в апреле-июне 2020 г. в связи с работой, было на 1,3 млн человек меньше, чем за тот же период 2019 г.



**Рисунок 1. Количество оформленных патентов в России с января 2018 по июль 2020 г.**

Источник: (ГУВМ МВД РФ 2020).

Недостаток информации о положении иностранных работников в России в период коронавирусной пандемии породил разного рода домыслы и слухи. Общественное мнение было взбудоражено страшилками массмедиа, предсказывающими рост преступности

иностранцев, лишенных средств к существованию. Всплеск алармистских настроений пришелся на середину апреля<sup>1</sup>. Эти настроения инициировались, как уже привычно, правоохранителями<sup>2</sup> и политиками<sup>3</sup>, одиозными личностями из РПЦ<sup>4</sup>, националистами<sup>5</sup>, а также «экспертами», утверждающими, что «криминальные настроения среди мигрантов более ярко выражены, чем у россиян» (Погребняк 2020), или полагающими, что мигранты в Москве работают за зарплату в 8 тыс. рублей<sup>6</sup>. К ним добавились персоны, позиционирующие себя как представители мигрантов<sup>7</sup> либо правозащитники. Так, во в целом выдержанном Докладе Московского бюро по правам человека (МБПЧ) «COVID-19: проявления расизма, ксенофобии и миграционные процессы в условиях пандемии» присутствовали непроверенные ссылки на кейсы, где о мигрантах вообще речь не шла<sup>8</sup>, или говорилось о случившемся 3 года назад<sup>9</sup>. Однако на эти кейсы ссылались массмедиа, апеллируя к докладу МБПЧ<sup>10</sup>.

Звучали, конечно, и голоса специалистов (Абашин 2020; Полетаев 2020)<sup>11</sup>. Наиболее афористично их позицию сформулировал Д. Александров: «Рабочие мигранты кажутся мне

<sup>1</sup> По данным информационно-аналитической системы «МедиаЛогия», на неделю с 12 по 20 апреля пришлось 11% всех публикаций за февраль-июнь 2020 г., посвященных проблемам мигрантов в период пандемии.

<sup>2</sup> См.: Фалалеев М. (2020). Неудобные гости. Коронавирус может вызвать в России рост преступности среди мигрантов. Российская газета, Федеральный выпуск 122(8176), 07.06.2020. URL:

<https://rg.ru/2020/06/07/koronavirus-mozhet-vyzvat-v-rossii-rost-prestupnosti-sredi-migrantov.html>; Михайлов Михаил (2020). Вирус для мигрантов. Насколько опасен он для всего общества? «Вместе-РФ», 06.05.я 2020. URL: <https://vmeste-rf.tv/analytics/virus-for-migrants-how-dangerous-is-it-to-society/>

<sup>3</sup> См.: РИА Новости (2020). Жириновский предложил ограничить возвращение в Россию трудовых мигрантов. 23.05.2020. URL: <https://ria.ru/20200523/1571877700.html>; Вахрушев Алексей (2020). Полпред Цуканов заявил об угрозе из-за бомжей и мигрантов во время эпидемии коронавируса. *Ura.ru.*, 13.04.2020. URL: <https://ura.news/news/1052427087>

<sup>4</sup> См. Голованов Р. (2020). Отец Димитрий Смирнов: Россия вымрет. И нас заменят мигранты. А русские пойдут в дворники, курьеры и таксисты. КП, 26.04. 2020. URL: <https://www.kp.ru/daily/27122.5/4206121/>.

<sup>5</sup> См.: Росбалт (2020). Русские националисты призвали выдворить всех мигрантов из Средней Азии, пока кризис не перерос в «криминальную катастрофу». 23.04. 2020. URL: <https://www.rosbalt.ru/russia/2020/04/23/1840030.html>

<sup>6</sup> См.: Соколова Е. (2020). Коронавирус вызвал взрыв ксенофобии: мигранты отбирают работу у местных/ Московский Комсомолец, 20.05.2020; Актуальные комментарии (2020). Пороховая бочка: как коронавирус сказался на мигрантах, 13.05.2020. URL: <http://actualcomment.ru/porokhovaya-bochka-kak-koronavirus-skazalsya-na-migrantakh-2005131429.html>

<sup>7</sup> Президент Федерации мигрантов России Вадим Коженов, начавший страшить взрывным ростом криминала среди мигрантов в первой половине апреля (см.: Стешин Д. (2020). Президент Федерации мигрантов Вадим Коженов «Если безработные мигранты не уедут, рост криминала будет взрывной!» КП., 14.04.2020. URL <https://www.kp.ru/daily/27117/4197954/>). Спустя несколько дней он признал отсутствие роста преступности мигрантов, но продолжал пугать ею обывателя (см.: Говорит Москва (2020). В Федерации мигрантов не зафиксировали всплеска преступности среди иностранцев в России., 24.04. 2020. URL: <https://govoritmoskva.ru/news/232071/>

<sup>8</sup> Лента.ру (2020). Грабитель ударил россиянина ножом ради пакета с продуктами, 02.05.2020. URL: [https://m.lenta.ru/news/2020/05/02/dikost/?fbclid=IwAR3V2NekwFZ\\_nivMMYeZpHiryzGPBEYI0oWVCi87AXLZzDbpij90PH2G6kI](https://m.lenta.ru/news/2020/05/02/dikost/?fbclid=IwAR3V2NekwFZ_nivMMYeZpHiryzGPBEYI0oWVCi87AXLZzDbpij90PH2G6kI)

<sup>9</sup> КП (2020). В Воронеже будут судить гастарбайтера, ограбившего и жестоко избившего пенсионерку и ее внука, 30.04.2020. URL: [https://www.vrn.kp.ru/online/news/3856774/?utm\\_source=yxnews&utm\\_medium=desktop&utm\\_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews](https://www.vrn.kp.ru/online/news/3856774/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews)

<sup>10</sup> Компания (2020). В Москве мигранты стали чаще совершать преступления, 12.05.2020. URL: <https://ko.ru/news/v-moskve-migranty-stali-chashche-sovershat-prestupleniya/>

<sup>11</sup> См. также: Коммерсантъ" (2020). Рассказы о том, что мигранты пойдут грабить немигрантов из-за карантина,— это страшилка, 03.04.2020 . URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4312764>

едва ли не самой безопасной группой населения»<sup>12</sup>. Но здравые голоса тонули в хоре вопиющих о преступности мигрантов. Опровержения московских и федеральных властей о росте криминала мигрантов также не оказали существенного влияния на информационное освещение проблемы<sup>13</sup>; заголовки статей говорят сами за себя<sup>14</sup>. Однако массмедиа<sup>15</sup> продолжали пугать обывателя вплоть до конца июня грядущим ростом преступлений<sup>16</sup>.

Меньше выделяется тема распространенности коронавируса среди мигрантов, также подаваемая под устрашающими заголовками. Хотя проблема действительно существует и во многом обусловлена тем, что, по словам В. Чупик, «мигранты очень сильно стигматизированы, и поэтому готовы даже скрывать заболевание коронавирусом»<sup>17</sup>. Словами дело не ограничивалось. Еще в феврале представители «видимых меньшинств», особенно выходцы из Китая и Юго-Западной Азии, столкнулись во многих странах мира (США, Франция, Италия и др. – и в России тоже), с дискриминацией не только на бытовом уровне (HRW 2020).

В таких обстоятельствах, связанных с отсутствием объективной информации, позволяющей судить о ситуации, в которой оказались мигранты, сотрудники Института социологии ФНИСЦ РАН и НИУ Высшая школа экономики провели исследование, ориентированное на анализ ситуации с занятостью мигрантов, их материальным положением, готовностью вернуться на родину (или – для находящихся в стране происхождения – приехать в Россию), их краткосрочных и долгосрочных планах относительно работы и пребывания в России.

## МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ И ПРОФИЛИ МИГРАНТОВ

В рамках исследования в первой половине июня 2020 г. был проведен онлайн-опрос около 8 тыс. иностранных граждан, в подавляющем большинстве граждан стран СНГ. Респонденты должны были отвечать двум условиям: не иметь российского гражданства и, если они находились за пределами России, высказывать намерение приехать в Россию в

<sup>12</sup> Лента.ру (2020). *Растет всеобщее недоверие, всеобщая боязнь*, 22.05.2020. URL:

<https://lenta.ru/articles/2020/05/22/migrant/>

<sup>13</sup> См.: Известия (2020). *В мэрии Москвы не увидели роста преступности среди мигрантов во время пандемии*, 25.05.2020. URL: <https://iz.ru/1015171/2020-05-25/v-merii-moskvy-ne-uideli-rosta-prestupnosti-sredi-migrantov-vo-vremia-pandemii>; Егоров И. (2020). Кто сидит в Даркнете. *Российская газета (Москва), Федеральный выпуск*, 108(8162). 20.05.2020

<sup>14</sup> К удивлению, статья, цитирующая слова заместителя Секретаря Совета безопасности РФ А.Н. Гребенкина «правоохранительным органам удалось не допустить роста преступности в миграционной сфере», вышла под заголовком «Рост преступности среди мигрантов зафиксировали в России». См.: Телеграф (2020). *Рост преступности среди мигрантов зафиксировали в России*, 21.05.2020. URL: <https://rustelegraph.ru/news/2020-05-21/rost-prestupnosti-sredi-migrantov-zafiksirovali-v-rossii-90995>

<sup>15</sup> См.: Несекретные материалы (2020). *В Россию едет несколько миллионов мигрантов: первый рейс в конце июля*, 29.06.2020. URL: [https://nesekretno-net.ru/blog/43776301420/V-Rossiyu-edet-neskolko-millionov-migrantov-pervyy-reys-v-konts-iyulya?utm\\_referrer=mirtesen.ru](https://nesekretno-net.ru/blog/43776301420/V-Rossiyu-edet-neskolko-millionov-migrantov-pervyy-reys-v-konts-iyulya?utm_referrer=mirtesen.ru)

<sup>16</sup> Свой вклад в нагнетание истерии внес Д.А. Медведев, заявление которого в июне о риске роста преступности мигрантов было широко растиражировано массмедиа. См.: ТАСС (2020). *Медведев предупредил о рисках роста преступности среди потерявших работу мигрантов*, 09.06.2020. URL: <https://tass.ru/obschestvo/8687177>

<sup>17</sup> Радио Азаттык (2020). *Коронакризис в России: последствия для трудовых мигрантов*, 17.05.2020. URL: <https://rus.azattyk.org/a/30617025.html>

2020 г. После корректировки базы данных (отсева не отвечающих данным требованиям и тех, кто не прошел опрос полностью) выборка составила 2695 респондентов. Опрошено 1304 респондента, находящихся на территории России, и 1391 – за ее пределами. За немногими исключениями в формулировках вопросов, анкета была идентичной как для пребывающих в России, так и находящихся в посылающих странах.

Наряду с онлайн-опросом по аналогичной анкете и в это же время опрашивали по телефону (Computer Assisted Telephone Interviewing, CATI) граждан Киргизии, Таджикистана, Узбекистана и Украины, в подавляющем большинстве пребывающих в Москве и Московской области (300 респондентов). Для телефонного опроса использовали данные о респондентах, ранее принимавших участие в обследованиях Института социологии ФНИСЦ РАН. Как онлайн- опрос, так и CATI-опрос проводили на русском языке.

Профили онлайн-респондентов, пребывающих в России и за ее пределами, практически идентичны. Среди опрошенных преобладают мужчины, более четверти респондентов имеют высшее образование, каждый десятый – неполное высшее. Средний возраст респондентов 37 лет (среди мужчин – 35 лет, женщин – 39 лет). Почти треть опрошенных назвали русскими, для большинства респондентов русский язык является материнским. Принявшие участие в CATI-опросе представляют иную социальную страту иностранцев – это мигранты с более низким уровнем квалификации и образования (с высшим и неполным высшим 17,1%). Русских среди них существенно меньше, а русский язык назвали материнским лишь четверть респондентов (таблица 1).

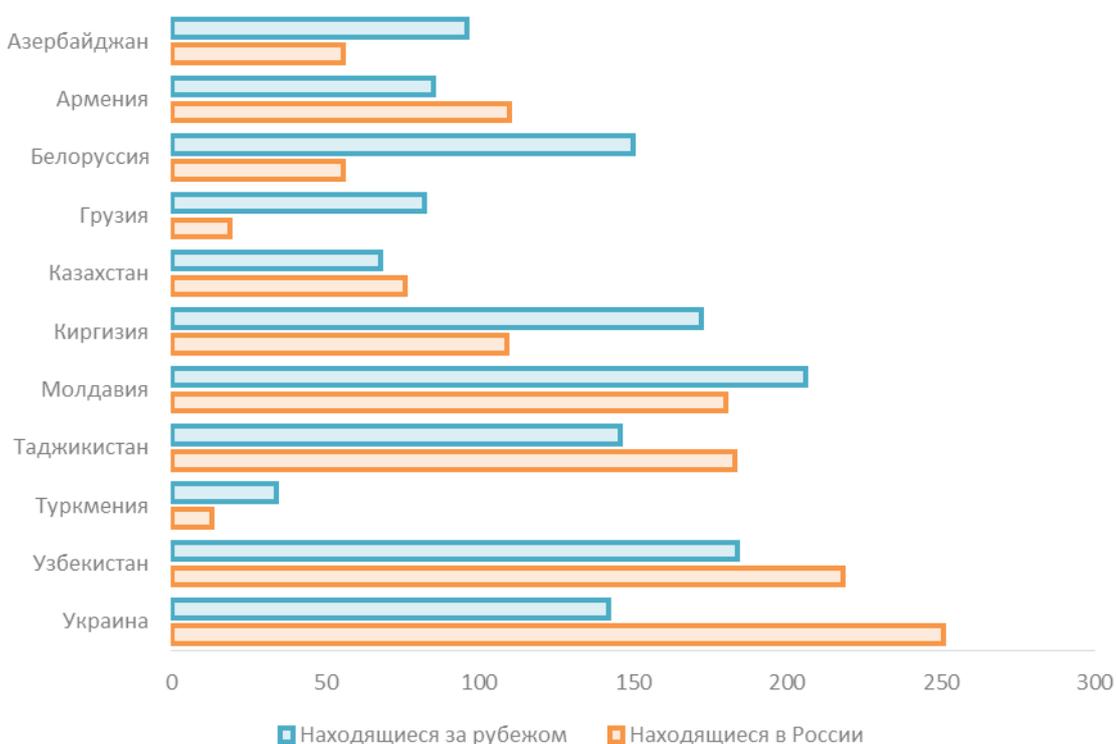
**Таблица 1. Основные социально-демографические характеристики мигрантов (онлайн-опрос и CATI), % опрошенных**

Параметры		Онлайн-опрос (опрошенные в России и за рубежом)	CATI
Пол	Мужской	62,4	68,9
Возраст, лет	До 20	4,6	0,3
	20-29	27,9	25,0
	30-39	28,4	35,1
	40-49	22,5	27,0
	50-59	11,4	12,5
	60 и старше	3,1	0,0
Семейное положение	Никогда не состоявшие в браке	28,9	15,4
	Состоящие в браке (включая гражданский и религиозный)	54,7	71,2
	Вдовы, разведенные	16,4	13,4
Наивысшее законченное образование	Начальное и незаконченное среднее	6,3	3,6
	Среднее общее	25,8	48,5
	Начальное профессиональное	9,1	8,0
	Среднее профессиональное	22,4	22,1
	Неполное высшее	10,3	4,0
Национальность	Высшее	26,0	13,1
	Русские	29,6	8,2
Родной язык	Русский	61,3	25,7

Онлайн-опросы чреваты смещениями в связи со спецификой интернет-аудитории, в которой преобладают молодые, образованные, городские респонденты. В нашем случае выборка также смещена в сторону более образованных мигрантов, что особенно наглядно при сравнении с CATI-опросом, где представлен иной контингент. Другие явные смещения:

повышенная доля русских и тех, для кого родным языком является русский. В то же время не фиксируется преобладание молодых контингентов иностранных граждан. Вероятно, занижена доля мигрантов с неурегулированным правовым статусом: об отсутствии действительных документов на пребывание/проживание и/или занятие трудовой деятельностью среди находящихся в России заявили всего 8,3% иностранцев и еще 6,1% затруднились в ответе.

Опираясь на предшествующие массовые опросы, проводившиеся сотрудниками Института социологии ФНИСЦ РАН для нужд НИУ-ВШЭ (2011 г. – 8,5 тыс. респондентов; 2017 г. – 8,6 тыс. респондентов) и ведомственную статистику МВД России, можно констатировать недостаточную представленность среднеазиатских мигрантов и избыточную – молдавских и армянских (рисунок 2).



**Рисунок 2. Распределение респондентов по странам гражданства, человек**

Большинство мигрантов, находящихся в России, работают, либо ищут работу и готовы к ней приступить – таковых 71,1% респондентов<sup>18</sup>. Среди опрошенных за пределами России работать после приезда в Россию намерены практически столько же – 70,7%. Основными видами экономической деятельности работавших на последнем рабочем месте в России (как находящихся на ее территории, так и за границей) являются строительство, гостиничный и ресторанный бизнесы, торговля, занятость в домашних хозяйствах. Иные сферы занятости участников САТИ-опроса: треть заняты в торговле, значительная доля занятых в строительстве и ЖКХ (таблица 2).

<sup>18</sup> Здесь и далее, если иное не оговорено, приводятся результаты онлайн-опроса.

**Таблица 2. Виды экономической деятельности мигрантов (онлайн-опрос и САТИ), % опрошенных**

Виды экономической деятельности	Онлайн-опрос	САТИ
Строительство	26,8	17,1
Гостиницы и общественное питание	14,1	3,9
Оптовая и розничная торговля; ремонт автомобилей и мотоциклов	9,8	33,6
Помощь в домашних хозяйствах	9,2	4,6
Транспорт, хранение	7,5	8,6
Обрабатывающие производства	6,4	3,6
ЖКХ, уборка зданий и территорий	4,5	15,0
Здравоохранение, социальные услуги	1,8	1,1
Прочие персональные услуги	3,5	3,9
Другие, нет ответа	16,4	8,6
Итого	100,0	100,0

Подавляющее большинство ответивших работают в одиночку и на микропредприятиях с численностью занятых до 15 человек (69,0% по онлайн-опросу, 64,7% по САТИ) или на малых предприятиях с численностью от 16 до 100 человек (соответственно 19,4 и 24,8%). Это предприятия, где наиболее распространена неформальная и незаконная занятость и которые больше всего пострадали от экономических последствий пандемии.

## МИГРАНТЫ В РОССИИ

Трудовые мигранты и члены их семей, пребывающие на территории России, оказались в сложном положении. Российские власти предприняли ряд мер, препятствующих их социальной исключенности, – в первую очередь, пролонгируя документы, позволяющие мигрантам пребывать на территории России и заниматься трудовой деятельностью<sup>19</sup>. Предпринятые меры шли в русле типичных для других стран, заключающихся в упрощении легальных процедур и автоматическом пролонгировании необходимых мигрантам документов, облегчении их доступа к медицинским услугам<sup>20</sup>. Однако эти меры не пользовались безоговорочной поддержкой россиян<sup>21</sup>. В целом они не облегчили экономическое положение мигрантов: сокращение занятости в первую очередь в тех сферах, где работают мигранты, сделало иностранных граждан одной из наиболее уязвимых социальных групп.

Онлайн-опрос был проведен с целью получить ответы на следующие вопросы: В каких видах экономической активности сокращение занятости стало особенно

<sup>19</sup> Официальный интернет портал правовой информации. (2020). Указ Президента Российской Федерации от 18.04.2020 № 274 «О временных мерах по урегулированию правового положения иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации в связи с угрозой дальнейшего распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202004180001>

<sup>20</sup> Обзор практик различных государств см.: (Малахов, Мотин 2020; OECD 2020; The World Bank 2020a).

<sup>21</sup> Согласно одному из онлайн-опросов, против них высказались 3/4 респондентов одной из деловых социальных сетей. См.: Опрос Telegram «БУДЬ В ТЕМЕ» (2020). *Россияне против предложения Правительства выплачивать мигрантам МРОТ*, 24 ТМ, 26.04.2020. <https://24tm.ru/articles/40511-rossijane-protiv-predlozhenija-pravitelstva-vyplachivat-migrantam-mrot-opros-telegram-bud-v-te.html>

болезненным для мигрантов? Каково их материальное положение? Насколько они готовы покинуть Россию в случае восстановления транспортных коммуникаций? Каковы их ближайшие и отдаленные планы, связанные с трудовой деятельностью и жизнью в России? В опросе приняли участие иностранные граждане, не имеющие второго (российского) гражданства, находящиеся на территории 78 регионов России, из них 52,4% в Москве и Московской области и 10,9% в Санкт-Петербурге и Ленинградской области.

Среди опрошенных много студентов (12,3%), есть домохозяйки (6,2%), неработающие пенсионеры (1,4%). Еще 3,5% – лица без определенного вида занятий, не отнесшие себя к какой-то категории и заметившие, что они не работают и не ищут работу. Социально-демографические профили иностранцев, которые не присутствуют на российском рынке труда, существенно отличаются от профилей тех, кто занят или ищет работу (таблица 3).

**Таблица 3. Основные социально-демографические характеристики присутствующих на рынке труда и других категорий мигрантов в России, % опрошенных**

Параметры		Работающие и ищущие работу	Другие категории мигрантов	Итого
Пол	Мужской	64,9	50,0	61,2
Возраст, лет	До 20	1,2	15,6	4,7
	20-29	27,9	42,7	31,5
	30-39	31,2	14,2	27,1
	40-49	26,1	14,9	23,4
	50-59	11,9	9,8	11,4
	60 и старше	1,7	2,7	2,0
Семейное положение	Никогда не состоявшие в браке	22,7	52,0	29,9
	Состоящие в браке (включая гражданский и религиозный)	58,6	40,1	53,6
	Вдовы, разведенные	18,7	7,9	16,5
Наивысшее законченное образование	Начальное и незаконченное среднее	6,7	8,7	7,2
	Среднее общее	31,2	16,7	27,7
	Начальное профессиональное	8,5	7,3	8,2
	Среднее профессиональное	22,2	23,0	22,4
	Неполное высшее	8,5	23,3	12,2
	Высшее	22,8	21,0	22,4
Национальность	Русские	22,5	30,3	24,5
Родной язык	Русский	52,6	55,3	53,3

Среди неработающих мигрантов намного больше молодежи: свыше половины – до 30 лет, в основном это студенты. Если в возрастных группах до 40 лет преобладают мужчины, то старше 40 лет – женщины. По сути, не работающие мигранты – это конгломерат, с одной стороны, молодых учащихся юношей (средний возраст 22 года), с другой – 40-летних домохозяек и пенсионеров с небольшими вкраплениями пенсионеров.

Однако работающих и ищущих работу иностранных граждан большинство. Основными видами экономической деятельности респондентов, находящихся за пределами Московского мегаполиса, являются строительство, гостиницы и рестораны, торговля, помощь в домашнем хозяйстве, обрабатывающие производства. Несколько иная структура занятости в Московском мегаполисе, где меньше доля занятых в строительстве и торговле,

но больше работающих в гостиничном и ресторанном бизнесе, помогающих в домашнем хозяйстве, в ЖКХ и оказывающих персональные услуги (таблица 4).

**Таблица 4. Виды экономической деятельности мигрантов в Московском мегаполисе и других регионах России на последнем месте работы, % ответивших**

Виды экономической деятельности	Москва и Московская область	Другие регионы России
Строительство	25,1	28,4
Гостиницы и общественное питание	15,9	13,5
Оптовая и розничная торговля; ремонт автомобилей и мотоциклов	9,8	13,2
Помощь в домашних хозяйствах	12,7	5,8
Транспорт, хранение	7,4	7,7
Обрабатывающие производства	4,8	8,8
ЖКХ, уборка зданий и территорий	6,4	2,5
Здравоохранение, социальные услуги	1,2	3,3
Прочие персональные услуги	4,2	2,5
Другие	12,5	14,3
Итого	100,0	100,0

Труд опрошенных неплохо оплачивается: средняя зарплата составляет 43,2 тыс. рублей (медианное значение 36 тыс. рублей). Лучше всего оплачиваются работающие в сфере профессиональной, научной и технической деятельности, в области информатики и связи, культуры и досуга (79,1 тыс. руб., медиана 62,4 тыс. руб.), в строительстве (49,4 тыс. руб.), хуже всего – занятые в ЖКХ (35,3 тыс. руб.), торговле (35,1 тыс. руб.). Зарботки менее квалифицированных работников (САТИ-опрос) несколько меньше: средняя оплата их труда в строительстве – 42,8 тыс. рублей, в торговле – 32,6 тыс. рублей, в ЖКХ – 30,0 тыс. рублей.

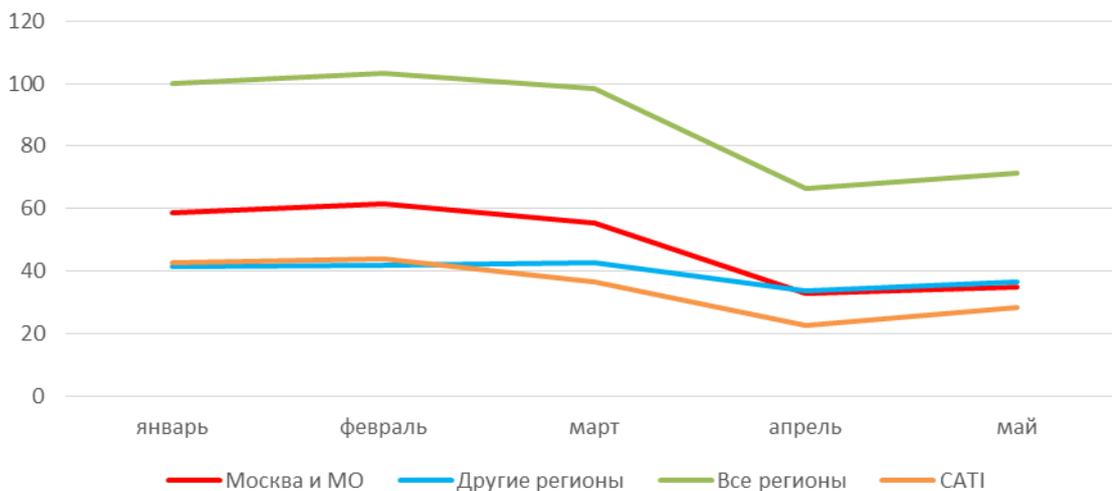
Отметим предпринимательскую жилку опрошенных: 3,8% из них являются собственниками компании, 3,7% – зарегистрированными индивидуальными предпринимателями, еще 7,7% – самозанятые.

Подавляющее большинство присутствующих на российском рынке труда работали в минувшем году (88,8%). В этом году 8,7% из них не имели работы на всем протяжении с января по май. Максимальная занятость среди работавших в этом году в России пришлась на февраль, а пик безработицы – на апрель: если принять численность работавших в январе за 100 пп., то в феврале – 103,1, марте – 97,7, апреле – 66,2, мае – 71,2. Схожая картина сложилась по САТИ-опросу с поправкой на то, что основным видом экономической деятельности респондентов, преимущественно выходцев из Средней Азии, является торговля: февраль – 103,6, март – 85,8, апрель – 53,5, май – 67,2.

Однако процессы с занятостью мигрантов, шедшие в регионах и в столичном мегаполисе, кардинально различаются. В Москве был установлен наиболее жесткий режим самоизоляции, достаточно жесткий режим был и в Московской области<sup>22</sup>, тогда как в других регионах – за немногими исключениями и, как правило, позже – карантин имел

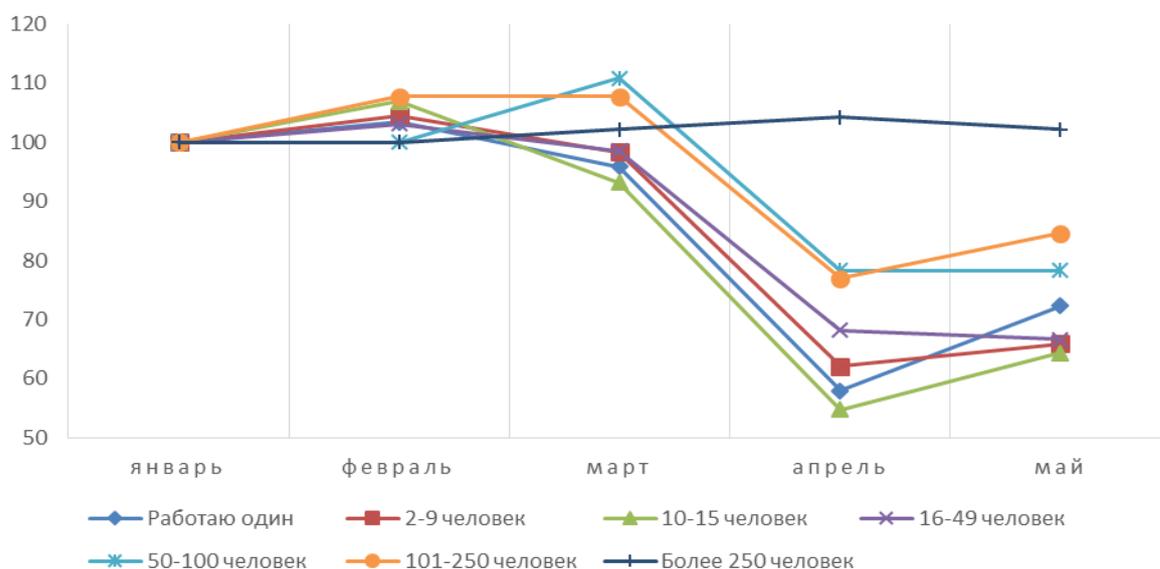
<sup>22</sup> Следует учесть, что многие трудовые мигранты, работающие в Москве, проживают в Московской области и ограничение транспортного сообщения между Москвой и областью сократило их возможности работы в Москве.

место в облегченном виде. Как следствие, уменьшение мигрантского рынка труда в мегаполисе было более значительным, чем в регионах (рисунок 3).



**Рисунок 3. Динамика числа работающих в январе-мае 2020 г. в Московском мегаполисе и регионах России (все регионы январь 2020=100%)**

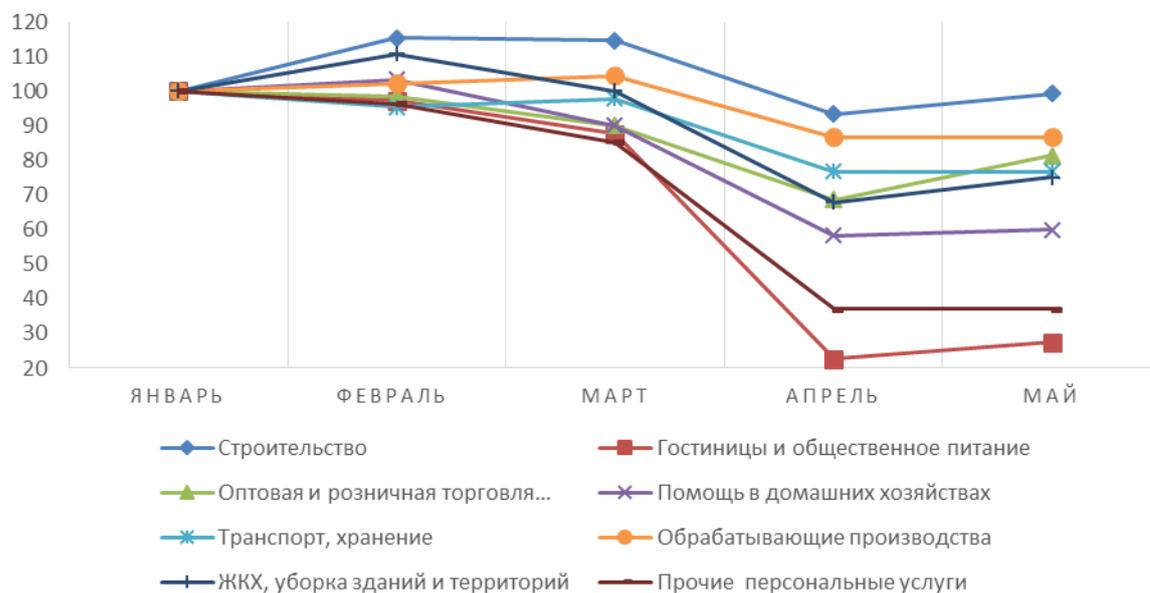
Занятость в мегаполисе начала сокращаться в марте, тогда как в регионах продолжался традиционный для этого времени года прирост занятости мигрантов. Если в мегаполисе в апреле число работающих респондентов сократилось по сравнению с мартом на 40,8% (а по сравнению с февралем на 47,5%), то в регионах – лишь на 21,2%. Примечательно, что данные САТИ-опроса демонстрируют такую же динамику занятости мигрантов, как и онлайн-опроса в мегаполисе. С одной стороны, это неудивительно: 95% респондентов САТИ пребывают в Московском регионе. С другой, – респонденты САТИ заняты на худших рабочих местах, и это аргумент в пользу того, что кризис одинаково отразился на работниках разных занятий.



**Рисунок 4. Изменение числа занятых в зависимости от количества работников предприятия (организации) в январе-мае 2020 г., % (январь 2020 г. =100%)**

Весной 2020 г. наибольшую устойчивость продемонстрировали средние и крупные предприятия. Особенно сложно пришлось самозанятым и работающим на микропредприятиях, их численность сильно сократилась в апреле (рисунок 4).

Апрельское сокращение рынка труда миновало работников, составлявших костяк бизнеса. Работодатели, судя по всему, ориентировались на сохранение наиболее ценных сотрудников, избавляясь, в первую очередь, от менее опытных и квалифицированных. Более половины работавших в январе-мае 2020 г. (55,0%) составляли те, кто не терял работу в это время. Это наиболее образованные (28,9% с высшим образованием), лучше владеющие русским языком, среди них много русских (32,0%). Сильнее пострадали хуже оплачиваемые самые социально уязвимые группы мигрантов: с неурегулированным правовым статусом – не имеющие никаких действительных документов на пребывание/проживание и/или занятие трудовой деятельностью в России (существенно реже теряли работу имевшие вид на жительство или разрешение на временное проживание); неформально занятые – чьи трудовые отношения основывались на устных соглашениях (или самозанятые, не оформившие отношения с государством). Если среди всех опрошенных доля неформально занятых составляла 38,7%, а среди занятых в коллективах до 10 человек – более половины (51,8%), то среди тех, кто постоянно работал на протяжении января-мая 2020 г., существенно меньше – 24,2%. Вытесняемые с рынка труда наиболее уязвимые социальные группы мигрантов, с одной стороны, пополняют ряды безработных, с другой – формально улучшают статистику неформальной занятости.



**Рисунок 5. Изменение численности занятых по основным видам экономической деятельности мигрантов в январе-мае 2000 г., % (январь 2020 г. =100%)**

Кризис, связанный с пандемией, ожидаемо сильнее всего ударил по гостиничному и ресторанному бизнесу, где в самый тяжелый месяц (в апреле) работали только 23,3% от работавших в феврале, персональным услугам (38,4% работавших в феврале), помощи в домашнем хозяйстве – 56,4%, торговле – 69,6%, тогда как в строительстве – 81,0% (а в мае занятость в строительстве вышла на январский уровень; рисунок 5).

Однако для менее квалифицированных работников (опрос САТИ) ситуация была более драматична: в апреле, в самое трудное время, были заняты только 40% работавших на пике занятости в феврале в строительстве, торговле и на транспорте.

Меньше всего от сокращения занятости пострадали граждане Белоруссии, Казахстана, Армении и Украины. Сложнее всего пришлось гражданам Киргизии, Узбекистана и Таджикистана: в апреле среди граждан Киргизии работали 47,1% занятых в феврале, среди граждан Узбекистана – 52,2%, Таджикистана – 69,1% (среди последних было меньше занятых в гостиничном и ресторанном бизнесе, наиболее пострадавшем в период локдауна). Аналогичная картина зафиксирована среди менее квалифицированных мигрантов: по САТИ-опросу в апреле работали только 52,8% работавших в феврале граждан стран Средней Азии.

Если среди российских работников после введения режима самоизоляции работу потеряли почти 10% из тех, у кого она была в докарантинный период (Гимпельсон, Капелюшников 2020)<sup>23</sup>, то среди мигрантов – около 40-45%<sup>24</sup> (в онлайн-опросе – каждый третий, в САТИ-опросе – каждый второй).

Похоже, что в отличие от российских работников, в массовом порядке ощутивших сокращение оплаты труда, – реакция работодателей, характерная для экономических кризисов 2000-х, мигранты столкнулись с массовыми сокращениями, обусловленными закрытием бизнесов. Сокращение оплаты труда также имело место, особенно в наиболее пострадавших от кризиса гостиничном и ресторанном бизнесе, оптовой и розничной торговле, в которых работодатели сокращали, в первую очередь, лучше оплачиваемых более возрастных работников. Однако в ряде видов экономической активности (помощь в домашних хозяйствах, строительство) оплата труда даже несколько подросла (соответственно на 4,8 и 2,9% в апреле по сравнению с февралем).

Наиболее значимыми причинами потери работы назывались объективные, обусловленные закрытием предприятия (31,5% опрошенных)<sup>25</sup>, сокращением числа работников (8,5%). Крайне редко работники проявляли инициативу и уходили сами, даже если им не платили (15,1%). Весьма распространена была ситуация, когда организация не работала из-за режима изоляции, работнику не платили, но помогали, чем могли (продуктами питания, например), он числился как работающий и ждал начала работы (18,9%). Значительная часть респондентов (26,0%) не детализировала причину потери работы, расплывчато указывая на пандемию. 58,1% ответивших знают родственников, друзей, знакомых, потерявших работу в России в этом году и вернувшихся на родину, однако еще больше (62,8%) отмечали, что лишившиеся работы остались в России.

<sup>23</sup> По другим оценкам – каждый четвертый. См.: Пипия К. (2020). От изоляции – к миграции. Ведомости, 03.06.2020. URL: <https://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2020/06/03/831861-izolyatsii-migratsii>

<sup>24</sup> В массмедиа появлялись и более высокие оценки числа мигрантов, потерявших работу, ссылавшиеся на неведомые опросы. См.: Хиромон Б. (2020). ИОМ: около 60 процентов мигрантов в России потеряли доходы. Радио Озоди, 03.06.2020. URL: <https://rus.ozodi.org/a/30650669.html>

<sup>25</sup> Особенно часто сталкивались с закрытием предприятия в Московском мегаполисе (37,2%), тогда как в других регионах – 21,9% респондентов.

В наиболее сложном положении оказались ищущие работу: у 57,3% из них денег не хватает на самое необходимое. Не столь катастрофическое положение работающих, домохозяек, учащихся, пенсионеров, среди которых таких крайне нуждающихся 27,9%. Хуже всего ситуация в Москве, где денег не хватает на самое необходимое у 44,8% иностранных граждан. По телефонному опросу, каждый седьмой мигрант в Москве жаловался, что денег нет даже на еду, каждый третий – нет денег на покупку одежды.

Боязнь остаться без средств к существованию преобладает над боязнью коронавируса: первых втрое больше, чем вторых. Корона-диссидентство вкупе с бравадой также имеет место быть: 16,7% не боятся ни того, ни другого. Еще больше таковых зафиксировано в САТI-опросе – 23,4%, что наводит на мысль о большей распространенности ковид-диссидентства среди менее образованных мигрантов.

В 2020 г. планирует работать подавляющее большинство респондентов, включая учащихся, домохозяек, пенсионеров, ранее не присутствовавших на рынке труда: 78,7% точно планируют работать, еще 7,8% рассматривают такую возможность. Однозначно отвергают свою работу в этом году в России лишь 6,5% респондентов и 7,0% затруднились с ответом. Среди тех, кто планирует продолжать работу или начать работать в России в этом году, 42,7% уверены, что им удастся сохранить работу, 42,8% – что смогут найти работу (хотя часть из них сомневаются, что это удастся сделать быстро). Не уверены, что вообще найдут работу, 5,9%, затруднились с ответом 8,7%.

Оценки экспертами возможного оттока мигрантов из России после возобновления межгосударственного транспортного сообщения разнятся. Некоторые из них предполагают значительный выезд из России. Назывались и возможные масштабы оттока – до трети (Абашин 2020) или даже свыше половины иностранных граждан (Рязанцев 2020). Но этот отток спустя месяцы обернется существенным возвратным движением. Сторонники масштабного сокращения числа трудовых мигрантов чаще всего указывают на прецеденты предшествующих экономических кризисов, возрастающую конкуренцию иностранцев на рынке труда с российскими работниками, лишившимися работы. Более умеренные оценки базируются на кардинальных отличиях нынешнего экономического кризиса от предыдущих, на оценке экономической ситуации в основных посылающих странах, факторах, выталкивающих потенциальных мигрантов на российский рынок труда.

Однако 78,2% работающих и 75,4% ищущих работу респондентов и не думали выезжать из России в ближайшие месяцы (по крайней мере, до сентября-октября), лишь каждый десятый из них рассматривал возможность временно вернуться на родину, переждать там трудности и опять возвратиться в Россию (таблица 5). В телефонном опросе зафиксированы схожие цифры: оставаться в России пока намерены 78,9%, переждать проблемы на родине – 10,0%. Иностранцы не стремятся покинуть рынок труда, полагаясь на свои возможности трудоустройства<sup>26</sup>. Возможность возвращения на родину,

---

<sup>26</sup> Схожие данные были получены по намерениям украинских трудовых мигрантов в Польше, 85% которых не собирались выезжать на родину. См.: Укринформ (85% работников в период пандемии хотят остаться в Польше, 05.05.2020. URL: <https://www.ukrinform.ru/rubric-society/3019588-85-rabotnikov-v-period-pandemii-hotat-ostatsa-v-polse.html>)

чаще временного, больше рассматривают учащиеся, лица без определенных занятий, пенсионеры, домохозяйки (таблица 5).

**Таблица 5. Ближайшие планы респондентов на пребывание в/отъезд из России, % опрошенных**

«Какие у Вас ближайшие планы (до сентября-октября 2020 г.)?»»	Онлайн-опрос		САТI-опрос	
	работающие и ищущие работу	не работающие и не ищущие работу	работающие и ищущие работу	не работающие и не ищущие работу
Оставаться в России	77,3	62,5	80,9	67,4
Вернуться на родину, там переждать трудности и потом приехать в Россию	9,2	16,0	7,8	23,3
Вернуться на родину насовсем	3,6	5,1	5,9	4,7
Не знаю	9,9	16,5	5,5	4,7
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Особо важно, как оценивают ситуацию выходцы из среднеазиатских государств – основных стран происхождения мигрантов. Но настроения мигрантов из Киргизии, Таджикистана и Узбекистана аналогичны настроениям мигрантам из других стран: оставаться в России, несмотря ни на что (таблица 6). Скорее всего, их краткосрочные планы обусловлены не столько складывающейся ситуацией в России, сколько обстановкой на родине и оценкой всех плюсов и минусов краткосрочного и недешевого отъезда.

**Таблица 6. Ближайшие планы на пребывание в/отъезд из России граждан Киргизии, Таджикистана и Узбекистана, % опрошенных**

«Какие у Вас ближайшие планы (до сентября-октября 2020 г.)?»»	Онлайн-опрос	САТI
Оставаться в России	70,9	78,8
Вернуться в свою страну, там переждать трудности и потом приехать в Россию	11,2	9,2
Вернуться в свою страну насовсем	4,7	6,5
Нет ответа, з/о	13,1	5,4
Итого	100,0	100,0

Учитывая, что значительная часть респондентов не определилась со своими ближайшими планами, можно полагать, что покинуть Россию в ближайшие месяцы (при условии восстановления транспортного сообщения и относительно стабильной ситуации с коронавирусом в России и странах происхождения) могут, с учетом складывающейся экономической конъюнктуры, около 20% мигрантов, две трети из которых вернутся на российский рынок труда в этом же году.

Более половины тех немногих, кто собирается уехать из России, готовы выехать сразу после восстановления транспортного сообщения. Но 21,5% опрошенных увязывают готовность с отъездом с ситуацией с коронавирусом в России и на родине, каждый пятый – с наличием денег на билет, а каждый седьмой – с другими обстоятельствам, связанными с семьей, работой и др.

Принявшие участие в опросе в большинстве своем интегрированы в российское общество. Они дорожат работой в России и опасаются ее потерять. Значительная часть мигрантов имеют вид на жительство или разрешение на временное проживание (24,8%

среди респондентов онлайн-опроса и 30,1% по опросу SATI) – документы, позволяющие более свободно чувствовать себя в повседневной жизни в России и особенно на рынке труда. У подавляющего большинства из них есть приемлемое жилье, чаще всего – съемная отдельная квартира, причем 11,8% респондентов или членов его/ее семьи являлись собственниками жилья, у 6,9% опрошенных жилье было собственностью жены (мужа), партнера. Почти у половины из тех, кто проживает в России с супругом или партнером, она(он) имеют российское гражданство. Неудивительно, что, отвечая на вопрос о долгосрочных миграционных планах, подавляющее большинство намерено либо остаться в России навсегда, либо осуществлять циркулярные миграции между Россией и страной происхождения.

## **МИГРАНТЫ НА РОДИНЕ**

За последние два десятилетия иностранные работники стали неотъемлемой частью российского рынка труда. Согласно результатам федерального статистического наблюдения за использованием труда мигрантов, в 2019 г. иностранцев нанимали 168 тыс. российских предпринимателей и почти 1,4 млн российских домохозяйств (Росстат 2020а). В свою очередь, массовая трудовая миграция из бывших союзных республик в Россию смягчает проблемы безработицы в этих странах. Всего, по нашим оценкам, основанным на данных ГУВД МВД РФ и на статистике Международной организации труда, на работу в Россию до коронакризиса выезжало более 16% от численности рабочей силы Армении и Киргизии, около 13% – Узбекистана, и более 45% – Таджикистана. Для миллионов домохозяйств работа в России стала важным источником доходов. Так, например, в 2019 г. объемы денежных переводов мигрантов составляли почти 30% от валового внутреннего продукта Киргизии и Таджикистана, 3/4 всех переводов в эти страны поступили из России (The World Bank 2020b).

Введение режима самоизоляции в России и приостановка международных транспортных сообщений стали сильнейшим шоком не только для тех, кто находился в России, но и для тех, кто собирался приехать в нее в марте-июне 2020 г. Именно те, кто вернулся домой из России в 2020 г., а также те потенциальные мигранты, которые не смогли въехать в Россию после разрыва международных транспортных связей, находились во втором фокусе нашего исследования. Каково их экономическое положение на родине? Как скоро они готовы вернуться в Россию в случае открытия границ? Каковы их долгосрочные миграционные планы? На эти вопросы должны были дать ответы 1391 иностранных граждан, находившихся в момент опроса за пределами России. Среди респондентов 15% составляли граждане Молдавии, 13,2% – Узбекистана, 12,4% – Киргизии, 10,9% – Белоруссии, 10,5% – Таджикистана, 10,3% – Украины, 6,9% – Азербайджана, 6,1% – Армении, 4,9% – Казахстана, 2,4% – Туркмении, 1,4% – других государств.

Еще раз подчеркнем, что выборка оказалась сильно смещенной в сторону русских и лиц с высшим образованием. Так, среди респондентов доля тех, кто отнес себя по национальности к русским, составила 34,7%. Второй по численности национальной группой были таджики (9,2%), третьей – узбеки (8,9%). Заметим, что в общем числе

трудовых мигрантов по данным миграционного учета явно преобладают граждане Узбекистана и Таджикистана (в 2019 г. – почти 60%). Почти четверть опрошенных являются билингвами, т. е. родным они назвали не только русский, но и другой язык. Высшее образование в нашем случае имели 28,7% респондентов, неполное высшее и среднее профессиональное – 31,9%. Это, примерно, соответствует уровню образования населения России в возрасте от 15 до 59 лет – в 2010 г. 25,8% россиян имели высшее образование и 39% – неполное высшее или с среднее специальное. Но уровень образования респондентов был более высоким, чем у их соотечественников на родине. Так, в Киргизии высшее образование имеют примерно 15% взрослого населения, в Таджикистане – порядка 10%.

Метод опроса заставлял предположить, что выборка даст смещение в пользу молодых возрастов, однако этого не произошло. В возрасте от 50 лет и старше находилось почти 20% респондентов, 30% респондентов были моложе 30 лет, другая половина находилась в средних трудоспособных возрастах от 30 до 50 лет. Около 2/3 респондентов – мужчины, что в целом соответствует половой структуре потока трудовых мигрантов в Россию.

Большая часть респондентов (свыше 70%) ранее посещали Россию. Из общего числа респондентов 20,5% недавно приехали из России и не могут вернуться в нее из-за коронавирусных ограничений, 35,8% ездят в Россию время от времени, еще 28,4% собираются в Россию впервые. Остальные так или иначе связаны с Россией (родственники, командировки, бизнес, туризм и др.). Среди респондентов особый интерес вызывают те, кто приезжал на срок от трех месяцев и более, т. е. работать или учиться<sup>27</sup>. Таких трудовых и учебных мигрантов в выборке оказалось 63%. Более 28% респондентов последний раз въезжали в Россию в 2019 г., около 10% – в 2018 г., 8% – в 2020 г., остальные 54% – до 2018 г. Но более половины опрошенных (55%) уехали из России в 2019 (27,5%) и 2020 (27,5%) годах.

Как уже отмечалось выше, эпидемия коронавируса и режим изоляции нарушили нормальный ход миграционных процессов со свойственной им сезонной компонентной. В январе въезд в Россию традиционно находится на минимальном уровне; большинство трудовых мигрантов приезжают в страну в марте-мае, а возвращаются на родину поздней осенью и в начале зимы до января-февраля следующего года. По данным опроса, в 2019 г. число вернувшихся на родину в марте было примерно таким же, как и в январе, феврале или в апреле, и почти в 6 раз меньше, чем в декабре. В 2020 г. респондентов, уехавших из России в марте, было в 2,5 раза больше числа уехавших в январе.

---

<sup>27</sup> Напомним, что 3 месяца или 90 суток – значимый интервал в Российском миграционном законодательстве. Согласно его положениям, срок временного пребывания в Российской Федерации иностранного гражданина, прибывшего в порядке, не требующем получения визы, не может превышать девяносто суток суммарно в течение каждого периода в сто восемьдесят суток. По истечении этого срока требуется получение разрешительных документов на пребывание, в том числе о привлечении к трудовой деятельности (патент или ходатайство от работодателя), либо ходатайство образовательной организации, в которой иностранный гражданин обучается. См. Федеральный закон от 25.07.2002 №115-ФЗ (ред. от 24.04.2020) "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 07.07.2020). Статья 5. Временное пребывание иностранных граждан в Российской Федерации.

Потеря работы и коронавирусная эпидемия послужили главными выталкивающими факторами из России. Среди тех, кто вернулся на родину в 2020 г., преобладали строители (более 30%), работники гостиниц и общественного питания (11%), торговли и транспорта (по 8,2%). Но возвратившиеся мигранты на родине фактически столкнулись с теми же трудностями, что и в России: из-за принятых коронавирусных мер возможности трудоустройства заметно уменьшились. Среди тех, кто вернулся домой в 2020 г., в начале июня работали только 40%, более 50% не работали, чуть менее 10% учились. Среди всех респондентов занятые составили 51,6%, ищут работу 24,5%, не работают и не ищут работу примерно 6%, учатся 6,7%, домохозяйки – 6%, пенсионеры – примерно 5%.

Возвращение на родину в условиях коронавирусной эпидемии и мер борьбы с нею, ограничение международных поездок со стороны всех государств негативно повлияли на благосостояние семей трудовых мигрантов в странах их происхождения. Средний ежемесячный заработок трудовых мигрантов в России в начале 2020 г. составлял 47 тыс. рублей. Примерно таким же он был и в 2019 г. Согласно данным Росстата, это в целом соответствует среднему заработку по России в феврале 2020 г. (Росстат 2020b: 232). Если опираться на результаты предшествующих массовых опросов, проведенных сотрудниками Института социологии ФНИСЦ РАН для нужд НИУ-ВШЭ (2011 г. – 8,5 тыс. респондентов; 2017 г. – 8,6 тыс. респондентов), то можно предположить, что, в среднем, более 40% своего ежемесячного дохода они переводили на родину. Прекращение денежных поступлений из России осложнило и без того непростое экономическое положение семей трудовых мигрантов. Только 20% респондентов заявили, что они ни в чем не нуждаются, еще 17,5% надеются продержаться без посторонней финансовой и материальной помощи ближайшие два месяца. Остальные в той или иной степени вынуждены экономить или прибегать к внешней поддержке. Это касается как тех, кто никогда не работал в России, так и тех, кто только недавно, в 2019 или в 2020 г., вернулся из нее. Особо сложное положение у тех респондентов, кто в момент опроса не работал. С материальными трудностями сталкиваются 75% семей неработающих и половина семей работающих респондентов.

Для большей части опрошенных перспективы улучшения материального положения так или иначе связаны с работой в России. Среди респондентов, которые работали или учились в России, 54% собираются приехать в Россию на срок от трех месяцев и более, 11,4% - на срок менее трех месяцев, остальные на момент опроса не приняли решения. Среди респондентов, собравшихся в Россию впервые, доля намеревающихся выехать на срок три месяца и более, равна 35%, на срок менее трех месяцев – 23%, остальные респонденты не определились с ответом. Из числа опрошенных, которые вернулись из России в 2019 и 2020 г., 57% планируют вернуться в нее на срок от трех месяцев и более.

Почти у половины потенциальных мигрантов чемоданные настроения. Около 60% из числа тех, кто собирается приехать на 3 месяца и более, и 55% из тех, кто собирается приехать на короткий срок (менее трех месяцев), ответили, что приедут в Россию, как только восстановится транспортное сообщение или будут собраны деньги на билет. Ситуация с коронавирусом является определяющей для выезда для 22% респондентов, намеревающихся пробыть в России более трех месяцев, и для 27% – менее трех месяцев. По словам остальных респондентов, момент отъезда для них определяется другими, прежде

всего, семейными обстоятельствами. Обратим внимание на то, что среди мигрантов, вернувшихся из России в 2019 и 2020 г., почти 75% готовы вернуться в нее сразу после восстановления транспортного сообщения.

В момент опроса респонденты были настроены оптимистично по отношению к получению работы в России. В общей сложности 67% респондентов уверены, что быстро ее найдут. Среди тех, кто собирается уехать сразу после восстановления транспортного сообщения, таковых 80%. Меньше оптимизма у тех, кто впервые приезжает в Россию: чуть больше половины (54%) из них уверены, что работу в России можно найти быстро. Но в целом почти 90% потенциальных мигрантов уверены, что работу в России они рано или поздно найдут.

Таким образом, в странах СНГ в условиях антикоронавирусных мер накапливается высокий потенциал для миграции в Россию. Этому способствует коронакризис в самих странах происхождения мигрантов, сопровождающийся сжатием рынка труда и падением доходов значительной части населения. Как показал опрос, потенциальных мигрантов в лице респондентов не пугает («не боятся») коронавирусная ситуация в России: каждый четвертый (25%) пренебрежительно относится к вероятности заболеть коронавирусом. Большую (40%) часть респондентов пугает перспектива остаться без средств к существованию. Особенно сильны миграционные намерения у имевших опыт работы или учебы в Российской Федерации, включая тех, кто был в России в 2019 и 2020 годах, подкрепляемые уверенностью в том, что в России можно быстро найти работу.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В отличие от предшествующих экономических кризисов, когда численность трудовых мигрантов изменялась в соответствии с экономической конъюнктурой в России, в период коронавирусной пандемии сложилась кардинально иная ситуация, когда более значимыми стали факторы, выталкивающие потенциальных мигрантов из стран происхождения на российский рынок труда. Находящиеся в России трудовые мигранты не выказывают стремления ее покинуть, а у тех, у кого были намерения переждать трудности на родине до осени, с каждым днем из-за отсутствия транспортного сообщения снижается стимул к выезду из России. Напротив, «навес» численности потенциальных трудовых мигрантов в посылающих странах постоянно возрастает. О его масштабах можно судить по данным ГУВМ МВД РФ согласно которым в апреле-июне 2020 года в России на миграционный учет с целью «работа» было поставлено на почти на 1,3 млн иностранных граждан меньше, чем в 2019 г. По данным Пограничной службы ФСБ России за эти же три месяца текущего года с целью въезда «работа» российскую границу пересекли всего 1,9 тыс.(!) иностранцев против 1,2 млн за тот же период в прошлом году. В июле-сентябре ограничения (при некоторых послаблениях) на международное транспортное сообщение со странами – основными поставщиками трудовых мигрантов в целом сохранились. Если предположить, что состояние рынка труда в 2020 г. при отсутствии пандемии не должно было существенно отличаться от предыдущего года, за период с апреля по сентябрь из-за коронавирусных ограничений в Россию не въехало более 2,2 млн трудовых мигрантов. С учетом сохранения транспортных ограничений до конца года эта оценка увеличится и превысит как минимум,

3 млн человек.

Миграция имеет огромное значение для посылающих стран. Во-первых, трудовая миграция смягчает давление на рынке труда в странах с быстро растущим молодым населением (Киргизия, Узбекистан, Таджикистан) или странах со «сжимающимся» рынком труда (Армения, Молдавия, Украина). Так, в 2019 г. в трудовой миграции участвовало 47% рабочей силы Таджикистана, не менее 17,5% – Киргизии, не менее 16% – Армении, 14% – Узбекистана. Хотя частично идет переориентация потоков трудовых мигрантов из Украины и Молдавии в Европу, Россия по-прежнему остается в числе главных направлений миграции и из этих стран. Во-вторых, страны происхождения мигрантов несут существенные потери от снижения притока денежных переводов трудовых мигрантов это относится, прежде всего, к тем странам, в которых денежные переводы из России составляют значительную величину по отношению к ВВП (Армения, Киргизия, Таджикистан). По нашим оценкам, основанным на данных Банка России и статистике Всемирного банка, при условии сохранения ограничений на въезд в Российскую Федерацию объемы переводов мигрантов в 2020 г. по сравнению с 2019 г. могут уменьшиться в странах СНГ на 30%, что сильно ударит по благосостоянию населения этих стран, стабильности их финансовых систем и снизит размеры инвестиций в их экономику.

В условиях экономического спада и сокращения спроса на труд уменьшение предложения иностранной рабочей силы выглядит в России, как и в других странах, естественным и ожидаемым. Однако в регионах и отраслях с высокой концентрацией мигрантов, в отраслях с сильной сезонной составляющей (сельское хозяйство, индивидуальное строительство) недостаток дешевой рабочей силы может осложнить процесс их восстановления.

Из-за коронакризиса в России наметился дефицит рабочих рук низкой и средней квалификации в строительстве, торговле, транспорте и складском хозяйстве, а также средней и высокой квалификации – в сферах помощи в домашних хозяйствах, персональных услугах (видах экономической деятельности, в которых доля расходов на труд максимальна и где труд мигрантов особенно заметен).

Отчасти это наблюдалось уже на дне кризиса: на транспорте и в складских хозяйствах, в домашних хозяйствах и строительстве оплата труда опрошенных мигрантов возросла соответственно на 10, 4,8 и 2,9% в апреле по сравнению с пиковым февралем. Об этом сигнализирует и Росстат: средняя зарплата россиян в транспортировке и хранении возросла в феврале – апреле на 10,3%, в строительстве – на 0,8%. Это означает, что, с одной стороны, часть «мигрантских» рабочих мест может быть занята россиянами – как местными, так и внутрироссийскими мигрантами. С другой – неизбежен рост стоимости товаров и услуг в тех видах экономической активности, где мигранты занимают или занимали значимые позиции.

Исследование показало, что потенциал трудовой миграции из стран СНГ остается достаточно высоким. При этом достаточно высоким и нереализованным является и потенциал для переселения и интеграции в России (рисунок 6).



**Рисунок 6. Долгосрочные миграционные планы респондентов, % ответивших**

Если посмотреть на планы респондентов относительно своего будущего, то более половины из них высказали намерение в конечном итоге остаться в России навсегда. Такие планы не чужды и менее квалифицированным работникам из Средней Азии (САТИ). Примечательно, что наибольшая доля таких респондентов среди находящихся за пределами России – среди опрошенных русских и азербайджанцев (чуть больше 66%); наименьшая – среди белорусов (22%).

Интеграционные настроения значительной части мигрантов фиксируются во всех опросах. Нынешняя сложно прогнозируемая социально-экономическая и эпидемиологическая обстановка в России и посылающих странах может скорректировать долгосрочные планы выходцев из постсоветских государств и привести к росту числа тех из них, кто будет склоняться к циркулярным миграциям, позволяющим более гибко реагировать на уровень жизни и конъюнктуру рынка труда в странах происхождения и странах назначения. В то же время постковидная российская экономика будет нуждаться в мигрантах так же, как и в допандемическом прошлом.

## ЛИТЕРАТУРА

- Абашин С. (2020). Коронавирус и миграция. *Фонд «Либеральная миссия»*, 10.04.2020. URL: <http://liberal.ru/migration/koronavirus-i-migraciya?fbclid=IwAR0JowXAmBBiL1QJSK2I5cdbaeLrgp7kvdsxFK6LcEiCD9MwoIVS ZvztYWE>
- Гимпельсон В., Капелюшников Р. (2020). Карантинная экономика и рынок труда. *ЭКОНС*, 02.06.2020. URL: <https://econs.online/articles/ekonomika/karantinnaya-ekonomika-i-rynok-truda/>
- ГУВМ МВД РФ, Главное управление по вопросам миграции МВД РФ (2020). *Статистические сведения по миграционной ситуации*. URL: <https://мвд.рф/Deljatelnost/statistics/migracionnaya> (данные загружены 01.09.2020).

- Малахов В.С., Мотин А.С. (2020). Влияние пандемии COVID-19 на миграционные процессы и миграционную политику в Европейском Союзе и в России. В В.С. Гуревич, С.М. Дробышевский, А.В. Колесников, В.А. Мау, С.Г. Синельникова-Мурылев (Ред.), *Мониторинг экономической ситуации в России: тенденции и вызовы социально-экономического развития*, 17(119), июнь, 3 (с. 1-42). Институт экономической политики имени Е.Т. Гайдара, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. URL: [https://www.ganepa.ru/documents/2020\\_17-119\\_June.pdf](https://www.ganepa.ru/documents/2020_17-119_June.pdf)
- Погребняк Е. (2020). Евразийская интеграция. *Ритм Азии*, 06.05.2020. URL: <https://www.ritmearasia.org/news--2020-05-06--vo-vremja-pandemii-problema-s-migrantami-ne-mogla-ne-obostritsja-48877>
- Полетаев Д. (2020). Миграционные последствия «идеального шторма»: каким будет влияние пандемии коронавируса на проблемы миграции? *РСМД*, 07.05.2020. URL: <https://russiancouncil.ru/analytics-and-comments/analytics/migratsionnye-posledstviya-idealno-shtorma-kakim-budet-vliyanie-pandemii-koronavirusa-na-problemy/>
- Росстат (2020b). *Социально-экономическое положение России: январь-апрель 2020 года*. М.: Минэкономразвития России.
- Росстат (2020a). *Итоги выборочного наблюдения труда мигрантов в 2019 году*. URL: [https://www.gks.ru/itog\\_inspect](https://www.gks.ru/itog_inspect)
- Рязанцев С.В. (2020). На международном уровне не решена проблема синхронизации действий. *Научная Россия*, 17.04.2020. URL: <https://scientificrussia.ru/articles/idesh-v-magazin-a-lyudi-prosto-prosyat-dat-deneg>
- Флоринская Ю. (2020). Трудовая миграция в РФ на этапе закрытия границ. В В.С. Гуревич, С.М. Дробышевский, А.В. Колесников, В.А. Мау, С.Г. Синельникова-Мурылев (Ред.), *Мониторинг экономической ситуации в России: тенденции и вызовы социально-экономического развития*, 17(119), июнь (с. 14-19). Институт экономической политики имени Е.Т. Гайдара, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. URL: [http://www.iep.ru/files/text/crisis\\_monitoring/2020\\_7-109\\_April.pdf](http://www.iep.ru/files/text/crisis_monitoring/2020_7-109_April.pdf)
- HRW, Human Rights Watch (2020). *COVID-19 фактор роста расизма и ксенофобии в отношении выходцев из Азии*. 12.05.2020. URL: <https://www.hrw.org/ru/news/2020/05/12/375044>
- ILO, International Labor Organization (2020). *Protecting migrant workers during the COVID-19 pandemic Recommendations for Policymakers and Constituents*. Policy Brief, April. URL: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms\\_743268.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_743268.pdf)
- OECD (2020). *Managing international migration under COVID-19*. 10.06.2020. URL: [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134\\_134314-9shbokosu5&title=Managing-international-migration-under-COVID-19](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134314-9shbokosu5&title=Managing-international-migration-under-COVID-19)
- The World Bank (2020a). *COVID-19 Crisis through a Migration Lens. Migration and Development*, Brief 32, April. URL: <https://www.worldbank.org/en/topic/socialprotection/publication/covid-19-crisis-through-a-migration-lens>
- The World Bank (2020b). *Migration and Remittances Data*. URL: <https://www.worldbank.org/en/topic/migrationremittancesdiasporaissues/brief/migration-remittances-data>

## LABOUR MIGRATION IN RUSSIA DURING THE CORONAVIRUS PANDEMIC

MIKHAIL DENISENKO, VLADIMIR MUKOMEL

*Quarantine measures in connection with the coronavirus pandemic have been accompanied by the closure of cross-border communications and restrictions on the activities of enterprises in most sectors of the economy. Labour migrants and their family members staying in Russia have found themselves in a difficult situation. The reduction in employment, primarily in areas where migrants work, has made foreign citizens one of the most vulnerable social groups. The first layer of questions discussed in the article is related to the assessment of the situation of migrants in Russia. In what types of economic activity has the decline in employment become particularly painful for migrants? What is their financial situation? How ready are they to leave Russia if transport links are restored? What are their immediate and long-term plans related to work and life in Russia? The second focus of the study is on potential migrants who were unable to enter Russia after international transport links were severed. What is their economic situation at home? How quickly will they go to Russia when restrictions on international travel are removed? What are their short - and long-term plans for staying in Russia? This article is based on an online survey of 2,695 foreign citizens (including 1,304 migrants in Russia and 1,391 outside Russia), as well as a telephone survey of 300 migrant workers in the Moscow megalopolis conducted in the first half of June 2020.*

**Key words:** labour migration, migrants, COVID-19, foreign workers, online survey, CATI, employment, migration intentions.

---

**MIKHAIL DENISENKO** (mdenissenko@hse.ru), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

**VLADIMIR MUKOMEL** (mukomel@mail.ru), INSTITUTE OF SOCIOLOGY OF FEDERAL CENTRE OF THEORETICAL AND APPLIED SOCIOLOGY OF THE RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES, RUSSIA.

THE ONLINE SURVEY WAS IMPLEMENTED WITH THE SUPPORT OF THE NRU HSE DIRECTORATE FOR EXPERT ANALYSIS WITHIN THE FRAMEWORK OF THE NRU HSE APPLIED RESEARCH PROJECT TZ-125: "SYSTEMATIZATION OF WAYS TO ACHIEVE NATIONAL GOALS FOR ENSURING SUSTAINABLE NATURAL POPULATION GROWTH IN THE RUSSIAN FEDERATION AND INCREASING LIFE EXPECTANCY TO 78 YEARS (UP TO 80 YEARS BY 2030)". THE CATI SURVEY WAS CONDUCTED WITHIN THE FRAMEWORK OF THE NRU HSE TZ-151 PROJECT "ANALYSIS OF RISKS OF SOCIAL TENSION AND PROPOSALS FOR POLICY MEASURES AIMED AT IMPROVING SOCIAL SUSTAINABILITY".

DATE RECEIVED : JULY 2020.

## REFERENCES

- Abashin S. (2020). Koronavirus i migratsiya [Coronavirus and migration]. *Fond "Liberalnaya missiya"*, 10.04.2020. (In Russ.) Retrieved from URL: <http://liberal.ru/migration/koronavirus-i-migraciya?fbclid=IwAR0JowXAmBBiL1QJSK2I5cdbaeLrgp7kvdsxFK6LcEiCD9MwoIVS ZvztYWE>
- Florinskaya J. (2020). Trudovaya migratsiya v RF na etape zakrytiya granits [Labour migration in the Russian Federation at the stage of border closure]. In V.S.Gurvich, S.M.Drobyshevskiy, A.V.Kolesnikov, V.A.Mau, S.G. Sinelnikov-Murylev (Eds.), *Monitoring ekonomicheskoy situatsii v Rossii: tendentsii i vyzovy sotsialno-ekonomicheskogo razvitiya*, 17(119), June (pp. 14-19) [Monitoring the economic situation in Russia: trends and challenges of socio-economic development]. Gaidar Institute for Economic Policy, The

- Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. (In Russ.) Retrieved from [http://www.iep.ru/files/text/crisis\\_monitoring/2020\\_7-109\\_April.pdf](http://www.iep.ru/files/text/crisis_monitoring/2020_7-109_April.pdf)
- Gimpelson V., Kapelyushnikov R. (2020). Karantinnaya ekonomika i rynek truda [Quarantine economics and labour market. *ECONS*, 02.06.2020. (In Russ.) Retrieved from <https://econs.online/articles/ekonomika/karantinnaya-ekonomika-i-rynok-truda/>
- GUVM MVD RF, Main Directorate for migration (2020). *Statisticheskiye svedeniya po migratsionnoy situatsii* [Statistical data on migration situation]. (In Russ.) (data downloaded 01.09.2020). URL: <https://мвд.рф/Deljatelnost/statistics/migracionnaya>
- HRW, Human Rights Watch (2020). *COVID-19 Fueling Anti-Asian Racism and Xenophobia Worldwide*. 12.05.2020. URL: <https://www.hrw.org/ru/news/2020/05/12/375044>
- ILO, International Labor Organization (2020). *Protecting migrant workers during the COVID-19 pandemic Recommendations for Policymakers and Constituents*. Policy Brief, April. URL: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms\\_743268.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_743268.pdf)
- Malakhov V.S., Motin A.S. (2020). Vliyanie pandemii COVID-19 na migratsionnyie protsessy i migratsionnyu politiku v Evropeiskom soyuze i v Rossii [The impact of the COVID-19 pandemic on migration processes and migration policy in the European Union and Russia]. In V.S.Gurvich, S.M.Drobyshevskiy, A.V.Kolesnikov, V.A.Mau, S.G. Sinelnikov-Murylev (Eds.), *Monitoring ekonomicheskoy situatsii v Rossii: tendentsii i vyzovy sotsialno-ekonomicheskogo razvitiya* [Monitoring the economic situation in Russia: trends and challenges of socio-economic development], 17(119), June (pp.31-42). Gaidar Institute for Economic Policy, The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. (In Russ.) Retrieved from [https://www.ranepa.ru/documents/2020\\_17-119\\_June.pdf](https://www.ranepa.ru/documents/2020_17-119_June.pdf)
- OECD (2020). *Managing international migration under COVID-19*. 10.06.2020. URL: [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134\\_134314-9shbokosu5&title=Managing-international-migration-under-COVID-19](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134314-9shbokosu5&title=Managing-international-migration-under-COVID-19)
- Pogrebnyak E. (2020). Evraziyskaya integratsiya [Eurasian integration]. *Ritm Evrasii*, 06.05.2020. (In Russ.). Retrieved from <https://www.ritm Eurasia.org/news--2020-05-06--vo-vremja-pandemii-problema-s-migrantami-ne-mogla-ne-obostritsja-48877>
- Poletaev D. (2020). Migratsionnyie posledstviya «ideal'nogo shtorma»: kakim budet vliyaniye pandemii koronavirusa na problemy migratsii? [Migration Consequences of the “Perfect Storm”: What Effect Will the Coronavirus Pandemic Have on Migration Issues?]. *RIAC*, 07.05.2020. (In Russ.). Retrieved from [https://russiancouncil.ru/en/analytics-and-comments/analytics/migration-consequences-of-the-perfect-storm-what-effect-will-the-coronavirus-pandemic-have-on-migrat/?sphrase\\_id=51028638](https://russiancouncil.ru/en/analytics-and-comments/analytics/migration-consequences-of-the-perfect-storm-what-effect-will-the-coronavirus-pandemic-have-on-migrat/?sphrase_id=51028638)
- Rosstat (2020a). *Itogi vyborochnogo nablyudeniya truda migrantov v 2019 godu* [Results of migrant labour monitoring survey in 2019]. (In Russ.). Retrieved from [https://www.gks.ru/itog\\_inspect](https://www.gks.ru/itog_inspect)
- Rosstat (2020b). *Sotsialno-ekonomicheskoe polozhenie Rossii: yanvar-aprel 2020 goda* [Social-economic situation of Russia: April-May 2020]. Moscow: Ministry of Economic Development of Russia. (In Russ.).
- Ryazantsev S.V. (2020). Na mezhdunarodnom urovnie nie reshena problema sinkhronizatsii dieystviy [The problem of synchronizing activities has not been solved at the international level]. *Nauchnaya Rossia*, 17.04.2020. (In Russ.) Retrieved from <https://scientificrussia.ru/articles/idesh-v-magazin-a-lyudi-prosto-prosyat-dat-deneg>

The World Bank (2020a). *COVID-19 Crisis through a Migration Lens. Migration and Development*, Brief 32, April. URL:  
<https://www.worldbank.org/en/topic/socialprotection/publication/covid-19-crisis-through-a-migration-lens>

The World Bank (2020b). *Migration and Remittances Data*. URL:  
<https://www.worldbank.org/en/topic/migrationremittancesdiasporaissues/brief/migration-remittances-data>

# ЦЕНТР-ПЕРИФЕРИЙНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ В РОССИИ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

АЛЕКСЕЙ ЩУР, СЕРГЕЙ ТИМОНИН

*Высокий в сравнении со странами Запада уровень смертности и значительные пространственные различия в ожидаемой продолжительности жизни – серьезные вызовы, стоящие перед Россией. Решение задач повышения продолжительности жизни и улучшения здоровья россиян, в том числе за счет уменьшения неравенства в смертности как между субъектами РФ, так и на внутрирегиональном уровне, тесным образом переплетаются с целями пространственного развития России, направленными на сокращение межрегиональных различий в уровне и качестве жизни людей.*

*В статье представлена оценка различий в смертности между «центром» и «периферией» регионов и динамика этих различий в 67 регионах России, в которых проживает три четверти населения страны. Период исследования – 2003-2018 гг. – характеризуется устойчивым ростом ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России. Используя данные Росстата по городам, мы оценили ожидаемую продолжительность жизни при рождении для 67 региональных центров и для остальной территории регионов («периферии»). В зависимости от величины различий и динамики их изменений были выделены 6 типов регионов (I-VI). Для регионов, в которых наблюдается наибольший центр-периферийный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни, применен метод декомпозиции, позволивший определить ключевые возрастные группы и причины смерти, ответственные за столь высокие различия.*

*В 36 регионах России, отнесенных к I-III типам, центр-периферийный разрыв превышал среднероссийский уровень, при этом лишь в 6 из них в 2003-2018 гг. отмечалась тенденция к сокращению разрыва. Анализ результатов декомпозиции различий в продолжительности жизни для первых трех типов регионов показал, что у мужчин отставание периферии от центров обусловлено различиями в смертности в трудоспособном возрасте от внешних причин смерти, особенно от ДТП, убийств и самоубийств, а также от «алкогольных» причин смерти, у женщин – различиями в смертности в пожилом возрасте от хронических неинфекционных заболеваний.*

*Несмотря на, казалось бы, «объективный» характер центр-периферийных различий в уровне смертности в России (преимущество центров в продолжительности жизни в первую очередь зависит от социально-демографических характеристик жителей, образовательной структуры населения, а также селективной миграции, направленной из периферии в центры), положительный опыт других стран показывает, что эффективная политика в области общественного здоровья может значительно сократить размах пространственного неравенства в уровне смертности даже при сохранении существенной гетерогенности в уровне социально-экономического развития территорий.*

**Ключевые слова:** *ожидаемая продолжительность жизни, смертность, регионы России, региональные центры, центр и периферия.*

---

**АЛЕКСЕЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ ЩУР** (aschur@hse.ru), НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ», РОССИЯ.

**СЕРГЕЙ АНДРЕЕВИЧ ТИМОНИН** (stimonin@hse.ru), НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ», РОССИЯ.

Статья подготовлена в результате проведения исследования в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ).

Статья поступила в редакцию в августе 2020 г.

## ВВЕДЕНИЕ

Административные центры регионов России разительно отличаются по уровню экономического и социального развития от окружающих их территорий, концентрируя значительную часть человеческого, институционального, финансового и политического капитала страны (Лексин 2009). Период после распада СССР характеризуется усилением поляризации пространства между «центром», на уровне всей страны представленным московским столичным регионом, а на уровне субъектов федерации – региональными столицами, и обширной «периферией», как внешней (слабо освоенные пространства Севера, Сибири и Дальнего Востока), так и «внутренней», определяемой в каждом регионе через ее положение по отношению к «центру»<sup>1</sup> (Нефедова, Трейвиш 2020). Поляризация пространства затрагивает различные стороны жизни населения России. Одним из первостепенных, на наш взгляд, является вопрос пространственного неравенства россиян в уровне смертности. Неслучайно было отмечено, что именно дифференциация групп населения по уровню смертности очень точно характеризует уровень социально-экономического неравенства в обществе (Sen 1998).

Изучение географических различий в смертности в России всегда было в фокусе внимания отечественных демографов, географов и социал-гигиенистов (Новосельский 1911; 1916). В 1970-е–1980-е годы на основе данных, собранных в околореперисной период, было показано, что величина ожидаемой продолжительности жизни снижается по мере движения по территории России с юга на север и с запада на восток (Андреев 1979; Школьников 1987). Самые низкие показатели смертности отмечались на Северном Кавказе, в Черноземной полосе и в отдельных регионах Поволжья, самые высокие – на Севере Европейской России, в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке. Эта закономерность получила название «юго-западный/северо-восточный градиент смертности». При этом данный феномен оказался поразительно стабильным, несмотря на значительные колебания смертности в России с середины 1980-х до начала 2000-х годов (Vasin, Costello 1997).

Современный этап устойчивого роста ожидаемой продолжительности жизни, начало которого принято относить к 2003-2005 гг. (Вишневецкий, Щур 2019), охватил все регионы страны (Timonin et al. 2017; Захаров 2017) и поставил закономерный вопрос: сопровождается ли период роста продолжительности жизни сокращением межрегионального неравенства в уровне смертности? Отвечая на него, Тимонин и соавторы обнаружили, что межрегиональная дисперсия – одна из величин, позволяющих количественно оценивать пространственные различия в ожидаемой продолжительности жизни – остается практически неизменной с 2005 г. Однако разложение изменений этой меры неравенства по возрастам показывает, что субъекты РФ сближаются друг с другом по показателям смертности в детских и трудоспособных возрастах, а в старших возрастах, напротив, наблюдается картина дивергенции, в первую очередь из-за более быстрого снижения смертности пожилого населения в Москве и Санкт-Петербурге (Timonin et al. 2017).

---

<sup>1</sup> Здесь и далее в тексте под «центрами» будут пониматься административные центры субъектов РФ, под «периферией» – остальная часть территории субъектов.

Особое, привилегированное, положение Москвы и Санкт-Петербурга на «карте смертности» России впервые обозначилось в конце 1990-х годов и продолжало нарастать на протяжении 2000-х (Андреев, Кваша, Харькова 2006; Папанова, Школьников Тимонин 2019). Вероятно, не последнюю роль в этом сыграла усилившаяся с начала 2000-х годов политическая и экономическая роль Москвы и, в меньшей степени, Санкт-Петербурга. К ее последствиям среди прочего можно отнести и значительный миграционный приток в эти центры и их регионы, сверхконцентрацию в них человеческого капитала, более высокий уровень жизни, в том числе и более высокие расходы на здравоохранение – все эти факторы напрямую влияют на величину ожидаемой продолжительности жизни (Marmot 2005). Вместе с тем, из-за ограниченности данных, изучение географического неравенства в смертности в России до самого последнего времени затрагивало лишь самый верхний уровень административно-территориального деления. Как следствие, значительная часть центр-периферийных различий в уровне смертности оставалась «скрытой» от исследователей (Timonin et al. 2020).

Наличие доступа к данным о распределении умерших по полу, возрасту и причинам смерти в региональных центрах, помимо Москвы и Санкт-Петербурга, дало нам возможность оценить величину ожидаемой продолжительности жизни при рождении для подавляющего числа российских областных, краевых и республиканских столиц, а также рассчитать некоторые другие показатели, характеризующие эпидемиологические модели смертности в них.

Цель исследования – оценить тенденции в изменении ожидаемой продолжительности жизни населения региональных центров и остальных частей субъектов РФ (периферии) в условиях общероссийского снижения уровня смертности, наблюдающегося с 2004 г. Насколько велико преимущество региональных столиц в продолжительности жизни над «своими регионами»? Как оно менялось последние 15 лет? Как регионы отличаются по величине и направлению изменений центр-периферийного неравенства в уровне смертности? Смертность в каких возрастных группах и от каких причин смерти вносит наибольший вклад в дифференциацию ожидаемой продолжительности жизни между региональными центрами и остальной территорией субъектов? В данном исследовании мы постарались ответить на эти и некоторые другие вопросы.

## **ДАННЫЕ И МЕТОДЫ**

Федеральная служба государственной статистики России (Росстат) не публикует оценки ожидаемой продолжительности жизни для российских городов, кроме Москвы, Санкт-Петербурга и – с 2015 г. – Севастополя. Однако Росстат разрабатывает таблицы с распределением умерших по полу, возрасту и причинам смерти для всех российских городов с численностью постоянного населения свыше 100 тыс. человек, а также оценивает среднегодовую численность их населения по полу и однолетним возрастным группам. На основе этих данных были построены краткие (до возраста 85+) таблицы смертности отдельно для мужчин и женщин и получены оценки ожидаемой продолжительности жизни при рождении ( $e_0$ ) за 2003-2018 гг. для 67 российских городов – региональных столиц.

Из нашего исследования, кроме Москвы, Санкт-Петербурга, Московской и Ленинградской областей, а также Республики Крым и Севастополя, были исключены регионы, чьими столицами в 2003 г. были города с численностью населения менее 100 тыс. человек (Чукотский и Ямало-Ненецкий АО, Магаданская область, Еврейская АО, Республика Алтай)<sup>2</sup>. Кроме того, были исключены 6 республик Северо-Кавказского федерального округа, в отношении которых имеются обоснованные опасения, касающиеся качества демографических данных, в первую очередь оценок численности постоянного населения и полноты регистрации смертей (Андреев 2012; Мкртчян 2012). Тем не менее в охваченных исследованием регионах в 2018 г. проживало почти 110 млн человек или около  $\frac{3}{4}$  всего населения страны.

Данные о числах и возрасте умерших, а также о среднегодовой численности населения для 67 регионов, чьими центрами являются отобранные города, были взяты из Российской базы данных рождаемости и смертности РЭШ (РосБРИС) (Российская экономическая школа 2019). Путем вычитания одного набора данных (по городам) из другого (по регионам) были получены соответствующие оценки чисел умерших для 67 регионов без их центров; для новых единиц – регионов без центров (периферии) – мы также рассчитали величину  $e_0$ .

В зависимости от средней за 2011-2018 гг. величины разрыва в  $e_0$  между региональным центром и остальной частью субъекта все регионы были разделены на два типа: регионы, в которых отрыв центров был выше среднего для всех регионов (I-III типы), и те, в которых он был ниже (IV-VI типы). Далее мы проанализировали динамику разрыва за 2003-2018 гг. В соответствии с ней каждый регион был отнесен к одному из трех типов: регионы, где наблюдалась тенденция к усилению преимущества центра (т. е. происходила дивергенция в  $e_0$  между центром и остальной частью региона); регионы, где разрыв оставался примерно на одном уровне (не наблюдалось статистически значимой (выраженной) тенденции) и регионы, где разрыв снижался (т. е. происходила конвергенция). Таким образом, сочетание этих двух характеристик позволило нам выделить 6 типов регионов (таблица Приложения).

К первым трем типам регионов (с разрывом выше среднего по всей выборке) мы применили метод декомпозиции (Андреев 1982) в одной временной точке (в 2018 г.) для выявления, какие возрастные группы и причины смерти определяют преимущество центров в ожидаемой продолжительности жизни при рождении перед периферией. Для первых трех типов регионов также были рассчитаны стандартизованные коэффициенты смертности по европейскому стандарту населения 1976 г. для основных классов и групп причин смерти отдельно в региональных центрах и за их пределами.

---

<sup>2</sup> Исключения – ХМАО (где «центром» был выбран г. Сургут, а не формальная столица – г. Ханты-Мансийск) и НАО, в данном исследовании рассматриваемый вместе с Архангельской областью.

## **О СОПОСТАВИМОСТИ ВО ВРЕМЕНИ ОЦЕНОК ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВНУТРИ РЕГИОНОВ**

Существует два главных источника информации о численности и половозрастной структуре населения в России: переписи населения, являющиеся основным источником данных, и текущий учет демографических событий (рождений, смертей, смены постоянного места жительства, т. е. миграций) для оценок численности и состава населения в межпереписной период. Завышение численности населения на одних территориях и ее недоучет в других в межпереписной период происходит в основном за счет миграционной компоненты (постановки на учет прибывших и снятия с него выбывших). Завышение или занижение официальной численности населения, в том числе и в отдельных возрастах влечет за собой искажение величины ожидаемой продолжительности жизни вследствие недостоверности знаменателя, используемого при расчете возрастных коэффициентов смертности.

Доля населения, проживающего в центрах регионов, во всем населении увеличивалась на протяжении всего исследуемого периода (рисунок П1 Приложения). Сильно выделяется резкой скачок в доле населения между 2010 и 2011 г., что связано с традиционной корректировкой численности населения, выполненной по итогам Всероссийской переписи населения 2010 г. Это означает, что фактическая численность населения в большинстве региональных центров оказалась выше расчетной (главным образом из-за недоучтенной миграции), в то время как в прочих населенных пунктах, наоборот, расчетная численность населения была завышена (Росстат 2012). Поскольку предыдущая перепись населения в России проходила в 2002 г., накануне рассматриваемого нами периода, то с каждым последующим годом накопленная ошибка в оценке численности населения только возрастала, достигнув максимума в 2010 г.

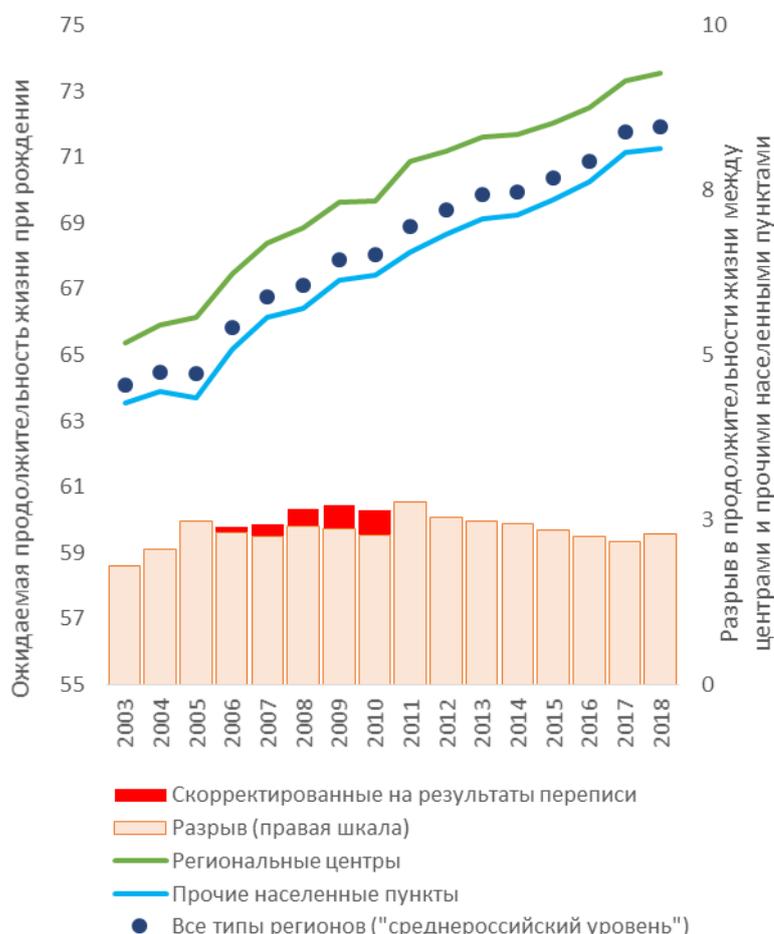
Путем ретроспективной экстраполяции линейного тренда роста доли центров в 2011-2018 гг. нами были получены скорректированные на результаты переписи 2010 г. оценки численности населения в центрах и на остальной территории регионов за 2003-2010 гг.<sup>3</sup> Ниже будет показано, какое влияние недоучет численности населения в центрах и, соответственно, переучет в остальной части регионов оказал на величину и динамику разрыва в  $e_0$  между ними.

## **ТИПОЛОГИЯ РЕГИОНОВ РОССИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМАХА И ДИНАМИКИ ЦЕНТР-ПЕРИФЕРИЙНОГО РАЗРЫВА В ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ**

В 2003-2018 гг. ожидаемая продолжительность жизни при рождении в региональных центрах превышала соответствующий показатель в остальных населенных пунктах на 1,8-2,8 года в зависимости от календарного года (рисунок 1). Самые быстрые темпы роста разрыва в  $e_0$  между центром и периферией были отмечены в 2004-2005 гг., когда он

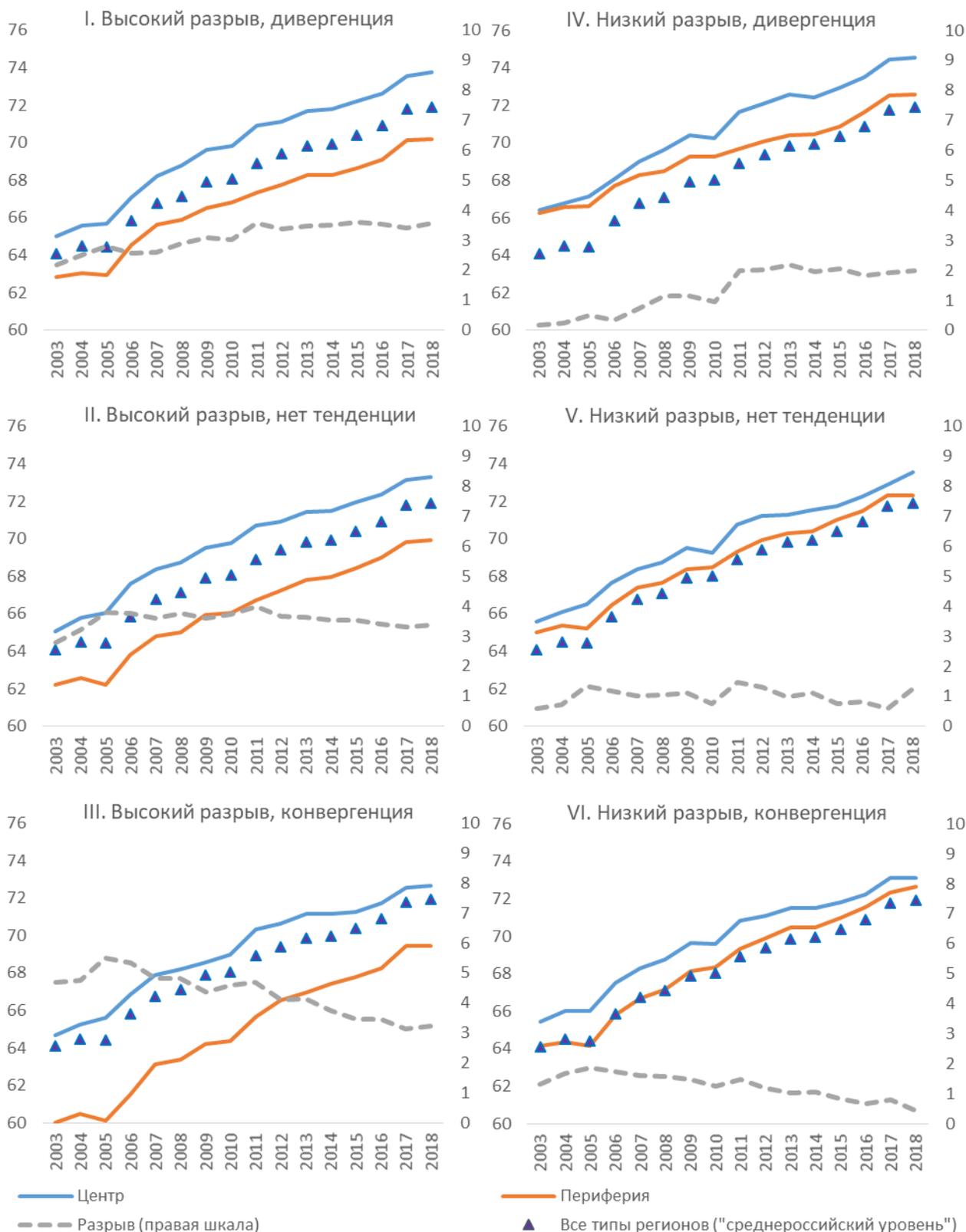
<sup>3</sup> Официально Росстат делает ретроспективный пересчет численности населения только для субъектов РФ.

увеличился на 0,7 года. Именно в этот период, как показали Тимонин и соавторы (Timonin et al. 2017), уровень межрегионального неравенства в уровне смертности в России был максимален с 1970-х годов. Можно предположить, что региональные центры оказались в авангарде снижения уровня смертности в России в 2000-х годах, поскольку переход к устойчивому росту  $e_0$  в них обозначился с 2003 г., когда как в остальных населенных пунктах это произошло не ранее 2006 г.



**Рисунок 1. Ожидаемая продолжительность жизни ( $e_0$ ) при рождении в региональных центрах и прочих населенных пунктах регионов (левая шкала) и соответствующий разрыв в  $e_0$  между ними (правая шкала), лет, 2003-2018**

В 2007-2010 гг. разрыв оставался примерно на одном уровне по нескорректированным на результаты переписи данным и продолжал увеличиваться вплоть до 2011 г., если ориентироваться на скорректированные данные. Разница между двумя вариантами расчета достигала 0,4 года (для 2010 г.). После 2011 г. ожидаемая продолжительность жизни за пределами региональных центров стала расти опережающими темпами, в результате чего наметилась тенденция к конвергенции (разрыв в  $e_0$  сократился с 2,8 года в 2011 г. до 2,2 в 2017 г.), которая, впрочем, прервалась в 2018 г. Таким образом, рассматриваемый период можно разделить на два этапа: первый – увеличение преимущества центров в ожидаемой продолжительности жизни в 2003-2011 гг., за которым последовал второй этап – сокращение различий в  $e_0$  между ними и остальными населенными пунктами.



**Рисунок 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в центрах и на периферии и величина размаха между ними (правая шкала) по типам регионов, лет, 2003-2018**

Однако анализ по отдельным регионам показал значительную степень гетерогенности в уровне и динамике изменений разрыва в ожидаемой продолжительности жизни между центрами и периферией. Исходя из этих двух параметров (величина разрыва и его динамика), нами были выделены 6 типов регионов (состав каждого выделенного типа представлен в таблице Приложения). В 22 регионах отрыв центра от остальной территории региона в 2003-2018 гг. существенно увеличился, хотя и с разного начального уровня, в 17 регионах разрыв, наоборот, сократился, тогда как в оставшихся 28 регионах четко выраженной тенденции выявлено не было.

На рисунке 2 для каждого типа регионов (I-VI) приведены значения  $e_0$  в центрах, на периферии и разрыв между ними, также на всех графиках присутствует кривая ожидаемой продолжительности жизни для России в целом («все типы регионов»)⁴.

Как видно из рисунка 2, рост продолжительности жизни в 2003-2018 гг. имел место во всех типах регионах – как в их центрах, так и на периферии. В I и IV типах регионов (высокий и низкий разрыв; дивергенция) темпы роста  $e_0$  в центрах опережали таковые на периферии. К первому типу с существенным и растущим центр-периферийным разрывом относятся Байкальский макрорегион (Иркутская область, Республика Бурятия и Забайкальский край), а также Республики Тува и Якутия, образующие единый мегакластер на востоке страны; Сахалинская область на Дальнем Востоке, а также регионы вдоль Транссибирской магистрали – Свердловская, Тюменская (без округов), Омская, Новосибирская области. На западе страны данный тип представлен Архангельской, Курской, Ростовской областями, Республиками Коми и Марий Эл (рисунок 3). Величина ожидаемой продолжительности жизни в данном типе регионов ниже среднероссийской, в первую очередь за счет высокого уровня смертности на периферии⁵.

В IV типе регионов, напротив, наблюдаются самые высокие значения ожидаемой продолжительности жизни (рисунок 4). К данному типу принадлежат Белгородская, Воронежская, Волгоградская, Астраханская и Мурманская области, Республики Татарстан и Башкирия. Для всех этих регионов, кроме Мурманской области, характерен низкий уровень смертности в центрах при относительно благоприятном, в целом, положении дел на периферии. Тем не менее в них четко прослеживается тенденция нарастания отставания периферии от центров по величине ожидаемой продолжительности жизни.

Регионы II типа со значительным центр-периферийным разрывом, но без статистически значимой тенденции к дивергенции/конвергенции географически «дополняют» регионы I типа, сосредоточившись на Дальнем Востоке (Приморский, Хабаровский край, Амурская область), в Сибири (Красноярский край, Республика Хакасия, Кемеровская и Томская области), в Уральском (Республика Удмуртия, Курганская, Оренбургская и Челябинская области) и Волго-Вятском (Чувашия, Кировская

⁴ Здесь и далее речь идет о России в составе 67 исследуемых регионов (без столичных регионов и республик Северного Кавказа).

⁵ Исключение – Ростовская область, высокий уровень центр-периферийного разрыва в которой – следствие, в первую очередь, низкого уровня смертности в Ростове-на-Дону (одного из самых низких среди региональных столиц), при в целом посредственном, но далеко не самом худшем положении дел на периферии.

область – в восточной его части) экономических районах, на севере Европейской России – Республика Карелия; в центре страны – Владимирская область. Как и для первого, для второго типа характерен высокий уровень смертности на периферии, а кривые  $e_0$  для двух типов на графике (рисунок 4) практически идентичны и лежат ниже среднероссийского уровня. Главное отличие между двумя типами – более медленные темпы роста  $e_0$  в центрах регионов II типа по сравнению с I, что и предопределило разницу между ними в траектории центр-периферийного разрыва.

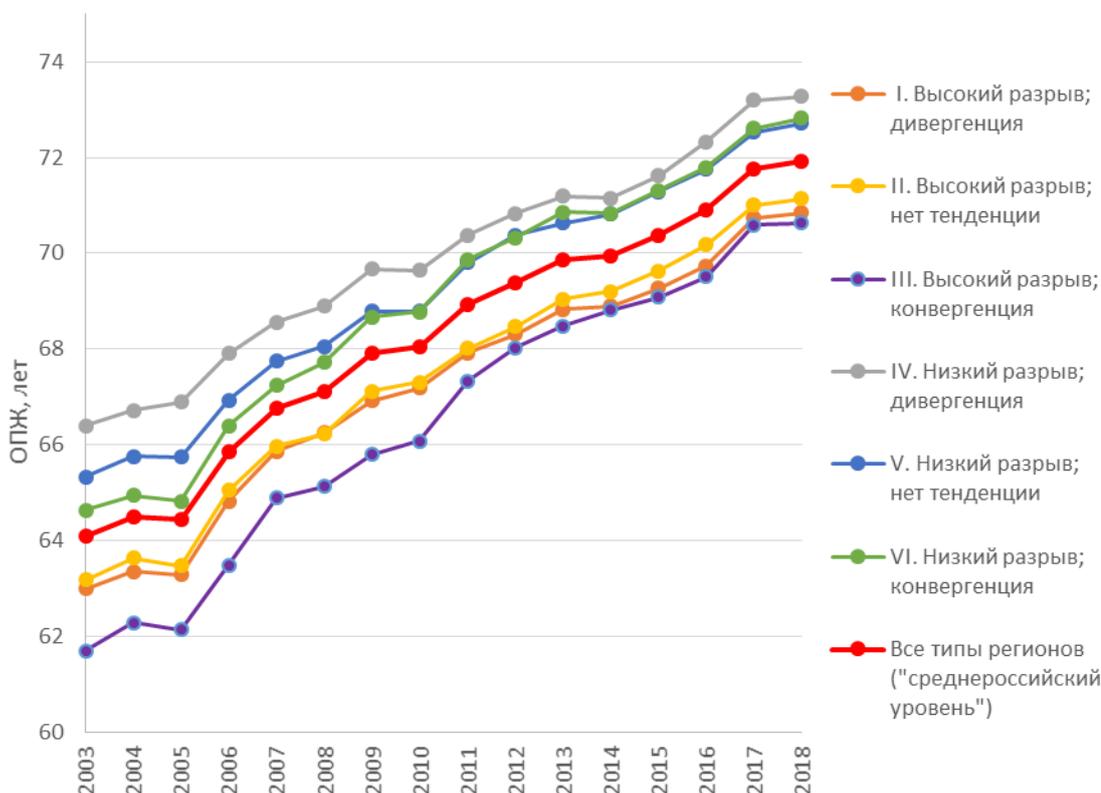


**Рисунок 3. Типы регионов в зависимости от величины разрыва в ожидаемой продолжительности жизни между региональной столицей и остальными населенными пунктами и динамики разрыва, в среднем, 2003-2018**

Самый малочисленный как по составу (6 субъектов), так и по численности населения (6,4 млн человек) тип – третий. Его образует компактный кластер на северо-западе европейской части страны (Псковская, Новгородская, Тверская, Смоленская области), также к нему отнесены Пермский и Камчатский края. Для данного типа характерны самые низкие значения  $e_0$  как в центре, так и на периферии. Тем не менее, показав существенное сокращение центр-периферийного разрыва в ожидаемой продолжительности жизни, III тип также продемонстрировал и самые высокие темпы снижения уровня смертности в 2003-2018 гг. среди всех типов регионов (рисунок 4). Так, если в 2003 г. его отставание от I типа регионов и от России в целом составляло 1,3 и 2,4 года, то в 2018 г. оно сократилось до 0,2 и 1,3 года соответственно.

Пятый (низкий разрыв; нет тенденции) и шестой (низкий разрыв; конвергенция) типы представлены по большей части регионами, относящимися к Центральной России – Черноземью, Центральному, Северо-Кавказскому и Поволжскому экономическим районам, западу Волго-Вятского района (Нижегородская область, Мордовия). Из азиатской части

страны в нем представлены лишь два субъекта: Алтайский край и ХМАО. Начиная с 2010 г., кривые  $e_0$  для двух этих типов сливаются и лежат выше среднероссийских значений, при этом темпы роста  $e_0$  в VI типе, для которого характерна конвергенция, в 2003-2018 гг. были выше, чем в V, и уступали только III типу, в котором в обозначенный период также наблюдалась центр-периферийная конвергенция, но с более высокого первоначального уровня центр-периферийного неравенства.



**Рисунок 4. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в зависимости от типа регионов, лет, 2003-2018**

Неравенство в уровне смертности между типами регионов, выраженное через величину стандартного отклонения, уменьшалось в 2006-2014 гг., но в последние годы конвергенция практически остановилась. Расстояние между тремя верхними кривыми на графике (рисунок 4), объединяющими регионы с низким разрывом в  $e_0$ , и тремя нижними кривыми, отражающими регионы, где он, напротив, высокий, с 2015 г. составляет примерно 2 года. Это в свою очередь эквивалентно суммарному приросту  $e_0$  в России за 5 календарных лет<sup>6</sup>. При этом размах неравенства в  $e_0$  на периферии между всеми шестью типами регионов существенно выше, чем между их центрами: в 2018 г. – 3,2 и 1,9 года соответственно. Подобная ситуация ожидаема, учитывая, что столицы регионов – более гомогенная группа объектов, включающая в себя только города с населением свыше 100 тыс. человек, тогда как «периферия», как минимум с точки зрения структуры расселения, сильно дифференцирована в зависимости от конкретного региона.

<sup>6</sup> Усредненный среднегодовой прирост  $e_0$  в России на современном этапе снижения смертности колеблется на уровне 0,4-0,5 года (в зависимости от года начала этапа).

Таким образом, межрегиональное неравенство в смертности в России, в том числе ее «юго-западный/северо-восточный градиент», определяется, большей частью, неравенством в смертности на «периферии» российских регионов, а не в их центрах.

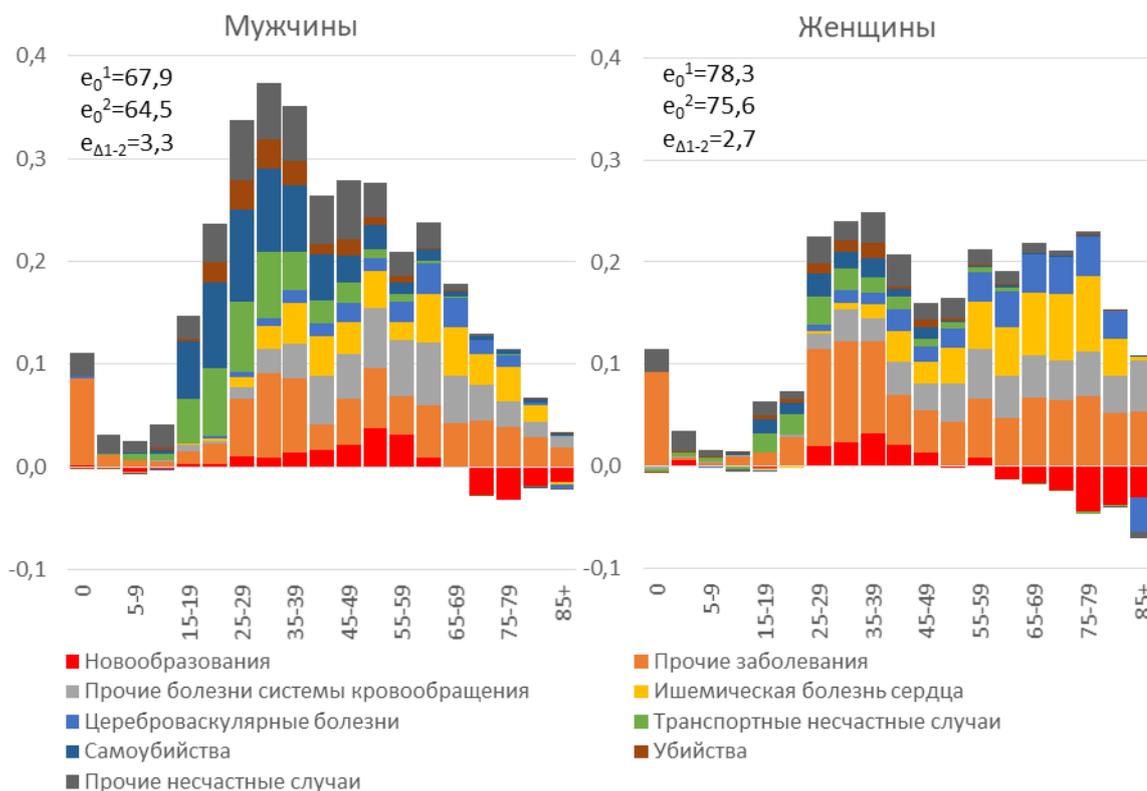
Итак, значение разрыва в  $e_0$  между центром и остальной частью региона определяется практически полностью уровнем смертности на периферии, в то время как направление изменения разрыва зависит от динамики  $e_0$  как в центре, так и на периферии. В регионах, где разрыв в  $e_0$  уменьшается, это происходит в первую очередь за счет догоняющих темпов снижения уровня смертности за пределами центра. Напротив, регионы, для которых характерна дивергенция в уровне смертности между центром и периферией, отличаются более высокими значениями и темпами роста  $e_0$  в столицах. Кроме того, в IV-VI типах регионов, где центр-периферийный разрыв ниже, чем в среднем по стране, значения  $e_0$  выше и, наоборот, в I-III типах значения  $e_0$  ниже среднероссийского, а разрыв – выше. При этом самый быстрый рост ожидаемой продолжительности жизни в 2003-2018 гг. на уровне всего региона (без деления на центр и периферию) показали III и VI типы, где отмечалась конвергенция в показателях смертности между центром и периферией.

## **РЕГИОНЫ РОССИИ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЦЕНТР-ПЕРИФЕРИЙНЫХ РАЗЛИЧИЙ В ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ: РОЛЬ ВОЗРАСТА И ПРИЧИН СМЕРТИ**

Сокращение отставания периферии регионов от их центров по уровню продолжительности жизни отвечает интересам гармоничного пространственного развития страны и должно быть одним из основных приоритетов системы общественного здравоохранения: всем жителям России вне зависимости от места их проживания гарантировано «право на здоровье».

Особенно остро проблема центр-периферийного неравенства в уровне смертности в России стоит в первых трех типах регионов (таблица Приложения); из 36 субъектов РФ, где разрыв в  $e_0$  между центром и остальной частью региона превышал среднероссийский уровень, лишь в 6 в 2003-2018 гг. наблюдалась тенденция к его сокращению. В 2018 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин в центрах этих регионов была на 3,3 года выше, чем в остальных населенных пунктах, женщин – на 2,7 года выше (рисунок 5). Разложение центр-периферийного разрыва в смертности по возрастным группам и причинам смерти поможет выявить ключевые «проблемные точки», ответственные за отставание периферии в уровне ожидаемой продолжительности жизни.

Как показано на рисунке 5, отставание мужчин в  $e_0$  на периферии – следствие их более высокой смертности от внешних причин смерти в младшем (15-39 лет) и среднем (40-54 года) трудоспособном возрасте, а также, в меньшей степени, следствие более высокого уровня смертности от болезней системы кровообращения (БСК), в первую очередь от ишемической болезни сердца, и прочих БСК в среднем (40-64 года) и пожилом (65 и старше лет) возрасте.



**Рисунок 5. Вклад возрастных групп и причин смерти в различия в ожидаемой продолжительности жизни при рождении между региональными центрами<sup>(1)</sup> и периферией<sup>(2)</sup> для мужчин и женщин, 2018**

Фактор более низкого уровня смертности от болезней системы кровообращения в среднем и пожилом возрасте в региональных центрах объясняет около половины их преимущества перед прочими населенными пунктами в ожидаемой продолжительности жизни женщин. Как и мужское, женское население за пределами региональных столиц характеризуется более выраженным «бугром сверхсмертности» от внешних причин смерти и прочих заболеваний (инфекций, болезней органов дыхания, пищеварения) в относительно молодом возрасте (25-44 года). «Омоложение» смертности от таких причин смерти, как туберкулез, ВИЧ-инфекция, пневмония, цирроз (в том числе алкогольный), кардиомиопатия (в том числе алкогольной этиологии), по мнению Ивановой и соавторов, может говорить о «маргинализации общества, снижении “качества” населения, расширении слоя лиц, слабо социально адаптированного и дезадаптированного» (Иванова, Михайлов, Семенова 2009: 41).

Примечательно, что регистрируемая смертность от новообразований в центрах регионов ниже, чем на остальной их территории в молодом и среднем возрастах, но выше в пожилом возрасте, причем, чем старше возрастная группа, тем выше разрыв по смертности не в пользу центров. По нашему мнению, что совпадает с позицией наших коллег (Данилова 2015; Папанова, Школьников, Тимонин 2019), этот факт не только не означает более благополучного положения с уровнем онкологической смертности на периферии, но и, наоборот, может свидетельствовать о недостаточной как прижизненной,

так и посмертной диагностике онкологических заболеваний у пожилого населения вдали от больших городов.

В таблице показано соотношение стандартизованных коэффициентов смертности (СКС) в центре и на периферии от отдельных классов и причин смерти для 36 регионов, отличающихся значительным центр-периферийным разрывом в  $e_0$ . Женщины, проживающие в региональных центрах, как население с самым низким уровнем смертности были выбраны в качестве «референтной группы».

**Таблица. Соотношения стандартизованных коэффициентов смертности, 2018**

Причина смерти	Женщины периферии к женщинам центра	Мужчины центра к женщинам центра	Мужчины периферии к женщинам центра	Мужчины периферии к мужчинам центра
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1,24	2,61	2,73	1,05
Злокачественные новообразования (ЗНО)	0,93	2,01	1,93	0,96
ЗНО органов пищеварения	0,91	2,14	1,92	0,89
ЗНО органов дыхания	1,01	6,81	7,82	1,15
ЗНО половых и мочевыводящих органов	1,06	1,74	1,52	0,88
Прочие ЗНО	0,86	1,06	0,95	0,89
Болезни нервной системы	1,18	1,40	1,72	1,23
Болезни системы кровообращения (БСК)	1,10	1,94	2,16	1,11
Ишемическая болезнь сердца	1,04	2,10	2,20	1,05
Цереброваскулярные болезни	1,02	1,60	1,67	1,04
Прочие БСК	1,54	2,18	3,24	1,48
Болезни органов дыхания	1,21	3,74	4,75	1,27
Болезни органов пищеварения	1,23	1,87	2,19	1,17
Старость	4,24	0,91	4,35	4,81
Неустановленные причины	1,05	3,74	3,63	0,97
Внешние причины	1,52	4,17	6,19	1,49
Транспортные несчастные случаи	1,92	2,94	6,14	2,09
Самоубийство	2,09	5,59	12,42	2,22
Убийство	1,91	3,60	6,63	1,84
Повреждения с неопределенными намерениями	1,06	4,17	4,44	1,06
Прочие несчастные случаи	1,69	4,32	6,52	1,51
Прочие заболевания	1,26	1,26	1,35	1,07
Все причины смерти	1,19	2,07	2,41	1,17

Наиболее велики разрывы в СКС от внешних причин смерти: уровень смертности от них на периферии в 2018 г. был в 1,5 раза выше, чем в центрах, как у мужчин, так и у женщин. Уровень смертности от транспортных несчастных случаев у мужчин был в 2,1 раза выше за пределами региональных центров, от убийств – на 84% выше и от самоубийств в 2,2 раза выше, чем в столицах регионов, а уровень смертности от самоубийств мужчин на периферии почти в 12,5 раз превышал соответствующий показатель для женщин в центрах.

Выделяются также «прочие болезни системы кровообращения (БСК)», СКС от которых за пределами региональных центров выше, чем в центрах, на 48 и 54% для мужчин и женщин соответственно. За различиями в смертности от прочих БСК, в первую очередь, стоят различия в смертности от кардиомиопатии, явной и неявной алкогольной этиологии (Иванова, Семенова, Дубровина 2004). Кроме того, за пределами региональных столиц в 4-5 раз выше, чем в центрах, уровень смертности от «старости», которую принято относить к так называемым «мусорным причинам смерти», когда настоящая причина смерти так и не была установлена (Иванова и др. 2013). Злоупотребление «старостью» как причиной смерти также косвенно свидетельствует о низком качестве прижизненной и посмертной диагностики заболеваний у населения пожилого возраста (старше 80 лет).

## **ЧТО МОЖЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ РАЗЛИЧИЯ В УРОВНЕ СМЕРТНОСТИ?**

Современный этап устойчивого роста ожидаемой продолжительности жизни в России охватил не только центры регионов, но и их периферию. Однако темпы снижения уровня смертности в центрах и остальных населенных пунктах, как и величина разрыва в  $e_0$  между ними на момент начала исследования, существенно различаются по субъектам Федерации. Как результат, пока в одних регионах рост ожидаемой продолжительности жизни сопровождался конвергенцией в уровне смертности между центром и остальной частью, в других преимущество центров только увеличивалось.

Различия в уровне смертности зависят как от условий на макроуровне, или «контекста» территории (иными словами, «эффекта среды»), так и от различий на микроуровне – в социально-демографических характеристиках конкретных жителей (Cummins et al. 2007). Если «эффект среды» оказывает влияние на все население какой-либо территории, то индивидуальные характеристики напрямую могут быть не связаны с местом проживания, однако неравномерность в их распределении между жителями различных территорий будет непременно оказывать влияние на агрегированные показатели смертности в них.

К важнейшим социально-демографическим характеристикам, влияющим на ожидаемую продолжительность жизни человека, относят уровень образования, уровень доходов, профессиональный статус, брачный статус, этническую принадлежность, религию и др. (Marmot, Shipley, Rose 1984; Valkonen 1992; Mackenbach et al. 2003; Von Gaudecker, Scholz 2007). Все они в той или иной степени определяют образ жизни и поведение индивида в отношении своего здоровья и подверженность факторам риска: курению, злоупотреблению алкоголем и наркотиками, неправильному питанию, низкой физической активности, гипертонии и др.

К средовым эффектам относят пространственные различия в социально-экономических, политических и экологических условиях, в доступе к инфраструктуре, прежде всего к системе здравоохранения, в том числе неотложной медицинской помощи, в благоустройстве и качестве жилищного фонда (Diez-Roux 2002). Вместе с тем контекстуальный эффект, как правило, находит свое отражение во многих индивидуальных

характеристиках. Так, уровень доходов домохозяйств выше там, где есть высоко оплачиваемые рабочие места; от уровня развития местной экономики зависят также образовательный и профессиональный состав населения, направление миграционных потоков.

Таким образом, более высокий уровень социально-экономического развития или другие привлекательные для миграции и проживания факторы (климат, развитая инфраструктура, в том числе досуговая, образовательная) формируют более «здоровое население» с более высокой продолжительностью жизни. И наоборот, в регионах с неблагоприятными социальными и экономическими условиями может возникнуть культура аномии, способствующая распространению нездорового образа жизни и высокому уровню смертности (Shaw, Dorling, Mitchell 2002).

## **В РОССИИ МИГРАЦИОННЫЙ ПОТОК НАПРАВЛЕН ИЗ ПЕРИФЕРИИ РЕГИОНОВ В ИХ ЦЕНТРЫ**

Несмотря на депопуляцию, охватившую большую часть территории страны в 2000-2010-е гг., многие региональные столицы не только сохранили, но и нарастили численность населения. Как следствие, в 2003-2018 гг. доля населения, проживающего в региональных центрах, во всем населении неизменно увеличивалась (рисунок П1 Приложения). Отчасти это обусловлено более благоприятным соотношением чисел смертей и рождений в центрах вследствие более молодой возрастной структуры в них, однако главный источник роста таких городов – приток мигрантов как международных, так и внутренних. Более того, главными поставщиками внутренних мигрантов в региональные центры, как правило, являются прочие населенные пункты того же региона (Карачурина, Мкртчян 2016).

Миграционные потоки, направленные из периферии регионов в их центры, не только способствуют концентрации населения в ограниченном числе городов и «опустыниванию» периферии, но и приводят к «ухудшению» структуры населения с точки зрения уровня его здоровья на территориях, теряющих население в миграционном обмене с центрами. Согласно теории «здорового мигранта», миграция ассоциирована с позитивной селекцией по уровню здоровья, т. е. уровень смертности среди мигрантов ниже, чем среди принимающего населения, равно как и среди отдающего (Razum, Zeeb, Rohrmann 2000).

Таким образом, можно предположить, что динамика доли центра в населении региона будут напрямую связана с направлением и темпами изменения центр-периферийного разрыва в  $e_0$ . Так, самый высокий прирост (свыше 7 процентных пунктов) доли центра в населении всего региона между 2003 и 2018 гг. отмечался в Тюменской, Кировской, Сахалинской областях, Якутии, Карелии, Бурятии, Красноярском крае – субъектах Федерации, для которых характерен значительный центр-периферийный разрыв в  $e_0$ . В целом размер прироста доли центров в населении регионов между 2003 и 2018 гг. объясняет около 40% дисперсии в величине разрыва в  $e_0$  между центрами и прочими населенными пунктами в 2018 г. (рисунок П2 Приложения).

Поскольку большинство вузов расположено в региональных центрах, учебная миграция (переезд выпускников школ и ссузов с целью получения высшего образования) является важной составляющей центр-периферийных потоков миграции в России. При этом учебная миграция вносит значительный вклад в увеличение качества человеческого капитала (доли людей с высшим образованием в населении) в центрах в ущерб периферии.

## **Доля населения с высшим образованием в столицах регионов России в два раза выше, чем за их пределами**

В СССР, а затем и в России ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин, имеющих высшее образование, существенно превышала соответствующие показатели для менее образованных групп населения (Пьянкова, Фаттахов 2017). Более того, дифференциация  $e_{30}$ <sup>7</sup> в зависимости от уровня образования постоянно нарастала от оценок для 1979 г. к оценкам для 2015 г., главным образом за счет увеличения отрыва в ожидаемой продолжительности жизни населения с высшим образованием (Харькова, Никитина, Андреев 2017).

Люди с высшим образованием чаще практикуют самосохранительное поведение (в противовес рискованному), а также обладают более совершенными навыками социальной адаптации, особенно в кризисы (Щур 2019). Бремя смертности от травм и так называемых алкогольных причин смерти намного менее выражено среди россиян с высшим образованием (Shkolnikov et al. 2006). Проведенный нами анализ различий в уровне смертности между региональными центрами и прочими населенными пунктами показал, что в последних он выше в молодых и средних трудоспособных возрастах от внешних причин смерти и некоторых заболеваний, свидетельствующих о низкой социальной адаптации умерших.

Перепись 2010 г. показала, что во всех исследуемых субъектах Федерации доля населения с третичным уровнем образования была выше в региональном центре (Росстат 2012). Так, доля населения, имеющего высшее образование, в центрах, в среднем по 67 регионам, составляет 31,6%, за пределами центров – 16,5%, почти двукратное преимущество региональных столиц. Принимая во внимание наблюдаемую в России дифференциацию долголетия по образовательным группам, справедливо предположить, что разрыв в  $e_0$  между центрами и периферией во многом объясняется различиями в образовательной структуре их населения.

## **ОГРАНИЧЕНИЕ РАБОТЫ**

Хотя некоторые наблюдения, высказанные нами относительно причин наличия центр-периферийного разрыва в продолжительности жизни внутри регионов России, могут быть применимы и к анализу межрегиональных различий в величине и направлении изменений

---

<sup>7</sup> Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 30 лет (как правило, уровень образования человека редко меняется после 30 лет).

центр-периферийного разрыва, наша работа не содержит подробного анализа социально-экономических и/или физико-географических детерминант межрегионального разнообразия и пространственной картины выделенных нами различных типов регионов.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В исследуемый период (2003-2018 гг.) в подавляющем большинстве регионов России ожидаемая продолжительность жизни при рождении в региональных центрах была выше, чем в прочих населенных пунктах. При этом, в 2003-2011 гг. отмечалась тенденция к росту преимуществ центров, сменившаяся в 2012 г. тенденцией к конвергенции в уровне смертности. Впрочем, утверждать наверняка, что показатели ожидаемой продолжительности жизни в центрах и на периферии российских регионов сближаются, можно будет только после проведения следующей переписи населения. Хотя в 2011 г. и был изменен принцип учета миграции в России, приведший к значительному росту числа регистрируемых мигрантов, попадающих в поле зрения отечественной статистики, мы не можем полностью исключить вероятность того, что перепись 2021 г., как и перепись 2010 г., покажет завышение текущим учетом численности населения на «периферии» и его занижение в «центрах». В таком случае фактический разрыв в  $e_0$  между региональными центрами и прочими населенными пунктами окажется выше расчетного.

Величина разрыва в  $e_0$  между центром и остальной частью региона большей частью зависит от уровня смертности на периферии, в то время как направление изменения разрыва зависит от динамики  $e_0$  как в центре, так и на периферии. В регионах, где разрыв в  $e_0$  уменьшается, это происходит в первую очередь за счет догоняющих темпов снижения уровня смертности за пределами центра. Напротив, регионы, для которых характерна дивергенция в уровне смертности между центром и периферией, отличаются более высокими значениями и темпами роста  $e_0$  в столицах. Кроме того, в IV-VI типах регионов, где центр-периферийный разрыв ниже, чем в среднем по стране, значения  $e_0$  выше и, наоборот, в I-III типах они ниже среднероссийского, а разрыв – выше. При этом самый быстрый рост ожидаемой продолжительности жизни в 2003-2018 гг. на уровне всего региона (без разделения на центр и периферию) показали III и VI типы регионов, где отмечалась конвергенция в показателях смертности между центром и периферией.

Разрыв в  $e_0$  для мужчин, а также изменение этого показателя со временем определяется главным образом разницей в уровне смертности в молодом и среднем (25-54 года) возрасте. Дифференциация в уровне смертности женщин в данной возрастной группе между центрами и периферией также имеет значение, но несколько меньшее, чем для мужчин. Среди причин смерти, определяющих отставание периферии от центров в этой возрастной группе, в первую очередь выделяются внешние причины смерти, а также такие заболевания, как кардиомиопатия, туберкулез, цирроз и некоторые другие, говорящие о скорее маргинальном образе жизни умерших и об их выпадении из социума. Представляется, что вследствие более благоприятной образовательной структуры, а также селективного эффекта миграции доля «маргинального» населения в региональных центрах ниже, чем на периферии. Таким образом, различия в уровне смертности в молодом и среднем возрасте между центрами и прочими населенными пунктами можно объяснить

различиями в социально-демографических характеристиках их жителей. В то время как более низкий уровень смертности старшего возраста от хронических заболеваний в центрах – следствие более развитой системы здравоохранения в них.

Если географические различия в уровне смертности вызваны, в первую очередь, социально-экономической дифференциацией пространства, можно ли добиться полной конвергенции лишь посредством мер, затрагивающих развитие системы здравоохранения, и/или других инициатив в области защиты общественного здоровья? Иными словами, возможно ли искоренение центр-периферийного разрыва в  $e_0$  в России при сохранении пространственного неравенства в уровне социально-экономического развития? На примере Германии мы видим, как проведение эффективной политики общественного здравоохранения, направленной на сглаживание пространственных различий в уровне смертности, позволило свести к минимуму разрыв в уровне смертности между «старыми» и «новыми» федеральными землями даже при сохранении ощутимой гетерогенности социально-экономических условий (van Raalte et al. 2020).

## БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы выражают благодарность анонимным рецензентам, чьи комментарии, на наш взгляд, позволили существенно улучшить рукопись статьи.

## ЛИТЕРАТУРА

- Андреев Е.М. (1979). Продолжительность жизни в СССР: дифференциальный анализ. Е.М. Андреев, А.Г. Вишневский (Ред.), *Продолжительность жизни: анализ и моделирование* (с. 7-31). М.: Статистика.
- Андреев Е.М. (1982) Метод компонент в анализе продолжительности жизни. *Вестник статистики*, 9, 42-47. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/andreev/andreev.pdf>
- Андреев Е.М. (2012). О точности результатов российских переписей населения и степени доверия к разным источникам информации. *Вопросы статистики*, 11, 21–35. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2013/0549/analit01.php>
- Андреев Е.М., Кваша Е.А., Харьковская Т.Л. (2006). Особые точки на карте смертности. Население России 2003–2004. В А.Г. Вишневский (Ред.), *Одиннадцатый-двенадцатый ежегодный демографический доклад* (с. 298–305). М.: «Наука».
- Вишневский А.Г., Щур А.Е. (2019). Смертность и продолжительность жизни в России за полвека. *Оргздрав: новости, мнения, обучение*, 5(2), 10-21. DOI: 10.24411/2411-8621-2019-12003.
- Данилова И.А. (2015). Проблемы качества российской статистики причин смерти в старческом возрасте. *Успехи геронтологии*, 28(3), 409–414. URL: <https://www.hse.ru/data/2018/10/11/1155689100/%D0%94%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B0.pdf>
- Захаров С.В. (Ред.) (2019). *Население России 2017. Двадцать пятый ежегодный демографический доклад*. М.: Издательский дом Высшей школы экономики.

- Иванова А., Семенова В., Дубровина Е. (2004). Что скрывается за "другими болезнями сердца"? *Демоскоп Weekly*, 181–182. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0181/tema02.php>
- Иванова А.Е. Михайлов А.Ю., Семенова В.Г. (2009). Потери продолжительности и качества жизни населения России. *Народонаселение*, 3, 40-49. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/poteri-prodolzhitelnosti-i-kachestva-zhizni-naseleniya-rossii>
- Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В. Г., Запорожченко В. Г., Землянова Е.В., Никитина С.Ю. (2013). Факторы искажения структуры причин смерти трудоспособного населения России. *Социальные аспекты здоровья населения*, 32(4). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/30>
- Карачурина Л.Б., Мкртчян Н.В. (2016). Региональные центры России в фокусе миграции Вопросы географии, т. 141. В В. Котляков, В. Н. Стрелецкий и др. (Ред.), *Проблемы регионального развития России*. М.: Издательский дом «Кодекс», 209-233.
- Лексин В.Н. (2009). Города власти: административные центры России. *Мир России: Социология, этнология*, 18(1), 3-33. URL: <https://mirros.hse.ru/article/view/5127>
- Мкртчян Н.В. (2012). Проблемы учета населения отдельных возрастных групп в ходе переписи населения 2010 г.: причины отклонений полученных данных от ожидаемых. М.Б. Денисенко (Ред.), *Демографические аспекты социально-экономического развития* (с. 197–214). Москва: МАКС Пресс.
- Нефедова Т.Г., Трейвиш А.И. (2020). Поляризация и сжатие освоенных пространств в центре России: тренды, проблемы, возможные решения. *Демографическое обозрение*, 7(2), 31-53. DOI: 10.17323/demreview.v7i2.11138.
- Новосельский С.А. (1911). О различиях в смертности сельского и городского населения Европейской России. *Общественный врач*, 4, 40-62.
- Новосельский С.А. (1916). *Смертность и продолжительность жизни в России*. Санкт-Петербург: Типография МВД. URL: [http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/novoselskij/novoselskij\\_1916.pdf](http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/novoselskij/novoselskij_1916.pdf)
- Папанова Е.К., Школьников В.М., Тимонин С.А. (2019). Особенности динамики и компоненты снижения смертности в Москве в 1989-2017 гг. *Демографическое обозрение*, 6(1), 50-103. DOI: 10.17323/demreview.v6i1.9113.
- Пьянкова А.И., Фаттахов Т.А. (2017). Смертность по уровню образования в России. *Экономический журнал ВШЭ*, 21(4), 623–647. URL: <https://ej.hse.ru/data/2017/12/28/1160683586/%D0%9F%D1%8C%D1%8F%D0%BD%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0.pdf>
- Росстат (2012). *Всероссийская перепись населения 2010*. URL: [https://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/perepis2010/croc/perepis\\_itogi1612.htm](https://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_itogi1612.htm)
- Российская экономическая школа (2019). *Российская база данных по рождаемости и смертности*. URL: [http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr\\_indicat/data](http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data) (данные загружены 15.03.2020).
- Харькова Т.Л., Никитина С.Ю., Андреев Е.М. (2017). Зависимость продолжительности жизни от уровня образования в России. *Вопросы статистики*, 8, 61–68. URL: <https://voprstat.elpub.ru/jour/article/view/546>
- Школьников В.М. (1987). Географические факторы продолжительности жизни. *Известия АН СССР. Серия Географическая*, 3(12), 35-44.

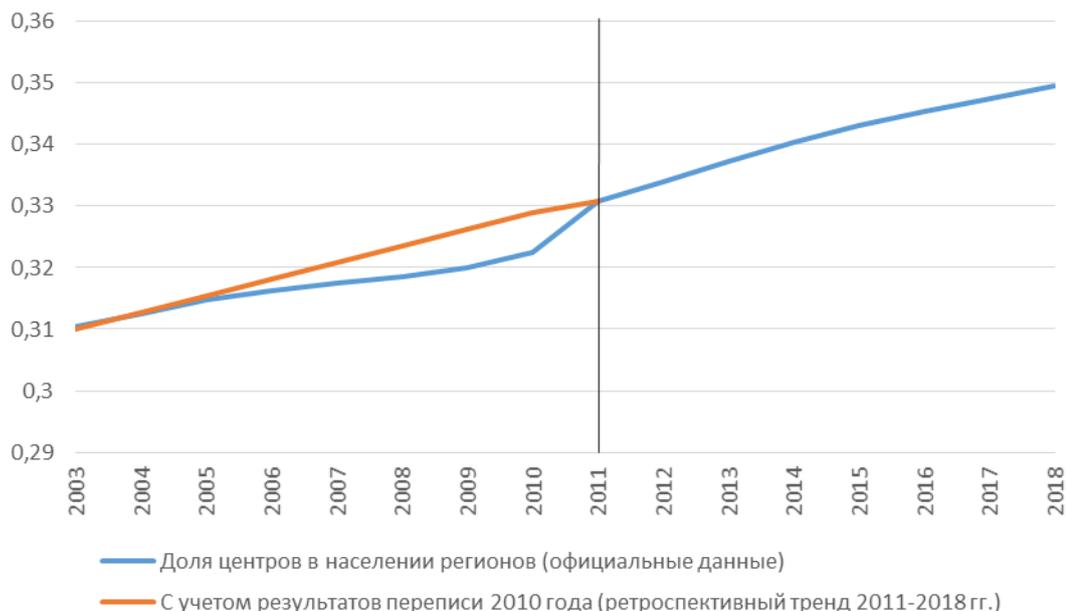
- Щур А.Е. (2019). Уровень образования как фактор демографического прогноза. *Демографическое обозрение*, 6(2), 204-208. DOI: 10.17323/demreview.v6i2.9878.
- Cummins S., Curtis S., Diez-Roux A.V., Macintyre S. (2007). Understanding and representing 'place' in health research: A relational approach. *Social Science & Medicine*, 65(9), 1825-1838. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.05.036.
- Diez-Roux A.V. (2002). A glossary for multilevel analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(8), 588-594. DOI: 10.1136/jech.56.8.588.
- Mackenbach J.P., Bos V., Andersen O., Cardano M., Costa G., Harding S., Reid A., Hemström Ö., Valkonen T., Kunst A.E. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology*, 32(5), 830-837. DOI: 10.1093/ije/dyg209.
- Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099-1104. DOI: 10.1016/s0140-6736(05)74234-3.
- Marmot M.G., Shipley M.J., Rose G. (1984). Inequalities in death—specific explanations of a general pattern? *Lancet*, 1(8384), 1003-1006. DOI: 10.1016/s0140-6736(84)92337-7.
- Razum O., Zeeb H., Rohrmann S. (2000). The 'healthy migrant effect'—not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *International Journal of Epidemiology*, 29(1), 191-192. DOI: 10.1093/ije/29.1.191.
- Sen A. (1998). Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure. *The Economic Journal*, 108(446), 1-25. DOI: 10.1111/1468-0297.00270.
- Shaw M., Dorling D., Mitchell R. (2002). *Health, Place and Society*. Singapore: Pearson.
- Shkolnikov V.M., Andreev E., Jasilionis D., Leinsalu M., Antonova O., McKee M. (2006). The changing relation between education and life expectancy in Central and Eastern Europe in the 1990s. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(10), 875-881. DOI: 10.1136/jech.2005.044719.
- Timonin S., Danilova I., Andreev E., Shkolnikov V.M. (2017). Recent mortality trend reversal in Russia: are regions following the same tempo? *European Journal of Population*, 33(1), 733-763. DOI: 10.1007/s10680-017-9451-3.
- Timonin S., Jasilionis D., Shkolnikov V., Andreev E.M. (2020). New perspective on geographical mortality divide in Russia: a district-level cross-sectional analysis, 2008-2012. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(2), 144-150. DOI: 10.1136/jech-2019-213239.
- Valkonen T. (1992). Trends in regional and socio-economic mortality differentials in Finland. *International Journal of Health Sciences*, 3(3-4), 157-166. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12345858/>
- van Raalte A.A., Klüsener S., Oksuzyan A., Grigoriev P. (2020). Declining regional disparities in mortality in the context of persisting large inequalities in economic conditions: the case of Germany. *International Journal of Epidemiology*, 49(2), 486-496. DOI: 10.1093/ije/dyz265
- Vasin S., Costello C.A. (1997). Spatial, age, and cause-of-death patterns of mortality in Russia, 1988-1989. In J.L. Bobadilla, C.A. Costello, F. Mitcell (eds.), *Premature Death in the New Independent States* (66-119). Washington, DC: National Academies Press.
- Von Gaudecker H., Scholz R. (2007). Differential mortality by lifetime earnings in Germany. *Demographic Research*, 17, 83-108. DOI: 10.4054/demres.2007.17.4

## ПРИЛОЖЕНИЕ

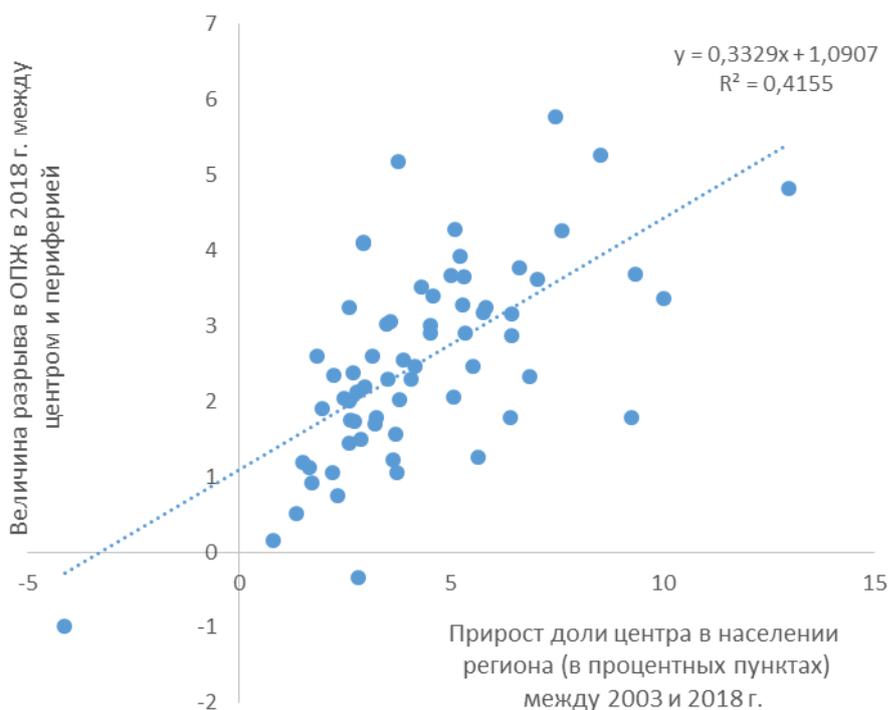
**Таблица. Типы регионов (I–VI) в зависимости от величины разрыва в ео и динамики его изменения в 2003-2018 гг.**

№	Название типа	Численность населения, млн, 2018 г.	Разрыв в ео, 2018 г. (в годах)	Число субъектов РФ	Состав (регионы)	Коэффициент регрессии*	P-значение
I.	Высокий разрыв, <b>дивергенция</b>	24,79	3,6	15	Архангельская, Бурятия, Забайкальский, Иркутская, Коми, Курская, Марий Эл, Новосибирская, Омская, Ростовская, Сахалинская, Свердловская, Тува, Тюменская, Якутия	<b>0,09</b> <b>(0,07;0,11)</b>	<b>0,00</b>
II.	Высокий разрыв, <i>нет четко выраженной тенденции</i>	23,50	3,4	15	Амурская, Владимирская, Карелия, Кемеровская, Кировская, Красноярский, Курганская, Оренбургская, Приморский, Томская, Удмуртия, Хабаровский, Хакассия, Челябинская, Чувашия	0,00 (-0,03;0,04)	0,81
III.	Высокий разрыв, <b>конвергенция</b>	6,39	3,2	6	Камчатский, Новгородская, Пермский, Псковская, Смоленская, Тверская	<b>-0,14</b> <b>(-0,18;-0,10)</b>	<b>0,00</b>
IV.	Низкий разрыв, <b>дивергенция</b>	16,11	2,0	7	Астраханская, Башкирия, Белгородская, Волгоградская, Воронежская, Мурманская, Татарстан	<b>0,14</b> <b>(0,10;0,18)</b>	<b>0,00</b>
V.	Низкий разрыв, <i>нет четко выраженной тенденции</i>	19,65	1,3	13	Адыгея, Алтайский, Вологодская, Калмыкия, Костромская, Липецкая, Мордовия, Самарская, Саратовская, Ставропольский, Тульская, Ульяновская, ХМАО	0,00 (-0,03;0,03)	0,96
VI.	Низкий разрыв, <b>конвергенция</b>	18,54	0,4	11	Брянская, Ивановская, Калининградская, Калужская, Краснодарский, Нижегородская, Орловская, Пензенская, Рязанская, Тамбовская, Ярославская	<b>-0,08</b> <b>(-0,19;-0,05)</b>	<b>0,00</b>
	Все регионы	109,00	2,3	67		0,01 (-0,01;0,03)	0,25

\* - В круглых скобках указан 95%-ный доверительный интервал; жирным шрифтом выделены статистически значимые коэффициенты.



**Рисунок П1. Доля населения в российских регионах, проживающего в региональном центре, %, 2003-2018**



**Рисунок П2. Влияние прироста доли центра в населении региона между 2003 и 2018 г. на величину разрыва в 2018 г. между центром и прочими населенными пунктами**

## CENTER-PERIPHERAL DIFFERENCES IN LIFE EXPECTANCY IN RUSSIA: REGIONAL ANALYSIS

ALEKSEI SHCHUR, SERGEY TIMONIN

*Elevated mortality (compared to the West) and significant spatial differences in life expectancy are serious challenges facing Russia. Improving Russians' health and increasing life expectancy by reducing inequality in mortality between regions and settlements are closely intertwined with the goals of spatial development of Russia, aimed at reducing interregional differences in the quality of life.*

*This paper presents an assessment of the scope and dynamics of changes in mortality differences between the 'center' and the 'periphery' in 67 regions of Russia, which are home to three-quarters of the country's population. The selected research period - 2003-2018 - is characterized by a steady increase in life expectancy at birth (LE) in Russia. Using unpublished data from Rosstat for cities, we estimated life expectancy at birth in 67 regional centers and in the rest of the regions ('periphery'). Depending on the magnitude of the differences in LE and the dynamics, we identified 6 types of regions. For the regions with the gap in LE between the center and the periphery larger than on average, the decomposition method was applied, which made it possible to determine the key age groups and causes of death responsible for such high differences.*

*In 36 regions of Russia classified as types I-III, the center-peripheral gap exceeded the average Russian level, while only in six regions in 2003-18 there was a tendency to reduce the size of this gap. The decomposition results showed that elevated mortality of males in the periphery is due to a higher mortality rate at working age from external causes of death, especially from traffic accidents, homicides and suicides, as well as from 'alcoholic' causes of death; females in the periphery suffer from higher mortality rate at older ages from chronic non-communicable diseases.*

*Despite the seemingly 'objective' nature of the mortality differences between the center and the periphery (the advantage of the former is due to the socio-demographic characteristics of its residents, the educational structure of the population, as well as selective migration), the positive experience of other countries shows that effective public health policies can significantly reduce the range of spatial inequality in mortality rates even if significant heterogeneity in the level of social-economic development of the territories persists.*

**Key words:** *life expectancy, mortality, Russian regions, regional capitals, center and periphery.*

---

ALEKSEI SHCHUR (aschur@hse.ru), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

SERGEY TIMONIN (stimonin@hse.ru), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

THIS ARTICLE IS THE PRODUCT OF A RESEARCH PROJECT IMPLEMENTED AS PART OF THE BASIC RESEARCH PROGRAMME AT THE NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS (HSE).

DATE RECEIVED : AUGUST 2020.

## REFERENCES

- Andreev E.M. (1979). Length of life in the USSR: A differential analysis. In E. Andreev, A. Vishnevski (Eds.), *Length of life: Analysis and modelling*. Moscow: Statistika. (In Russ).
- Andreev E.M. (1982). The method of components in the analysis of length of life. *Vestnik Statistiki*, 9, 42–47. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/andreev/andreev.pdf> (In Russ).
- Andreev E.M. (2012). On accuracy of Russia population censuses results and level of confidence in different sources of information. *Statistical Issues*, 11, 21–35. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2013/0549/analit01.php> (In Russ).

- Andreev E.M., Kvasha E.A., Khar'kova T.L. (2006). Special points on the mortality map. In A.G. Vishnevsky (Ed.), *Naselenie Rossii 2003–2004. Odinnadtsatyy-dvenadtsatyy ezhegodnyy demograficheskiy doklad* (pp. 298–305) [Russia's Population in 2003–2004. 11–12 Annual Demographic Report]. Moscow: Nauka. (In Russ).
- Center for Demographic Research. (2018). Russian Fertility and Mortality Database. Retrieved from [http://www.demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr\\_indicat/data](http://www.demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data) (data downloaded on 15.03.2020).
- Cummins S., Curtis S., Diez-Roux A.V., Macintyre S. (2007). Understanding and representing 'place' in health research: A relational approach. *Social Science & Medicine*, 65(9), 1825–1838. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.05.036.
- Danilova I. (2015). Problems of the quality of cause-specific mortality statistics at advanced ages. *Advances in Gerontology*, 3, 409–414. URL: <https://www.hse.ru/data/2018/10/11/1155689100/%D0%94%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B0.pdf> (In Russ).
- Diez Roux A.V. (2002). A glossary for multilevel analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(8), 588–594. DOI: 10.1136/jech.56.8.588.
- Federal State Statistics Service (Rosstat) (FSSS). (2012). *All-Russian population census 2010*. URL: [https://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/perepis2010/croc/perepis\\_itogi1612.htm](https://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_itogi1612.htm) (In Russ).
- Ivanova A., Semenova V., Dubrovina E. (2004). Chto skryvayetsya za "drugimi boleznyami serdtsa"? [What is hidden behind 'other heart diseases'?]. *Demoskop Weekly*, 181–182. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0181/tema02.php> (In Russ).
- Ivanova A.E., Mikhaylov A.YU., Semenova V.G. (2009). Poteri prodolzhitel'nosti i kachestva zhizni naseleniya Rossii [Loss of length and quality of life of Russian population]. *Narodonaseleniye*, 3, 40–49. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/poteri-prodolzhitelnosti-i-kachestva-zhizni-naseleniya-rossii> (In Russ).
- Ivanova A.E., Sabgayda T.P., Semenova V.G., Zaporozhenko V.G., Zemlyanova E.V., Nikitina S.YU. (2013). Factors distorting structure of death causes in working population in Russia. *Social aspects of population health*, 4(32). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/30/> (In Russ).
- Karachurina L.B., Mkrtychyan N.V. (2016). Regional'nyye tsentry Rossii v fokuse migratsii [Regional centers of Russia in migration's focus]. In V. Kotlyakov, V.N. Streletskiy, O.B. Glezer, S.G. Safronov (Eds.), *Problemy regional'nogo razvitiya Rossii* (pp. 209–233). Moscow: Izdatel'skiy dom «Kodeks». (In Russ).
- Khar'kova T.L., Nikitina S.YU., Andreev E.M. (2017). Dependence of life expectancy on the education levels in Russia. *Statistical Issues*, 8, 61–68. URL: <https://voprstat.elpub.ru/jour/article/view/546> (In Russ).
- Leksin V.N. (2009). Goroda vlasti: administrativnyye tsentry Rossii [Cities of Power: Administrative Centres of Russia]. *Mir Rossii: Sotsiologiya, etnologiya*, 18(1), 3–33. URL: <https://mirros.hse.ru/article/view/5127> (In Russ).
- Mackenbach J.P., Bos V., Andersen O., Cardano M., Costa G., Harding S., Reid A., Hemström Ö., Valkonen T., Kunst A.E. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology*, 32(5), 830–837. DOI: 10.1093/ije/dyg209.
- Marmot M. (2006). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099–1104. DOI: 10.1016/s0140-6736(05)74234-3.
- Marmot M.G., Shipley M.J., Rose G. (1984). Inequalities in death—specific explanations of a general pattern? *Lancet*, 1(8384), 1003–1006. DOI: 10.1016/s0140-6736(84)92337-7.
- Mkrtychyan N.V. (2012). Issues of acquiring population in certain age groups during the Census of 2010: The reasons for the deviations from the expected counts. In M. B. Denisenko

- (Ed.), *Demographic aspects of socio-economic development* (pp. 197–214). Moscow: MAKS Press (In Russ).
- Nefyodova T., Treyvish A. (2020). Polarization and shrinkage of active space in the core of Russia: trends, problems and possible solutions. *Demographic Review*, 7(2), 31-53. <https://doi.org/10.17323/demreview.v7i2.11138> (In Russ).
- Novosel'skij S.A. (1911). O razlichiyah v smertnosti sel'skogo i gorodskogo naseleniya Evropejskoj Rossii [Differences in mortality between the rural and urban population of European Russia]. *Obshchestvennyj vrach*, 4. (In Russ).
- Novosel'skij S.A. (1916). *Smertnost' i prodolzhitel'nost' zhizni v Rossii* [Mortality and life expectancy in Russia]. Saint Petersburg: Tipografiya MVD. URL: [http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/novoselskij/novoselskij\\_1916.pdf](http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/novoselskij/novoselskij_1916.pdf) (In Russ).
- Papanova E., Shkolnikov V., Timonin S. (2019). Distinctive features and components of mortality decrease in Moscow in 1989-2017. *Demographic Review*, 6(1), 50-103. <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i1.9113> (In Russ).
- Pyankova A.I., Fattakhov T.A. (2017). Smertnost' po urovnyu obrazovaniya v Rossii [Mortality by level of education in Russia] // *HSE economic journal*. 21(4), 623–647. URL: <https://ej.hse.ru/data/2017/12/28/1160683586/%D0%9F%D1%8C%D1%8F%D0%BD%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0.pdf> (In Russ).
- Razum O., Zeeb H., Rohrmann S. (2000). The 'healthy migrant effect' – not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *International Journal of Epidemiology*, 29(1), 191–192. DOI: 10.1093/ije/29.1.191.
- Sen A. (1998). Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure. *The Economic Journal*, 108(446), 1–25. DOI: 10.1111/1468-0297.00270.
- Shaw M., Dorling D., Mitchell R. (2002). *Health, Place and Society*. Singapore: Pearson.
- Shchur A. (2019). Education level as a factor in demographic forecasting. *Demographic Review*, 6(2), 204-208. <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i2.9878> (In Russ).
- Shkolnikov V.M. (1987). Geographical factors of length of life. *Izvestiya AN SSSR. Geographical Series*, 3(12), 35–44. (In Russ).
- Shkolnikov V.M., Andreev E., Jasilionis D., Leinsalu M., Antonova O., McKee M. (2006). The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(10), 875-881. DOI: 10.1136/jech.2005.044719.
- Timonin S., Danilova I., Andreev E., Shkolnikov V.M. (2017). Recent mortality trend reversal in Russia: are regions following the same tempo? *European Journal of Population*, 33(1), 733- 763. DOI: 10.1007/s10680-017-9451-3.
- Timonin S., Jasilionis D., Shkolnikov V., Andreev E.M. (2020). New perspective on geographical mortality divide in Russia: a district- level cross- sectional analysis, 2008–2012. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(2), 144-150. DOI: 10.1136/jech-2019-213239.
- Valkonen T. (1992). Trends in regional and socio-economic mortality differentials in Finland. *International Journal of Health Sciences*, 3(3-4), 157-166. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12345858/>
- van Raalte A.A., Klüsener S., Oksuzyan A., Grigoriev P. (2020). Declining regional disparities in mortality in the context of persisting large inequalities in economic conditions: the case of Germany. *International Journal of Epidemiology*, 49(2), 486–496. DOI: 10.1093/ije/dyz265
- Vasin, S., Costello C.A. (1997). Spatial, age, and cause-of-death patterns of mortality in Russia, 1988–1989. In J.L. Bobadilla, C.A. Costello, F. Mitchell (Eds.), *Premature Death in the New Independent States* (pp. 66-119). Washington, DC: National Academies Press.

- Vishnevsky A.G., Shchur A.E. (2019). Smertnost' i prodolzhitel'nost' zhizni v Rossii za polveka [Mortality and life expectancy in Russia for half a century]. *Orgzdrav: novosti, mneniya, obucheniye*, 5(2), 10-21. DOI: 10.24411/2411-8621-2019-12003. (In Russ).
- Von Gaudecker H., Scholz, R. (2007). Differential mortality by lifetime earnings in Germany. *Demographic Research*, 17, 83-108. DOI: 10.4054/demres.2007.17.4
- Zakharov S.V. (2019). *Naseleniye Rossii 2017: dvadtsat' pyatyy ezhegodnyy demograficheskiy doklad* [Russia's population: 25 annual demographic report]. Moscow: Izdatel'skiy dom NIU VSHE. (In Russ).

# ВЛИЯНИЕ МИГРАЦИИ НА ЧИСЛЕННОСТЬ И ВОЗРАСТНОЙ СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ РАЗНЫХ ТИПОВ В БАШКОРТОСТАНЕ

Наиля Шамсутдинова, Вадим Прудников,  
Ирина Утяшева, Гульдар Хилажева

*В статье произведена оценка вклада миграции в изменение численности и возрастной структуры населения различных типов муниципальных образований Республики Башкортостан. Среди таких типов выделены ядра (промышленные и образовательные центры, притягивающие человеческий капитал), тяготеющие к ядрам муниципалитеты, численность населения которых растет за счет влияния ядер (пригородные территории), а также периферийные районы, миграция из которых в пределы Уфимской и Южно-Башкортостанской агломераций носит безвозвратный характер. На первом этапе выполнен ретроспективный прогноз для представителей трех выделенных типов муниципальных образований на период 2008-2018 гг. Согласно его результатам наибольший выигрыш миграция принесла не ядрам, а тяготеющим к ним пригородным муниципальным образованиям, что отразилось в приросте численности их населения практически во всех возрастных группах, но прежде всего населения предпенсионного и пенсионного возраста. На втором этапе проведено сценарное прогнозирование численности населения муниципальных образований на период до 2029 г. Выделены четыре сценария развития миграционной ситуации. Результаты прогнозирования указывают на то, что прирост численности населения ядер агломераций и их пригородных территорий возможен только за счет продолжения миграционного притока, который, однако, не окажет значительного влияния на возрастную структуру. В то же время периферийные муниципальные районы, продолжая терять население, значительно «постареют». Таким образом, развитие ядер и пригородных территорий тесно сопряжено с потерей демографического потенциала отдающими население периферийными территориями. В результате в среднесрочной перспективе в Республике Башкортостан ожидается замедление прироста численности населения центров агломераций.*

**Ключевые слова:** миграционный прирост, возрастная структура, прогнозирование, Уфимская агломерация, Южно-Башкортостанская агломерация, ядро, периферия.

## ВВЕДЕНИЕ

Закономерности динамики численности и возрастной структуры населения населенных пунктов любого размера невозможно рассматривать вне процесса урбанизации и без учета универсальных стадий этого процесса (Gibbs 1963: 85-99; Klaassen, Schimemi 1981: 8-28.)

---

**Наиля Кадымовна Шамсутдинова** (shamsutdinovank@gmail.com), Институт стратегических исследований Республики Башкортостан, Россия.

**Вадим Борисович Прудников** (prudnikov.bgu@mail.ru), Башкирский Государственный Университет, Россия.

**Ирина Борисовна Утяшева** (utasheva@bashstat.ru), Институт стратегических исследований Республики Башкортостан, Россия.

**Гульдар Фаритовна Хилажева** (aguldar@yandex.ru), Институт стратегических исследований Республики Башкортостан, Россия.

Статья подготовлена при поддержке РФФИ и Республики Башкортостан, проект №17-46-020237 «Исследование тенденций и факторов, влияющих на пространственное распределение человеческого капитала как элемента системы взаимодействия центра и периферии (на примере Республики Башкортостан)».

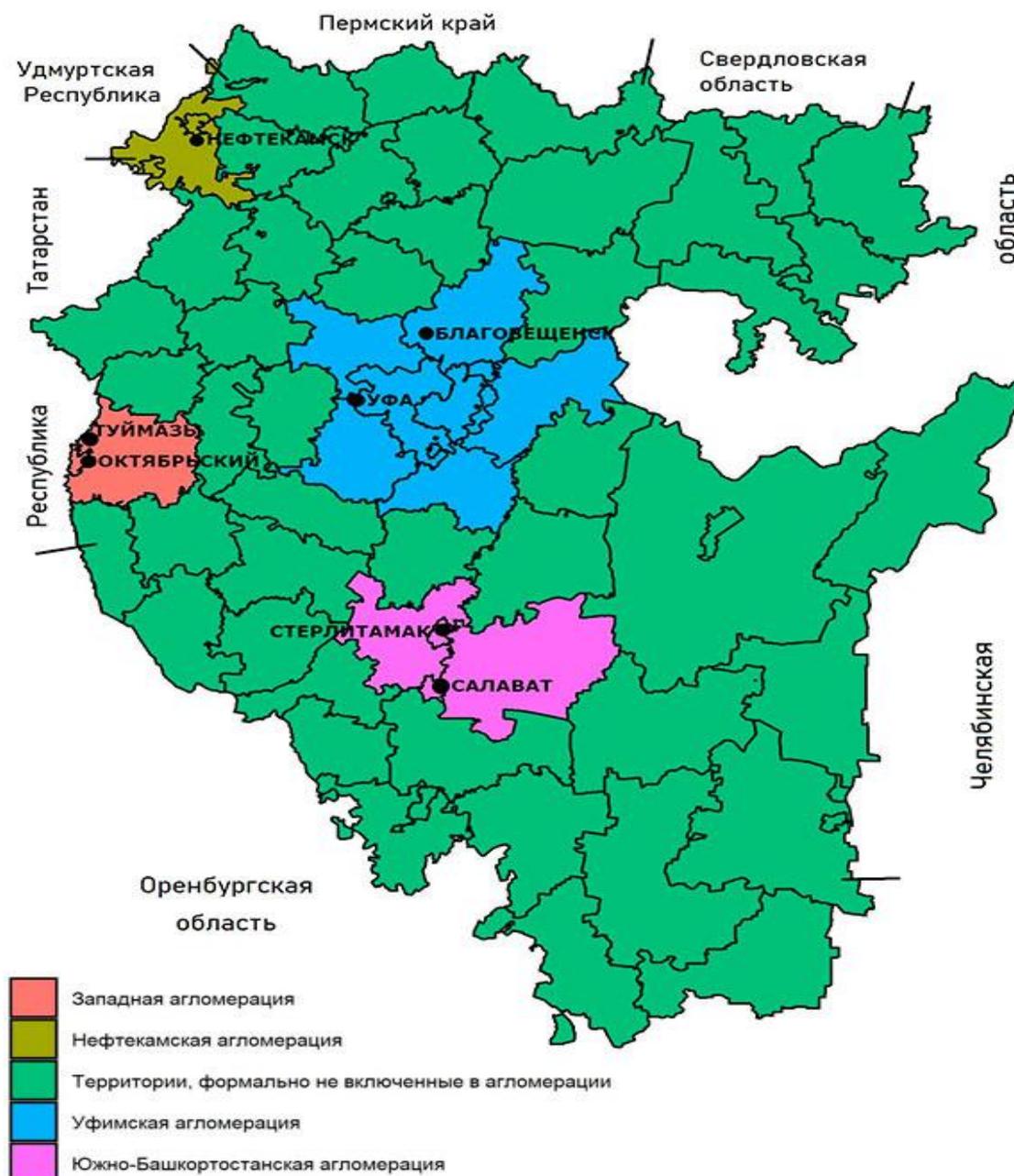
Статья поступила в редакцию в мае 2020 г.

Теории урбанизации концентрируются на выявлении закономерностей взаимодействия центра–пригорода, городских центров и периферии, а также сельско-городского континуума (Трейвиш 2016: 52-70). Специфика советской модели урбанизации заключалась в форсированной индустриализации, наличии противоречий между количественными и качественными характеристиками, географическими, экономическими, социальными параметрами страны. В настоящее время Россия в целом характеризуется развитием региональных агломераций. Современными региональными центрами можно назвать города с населением свыше 250 тыс. человек (Зайончковская 2000: 1-15; Пивоваров 2001: 101-113; Нефедова, Трейвиш 2001: 171-194). Для России нехарактерно соподчиненное развитие крупных и средних городов, отмечается незавершенность урбанизации, во многих регионах степень урбанизации по-прежнему крайне низка, в том числе и в Республике Башкортостан (Карачурина 2012: 10-24). Миграция является движущей силой дифференциации, в одних случаях способствуя росту численности населения, в других – наоборот, являясь причиной ее снижения, деформируя половозрастную структуру населения. Крупнейшие города, являясь центрами агломерации, способствуют преломлению миграционного передвижения в «агломерационном поясе» (Карачурина, Мкртчян 2016: 46-59). Населенные пункты, находящиеся на периферии «агломерационного пояса», все больше теряют молодежь, а удельный вес старших возрастных когорт увеличивается. При этом данные процессы могут сдерживаться средними и малыми городами (Карачурина, Мкртчян 2014: 62-80). Ретроспективные оценки влияния миграции на численность молодежи городов и сел России с использованием данных переписей показали, что с 1979 по 1989 г. сельская местность России потеряла 34% детей 5-9 лет и 26% детей 10-14 лет (Мкртчян, Карачурина 2012: 688-707). Убыль и старение населения региона в целом не означают, что в то же время в его пределах не происходят процессы концентрации населения в региональном центре. Малые и средние города не способны удерживать население в условиях сокращения потока населения из сел. В то же время для сельских территорий характерно снижение общей численности и «постарение» населения. В сельских районах, расположенных за пределами зоны активной маятниковой миграции в региональные центры, снижается численность молодежи (с 2015 по 2019 г. темпы снижения численности сельской молодежи в возрасте от 15-19 до 30-34 лет составили в таких районах примерно 5-8%).

## **ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ЗОНИРОВАНИЕ ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**

Географические факторы, исторические особенности расселения, а также сложившаяся система размещения промышленных предприятий в Республике Башкортостан повлияли на неравномерность социально-экономического развития территорий региона.

В пределах Башкортостана специалисты выделяют семь социально-экономических зон (субрегионов). Это центральный, южный, западный, северо-западный, северный, северо-восточный и уральский субрегионы, которые различаются уровнем социально-экономического развития, степенью урбанизированности, характером протекающих социально-демографических процессов (Исянбаев 2008).



**Рисунок. Состав агломераций региона по муниципальным образованиям**

Источники: Стратегия социально-экономического развития Республики Башкортостан на период до 2030 г.<sup>1</sup>; экспертные оценки специалистов.

Центральный, южный и западный субрегионы, наиболее развитые в социально-экономическом отношении, характеризуются относительно более благоприятной демографической ситуацией. В них сконцентрировано более 90% промышленного

<sup>1</sup> Утверждена Постановлением Правительства РБ от 20.12.2018 №624 «О Стратегии социально-экономического развития Республики Башкортостан на период до 2030 года». URL: <https://minecon.bashkortostan.ru/deyatelnost/strategicheskoe-planirovanie/strategiya-razvitiya-respubliki-bashkortostan/strategiya-respubliki-bashkortostan-2030/>

потенциала региона, находятся 13 городов республики. Уровень социально-экономического развития остальных субрегионов является относительно низким. Среди них уральский является слабоурбанизированным, а северный и северо-восточный – практически неурбанизированными, на их территории отсутствуют городские населенные пункты.

Несмотря на то, что не существует общепринятого подхода к выделению агломераций среди административно-территориальных образований республики, в целом на территориях обозначенных субрегионов экспертами сегодня выделяются следующие четыре агломерации (Гайнанов, Уляева 2017):

- 1) в центральном субрегионе – *Уфимская агломерация*, к которой относятся: городской округ Уфа, муниципальные районы Благовещенский, Иглинский, Уфимский, Кармаскалинский, Чишминский, Кушнаренковский;
- 2) в южном субрегионе – *Южно-Башкортостанская (Стерлитамакская) агломерация*: городские округа Стерлитамак, Салават, муниципальные районы Стерлитамакский, Ишимбайский;
- 3) в западном субрегионе – *Западная (Октябрьско-Туймазинская) агломерация*: городской округ Октябрьский и Туймазинский район с городом Туймазы.
- 4) в северо-западном субрегионе – *Нефтекамская агломерация*: городские округа Нефтекамск, Агидель, Краснокамский район.

Географическое расположение агломераций представлено на рисунке.

## **КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИГРАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В РЕГИОНЕ**

Миграционная ситуация в Республике Башкортостан является типичной для большинства российских регионов. В общем объеме валовой миграции, которая, в среднем за 2016-2018 гг., составила около 200 тыс. человек в год, наибольшая доля приходится на внутрирегиональную (48%), затем – межрегиональную (42%) и менее десятой части – на международную (9%).

Показатели международной миграции, которые в республике всегда имели положительные значения, в последние годы стали снижаться и в 2016-2018 гг. стали отрицательными (Башкортостанстат 2019а).

Межрегиональная миграция в течение длительного периода ведет к ежегодной миграционной убыли населения (в 2016-2018 гг. – около 7,5 тыс. человек). При этом наиболее притягательным направлением для мигрантов из Башкортостана являются регионы европейской части страны (Москва, Санкт-Петербург). Кроме этого значительный миграционный отток наблюдается в соседние регионы Урало-Поволжья (Челябинская область, Республика Татарстан и др.), а также в сибирские регионы (прежде всего – в округа Тюменской области). Последние являются привлекательными в контексте не только долгосрочной, но и краткосрочной (временной трудовой) миграции. Башкортостан

лидирует среди субъектов РФ по абсолютной численности мигрантов, временно работающих за пределами своих регионов (в 2019 г. – 160,7 тыс. человек)<sup>2</sup>.

Миграция в пределах республики носит центростремительный характер. Типичной является общероссийская модель, при которой население стягивается в более крупные городские и сельские поселения из менее населенных. В Башкортостане наиболее интенсивным является миграционный прирост регионального центра – города-миллионника Уфы и его пригородов, при этом пригороды характеризуются более интенсивным миграционным приростом, чем сама столица (Мкртчян 2020).

## **ДАННЫЕ**

Для реализации ретроспективного прогноза были использованы следующие исходные данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Башкортостан (далее – Башкортостанстат) по отобранным для исследования муниципальным образованиям:

- возрастно-половая структура населения за период с 1 января 2005 по 1 января 2019 г.;
- численность родившихся по полу в отобранных муниципалитетах за 2005-2018 гг.;
- численность умерших по полу и возрасту за 2005-2018 гг.;
- миграционный прирост по полу за 2005-2018 гг.

Для реализации перспективного прогноза были использованы следующие данные:

- возрастно-половая структура населения на 1 января 2019 г.;
- возрастные коэффициенты рождаемости в среднем за период 2017-2018 гг. (Башкортостанстат 2019b: 66-74);
- возрастные коэффициенты смертности за 2018 г., рассчитанные по данным Башкортостанстата.

За указанные периоды для реализации ретроспективного прогноза были рассчитаны возрастные коэффициенты рождаемости и коэффициенты передвижки. Для реализации перспективного прогноза были разработаны три сценария миграции.

## **ПОСТАНОВКА ЗАДАЧ И МЕТОДЫ**

Цель проведенного исследования заключалась в оценке вклада миграции в изменение численности и возрастной структуры населения муниципальных образований Республики Башкортостан разных типов в пределах Уфимской и Южно-Башкортостанской агломераций.

Авторами выделены три типа муниципальных образований: ядра, притягивающие человеческий капитал – промышленные и образовательные центры; муниципальные

---

<sup>2</sup> Башкортостанстат (2020). Трудовая миграция жителей Республики Башкортостан в 2019 г. Пресс-выпуск, 08.04.2020.

образования, тяготеющие к ядрам, численность которых растет за счет его влияния (непосредственно примыкающие к ядрам пригородные территории); наконец, периферийные районы, миграция из которых носит безвозвратный характер (Ахметова и др. 2019). К первому типу в рамках Уфимской агломерации относится региональный центр (г. Уфа, 1,13 млн человек на начало 2020 г.), муниципалитеты в пределах маятниковой доступности – Уфимский и Благовещенский районы (91,4 и 14,3 тыс. человек соответственно), город-спутник Благовещенск (35,0 тыс.), периферийный Караидельский район (25,3 тыс.), не входящий в Уфимскую агломерацию непосредственно; Южно-Башкортостанскую агломерацию представляют крупный город-ядро Стерлитамак (279,6 тыс.), Стерлитамакский район (43,0 тыс.), а также тяготеющий к ней, но периферийный Федоровский район (16,8 тыс. человек).

В рамках исследования были запланированы и решены следующие задачи:

- выполнение ретроспективного прогноза – измерение вклада миграции в изменение численности и возрастной структуры рассматриваемых муниципальных образований за период 2007-2017 гг.;
- выполнение перспективного прогноза – прогнозирование численности и возрастной структуры по инерционному, оптимальному, умеренному сценариям на период до 1 января 2029 г.

Прогнозирование выполнено когортно-компонентным методом.

Для решения первой задачи в качестве сценарных условий было принято сохранение параметров рождаемости и смертности на фактическом уровне, который наблюдался бы в отобранных муниципальных образованиях при гипотетическом отсутствии в них миграционного прироста с 2007 по 2017 г. включительно.

Для решения второй задачи в качестве сценарных условий были приняты сохранение параметров рождаемости в среднем за 2017-2018 гг. и смертности на уровне 2018 г. При этом были разработаны инерционный, умеренный, оптимальный сценарии миграции, учитывающие динамику миграционного прироста по возрасту и полу на период до 2029 г. Для периферийных Федоровского, Караидельского, Благовещенского районов характерны общие тенденции социально-экономического, демографического развития, в частности, миграция из сельских населенных пунктов данных районов в близлежащие агломерации носит безвозвратный характер. В связи с этим для данных районов был разработан один общий сценарий разворачивания миграции.

Ниже представлено описание предложенных авторами сценариев (инерционного, умеренного, оптимального) пространственного распределения населения Республики Башкортостан и предпосылок их реализации.

1. *Инерционный*. Характеризуется продолжением и усилением тренда концентрации населения в целом, в том числе высококвалифицированных трудовых ресурсов, в Уфимской агломерации и потери его на периферийных территориях.

2. *Умеренный*. Предусматривает усиление полицентричности распределения человеческого капитала в республике за счет появления новых центров внутрирегиональной миграции.
3. *Оптимальный*. Характеризуется рассредоточенным развитием Уфимской, Южно-Башкортостанской, Западной агломераций, а также городов Сибай и Нефтекамск как ядер для своих полупериферий (Ахметова и др. 2019).

В рамках исследования предполагаются негативные миграционные тренды периферийных малозаселённых территорий для всех сценариев прогноза.

## РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ПРОГНОЗА

Ядра агломераций ожидаемо испытали влияние миграции, которая способствовала не только росту численности, но и внесла ощутимый вклад в «омоложение» возрастной структуры. Положительное влияние испытал и город-спутник регионального центра – Благовещенск, который прирастил свою численность за счет миграции на 4,1% при сопоставимой с другими периферийными территориями потере ее в Благовещенском районе (без учета населения города). Влияние ядра особенно проявляется в намного более заметном приросте численности населения пригородных территорий – Уфимского и Стрелитамакского районов. В первом из них без миграции прирост составил бы около 1%, во втором его не было бы вовсе. В то же время постоянный приток жителей в пригородные территории указанных городов позволил им нарастить их число на 52,5 и 28,4% соответственно. Сводные результаты ретропрогнозирования для всех возрастных групп представлены в таблице 1. В отдельном столбце приведен эффект миграции, отклонение фактической численности от прогнозируемой.

**Таблица 1. Численность населения факт/прогноз, на начало года**

	2007, факт, тыс. человек	2018, факт, тыс. человек	2018, прогноз, тыс. человек	Эффект миграции, %
Уфа	1028,68	1131,43	1056,34	7,11
Стерлитамак	268,31	279,62	275,62	1,45
Благовещенский район	15,33	14,26	15,88	-10,20
Благовещенск	33,64	35,01	34,55	1,33
Караидельский район	27,95	25,29	28,28	-10,57
Федоровский район	19,82	16,80	19,04	-11,76
Уфимский район	59,96	91,41	60,53	51,02
Стерлитамакский район	33,48	42,98	33,3	29,07

*Источник: Расчеты авторов.*

Наибольший «выигрыш» в молодых возрастных группах миграция снова принесла пригородным территориям. В возрастных группах до 34 лет прирост составил от 18,2% в Стрелитамакском районе до почти 45% в Уфимском, в то время как без миграции он бы составил около 8 и 2% соответственно. Если бы за период 2007-2018 гг. миграция отсутствовала, прирост числа детей и подростков (0-19 лет) в региональном центре составил бы всего 7,5%, в то время как фактически он оказался равным 18,2%; численность молодежи (20-34 года) и вовсе бы сократилась на 15,3%, в то время как фактически выросла

на 8%. Аналогичная ситуация наблюдается в Стерлитамаке и Благовещенске в возрастной группе до 19 лет.

Наибольшее влияние на демографический потенциал территории, вероятно, оказывает динамика миграции населения в возрастной группе 20-34 года. Если для Стерлитамака в данной возрастной группе зафиксирован прирост, то в Благовещенске – миграционная убыль, как и в Благовещенском и других периферийных муниципальных районах (Федоровском, Караидельском и др.), транспортная связность которых с экономическими центрами ограничена. При этом следует отметить, что миграция из периферийных территорий в экономические центры республики (Уфа, Стерлитамак) формирует прирост населения не только в городах, но прежде всего в их пригородных территориях.

**Таблица 2. Численность населения по возрастным группам, факт/прогноз, на начало года, 2007-2018**

	2007, факт, человек	2018, факт, человек	2018, прогноз, человек	Эффект миграции, %
<i>Возрастная группа 0-19 лет</i>				
Уфа	225 159	266 223	242 044	9,99
Стерлитамак	63 779	69 259	66 907	3,52
Благовещенский район	8 550	9 581	9 220	3,92
г. Благовещенск	4 120	3 578	4 620	-22,55
Караидельский район	7 591	6 033	7 599	-20,61
Федоровский район	4 948	3 481	4 240	-17,90
Уфимский район	14 138	20 484	14 404	42,21
Стерлитамакский район	8 344	9 703	8 137	19,24
<i>Возрастная группа 20-64 лет</i>				
Уфа	675 910	725 092	671 279	8,02
Стерлитамак	174 556	177 813	176 248	0,89
Благовещенский район	21 970	21 878	21 880	-0,01
г. Благовещенск	8 912	8 583	9 140	-6,09
Караидельский район	15 978	15 780	16 917	-6,72
Федоровский район	11 421	10 370	11 933	-13,10
Уфимский район	39 420	59 824	39 050	53,20
Стерлитамакский район	20 263	27 535	20 837	32,14
<i>Возрастная группа 65+ лет</i>				
Уфа	127 602	140 114	143 017	-2,03
Стерлитамак	29 968	32 554	32 464	0,28
Благовещенский район	3 119	3 549	3 453	2,78
г. Благовещенск	2 298	2 096	2 119	-1,09
Караидельский район	4 386	3 469	3 758	-7,69
Федоровский район	3 452	2 947	2 860	3,04
Уфимский район	6 404	11 095	7 076	56,80
Стерлитамакский район	4 869	5 741	4 323	32,80

Источник: Расчеты авторов.

Несколько другая картина наблюдается в более старших возрастных группах. В целом миграция смягчает потери Караидельского и Благовещенского районов и почти не влияет на динамику населения в Уфе и Стерлитамаке в группе 35-49 лет, при этом значительно способствуя приросту численности населения пригородных территорий. В последних наиболее значительным был вклад миграции в прирост численности возрастной группы 50-64 года (рост в 2 раза). Развитие Уфимской и Южно-

Башкортостанской агломераций за последнее десятилетие сопряжено прежде всего со значительным приростом численности молодого и пожилого населения в муниципальных районах, непосредственно являющихся пригородными территориями их центров. Миграция способствует увеличению прироста численности населения, прежде всего детей и молодежи до 19 лет, в городах Уфа и Стерлитамак, смягчая рост доли пожилых лиц и «постарение» населения. Периферийные муниципальные районы, напротив, теряют молодое население, что ожидаемо способствует старению, которое ускоряется и вследствие возвратной миграции лиц старших возрастных групп (таблица 2).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРСПЕКТИВНОГО ПРОГНОЗА

Наиболее высокое значение миграционного прироста способствует росту численности при всех сценариях в ядре Уфимской агломерации – г. Уфа и пригородном Уфимском районе, а также в Стерлитамакском районе, граничащем с г. Стерлитамак, экономическим центром Южно-Башкортостанской агломерации. Наиболее заметен рост в г. Уфа и Уфимском районе, где прирост численности населения к 2029 г. составит от 1,7 и 19% при оптимальном до 2,3 и 25,6% при инерционном сценарии соответственно.

**Таблица 3. Прогноз численности населения муниципалитетов на период до 2029 г., на начало года (позитивная динамика), тыс. человек**

	2018, факт	2025, прогноз	2029, прогноз
<i>Уфа</i>			
Без миграции	1131,43	1136,33	1122,74
Инерционный	1131,43	1156,35	1162,11
Умеренный	1131,43	1154,34	1158,17
Оптимальный	1131,43	1152,54	1154,63
<i>Уфимский район</i>			
Без миграции	91,41	95,99	95,15
Инерционный	91,41	110,99	119,76
Умеренный	91,41	109,49	117,30
Оптимальный	91,41	107,12	113,48
<i>Стерлитамак</i>			
Без миграции	279,62	274,83	269,92
Инерционный	279,62	270,05	267,05
Умеренный	279,62	270,52	267,67
Оптимальный	279,62	270,95	268,26
<i>Стерлитамакский район</i>			
Без миграции	42,98	42,65	41,84
Инерционный	42,98	44,97	45,60
Умеренный	42,98	44,74	45,22
Оптимальный	42,98	44,53	44,88

Источник: Расчеты авторов.

Несмотря на то, что Благовещенский район является точкой притяжения миграции, он скорее потеряет население (12,3% при всех сценариях), которое стягивают как г. Благовещенск, так и г. Уфа. Численность населения самого Благовещенска при этом снизится на 3%. В центре Южно-Башкортостанской агломерации городском округе Стерлитамак роста численности не ожидается, напротив, при всех сценариях прогнозируется снижение примерно на 4%, при этом небольшой рост возможен в

прилегающем к нему Стерлитамакском районе (до 5,2%). Периферийные Федоровский и Караидельский районы продолжат терять население во всех рассматриваемых сценариях (18,3 и 13,7% соответственно). Результаты прогнозирования численности рассматриваемых муниципалитетов приведены в таблице 3 (муниципалитеты с позитивной динамикой) и таблице 4 (муниципалитеты с негативной динамикой).

**Таблица 4. Прогноз численности населения муниципалитетов на период до 2029 г., на начало года (негативная динамика), тыс. человек**

	2018, факт	2025, прогноз	2029, прогноз
<i>Благовещенск</i>			
Без миграции	35,01	34,72	34,30
Инерционный	35,01	34,46	33,92
Умеренный	35,01	34,46	33,92
Оптимальный	35,01	34,46	33,92
<i>Благовещенский район</i>			
Без миграции	14,26	13,59	13,30
Инерционный	14,26	12,94	12,33
Умеренный	14,26	12,94	12,33
Оптимальный	14,26	12,94	12,33
<i>Караидельский район</i>			
Без миграции	25,29	23,93	23,25
Инерционный	25,29	22,74	21,48
Умеренный	25,29	22,74	21,48
Оптимальный	25,29	22,74	21,48
<i>Федоровский район</i>			
Без миграции	16,80	16,10	15,58
Инерционный	16,80	14,87	13,72
Умеренный	16,80	14,87	13,72
Оптимальный	16,80	14,87	13,72

Источник: Расчеты авторов.

Влияние миграции на возрастную структуру населения городов сравнительно незначительно и особенно заметно на периферийных территориях. В Уфе при инерционном сценарии ожидается рост населения в трудоспособном возрасте<sup>3</sup> на 3,1% (без миграции – убыль на 3%). Без миграционного прироста население в этом возрасте в г. Уфа будет снижаться более быстрыми темпами, чем общая численность. При умеренном и оптимальном сценариях рост в указанной возрастной группе несколько меньше. Независимо от варианта сценария численность населения в трудоспособном возрасте г. Стерлитамак будет снижаться (от 3,9% при умеренном до 4,17% при инерционном).

Коэффициент демографической нагрузки пожилыми<sup>4</sup> для Уфимского района составит не больше 467 на 1000 человек трудоспособного населения по всем сценариям развития миграции. Для Стерлитамакского района максимальное значение – 586 на 1000 при инерционном сценарии. Складывается впечатление, что значительного влияния на демографическую нагрузку пожилыми в городах миграция не оказывает, однако понятно, что миграционный прирост способствует более медленному старению населения,

<sup>3</sup> Границы трудоспособного возраста приняты следующими: для мужского населения – 15-59 полных лет, для женского населения – 15-54 полных года.

<sup>4</sup> Возрастные границы «населения старше трудоспособного возраста» приняты равными 60+ для мужского населения и 55+ для женского.

смягчению тренда снижения численности населения в трудоспособном возрасте. Вклад миграционной убыли в сравнительно малочисленных Благовещенском, Федоровском и Караидельском районах на возрастную структуру намного более заметен. Демографическая нагрузка пожилыми возрастает до 607 в Благовещенском районе, до 597 в Караидельском районе и до 799 пожилых на 1000 человек трудоспособного населения в Федоровском районе. Значительные потери молодого населения и без того малочисленных районов способствуют изменению возрастной структуры, существенно ускоряя процесс старения.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ**

В последнее десятилетие в республике продолжается миграционный отток населения из периферийных территорий в городские агломерации, что приводит к значительному росту численности населения пригородных зон. В то же время продолжается и ускоряется старение населения периферийных территорий, в том числе за счет возвратной миграции лиц старшего возраста. В пригородных зонах миграционный прирост наблюдается во всех возрастных группах, как молодых (в результате трудовой и образовательной миграции), так и старших (вследствие привлекательности для них проживания в коттеджных и дачных поселениях пригородов).

При этом старение населения периферийных территорий продолжается и ускоряется не только за счет интенсивного оттока молодого населения, но и за счет возвратной миграции лиц старшего возраста.

Результаты прогнозирования при различных сценариях миграционных процессов показывают, что депопуляции в региональном центре – г. Уфа, а также в пригородных территориях центров агломерации удастся избежать. При этом, если в последнем десятилетии миграция способствовала наращиванию численности населения города-спутника Благовещенска, то в среднесрочной перспективе в городе ожидается снижение его общей численности. Несмотря на смягчение процесса демографического старения в центрах агломераций и их пригородах, миграция не оказывает значительного влияния на демографическую нагрузку. В то же время в малонаселенных периферийных муниципальных районах, в случае сохранения текущих тенденций в миграционных процессах, старение населения ускорится, демографическая нагрузка пожилыми лицами вырастет. Это соответствует общему тренду в Российской Федерации с учетом усиления внутрирегиональных отличий (Петросян и др. 2019: 55-83). В целом результаты перспективного прогнозирования указывают на сильную связь «постарения» населения и миграции. В перспективе с проблемой депопуляции могут столкнуться не только сельские муниципальные районы, но и агломерации республики.

Как было отмечено выше, по оптимальному варианту сценария ожидается усиление полицентричности экономики региона с параллельным развитием Уфимской, Южно-Башкортостанской и Западной агломераций. Этот вариант развития может иметь такие позитивные последствия, как снижение миграционного оттока трудоспособного населения из периферий, сохранение демографического и трудового потенциала разных типов

территорий. Именно на такой вариант развития, по нашему мнению, должны быть направлены меры региональной миграционной политики.

Для достижения предложенного оптимального сценария развития миграционных процессов и распределения человеческого капитала предстоит решать взаимосвязанные между собой задачи в сферах экономики, социальной и культурной жизни как ядер агломераций, так и полупериферийных и периферийных территорий. В сфере управления необходима разработка нормативно-правовых актов, регулирующих агломерационное развитие территорий и реализацию проектов межмуниципального сотрудничества с городскими округами – ядрами агломераций.

Особую роль при этом должны сыграть меры в сфере развития транспортной инфраструктуры, улучшения транспортной доступности всех территорий; формирование транспортно-логистической связи населённых пунктов между собой и с ядрами агломераций, т. е. создание единого транспортного каркаса агломераций, значительная часть населения которых включена в учебную и трудовую маятниковую миграцию. По данным опроса 2015 г., в Республике Башкортостан более 20% молодых жителей сельской местности в возрасте 18-34 лет включены в ежедневные поездки на работу и учебу из населенных пунктов, в которых они проживают (26% – 18-24 года, 20% – 25-34 года) (Валиахметов Р.М. и др. 2016: данные социологического исследования).

Важное значение имеют меры в сфере экономического развития и занятости: развитие высокотехнологичных промышленных и сельскохозяйственных предприятий; создание специальных программ для удержания в республике высококвалифицированных специалистов в тех отраслях, которые необходимо развивать в агломерациях.

Равномерному параллельному развитию разных типов территорий, ограничивающему процессы концентрации трудоспособного населения в крупных агломерациях и их пригородах, должны способствовать меры социального развития на периферийных и полупериферийных территориях. Такие меры должны быть направлены на повышение доступности качественных услуг медицины, дошкольного и дополнительного образования, спорта, социальных услуг, обеспеченности качественным жильем, повышение уровня благоустройства развитие уникальных общественных пространств. Целесообразно предусмотреть реализацию мер в сфере жилищного строительства, направленных на опережающее развитие социально-коммунальной инфраструктуры, формирование безопасной, качественной и комфортной среды обитания жителей всех типов территорий, в том числе периферийных.

Это касается не только имеющихся в настоящее время агломераций – Уфимской и Южно-Башкортостанской, но и Западной агломерации (с ядрами в городах Туймазы, Октябрьский, Нефтекамск), а также периферийных территорий городских агломераций с ядрами, расположенными за пределами Башкортостана.

## ЛИТЕРАТУРА

- Ахметова Э.И., Прудников В.Б., Попов Д.В., Шамсутдинова Н.К. (2019). Сценарии пространственного распределения человеческого капитала в Республике Башкортостан: к постановке проблемы. *Экономика и управление*, 6, 173-176. DOI: <https://doi.org/10.34773/EU.2019.6.37>.
- Башкортостанстат (2019а). *Миграция населения в Республике Башкортостан: статистический сборник. В 2 ч. Ч.1*. Уфа: Башкортостанстат.
- Башкортостанстат (2019б). *Демографические показатели муниципальных образований Республики Башкортостан: статистический сборник*. Уфа: Башкортостанстат.
- Валиахметов Р.М., Хилажева Г.Ф., Шамсутдинова Н.К. (Ред.) (2016). *Республика Башкортостан. Демографический доклад. Выпуск 2*. Уфа: Гилем.
- Гайнанов Д.А., Уляева А.Г. (2017). Внутрорегиональная миграция как фактор усиления агломерационных процессов. *Научное обозрение*, 5, 5-13. URL: <https://science-economy.ru/ru/article/view?id=961>.
- Зайончковская Ж.А. (2000). Миграция населения СССР и России в XX веке: эволюция сквозь катаклизмы. *Проблемы прогнозирования*, 4, 1-15.
- Исянбаев М.Н. (2008). *Экономические подрайоны Республики Башкортостан: приоритетные направления социально-экономического развития*. Уфа: Гилем.
- Карачурина Л.Б. (2012). Урбанизация по-российски. *Отечественные записки*, 3, 10-24.
- Карачурина Л.Б., Мкртчян Н.В. (2016). Роль миграции в усилении контрастов расселения на муниципальном уровне в России. *Известия РАН, Серия географическая*, 5, 46-59.
- Карачурина Л.Б., Мкртчян Н.В. (2014). Центры и периферия в странах Балтии и регионах Северо-запад России: динамика населения в 2000-е годы. *Балтийский регион*, 2, 62-80.
- Мкртчян Н.В. (2020). Миграция в городах и районах республики Башкортостан: центр-периферийные особенности. В Г.Ф. Хилажева, Р.Н. Комлева (Ред.), *Демографические чтения (Вызовы и тенденции демографического развития России и ее регионов)*. Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции (Уфа, 22 мая 2020 г.) (с. 131-135). Уфа: Гилем.
- Мкртчян Н.В., Карачурина Л.Б. (2012). Миграционная подвижность молодежи и сдвиги в возрастной структуре населения городов и районов России (1989-2002 годы). В А.А. Агирречу (Ред.), *Географическое положение и территориальные структуры: памяти И.М.Майергойза* (с. 688-707). М.: Новый хронограф.
- Нефедова Т., Трейвиш А. (2001). Российские городские системы в зеркале эволюционных теорий урбанизации. В Т. Нефедова, П. Полян, А. Трейвиш (Ред.), *Город и деревня в Европейской России: сто лет перемен* (с.171-194). М.: ОГИ.
- Петросян А.Н., Шевчук Е.И., Кириллов П.Л., Мозгунов Н.А. (2019). Географические особенности старения населения России. *Демографическое обозрение*, 6(2), 55-83. DOI: <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i2.9872>.
- Пивоваров Ю.Л. (2001). Урбанизация России в XX веке: представления и реальность. *Общественные науки и современность*, 6, 101-113.
- Трейвиш А.И. (2016). Сельско-городской континуум: судьба представления и его связь с пространственной мобильностью населения. *Демографическое обозрение*, 3(1), 52-70. DOI: <https://doi.org/10.17323/demreview.v3i1.176>.

Gibbs J. (1963). The evolution of population. *Economic Geography*, 2, 85-99.

Klaassen L.H., Schimemi G. (1981). Theoretical issues in urban dynamics. In L.H. Klaassen et al. (Eds.), *Dynamics of urban development* (pp. 8-28.). Gower, Aldershot, UK.

## THE EFFECT OF MIGRATION ON POPULATION SIZE AND AGE COMPOSITION IN MUNICIPALITIES OF DIFFERENT TYPES IN BASHKORTOSTAN

NAILYA SHAMSUTDINOVA, VADIM PRUDNIKOV,  
IRINA UTIASHEVA, GULDAR KHILAZHEVA

*The paper assesses the impact of migration on the size and age structure of the population of different municipalities in the Republic of Bashkortostan. We distinguish «core municipalities» (industrial and education centers, which are likely to attract human capital); municipalities adjacent to the core municipalities (where the population is growing due to the proximity to the core, suburban territories); and peripheral areas, where the migration outflow within the Ufa and South Bashkortostan agglomerations is irreversible. At the first stage, a retrospective prediction was made for the selected types of municipalities for the period 2008-2018. First of all, suburban territories are likely to gain the most from current migration trends even in comparison with the core municipalities. This causes an increase in population size in almost all age groups, primarily among the population of pre-retirement and retirement age. At the second stage, we carried out the population projection of the selected types of municipalities for the period up to 2029. Four migration scenarios are considered. The results show that a population increase in core municipalities and suburban areas could only persist in the case of permanent migration inflow from peripheral areas. However, this inflow would not change the age structure of the population in core and suburban municipalities dramatically. At the same time, the peripheral areas would continue to decrease in population and would significantly «age». Thus, the development of core and suburban territories is associated with a loss of demographic potential in peripheral areas. As a result, a slowdown in population growth in core territories and an increase in intraregional differentiation are expected.*

**Key words:** migration growth, age structure, forecasting, Ufa agglomeration, South Bashkortostan agglomeration, core territories, peripheral territories.

---

**NAILYA SHAMSUTDINOVA** (shamsutdinovank@gmail.com), INSTITUTE FOR STRATEGIC STUDIES OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN, RUSSIA.

**VADIM PRUDNIKOV** (prudnikov.bgu@mail.ru), BASHKIR STATE UNIVERSITY, RUSSIA.

**IRINA UTIASHEVA** (utasheva@bashstat.ru), INSTITUTE FOR STRATEGIC STUDIES OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN, RUSSIA.

**GULDAR KHILAZHEVA** (aguldar@yandex.ru), INSTITUTE FOR STRATEGIC STUDIES OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN, RUSSIA.

THE PROJECT WAS PREPARED WITH THE SUPPORT OF THE RUSSIAN FOUNDATION FOR BASIC RESEARCH AND THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN, PROJECT NO. 17-46-020237 "STUDY OF TRENDS AND FACTORS AFFECTING THE INTERACTION BETWEEN CENTRAL AND PERIPHERAL SYSTEMS (THE EXAMPLE OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN)".

DATE RECEIVED : MAY 2020.

## REFERENCES

Akhmetova E.I., Prudnikov V.B., Popov D.V., SHamsutdinova N.K. (2019). Stsenarii prostranstvennogo raspredeleniya chelovecheskogo kapitala v Respublike Bashkortostan: k postanovke problemy. *Economics and Management: Research and Practice Journal*, 12, 173-176. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.34773/EU.2019.6.37>.

- Bashkortostanstat (2019a). *Migratsiya naseleniya v Respublike Bashkortostan: statisticheskiy sbornik. In 2 ch. Ch.1.* Ufa: Bashkortostanstat. (In Russ.).
- Bashkortostanstat (2019b). *Demograficheskiye pokazateli munitsipal'nykh obrazovaniy Respubliki Bashkortostan: statisticheskiy sbornik.* Ufa: Bashkortostanstat. (In Russ.).
- Gaynanov D.A., Ulyayeva A.G. (2017). Vnutriregional'naya migratsiya kak faktor usileniya aglomeratsionnykh protsessov. *Nauchnoye obozreniye*, 5, 5-13. Retrieved from <https://science-economy.ru/ru/article/view?id=961> (In Russ.).
- Gibbs J. (1963). The evolution of population. *Economic Geography*, 2, 85-99.
- Isyanbayev M.N. (2008). *Ekonomicheskiye podrayony Respubliki Bashkortostan: prioritetye napravleniya sotsial'no-ekonomicheskogo razvitiya.* Ufa: Gilem. (In Russ.).
- Karachurina L.B. (2012). Urbanizatsiya po-rossiyski. *Otechestvennyye zapiski*, 3, 10-24. (In Russ.).
- Karachurina L.B., Mkrtychyan N.V. (2016). Rol' migratsii v usilenii kontrastov rasseleniya na munitsipal'nom urovne v Rossii. *Izvestiya Rossiiskoi Akademii Nauk. Seriya Geograficheskaya*, 5, 46-59. (In Russ.).
- Karachurina L.B., Mkrtychyan N.V. (2014). TSentry i periferiya v stranakh Baltii i regionakh Severo-zapad Rossii: dinamika naseleniya v 2000-e gody. *Baltiyskiy region*, 2, 62-80. (In Russ.).
- Klaassen L.H., Schimemi G. (1981). Theoretical issues in urban dynamics. In L.H. Klaassen et al. (Eds.). *Dynamics of urban development* (pp. 8-28.). Gower, Aldershot, UK.
- Mkrtychyan N.V. (2020). Migratsiya v gorodakh i rayonakh respubliki Bashkortostan: tsentroperiferiynnye osobennosti. In G.F. KHilazheva, R.N. Komleva (Eds.), *Demograficheskiye chteniya (Vyzovy i tendentsii demograficheskogo razvitiya Rossii i eye regionov)*. Sbornik statey Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii (Ufa, 22 maya 2020 g.) (pp. 131-135). Ufa: Gilem. (In Russ.).
- Mkrtychyan N.V., Karachurina L.B. (2012). Migratsionnaya podvizhnost' molodezhi i sdvigi v vozrastnoy strukture naseleniya gorodov i rayonov Rossii (1989-2002 gody). In A.A. Agirrechu (Ed.), *Geograficheskoye polozheniye i territorial'nyye struktury: pamyati I.M.MayYergoyza* (pp. 688-707). Moscow: Novyy khronograf. (In Russ.).
- Nefedova T., Treyvish A. (2001). Rossiyskiye gorodskie sistemy v zerkale evolyutsionnykh teoriy urbanizatsii. In T. Nefedova, P. Polyan, A. Treyvish (Eds.), *Gorod i derevnya v Evropeyskoy Rossii: sto let peremen* (pp.171-194). Moscow: OGI. (In Russ.).
- Petrosyan A.N., SHEvchuk E.I., Kirillov P.L., Mozgunov N.A. (2019). Geograficheskiye osobennosti stareniya naseleniya Rossii. *Demographic Review*, 6(2), 55-83. Retrieved from <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i2.9872> (In Russ.).
- Pivovarov YU.L. (2001). Urbanizatsiya Rossii v XX veke: predstavleniya i real'nost'. *Obshchestvennyye nauki i sovremennost'*, 6, 101-113. (In Russ.).
- Treyvish, A.I. (2016). Sel'sko-gorodskoy kontinuum: sud'ba predstavleniya i ego svyaz' s prostranstvennoy mobil'nost'yu naseleniya. *Demographic Review*, 3(1), 52-70. Retrieved from <https://doi.org/10.17323/demreview.v3i1.176>. (In Russ.).
- Valiakhmetov R.M., Khilazheva G.F., Shamsutdinova N.K. (Red.) (2016). *Respublika Bashkortostan. Demograficheskiy doklad. Vypusk 2.* Ufa: Gilem. (In Russ.).
- Zayonchkovskaya ZH.A. (2000). Migratsiya naseleniya SSSR i Rossii v XX veke: evolyutsiya skvoz' kataklizmy. *Studies on Russian Economic Development*, 4, 1-15. (In Russ.).

# ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ИНТЕРНЕТ СБЕРЕГАЮЩИМ ЗДОРОВЬЕ ФАКТОРОМ В РОССИИ?

Ирина Калабихина, Антон Колотуша

*В связи с растущей популярностью сети Интернет в России представляется важным выяснить, как частота его использования сказывается на состоянии здоровья людей и самохранительном поведении. В настоящей работе мы тестируем оптимистичные гипотезы, согласно которым, при прочих равных условиях, относительно частое использование Интернета соответствует лучшему состоянию здоровья и меньшему потреблению алкогольной и табачной продукции. Опираясь на данные последних трех волн (2014, 2016, 2018 г.) Комплексного обследования условий жизни населения (КОУЖ), мы строим модели бинарного пробита с использованием инструментальных переменных для определения влияния Интернета на здоровье и тобит-модели в первых разностях для оценки его влияния на объёмы потребления алкогольной и табачной продукции. Первая группа моделей демонстрирует значимое положительное влияние Интернета на состояние здоровья для обоих полов. В остальных моделях гипотезы анализа подтверждаются частично: с повышением частоты пользования Интернетом мужчины меньше курят и пьют, больше предпочитают слабоалкогольные напитки, но на женской выборке результат не подтверждает гипотезу позитивного влияния Интернета на снижение потребления табака и алкоголя. Мы полагаем, что объяснение такого результата лежит в области качества данных, а также стадии эмансипации женщин в России. Кроме того, Интернет не является для женщин заменителем «водочного» досуга в отличие от мужчин.*

*Исходя из вышеизложенного, мы можем сформулировать общий вывод, что для сохранения и укрепления здоровья жителей России следует расширять возможности использования Интернета.*

**Ключевые слова:** Интернет, здоровье, самохранительное поведение, тобит-модели, бинарные пробит-модели, алкоголь, курение.

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ГИПОТЕЗЫ

С развитием интернет-технологий в зарубежной литературе появились первые работы, в которых были выдвинуты предположения о будущих экономических, социологических и демографических последствиях цифровизации (DiMaggio et al. 2001; Kling 2000; Cesare et al. 2018; Калабихина 2019). Замечено, что демографические последствия цифровизации комплексные (затрагивает все процессы) и разнонаправленные (могут иметь положительный и отрицательный характер) (Калабихина 2019).

---

**Ирина Евгеньевна Калабихина** (ikalabikhina@yandex.ru), Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Россия.

**Антон Васильевич Колотуша** (tony\_kol@mail.ru), Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Россия.

Рукопись подготовлена при финансовой поддержке Экономического Факультета Московского Государственного Университета имени М.В. Ломоносова в рамках Научно-исследовательской работы на тему «Воспроизводство населения в цифровом обществе».

Статья поступила в редакцию в июне 2020 г.

На данный момент нет однозначных доказательств позитивного или негативного влияния Интернета на здоровье. Например, в работе (Груздева 2017) подмечается, что Интернет, с одной стороны, может побуждать индивидов вести здоровый образ жизни, а с другой – пропагандировать нездоровый. Помимо полезной информации о применении самосохранительных практик блогосфера может служить источником ложной и непроверенной информации.

Приведем примеры положительного и отрицательного влияния Интернета на здоровье (речь идет о доступе к высокоскоростному<sup>1</sup> Интернету), которое проявляется в изменении самосохранительного поведения, собственно уровня здоровья и уровня самооценки здоровья (таблица 1).

**Таблица 1. Потенциальное влияние доступа к Интернету на здоровье**

Направления воздействия доступа к Интернету на здоровье	Способы воздействия доступа к Интернету на здоровье
<i>Примеры положительного влияния</i>	
1) Улучшение самосохранительного поведения	
Снижение потребления табака и алкоголя Замещение потребления тяжелого алкоголя более легким Ведение здорового образа жизни не только в отношении отказа от вредных привычек (здоровое питание, занятия физкультурой, здоровый сон и др.) Более частое и своевременное посещение врача	Просвещение о вреде курения и потребления алкоголя (Killian 2012) Замещение вредных привычек другими видами досуга Распространение модных инноваций (например, здоровый образ жизни) Распространение услуг для ведения здорового образа жизни (Feil et al. 2003; Swartz et al. 2006)  Повышение доступности медицинских услуг: рост доверия и навыков использования телемедицины внедрение технологических и организационных инноваций (дистанционная запись к врачу, заказ лекарств, получение дистанционных советов по профилактике и лечению заболеваний, получение второго диагноза, других услуг телемедицины)
Использование современных средств контрацепции и забота о репродуктивном здоровье	Просвещение Онлайн-консультации Распространение медицинских и фармакологических товаров и услуг
2) Улучшение состояния здоровья	
Снижение заболеваемости (и смертности) от различных причин	Повышение доступности медицинских услуг: рост доверия и навыков использования телемедицины внедрение технологических и организационных инноваций (дистанционная запись к врачу, заказ лекарств, получение дистанционных советов по профилактике и лечению заболеваний, получение второго диагноза, других услуг телемедицины)
Экономия времени и сил, сбережение здоровья	Повышение доступа к немедицинским дистанционным услугам (поиск и доставка товаров и услуг, финансовые операции) Повышение доступа к дистанционной занятости (сокращается время на дорогу на работу, появляется гибкость в распределении времени и др.)
Рост уровня жизни, уровня занятости и предпринимательской активности	Повышение доступа к дистанционной занятости

<sup>1</sup> Широкополосный или высокоскоростной – Интернет, отличающийся как высокой одинаковой в обе стороны скоростью обмена данными (во много раз выше 56 кбит/с), так и непрерывным подключением без необходимости использования коммутатора (Вишневикий и др. 2005).

Направления воздействия доступа к Интернету на здоровье	Способы воздействия доступа к Интернету на здоровье
Улучшение психического здоровья	Повышение доступа к инновационным формам бизнеса и расширению клиентской базы Улучшение условий для гармонизации баланса «семья-работа» Повышение разнообразия досуга, увеличение возможности общения для (пожилых) людей
Улучшение самооценки состояния здоровья	3) Улучшение самооценки здоровья Улучшение позиционирования своего состояния по отношению к другим людям в результате обилия доступных кейсов (в том числе и тяжелобольных)
<i>Примеры отрицательного влияния</i>	
Нарушение режимов использования Интернета дома, в часы досуга, «интернет-зависимость»	1) Ухудшение самосохранительного поведения населения Длительное использование гаджетов без перерывов (усталость, искривление позвоночника, заболевание глаз и др.) (Калабугина 2013)
Нарушения гигиены труда	Быстрая еда и еда всухомятку
Самолечение с ухудшающим состоянием результатом	Недостовверная медицинская и фармакологическая информация Непонимание диагноза и лечение без медицинского образования
Рост потребления алкоголя и другие аспекты снижения уровня самосохранительного поведения	Пропаганда нездорового образа жизни (Груздева 2017)
Ухудшение качества медицинских услуг	2) Ухудшение состояния здоровья Ошибки (врачей, пациентов, администрации) во время начальной стадии развития телемедицины
Ухудшение психического здоровья	Опасный контент для психического здоровья (Груздева 2017)
Повышение утомляемости и рост сопутствующих заболеваний	Отсутствие законодательства для регулирования дистанционной занятости (опыт дистанционной работы в академии и бизнесе на самоизоляции в период пандемии показал рост объема рабочего времени при дистанционном формате исполнения традиционных функций)
Снижение самооценки состояния здоровья	3) Ухудшение самооценки здоровья Ложная диагностика собственного состояния («узнавание» описанных симптомов)

*Источник: Разработано авторами.*

Одним из важнейших аспектов влияния цифровизации на демографию является самосохранительное поведение. Вслед за отечественными исследователями-классиками А.И. Антоновым, В.А. Борисовым, В.М. Медковым в дискурс прочно вошло толкование самосохранительного поведения как системы действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла, а также на продление срока жизни в пределах этого цикла (Антонов 1989; Борисов 1999; Медков 2002; Ревякин 2006).

Итоговый эффект влияния сети Интернет на самосохранительное поведение сильно зависит от личной ответственности пользователя и его способности осуществлять критическую оценку информации (Груздева 2017).

Если индивид изначально заинтересован в заботе о здоровье, то влияние Интернета на изменение его состояния здоровья также выглядит неопределённым: с одной стороны, он может упрощать возможности получения информации о профилактике и лечении, с другой, – он может быть источником недостоверных сведений и подталкивать индивида к пагубному самолечению. Кроме того, сокращению капитала здоровья может способствовать не только информация и характер побудительных установок, извлекаемых

из Интернета, но и продолжительность работы с использованием электронных средств. Так, например, в работе Е. Калабугиной (2013) на основе статистических данных выборочного обследования студентов Южно-Уральского Государственного Университета (ЮУрГУ) установлено, что, в результате непрерывного пользования электронными средствами, около 70% респондентов отмечали усталость в глазах, а более 28% – усталость в позвоночнике при том, что продолжительность сессии составляет не менее 2 часов у чуть более 80% опрошенных студентов, а достаточно регулярно устраивают перерывы только 10% из них. При этом почти у каждого второго опрошенного отмечаются проблемы со зрением, а чуть менее, чем у 43% респондентов, – заболевания позвоночника.

Среди мотивов пользователей Интернета явно выражены мотивы аффилиации (потребности в принадлежности к определенной группе, что предполагает принятие её ценностей и следование им), а также мотивы общения и самоутверждения (Жеребин и др. 2017). Это даёт нам основание полагать, что влияние Интернета на самосохранительное поведение может носить устойчивый во времени характер.

Важно учитывать структуру спроса на медицинскую информацию: на основе бинарных логит-моделей выявлено, что люди уже больные (особенно хроническими заболеваниями), предъявляют спрос на информацию, связанную с возможностями лечения, в большей мере, нежели потенциальные больные (Bundorf et al. 2006). На основе рандомизированных экспериментов (Feil et al. 2003; Swartz et al. 2006) и при построении мультиномиальных логит-моделей по данным опросов (Killian 2012) обнаружено позитивное краткосрочное влияние пропаганды здорового образа жизни на сокращение объёмов курения. Тем не менее заслуживает внимания то обстоятельство, что, как показывают бинарные логит-модели, некоторые психологические параметры (в частности, поиск новизны (novelty seeking)) у молодёжи могут быть одновременно источником как интернет-зависимости, так и курительных и алкогольных аддикций (June et al. 2007), а это может породить эндогенность в исследованиях влияния распространения Интернета на подверженность курению из-за неучтённых факторов. Это подводит нас к мысли о важности учёта в моделях возрастного фактора, поскольку между разными возрастными группами могут наблюдаться различия в психическом состоянии, подталкивающим к подверженности различным зависимостям.

Важно также отметить, что анализировать оценку здоровья и самосохранительное поведение важно отдельно по полу, поскольку женщины и мужчины по-разному оценивают свое здоровье (Oskuzyan et al. 2008), а также имеют различное самосохранительное поведение (Демьянова 2005; Grøetvedt, Stavem, 2005; Bauer, Göhlmann, Sinning 2007). На примере потребления табака в России хорошо видны гендерные отличия (Калабихина, Кузнецова 2019): если мужчины прошли свой пик в уровне потребления табака, и в настоящее время мы видим снижение частоты потребления, то женщины «застряли» на высокой стадии потребления табака (хотя женщины продолжают уступать мужчинам в объемах потребления табака). Ссылаясь на теорию табачного перехода, изложенного в работах (Lopez, Collishaw, Piha 1994; Thun et al. 2012), авторы (Калабихина, Кузнецова 2019) отмечают различия в стадиях жизненного цикла курения у мужчин и женщин. Если для мужчин можно выделить две базовые фазы изменения отношения к курению: фазу подъёма (период, в котором курение ассоциируется с социальным успехом), сменяющуюся фазой

спада (период, в котором с социальным успехом начинает ассоциироваться следование здоровому образу жизни), то у женщин на представленный выше двухфазный цикл накладывается процесс распространения эгалитарных установок в обществе. Таким образом, для женщин цикл становится трёхфазным: 1) низкий объём курения (вследствие осуждения такой модели поведения у женщин); 2) рост объёмов курения (связанный с постепенным снятием моральных ограничений на курение у женщин); 3) снижение объёмов курения (связанное с преобладанием моды на здоровый образ жизни).

Теория табачного перехода использует теорию диффузии инноваций, рассматривая в качестве инновации и рост потребления табака, и рост интереса к здоровому образу жизни. Важными факторами распространения инноваций являются образование и доход: идеей потребления табака, а потом идеей здорового образа жизни как инновацией быстрее проникаются более богатые и образованные люди (Pampel 2005). Мы полагаем, что Интернет может выполнять роль одного из катализаторов процесса инновационной диффузии, который помогает быстрее распространить в обществе ту или иную ролевую модель.

Среди барьеров распространения телемедицины, которая может принести позитивные результаты, выделяются формальные и неформальные институциональные барьеры, в частности низкий уровень доверия населения и отсутствия у людей навыков получения таких услуг (Kalabikhina, Matyushina 2018).

Важно учитывать также уровень экономического развития стран и образования населения, в зависимости от которых степень влияния Интернета на здоровье может сильно различаться. В работе (Loader 1998) говорится о феномене «цифрового разрыва» (digital divide) между более и менее развитыми странами, за которым стоит различие в уровне грамотности в странах. В менее развитых странах население изначально менее грамотно в вопросах гигиены и профилактики болезней, что обеспечивает улучшение здоровья населения за счёт просветительского эффекта Интернета в этих вопросах, чему способствует усиление цифровизации в данной группе стран (так, например, найдены значимые свидетельства противодействия при помощи медицинских СМС-оповещений туберкулёзу в Камбодже и Южной Африке (Kahn 2004; Choun et al. 2017) и СПИДу в странах Северной Африки (Barninghausen et al. 2011)). В более же развитых странах, где Интернет распространён среди населения существенно более широко, а уровень образования населения выше, ресурсы Интернета становятся для населения чем-то обыденным, ослабляя полезный эффект от просвещения. Так в работе (Bessière et al. 2010) в регрессионной модели с лагированной зависимой переменной на данных панельного обследования США за 2000-2002 гг. не было обнаружено значимого влияния Интернета на изменение общего состояния здоровья на всех подвыборках по цели использования Интернета. А в исследовании (Tavares 2020) на основе упорядоченных логит-регрессий для индивидов в возрасте 50+ по перекрёстным данным 6-й волны SHARE (за 2015 г.) в европейских странах в кластере стран с более низким уровнем развития значимый эффект положительного влияния Интернета на здоровье был более значительным по величине, нежели в кластере более развитых стран.

Хотя по классификации МВФ наша страна относится к числу развивающихся, всё же по значению индекса человеческого развития (ИЧР) за 2018 г. она входит в кластер стран с наиболее высоким его значением (0,8-1), что обуславливается в том числе и высоким уровнем образования населения. Это может говорить в пользу того, что значительный по величине эффект от информирования населения по вопросам социально значимых заболеваний касается, скорее, менее развитых стран (стран третьего мира), а для нашей страны не должен быть настолько же существенным.

С этим связан ограниченный набор рассматриваемых статей об эффектах воздействия Интернета на здоровье населения в развивающихся странах, поскольку мы считаем, что этот эффект будет разным для стран с высокообразованным и менее образованным населением. В странах с высокообразованным населением исследований о влиянии доступа к широкополосному Интернету на здоровье меньше, поскольку просветительский фактор ослабевает, связи становятся слабее и сложнее. Однако мы уверены в том, что выделение такого влияния может сделать разработку демографической политики более аргументированной и адресной.

В России в последнее десятилетие произошел скачок в распространении широкополосного Интернета, однако исследований влияния доступа к Интернету на здоровье населения с использованием индивидуальных микроданных пока не выполнено.

Наш исследовательский интерес заключается в оценке влияния Интернета на состояние здоровья индивида и на его самосохранительное поведение в области сокращения вредных привычек (снижения потребления табака и алкоголя) в России.

В исследовании сформулированы следующие гипотезы:

1. относительно частое использование высокоскоростного Интернета способствует улучшению состояния здоровья;
2. относительно частое использование высокоскоростного Интернета способствует снижению потребления табака;
3. относительно частое использование высокоскоростного Интернета способствует снижению потребления алкоголя.

## **ДАННЫЕ И МЕТОДЫ**

Эмпирическая часть работы, посвященная анализу влияния доступа к Интернету на состояние здоровья и самосохранительное поведение людей, опирается на данные Комплексного обследования уровня жизни населения (КОУЖ), волны 2014, 2016, 2018 г. (Федеральная служба государственной... 2014, 2016, 2018).

Состояние здоровья оценивается нами на основе самоопределения. Хотя мы и выделили в нашей схеме потенциального воздействия Интернета на здоровье населения отдельно непосредственно уровень здоровья человека и уровень его самооценки здоровья, в данной работе мы принимаем условие, что самооценка индивида не отличается от состояния здоровья (такая гипотеза продиктована наличием имеющихся данных и опытом многих исследователей по изучению здоровья на основе самооценки (Кузьмич, Роцин

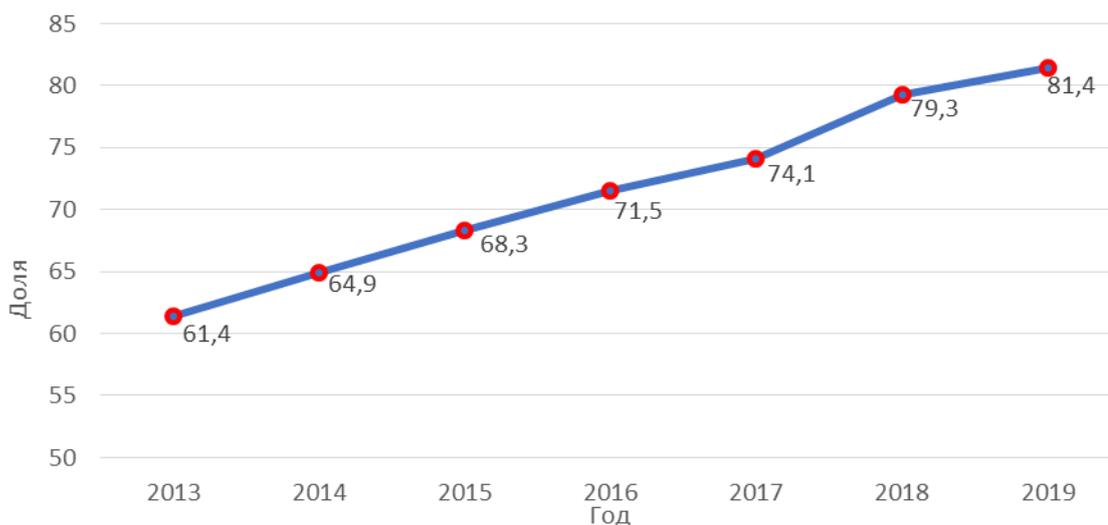
2008; Назаров, Дормидонтова, Ляшок 2014; Ляшок, Рошин 2015; Bessière et al. 2010; Tavares 2020).

Индикаторы самосохранительного поведения, которые мы можем оценить, – потребление табака и алкоголя. Разумеется, множество компонентов понятия самосохранительного поведения выглядит значительно шире, однако их использование в нашей работе ограничено возможностями информационной базы исследования. Было бы ценным для дальнейшей разработки темы, например, исследовать связь характеристик режима питания с использованием Интернета: в частности, систематическое питание всухомятку в процессе продолжительного пребывания в Интернете может нести риски для состояния здоровья. Однако переменные режима питания в КОУЖ отсутствуют. Из российских выборочных обследований их можно встретить в обследовании поведенческих факторов (ВНПФ) и в обследовании рациона питания (ВНРП). Но, к сожалению, ни в одном из двух указанных обследований нельзя обнаружить переменные, характеризующие использование Интернета. По аналогичной причине за кадром остаются и факторы нарушения гигиены труда (например, систематически недостаточная освещённость и проветриваемость помещения, а также неправильная дистанция до клавиатуры и экрана и нарушения рекомендуемой рабочей позы с недостаточной частотой перерывов).

Измерение потребления табака, и особенно алкоголя по данным социологических опросов имеет свои ограничения. Например, респонденты, особенно женщины и подростки, склонны фальсифицировать данные, касающиеся потребления табачной и алкогольной продукции. Это может приводить к смещённым результатам. Также деление алкоголя на пиво, вино и водку не позволяет охватить всю широту перечня спиртосодержащей продукции, что может приводить к искажениям в оценках. По словам авторов работы (Leon, Shkolnikov, McKee 2009), разнообразие источников этанола в России настолько широко, что данные по потреблению большинства из них могут и не находиться в базах. И КОУЖ в полной мере отражает эти ограничения. Кроме того, данные КОУЖ по объёму курения не предполагают дифференциации по различным видам табачной продукции, что не даёт возможности оценить влияние Интернета на изменение структуры спроса на отдельные виды табачной продукции (например, перехода на более лёгкие сигареты), если таковое имеет место. В КОУЖ переменные, отвечающие за потребление отдельных видов алкоголя, варьируются от полного отсутствия употребления до употребления каждый или почти каждый день. Это не даёт возможности оценить актуальные для респондентов модели потребления алкоголя (Насколько часто алкоголь потребляется в течение дня? Насколько много за один раз?).

В работах российских исследователей по факторам табакокурения и потребления алкоголя чаще используются микроданные РМЭЗ НИУ ВШЭ (где данные несколько чувствительней к моделям потребления, хотя также содержат много ограничений). Однако мы сделали выбор в пользу данных КОУЖ, поскольку эта база содержит более полную информацию об использовании Интернета: не только данные о наличии домашнего Интернета, но и информацию о частоте его использования.

Выбор периода связан с тем, что доступ к высокоскоростному Интернету в России достиг стадии широкого распространения после 2013 г. (рисунок 1). На данных Единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС) мы можем видеть монотонное увеличение доли населения, имеющего доступ к личному Интернету, с 61,4% на 20 процентных пунктов за последние 6 лет. Исходя из этого нам представляется оптимальным использовать данные КОУЖ, начиная со второй волны (2014 г.), когда охват населения домашним Интернетом обеспечивал бы достаточный для получения надёжных результатов объём выборки, в которой примерно 2 из 3 респондентов имеют личный доступ к сети Интернет.



**Рисунок 1. Доля населения, являющегося активными пользователями сети Интернет, в общей численности населения РФ, 2013-2019, %**

*Источник: Построено авторами на основе данных (ЕМИСС 2020).*

Модели оцениваются отдельно для обоих полов, поскольку, как было сказано ранее, женщины и мужчины по-разному оценивают свое здоровье и отличаются в моделях потребления табака и алкоголя. Значения зависимой переменной, переменных интереса и контрольных переменных упорядочены по возрастанию от меньшего к большему для удобства интерпретации последующих результатов. В среднем, на одну модель, в зависимости от количества валидных наблюдений, приходится от 30000 до 50000 наблюдений в моделях с кросс-секционными и панельными данными, и от 8000 до 38000 – в моделях в первых разностях (по причине большого количества пропусков, делающих невозможным расчёт соответствующих разностей).

Выбор эмпирической стратегии различается в зависимости от характера данных по тому или иному фактору самосохранительного поведения. Для оценки же влияния частоты пользования Интернетом на самооценку здоровья используются модели *упорядоченного выбора* (на основе упорядоченной логит- и пробит-моделей), поскольку зависимая переменная самооценки здоровья выражена в порядковой шкале.

В моделях влияния частоты пользования Интернетом на объёмы курения и потребления алкогольной продукции различных видов (пиво, вино, водка) основу для проведения регрессионного анализа составляет *тобит-модель*. Выбор в пользу неё связан

с условным характером зависимых переменных (у нас нет возможности получить данные об интенсивности курения, если респондент не курит, или потребления пива, вина или водки, если он не пьёт). Это накладывает на модель требование цензурировать данные, присвоив 0 в качестве значения объясняющей переменной тем респондентам, которые не являются курящими/пьющими людьми. В противном случае использование обычного метода наименьших квадратов (МНК) давало бы нам смещённые и несостоятельные оценки коэффициентов при переменных интереса.

В моделях используется следующий набор контрольных переменных: уровень образования, возраст, квадрат возраста, семейное положение, число детей, статус на рынке труда, логарифм уровня дохода, местность проживания (город/село), региональные эффекты. Описание переменных, использованных в работе, см. в Приложении 1. Стандартные ошибки задаются как робастные с поправкой на возможную гетероскедастичность.

Все коэффициенты корреляции (таблица 2) принимают значения, меньшие 0,5, что говорит в пользу отсутствия серьёзной угрозы мультиколлинеарности в случае совместного использования регрессоров в модели. Почти все из них являются значимыми на 1%-ном уровне, исключение составляют коэффициенты корреляции логарифма дохода с курением и потреблением водки (оба значимы на 5%-ном уровне), а также между местом проживания (город/село) и переменной курения, который оказался незначимым. Наибольшее значение принимает коэффициент между уровнем здоровья и возрастом индивида (-0,4576), что очевидным образом объясняется тем, что в течение жизни здоровье человека склонно ухудшаться.

**Таблица 2. Корреляционная матрица переменных**

	Курение	Здоровье	Вино	Водка	Пиво	Интернет	Уровень образования
Курение	1,0000						
Здоровье	0,0405	1,0000					
Вино	-0,1308	0,0191	1,0000				
Водка	0,3820	-0,0401	-0,0489	1,0000			
Пиво	0,3956	0,1240	0,0209	0,3621	1,0000		
Интернет	-0,0501	0,2101	0,0866	-0,0862	0,0549	1,0000	
Уровень образования	-0,2020	0,0499	0,1220	-0,0778	-0,1264	0,2058	1,0000
Возраст	-0,0825	-0,4576	-0,0118	0,1277	-0,2040	-0,3469	0,0685
Женат или замужем	0,0377	-0,0548	-0,0525	0,0883	0,0206	-0,0839	0,0508
Логарифм дохода	-0,0184	0,0726	0,1458	0,0752	0,0215	0,1444	0,2910
Город	-0,0125	0,0417	0,0804	0,0024	0,0180	0,1163	0,1678
Число детей	0,0330	0,1219	-0,0367	-0,0503	0,0425	0,0449	-0,0284

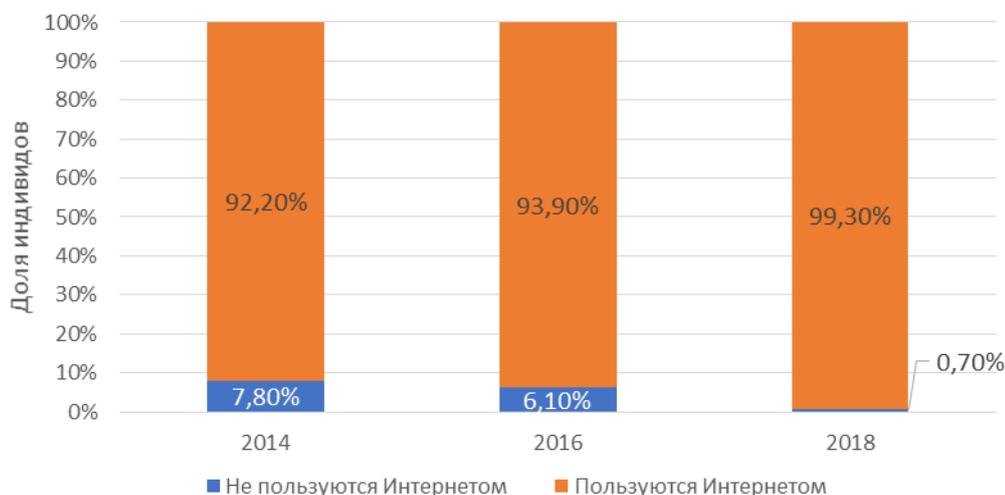
  

	Возраст	Женат или замужем	Логарифм дохода	Город	Число детей
Возраст	1,0000				
Женат или замужем	0,1214	1,0000			
Логарифм дохода	0,1336	-0,1062	1,0000		
Город	-0,0171	-0,0244	0,2821	1,0000	
Число детей	-0,3115	0,2437	-0,4496	-0,0769	1,0000

*Источник: Построено авторами в программном пакете Stata 14.2 на данных (Федеральная служба государственной... 2014, 2016, 2018).*

*Примечание: Описание переменных, использованных в работе, см. в Приложении 1.*

Из набора значений объясняющей переменной мы исключаем индивидов, не пользующихся Интернетом, во избежание смещения оценок. Из данных КОУЖ (рисунок 2) следует, что доля респондентов, не имеющих домашнего доступа к Интернету, за период обследования 2014-2018 г. монотонно снижалась с 7,8 до 0,7%.



**Рисунок 2. Доля лиц, которые указали, что пользуются/не пользуются Интернетом, из общего числа опрошенных в данную волну**

*Источник: Построено авторами на основе данных (Федеральная служба государственной... 2014, 2016, 2018).*

*Примечание: Показатель рассчитан при помощи программного пакета Stata 14.2.*

Для начала мы строим модели на основе кросс-секционных данных на выборке за 2018 г. Результаты подвергаются проверке на робастность по следующим направлениям:

- использование данных более ранних волн (за 2016 и 2014 г.);
- комбинирование различных наборов контрольных переменных (например, включение/исключение из модели региональных эффектов);
- использование альтернативных типов моделей (например, вместо тобит-моделей – модели на основе логита, пробита и МНК, а также модель с использованием линейных стандартных ошибок).

Результаты применения простой упорядоченной пробит-модели для оценки состояния здоровья могут быть подвергнуты угрозе получения несостоятельных оценок из-за двусторонней причинно-следственной связи между уровнем здоровья индивида (на основе самооценки здоровья) и частотой его выхода в Интернет. То есть, положительный знак коэффициента между переменными здоровья и частоты использования Интернета может объясняться не только влиянием последнего на здоровье (удобнее записываться к врачу, заказывать лекарства, получать дистанционные советы по профилактике и лечению заболеваний, дистанционную паллиативную помощь и другие услуги телемедицины), но и, напротив, влиянием здоровья на частоту пользования Интернетом (более высокий объем капитала здоровья может давать индивиду физическую возможность пользоваться Интернетом более часто и продолжительно).

Для устранения эндогенности из-за двусторонней причинно-следственной связи очевидна необходимость подбора такого параметра, который бы коррелировал с частотой пользования Интернетом, но при этом не коррелировал со здоровьем. В КОУЖ есть переменная частоты общения в Интернете. Она очевидным образом коррелирована с частотой пользования Интернетом (чтобы чаще общаться, нужно чаще заходить в сеть), коррелированность со здоровьем (экзогенность инструмента) можно проверить при помощи теста Саргана (Sargan 1958). Стоит отметить, что такой подход, хоть и избавляет нас от селективности внутри выборки (связанной с тем, что чаще сидят в Интернете те, кому это больше позволяет здоровье), однако всё же не может устранить её в полной мере из-за наличия возможной угрозы внешнего самоотбора. А именно, изначально в выборку могут не попадать люди с низшим социально-экономическим статусом, которые одновременно не пользуются Интернетом и могут отличаться более рискованным поведением. С этим несовершенством информационной базы мы вынуждены мириться за неимением других данных.

Чтобы очистить прямое влияние Интернета на здоровье от обратного влияния, модели повторно оцениваются при помощи инструментального подхода с использованием частоты общения в Интернете. В пакете Stata 14.2 отсутствуют технические возможности для проведения диагностики валидности инструментов для упорядоченной пробит-модели, однако есть возможность провести её для бинарной пробит-модели, поэтому зависимая переменная переводится в бинарный вид: создаётся переменная «хорошее здоровье», которой присваивается значение «1», если респондент характеризовал своё здоровье как «хорошее» или «очень хорошее», и «0» – иначе.

В ходе диагностики подтверждается, что валидность частоты общения в Интернете как инструмента обосновывается её релевантностью (чтобы чаще общаться в Интернете, необходимо чаще заходить в сеть, тест на слабые инструменты) и экзогенностью (тест Саргана) (см. Приложение 3).

Добавим некоторые методические замечания и для оценки самосохранительного поведения. Оценка влияния частоты пользования Интернетом на объёмы курения на перекрёстных данных может дать нам информацию о том, кто, в среднем, курит больше: люди, которые чаще или реже пользуются Интернетом. В то же время, чтобы надёжно утверждать, что Интернет способствует увеличению или уменьшению потребления табачной продукции, нам необходимо быть уверенными, что в модели отсутствует эндогенность. Одной из причин возможной эндогенности может быть недоучёт факторов социопсихологической природы (June et al. 2007), которые могут подвергать индивида аддикциям (одновременно зависимости от Интернета и курения) и которые при этом сложно наблюдать в явном виде.

В связи с этим мы проводим повторную оценку влияния частоты пользования Интернетом на параметры самосохранительного поведения при помощи тобит-моделей в первых разностях. Это может позволить свести на нет влияние ненаблюдаемых социально-психологических особенностей, если предположить, что эти особенности для каждого человека носят устойчивый во времени характер (алгебраически это будет означать, что

первые разности переменных, которые отражают социально-психологические особенности, превратятся в 0).

Мы оцениваем ряд моделей отдельно для каждого параметра самосохранительного поведения (курение, потребление пива, водки, вина). Также модели дезагрегируются по полу, оцениваются модели с региональными эффектами и без их учёта. В дополнение к основным моделям переменная частоты использования Интернета рассматривается нелинейно (с квадратом данной переменной и как индикаторы отдельных категорий частоты входа в Интернет) на случай возможного наличия точек перегиба кривых зависимости здоровья и объёмов курения и потребления алкоголя от Интернета.

## РЕЗУЛЬТАТЫ: ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТА НА САМООЦЕНКУ ЗДОРОВЬЯ

Модели на основе инструментального подхода демонстрируют положительное влияние частоты использования Интернета на здоровье (таблица 3) на 5%-ном и 10%-ном уровнях значимости в разных спецификациях. Отметим, что в таблице 3 представлены предельные эффекты, а не коэффициенты моделей, что позволяет нам судить не только о направлении влияния частоты использования Интернета на здоровье, но и о величине этого влияния.

**Таблица 3. Результаты регрессионного анализа влияния Интернета на здоровье**

Переменные	Модель 1, Бинарный пробит (женщины)	Модель 2, Бинарный пробит (мужчины)	Модель 3, Бинарный пробит (женщины)	Модель 4, Бинарный пробит (мужчины)
Интернет	0,0566** (0,0222)	0,0644* (0,0332)	0,0565** (0,0227)	0,0613* (0,0341)
Уровень образования	0,0384*** (0,00595)	0,0263*** (0,00889)	0,0385*** (0,00607)	0,0259*** (0,00916)
Женат или замужем	0,0860*** (0,0220)	0,0819* (0,0421)	0,0969*** (0,0223)	0,0900** (0,0430)
Логарифм дохода	0,274*** (0,0225)	0,281*** (0,0331)	0,287*** (0,0264)	0,292*** (0,0389)
Город	-0,108*** (0,0257)	-0,136*** (0,0387)	-0,116*** (0,0266)	-0,131*** (0,0405)
Число детей	0,146*** (0,0183)	0,147*** (0,0270)	0,149*** (0,0190)	0,137*** (0,0282)
Занятый	0,376*** (0,0255)	0,720*** (0,0404)	0,380*** (0,0260)	0,739*** (0,0416)
Возраст	-0,0328*** (0,00541)	-0,0588*** (0,00746)	-0,0343*** (0,00548)	-0,0612*** (0,00761)
Возраст <sup>2</sup>	7,17*10 <sup>-5</sup> (5,56*10 <sup>-5</sup> )	0,000394*** (7,79*10 <sup>-5</sup> )	8,42*10 <sup>-5</sup> (5,63*10 <sup>-5</sup> )	0,000411*** (7,94*10 <sup>-5</sup> )
Константа	-0,176 (0,254)	0,0969 (0,354)	-0,635** (0,319)	-0,311 (0,462)
Региональные эффекты	Нет	Нет	Есть	Есть
Число наблюдений	52,238	30,818	52,238	30,818

*Источник: Построено авторами в программном пакете Stata 14.2.*

*Зависимая переменная: хорошее здоровье, в таблице указаны предельные эффекты*

*Примечание: Построено авторами в программном пакете Stata 14.2. Значимость: \* – 10%, \*\* – 5%, \*\*\* – 1%.*

Полученные значения предельных эффектов говорят о том, что переход на новую ступень, характеризующуюся более частым использованием Интернета, в среднем повышает вероятность, что респондент мужского пола отметит у себя хорошее здоровье, на 6,44 процентных пункта, а респондент женского пола – на 5,66 п.п. Отметим, что при добавлении региональных эффектов оценённая величина влияния Интернета на здоровье сокращается весьма незначительно – до 6,13 п.п. для мужчин и до 5,65 п.п. для женщин.

Возможные интерпретации (со стороны позитивного влияния на здоровье):

- 1) Интернет повышает доступность медицинских услуг (дистанционной записи к врачу, заказа лекарств, получения дистанционных советов по профилактике и лечению заболеваний, второго диагноза, других услуг телемедицины);
- 2) Интернет повышает доступ к другим дистанционным услугам, экономит время и силы на поиск и доставку товаров;
- 3) Интернет повышает доступ к дистанционной занятости, респондент не тратит здоровье по дороге на работу и с работы;
- 4) Интернет играет позитивную просветительскую роль в вопросах о здоровом образе жизни, позволяет найти информацию об услугах, связанных со здоровым образом жизни;
- 5) Интернет разнообразит досуг, увеличивает возможности общения для (пожилых) людей, что улучшает психическое здоровье.

Возможные интерпретации (со стороны позитивного влияния на самооценку здоровья): Интернет позволяет лучше позиционировать свое состояние по отношению к другим людям в результате обилия доступных кейсов (в том числе и тяжелобольным).

В дополнение: образование, доход, число детей, брачный статус положительно влияют на самооценку здоровья, проживание в городе – отрицательно. Переменная возраста влияет ожидаемо: чем старше человек, тем хуже его здоровье.

Полученные результаты воспроизводятся в моделях с нелинейной объясняющей переменной. При этом коэффициент при переменной квадрата частоты использования Интернета значим и имеет отрицательный знак, а коэффициенты категорий частоты входа в Интернет значимы, положительны и убывают по значению по мере повышения частоты пребывания в Интернете в сравнении с группой с наименьшей частотой входа в Сеть. Это значит, что положительное влияние Интернета на здоровье монотонно убывает, но при максимальной частоте входа в Интернет всё же не достигается точка перелома, начиная с которой более частое использование Интернета становится значимо пагубным для здоровья.

Строго говоря, полученные результаты в силу специфики использованных данных и методологии позволяют нам дать оценку влияния Интернета только на усреднённого респондента. Прделанная работа представляет собой лишь начальный этап разработки темы влияния цифровизации на самосохранительное поведение людей и здоровье, поэтому рассмотрение Интернета в более развёрнутом виде с учётом многообразия его ресурсов, функций, опций, систем их организации, а также способов его использования существенно ограничено как масштабом исследования, так и, опять же, возможностями

информационной базы. Частично в КОУЖ для расширения исследования предложена палитра вопросов о причинах использования Интернета, содержащая 11 вариантов<sup>2</sup>, однако ответы на вопрос не имеют пересечений, что не совсем корректно, поскольку Интернет может использоваться одним и тем же человеком в разное время и для дистанционной работы, и для просмотра новостных материалов, и как форма досуга, и по иному назначению. Также не исключен вариант, что человек может заходить в Сеть по инерции, не преследуя в момент входа определённой цели. Несмотря на несовершенства таких вопросов, были оценены инструментальные пробит-модели на 22 подвыборках (11 целей входа \* 2 гендера). Ни в одной из подгрупп влияние Интернета на самооценку здоровья не носит отрицательного характера. Положительная связь наблюдается в подгруппах женщин, заходящих в Интернет с целью выполнения оплачиваемой работы, общения в социальных сетях и скачивания музыки и фильмов, и в подгруппах мужчин, заходящих в Сеть для поиска вакансий и клиентов, поиска и заказа товаров и услуг, продажи личных вещей и имущества, а также прочтения новостей. Результаты воспроизводятся в аналогичных моделях с региональными эффектами, за исключением модели с мужчинами, заходящими в Сеть с целью прочтения новостей, в которой коэффициент при переменной частоты входа в Интернет балансирует на грани 10%-ной значимости.

Полученные результаты позволяют давать следующие объяснения, почему люди, которые чаще заходят в Сеть, лучше оценивают своё здоровье:

- 1) развитие возможностей дистанционной занятости. По-видимому, этот канал в настоящее время больше касается женщин, у которых с развитием Интернета появляется больше возможностей совмещать оплачиваемый труд на рынке труда и неоплачиваемый труд в домохозяйстве: совмещение домашних забот с дистанционной занятостью благотворно сказывается как на физическом (за счёт сокращения объёмов и длительности деловых поездок, которые могут выматывать индивидов), так и на психическом состоянии здоровья (удовлетворённость трудом) и на экономическом положении индивида (автономный источник доходных поступлений);
- 2) расширение возможностей досуговой деятельности – развитие новых ресурсов коммуникационной (общение в социальных сетях) и развлекательной деятельности (просмотр и скачивание фильмов, игр, музыки) благотворно сказывается на психическом здоровье респондентов;
- 3) снижение трансакционных издержек в торгово-предпринимательской деятельности – развитие электронных средств привлечения клиентов и подбора контрагентов также может позитивно влиять на восприятие собственного здоровья как с физической, так и с психической стороны, сберегая психофизические ресурсы индивидов за счёт

<sup>2</sup> В перечень включены: 1) выполнение оплачиваемой работы; 2) поиск вакансий, клиентов, рассылка информации; 3) получение информации, оформление документов на сайтах органов государственной власти; 4) поиск и заказ товаров и услуг, продажа личных вещей и имущества; 5) осуществление финансовых операций; 6) дистанционное обучение; 7) пользование электронными библиотеками, энциклопедиями, виртуальными экскурсиями и др.; 8) прочтение новостной информации; 9) общение в социальных сетях; 10) обсуждение социальных и политических вопросов; 11) скачивание фильмов, музыки, игр и др.

сокращения объёма контактов с неподходящими участниками сделки, а также числа и продолжительности деловых поездок.

Однако к таким данным можно предъявить претензии: 1) усыхание выборки (разброс валидных наблюдений составил от 5 до 30 тыс., при этом в ряде моделей серьёзно снизилась представительность данных по регионам, иногда вплоть до пропущенных данных по более чем половине регионов, что ставит под сомнение незначимость большинства результатов по подвыборкам); 2) неучёт в списке целей в явном виде информационно-просветительской функции Интернета в области медицины (это позволяет нам только догадываться, но не строго утверждать, что, помимо благотворного влияния Интернета на психическое здоровье, за данными скрывается влияние информации о профилактике и лечении заболеваний, а также телемедицины, поскольку такая причина посещения Сети может быть побочной для всех присутствующих в линейке целей в КОУЖ).

В то же время для практики полученные результаты не в полной мере бесполезны: на данных выявлена положительная взаимосвязь между частотой использования Интернета и самооценкой здоровья и установлено, что положительный знак коэффициента не обусловлен обратной причинно-следственной связью (в противном случае в модели с инструментальной переменной влияние Интернета на здоровье носило бы незначимый характер, но в нашем случае это было не так). Это говорит о том, что в использованных данных, по крайней мере, присутствуют работоспособные каналы влияния Интернета на здоровье, более надёжное выявление которых в будущем могло бы иметь практическое значение для укрепления здоровья и повышения эффективности использования Интернета в России.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ: ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТА НА ПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА И АЛКОГОЛЯ**

Для удобства изложения мы вынесли таблицы с результатами регрессионного анализа в этой части в Приложение 2, здесь же перечислим основные результаты:

- 1) мужчины, которые чаще пользуются Интернетом, при прочих равных условиях, в среднем: меньше курят, меньше пьют алкоголя в целом, меньше пьют водки в частности, чаще пьют вино, то есть являются пионерами перехода, на европейскую модель потребления алкоголя;
- 2) женщины, которые чаще пользуются Интернетом, при прочих равных условиях, в среднем: больше курят, больше пьют алкоголя в целом (всех его видов).

Основные результаты тобит-моделей на кросс-секционных данных и в первых разностях совпадают.

Полученные результаты, впрочем, следует трактовать с некоторой осторожностью, напоминаем, что измерение частоты и объемов потребления табака и алкоголя (особенно у женщин) может не отражать действительность в полной мере. Тем не менее попробуем представить несколько интерпретаций полученных результатов.

Первый результат подтверждает соответствующие исходные гипотезы для респондентов мужского пола о снижении потребления алкоголя и табака.

Более того, Интернет может способствовать замещению крепких напитков лёгкими. Культурно-исторический, социально-экономический и политический опыт, описанный в работе (Заиграев 2009) и подтверждённый эмпирическими оценками потребления алкоголя в России (Немцов 2014), сформировал в России довольно рискованную модель потребления, которую можно назвать моделью потребления северного типа (Бойцов, Самородская, Семенов 2016). Основной чертой северной модели является преобладание в общей структуре потребления крепких спиртных напитков. Северной модели потребления алкоголя противопоставляется европейская модель, в которой производство и потребление более лёгких алкогольных напитков является преобладающим. Полученные нами оценки позволяют предполагать, что Интернет способствует этому переходу у мужчин.

Полученный результат требует дополнительного исследования о причинах такого воздействия: возможно, Интернет используется респондентами мужского пола как источник заработка, что увеличивает для них экономическую доступность более дорогостоящих элитных напитков, которые являются слабоалкогольными. Также возможно, что Интернет может использоваться ими как альтернативный по отношению к алкоголю способ снятия стресса (возможность «выговориться» в сетевом общении, «отвести душу» путём социальных провокаций на условиях анонимности персональных данных). Компьютерные игры для мужчин могут быть заместителем крепкого алкоголя в качестве альтернативной формы проведения досуга.

Второй результат опровергает наши исходные гипотезы для респондентов женского пола о снижении потребления алкоголя и табака. Однако окончательный вывод мы не торопимся делать, поскольку данные не предполагают дифференциации по отдельным видам табачной продукции, по объёму и таймингу потребления алкоголя. Кроме того, индивиды склонны фальсифицировать данные, касающиеся алкогольной продукции и табакокурения (причем женщины, видимо, чаще и сильнее, чем мужчины). Наконец, процесс развития цифровизации в стране совпал со сменой поколений: В. Радаев (2020) на данных РМЭЗ НИУ ВШЭ получил результат, что нынешнее молодое поколение миллениалов в среднем менее склонно к потреблению алкогольной и табачной продукции, нежели предыдущие. Доказать однозначно на имеющихся данных приоритет меняющегося потребительского поведения, который создает и спрос на цифру, или, напротив, приоритет цифровизации, которая создала альтернативный досуг, не представляется возможным. Чтобы более надёжно отделить поколенческий эффект от собственно влияния Интернета на потребление алкоголя и табака, было бы желательно использовать более длинные ряды данных, однако: 1) КОУЖ не располагает более отдалёнными данными ранее 2014 г. с большим количеством валидных наблюдений; 2) данные РМЭЗ НИУ ВШЭ, несмотря на их большую протяжённость во времени (ежегодно почти каждый год с 1994 г.), не содержат вопроса о частоте использования Интернета, а только о его наличии в домохозяйстве; 3) явление тотальной цифровизации в РФ само по себе достаточно молодое и исчисляется, как было показано ранее, не более чем одним десятком лет. Поэтому по этой части исследования мы делаем выводы с особенной осторожностью.

Если предположить, что данные по мужчинам и женщинам имеют схожие ограничения, то мы можем выдвинуть две идеи по поводу интерпретации результатов. Во-первых, можно предположить, что такой результат вызван продолжительным пребыванием женщин во второй фазе табачного перехода, когда рост объёмов женского курения обуславливается мотивом стремления к гендерному «равенству» и оно понимается как принятие мужского типа поведения. В таком случае Интернет может усиливать эгалитарные настроения женщин в силу ассоциации Интернета с пространством, свободным от предписаний, в том числе гендерного характера. Как следствие это может приводить к повышению объёмов женского курения, потребления пива и вина. Во-вторых, в отличие от мужчин, для женщин Интернет не является заменителем «водочного» досуга. Видимо, женщины в меньшей степени играют в компьютерные игры, а также меньше пьют водку, этот замещающий досуговый канал у них не работает.

Еще один важный, на наш взгляд, вывод: наличие детей оказывает сдерживающее влияние как на мужчин, так и на женщин в отношении курения во всех моделях; на женщин – в моделях с региональными эффектами. Отдельно построены модели (см. таблицу П2.5 Приложения 2), в которых вместо числа детей использован построенный на его основе бинарный индикатор наличия детей в домохозяйстве. Как мы и предполагали, наличие детей оказывает значимое на 1%-ном уровне сдерживающее влияние как на курение мужчин, так и на курение женщин во всех моделях.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Подводя итог, можно сделать следующие выводы:

- 1) Интернет является значимым ресурсом для сохранения и преумножения капитала здоровья для обоих полов. Самооценка здоровья повышается у женщин и мужчин, пользующихся Интернетом (при прочих равных условиях);
- 2) мужчины, которые чаще пользуются Интернетом, при прочих равных условиях в среднем:
  - меньше курят,
  - меньше пьют алкоголя в целом,
  - меньше пьют водки, в частности, чаще пьют вино, т. е. являются пионерами перехода с северной на европейскую модель потребления алкоголя,
  - наличие детей оказывает сдерживающее влияние на мужчин в отношении курения;
- 3) женщины, которые чаще пользуются Интернетом, при прочих равных условиях в среднем:
  - больше курят,
  - больше пьют алкоголя (пива и вина),
  - наличие детей оказывает сдерживающее влияние на женщин в отношении курения.

Первый вывод полностью подтверждает первую гипотезу анализа. На основании полученного результата мы можем предполагать, что полезный эффект от использования

Интернета перекрывает возможное его пагубное влияние на здоровье индивида (в том числе, связанное с ненормированным использованием электронных средств, что мы не можем выявить по данным КОУЖ, не предоставляющим информацию о длительности использования электронных носителей).

Второй результат подтверждает соответствующие исходные гипотезы для респондентов мужского пола о снижении потребления алкоголя и табака при относительно частом использовании Интернета. Более того, Интернет может способствовать замещению крепких напитков лёгкими, т. е. усиливает переход от северной к европейской модели потребления алкоголя.

Третий результат опровергает соответствующие исходные гипотезы для респондентов женского пола о снижении потребления алкоголя и табака при относительно частом использовании Интернета. Возможно, это связано с тем, что данные по потреблению алкоголя и табака по женщинам менее достоверны, а возможно, с тем, что Интернет не является для женщин заменителем «водочного» досуга в отличие от мужчин. Стадия эмансипации женщин в современной России (приверженность мужскому поведению) тоже может влиять на положительную связь доступа к Интернету и потребление табака и слабого алкоголя.

В целом из проведённого анализа следует, что в России Интернет является, скорее, берегающим здоровье фактором. Это означает, что расширение доступа к высокоскоростному Интернету может быть действенным инструментом укрепления здоровья жителей России.

## ЛИТЕРАТУРА

- Антонов А.И. (1989). Опыт исследования установок на здоровье и продолжительность жизни. *Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни*, 44. Москва.
- Бойцов С.А., Самородская И.В., Семенов В.Ю. (2016). Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: роль алкоголя. *Социальная и клиническая психиатрия*, 26(2), 97-106.
- Борисов В. (1999). *Демография*. Москва: Издательский дом «Nota Bene».
- Вишневский В.М., Ляхов А.И., Портной С.Л., Шахнович И.Л. (2005). *Широкополосные беспроводные сети передачи информации*. Москва: Техносфера.
- Груздева М. (2017). Инструменты формирования самосохранительных практик населения: социальные сети и блогосфера. *Социальное пространство*, 4(11), 5.
- Демьянова А.А. (2005). Факторы и типы потребления алкоголя и табака в России. *Экономическая социология*, 6(1), 78-94.
- Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС) (2020). *Доля населения, являющихся активными пользователями сети Интернет, в общей численности населения РФ (2020)*. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/43566> (данные загружены 02.05.2020).
- Жеребин В., Алексеева О., Вершинская О. (2017). Социально-психологические особенности пользователей Интернета. *Народонаселение*, 1(75), 116–124.

- Заиграев Г.Г. (2009). Алкоголизм и пьянство в России: пути выхода из кризисной ситуации. *Социологические исследования*, 8, 74–84.
- Калабихина И.Е. (2019). Демографические размышления о цифровой экономике. *Вестник Московского Университета*, 6(6), 147–166.
- Калабихина И.Е., Кузнецова П.О. (2019). Гендерные аспекты табачной эпидемии в России. *Журнал Новой экономической ассоциации*, 44(4), 161–187.
- Калабугина Е.А. (2013). Влияние электронных средств на здоровье студентов. *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование. Педагогические науки*, 5(2), 67–73.
- Кузьмич О., Рощин С. (2008). Лучше ли быть здоровым? Экономическая отдача от здоровья в России. *Экономический журнал ВШЭ*, 12(1), 29–55.
- Ляшок В.Ю., Рощин С.Ю. (2015). Влияние здоровья на предложение труда пожилых. *Прикладная эконометрика*, 4 (40), 6–27.
- Магнус Я.Р., Катышев П.К., Пересецкий А.А. (2004). *Эконометрика*. Начальный курс: учеб. 6-е изд., перераб. и доп. М.: Дело.
- Медков В. (2002). *Демография: учебное пособие*. Серия «Учебники и учебные пособия». Ростов-на-Дону: Феникс.
- Назаров В.С., Дормидонтова Ю.А., Ляшок В.Ю. (2014). Анализ факторов, влияющих на принятие решения о выходе на пенсию. *Журнал Новой экономической ассоциации*, 4, 66–86.
- Немцов А.В. (2014). Алкогольная ситуация в России. *Собриология*, 2(2), 13–19.
- Радаев В.В. (2020). *Миллениалы: Как меняется российское общество*. 2 изд. Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». Москва: Изд. дом Высшей школы экономики.
- Ревякин Е. (2006). Самосохранительное поведение: понятие и сущность. *Вестник ИГЭУ*, 1, 1–4.
- Федеральная служба государственной статистики (Росстат) (2014). *Комплексное обследование условий жизни населения. 2014 г.*
- Федеральная служба государственной статистики (Росстат) (2016). *Комплексное обследование условий жизни населения. 2016 г.*
- Федеральная служба государственной статистики (Росстат) (2018). *Комплексное обследование условий жизни населения. 2018 г.*
- Barnighausen T., Chaiyachati K., Chimbindi N., Peoples A., Haberer J., Newell M.L. (2011). Interventions to increase antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa: A systematic review of evaluation studies. *Lancet Infect. Dis.*, 11, 942–951
- Bauer T., Göhlmann S., Sinning M. (2007). Gender differences in smoking behavior. *Health Economics*, 16(9), 895–909.
- Bessière K., Pressman S., Kiesler S., Kraut R. (2010). Effects of internet use on health and depression: a longitudinal study. *Journal of medical Internet research*, 12(1). DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.1149> (данные загружены 10.08.20).
- Bundorf M.K., Wagner T.H., Singer S.J., Baker L.C. (2006). Who searches the internet for health information? *Health Services Research*, 41(3), 819–836.

- Cesare N., Lee H., McCormick T., Spiro E., Zagheni E. (2018). Promises and pitfalls of using digital traces for demographic research. *Demography*, 55(5), 1979–1999.
- Choun K., Achanta S., Naik B., Tripathy J.P., Thai S., Lorent N., Khun K.E., Griensven J.V., Kumar A.M.V., Zachariah R. (2017). Using mobile phones to ensure that referred tuberculosis patients reach their treatment facilities: A call that makes a difference. *Health Serv. Res.*, 17, 575.
- DiMaggio P., Hargittai E., Neuman W.R., Robinson, J. P. (2001). Social Implications of the Internet. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 307–336.
- Feil E.G., Noell J., Lichtenstein E., Boles S.M., McKay H.G. (2003). Evaluation of an Internet-based smoking cessation program: Lessons learned from a pilot study. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(2), 189–194.
- Grøtvedt L., Stavem K. (2005). Association between age, gender and reasons for smoking cessation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(1), 72–76.
- June K.J., Sohn S.Y., So A.Y., Yi G.M., Park S.H. (2007). A study of factors that influence Internet addiction, smoking, and drinking in high school students. *Taehan Kanho Hakhoe chi*, 37(6), 872–882.
- Kahn T. (2004). *Mobile Phones Keep Track of HIV Treatments*. URL: <http://www.scidev.net/global/health/news/mobile-phones-keep-track-of-hiv-treatments.html> (данные загружены 10.08.20).
- Kalabikhina I., Matyushina D. (2018). A study of the population's attitude to telemedicine technologies on the example of online medical consultations. *Population and Economics, ARPHA Platform*, 2(2), 78–109.
- Killian T.S. (2012). Health-information seeking on the Internet and current smoking status: Evidence from the national health interview survey. *Open Journal of Preventive Medicine*, 2(3), 291–298.
- Kling R. (2000). Learning about information technologies and social change: The contribution of social informatics. *Information Society*, 16(3), 217–232.
- Leon D.A., Shkolnikov V.M., McKee M. (2009). Alcohol and Russian mortality: a continuing crisis. *Addiction*, 104(10), 1630–1636. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02655.x>.
- Loader B.D. (1998). *Cyberspace Divide: Equality, Agency and Policy in the Information Society*. Routledge, London.
- Lopez A., Collishaw N., Piha T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3(3), 242–247.
- Oksuzyan A., Juel K., Vaupel J.W., Christensen K. (2008). Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging clinical and experimental research*, 20(2), 91–102. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03324754> (данные загружены 10.08.20).
- Pampel F.C. (2005). Diffusion, cohort change, and social patterns of smoking. *Social Science Research*, 34(1), 117–139.
- Sargan J.D. (1958). The estimation of economic relationships using instrumental variables. *Econometrica*, 26, 393–415.

- Stock J.H., Yogo M. (2005). Testing for weak instruments in linear IV regression. In Andrews D.W.K., Stock J.H. (Eds.), *Identification and Inference for Econometric Models: Essays in Honor of Thomas Rothenberg* (pp. 80–108). New York: Cambridge University Press.
- Swartz L.H.G., Noell J.W., Schroeder S.W., Ary D.V. (2006). A randomised control study of a fully automated internet based smoking cessation programme. *Tobacco Control*, 15(1), 7–12.
- Tavares A.I. (2020). Self-assessed health among older people in Europe and internet use. *International journal of medical informatics*, 141, 104240. Advance online publication. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104240> (данные загружены 10.08.20).
- Thun M., Peto R., Boreham J., Lopez A. (2012). Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tobacco Control*, 21(2), 96–101.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1. Описание переменных, использованных в работе

**Таблица П1.1. Описание переменных, использованных в работе**

Название	Описание
Здоровье	Самооценка здоровья: от 1 – очень плохое, до 5 – очень хорошее
Хорошее здоровье	Хорошее здоровье: 1 – если респондент указывает его как «хорошее» или «очень хорошее», 0 – иначе
Курение	Объём курения: от 1 – не курит и не курил, до 7 – выкуривает более 1 пачки в день
Алкоголь	Пьёт ли респондент алкоголь: 1 – да, 0 – нет
Водка	Объём потребления водки: от 1 – не употребляет, до 6 – употребляет практически каждый день
Вино	Объём потребления вина: от 1 – не употребляет, до 6 – употребляет практически каждый день
Пиво	Объём потребления пива: от 1 – не употребляет, до 6 – употребляет практически каждый день
Мужчина	Пол: 1 – если респондент мужского пола, 0 – если женского
Интернет	Частота выхода в Интернет: от 1 – не пользуюсь, до 4 – каждый день или почти каждый день
Уровень образования	Уровень образования: от 1 – не имеет основного общего, до 9 – кадр высшей квалификации (аспирантура и выше)
Возраст	Возраст, лет
Возраст <sup>2</sup>	Квадрат возраста
Женат или замужем	Семейное положение: 1 – состоит в зарегистрированном или незарегистрированном браке, 0 – в браке не состоит
Логарифм дохода	Логарифм дохода на члена домохозяйства
Город	Местность проживания: 1 – городская, 0 – сельская
Число детей	Число детей в домохозяйстве
Есть дети	Индикаторная переменная наличия детей в домохозяйстве (1 – есть, 0 – нет)
Занятый	Индикаторная переменная статуса на рынке труда: (1 – занятые в экономике (работающие), 0 – иначе)
Региональные эффекты	Индикаторные переменные регионов

**Приложение 2. Таблицы с результатами регрессионного анализа о влиянии Интернета на табакокурение и потребление алкоголя**

**Таблица П2.1. Тобит-модели влияния частоты пользования Интернетом на объёмы курения курящими индивидами**

Переменные	Модель 5 тобит (мужчины)	Модель 6 тобит (мужчины)	Модель 7 тобит (женщины)	Модель 8 тобит (женщины)
ΔИнтернет	-0,0514* (0,0307)	-0,0570* (0,0310)	0,125*** (0,0460)	0,0982** (0,0464)
ΔУровень образования	-0,220*** (0,0127)	-0,233*** (0,0126)	-0,238*** (0,0191)	-0,247*** (0,0192)
ΔЖенат или замужем	0,0563 (0,0633)	0,0564 (0,0633)	-0,365*** (0,0809)	-0,332*** (0,0825)
ΔЛогарифм дохода	-0,149*** (0,0549)	-0,125** (0,0544)	-0,170** (0,0811)	-0,104 (0,0817)
ΔГород	-0,0493 (0,0718)	-0,0277 (0,0720)	0,0769 (0,109)	0,127 (0,106)
ΔЧисло детей	-0,0377 (0,0345)	-0,0244 (0,0343)	-0,0360 (0,0508)	0,00721 (0,0497)
ΔЗанятый	0,717*** (0,0642)	0,715*** (0,0645)	0,548*** (0,0869)	0,589*** (0,0874)
Возраст	0,256*** (0,0163)	0,257*** (0,0163)	0,235*** (0,0264)	0,220*** (0,0266)
Возраст <sup>2</sup>	-0,00288*** (0,000187)	-0,00289*** (0,000187)	-0,00327*** (0,000311)	-0,00310*** (0,000314)
Константа	-5,000*** (0,781)	-5,299*** (0,339)	-5,719*** (0,903)	-7,733*** (0,542)
Региональные эффекты	Есть	Нет	Есть	Нет
Число наблюдений	15,387	15,387	21,351	21,351

*Источник: Построено авторами в программном пакете Stata 14.2.*

*Примечание: Зависимая переменная: первая разность потребления табачной продукции, в таблице указаны коэффициенты моделей.*

*Здесь и далее знаком Δ отмечены переменные, взятые в первых разностях.*

*Значимость: \* – 10%, \*\* – 5%, \*\*\* – 1%.*

**Таблица П2.2. Тобит-модели влияния частоты пользования Интернетом на объёмы потребления вина пьющими индивидами**

Переменные	Модель 9 тобит (мужчины)	Модель 10 тобит (мужчины)	Модель 11 тобит (женщины)	Модель 12 тобит (женщины)
ΔИнтернет	0,185*** (0,00750)	0,173*** (0,0544)	0,111*** (0,0384)	0,0913** (0,0381)
ΔУровень образования	0,0220*** (0,00212)	0,0204 (0,0234)	0,0329** (0,0157)	0,0306* (0,0159)
ΔЖенат или замужем	-0,208*** (0,00828)	-0,212* (0,121)	-0,149** (0,0617)	-0,143** (0,0635)
ΔЛогарифм дохода	0,121*** (0,0179)	0,121 (0,104)	0,287*** (0,0668)	0,306*** (0,0669)
ΔГород	0,0765*** (0,0140)	-0,0938 (0,138)	0,00332 (0,0954)	-0,00161 (0,0921)
ΔЧисло детей	-0,0772*** (0,00889)	-0,0591 (0,0659)	0,0424 (0,0414)	0,0381 (0,0415)
ΔЗанятый	-0,168*** (0,0104)	-0,161 (0,131)	-0,211*** (0,0752)	-0,184** (0,0752)
Возраст	0,0881*** (0,000851)	0,0860*** (0,0332)	0,0589*** (0,0224)	0,0472** (0,0227)
Возраст <sup>2</sup>	-0,00106*** (1,43*10 <sup>-5</sup> )	-0,00103*** (0,000372)	-0,000880*** (0,000256)	-0,000764*** (0,000260)
Константа	-17,77*** (0,0372)	-4,968*** (0,720)	-2,771*** (0,895)	-2,551*** (0,479)
Региональные эффекты	Есть	Нет	Есть	Нет
Число наблюдений	8,077	8,077	9,357	9,357

*Источник: Построено авторами в программном пакете Stata 14.2.*

*Примечание: Зависимая переменная: первая разность потребления вина, в таблице указаны коэффициенты моделей.*

*Значимость: \* – 10%, \*\* – 5%, \*\*\* – 1%.*

**Таблица П2.3. Тобит-модели влияния частоты пользования Интернетом на объёмы потребления пива пьющими индивидами**

Переменные	Модель 13 тобит (мужчины)	Модель 14 тобит (мужчины)	Модель 15 тобит (женщины)	Модель 16 тобит (женщины)
ΔИнтернет	0,0393 (0,0262)	0,0355 (0,0260)	0,163*** (0,0379)	0,138*** (0,0382)
ΔУровень образования	-0,106*** (0,0111)	-0,108*** (0,0111)	-0,114*** (0,0150)	-0,113*** (0,0152)
ΔЖенат или замужем	-0,0817 (0,0553)	-0,0709 (0,0557)	0,124** (0,0620)	0,108* (0,0629)
ΔЛогарифм дохода	-0,00430 (0,0474)	-0,00260 (0,0470)	-0,0691 (0,0638)	-0,0421 (0,0632)
ΔГород	-0,0594 (0,0641)	-0,0687 (0,0619)	-0,108 (0,0869)	-0,116 (0,0855)
ΔЧисло детей	0,0922*** (0,0304)	0,0809*** (0,0300)	-0,0313 (0,0414)	-0,0190 (0,0415)
ΔЗанятый	0,354*** (0,0583)	0,369*** (0,0579)	0,242*** (0,0719)	0,256*** (0,0726)
Возраст	0,0420*** (0,0152)	0,0452*** (0,0153)	-0,00325 (0,0213)	-0,00999 (0,0217)
Возраст <sup>2</sup>	-0,000664*** (0,000172)	-0,000693*** (0,000173)	-0,000422* (0,000248)	-0,000353 (0,000253)
Константа	-0,851 (0,643)	-0,423 (0,320)	-0,209 (0,827)	-0,533 (0,445)
Региональные эффекты	Есть	Нет	Есть	Нет
Число наблюдений	8,077	8,077	9,357	9,357

*Источник: Построено авторами в программном пакете Stata 14.2.*

*Примечание: Зависимая переменная: первая разность потребления пива, в таблице указаны коэффициенты моделей*

*Значимость: \* – 10%, \*\* – 5%, \*\*\* – 1%.*

**Таблица П2.4. Тобит-модели влияния частоты пользования Интернетом на объёмы потребления водки пьющими индивидами**

Переменные	Модель 17 тобит (мужчины)	Модель 18 тобит (мужчины)	Модель 19 тобит (женщины)	Модель 20 тобит (женщины)
ΔИнтернет	-0,132*** (0,0312)	-0,0874*** (0,0311)	0,0275 (0,0607)	-0,0130 (0,0609)
ΔУровень образования	-0,0846*** (0,0128)	-0,0874*** (0,0128)	-0,101*** (0,0255)	-0,105*** (0,0263)
ΔЖенат или замужем	0,0362 (0,0657)	0,0250 (0,0668)	0,0536 (0,105)	0,0769 (0,109)
ΔЛогарифм дохода	0,0998* (0,0580)	0,130** (0,0573)	0,0894 (0,114)	0,0997 (0,116)
ΔГород	-0,00467 (0,0750)	0,00267 (0,0748)	-0,425*** (0,160)	-0,338** (0,150)
ΔЧисло детей	-0,0246 (0,0347)	-0,0159 (0,0353)	-0,0955 (0,0697)	-0,0914 (0,0734)
ΔЗанятый	0,187*** (0,0687)	0,194*** (0,0694)	0,0901 (0,123)	0,153 (0,126)
Возраст	0,107*** (0,0181)	0,102*** (0,0184)	0,127*** (0,0357)	0,106*** (0,0369)
Возраст <sup>2</sup>	-0,000959*** (0,000199)	-0,000900*** (0,000202)	-0,00120*** (0,000390)	-0,000968** (0,000403)
Константа	-2,963*** (0,668)	-3,492*** (0,401)	-5,848*** (1,235)	-6,486*** (0,820)
Региональные эффекты	Есть	Нет	Есть	Нет
Число наблюдений	8,077	8,077	9,357	9,357

*Источник: Построено авторами в программном пакете Stata 14.2.*

*Примечание: Зависимая переменная: первая разность потребления водки, в таблице указаны коэффициенты моделей.*

*Значимость: \* – 10%, \*\* – 5%, \*\*\* – 1%.*

**Таблица П2.5. Тобит-модели влияния частоты пользования Интернетом на объёмы курения курящими индивидами (с индикатором наличия детей)**

Переменные	Модель 21 тобит (мужчины)	Модель 22 тобит (мужчины)	Модель 23 тобит (женщины)	Модель 24 тобит (женщины)
ΔИнтернет	-0,0508** (0,0216)	-0,0532** (0,0216)	0,122*** (0,0328)	0,0843** (0,0329)
ΔУровень образования	-0,240*** (0,0099)	-0,248*** (0,0099)	-0,265*** (0,0147)	-0,269*** (0,0149)
ΔЖенат или замужем	0,0894** (0,0443)	0,0907** (0,0445)	-0,349*** (0,0559)	-0,329*** (0,0566)
ΔЛогарифм дохода	-0,159*** (0,0367)	-0,130*** (0,0359)	-0,053 (0,0536)	0,018 (0,0530)
ΔГород	-0,0457 (0,0482)	-0,0336 (0,0480)	0,2563 (0,073)	0,251*** (0,072)
Есть дети	-0,250*** (0,0430)	-0,257*** (0,0430)	-0,159*** (0,0612)	-0,164*** (0,0619)
ΔЗанятый	0,747*** (0,0476)	0,745*** (0,0477)	0,567*** (0,0644)	0,608*** (0,0648)
Возраст	0,249*** (0,0124)	0,251*** (0,0125)	0,249*** (0,0199)	0,238*** (0,0201)
Возраст <sup>2</sup>	-0,00287*** (0,000142)	-0,00289*** (0,000142)	-0,00345*** (0,000235)	-0,00334*** (0,000237)
Константа	-4,507*** (0,530)	-4,993*** (0,262)	-6,693*** (0,705)	-7,861*** (0,422)
Региональные эффекты	Есть	Нет	Есть	Нет
Число наблюдений	27,056	27,056	37,955	37,955

*Источник: Построено авторами в программном пакете Stata 14.2.*

*Примечание: Зависимая переменная: первая разность потребления табачной продукции, в таблице указаны коэффициенты моделей*

*Значимость: \* – 10%, \*\* – 5%, \*\*\* – 1%.*

### **Приложение 3. Тесты на релевантность и экзогенность инструментальной переменной «частота общения в Интернете» в модели оценки состояния здоровья**

*Тестирование на релевантность.* Для тестирования инструмента на релевантность воспользуемся тестом на слабые инструменты (Stock, Yogo 2005). На первом шаге строится регрессия, зависимой переменной в которой выступает частота пользования Интернетом, а объясняющими переменными – частота общения в Интернете (рассматриваемая как ключевой инструмент) и остальные контрольные переменные, участвующие в уравнениях обоих шагов (возраст, доход, город/село, уровень образования, семейное положение, число детей, статус на рынке труда, а также регионы – в моделях с региональными эффектами). Далее оценивается F-значение регрессии частоты использования Интернета на частоту пользования Интернетом и по «правилу большого пальца» расчётное значение F-статистики сравнивается с 10. Если F-значение превосходит 10, инструмент полагается релевантным.

К сожалению, из-за технической ошибки пакет Stata не обрабатывал запрос на построение соответствующих F-статистик, поэтому при проверке релевантности инструмента мы опирались на то, что частота общения в Интернете выступает единственным регрессором, и в таком случае F-расчётное значение, говорящее нам о значимости уравнения, представляет собой квадрат t-расчётного значения коэффициента при регрессоре – см. напр., (Магнус, Катышев, Пересецкий 2004). В таком случае нам достаточно того результата, что t-расчётные значения во всех четырех случаях строго превышают 10, что говорит о том, что во всех случаях наш инструмент заведомо релевантен (таблица П2.5).

**Таблица П3.1. Результаты тестирования инструмента на релевантность**

	Модель 1 Женщины, без региональных эффектов	Модель 2 Мужчины, без региональных эффектов	Модель 3 Женщины, с региональными эффектами	Модель 4 Мужчины, с региональными эффектами
t-расчётное значение	247,50	182,78	245,76	181,68

*Источник: Рассчитано авторами в программном пакете Stata 14.2.*

*Тестирование на экзогенность.* В силу того, что в модели задействовано равное количество (по 1) инструментов и инструментализируемых переменных (переменных, положенных эндогенными), статистики хи-квадрат не имеют степеней свобод, что лишает нас возможности прямого проведения теста Саргана для тестирования экзогенности инструмента. Для обхода технического ограничения теста мы включаем в модель дополнительный инструмент – лаг переменной образования. Таким образом, у нас появляется возможность рассчитать статистики хи-квадрат с одной степенью свободы, что даёт нам возможность получить представление об экзогенности инструмента. Во всех моделях (таблица П3.2). P-значение теста Саргана превосходит 0,1, что говорит о том, что на всех уровнях значимости инструменты совместно экзогенны. Из этого следует и частный результат – об экзогенности по построению частоты общения в Интернете по отношению к самооценке здоровья.

**Таблица П3.2. Результаты тестирования инструмента на экзогенность**

	Модель 1 Женщины, без региональных эффектов	Модель 2 Мужчины, без региональных эффектов	Модель 3 Женщины, с региональными эффектами	Модель 4 Мужчины, с региональными эффектами
Р-значение теста Саргана	0,3216	0,2875	0,4209	0,3069

*Источник: Рассчитано авторами в программном пакете Stata 14.2.*

## IS THE INTERNET A HEALTH-PRESERVING FACTOR IN RUSSIA?

IRINA KALABIKHINA, ANTON KOLOTUSHA

*With the growing popularity of the Internet in Russia, it is important to find out how the frequency of Internet use affects people's health and self-preservation behavior. We test the following optimistic hypotheses: other things being equal, relatively frequent Internet use corresponds to better health and less consumption of alcohol and tobacco products. Using data from the last 3 waves (2014, 2016, 2018) of the Comprehensive Survey of Living Conditions of the Population (CSLC), we build binary probit models using instrumental variables to determine the impact of the Internet on health and first-difference tobit models to assess the impact of the Internet on the volume of consumption of alcohol and tobacco products. The first group of models demonstrates a significant positive impact of the Internet on health for both genders. In other models, the hypotheses of our analysis are partially confirmed: with an increase in the frequency of Internet use, men smoke and drink less, and prefer low-alcohol beverages more, but in the female sample, the result does not confirm the hypothesis of a positive impact of the Internet on reducing tobacco and alcohol consumption. We believe that this result is explained by both the quality of data and the current stage of women's emancipation in Russia. In addition, unlike for men, for women the Internet is not a substitute for leisure time spent drinking vodka.*

*Our general conclusion is that in order to preserve and increase the health capital of Russian residents, it is necessary to expand the opportunities for using the Internet.*

**Key words:** Internet, health, self-preserving behavior, tobit models, binary probit models, alcohol, smoking.

---

IRINA KALABIKHINA (ikalabikhina@yandex.ru), LOMONOSOV MOSCOW STATE UNIVERSITY, RUSSIA.

ANTON KOLOTUSHA (tony\_kol@mail.ru), LOMONOSOV MOSCOW STATE UNIVERSITY, RUSSIA.

THE MANUSCRIPT WAS PREPARED WITH THE FINANCIAL SUPPORT OF THE FACULTY OF ECONOMICS OF LOMONOSOV MOSCOW STATE UNIVERSITY AS PART OF A RESEARCH PROJECT ON «POPULATION REPRODUCTION IN A DIGITAL SOCIETY».

DATE RECEIVED : JUNE 2020.

## REFERENCES

- Antonov A.I. (1989). Opyt issledovaniya ustanovok na zdorov'ye i prodolzhitel'nost' zhizni. *Sotsial'nyye problemy zdorov'ya i prodolzhitel'nosti zhizni*, 44. Moscow. (In Russ.)
- Barnighausen T., Chaiyachati K., Chimbindi N., Peoples A., Haberer J., Newell M.L. (2011). Interventions to increase antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa: A systematic review of evaluation studies. *Lancet Infect. Dis.*, 11, 942–951
- Bauer T., Göhlmann S., Sinning M. (2007). Gender differences in smoking behavior. *Health Economics*, 16(9), 895–909.
- Bessière K., Pressman S., Kiesler S., Kraut R. (2010). Effects of internet use on health and depression: a longitudinal study. *Journal of medical Internet research*, 12(1). DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.1149> (data downloaded on 10.08.20).
- Borisov V. (1999). *Demografiya* [Demography], Moskva, Izdatel'skiy dom «Nota Bene». (In Russ.)

- Boytsov S.A., Samorodskaya I.V., Semenov V.YU. (2016). Role of medical and non-medical factors in mortality rate: alcohol. *Social and Clinical Psychiatry*, 26(2), 97-106. (In Russ.)
- Bundorf M.K., Wagner T.H., Singer S.J., Baker L.C. (2006). Who searches the internet for health information? *Health Services Research*, 41(3), 819–836.
- Cesare N., Lee H., McCormick T., Spiro E., Zagheni E. (2018). Promises and pitfalls of using digital traces for demographic research. *Demography*, 55(5), 1979–1999.
- Choun K., Achanta S., Naik B., Tripathy J.P., Thai S., Lorent N., Khun K.E., Griensven J.V., Kumar A.M.V., Zachariah R. (2017). Using mobile phones to ensure that referred tuberculosis patients reach their treatment facilities: A call that makes a difference. *Health Serv. Res.*, 17, 575.
- Demyanova A.A. (2005). Factors and Types of Alcohol and Tobacco Consumption in Russia. *Economic Sociology*, 6(1), 78-94. (In Russ.)
- DiMaggio P., Hargittai E., Neuman W.R., Robinson, J. P. (2001). Social Implications of the Internet. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 307–336.
- Edinaya mezhvedomstvennaya informatsionno-statisticheskaya sistema (EMISS) (2020). *Dolya naseleniya, yavlyayushchikhsya aktivnymi pol'zovatelyami seti Internet, v obshchey chislennosti naseleniya RF* (2020) [Share of population, who are active users of Internet, in total population of Russian Federation]. (In Russ.) Retrieved from <https://www.fedstat.ru/indicator/43566> (data retrieved 02.05.2020).
- Federal State Statistic Service (Rosstat). (2014). *Comprehensive survey of living conditions of the population*. 2014. (In Russ.)
- Federal State Statistic Service (Rosstat). (2016). *Comprehensive survey of living conditions of the population*. 2016. (In Russ.)
- Federal State Statistic Service (Rosstat). (2018). *Comprehensive survey of living conditions of the population*. 2018. (In Russ.)
- Feil E.G., Noell J., Lichtenstein E., Boles S.M., McKay H.G. (2003). Evaluation of an Internet-based smoking cessation program: Lessons learned from a pilot study. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(2), 189–194.
- Grøtvedt L., Stavem K. (2005). Association between age, gender and reasons for smoking cessation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(1), 72–76.
- Gruzdeva M. (2017). Instrumenty formirovaniya samosokhranitel'nykh praktik naseleniya: sotsial'nyye seti i blogosfera. *Sotsial'noye prostranstvo*, 4(11), 5. (In Russ.)
- June K.J., Sohn S.Y., So A.Y., Yi G.M., Park S.H. (2007). A study of factors that influence Internet addiction, smoking, and drinking in high school students. *Taehan Kanho Hakhoe chi*, 37(6), 872–882.
- Kahn T. (2004). *Mobile Phones Keep Track of HIV Treatments*. URL: <http://www.scidev.net/global/health/news/mobile-phones-keep-track-of-hiv-treatments.html> (data downloaded on 10.08.20).
- Kalabikhina I., Matyushina D. (2018). A study of the population's attitude to telemedicine technologies on the example of online medical consultations. *Population and Economics, ARPHA Platform*, 2(2), 78–109.
- Kalabikhina I.E. (2019). Demographic reflections on the digital economy. *Vestnik Moskovskogo Universiteta* [Moscow University Bulletin], 6(6), 147–166. (In Russ.)

- Kalabikhina I.E., Kuznetsova P.O. (2019). Gender aspects of tobacco epidemic in Russia. *Journal of New Economic Association*, 44(4), 161–187. (In Russ.)
- Kalabugina E.A. (2013). Vliyaniye elektronnykh sredstv na zdorov'ye studentov. *Vestnik YUzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Obrazovaniye. Pedagogicheskiye nauki*, 5(2), 67-73. (In Russ.)
- Killian T.S. (2012). Health-information seeking on the Internet and current smoking status: Evidence from the national health interview survey. *Open Journal of Preventive Medicine*, 2(3), 291–298.
- Kling R. (2000). Learning about information technologies and social change: The contribution of social informatics. *Information Society*, 16(3), 217–232.
- Kuz'mich O., Roshchin S. (2008). Is it really better to be healthy? Economic returns on healthcare in Russia. *HSE Economic Journal*, 12(1), 29–55. (In Russ.)
- Leon D.A., Shkolnikov V.M., McKee M. (2009). Alcohol and Russian mortality: a continuing crisis. *Addiction*, 104(10), 1630–1636. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02655.x>.
- Loader B.D. (1998). *Cyberspace Divide: Equality, Agency and Policy in the Information Society*. Routledge, London.
- Lopez A., Collishaw N., Piha T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3(3), 242–247.
- Lyashok V.YU., Roshchin S.YU. (2015). Effect on health on labor supply of elderly. *Applied Econometrics*, 4 (40), 6-27. (In Russ.)
- Magnus YA.R., Katyshev P.K., Peresetskiy A.A. (2004). *Ekonometrika [Econometrics]. Nachal'nyy kurs: ucheb. 6-e izd., pererab. i dop.* Moscow: Delo. 576 s. (In Russ.)
- Medkov V. (2002). *Demografiya: uchebnoye posobiye [Demography: tutorial]. Seriya "Uchebniki i uchebnyye posobiya,"* Rostov-na-Donu, Feniks. (In Russ.)
- Nazarov V.S., Dormidontova YU.A., Lyashok V.YU. (2014). Analysis of the factors that influence workers' decision to retire. *Journal of New Economic Association*, 4, 66–86. (In Russ.)
- Nemtsov A.V. (2014). Alkogol'naya situatsiya v Rossii. *Sobriologiya*, 2(2), 13-19. (In Russ.)
- Oksuzyan A., Juel K., Vaupel J.W., Christensen K. (2008). Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging clinical and experimental research*, 20(2), 91–102. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03324754> (data downloaded on 10.08.20).
- Pampel F.C. (2005). Diffusion, cohort change, and social patterns of smoking. *Social Science Research*, 34(1), 117–139.
- Radayev V.V. (2020). *Millenials: How the Russian Society Changes [Text]*. HSE Publishing House, 2nd edition, Moscow, 224 s. (In Russ.)
- Revyakin E. (2006). Samosokhranitel'noye povedeniye: ponyatiye i sushchnost'. *Vestnik IG-EU*, 1, 1–4. (In Russ.)
- Sargan J.D. (1958). The estimation of economic relationships using instrumental variables. *Econometrica*, 26, 393–415.
- Stock J.H., Yogo M. (2005). Testing for weak instruments in linear IV regression. In Andrews D.W.K., Stock J.H. (Eds.), *Identification and Inference for Econometric Models: Essays in Honor of Thomas Rothenberg* (pp. 80–108). New York: Cambridge University Press.

- Swartz L.H.G., Noell J.W., Schroeder S.W., Ary D.V. (2006). A randomised control study of a fully automated internet based smoking cessation programme. *Tobacco Control*, 15(1), 7–12.
- Tavares A.I. (2020). Self-assessed health among older people in Europe and internet use. *International journal of medical informatics*, 141, 104240. Advance online publication. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104240> (data downloaded on 10.08.20).
- Thun M., Peto R., Boreham J., Lopez A. (2012). Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tobacco Control*, 21(2), 96–101.
- Vishnevskiy V.M., Lyakhov A.I., Portnoy S.L., SHakhnovich I.L. (2005). *SHirokopolosnyye besprovodnyye seti peredachi informatsii* [Broadband communication networks]. Moscow: Tekhnosfera. (In Russ.)
- Zaigrayev G.G. (2009). Alcoholism and drunkenness in Russia: ways to come out of the crisis situation. *Sociological Research*, 8, 74-84. (In Russ.)
- ZHerebin V., Alekseyeva O., Vershinskaya O. (2017). Socio-psychological features of Internet users. *Population*, 1(75), 116–124. (In Russ.)

## **ЖИВИ И ПОМНИ**

### **Рецензия на книгу «Победа над деревней.**

### **Демографические потери коллективизации»**

#### **АБЫ ШУКЮРОВ**

*Рецензия на книгу Сергея Максудова «Победа над деревней. Демографические потери коллективизации». Книга представляет собой существенный вклад в изучение истории коллективизации в СССР и ее последствий и – шире – истории СССР 20-х – 30-х годов прошлого века. Для читателя-демографа особенно важно, что в центре внимания автора книги находится «демографический срез» общей истории страны и дана оценка сопряженных с коллективизацией демографических потерь. Книга С. Максудова – важное событие в российской демографии и будет интересна не только специалистам-демографам, историкам и статистикам, но и всем, кто дорожит исторической памятью о коллективизации.*

**Ключевые слова:** коллективизация, демографические потери, переписи населения, рождаемость, смертность, миграция.

В 2019 г. в издательстве «Социум» вышла книга американского и российского демографа Сергей Максудова (псевдоним Александра Бабёнышева) «Победа над деревней: демографические потери коллективизации» (Максудов 2019). Тема «человеческой цены» коллективизации важна для нашей демографии, она так или иначе затрагивалась во многих исследованиях. Среди работ, в которых обсуждались демографические потери коллективизации, можно назвать «Жатву скорби» Р. Конквеста, «Демографический кризис в СССР в первой половине 1930-х годов...» М.Б. Денисенко, «Демографическую модернизацию России: 1900–2000» под редакцией А.Г. Вишневого, «Население СССР» Е.М. Андреева, Т.Л. Харьковской и Л.Е. Дарского, работы В.П. Данилова, С. Уиткрофта, и многие другие. Книга Сергея Максудова – серьезное пополнение корпуса работ по этой не подлежащей забвению теме.

Автор книги посвятил оценке демографических потерь СССР (не только от коллективизации) значительную часть своей научной деятельности, может быть, даже правильнее сказать, значительную часть своей жизни: «главным делом моей жизни стала оценка потерь от сталинских репрессий» (Максудов 2019: 163; далее только ссылки на номера страниц).

В Приложении к книге приведен список публикаций С. Максудова по проблеме потерь населения в годы коллективизации на русском, украинском, английском и французском языках, их без малого 50, первая датирована 1977 годом. Так что «Победа над деревней» - обобщающий итог исследований автора, длящихся десятилетиями.

---

**АБЫ САРАФОВИЧ ШУКЮРОВ** (sukurovaby@gmail.com), НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ», РОССИЯ.

Статья поступила в редакцию в мае 2020 г.

«Я начал заниматься историей, когда советской власти исполнилось 50 лет, – рассказывает он в недавнем интервью «Радио Свобода». – Решил, что нужно посмотреть, что она за эти 50 лет сделала. Естественно было начать с изменения численности населения, и этого мне хватило на всю оставшуюся жизнь, тема Голодомора возникла для меня в 1981 году» [URL: <https://www.svoboda.org/a/29982783.html>].

Первая публикация Сергея Максудова по оценке потерь советского населения в годы гражданской войны, коллективизации и Второй мировой войны появилась в журнале «Cahiers du Monde Russe et Soviétique» в Париже в 1977 году. С 1980-х годов, после переезда в США, автор занимался преподавательской и исследовательской деятельностью в Гарвардском университете (где он участвовал в проекте «Голодомор»), Бостонском университете и в Украинском институте Университета города Эдмонтон в Канаде. Он автор и составитель книг: «Сахаровский сборник», «Потери населения СССР», «Документы Смоленского архива», «Неуслышанные голоса». Со многими его работами научного и публицистического характера можно ознакомиться на личном сайте Сергея Максудова [URL: [www.maksudovsergei.com](http://www.maksudovsergei.com)].

Работая в Украинском институте университета Эдмонта, автор использовал огромное количество источников информации: серийные выпуски изданий ЦСУ СССР, материалы Мюнхенского института по изучению СССР, опросы 3 тысяч советских иммигрантов Гарвардским институтом, воспоминания людей, переживших коллективизацию и голод, материалы Смоленского архива и так далее. В новой работе более ранние расчеты скорректированы с использованием новым данным из российских архивов.

Книга разделена на три большие части: первая часть – историческая, вторая и третья – демографические.

Историческая часть – это описание нараставшего со второй половины 1920-х годов и доведенного до предела экономического и политического давления на советское крестьянство и страшных последствий, к которым оно привело. Экономические выкладки, цитаты из постановлений Советского правительства и из выступлений тогдашних руководителей разных рангов, письма крестьян к партийному руководству, отрывки из воспоминаний очевидцев, участников и жертв коллективизации рисуют картину гигантского народного бедствия, небывалого голода, обрушившегося на крестьянство, кормившее страну.

Историческая часть работы открывается притчей о еврейском пастухе Иосифе, предложившем египетскому фараону поставить под контроль производство и распределение сельскохозяйственной продукции: было построено огромное количество различных сооружений, рос урожай, а когда наступили тяжелые времена, фараон предпочел отобрать у голодных крестьян их земли и завладеть всеми плодами полей и водами Нила. Сталин в некотором смысле олицетворяет собой того самого египетского фараона, правда, имея под рукой более мощные ресурсы: бесконечно разрастающуюся бюрократию, говорящую языком партийных постановлений, полностью подотчетный карательный аппарат и чиновников на местах, готовых выполнить любой приказ.

Коллективизация, характеризуемая С. Максудовым как «вторая гражданская война», встретила отпор со стороны крестьянства: люди поднимали бунты, бойкотировали сбор урожая. Но сила была не на их стороне. Крестьяне пытались выжить любыми средствами, но мощь карательных структур советского государства и готовность огромного количества людей помогать этим структурам привели к тому, что люди оказались загнанными в нечеловеческие условия: быть сытым считалось преступлением. Максудов приводит удивительные для сегодняшнего читателя примеры: семья крестьян боялась, что из трубы дома пойдет дым, который позволит сотруднику милиции считать хозяев дома людьми, укрывающими не сданное государству зерно. Была налажена система стукачества, при которой голодных крестьян вынуждали совершать облавы на дома таких же, как и они, крестьян и искать в этих домах припрятанное зерно, пока те, у кого они ищут зерно, искали его у других.

Власть стремилась установить тотальный контроль над распределением зерна – такая система не отличалась эффективностью, даже наоборот, урожай стал хуже. Возможность для крестьян продавать и покупать хлеб на рынке (важнейший ресурс, обеспечивавший перераспределение труда и потребление сельского населения) была окончательно упразднена в 1932 г. Иллюзорный мир, в котором жили партийные деятели, сослужил недобрую службу – святая уверенность в том, что и в дальнейшем можно получать хороший урожай на уровне 1930 г., предстала перед крестьянином в виде невыполнимых указов. Во многом голод в Советском Союзе в 1930-е годы, был искусственно созданным; хотя партийные деятели и не ставили себе такую задачу, они сделали очень многое для того, чтобы это случилось.

С. Максудов придает большое значение вопросу о том, было ли это крестьянское бедствие прицельным антиукраинским геноцидом, и приходит к выводу, что «ни Украину, ни собственно украинцев нельзя выделить как отдельный объект геноцида» (с. 166). Среди особенно сильно пострадавших от голода, наряду с Украиной, он называет Ростовскую область, Ставропольский и Краснодарский края, Среднее и Нижнее Поволжье, Казахстан. «Невозможно согласиться с тем, что жертвами их были люди только одной национальности или граждане одной республики» (с. 166). Другое дело, отношение к памяти жертв голода 30-х годов: в разных странах оно разное. «В Москве, - замечает автор книги, - нет ни одного памятника миллионам жертв коллективизации» (с. 10).

Вторая часть работы посвящена демографическим процессам в СССР.

Население дореволюционной России росло очень быстро, и после революции, замечает автор, «у руководителей государства было ощущение, что в их распоряжении имеются бесконечные людские ресурсы. Может не хватить железа, зерна, но людей для любых мероприятий можно найти сколько угодно» (с. 171).

С конца 20-х годов в СССР разворачиваются один за другим «два экономических процесса, которые полностью меняют условия жизни и быт населения: индустриализация и коллективизация» (с. 178).

К 1926 г. СССР был сельской страной (87% – село, 13% – город). Коллективизация «делает опасной жизнь в деревне, наглядно демонстрируя крестьянину, что земля и

продукты его труда фактически ему больше не принадлежат» (с. 178-179), «вытаскивает деревенского жителя в город, на стройки, куда угодно, лишь бы подальше от родных мест» (с. 179). Впрочем, и жизнь в городе была не сладкой. Чего стоит, например, постановление ЦИК и СНК 1932 года: «Установить, что в случае хотя бы одного дня неявки на работу без уважительной причины работник подлежит увольнению с предприятия или учреждения, с лишением его права пользования выданными ему, как работнику данного предприятия или учреждения, продовольственными и промтоварными карточками, а также лишения прав пользования квартирой, предоставленной ему в домах данного предприятия или учреждения» (с. 187).

Не удивительно, что движение из села в город было, с одной стороны, интенсивным, а, с другой, – хаотичным. Каждый год городское население росло на 10 млн человек и убывало на 6-7 млн, столь интенсивное движение создавало небывалую текучку на рабочих местах. В 1933 г. начались массовые милицейские преследования людей, уезжавших из села в город, сократился прием на работу в городе, начали выдаваться продовольственные карточки по месту работы – приток людей резко сократился. Одновременно некоторые реформы носили кампанейский характер, продиктованный желанием преувеличить численность городского населения (например, преобразование сел в поселки и города).

Как отмечает автор, сведения, анализируемые во второй части книги, должны стать основой при выборе расчетных параметров для оценки потерь населения в годы коллективизации.

Казалось бы, что здесь анализировать? Ведь речь идет о давно прошедших временах и о сведениях, о которых сообщает регулярная статистика любой страны. Но в 30-е годы в Советском Союзе дело обстояло иначе. Видимо, несмотря на раздуваемые пропагандой успехи, начальство осознавало, что что-то в стране идет не так, и это сказывалось на статистике. «Исчезают из печати данные о рождаемости и смертности, а после 1932 года – и о численности населения. Последняя опубликованная цифра на начало 1933 года – 165,7 млн. человек, как пластинка, заевшая на одном месте, повторялась из года в год в последующих публикациях в течение шести лет» (с. 202).

Статистика населения и ее качество – одна из важных тем книги. Автор справедливо утверждает, что власти не очень хотели верить в те неутешительные цифры, которые давали статистики в начале 1930-х годов. Насаждалось убеждение, что за нехватку населения или за неблагоприятные показатели рождаемости и смертности ответственность несут статистики, среди которых затесались вредители, поэтому ЗАГСы были переданы ОГПУ. Но даже и после этого статистические данные не вызвали оптимизма: вместо ожидаемого прироста населения в 2,3 млн человек, в 1933 г. была зафиксирована убыль в 3 млн. На этом и на многих других примерах автор показывает, что видение численности населения страны партийными руководителями вступало в противоречие с реальностью, и в таком случае наиболее эффективным методом для партийных руководителей было принимать за реальность свои собственные представления.

Помимо основного текста книги, демографические процессы в 20-е - 30-е годы – рождаемость, брачность, смертность, миграции – анализируются в нескольких развернутых приложениях, которые представляют самостоятельный интерес для читателя-демографа.

Особое внимание уделяется качеству и особенностям переписей населения. Это – не новая тема, но считать ее исчерпанной, видимо, нельзя. Особенно это касается переписи 1939 года, которая вызвала наибольшее число упреков в фальсификации результатов, в частности, в подгонке численности населения СССР под заранее заданную Сталиным цифру. С. Максудов разделяет точку зрения ряда авторов, полагающих, что Сталин, лишь озвучил цифру, полученную им от статистиков. Такая предварительная оценка, утверждает он, была направлена правительству «в конце февраля или самом начале марта» (с. 248). Но может ли в данном случае служить аргументом хронология? Отчетный доклад на XVIII съезде партии о работе ЦК ВКП(б), который Сталин огласил 10 марта 1939 г., писался не один день. Люди, готовившие этот доклад, и, конечно, сам Сталин, наверняка интересовались уже самыми первыми результатами этой переписи и, сделаем осторожное предположение, могли на них влиять.

1930-е годы стали важным рубежом в эволюции демографического поведения советских людей. Несмотря на постепенную модернизацию рождаемости, в СССР происходит консервативный поворот: государство запрещает аборт, которые начали набирать популярность, усложняет процедуры расторжения брака. Но все эти меры уже не были способны вернуть прежнюю рождаемость, «новая мораль населения вступила в противоречие с новой моралью власти. И в этом столкновении первая постепенно одерживает победу» (с. 306). В 1940-х годах советских человек переходит к новому типу демографического поведения. «Его принципами становятся позднее вступление в брак, небольшое число детей в семье, забота о детях, стремление помочь им в получении образования и в дальнейшей жизни» (с. 307).

Наименее благоприятными в конце 20-х - начале 30-х годов были тенденции смертности. «Уровень смертности в стране находился под действием противоречивых сил. Медицинские, демографические и социальные факторы толкали его вниз, а экономические и политические причины... тянули вверх. Некоторое время сохранялось это неопределенное равновесие, а затем отрицательные воздействия перевесили» (с. 341). Свою роль в увеличении смертности сыграли политические репрессии, расстрелы и повышенная убыль населения в лагерях.

В целом, отмечает Сергей Максудов, период с 1927 по 1938 г. не был однородным:

1. в 1927-1929 гг. шел бурный рост населения и в городе, и в селе, миграция не была значительной;
2. в 1930-1931 гг. общий рост населения снижается, бурно растет городское население, принудительный и добровольный переезд на Север, интенсивная миграция крестьян из села в город;
3. в 1932-1934 гг. – общая убыль населения, остановка миграции из села в город, сокращение численности рабочих;
4. в 1935-1938 гг. – восстановление роста численности населения по стране и в городе, рост числа рабочих. Общая численность населения с 1926 по 1939 г. выросла на 16,5% (с. 214-215).

Третья часть работы посвящена непосредственно оценке демографических потерь населения в период коллективизации. Попытки оценить демографические потери 30-х годов имеют довольно долгую историю, они не раз предпринимались и советскими

(Максудов упоминает о сделанных «эзоповым языком» оценках Б. Урланиса и Ю. Корчака-Чепурковского), и зарубежными авторами. Введение в научный оборот статистических материалов из советских архивов после их открытия значительно расширило возможности анализа потерь и повысило достоверность оценок, однако не прекратило споры между авторами оценок, основанных на использовании ставших доступными новых материалов. Автор отмечает новый подход к оценке потерь в книге Е. Андреева, Л. Дарского и Т. Харьковской и говорит о критике полученных ими результатов Р. Дэвисом и С. Уиткрофтом.

С. Максудов предлагает свою версию расчета потерь. Он подробно останавливается на методике этого расчета и на его сложностях, связанных с отсутствием надежной статистической информации в регионах Средней Азии, Казахстане, Закавказье и национальных республиках Северного Кавказа, а также с неполнотой сведений о миграционном обмене населением между регионами в РСФСР, Украине и Белоруссии. Оригинальная особенность методики Максудова заключается в использовании «расчетной выборки», основанной не на территориальных, а на этнографических признаках, в которую вошли народы, проживавшие в основном в европейской части страны, где был налажен достаточно хороший статистический учет. Преимущество такой выборки заключается в ее независимости от миграции, которая резко выросла и способствовала ухудшению статистического учета в 1930-е годы: при таком подходе «все русские, украинцы и представители других национальностей, где бы ни жили, будут включены в расчет» (с. 357).

В расчеты потерь автором включены убитые в ходе раскулачивания, погибшие при транспортировке на север и от невыносимо тяжелых условий существования в ссылке, жертвы голода 1932-1933 годов и умершие от резкого снижения привычного уровня жизни (питание, медицина, жилищные условия и т. д.). Преждевременная смертность унесла в могилу 21,6% из 40,8 миллиона человек, умерших в период с 1927 по 1938 год. Во всех возрастных группах потери среди мужчин выше, чем среди женщин, 17% всех потерь приходится на подростков.

Особое место занимает оценка потерь «кулаков» – прямые потери вследствие «кулацкой ссылки» в 1930-1937 году составили 934 тысячи, а вместе с потерями высланных до коллективизации людей – 960 тысяч человек. Повышенные потери среди депортированных разделены на две части – гибель в результате действия властей и косвенные потери, связанные с ухудшением условий жизни. В первом случае, потери 1930 и 1931 годов и четверть потерь 1932 и 1933 годов составят 725 тысяч, а во втором случае – 325 тысяч человек.

Потери населения Украины, наиболее сильно пострадавшей от коллективизации территории, равняются 3,9 миллиона человек, из которых 1,9 миллиона человек – жертвы непосредственно коллективизации (убитые в ходе коллективизации, погибшие при депортации или на новых местах обитания, умершие от голода или сопровождавших их болезней в 1932-1934 годах), а 2 миллиона – повышенная убыль населения в результате ухудшения условий существования в рассматриваемый период.

В результате подсчетов была получена оценка повышенной убыли населения в размере 10 млн человек, при этом автор не исключает, что данные оценки могут

заниженными. Из этого числа потери, непосредственно связанные с процессом коллективизации, составляют 4,8 млн человек, остальные 5,2 млн человек – это повышенная смертность, связанная с ухудшением питания, условий жизни и эпидемиологическими условиями. Демографические потери непосредственно от коллективизации по регионам и национальностям выглядят следующим образом: 1,9 млн – Украина, около 1 млн – казахи, около 1,2 млн – непосредственные потери от голода жителей станиц Северного Кавказа, Крыма, Поволжья, Центрально-Черноземной области и некоторых районов и сел Урала, Дальнего Востока и других регионов, 700 тыс. – потери в ходе раскулачивания и в результате депортаций.

Далее Сергей Максудов отмечает потенциальные погрешности, которые могли быть при оценке потерь: уровень смертности 1927-1936 гг. завышает естественную убыль населения, не учитывая улучшение медицинских условий в стране; преуменьшение данных о численности населения в переписи 1926 г.; исключение из расчета коренных жителей Кавказа и Средней Азии и так далее. Если принять эти допущения, можно оценить демографические потери коллективизации как выше на 2 млн, так и ниже на 1 млн.

Обобщая результаты исследований, выполненные его предшественниками, автор пишет, что «по существующим серьезным оценкам, потери находятся в интервале 7-10 млн человек» (с. 347). Собственная оценка автора (10 млн человек – «огромная цифра, сопоставимая с потерями Гражданской войны») не отличается принципиально от уже известных, но он полагает, что методически она более обоснована, допуская при этом, что его оценка может быть несколько заниженной.

За каждой цифрой, с вниманием рассчитанной С. Максудовым, скрываются судьбы миллионов людей, которые могли прожить более долгую жизнь. «Раньше своего часа умерли почти 6% жителей страны, учтенных переписью 1926 года и 3,8% детей, родившихся в 1927-38 годах. От общего числа умерших за это десятилетие (40,8 млн) потери составляют 21,6%. Можно утверждать, что каждый пятый умер раньше предназначенного ему судьбой срока» (с. 366).

Книга Сергея Максудова важна для демографов, но ее тематика шире демографической. Она напоминает всем о том периоде истории, в котором мало кто захотел бы оказаться, и предостерегает от повторения ошибок, от которых, увы, мы не всегда застрахованы.

## ЛИТЕРАТУРА

Максудов С. (2019). *Победа над деревней: демографические потери коллективизации*. Москва-Челябинск: Социум. 600 с.

Максудов С. (2016). Некоторые проблемы оценки потерь населения в годы коллективизации. *Демографическое обозрение*, 2(3), 142-153.  
DOI: <https://doi.org/10.17323/demreview.v2i3.1777>

Блог Сергея Максудова. URL: <http://www.maksudovsergei.com/>

Время людоедов. Голодомор и рождение советского человека. Интервью С. Максудова.  
URL: <https://www.svoboda.org/a/29982783.html>

## LIVE AND REMEMBER

### Review of the book «Victory over the village.

### Demographic losses of collectivization»

ABY SHUKYUROV

*The book is a significant contribution to the study of the history of collectivization in the USSR and its consequences and, more broadly, of the history of the USSR in the 1920s and 1930s. For the demographer-reader, it is especially important that the book's author focuses on the demographic perspective of the general history of the country and assesses the demographic losses associated with collectivization. S. Maksudov's book is an important event in Russian demography and will be of interest not only to demographers, historians and statisticians, but also to everyone who values the historical memory of collectivization..*

**Key words:** *collectivization, demographic losses of the population, population censuses, fertility, mortality, migration.*

---

ABY SHUKYUROV (sukurovaby@gmail.com), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

DATE RECEIVED: MAY 2020.

## REFERENCES

- Maksudov S. (2019). *Pobeda nad derevney: demograficheskiye poteri kollektivizatsii* [Victory over the village: demographic losses of collectivization]. Moscow-Chelyabinsk: Socium. 600 p. (In Russ.).
- Maksudov S. (2016). Nekotoryye problemy otsenki poter' naseleniya v gody kollektivizatsii [Some problems of estimating population losses during the years of collectivization]. *Demograficheskoe obozrenie*, 2(3), 142-153. (In Russ.).  
DOI: <https://doi.org/10.17323/demreview.v2i3.1777>
- Blog Sergeya Maksudova. URL: <http://www.maksudovsergei.com/>
- Vremya lyudoedov. Golodomor i rozhdenie sovetskogo cheloveka. (Time of the cannibals. Holodomor and the birth of Soviet man). Interview with S. Maksudov. URL: <https://www.svoboda.org/a/29982783.html>