

Выполнено при поддержке
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
И РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ
ПОВЫШЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ
И ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
ГРАЖДАН РФ ДО 2030 г.

Концепция **«Весна рождаемости в РФ»** — научное исследование, обосновывающее предложения по повышению рождаемости в РФ для достижения национальной цели — **обеспечения устойчивого роста численности населения страны к 2030 г.**, поставленной Президентом РФ В.В. Путиным. В документе проанализированы причины снижения рождаемости в РФ в последние 5 лет и меры, реализуемые сегодня в нашей стране и за рубежом по стимулированию рождения детей и поддержке семей с детьми. В работе количественно оценены факторы, которые влияют на коэффициент фертильности в РФ, и на этом основании построены прогнозы рождаемости до 2030 г. Они свидетельствуют о необходимости дополнительных экстраординарных мер по увеличению рождаемости в РФ:

- 1) **удвоение** размера материнского капитала;
- 2) финансовая поддержка семей с детьми в возрасте до 7 лет в **размере 1/2 средней оплаты труда в регионе**;
- 3) реализация массовых программ по **охране репродуктивного здоровья** граждан;
- 4) создание благоприятных и **дружественных условий для развития детей**. Обосновано, что на все эти меры потребуется дополнительно не менее **1,7 трлн рублей** ежегодно, с учетом уже затрачиваемых средств (1,8 трлн рублей) это составит **3,3% ВВП** и будет соответствовать уровню данного показателя в развитых странах.

ВЕСНА РОЖДАЕМОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ISBN 978-5-9704-7000-8



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

www.geotar.ru
www.medknigaservis.ru



ВЫСШАЯ ШКОЛА
ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ



*...И с точки зрения укрепления нашей
государственности, и по экономическим
соображениям демографическая
проблема — одна из самых главных.*

Президент РФ В.В. Путин
(форум «Россия зовет!», 30.11.2021)

Выполнено при поддержке
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
И РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ
ПОВЫШЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ
И ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
ГРАЖДАН РФ ДО 2030 г.



ВЕСНА РОЖДАЕМОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ВШОУЗ

ВЫСШАЯ ШКОЛА
ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

2022

В38 Весна рождаемости в Российской Федерации / гл. ред. Г. Т. Сухих,
Г. Э. Улумбекова. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 92 с. : ил.

ISBN 978-5-9704-7000-8

Концепция «Весна рождаемости в РФ» — научное исследование, обосновывающее предложения по повышению рождаемости в РФ для достижения национальной цели — обеспечения устойчивого роста численности населения страны к 2030 г., поставленной Президентом РФ В.В. Путиным. В документе проанализированы причины снижения рождаемости в РФ в последние 5 лет и меры, реализуемые сегодня в нашей стране и за рубежом по стимулированию рождения детей и поддержке семей с детьми. В работе количественно оценены факторы, которые влияют на коэффициент фертильности в РФ, и на этом основании построены прогнозы рождаемости до 2030 г. Они свидетельствуют о необходимости дополнительных экстраординарных мер по увеличению рождаемости в РФ: 1) удвоение размера материнского капитала; 2) финансовая поддержка семей с детьми в возрасте до 7 лет в размере 1/2 средней оплаты труда в регионе; 3) реализация массовых программ по охране репродуктивного здоровья граждан; 4) создание благоприятных и дружественных условий для развития детей. Обосновано, что на все эти меры потребуется дополнительно не менее 1,7 трлн рублей ежегодно, с учетом уже затрачиваемых средств (1,8 трлн рублей) это составит 3,3% ВВП и будет соответствовать уровню данного показателя в развитых странах.

УДК [314.3:614.1](470+571)
ББК 51.1(2Рос),03

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

ISBN 978-5-9704-7000-8

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2022
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,
оформление, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Главные редакторы	5
Список сокращений.....	6
Определения	7
1. Краткое содержание Стратегии.....	9
2. Снижение рождаемости в РФ — угроза национальной безопасности.....	13
2.1. Динамика рождаемости в РФ	13
2.2. С чем связано драматическое снижение рождаемости в РФ?	14
2.3. Какие факторы определяют уровень рождаемости в РФ?	17
3. Достаточны ли принимаемые в РФ меры для повышения рождаемости?	19
3.1. Охрана здоровья женщин в советское время.....	19
3.2. Нормативные документы в сфере демографической политики в РФ	20
3.3. Ключевые меры, реализуемые в РФ по стимулированию рождаемости и поддержке семей с детьми	23
3.4. Обеспеченность дошкольными образовательными учреждениями, дружелюбная среда для детей.....	26
3.5. Неутешительные прогнозы рождаемости в РФ требуют экстраординарных мер.....	30
4. Сохранение здоровья женщин и мужчин — значимый фактор повышения рождаемости	34
5. Потенциал системы здравоохранения РФ в охране здоровья граждан, включая вопросы репродуктивного здоровья	48
5.1. Базовые проблемы здравоохранения РФ.....	48

5.2. Мощности акушерско-гинекологической и педиатрической служб.	51
5.3. Научно обоснованные подходы в профилактике и лечении бесплодия.	58
5.4. Охрана здоровья женщин на протяжении всей жизни.	62
6. Опыт развитых стран в повышении рождаемости и охране репродуктивного здоровья граждан.	67
6.1. Причины снижения рождаемости в развитых странах.	67
6.2. Меры по увеличению рождаемости, принятые во Франции, Швеции и Германии.	69
7. Выводы и предложения для РФ.	77
7.1. Выводы.	77
7.2. Предложения.	79
Приложения.	82
Приложение 1. Данные эконометрического исследования о воздействии различных факторов на рождаемость в РФ.	82
Приложение 2. Расчет затрат в РФ на стимулирование рождаемости и поддержку семей с детьми.	84
Приложение 3. Основные положения разработки государственных стратегических документов.	86
Список литературы.	88

ПОДГОТОВЛЕНО ВШОУЗ

ГЛАВНЫЕ РЕДАКТОРЫ

Сухих Геннадий Тихонович — д-р мед. наук, проф., акад. РАН, директор ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России

Улумбекова Гузель Эрнстовна — д-р мед. наук, МВА Гарвардского университета (Бостон, США), руководитель (ректор) Высшей школы организации и управления (ВШОУЗ)

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БСК	— болезни системы кровообращения
ВВП	— валовой внутренний продукт
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВРТ	— вспомогательные репродуктивные технологии
ЕС	— Европейский союз
КР	— коэффициент рождаемости
КС	— коэффициент смертности
КФ	— коэффициент фертильности или суммарный коэффициент рождаемости
ООН	— Организация Объединенных Наций
ОПЖ	— ожидаемая продолжительность жизни
ОПЗЖ	— ожидаемая продолжительность здоровой жизни (без инвалидности)
ОЭСР	— Организация экономического сотрудничества и развития
ПМ	— прожиточный минимум
ППС	— паритет покупательной способности
ПФР	— Пенсионный фонд РФ
РДН	— реальные доходы населения
РМЖ	— рак молочной железы
ФНБ	— Фонд национального благосостояния
ЦДИ РЭШ	— Центр демографических исследований Российской экономической школы
ЦОЗСР	— центры охраны здоровья семьи и репродукции

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) — методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма, в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства.

Коэффициент фертильности (КФ), или суммарный коэффициент рождаемости, — среднее число детей, рожденных одной женщиной в период всего фертильного возраста (15–49 лет), при условии, что на протяжении этого периода будут действовать КР, сложившиеся в год исчисления показателя.

Коэффициент рождаемости (КР) — число живорожденных детей на 1000 населения.

Коэффициент смертности (КС) — число умерших на 1000 населения.

«Новые-8» страны ЕС — восемь стран ЕС, имеющих уровень экономического развития (ВВП на душу населения), близкий к РФ (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония).

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) — главный показатель оценки состояния здоровья населения, который рассчитывается на основании повозрастных коэффициентов смертности. Это количество лет, которое в среднем предстоит прожить человеку, рожденному сегодня, если на протяжении его жизни повозрастные коэффициенты смертности останутся такими же, как в год, когда вычисляется показатель.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни без инвалидности (ОПЗЖ) — среднее число лет, которое, как ожидается, человек сможет прожить без инвалидности.

Организация экономического сотрудничества и развития (Organisation for Economic Co-operation and Development — OECD) — международная экономическая организация развитых стран, признающих принципы представительной демократии и свободной рыночной экономики (Википедия). ОЭСР объединяет 38 стран, в том числе ряд стран ЕС, США, Канаду, Японию, Корею, Австралию и Мексику.

Прожиточный минимум (ПМ) — это стоимость условной потребительской корзины — ключевых продовольственных продуктов, непродовольственных товаров, а также услуг, в том числе платежей за жилищно-коммунальные услуги.

Рак молочной железы (РМЖ) — злокачественная опухоль, исходящая из эпителия ткани молочной железы.

Реальные доходы населения (РДН) — доходы населения с учетом инфляции (индекса цен).



КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТРАТЕГИИ

Президент РФ В.В. Путин к **2030 г.** поставил национальную цель — **достижение устойчивого роста численности населения страны.** Для этого необходимо увеличение рождаемости и снижение смертности населения. По этим показателям за последние два года в РФ сложилась чрезвычайная ситуация. За 2020 и 2021 гг. численность населения страны **сократилась на 1,3 млн человек**, что напрямую связано со сверхсмертностью за этот период (дополнительно умерло **почти 1 млн человек** по сравнению с 2019 г.) и с трендом снижения рождаемости (**с 1,9 млн рождений в 2015 г. до 1,4 млн в 2021 г.**).

Ситуация со снижением рождаемости в РФ напрямую связана с **двумя главными факторами.** Первый — с 2011 г. началось **снижение** числа женщин детородного возраста (15–49 лет) и особенно **числа женщин активного детородного возраста** (20–34 лет), на которые приходится 80% рождений. Второй — с 2013 по 2020 г. произошло **сокращение реальных доходов населения на 10%**, что вынуждает семьи откладывать рождение вторых и последующих детей. Опросы россиян подтверждают, что главный фактор, который влияет на отказ семьи иметь детей, — **это низкие доходы.** В результате воздействия названных причин к 2020 г. в РФ коэффициент фертильности¹ (КФ, или число детей, в среднем рожден-

¹ Этот показатель также называют суммарным коэффициентом рождаемости.

ных на одну женщину репродуктивного возраста) **снизился до уровня 1,51** (для воспроизводства населения КФ должен быть не ниже 2,1).

Сегодня в РФ принимаются серьезные меры по стимулированию рождений детей (материнский капитал в 2021 г. составлял **483,8 тыс.** на рождение первого и **639,4 тыс. рублей** на второго и последующих детей) и поддержке семей с детьми — ежемесячные выплаты семьям с детьми **от 3 до 7 лет** (выплачиваются в зависимости от регионального прожиточного минимума и дохода семьи) [1]. Однако их реализация не позволит изменить отрицательный тренд с рождаемостью в РФ. Нами сделаны прогнозные расчеты уровня КФ до 2030 г. исходя из того, что в РФ на этот показатель влияют: доля женщин активного детородного возраста в общем числе (повышение этой доли на 10% увеличивает КФ на **3,7%**), размер материнского капитала (его рост на 10% увеличивает КФ на **7%**) и реальные доходы населения (их рост на 10% приводит к увеличению КФ на **1,5%**). Эти расчеты показывают, что в условиях сокращения количества женщин активного детородного возраста (в среднем на **0,3 млн человек в год** за период до 2030 г.) и при самых благоприятных условиях — росте реальных доходов населения на 4% ежегодно и продлении действия материнского капитала до 2030 г. — **КФ не будет увеличиваться и сохранится только на уровне 2020 г.** Это означает, что для обеспечения роста КФ и соответственно роста рождаемости **потребуется дополнительные и экстраординарные меры.**

Главные дополнительные меры, которые позволят увеличить рождаемость в РФ: 1) **удвоение** размера материнского капитала; 2) финансовая поддержка семей с детьми в возрасте до 7 лет **в размере 1/2 средней оплаты труда в регионе**, причем вне зависимости от статуса нуждаемости; 3) реализация массовых программ **по охране репродуктивного здоровья граждан**; 4) создание благоприятных и дружественных усло-

вий для развития детей (места в дошкольных учреждениях, группах продленного дня, бесплатных кружках, доступная медико-профилактическая помощь). На все эти меры потребуется дополнительно не менее **1,7 трлн рублей** ежегодно, что с учетом уже затрачиваемых средств (1,8 трлн рублей) составит **3,3% ВВП**. Это близко к тому, сколько тратят на подобные меры развитые страны, которым удалось добиться КФ на уровне **1,7–2,0** (Франция, Швеция, Германия).

Важнейшей составляющей в увеличении рождаемости является охрана репродуктивного здоровья граждан. В этом отношении у населения РФ имеются серьезные проблемы: смертность граждан в трудоспособном возрасте выше, чем в странах ЕС: у мужчин в **2,8 раза**, а у женщин — в **2,1 раза**. По сравнению с «новыми-8» странами ЕС¹: материнская смертность — в **2,5 раза выше**, младенческая смертность — в **1,4 раза выше**, число абортов — в **1,7 раза выше**, рождаемость среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет — в **1,4 раза выше**, заболеваемость ВИЧ-инфекцией — в **14,7 раза выше**, сифилисом — в **2,5 раза выше**. В РФ растет заболеваемость детей и подростков. Из всех мер по охране репродуктивного здоровья в РФ реализуются: с 2013 г. — программа по снижению младенческой смертности в современных перинатальных центрах и с 2016 г. — использование вспомогательных репродуктивных технологий (но эта мера высокочрезвычайно затратна).

Для исправления проблем в состоянии репродуктивного здоровья российских граждан необходимо будет реализовать системные меры: **ликвидировать дефицит** медицинских работников, работающих в этой сфере (дефицит акушеров-гинекологов от установленного норматива сегодня составляет **46%**, педиатров — **47%**, неонатологов — **59%**) и **увеличить объемы** бесплатной медико-профилактической помощи де-

¹ «Новые-8» страны ЕС (Чехия, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения), близкие к РФ по ВВП на душу населения.

тям, подросткам, женщинам активного фертильного возраста. Одновременно потребуются **приоритетные специальные программы** по медико-профилактическому консультированию молодых семей и лечению бесплодия, распространенность которого среди женщин репродуктивного возраста в РФ составляет **5,1%** (1,3 млн человек). Обосновано, что доступные и своевременные методы гормональной терапии при лечении бесплодия позволят увеличить число рожденных детей **на 2,2 тыс. ежегодно** (на 0,15%), методы лечения невынашиваемости беременности — **на 18 тыс. человек** ежегодно (на 1,3%), а методы повышения результативности ВРТ — **на 5 тыс. ежегодно** (0,34%).

Для реализации Стратегии увеличения рождаемости в РФ потребуется разработка социальных и целевых медико-профилактических программ (со второго полугодия 2022 г.) с выделением соответствующего финансирования на их реализацию до 2030 г. Источником названных средств может стать **Фонд национального благосостояния (ФНБ)**, объем средств которого в период с 2022 по 2024 г. увеличится до **23,3 трлн рублей**. Только при таком комплексном подходе будет возможно выполнить поставленные Президентом РФ национальные цели.



2

СНИЖЕНИЕ РОЖДАЕМОСТИ В РФ — УГРОЗА НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

2.1. ДИНАМИКА РОЖДАЕМОСТИ В РФ

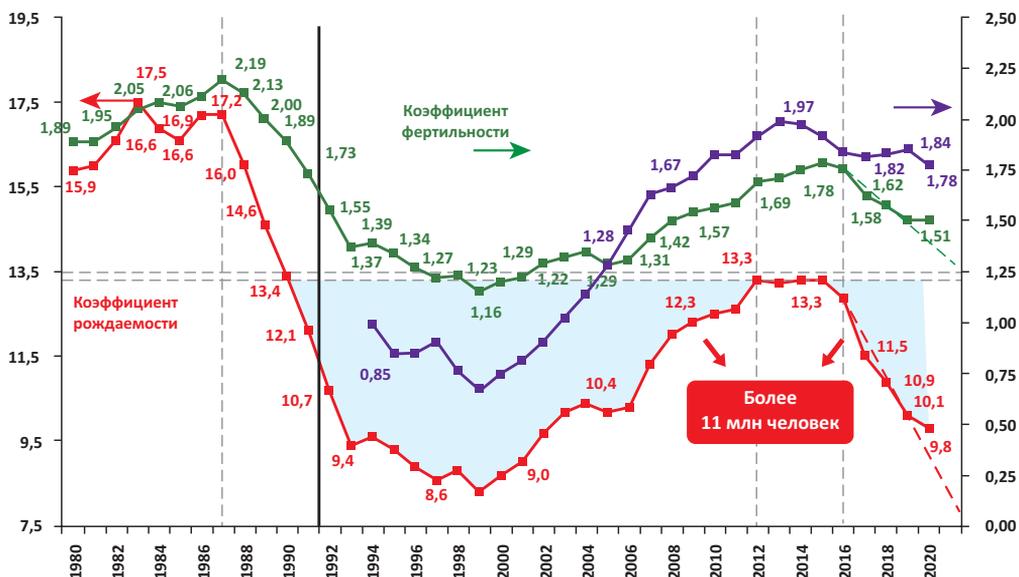
Процветание и устойчивость любой страны во многом зависят от количества рождений, прироста трудоспособного населения, которое вносит вклад в ВВП, то есть определяет экономическое богатство страны. Особенно это актуально для РФ с ее огромными просторами, где на территории площадью 17 млн км² проживают всего 146 млн человек. Для сравнения — на территории стран ЕС площадью 4,2 млн км² проживает 450 млн человек.

В Указе Президента РФ от 21.07.2020 № 474 до 2030 г. поставлены национальные цели — добиться устойчивого прироста численности населения страны и увеличить ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ) граждан до 78 лет.

Однако сегодня РФ столкнулась с беспрецедентной проблемой — катастрофическое снижение численности населения. За 2 года пандемии (с 2019 по 2021 г.) численность населения страны сократилась на 1,3 млн человек. Это связано со сверхсмертностью, которая за этот период выросла почти на 1 млн человек, и катастрофическим снижением рождаемости. Так, в 2015 г. число рождений составляло **1,9 млн** в год, в 2019 г. — уже **1,5 млн**, в 2020 г. — **1,4 млн**, на 2021 г. прогноз — **1,4 млн** человек. Соответственно снижается и коэффициент рождаемости (число родившихся на 1 тыс. населения) (см. рис. 1, красная кривая).

Число родившихся живыми
на 1000 населения

Среднее число детей, которых может родить
одна женщина репродуктивного возраста



Источник: Росстат. Расчет ВШОУЗ.

Рис. 1. Динамика суммарного коэффициента рождаемости (красная кривая), суммарного коэффициента рождаемости (зеленая кривая) и доходов населения в РФ в постоянных ценах (1994 = 100%)

На этом рисунке видно, что в 1986 г. КР был на уровне 17,2 случая, затем резко снизился, с 1999 по 2012 г. был небольшой подъем, а с 2013 г. началось его резкое падение, такое же, как после распада Советского Союза. Если бы коэффициент рождаемости в РФ остался на уровне 1990 г., то за период до 2020 г. в нашей стране родилось бы **на 11 млн детей больше**.

2.2. С ЧЕМ СВЯЗАНО ДРАМАТИЧЕСКОЕ СНИЖЕНИЕ РОЖДАЕМОСТИ В РФ?

У этого явления две основные причины — **снижение числа женщин детородного возраста** и **падение реальных доходов населения**, что в совокупности приводит как к низкому коэф-

фициенту рождаемости (КР, или снижению числа рождений, на 1000 населения в год), так и снижению коэффициента фертильности (КФ). КФ показывает, сколько бы женщина родила детей за весь репродуктивный период, если бы на протяжении всей ее жизни действовали коэффициенты рождаемости, сложившиеся в год, на который исчисляется этот показатель. Очевидно, что для простого воспроизводства населения необходимо, чтобы КФ составлял **не менее 2,1**, так как семья, как правило, состоит из двух человек.

Первая причина снижения рождаемости. В РФ с 2011 г. началось снижение числа женщин детородного возраста (15–49 лет) и особенно числа женщин активного детородного возраста (20–34 лет), на которых приходится 80% рождений. На [рис. 2](#) показана динамика численности населения России, количества женщин детородного возраста и женщин активного детородного возраста за последние 60 лет (1960–2020 гг.), а также прогнозы их числа на период 2021–2050 гг.¹

Видно, что количество всех женщин детородного возраста достигло максимума в 2004 г., но далее вплоть до 2043 г. (почти 40 лет) **непрерывно снижается**. При этом количество женщин активного детородного возраста на всем периоде 1960–2050 гг. меняется **волнообразно**. После пика в 2011 г., когда их было **17,5 млн человек**, оно непрерывно снижается вплоть до 2030 г. В период 2020–2030 гг. оно снизится с 13,75 до 10,75 млн человек, или в среднем **0,3 млн человек в год**. Особенно сильно количество женщин активного детородного возраста будет снижаться в период 2020–2025 гг.: с 13,75 до 11,07 млн человек, или в среднем **0,54 млн человек в год**.

Вторая причина снижения рождаемости. Возвращаясь к [рис. 1](#), на котором представлены кривые КР (красная кри-

¹ Базовый прогноз ООН «Мировые демографические прогнозы: редакция 2019 года» (World Population Prospects: The 2019 Revision), опубликованный Отделом народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам ООН.

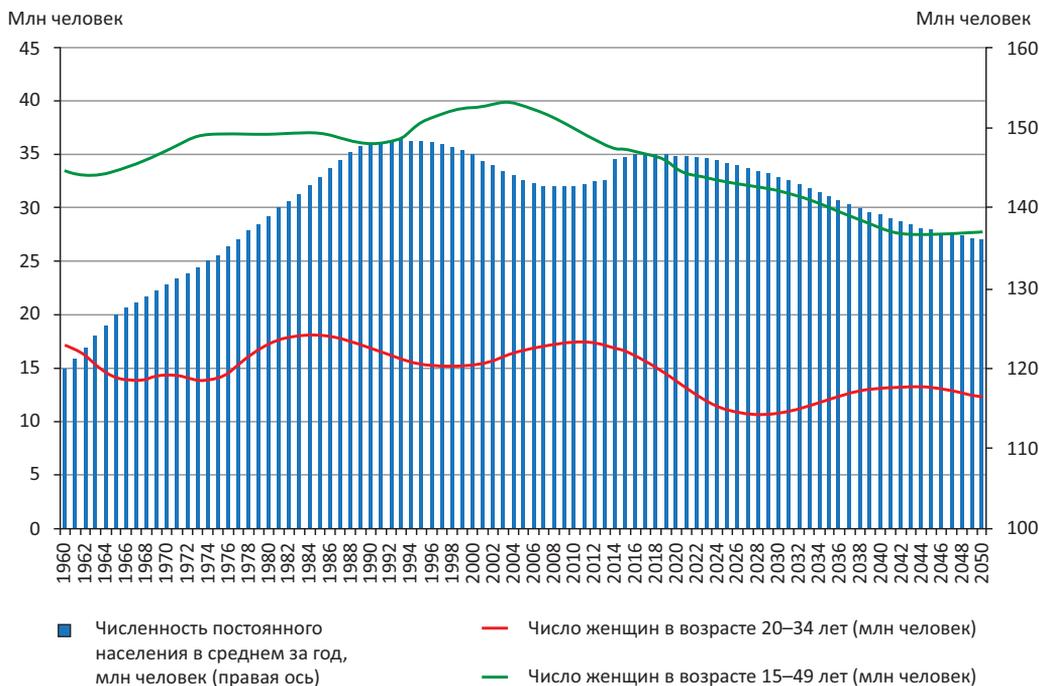


Рис. 2. Динамика численности населения РФ, количества женщин детородного возраста (15–49 лет), женщин наиболее активного детородного возраста (20–34 лет) по годам в период 1960–2020 гг. (факт) и в период 2021–2050 гг. (базовый прогноз ООН)

вая), КФ (зеленая кривая) и реальных доходов населения (РДН) (фиолетовая кривая), видно, что наклон всех трех кривых совпадает. Падение реальных доходов населения практически всегда ведет к падению КФ и, соответственно, рождаемости. В 1987 г. в РФ КФ составлял **2,19**, и далее вплоть до 2000 г. он снижался до **1,16**, что совпадало с сокращением РДН. Затем начался его рост, который ускорился с 2006 г., что связано со стабилизацией социально-экономической обстановки в стране и введением федеральных мер по стимулированию рождаемости (материнский капитал и материальная поддержка семей с детьми до 1,5 лет). Своего максимума КФ достиг к 2016 г. — **1,76** и далее начал резко снижаться, в 2020 г. он стал равен **1,51**. Одновременно с этим с 2013 по 2020 г. реальные доходы населения уменьшились на 10%.

Полученные данные совпадают с данными опросов россиян, проведенных ВЦИОМ в декабре 2021 г. [2]. Подавляющее большинство из них согласны с утверждением, что супруги должны иметь детей. Имея идеальные условия, только **6%** россиян не стали бы заводить детей, **6%** хотели бы иметь одного ребенка, **32%** — **двух детей**, **32%** — **трех**, а **19%** — **четыре и более детей**. По мнению российских граждан, главная причина сознательного отказа от родительства (из топ-5) — это **тяжелое материальное положение (26%)**, далее с большим отрывом идут: эгоизм (14%), нежелание брать на себя ответственность (13%), непонимание важности родительства (10%) и проблемы со здоровьем (8%).

Ситуация с низкой рождаемостью в РФ усугубляется продолжающейся пандемией COVID-19, когда многие семьи откладывают рождение вторых и последующих детей. Опросов в РФ не проводилось, но на примере европейских стран известно, что в 2020 г. около 50% семей, планировавших иметь детей, отложили их рождение до окончания эпидемии [3].

Для устранения всех названных негативных явлений потребуются огромные дополнительные меры, чтобы **малочисленная когорта женщин активного детородного возраста захотела родить вторых и последующих детей**. Для оценки набора мер и объема их финансирования необходимо оценить вклад каждого из факторов в рождаемость.

2.3. КАКИЕ ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ УРОВЕНЬ РОЖДАЕМОСТИ В РФ?

Проведенное ВШОУЗ исследование для РФ в период с 1996 по 2019 г. (выборка включала все субъекты РФ, кроме субъектов СКФО¹) показало, что в нашей стране главными факторами, определяющими уровень рождаемости, являются (см. Приложение 1):

¹ В регионах СКФО уровень рождаемости во многом определяется традициями многодетности.

- 1) доля женщин активного детородного возраста (20–34 лет) среди всех женщин детородного возраста;
- 2) экономическое положение семей, от которого зависит их желание иметь вторых и последующих детей (реальные доходы населения);
- 3) меры государственной поддержки, направленные на мотивацию рождения детей (материнский капитал).

Причем обосновано, что повышение доли женщин активного детородного возраста в общей численности женщин репродуктивного возраста на 10% увеличивает КФ на 3,7%, увеличение материнского капитала в постоянных ценах на 10% увеличивает КФ на 7% и рост реальных доходов населения на 10% приводит к увеличению КФ на 1,5%.

Повлиять на количество женщин активного детородного возраста мы уже не можем, девочки и женщины, которые будут наиболее активно рожать в период с 2022 по 2030 г., уже родились, им сегодня от 12 до 26 лет. Как следствие, остаются два главных фактора — рост благосостояния граждан, увеличение размера материнского капитала и мер по материальной поддержке семей.

Выводы

В РФ с 2015 г. наблюдается катастрофическое снижение рождаемости: в 2015 г. родилось 1,9 млн детей, в 2020 г. — 1,4 млн детей, за этот же период КФ снизился с 1,78 до 1,51. Главные факторы, которые определили катастрофическое снижение уровня рождаемости в РФ до 2020 г.: снижение числа женщин активного детородного возраста (20–34 лет), падение реальных доходов населения (на 10% с 2013 по 2020 г.) и продолжающаяся пандемия COVID-19. Для РФ обосновано, что рост реальных доходов населения на 10% в постоянных ценах приводит к увеличению КФ на 1,5%, повышение доли женщин активного детородного возраста в общей численности женщин детородного возраста на 10% увеличивает КФ на 3,7%; а увеличение материнского капитала на 10% увеличивает КФ на 7%.



3

ДОСТАТОЧНЫ ЛИ ПРИНИМАЕМЫЕ В РФ МЕРЫ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ?

3.1. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В СОВЕТСКОЕ ВРЕМЯ

С советских времен в РФ существовала передовая система защиты прав женщин и охраны их здоровья. В декабре 1917 г. декретом Совета народных комиссаров был создан отдел по охране материнства и младенчества в составе Народного комиссариата социального обеспечения. С этого момента поэтапно внедрялись следующие меры.

- С 1925 г. открывались женские консультации, где оказывалась лечебно-профилактическая помощь беременным женщинам и женщинам после родов. К 1973 г. в СССР было более 10 тыс. женских консультаций [4].
- В 1955 г. Советский Союз стал первой страной мира, которая предоставила женщинам право на медицинский аборт [5]. В западных странах это право женщинам было предоставлено только в 1973 г.
- В 1956 г. в нашей стране был установлен отпуск по беременности и родам в 112 дней в случае неосложненных родов, что было уникально в то время.
- В 1963 г. в Москве состоялся первый Всемирный конгресс женщин, где обсуждались вопросы борьбы женщин за мир, за свои права и здоровье детей [6].
- В Советском Союзе с первых лет существования государства была создана отдельная от взрослых система оказания медицинской помощи детям, в том числе

в образовательных организациях (школьная медицина), реализовывались масштабные программы по оздоровлению детей.

С 1917 г. СССР активно развивал систему внешкольного образования: кружки, спортивные секции, дома пионеров, станции юных туристов и техников и т.д. Существовали нормативы для школ и районов по количеству кружков и занятости детей во внешкольных учреждениях (например, в школе должно было быть 10 кружков творчества) [7]. Причем все это было бесплатным для детей.

Это позволило добиться в Советском Союзе серьезных успехов: с 1950 по 1990 г. младенческая смертность снизилась **в 5 раз**, с 1970 по 1990 г. материнская смертность снизилась **в 2 раза** [8]. До 1990 г. во всех республиках СССР коэффициент фертильности превышал **2,0**, в то время как в странах Европы и США рождаемость снижалась с 70-х годов XX века [9].

3.2. НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ В СФЕРЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ В РФ

После распада Советского Союза в стране началось катастрофическое снижение рождаемости (см. рис. 1) и увеличение смертности — с 1990 по 2004 г. общий коэффициент смертности **вырос в 1,5 раза**, с 11,2 до 16,4 случая на 1000 населения. Все это привело к сокращению численности населения страны: с 1990 по 2006 г. она **сократилась на 4,7 млн человек** (с 148 млн до 143 млн человек). В этой связи в 2007 г. Указом Президента РФ № 1351 была утверждена «**Концепция демографической политики РФ на период по 2025 года**». В ней были поставлены следующие цели — стабилизация численности населения к 2015 г. на уровне 142–143 млн человек (без учета Крымского федерального округа) и создание

условий для ее роста к 2025 г. до 145 млн человек, а также увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2015 г. до 70 лет, к **2025 г. — до 75 лет.**

В целях стимулирования рождаемости с 1 января 2007 г. в соответствии с ФЗ № 256 «**О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей**» было принято решение о выплате **материнского капитала** за рождение второго и последующих детей. Размер выплат на второго ребенка в 2007 г. составлял 250 тыс. рублей, в 2021 г. — 639,4 тыс. рублей (рост в 2,6 раза). Однако в ценах 2007 г. этот показатель снизился на 7,5% (значение показателя в ценах 2007 г. — 231,1 тыс. рублей). С 2020 г. материнский капитал выплачивается начиная с рождения первого ребенка и составляет 483,8 тыс. рублей в 2021 г.

В 2012 г. **Указом Президента РФ № 606 «О мерах по реализации демографической политики РФ»** перед Правительством РФ были поставлены следующие актуализированные цели по демографической политике к 2018 г.:

- повысить КФ до 1,753 (факт к 2018 г. — 1,58);
- увеличить ОПЖ до 74 лет (факт к 2018 г. — 72,9 года).

Для достижения этих целей Правительству РФ была поставлена задача за счет федерального бюджета осуществлять софинансирование расходов по увеличению рождаемости в регионах, в которых сложилась неблагоприятная демографическая ситуация. К сожалению, плановые показатели к 2018 г. достигнуты не были.

В 2016 г. **Распоряжением Правительства РФ № 669-р (план мероприятий по реализации Концепции демографической политики РФ до 2025 г.)** были утверждены уточненные целевые индикаторы демографического развития до 2020 г. Они представлены в **табл. 1** с учетом плановых и фактических значений показателей.

Таблица 1. Целевые и фактические значения показателей плана по реализации Концепции демографической политики

Показатель	2016 (факт)	2020 (план)	2020 (факт)
Численность населения (с учетом КФО), млн человек	146,7	147,5	~146,5
ОПЖ (оба пола), лет	71,9	74,0	71,5
Коэффициент фертильности (КФ)	1,76	1,87	1,51
Миграционный прирост, тыс. человек	262,0	не менее 200,0	106,0

Из табл. 1 видно, что ни одна цель уточненной Концепции демографической политики сегодня в РФ не достигнута. Это связано и с пандемией COVID-19, и с недостаточностью принимаемых мер по решению демографических проблем. Вместе с тем следует отметить, что Правительство РФ принимало серьезные меры по увеличению рождаемости и поддержке семей с детьми (см. подраздел 3.3). В случае если бы их не было, то демографические показатели были бы намного хуже.

В 2020 г. в связи с продолжающейся неблагоприятной ситуацией в сфере демографии Президент РФ в своем Указе от 21.07.2020 № 474 («О национальных целях развития Российской Федерации на период по 2030 года») ставит амбициозные национальные цели до 2030 г., а именно: добиться устойчивого прироста численности населения страны и увеличить ожидаемую продолжительность жизни граждан до 78 лет. В своих выступлениях в 2020–2021 гг. он неоднократно подчеркивает необходимость решения проблем в демографии и здравоохранении [10–13].

3.3. КЛЮЧЕВЫЕ МЕРЫ, РЕАЛИЗУЕМЫЕ В РФ ПО СТИМУЛИРОВАНИЮ РОЖДАЕМОСТИ И ПОДДЕРЖКЕ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ

1. Программа материнского капитала (с 2007 г.), в том числе в связи с рождением первого ребенка (с 2020 г.), в 2022 г. материнский капитал составит 503 237 рублей на рождение первого и 639 431 рублей на второго и последующих детей.
2. Совершенствование механизма предоставления ежемесячных выплат в связи с рождением или усыновлением первого ребенка [мера установлена с 2018 г., выплачивается в размере прожиточного минимума (ПМ) на детей для региона, если размер среднедушевого дохода семьи не превышает двукратную величину ПМ трудоспособного населения, с 2020 г. распространена и на второго ребенка].
3. Программа ежемесячных выплат на третьего ребенка (и последующих детей) в возрасте до 3 лет (выплачиваются с 2013 г. и в 2021 г. составили 7 тыс. рублей на ребенка).
4. Программа ежемесячных выплат нуждающимся семьям на детей от 3 до 7 лет (выплачиваются с 2020 г. в зависимости от регионального ПМ и дохода семьи, например, в Москве в 2021 г. они составляли от 7,8 тыс. до 15,6 тыс. рублей).
5. Создание условий для трудовой деятельности родителей малолетних детей, развитие профессиональной подготовки и переподготовки родителей [реализуется с 2020 г. в рамках национального проекта «Демография» и предусматривает организацию бесплатного переобучения и повышения квалификации (до 6 месяцев) женщин, находящихся в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет].

6. Сохранение репродуктивного здоровья, повышение качества и доступности медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным детям, повышение эффективности вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). В рамках этого направления были реализованы:
- с 2013 г. строительство и ввод в эксплуатацию перинатальных центров (всего к 2021 г. — 60 центров);
 - с 2016 г. программы ВРТ стали оплачиваться за счет средств ОМС;
 - с 2006 г. реализуются программы неонатального скрининга новорожденных (выявление до 36 патологий в 2022 г.);
 - мероприятия по профилактике аборт (поддержка профильных НКО, развитие профессиональной психологической помощи, строительство и работа кризисных центров для беременных и молодых матерей и др.).
7. Повышение доступности жилья семьям с детьми:
- с 2020 г. введена программа льготной ипотеки по ставке 6% для семей с двумя и более детьми при приобретении жилья в новостройках, а с 2021 г. — для семей с первым и последующим ребенком, если он родился в период с 1 января 2018 г. по 31 декабря 2022 г. При этом максимальная сумма кредита в Москве, Петербурге, Московской и Ленинградской областях составляет 12 млн рублей, в других регионах — 6 млн рублей;
 - с 2019 г. единовременные выплаты на ипотеку в размере 450 тыс. рублей семьям с третьим ребенком (и последующими детьми), родившимся в 2019–2020 гг.
8. С сентября 2020 г. предусмотрено горячее питание для детей в начальной школе.
9. С 2021 г. были приняты дополнительные меры в связи с пандемией:
- выплаты одиноким родителям детей до 17 лет по 0,5 ПМ по нуждаемости;

- выплаты беременным женщинам по 0,5 ПМ по нуждаемости;
- единовременные выплаты на школьников по 10 тыс. рублей, всем без учета нуждаемости;
- распространение социального контракта, то есть поддержка малоимущих граждан с детьми при поиске работы, открытии собственного дела, оказание психологической помощи, приоритетное устройство детей в дошкольные учреждения при работающих матерях и другие меры.

Часть мер по стимулированию рождаемости и поддержке семей с детьми реализуются на региональном уровне. Однако специалисты утверждают, что такие меры наиболее полно реализуются в бюджетно-обеспеченных регионах, тогда как в большинстве других они ограничены из-за нехватки бюджетных средств [14]. Более того, меры, преобладающие в регионах, направлены на стимулирование «быстрых» рождений (в течение 3 лет после рождения первого ребенка) и «ранних» рождений (до достижения обоими родителями 30 лет) имеют свои недостатки. Среди них: неготовность и незрелость семей в отношении выполнения родительских функций, потенцирование рождений только в малоимущих семьях [15]. Федеральные меры по предоставлению ипотечного кредита с субсидированием государством ставки выше 6% ограничены тем, что семей, готовых взять такие кредиты, не более 5–6% от всех семей с детьми до 18 лет.

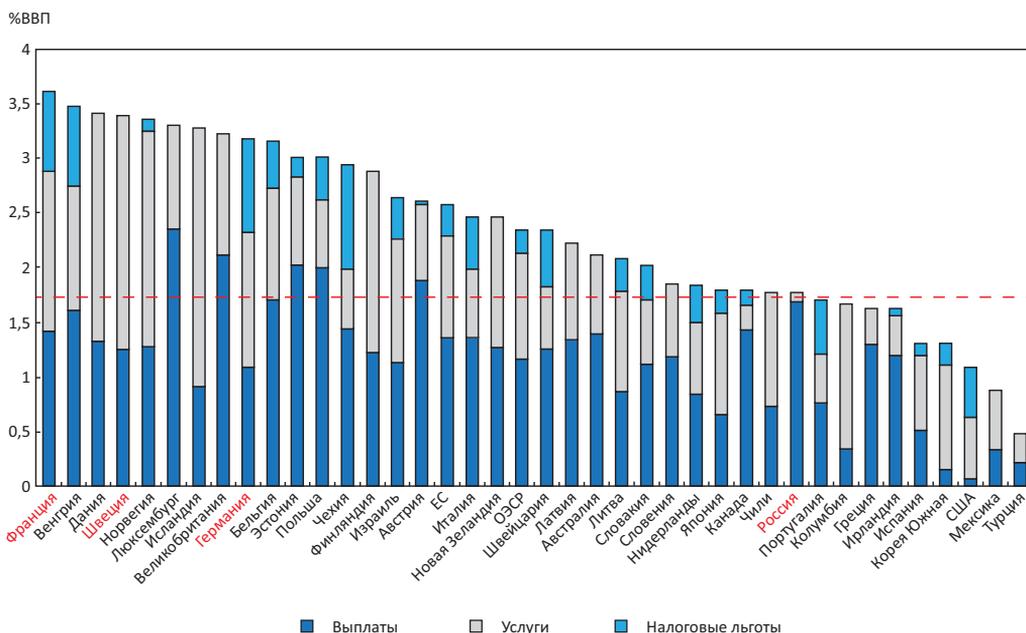
Следует отметить, что в РФ принимаются недостаточные меры по поддержке матерей-одиночек. Всего в РФ семей с детьми до 18 лет — **17,3 млн**, из них матерей-одиночек (не включая разведенных женщин, получающих алименты) — **30%** (5,0 млн), они воспитывают **6,7 млн детей**. При этом отдельное пособие матерям-одиночкам в РФ не выплачивается. Им предоставляется льгота, только если мать-одиночка малоимущая: субсидия на коммунальные услуги (если

они выше, чем 18–22% от дохода семьи) и бесплатная молочная кухня, а также ежемесячное пособие на ребенка от 8 до 17 лет в размере 50% ПМ для детей в субъекте РФ, если размер среднедушевого дохода родителя не превышает величину ПМ на душу населения в субъекте РФ. Дополнительно может быть налоговый вычет в размере 2,8 тыс. рублей ежемесячно. Но это ничтожный показатель при невысокой зарплате, например, при заработной плате в 35 тыс. рублей прибавка к зарплате составит 364 рубля в месяц, что крайне недостаточно для того, чтобы поддерживать эту категорию матерей с детьми. **Расчеты:** НДФЛ при оплате труда 35 тыс. рублей в месяц составляет 4,5 тыс. рублей (13%). Если из 35 тыс. рублей вычесть 2,8 тыс. рублей, то женщина сможет сэкономить на НДФЛ 13% от 2,8 тыс. рублей, то есть 364 рубля в месяц.

В целом в РФ на стимулирование рождаемости и поддержку семей с детьми в 2020 г. из средств федерального и регионального бюджетов было потрачено около **1,8 трлн рублей**, что составляет **1,7% ВВП**, расчеты **см. в Приложении 2**. При сравнении с другими странами эта доля **в 1,5–2 раза ниже**, чем в странах, которым удалось добиться более высоких показателей КФ (2,6–3,6% ВВП) (**рис. 3**).

3.4. ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ДОШКОЛЬНЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ, ДРУЖЕЛЮБНАЯ СРЕДА ДЛЯ ДЕТЕЙ

Эти программы играют значимую роль в поддержке рождаемости. Их доступность определяет возможность родителей вернуться к активной трудовой деятельности. За последние 15 лет (с 2005 по 2020 г.) в РФ были приняты определенные меры в этом направлении: расширение сети дошкольных учреждений, увеличение количества групп развития детей вне



Источник: Казначейство РФ, база данных ОЭСР, расчет ВШОУЗ.

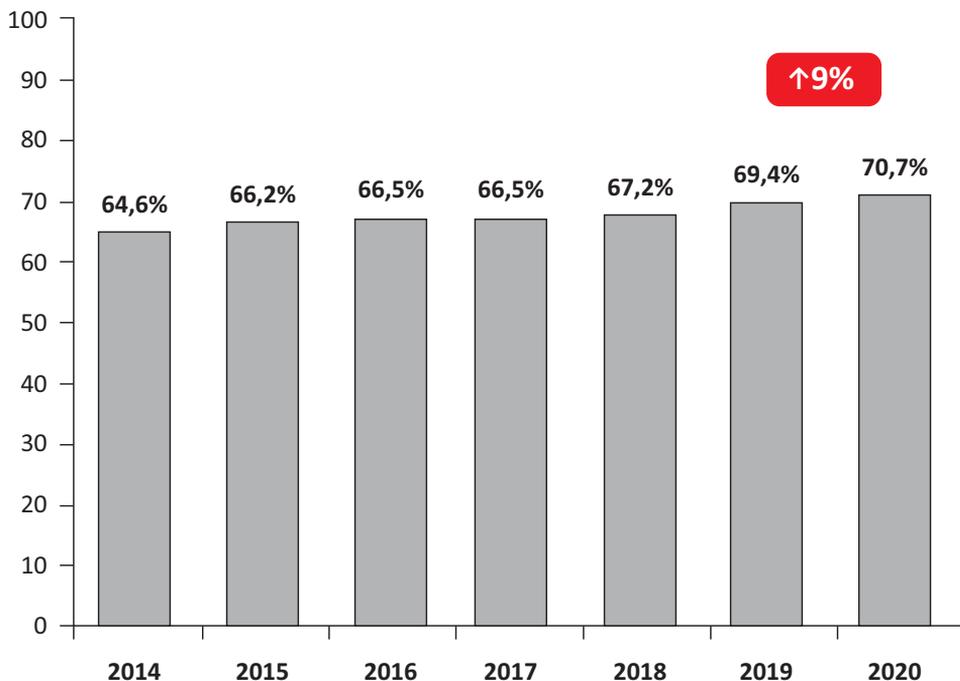
Рис. 3. Государственные расходы на семейную политику

детских садов, организация досуга детей и др. Это позволило увеличить охват дошкольным образованием детей в возрасте 1–6 лет **на 9%** (с 64,6% в 2014 г. до **70,7% в 2020 г.**) (рис. 4). Однако количество детей младшего дошкольного возраста (до 3 лет), вовлеченных в дошкольное образование, составляло всего **26%** от общей численности детей этого возраста, что **в 1,8 раза меньше** среднеевропейских показателей (47%) [16, 17].

Следует подчеркнуть, что в РФ отмечается низкая доля в ВВП государственных расходов на услуги по уходу за детьми в раннем детском возрасте, они составляют всего **0,07% ВВП**, в развитых странах в среднем — **0,95%** (см. рис. 3).

Для поддержки досуга детей от 5 до 18 лет в 2012 г. Указом Президента РФ № 599 «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки к 2020 году» поставлена задача увеличения охвата детей дополнительными

Валовой коэффициент охвата дошкольным образованием, %



Источник: сборник Росстата «Регионы России. Социально-экономические показатели 2021».

Рис. 4. Валовой коэффициент охвата дошкольным образованием детей в возрасте 1–6 лет в РФ с 2014 по 2020 г.

общеобразовательными программами до **70–75%** к 2020 г. Для реализации Указа в 2014 г. Распоряжением Правительства РФ № 1726-р утверждена «Концепция развития дополнительного образования детей». Среди основных мероприятий можно выделить следующие:

- 1) обеспечение доступности дополнительного образования;
- 2) модернизация инфраструктуры дошкольных и школьных образовательных организаций;
- 3) развитие кадрового потенциала системы дополнительного образования;

4) расширение неформальных программ и др.

По данным Росстата и исследования ВШЭ, в 2019 г. охват детей дополнительными общеобразовательными программами составил **76%**. С одной стороны, это неплохой показатель, но одновременно с 2015 по 2019 г. выросла доля плативших за эти услуги (с 16% до 21%). Также снижается число государственных организаций в этой сфере (с 2016 по 2019 г. на 19%); растет доля преподавателей старше 55 лет (в 2019 г. — 24%); сохраняется недостаточная оплата труда педагогов (в 2019 г. — в среднем 26,4 тыс. рублей), что не мотивирует молодые кадры заниматься этой профессиональной деятельностью [18].

С 2015 г. в РФ регулярно проводится Евразийский женский форум, который стал крупнейшей международной площадкой, объединяющей женщин-лидеров из разных стран. По словам председателя Совета Федерации В.И. Матвиенко, *«это постоянная системная работа, направленная на решение проблем внутри страны и развитие женской повестки»*. Один из проектов форума «Здоровье женщин — благополучие нации» направлен на продвижение здорового образа жизни и ответственного отношения к своему здоровью среди женщин всех возрастов в РФ, в том числе в рамках корпоративных программ укрепления здоровья. Следует также отметить, что в 2020 г. по поручению вице-преьера по социальной политике Т.А. Голиковой разрабатывается новый пилотный проект «Репродуктивное здоровье» [19]. С 2022 г. он начинает реализовываться в Калужской, Магаданской, Тульской, Новгородской и Архангельской областях, в том числе планируется разработать цифровую «карту репродуктивного здоровья». Предполагается развивать репродуктивную культуру населения, оказывать социальную, медицинскую и информационную поддержку женщинам.

Более подробно вопросы охраны здоровья женщин изложены в [разделах 5, 6](#).

3.5. НЕУТЕШИТЕЛЬНЫЕ ПРОГНОЗЫ РОЖДАЕМОСТИ В РФ ТРЕБУЮТ ЭКСТРАОРДИНАРНЫХ МЕР

Для того чтобы понять, при каких условиях в РФ можно достичь увеличения рождаемости, ВШОУЗ рассчитан прогноз динамики коэффициента рождаемости (КР) и коэффициента фертильности (КФ) до 2030 г. С учетом количественной оценки влияния факторов, определяющих рождаемость в РФ, — среднедушевых доходов населения, доли женщин активного детородного возраста среди всех женщин репродуктивного возраста, а также размера материнского капитала (см. подраздел 2.3) — построены прогнозы рождаемости по трем сценариям. При этом базовые условия для всех трех сценариев выбраны следующие:

- срок действия программы материнского капитала будет продлен до 2030 г.¹;
- значения показателя доли женщин в возрасте 20–34 лет определены по прогнозам ООН², согласно которым эта доля в период с 2021 по 2030 г. снизится с 41,5% до 34,1%.

Сценарии строились в зависимости от изменения показателя реальных доходов населения (РДН) в период 2021–2030 гг.:

- 1) РДН остаются на уровне 2020 г.;
- 2) РДН растут на 2% ежегодно;
- 3) РДН растут на 4% ежегодно.

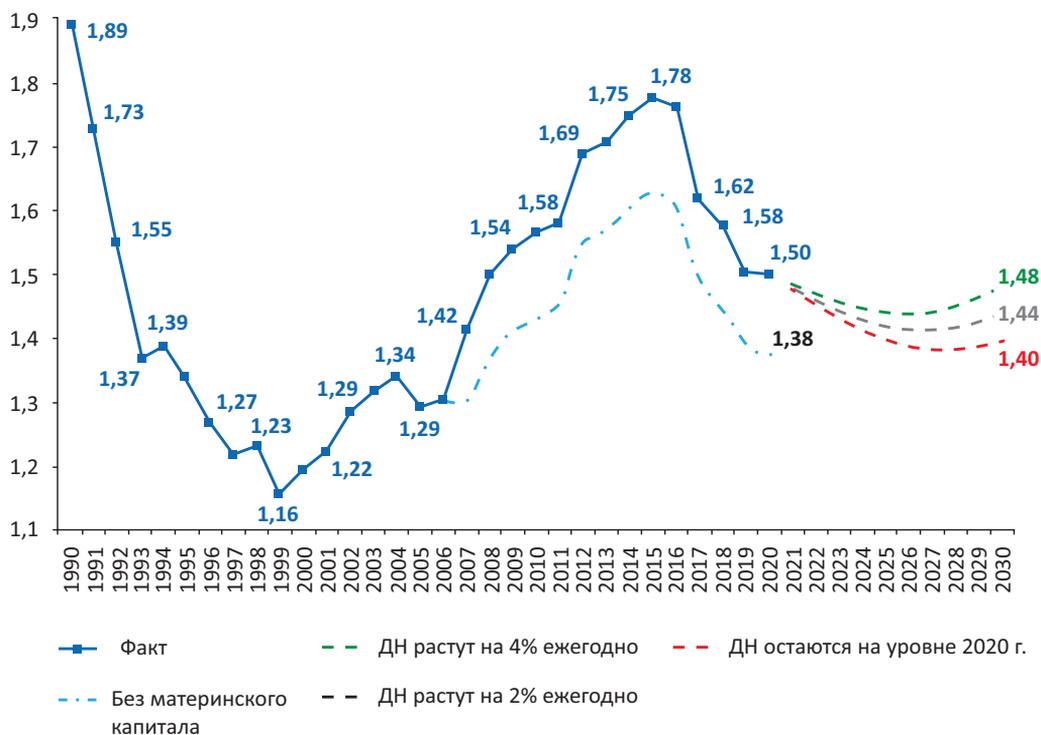
Результаты расчетов представлены на рис. 5. Они показывают, что даже при наиболее благоприятных условиях, то есть при увеличении среднедушевых доходов населения ежегодно на 4% (зеленая пунктирная линия), КФ будет сни-

¹ Президент РФ Владимир Путин в своем послании Федеральному Собранию заявил, что программа материнского капитала в стране будет продлена как минимум на 5 лет, то есть до конца 2026 г.

² <https://population.un.org/wpp/>

жаться до 2026 г. и составит **1,44**. Начиная с 2027 г. будет наблюдаться умеренный рост этого показателя. Эти результаты свидетельствуют о том, что поставленная национальная цель по увеличению КФ до **1,7 ребенка** на 1 женщину к 2024 г. при существующих мерах поддержки семей и стимулировании рождаемости **не будет достигнута**. Для ее достижения необходимы новые экстраординарные меры, направленные на все факторы, которые могут повлиять на рождаемость.

Среднее число детей, которых может родить одна женщина репродуктивного возраста



Источник: Росстат. Расчет ВШОУЗ.

Рис. 5. Динамика КФ с 1990 г. и прогнозы до 2030 г. по трем сценарным условиям

По нашим оценкам, главные из этих мер — это улучшение материального положения всех семей с детьми до достижения ребенком 7 лет (а не только для малоимущих семей, как

сегодня) и удвоение размера материнского капитала при рождении второго и последующих детей. Эти меры в период 2022—2030 гг. позволят увеличить число рожденных детей примерно на **250—300 тыс. в год**.

Для этого потребуется всего **около 1,7 трлн рублей дополнительно ежегодно, или 1,6% ВВП**, что с учетом уже реализуемых мер составит около **3—3,2% ВВП**. Именно столько сегодня тратят на поддержку рождаемости и семей с детьми страны, которым удалось добиться успехов в реализации демографической политики и повысить КФ до 1,7—2,0 (см. раздел 6).

Расчеты: в 2021 г. объем средств по предоставлению материнского капитала прогнозируется в размере 443 млрд рублей¹ с учетом дополнительных выплат на рождение первого ребенка, действующих с 2020 г. Соответственно удвоение выплат при рождении второго и последующих детей составит около **210 млрд рублей** в год (443 млрд рублей минус 230 млрд рублей, где 230 млрд рублей — это общие выплаты семьям при рождении первого ребенка). Касательно поддержки семей с двумя и более детьми: в 2020 г. число семей с двумя маленькими детьми по данным Росстата равнялось 6,7 млн, а медианная зарплата в стране — 35 тыс. рублей в месяц. При оплате одному неработающему родителю (матери) половины среднемесячной медианной зарплаты в регионе потребуется 1,4 трлн рублей в год ($6,7 \text{ млн} \times (35/2) \text{ тыс. рублей} \times 12 \text{ месяцев}$). Если вычесть средства, которые уже выплачиваются на меры по поддержке нуждающихся семей с детьми от 3 до 7 лет (около 250 млрд рублей), то необходимые дополнительные средства составят около 1,2 трлн рублей. Всего с увеличением размера материнского капитала необходимо около **1,4 трлн рублей** (1,2 трлн рублей + 0,21 трлн рублей). Дополнительно потребуется увеличение

¹ <https://russian.rt.com/business/article/902449-mintrud-matkapital-indeksaciya>

расходов системы здравоохранения на охрану репродуктивного здоровья граждан и здоровье детей, а также социальных расходов на дошкольное и школьное образование, детский досуг, физкультуру и спорт. Все вместе это может составить до **1,7 трлн рублей** ежегодно в ценах 2020 г.

Выводы

Таким образом, сегодня Правительством РФ реализуются серьезные меры, которые направлены на стимулирование рождаемости и поддержку семей с детьми. Однако общий объем средств, направляемый на эти цели, в 1,5–2 раза ниже, чем в других развитых странах (соответственно 1,7% и 2,6–3,6% ВВП). Расчеты показывают, что даже при самых благоприятных условиях до 2030 г. (рост РДН на 4% ежегодно) этих мер будет недостаточно, чтобы увеличить рождаемость, КФ снизится до 1,44. Необходимы дополнительные меры по стимулированию рождаемости (удвоение материнского капитала), поддержке семей с детьми от 3 до 7 лет (вне зависимости от статуса нуждаемости), созданию дружелюбной среды для воспитания детей. На это потребуется дополнительно около 1,7 трлн рублей в год. В период 2022–2030 гг. это позволит увеличить число рожденных детей примерно на 250–300 тыс. в год.



4

СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН – ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ

Все шаги, направленные на увеличение рождаемости в РФ, должны быть усилены программами по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья граждан. Для этого необходимо обеспечить доступность и качество медико-профилактической помощи. За последние 15 лет (с 2004 по 2019 г.) в РФ достигнуты определенные успехи в этом направлении. Это снижение материнской и младенческой смертности (соответственно на 62% и 58%), уменьшение числа аборт (на 65%). Однако многие показатели здоровья населения, напрямую определяющие репродуктивное здоровье граждан, в РФ остаются хуже, чем в странах ЕС. Далее представлен анализ динамики следующих показателей в сравнении с «новыми-8» и «старыми» странами ЕС:

- 1) материнская смертность;
- 2) младенческая смертность;
- 3) смертность женщин и мужчин трудоспособного возраста;
- 4) ожидаемая продолжительность жизни женщин и мужчин;
- 5) структура смертности женщин по основным возрастным группам;
- 6) заболеваемость и смертность женщин от распространенных онкологических заболеваний;
- 7) заболеваемость распространенными инфекционными заболеваниями и заболеваниями, передаваемыми половым путем;
- 8) динамика заболеваемости подростков.

Материнская смертность (число умерших на 100 тыс. родившихся живыми). Коэффициент материнской смертности в РФ с 2004 по 2019 г. снизился на 62% (с 23,4 до 9,0 случаев). Однако в 2019 г. в РФ он был в **2,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (3,6 случая), и в **2,1 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (4,4 случая) (рис. 6).

Коэффициент материнской смертности,
число умерших женщин на 100 тыс. родившихся живыми



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Росстат; база данных ВОЗ «Здоровье для всех» (расчет ВШОУЗ).

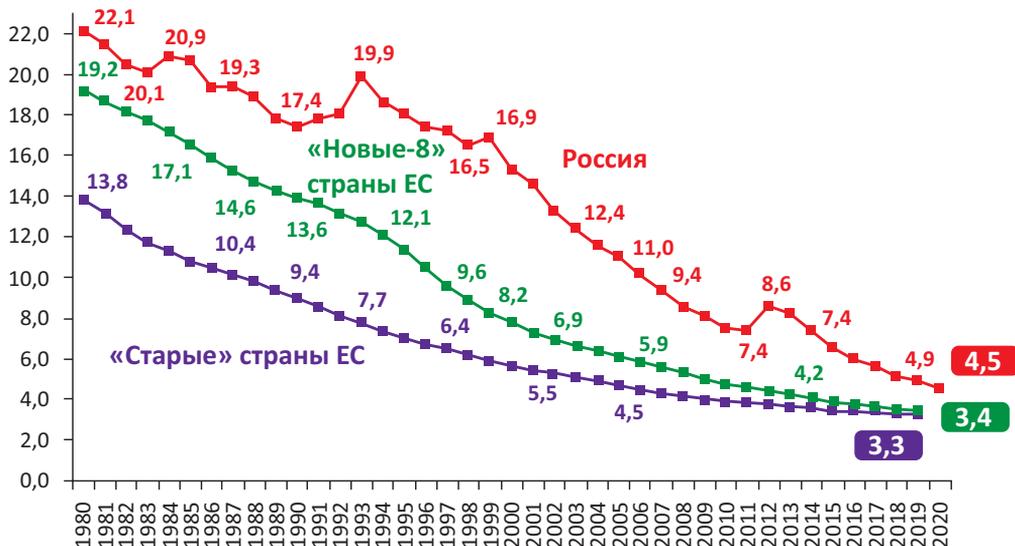
Рис. 6. Динамика коэффициента материнской смертности в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Младенческая смертность (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми). В РФ этот показатель значительно снижается: с 1980 по 2020 г. — в **4,9 раза**, за период 2013–2020 гг. — в **1,8 раза** (для справки: подъем показателя в 2012 г. связан с переходом на новые критерии живорождения¹). Однако в 2019 г. в РФ он был в **1,4 раза выше**,

¹ Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи».

чем в «новых-8» странах ЕС, и в **1,5 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 4,9; 3,4 и 3,3) (рис. 7). В 2020 г. всего в РФ умерло в возрасте до 1 года — 6,5 тыс. детей.

Число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat» (расчет ВШОУЗ).

Рис. 7. Динамика коэффициента младенческой смертности в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Число абортов (число случаев на 1000 родившихся живыми). С 1990 по 2019 г. частота абортов в РФ снизилась почти в **5 раз**. Однако в 2019 г. этот показатель в РФ составил 420 случаев, что в **1,7 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (250 случаев), и в **2 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (206 случаев) (рис. 8).

При этом аборты в подростковом возрасте (до 18 лет) в 2019 г. в РФ составили **33% (5,6 тыс.)** от всех беременностей в этой возрастной группе. Всего в возрасте до 18 лет мамами стали **11 247 человек**. Коэффициент рождаемости среди подростков (рождаемость на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет) в 2019 г. в РФ был в **1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах

Частота аборт на 1000 родившихся живыми



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Росстат «Здравоохранение России»; база данных ВОЗ «Здоровье для всех» (расчет ВШОУЗ).

Рис. 8. Динамика частоты абортов в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

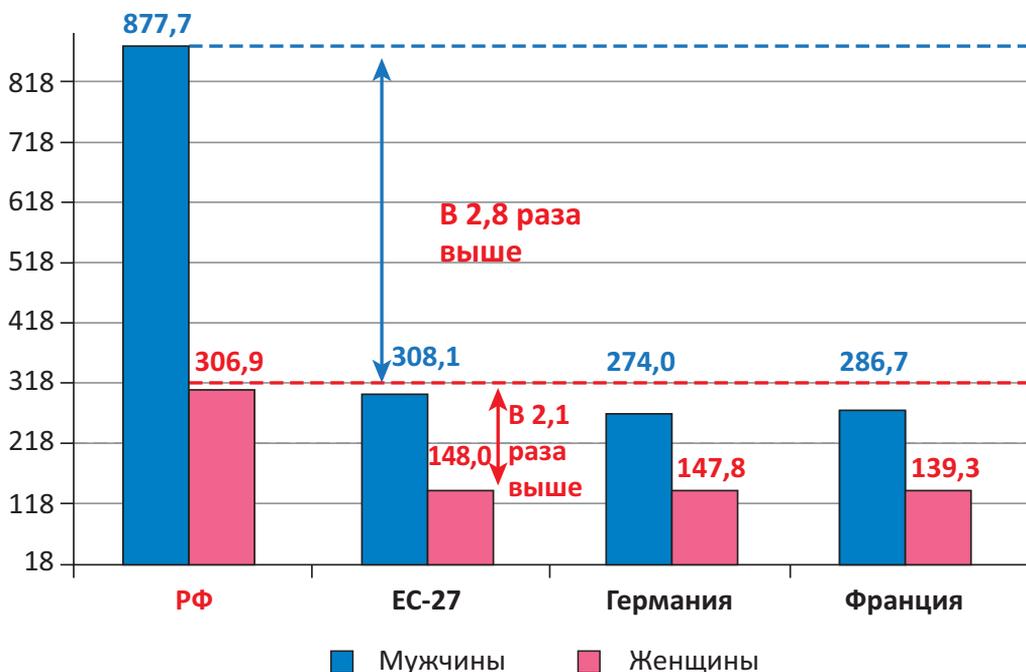
ЕС, и в **2,7 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (18,5; 13,3 и 7,0 соответственно)¹.

Смертность женщин и мужчин в трудоспособном возрасте (число умерших в возрасте 16–64 лет на 100 тыс. населения соответствующего возраста). Крайне серьезные проблемы сложились в РФ со здоровьем граждан трудоспособного возраста. В РФ коэффициенты смертности в трудоспособном возрасте у мужчин был в **2,8 раза выше**, а у женщин — в **2,1 раза выше**, чем в странах ЕС (рис. 9).

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни без инвалидности (ОПЗЖ) у женщин и мужчин. В 2019 г. ОПЖ женщин в РФ

¹ <https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT>

Число умерших в возрасте 16–64 лет
на 100 тыс. населения соответствующего возраста (2018 г.)



Источник: расчеты ВШОУЗ на основе данных ЦДИ РЭШ.

Рис. 9. Смертность мужчин и женщин в трудоспособном возрасте в РФ и странах ЕС

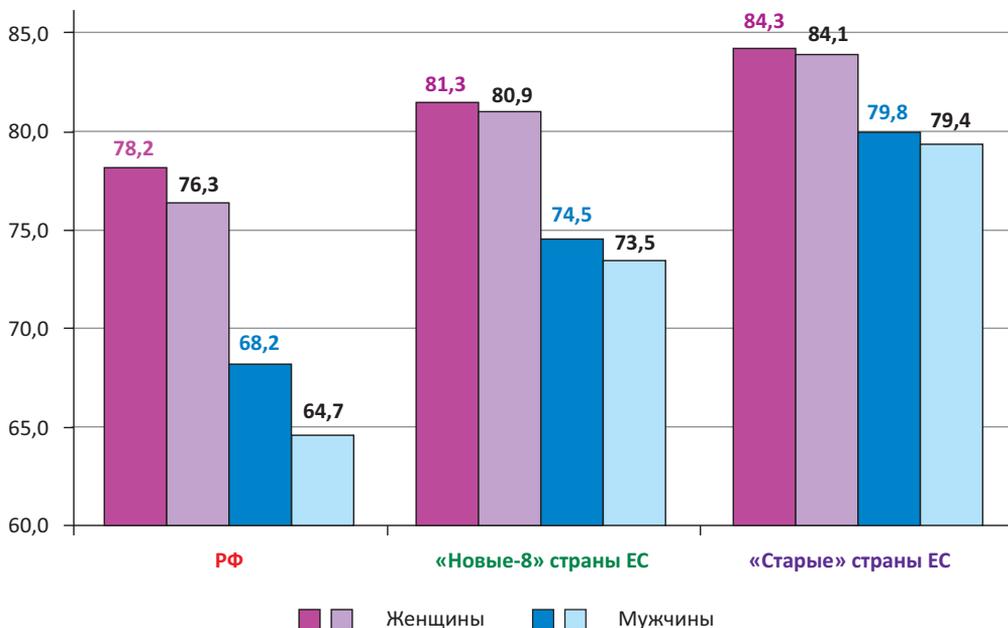
составила **78,2 года**, а у мужчин — **68,2 года**. Разница составила **10 лет**, это один из самых высоких показателей среди развитых стран. В РФ ОПЖ у женщин была **на 3,1 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, а у мужчин — **на 6,3 года ниже**, чем в них (рис. 10).

На этом же рисунке также видно, что ОПЗЖ у женщин **на 4,6 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, а у мужчин — **на 8,8 года ниже**, чем в них.

Основные причины смертности женщин в РФ по возрастным группам. На рис. 11 видно, что в возрасте 15–24 лет основные причины смертности: внешние причины — **54%**, новообразования — **9%**, БСК — **8%**, инфекционные болезни — **5%**.

ОПЖ и ОПЗЖ (без инвалидности)

Число лет, 2019 г. (или последний возможный)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Росстат; база данных ВОЗ «Здоровье для всех» (расчет ВШОУЗ).

Рис. 10. ОПЖ и ОПЗЖ (без инвалидности) мужчин и женщин в РФ и развитых странах

В возрасте 25–44 лет женщины преимущественно умирают от: внешних причин — **20%**, БСК — **18%**, новообразований — **18%**, инфекционных болезней — **16%**. Большинство названных причин могут быть предотвращены своевременными методами профилактики и лечения.

Заболеваемость и смертность женщин от распространенных онкологических заболеваний. В РФ в 2019 г. от рака молочной железы (РМЖ) умерло **21,7 тыс. женщин** (первая по счету причина смертности женщин от онкологических заболеваний). На рис. 12 видно, что при одинаковом уровне смертности от РМЖ с «новыми-8» и «старыми» странами ЕС первичная заболеваемость РМЖ **на 17% и на 47% ниже,**

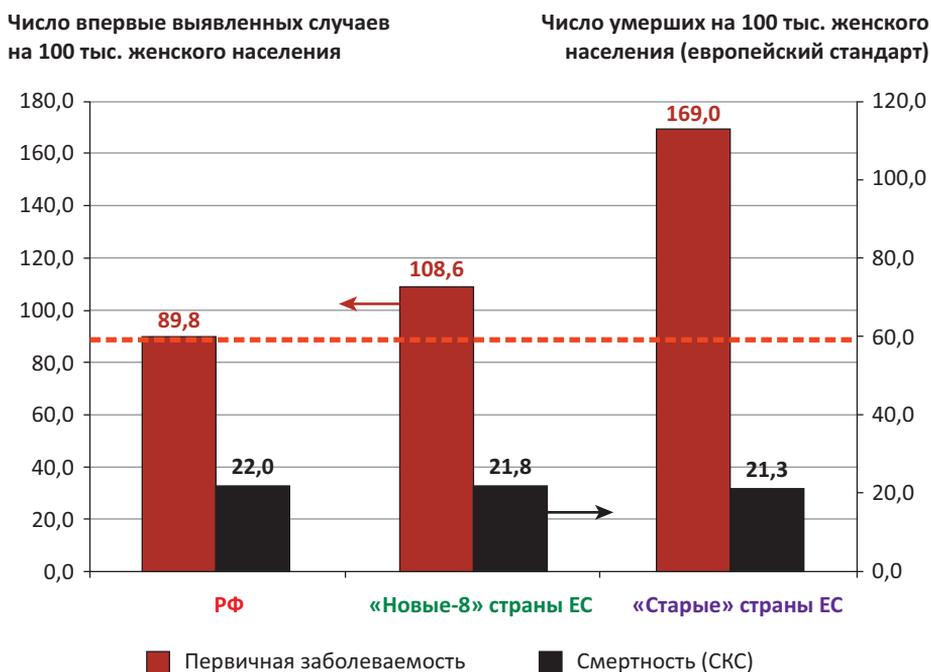
	До 5 лет	5–14 лет	15–24 года	25–44 года	45–64 года	65–74 года	75–84 года	85 лет и более
I место	Внешние причины – 11% (КС = 1,1)	Внешние причины – 41% (КС = 0,6)	Внешние причины – 54% (КС = 2,2)	Внешние причины – 20% (КС = 3,4)	БСК – 35% (КС = 22,1)	БСК – 48% (КС = 90,5)	БСК – 59% (КС = 346,1)	БСК – 54% (КС = 895,4)
II место	Болезни органов дыхания – 6% (КС = 0,6)	Новообразования – 15% (КС = 0,2)	Новообразования – 9% (КС = 0,4)	БСК – 18% (КС = 3,1)	Новообразования – 30% (КС = 18,7)	Новообразования – 25% (КС = 46,7)	Новообразования – 12% (КС = 72,4)	Новообразования – 5% (КС = 83,6)
III место	Инфекционные болезни – 4% (КС = 0,4)	Болезни органов дыхания – 6% (КС = 0,1)	БСК – 8% (КС = 0,3)	Новообразования – 18% (КС = 3,0)	Болезни органов пищеварения – 10% (КС = 6,5)	Болезни органов пищеварения – 6% (КС = 10,5)	Болезни органов пищеварения – 4% (КС = 22,3)	Болезни органов пищеварения – 2% (КС = 41,4)
IV место	Новообразования – 4% (КС = 0,4)	БСК – 3% (КС = 0,04)	Инфекционные болезни – 5% (КС = 0,2)	Инфекционные болезни – 16% (КС = 2,6)	Внешние причины – 7% (КС = 4,6)	Внешние причины – 3% (КС = 5,4)	Болезни органов дыхания – 2% (КС = 11,8)	Болезни органов дыхания – 2% (КС = 27,0)

Источник: ЦДИ РЭШ, расчет ВШОУЗ.

Рис. 11. Основные причины смертности женщин и их доля по возрастным группам (КС — коэффициент смертности на 10 тыс. населения соответствующего пола и возраста), 2019 г.

чем в них, соответственно. Это говорит о **недостаточной выявляемости РМЖ**. Риск возникновения заболевания РМЖ возрастает после 40 лет, когда начинается гормональная перестройка организма женщины. При этом наибольшая доля умерших женщин от этой причины, по данным ЦДИ РЭШ, приходится на возраст от 55 до 74 лет.

Рак молочной железы (РМЖ) — женщины
2018 г. (или последний возможный)



Источники: база данных ВОЗ «Здоровье для всех», МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, расчет ВШОУЗ.

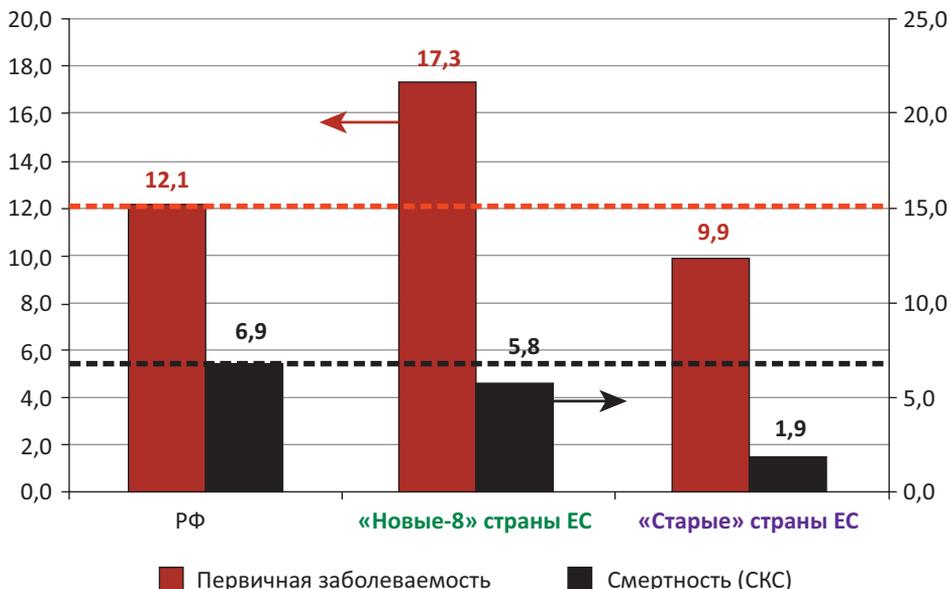
Рис. 12. Первичная заболеваемость и смертность от рака молочной железы в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

От рака шейки матки (РШМ) в РФ ежегодно умирает более **6 тыс. женщин**, это шестая причина смертности женщин от новообразований¹. Пик заболеваемости РШМ приходит-

¹ <http://www.pror.ru/storage/app/media/uploaded-files/sheyki-matki-i-drugie-vpch-assotsiirovannye-opukholi-v-rossii-dg-zaridze-dm-maksimovich-is-stilidi.pdf>

Рак шейки матки (РШМ)

2018 г. (или последний возможный)

Число впервые выявленных случаев
на 100 тыс. населенияЧисло умерших на 100 тыс. женского
населения (европейский стандарт)

Источники: база данных ВОЗ «Здоровье для всех», МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, расчет ВШОУЗ.

Рис. 13. Первичная заболеваемость и смертность от рака шейки матки в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

ся на возраст 40–49 лет, а средний возраст умерших от РШМ в 2018 г. составил 57,8 года [20]. На рис. 13 видно, что на каждый случай смерти от РШМ приходится вновь выявленных случаев этого заболевания: в РФ — 1,8 случая, в «новых-8» странах ЕС — 3, в «старых» странах ЕС — 5. Это также говорит о недостаточной выявляемости РШМ в РФ. Более того, в РФ уровень смертности от РШМ в 1,2 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС, и в 3,6 раза выше, чем в «старых» странах ЕС, что свидетельствует о несвоевременном и недостаточном лечении этой патологии.

Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией. С 2003 по 2015 г. в РФ этот показатель вырос в 3 раза, а с 2015 по 2019 г. наблю-

дается его некоторое снижение (на 20%). Однако в 2019 г. в РФ он составил 54,6 случая на 100 тыс. населения, что в **14,7 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (3,7 случая), и в **10 раз выше**, чем в «старых» странах ЕС (5,3 случая) (рис. 14).

Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией,
число случаев на 100 тыс. населения



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ВОЗ «Здоровье для всех» (расчет ВШОУЗ).

Рис. 14. Динамика первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Первичная заболеваемость сифилисом. В РФ с 1997 по 2020 г. первичная заболеваемость сифилисом **снизилась в 27 раз** (с 277,7 до 10,4 случая) (рис. 15). Однако в РФ этот показатель в **2,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и в **3 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (см. рис. 15).

Первичная заболеваемость гонококковой инфекцией в РФ с 1993 по 2020 г. **снизилась в 35 раз** (рис. 16). Однако в 2014 г. (последние доступные данные для сравнения) этот показатель составлял 23,5 случая, что в **3,9 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС.

Первичная заболеваемость сифилисом,
число случаев на 100 тыс. населения



Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России;
база данных ВОЗ «Здоровье для всех» (расчет ВШОУЗ).

Рис. 15. Динамика первичной заболеваемости сифилисом в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Заболеваемость детей и подростков в РФ. На фоне снижения смертности детей от 0 до 14 лет в РФ (с 1990 по 2019 г. в **3,3** раза) отмечается существенное ухудшение здоровья детей и подростков, которое не может не сказаться на репродуктивном здоровье населения в будущем. Первичная заболеваемость подростков за период с 1991 по 2019 г. **существенно выросла** по всем классам болезней (рис. 17). Наиболее интенсивно увеличилась первичная заболеваемость подростков по классу «новообразования» — в **8,1** раза; «болезни мочеполовой системы» — в **5,2** раза; «болезни эндокринной системы» — в **5,8** раза; «болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» — в **5,1** раза; «болезни системы кровообращения» — в **4,1** раза.

Первичная заболеваемость гонококковой инфекцией,
число случаев на 100 тыс. населения

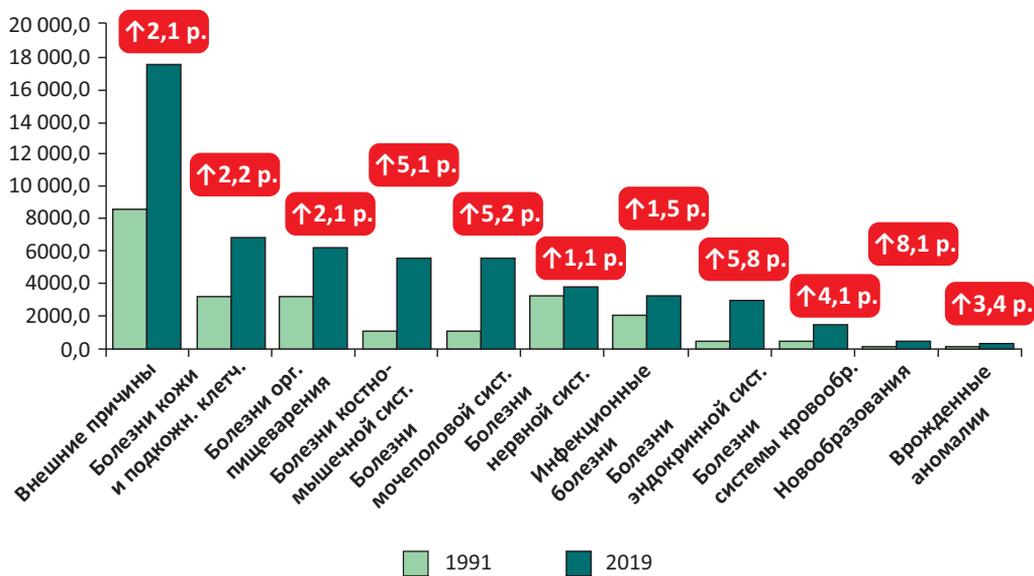


Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России;
база данных ВОЗ «Здоровье для всех» (расчет ВШОУЗ).

Рис. 16. Динамика первичной заболеваемости гонококковой инфекцией в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Первичная заболеваемость детей также остается высокой. Всего в РФ в 2019 г. впервые выявлено заболевших детей в возрасте от 0 до 14 лет — **44,7 млн человек**. За период с 1990 по 2019 г. первичная заболеваемость детей **выросла по всем классам болезней на 52%**. Наиболее интенсивно с 1990 по 2019 г. увеличилась по следующим классам: «новообразования» — **в 4,7 раза**; «врожденные аномалии» — **в 3,9 раза**; «болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» — **в 3,7 раза**; «болезни системы кровообращения» — **в 3,3 раза**. Сокращение наблюдалось по классам «инфекционные болезни» и «болезни нервной системы» соответственно **на 22%** и **на 45%**.

Первичная заболеваемость подростков 15–17 лет,
число случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста



Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 17. Динамика первичной заболеваемости подростков (15–17 лет) в РФ

Особенности течения заболеваний у женщин по сравнению с мужчинами

Различия в гормональном статусе человека, в зависимости от пола, определяют несхожесть течения многих процессов в организме, соответственно по-разному влияют на течение заболеваний. Например, у женщин чаще, чем у мужчин, встречаются анемия, инсульт, хроническая болезнь почек, депрессия и остеопороз. При этом из научных исследований известно, что при инфаркте миокарда женщины реже, чем мужчины, получают инвазивное лечение; реже подвергаются трансплантации сердца (правда, выживаемость при трансплантации у них выше, чем у мужчин) [21]. При аритмиях женщинам реже назначают антикоагулянтную терапию и у них выше риск инсульта, чем у мужчин, а при

заболеваниях почек они получают место на диализе и трансплантацию почки реже, чем мужчины [21].

В связи с этим в 2001 г. после Конференции 28 европейских стран, членов ВОЗ, была выпущена так называемая «Мадридская Декларация» (Madrid Statement). Согласно этой декларации, стратегии развития здравоохранения в Европе и в мире должны предусматривать справедливое распределение ресурсов системы здравоохранения между мужчинами и женщинами [22].

Выводы

Таким образом, несмотря на определенные успехи в сохранении репродуктивного здоровья граждан за последние 15 лет в РФ (снижение материнской и младенческой смертности на 62% и 58% соответственно, уменьшение числа аборт на 65%), сохраняются серьезные проблемы, отрицательно влияющие на репродуктивное здоровье и рождаемость. В РФ смертность мужчин трудоспособного возраста в 2,8 раза выше, чем в странах ЕС, а у женщин — в 2,1 раза. В РФ по сравнению с «новыми-8» странами ЕС: материнская смертность — в 2,5 раза выше; младенческая смертность — в 1,4 раза выше; число аборт — в 1,7 раза выше; рождаемость среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет — в 1,4 раза выше; заболеваемость ВИЧ-инфекцией — в 14,7 раза выше; сифилисом — в 2,5 раза выше. Выявляемость самых распространенных онкологических заболеваний среди женщин ниже, чем в странах ЕС; растет заболеваемость детей и подростков.



5

ПОТЕНЦИАЛ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН, ВКЛЮЧАЯ ВОПРОСЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

5.1. БАЗОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

Для реализации эффективных программ в области охраны репродуктивного здоровья граждан необходимо разработать и внедрить в практику здравоохранения научно обоснованные программы.

Главные программы, которые реализовывались в РФ, — это внедрение в практику системы перинатальных центров и обеспечение женщин ВРТ. Благодаря этим программам сегодня в РФ функционируют 60 перинатальных центров во всех регионах страны, а в 2019 г. доступность процедур ВРТ по программе государственных гарантий составила 87 тыс. процедур (из 165 тыс. процедур ВРТ, выполненных всего в РФ) [23, 24].

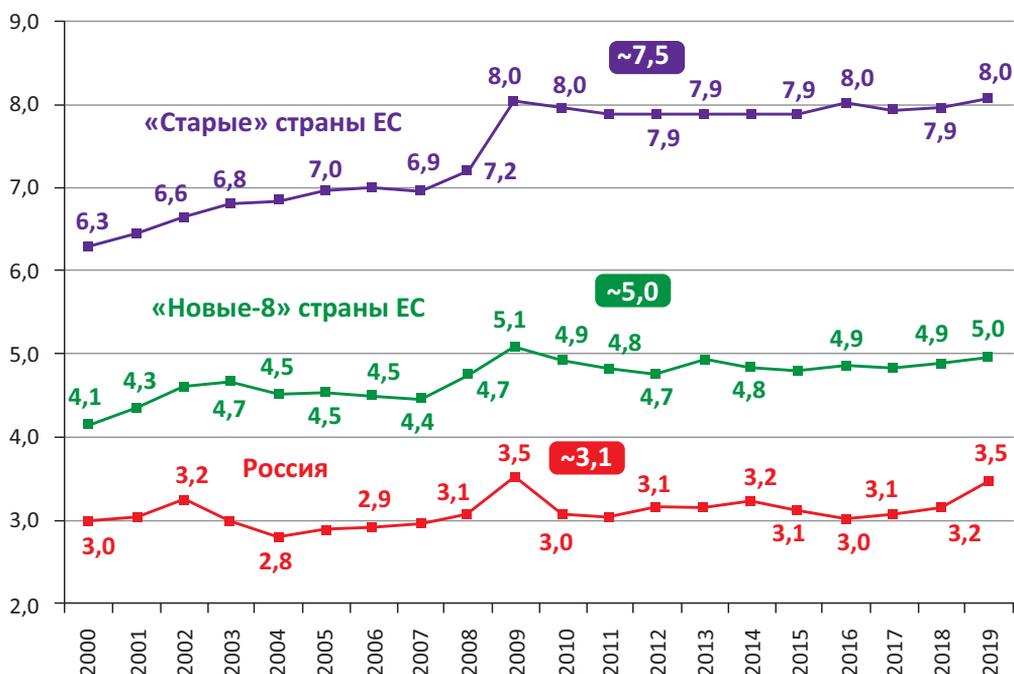
За последние 10 лет российские специалисты неоднократно предлагали программы по сохранению репродуктивного здоровья мужчин и женщин. В частности, проф. О.И. Аполихин, главный репродуктолог Минздрава России, в качестве первых мер по сохранению мужского здоровья предлагает: разработать образовательные программы для подготовки врачей-андрологов и стандарты лечения заболеваний ре-

продуктивной системы у мужчин, создать центры мужского репродуктивного здоровья, где бы мужчины получали помощь в области нарушений фертильности, андрологической эндокринологии и т.д. [25]. Программу по сохранению мужского здоровья подготовил акад. РАН А.А. Камалов, в ее основе — принцип профилактики заболеваний мужской половой сферы, снижение распространенности среди мужчин вредных привычек, предупреждение и лечение заболеваний других систем, например, сердечно-сосудистой [26].

Однако полномасштабная реализация этих проектов упирается в системные проблемы российского здравоохранения, усугубленные пандемией COVID-19. Главная проблема российского здравоохранения, из которой вытекают все остальные, — это длительное недофинансирование. Государственные расходы на здравоохранение в нашей стране уже долгие годы даже в относительных величинах **в 1,6 раза меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к нам по уровню экономического развития, и **в 2,4 раза меньше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 3,1%, 5% и 7,5% ВВП в среднем за период 2000–2019 гг.) (рис. 18).

Этот дефицит финансирования, в свою очередь, привел: к **дефициту** медицинских кадров (в 2019 г. в отрасли сложилась **полуторакратная** нехватка врачей в первичном звене, **двукратная** — фельдшеров); к **недостаточному** обеспечению населения бесплатными лекарствами в амбулаторных условиях (оно почти **в 3 раза ниже**, чем в «новых» странах ЕС в сопоставимых деньгах); к **низким** объемам бесплатной медицинской помощи и их финансовому обеспечению, которое зачастую **не позволяет** исполнять требования клинических рекомендаций. Пандемия привела к резкому обострению названных проблем из-за усталости и стресса среди медицинских работников и из-за существенного роста потребности населения в бесплатной медицинской помощи (в связи с увеличением количества пациентов с острой

Доля ВВП, %



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Минздрав РФ, Казначейство РФ; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 18. Динамика государственного финансирования здравоохранения в доле ВВП в РФ, в «новых-8» и «старых» странах ЕС

и хронической формой новой коронавирусной инфекции, а также больных, которым плановая помощь была отложена в последние 2 года).

Эти проблемы, естественно, отразились и на снижении мощностей акушерско-гинекологической и педиатрической служб, в том числе привели к дефициту и недостаточной квалификации медицинских кадров в этой сфере (см. подраздел 5.2), неисполнению современных клинических рекомендаций, в том числе в части лечения бесплодия (см. подраздел 5.3). В этой связи наряду со специальными мерами в сфере охраны репродуктивного здоровья граждан потребуются значительные финансовые «вливания» в здравоохранение для решения его базовых, системных проблем. Тем

более это важно, так как состояние здоровья граждан РФ, как показано в разделе 4, требует существенного улучшения.

5.2. МОЩНОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБ

Полноценная реализация программ по охране репродуктивного здоровья граждан потребует целенаправленного улучшения мощностей акушерско-гинекологической и педиатрической служб. Об этом свидетельствует сокращение ее мощностей, произошедшее за последние 15 лет. Так, в РФ с 2005 по 2020 г. обеспеченность врачами — акушерами-гинекологами **снизилась на 12%** и составила **4,5** на 10 тыс. женского населения; врачами-педиатрами — **на 18%** и составила **16,4** на 10 тыс. детей в возрасте 0—17 лет; акушерками — **на 29%** и составила **6,1** на 10 тыс. женского населения. Вырос только один показатель — обеспеченность врачами-неонатологами, она повысилась **на 3,5%** и составила **38,6** на 10 тыс. детей до 1 года (рис. 19).

В 2020 г. дефицит врачей — акушеров-гинекологов, врачей-неонатологов и врачей-педиатров (разница между фактическим числом врачей и установленными должностями) составляет **46%**, **59%** и **47%** соответственно (или **16,1**, **3,4** и **23,2 тыс.** в абсолютных величинах). Это говорит о повышенной нагрузке на персонал и, соответственно, снижает качество медицинской помощи.

Обращает на себя внимание, что с 2005 по 2013 г. на фоне роста рождаемости **на 31%** абсолютное число должностей акушеров-гинекологов **уменьшилось на 6%** (с 56,1 до 53,0 тыс.)¹.

¹ Расчет должностей врачей — акушеров-гинекологов за 2005 г. производился следующим образом: фактическое число акушеров-гинекологов в 2005 г. (39,0 тыс. человек) × коэффициент совместительства (1,34) ÷ укомплектованность должностей (93%) = 56,1 должности (на основании данных сборников Росстата «Здравоохранение в России» и ЦНИИОИЗ «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Медицинские кадры»).

Одновременно с 2008 по 2020 г. на фоне роста количества детей на **6,1 млн человек**¹ абсолютное число должностей педиатров также **уменьшилось на 13%** (с 83,3 до 72,2 тыс.)². Такая ситуация говорит о неоптимальном планировании в здравоохранении.

Обеспеченность медицинскими кадрами
на 10 тыс. соответствующего населения



Врачи — акушеры-гинекологи и акушерки рассчитываются на 10 тыс. женского населения, неонатологи — на 10 тыс. детского населения до 1 года, педиатры — на 10 тыс. детского населения в возрасте 0–17 лет.

Источники: сборники ЦНИИОИЗ Минздрава России «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации», «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения».

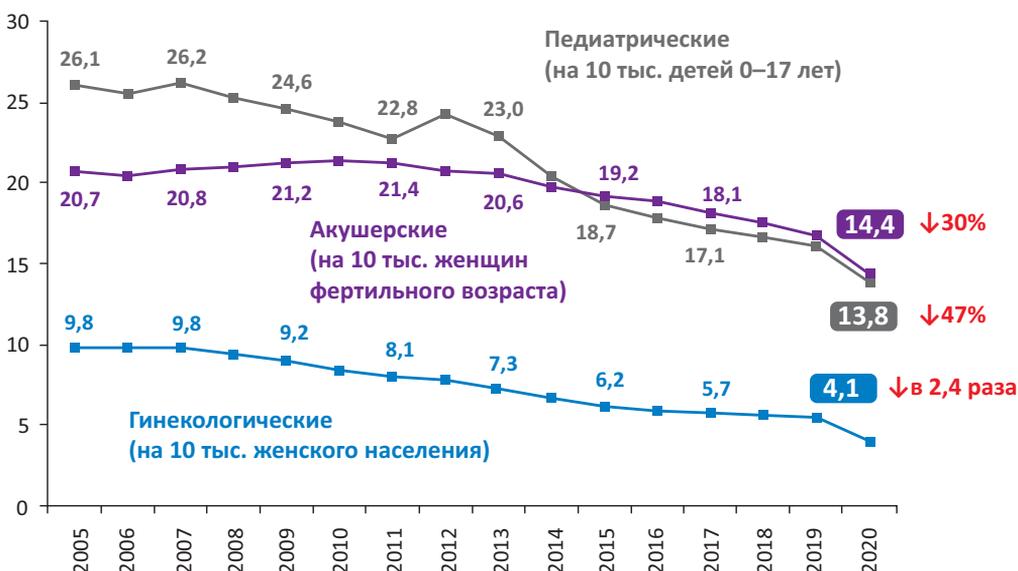
Рис. 19. Динамика обеспеченности врачами-акушерами-гинекологами, врачами-педиатрами, врачами-неонатологами и акушерками с 2005 по 2020 г. в РФ

¹ Сборники Росстата «Численность населения по полу и возрасту». С 2008 по 2020 г. численность детей в возрасте 0–17 лет увеличилась на 6,1 млн человек (с 24,3 до 30,4 млн).

² Расчет должностей врачей-педиатров за 2005 г. производился следующим образом: фактическое число врачей-педиатров в 2005 г. (55,3 тыс. человек) × коэффициент совместительства (1,4) ÷ укомплектованность должностей (93%) = 83,3 должности (на основании данных сборников Росстата «Здравоохранение в России» и ЦНИИОИЗ «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Медицинские кадры»).

Аналогичная отрицательная динамика прослеживается и в обеспеченности стационарными койками этих служб. В РФ с 2005 по 2020 г. обеспеченность акушерскими койками **снизилась на 30%** (с 20,7 до 14,4 на 10 тыс. женщин фертильного возраста), гинекологическими койками — **в 2,4 раза** (с 9,8 до 4,1 на 10 тыс. женского населения) и педиатрическими — **на 47%** (с 26,1 до 13,8 на 10 тыс. детей в возрасте 0–17 лет) (рис. 20).

Обеспеченность койками
на 10 тыс. соответствующего населения



Акушерские койки включают в себя:

- 1) койки для беременных и рожениц;
- 2) койки для патологии беременности.

Обеспеченность педиатрическими койками рассчитывается на 10 тыс. детей в возрасте 0–17 лет, акушерскими – на 10 тыс. женщин фертильного возраста (15–49 лет), гинекологическими – 10 тыс. женского населения.

Источники: сборники ЦНИИОИЗ Минздрава России «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации», «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения».

Рис. 20. Динамика обеспеченности акушерскими, гинекологическими и педиатрическими койками с 2005 по 2020 г. в РФ

Одновременно с 2005 по 2020 г. **сократилось** количество практически всех медицинских организаций, оказывающих

медицинскую помощь женщинам и детям. Так, число детских городских больниц **уменьшилось в 2,1 раза**; инфекционных больниц для детей — **в 3,1 раза**; родильных домов — **в 2,2 раза**; центров охраны здоровья семьи и репродукции — **в 3 раза**; женских консультаций — **на 6%**, из них самостоятельных — **в 5 раз**. Причем такое значительное сокращение числа медицинских организаций, совпадающее со снижением количества стационарных коек и врачей за этот же период, нельзя отнести только к объединению медицинских организаций. А увеличение **в 1,7 раза** количества перинатальных центров за данный период не могло компенсировать такое значительное сокращение мощностей акушерско-гинекологической службы. Одновременно **в 2,1 раза сократилось** число детских санаториев, а молочных кухонь — **в 10,2 раза** (рис. 21–24).

Число медицинских организаций



Источники: сборники ЦНИИОИЗ Минздрава России «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации».

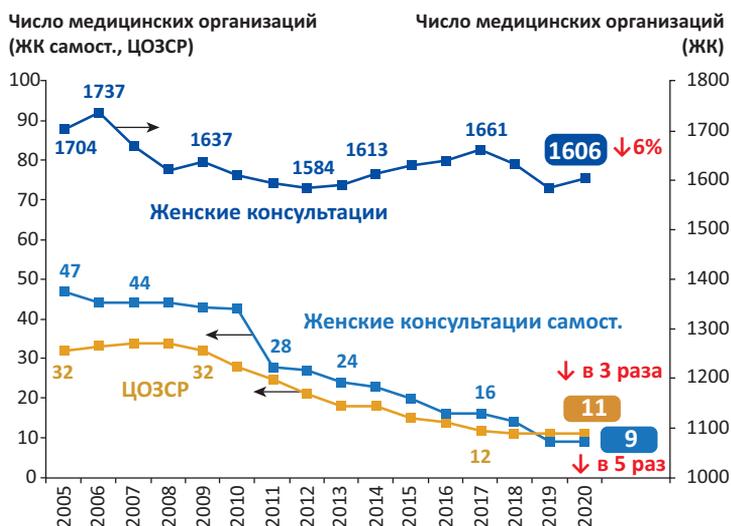
Рис. 21. Динамика числа детских городских больниц и инфекционных больниц для детей с 2005 по 2020 г. в РФ

Число медицинских организаций



Источники: сборники ЦНИИОИЗ Минздрава России «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации».

Рис. 22. Динамика числа родильных домов и перинатальных центров с 2005 по 2020 г. в РФ



ЖК – женские консультации; ЖК самост. – женские консультации самостоятельные;
 ЦОЗСР – центры охраны здоровья семьи и репродукции.

Источники: сборники ЦНИИОИЗ Минздрава России «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации».

Рис. 23. Динамика числа женских консультаций и центров охраны здоровья семьи и репродукции с 2005 по 2020 г. в РФ

Число организаций



Источники: сборники ЦНИИОИЗ Минздрава России «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации».

Рис. 24. Динамика числа детских санаториев и молочных кухонь с 2005 по 2020 г. в РФ

С 2005 по 2013 г. в период роста рождаемости **на 29%** (с 10,2 до 13,2 на 1000 населения, см. рис. 1) число выбывших из круглосуточных стационаров по классу «беременность, роды и послеродовый период» среди взрослых **увеличилось только на 8%** (с 3,8 до 4,1 млн). Далее объемы помощи начали сокращаться, с 2016 по 2020 г. они снизились **на 35%** (с 4,1 до 2,7 млн), что лишь частично соответствует темпам сокращения рождаемости за этот период **на 26%** (рис. 25).

При этом с 2005 по 2020 г. число детей (до 17 лет включительно), выбывших из круглосуточных стационаров, сократилось **в 4,2 раза** (с 93 до 22 тыс.), что можно расценивать как положительный показатель — снижение подростковых беременностей и родов. Однако, как показано в разделе 4, этот показатель в РФ остается неудовлетворительным,

он в **1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и в **2,7 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 18,5; 13,3 и 7,0 случая на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет)¹.

Число выбывших детей и подростков из круглосуточных стационаров, тыс.

Число выбывших взрослых из круглосуточных стационаров, тыс.



Источники: сборники ЦНИИОИЗ Минздрава России «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации».

Рис. 25. Динамика числа выбывших из круглосуточных стационаров взрослых и детей по классу «беременность, роды и послеродовый период» с 2005 по 2020 г. в РФ

Значительное сокращение обеспеченности ресурсами акушерско-гинекологической и педиатрической служб не отражает динамики потребности в соответствующих видах помощи, что говорит о недостаточном анализе и планировании этих показателей. В свою очередь это ведет к повышенной нагрузке на имеющийся медицинский персонал и снижению доступности и качества медицинской помощи пациентам.

¹ <https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT>

5.3. НАУЧНО ОБОСНОВАННЫЕ ПОДХОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ

Бесплодие является главным последствием нарушения репродуктивной функции женщин, которое приводит к снижению рождаемости. Различают **первичное бесплодие** (состояние, при котором у женщины не было ни одной беременности, несмотря на регулярную половую жизнь в течение года без применения контрацептивных средств) и **вторичное бесплодие** (состояние, при котором у женщины в прошлом были беременности, однако в течение года регулярной половой жизни без предохранения зачатие более не происходит). Первичное бесплодие, как правило, возникает вследствие врожденных патологий, вторичное — в результате изменений в матке и маточных трубах, при нарушении функции яичников вследствие хронических заболеваний.

В настоящее время ВОЗ признает бесплодие «глобальной проблемой в области общественного здоровья». В среднем в мире около **12%–15%** семейных пар бесплодны [27]. По данным исследования, суммирующего опросы женщин в 190 странах мира, около **2%** женщин репродуктивного возраста страдают первичным бесплодием и около **3%** — вторичным бесплодием. В РФ распространенность женского бесплодия составляет **5,1%** в репродуктивном возрасте (из них **1,9%** женщин страдает первичным бесплодием, **3,2%** — вторичным) [28]. В абсолютных показателях это число составляет около **1,3 млн женщин** (25,8 млн женщин репродуктивного возраста \times 5,1%).

Профилактика бесплодия

Профилактика бесплодия направлена на нивелирование главных рисков, приводящих к нарушениям в сфере репродуктивного здоровья:

- **раннее начало половой жизни:** в РФ она в среднем начинается в 16–17 лет, что на 8–10 лет раньше вступления в брак. Согласно опросу, проведенному в 2016 г., **18%** мальчиков и девочек в возрасте 15 лет ответили, что они

уже вступали в половые отношения (в ЕС наблюдается близкое значение этого показателя: 21%);

- **количество беременностей у подростков:** в 2019 г. в РФ этот показатель составил 18,9 случая в год на 1000 девушек в возрасте 15–19 лет, что в **2 раза выше**, чем в ЕС (8,7 случая), и **на 40% выше**, чем в Белоруссии (12,9 случая);
- **число подростковых абортов:** в 2017 г. в РФ доля абортов среди 15–19-летних девушек составила 9,6 случая на 1000 живорождений в том же возрасте, что в **1,7 раза выше**, чем в Германии (5,6 случая).

Важнейшим аспектом сохранения репродуктивного здоровья является просвещение населения и подростков. В РФ в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1995 г. № 38 «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» в школах проводятся занятия по поводу предупреждения ВИЧ-инфекции. Однако подростки нуждаются в информации о правильном репродуктивном поведении не только в области профилактики ВИЧ-инфекции. Согласно рекомендациям ЮНЕСКО, помимо объяснения аспектов сексуальной жизни, это включает такие вопросы, как: безопасность использования интернет-технологий для предупреждения сексуальных домогательств и шантажа в соцсетях, психологические основы взаимоотношений с противоположным полом, использование контрацепции; психологическая подготовка к созданию семьи, родительству и др. По опросу 2011 г. женщин РФ в репродуктивном возрасте 88% из них считают, что про контрацепцию детям необходимо рассказывать до 14 лет.

Лечение бесплодия

Согласно актуальным рекомендациям по диагностике и лечению женского бесплодия от 2021 г., к современным методам его лечения относятся:

- 1) лечение хронических заболеваний женских половых органов (миома, эндометриоз, нарушения функции яичников и т.д.);

2) использование методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ):

- ЭКО и перенос эмбриона;
- инъекции сперматозоидов в цитоплазму ооцитов;
- донорство спермы;
- донорство ооцитов;
- искусственная инсеминация;
- преимплантационная диагностика;
- искусственная инсеминация спермой мужа (донора);
- суррогатное материнство [29].

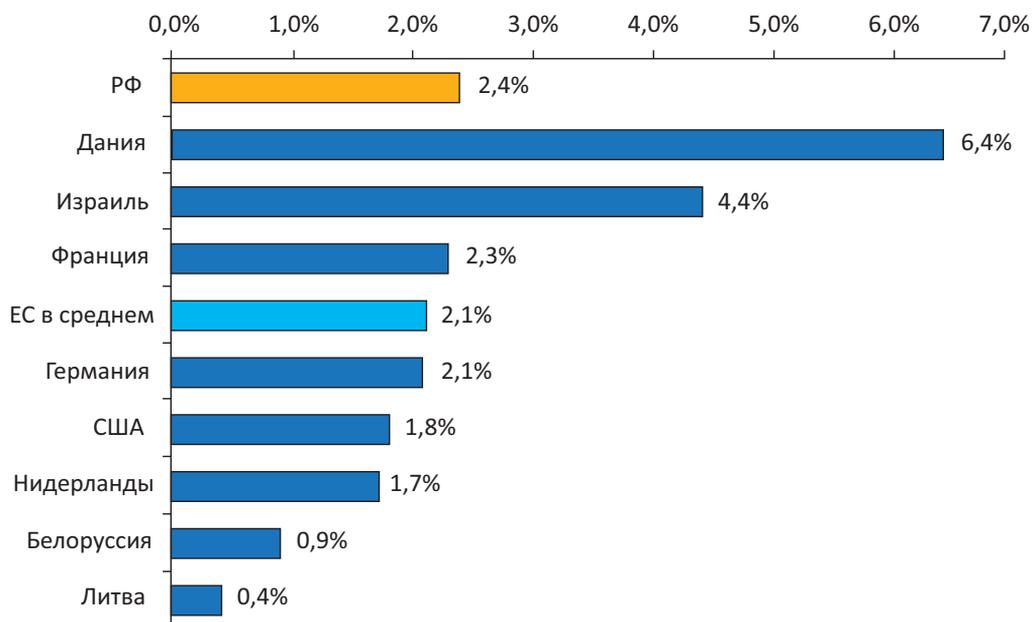
ВРТ традиционно считаются методами борьбы с бесплодием. Во многих развитых странах мира они включены в программы государственных гарантий. Например, в Израиле программы ВРТ доступны для всех женщин, вне зависимости от возраста, сексуальной ориентации, семейного положения и религиозной принадлежности.

За последние 30 лет в РФ для лечения бесплодия активно внедрялись процедуры с применением ВРТ [24]. Однако их результативность для увеличения числа рождений невысока — около 2,4%. Так, в 2019 г. было проведено 164 тыс. циклов ВРТ. Благодаря этому родилось 36,0 тыс. детей. Это составляет 2,4% от числа рожденных детей в 2019 г. (от 1,48 млн) (рис. 26) [24]. В среднем показатель доли детей, рожденных с применением ВРТ, в РФ сравним с данным показателем в среднем по ЕС: 2,4% и 2,1% соответственно [30].

С учетом того, что цена одного курса ВРТ высока и в среднем в 2019 г. составила 114 тыс. рублей на 1 женщину в год, то необходимо также рассматривать другие, менее затратные методы профилактики и лечения бесплодия.

Более того, некоторые женщины отказываются от этих технологий в связи с побочными явлениями препаратов, применяемых при ВРТ, в связи с необходимостью инвазивных процедур и частых визитов к врачу, а также по религиозным соображениям. В этой связи в настоящее время за рубежом признается, что лечение бесплодия с применением ВРТ

Доля детей, рожденных в результате ВРТ (2019 г. или последний возможный)



Источники: РФ – отчет Российской ассоциации репродукции человека, зарубежные страны – отчет Policy response to low fertility.

Рис. 26. Доля детей, рожденных в результате ВРТ в РФ и других странах

вносит небольшой вклад в улучшение демографической ситуации в развитых странах в целом [30].

Серьезный вклад в увеличение рождаемости могут внести лечение хронических гинекологических заболеваний (таких как эндометриоз) и предотвращение невынашивания беременности. Например, в РФ демографический ущерб от эндометриоза составляет 14,3 тыс. нерожденных детей в год. По самым консервативным оценкам при своевременном лечении этой патологии количество дополнительных рождений составляет 2,2 тыс. детей в год [31]. Для того чтобы это произошло, необходимо принять организационно-управленческие меры. При этом стоимость этой терапии в расчете на 1 женщину составляет только **14 тыс. рублей** в год, что **в 10 раз дешевле**, чем ВРТ.

Следующей угрозой нерождению детей является невынашивание беременности. В РФ этот показатель составляет

около 10–23% от всех беременностей. Соответственно репродуктивные потери от этого составляют примерно от 143 тыс. до 283 тыс. нерожденных детей в год. Расчеты показали, что при своевременном и более широком применении препарата дидрогестерона (гормональный препарат группы прогестагенов) при невынашивании беременности можно обеспечить дополнительно **18 тыс. рождений в год** [28], а также увеличение эффективности процедур ВРТ, в результате этого число дополнительных рожденных детей возрастет на **5 тыс. детей или 0,34% от общего числа рождений** [32].

Таким образом, всего за счет правильного лечения бесплодия, вызванного эндометриозом, и невынашивания беременности, а также повышения результативности ВРТ, можно ежегодно увеличивать рождаемость на **25,2 тыс. детей**, или на **1,8%** от общего числа рождений (что приближается к имеющемуся демографическому эффекту от применения ВРТ — **2,4%**, см. выше). В связи с этим необходимо постоянно информировать врачей о современных подходах в лечении хронических гинекологических заболеваний и методах предотвращения невынашивания беременности.

5.4. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ

Помимо бесплодия, к снижению рождаемости могут привести и другие заболевания женщин — онкологические, БСК, психические. В этой связи охрана здоровья женщин на протяжении всей жизни должна быть приоритетом в политике здравоохранения. С учетом того, что у женщин целый ряд болезней протекает тяжелее, чем у мужчин (см. раздел 4), то подход в реализации этой политики должен быть междисциплинарным и интегрироваться в уже реализуемые сегодня программы в здравоохранении.

В 70-е годы XX века в развитых странах, вместе с развитием движения за права женщин и концепцией гендерного самоопределения («gender mainstreaming»), приступили к разработке междисциплинарных программ, направленных на охрану здоровья женщин. Эти программы могут послужить примером для аналогичных мер в РФ.

В 2001 г. ВОЗ был разработан «Стратегический план действий по охране здоровья женщин в Европе», в котором была сформулирована 21 задача по улучшению здоровья женщин. Главные из них:

- равенство женщин в вопросах здоровья;
- здоровье девочек с самого рождения;
- сохранение здоровья в пожилом возрасте;
- профилактика заболеваний и эффективное лечение болезней системы кровообращения;
- здоровая и безопасная физическая среда на работе и дома (безопасность условий труда, безопасное использование отопления дома и т.д.);
- развитие научных исследований в области женского здоровья [33].

В Австралии, Великобритании, Ирландии и США разработаны национальные программы охраны женского здоровья. Например, в Великобритании она получила название «Лучшее для женщин. Улучшение здоровья и благополучия для девочек и женщин» («Better for women. Improving the health and wellbeing of girls and women»), в Австралии — «Национальная стратегия сохранения здоровья женщин 2020–2030» (National Women's Health Strategy 2020–2030). В США действует программа по развитию науки в области женского здоровья «Развитие науки в интересах здоровья женщин: Стратегический план по исследованиям в области охраны здоровья женщин на 2019–2023 годы» (Advancing Science for the Health of Women: The Trans-NIH Strategic Plan for Women's Health Research, 2019–2023).

Как правило, национальные программы охраны женского здоровья строятся на следующих главных принципах:

- сохранение здоровья на протяжении всей жизни (life course approach);
- приоритет профилактики и раннего выявления заболеваний (focus on prevention);
- основанность на данных доказательной медицины (strong and emerging evidence base);
- равенство женщин всех регионов, национальностей, вероисповедания и социальных слоев (equity).

Особенности программ в отдельных странах

Австралия. Национальная стратегия в этой стране содержит следующие направления:

- защита репродуктивного здоровья (maternal, sexual and reproductive health);
- предупреждение и лечение хронических заболеваний женской половой системы (chronic diseases);
- защита здоровья в старшем возрасте (healthy aging);
- охрана психического здоровья женщин (mental health);
- предупреждение насилия против женщин (violence against women).

Все эти направления сопровождаются необходимым финансированием. Так, в 2021 г. правительством Австралии было направлено 3,4 млн \$ППС на финансирование фонда борьбы с тазовой болью среди девочек-подростков. В школах проводились специальные занятия убеждения девочек к своевременному обращению к врачу. В 2021 г. для улучшения работы гинекологической службы и повышения доступности гистероскопии было выделено 15 млн \$ППС [34].

Великобритания

В Великобритании данная программа была разработана Королевским Колледжем Акушеров и Гинекологов в 2019 г. и содержит 5 разделов. В частности, особый раздел посвящен охране здоровья женщин во время и после менопаузы

«General health during and after the menopause». Кроме того, отдельно отмечается существующая проблема фрагментированности финансирования оказания акушерской и гинекологической помощи и недостаточное междисциплинарное взаимодействие с врачами других медицинских специальностей. В частности, помощь подросткам финансируется из бюджета муниципальных образований и оказывается в школах. Врачи и медсестры данной службы не связаны с семейными врачами и гинекологами. Предлагается создать «Хабы (центры) репродуктивного здоровья» в каждом муниципальном образовании (Sexual and reproductive health hubs) с централизованным финансированием [35].

При реализации программ охраны женского здоровья в развитых странах отмечаются следующие проблемы: недостаточное финансирование, отсутствие координации и показателей для оценки эффективности, длительный срок принятия решений. В частности, в Великобритании программа охраны женского здоровья была разработана в 2019 г., но до конца 2021 г. проводились только опросы населения, врачей и других заинтересованных групп о важности данной проблемы и не определено финансирование отдельных направлений [36]. В Канаде программы вообще закрылись из-за недостаточного финансирования.

В РФ, как было показано в [разделе 5.1](#) и [5.2](#), несмотря на лучшие показатели здоровья у женщин по сравнению с российскими мужчинами, имеется серьезное отставание этих показателей по отношению к развитым странам. Это делает вопрос о разработке межведомственных программ по охране здоровья женщин на протяжении всей жизни актуальным для нашей страны. Например, использование гормональной терапии в период менопаузы у женщин в РФ в **2,5 раза ниже**, чем в странах ЕС [37], что приводит к потере качества жизни у них. Оптимизация диагностики и лечения в этом возрастном периоде способна дать дополнительный демографический эффект

(снижение смертности) и социальный эффект (уменьшение числа случаев временной нетрудоспособности), что важно для достижения целей и задач национальных проектов в РФ.

Выводы

Таким образом, в РФ в сфере охраны репродуктивного здоровья реализовывались только отдельные программы — снижение младенческой смертности (путем внедрения в практику помощи роженицам в перинатальных центрах) и ВРТ. Однако воздействие ВРТ сегодня считается низкоэффективным методом с точки зрения соотношения польза/затраты. Внедрение массовых программ по профилактике нарушений репродуктивного здоровья и своевременное лечение акушерско-гинекологической патологии считаются более эффективными методами увеличения рождаемости. Реализация специальных программ, направленных на сохранение здоровья женщин и мужчин, потребует решения системных проблем российского здравоохранения, в том числе в акушерско-гинекологической и педиатрической службах, главная из которых — дефицит акушеров-гинекологов — 46% от установленного норматива, неонатологов — 59%, педиатров — 47%. На фоне дефицита врачей акушерско-гинекологической и педиатрической служб произошло также сокращение стационарных коек: акушерских — в 1,4 раза, гинекологических — в 2,4 раза, что говорит о неэффективном планировании в здравоохранении. С учетом международного опыта, кроме программ по охране репродуктивного здоровья женщин и мужчин, важно реализовать межведомственный подход в охране здоровья женщин на протяжении всей жизни.



ОПЫТ РАЗВИТЫХ СТРАН В ПОВЫШЕНИИ РОЖДАЕМОСТИ И ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

6.1. ПРИЧИНЫ СНИЖЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ

В последние 40 лет снижение рождаемости наблюдается не только в РФ, но и во многих странах. Так, с 1980 по 2020 г. коэффициент рождаемости в «старых» странах ЕС **сократился на 28%**, в «новых-8» странах ЕС — **в 1,7 раза**. Главным образом это определяется низким уровнем коэффициента фертильности (КФ). В странах Юго-Восточной Азии и некоторых странах Восточной и Южной Европы КФ находится на очень низких значениях: в Гонконге — 1,1, в Южной Корее — 0,9, в Испании — 1,2 [30].

Считается, что в развитых странах к снижению рождаемости приводит конфликт между карьерой, экономической ситуацией и личной жизнью, в том числе реализацией репродуктивных планов. К основным факторам, влияющим на снижение рождаемости в развитых странах, относятся:

- 1) **нестабильная экономическая ситуация:** большей части выпускников колледжей и университетов сложно найти постоянную хорошо оплачиваемую работу. Кроме того, технологические инновации привели к снижению спроса на рынке труда на низкоквалифицированный и среднеквалифицированный персонал;

- 2) **конфликт между карьерой и личной жизнью у женщин:** например, в странах Азии (Япония, Южная Корея) принят ненормированный, длинный рабочий день в офисе, который не предполагает возможности установить гибкий график. В таких условиях, если женщина хочет реализовать карьерный рост, то она должна выбирать между карьерой и деторождением;
- 3) **неравенство в выполнении домашних обязанностей:** опросы показали, что во всех странах женщины выполняют большую часть работы по дому, например, в Японии и Южной Корее этот показатель составляет 88% [38];
- 4) **тенденция «ответственного родительства»:** это осознанное и ответственное отношение родителей к развитию способностей детей и их психологическому состоянию. В результате сегодня женщины больше времени, чем в предыдущих поколениях, проводят в непосредственном общении с детьми, на их развитие затрачиваются большие финансовые ресурсы;
- 5) **повышение цен на жилье и низкая доступность ипотечного кредитования:** особенно это касается стран Южной Европы и больших европейских городов (Вена, Париж, Амстердам);
- 6) **изменения в ценностях, ожиданиях и устоявшихся нормах:** возросли требования молодых женщин к удовлетворенности от жизни. Согласно опросам молодых женщин из Токио, их основной вывод: «Мы хотим быть счастливыми больше, чем быть замужем» [39]. Согласно этому исследованию, у молодых женщин также возросли требования к мужчинам. В частности, они считают, что мужчины их возраста эгоистичны, незрелы и не готовы к социальным взаимодействиям. В некоторых странах рождение ребенка социально приемлемо только в браке, и при тенденции к снижению брачности снижается рождаемость. Например, в 2015 г. в Японии 14% женщин и 23% мужчин к 50 годам никогда не были в браке;

7) **социальные потрясения:** например, в странах Восточной Европы в 90-х годах прошлого века резко снизилась рождаемость в связи со сменой политического строя.

Однако некоторым странам удалось переломить негативную тенденцию в снижении рождаемости. Далее рассмотрены меры по стимулированию рождаемости и поддержке семей с детьми, предпринятые во Франции, Германии и Швеции. Этим странам удалось добиться существенного увеличения рождаемости по сравнению с другими странами ЕС.

6.2. МЕРЫ ПО УВЕЛИЧЕНИЮ РОЖДАЕМОСТИ, ПРИНЯТЫЕ ВО ФРАНЦИИ, ШВЕЦИИ И ГЕРМАНИИ

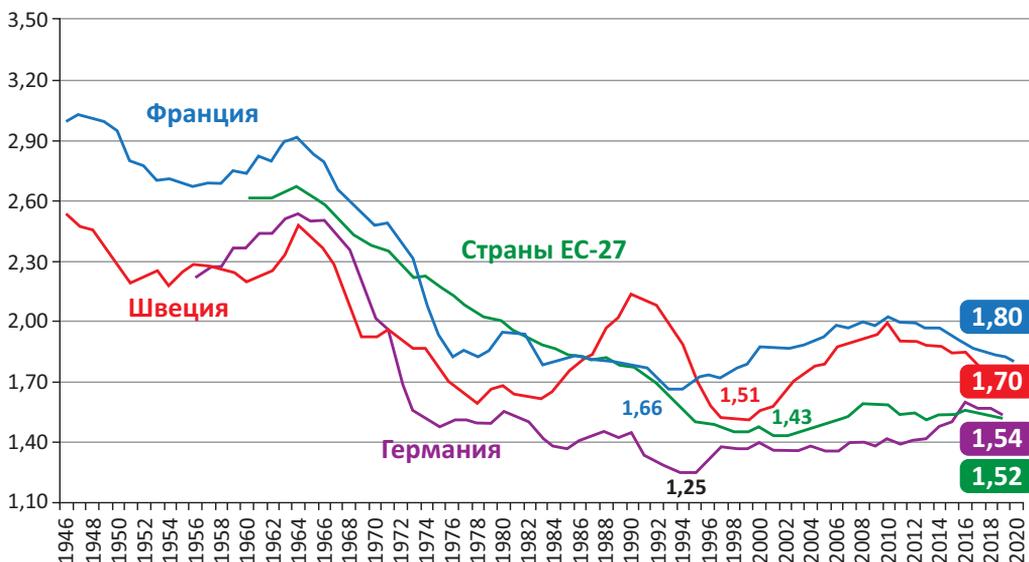
Нами для ознакомления с мерами по стимулированию рождаемости и семейной политике были выбраны три страны: Франция, Швеция и Германия. Им удалось добиться КФ на уровне значительно выше, чем в РФ сегодня: Франция — **1,8**, Швеция — **1,70**, Германия — **1,54** (рис. 27).

Франция

Франция отличается от большинства других европейских стран своим высоким и относительно стабильным уровнем рождаемости среди когорт, рожденных с 1950-х годов (см. рис. 27). Этому способствовали последовательные и щедрые меры социальной поддержки семей с детьми, хотя количественно определить точный вклад этих факторов достаточно трудно.

На рис. 27 видно, что во Франции (синяя кривая) в 1960-х годах КФ резко снизился, затем, начиная с 1976 г., он стабилизировался на уровне 1,8. Далее, начиная с 1995 г., этот показатель немного повысился (см. рис. 27). К 2010 г. он достиг двух рождений на одну женщину, что стало самым высоким показателем за последние 35 лет в этой стране.

Среднее число детей, которых может родить
одна женщина репродуктивного возраста



Источник: Human fertility database.

Рис. 27. Суммарный коэффициент рождаемости в некоторых странах ОЭСР

С 2015 г. КФ во Франции несколько снизился, но до сих пор по этому показателю она занимает первое место среди европейских стран.

Французская модель семейной политики основана на значительных денежных выплатах семьям с детьми в сочетании с предоставлением широкого круга услуг по уходу за детьми. В дальнейшем к этому были присоединены меры по предоставлению женщинам возможности участвовать в трудовой деятельности. Родителям детей предоставляются значительные налоговые вычеты, согласно которым налогооблагаемый доход уменьшается с увеличением размера семьи. Во Франции, в отличие от РФ, подоходный налог рассчитывается не на физическое лицо, а на домохозяйство (*foyer*). Далее эта суммарная семейная налоговая база делится на коэффициент размера семьи. При подсчете коэффициента разме-

ра семьи складываются весовые коэффициенты всех членов семьи. Коэффициенты для детей, живущих с одним родителем, выше. В результате налог рассчитывается на среднедушевой доход семьи (*Quotient Familial*), который тем меньше, чем больше членов семьи. Во Франции прогрессивная шкала налогообложения, поэтому при рождении последующего ребенка родители могут попасть в группу с более низкой ставкой налога.

Налоговые льготы составляют относительно большую долю в общей структуре расходов государства по поддержке семей с детьми (около 20%). Кроме того, французское государство предоставляет универсальные семейные пособия родителям, имеющим не менее двух детей (€132 в месяц на каждого ребенка до 18 лет), специальные пособия малоимущим семьям (€184 в месяц), а также оплата €400 в месяц в течение 3 лет после рождения ребенка, если женщина не работает [40]. С 2011 г. эти меры также распространяются на пары, состоящие в гражданском партнерстве [30].

Важный компонент стимулирования рождаемости во Франции — это многообразная система услуг по уходу за детьми, которая удовлетворяет самые различные потребности родителей и детей. Например: оплата няни на дому, ясли (в том числе корпоративные — при крупной больнице, университете или предприятии), семейные ясли, ясли на несколько часов. Существует система найма иностранных студентов, которым предоставляются жилье и еда в обмен на услуги по уходу за детьми. Во Франции, как и в части других западноевропейских стран, доля детей, посещающих ясли до 3 лет, достигает 50% от всех детей этого возраста (в Дании и Нидерландах эта доля достигает 65%). Для справки: в РФ в 2017 г., по данным ВШЭ, охват детей от 2 месяцев до 3 лет дошкольным образованием составил 26% [17].

Важной особенностью французской системы поддержки семьи является более короткое рабочее время (35-часовая

рабочая неделя) для всех, чем в РФ или США (где она составляет 40 ч). Хотя рабочая неделя во Франции была в основном сокращена в целях уменьшения безработицы, вторая задача этой реформы заключалась в улучшении баланса между работой и семьей.

Политика стимулирования рождаемости и поддержки семей с детьми, принятая во Франции, может служить примером для реформ семейной политики в других странах, направленных на решение проблем снижения рождаемости.

Швеция

Основы современной семейной политики в Швеции (красная кривая на рис. 27) были заложены еще в 1930-х годах, когда начали внедряться программы, ориентированные на уход за детьми, охрану репродуктивного здоровья и гендерное равенство. В начале 1970-х годов шведская государственная политика стала реагировать на растущий уровень участия женщин в рабочей силе и, как следствие, снижение рождаемости. Для того чтобы нивелировать этот эффект, правительство Швеции предоставило родителям с детьми дошкольного возраста право сокращать свое рабочее время на 25%. Стал оплачиваться отпуск по уходу за детьми, а размер пособия был привязан к заработку родителей до отпуска. Эта система была разработана для того, чтобы, с одной стороны, побудить женщин к участию в рынке труда до рождения ребенка, а с другой — чтобы предоставить мужчинам стимул к использованию отпуска по уходу за детьми. Швеция была одной из первых стран, которые осознали необходимость поддержки отцов в реализации их прав на заботу о своих детях. Право на отпуск по уходу за детьми и право на работу неполный рабочий день сопровождалось постепенным расширением государственных услуг по уходу за детьми в возрасте от 1 до 6 лет.

В 1986 г. в Швеции было установлено, что родители могут получить ту же оплату в отпуске по уходу за вторым ре-

бенком, как и за первого ребенка, если рождение второго было в течение первых 30 месяцев после рождения первого (система «премия за скорость»). Это позволило нивелировать отрицательный эффект, когда заработная плата при рождении второго ребенка рассчитывалась по неполной ставке (соответственно, низкой оплате труда), так как женщины после рождения первого ребенка, как правило, работали на неполную ставку. Швеция относится к странам с выраженными экономическими циклами, и данная мера поддержки позволила избежать резкого снижения рождаемости в эпоху падения экономического роста и роста безработицы.

Германия

За последние три десятилетия Германия (фиолетовая кривая на рис. 27) проделала долгий путь от представления, что участие женщин в рынке труда — это угроза для формирования семьи, до активной поддержки современных форм семьи с менее строгими гендерными ролями. Опыт этой страны интересен тем, что ей удалось поднять **КФ в период 1994–2019 гг. с уровня 1,25 до почти 1,6**.

В 1970–1980-х годах в Германии ограниченные возможности для участия матерей на рынке труда привели к снижению рождаемости. Столкнувшись с этим, в стране был достигнут политический консенсус по реформированию модели семейной политики, чтобы она в большей степени учитывала меняющиеся гендерные роли. В 2007 г. Германия внедрила новую семейную политику, которая во многом была основана на шведской модели и облегчала совмещение работы и семейной жизни. Например, были введены меры по более активному участию отцов в уходе за детьми, что привело к увеличению использования ими родительского отпуска. В настоящее время до 30% отцов в Германии используют отпуск по уходу за детьми, что является вторым показателем в ЕС после Швеции (45%) [41].

В первой половине 2000-х годов в Германии были приняты законы, предусматривающие поэтапное увеличение числа дневных школ и учреждений по уходу за детьми в возрасте до 3 лет. Работающим родителям было разрешено вычитать расходы по уходу за детьми (до €4000) из налогооблагаемой базы. С 2007 г. им также было предоставлено право на получение отпускного пособия по уходу за детьми, выплачиваемого в течение 12 месяцев по ставке замещения 67% от ранее получаемой оплаты труда (максимум €1800 в месяц). Оплачиваемый отпуск по уходу за детьми может быть продлен до 14 месяцев, если каждый родитель участвовал в отпуске не менее 2 месяцев. Это было нацелено на то, чтобы побудить отцов к более активному участию в уходе за детьми.

В Германии в дополнение к мерам, облегчающим уход за детьми, каждая семья с детьми имеет право на получение детского пособия (*Kindergeld*) на каждого ребенка до его 18-летия (или 25-летия, если ребенок учится). В настоящее время размер пособия составляет примерно € 200 в месяц для первого и второго ребенка, для третьего и всех последующих детей объем выплат последовательно возрастает. Также предусмотрена дополнительная государственная поддержка для родителей-одиночек и родителей с низкими доходами.

В результате этих мер в Германии КФ после стабилизации в 2000-х годах начал умеренно расти с 2013 г. (см. рис. 27). Следует отметить, что эта тенденция может быть частично объяснена более высокой рождаемостью у вновь прибывших мигрантов, однако реформы государственной семейной политики привели к повышению уровня рождаемости и у высокообразованных женщин в более позднем детородном возрасте.

Сравнение расходов на меры по стимулированию рождаемости и семейной политики в РФ и развитых странах

В табл. 2 приведены государственные расходы на стимулирование рождаемости и поддержку семей с детьми во Фран-

ции, Швеции, Германии, странах ЕС (за 2017 г.), а также в РФ (2020 г.). Расходы представлены в доле ВВП; на душу населения в \$ППС (в 2019 г. 1 \$ППС = 25,9 рубля); а также с указанием доли расходов на услуги по уходу за детьми в ВВП (доступность яслей, детских садов и др.). Из таблицы видно, что в РФ в доле ВВП эти расходы **в 2,1 раза ниже**, чем во Франции, **в 2,0 раза ниже**, чем в Швеции, и **в 1,9 раза ниже**, чем в Германии. В расчете на душу населения эти расходы в РФ **в 3,3–3,6 раза ниже**, чем в названных странах. Более того, в РФ по сравнению с ними очень низкая доля расходов на услуги по уходу за детьми, которые компенсируются государством.

Таблица 2. Государственные расходы на стимулирование рождаемости и поддержку семей с детьми во Франции, Германии, Швеции, в ЕС в среднем и РФ

	ЕС в среднем	Франция	Германия	Швеция	РФ
Доля в ВВП, %	2,6	3,6	3,2	3,4	1,7
Подушевые государственные траты на поддержку семьи, \$ППС	1098	1606	1683	1764	489
Доля услуг по уходу за детьми, % ВВП	0,93%	1,46%	2,15%	1,25%	0,07%
КФ	1,5	1,9	1,54	1,8	1,5

Расходы отдельных стран на меры по стимулированию рождаемости и семейной политики представлены на **рис. 3**.

Следует иметь в виду, что в РФ среднедушевые доходы населения по \$ППС **в 2,1 раза ниже**, чем во Франции, Швеции и Германии. В этой связи финансовые меры по стимулированию рождаемости и поддержке семей с детьми, которые

были предприняты в этих странах, имеют еще большее значение для РФ.

Выводы

Во многих развитых странах в последние 20 лет происходит снижение КФ. В странах ЕС в среднем этот показатель находится на уровне 1,5. Во Франции, Швеции и Германии благодаря реализации специальных мер по стимулированию рождаемости и поддержке семей с детьми удалось увеличить КФ до уровня 1,7–2,0 или поднять его с очень низкого уровня, как в Германии. Ключевые из мер: налоговые льготы для семей с детьми и их материальная поддержка, создание дружелюбной среды для детей (практически полностью доступные и бесплатные услуги по уходу за детьми до 3 лет), равные возможности для женщин и мужчин по уходу за детьми, условия для женщин для сочетания работы и ухода за детьми. Общие расходы в этом направлении в названных странах составляют не менее 3,4–3,6% ВВП. С учетом того, что реальные доходы населения в РФ в 2,1 раза ниже, чем у них, то меры материальной поддержки при рождении детей и семей с детьми имеют еще большее значение для стимулирования рождаемости в нашей стране.



ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ДЛЯ РФ

7.1. ВЫВОДЫ

1. В РФ с 2015 г. наблюдается катастрофическое снижение рождаемости: в 2015 г. родилось **1,9 млн детей**, в 2020 г. — **1,43 млн детей**, за этот же период коэффициент фертильности **снизился с 1,78 до 1,51**. Главные факторы, которые определили катастрофическое снижение уровня рождаемости в РФ до 2020 г.: снижение числа женщин активного детородного возраста (20–34 лет), падение реальных доходов населения (на 10% с 2013 по 2020 г.) и продолжающаяся пандемия COVID-19.
2. Для РФ обосновано, что рост реальных доходов населения на **10%** в постоянных ценах приводит к увеличению КФ на **1,5%**, повышение доли женщин активного детородного возраста на **10%** увеличивает КФ на **3,7%**, а увеличение материнского капитала на **10%** увеличивает КФ на **7%**.
3. Сегодня Правительством РФ реализуются серьезные меры, которые направлены на стимулирование рождаемости и поддержку семей с детьми. Однако общий объем средств, направляемых на эти цели, в РФ **в 1,5–2 раза ниже**, чем в других развитых странах (соответственно 1,7% и 2,6–3,6% ВВП). Расчеты показывают, что даже при самых благоприятных условиях до 2030 г. (рост реальных доходов населения на 4% ежегодно) этих мер будет недостаточно, чтобы увеличить рождаемость. Необходимы дополнительные меры по стимулированию

рождаемости (удвоение материнского капитала при рождении второго и последующих детей) и поддержка семей с двумя и более детьми от 3 до 7 лет (вне зависимости от статуса нуждаемости). На это потребуется дополнительно около **1,7 трлн рублей** в год. В период 2022–2030 гг. это позволит увеличить число рожденных детей примерно на **250–300 тыс.** в год.

4. В РФ, несмотря на определенные успехи в сохранении репродуктивного здоровья граждан за последние 15 лет (снижение материнской и младенческой смертности на 62% и 58% соответственно, уменьшение числа абортов на 65%), сохраняются серьезные проблемы, отрицательно влияющие на репродуктивное здоровье и рождаемость населения. В РФ смертность мужчин трудоспособного возраста **в 2,8 раза выше**, чем в странах ЕС, а у женщин — **в 2,1 раза выше**. В РФ по сравнению с «новыми-8» странами ЕС: материнская смертность — **в 2,5 раза выше**; младенческая смертность — **в 1,4 раза выше**; число абортов — **в 1,7 раза выше**; рождаемость среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет — **в 1,4 раза выше**; заболеваемость ВИЧ-инфекцией — **в 14,7 раза выше**; сифилисом — **в 2,5 раза выше**. Выявляемость самых распространенных онкологических заболеваний среди женщин ниже, чем в странах ЕС; растет заболеваемость детей и подростков.
5. В РФ в сфере охраны репродуктивного здоровья реализовывались только отдельные программы — снижение младенческой смертности (путем создания перинатальных центров) и ВРТ. Однако воздействие ВРТ сегодня считается низкоэффективным методом с точки зрения соотношения польза/затраты. Внедрение массовых программ по профилактике нарушений репродуктивного здоровья и своевременное лечение акушерско-гинекологической патологии считаются более эффектив-

ными методами увеличения рождаемости. Реализация специальных программ, направленных на сохранение здоровья женщин и мужчин, потребует решения системных проблем российского здравоохранения, в том числе в акушерско-гинекологической и педиатрической службах, главная из которых — дефицит акушеров-гинекологов — **46%** от установленного норматива, неонатологов — **59%**, педиатров — **47%**.

6. Во многих развитых странах в последние 20 лет происходит снижение КФ. В странах ЕС в среднем этот показатель находится на уровне **1,5**. Во Франции, Швеции и Германии благодаря реализации специальных мер по стимулированию рождаемости и поддержке семей с детьми удалось увеличить КФ до уровня **1,7–2,0** или поднять его с очень низкого уровня, как в Германии. Ключевые меры: налоговые льготы для семей с детьми и их материальная поддержка, создание дружелюбной среды для детей (бесплатные и доступные услуги по уходу за детьми до 3 лет), равные возможности для женщин и мужчин по уходу за детьми, условия для женщин для сочетания работы и ухода за детьми. Общие расходы в этом направлении в названных странах составляют от **3,4** до **3,6%** ВВП. С учетом того, что реальные доходы населения в РФ **в 2,1 раза ниже**, чем у них, то меры материальной поддержки при рождении детей и семей с детьми имеют еще большее значение для стимулирования рождаемости в нашей стране.

7.2. ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Для реализации национальной Стратегии увеличения рождаемости в РФ потребуются разработка и реализация социальных и целевых медико-профилактических программ.

Социальные программы

1. **«Второй ребенок в семье — золотой запас России»** — удвоение размера материнского капитала при рождении второго и последующих детей.
2. **«Социальный оптимизм — для семей с детьми»** — финансовая поддержка семей с двумя и более детьми в возрасте до 7 лет в размере 1/2 средней оплаты труда в регионе, причем вне зависимости от статуса нуждаемости.
3. **«В России — среда, дружелюбная к детям»** — обеспечение всех семей с детьми бесплатными местами в яслях, детских садах, группах продленного дня, бесплатными путевками в оздоровительные лагеря, бесплатными кружками, доступной медико-профилактической помощью и др.

Медико-профилактические программы

1. **«Доступная медицинская консультация — для каждой молодой семьи»** путем создания отдельных кабинетов в поликлиниках по консультированию молодых семей, обследованию, наблюдению и лечению проблем с репродуктивным здоровьем (при необходимости маршрутизации в другие лечебные учреждения). Создание профилактической среды, пропаганда здорового образа жизни среди молодежи и подростков, борьба с заболеваниями, передаваемыми половым путем. Применение наиболее эффективных современных методов лечения для сохранения каждой желанной беременности и психологическая поддержка пар.
2. **«Эффективные технологии — для профилактики и лечения бесплодия»** — внедрение массовых программ по профилактике первичного и вторичного бесплодия у мужчин и женщин, своевременная диагностика бесплодия и других проблем в сфере репродуктивного здоровья, которые потенциально могут приводить к нему. Интенсивное повышение квалификации врачей в данном направлении;

подбор оптимальной терапии для повышения эффективности ВРТ; информирование женщин об эффективных методах профилактики и лечения бесплодия.

3. «Охрана здоровья женщин на протяжении всей жизни» — реализация межведомственного и комплексного подхода в охране здоровья женщин на протяжении всей жизни, включая период менопаузы.

Названные программы должны быть разработаны до 1 июня 2022 г. таким образом, чтобы предусмотреть необходимые дополнительные средства на их реализацию в федеральном бюджете на 2023–2025 гг. и прогнозный период до 2030 г. На все эти меры потребуются дополнительно не менее 1,7 трлн рублей ежегодно, что с учетом уже затрачиваемых средств (**1,8 трлн рублей**) составит **3,3% ВВП**. Именно столько же тратят на подобные меры развитые страны, которым удалось добиться повышения КФ до уровня **1,7–2,0** (Франция, Швеция) и поднять его с очень низкого уровня (Германия).

Для разработки программ в Правительстве РФ необходимо создать специальную межведомственную комиссию во главе с председателем Правительства. В разработке программ должны принять участие законодательные органы власти — Государственная Дума и Совет Федерации, а также все заинтересованные ведомства: Министерство труда и социальной защиты, Министерство здравоохранения (включая главных внештатных специалистов и ведущих экспертов), Министерство просвещения, Минспорт, РАН и губернаторы регионов. Основные положения разработки программ представлены в **Приложении 3**.

Комплексный и межведомственный подход в реализации данной Стратегии и программ позволит увеличить число рождений детей в РФ на 200–300 тыс. ежегодно, соответственно будет возможно выполнить поставленные Президентом РФ национальные цели.



ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ДАННЫЕ ЭКОНОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ О ВОЗДЕЙСТВИИ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА РОЖДАЕМОСТЬ В РФ

Среди множества факторов демографического и социально-экономического характера выбраны:

- среднедушевые доходы населения (далее — ДН);
- доля женщин в возрасте 20–34 лет в общей численности женщин репродуктивного возраста (15–49 лет);
- материнский капитал.

Уравнение регрессии, которое оценивало влияние выбранных нами объясняющих переменных на КФ, имеет следующий вид:

$$\log(\text{КФ}_{it}) = \beta_0 + \beta_1 \log(\text{РДН}_{it-1}) + \beta_2 \log(\text{ДЖ}_{it}) + \beta_3 \text{МК} + \mu_i + \varepsilon_{it},$$

где μ_i — фиксированный эффект конкретного региона, а ε_{it} — остаточный член.

Переменная реальных доходов взята с лагом в один период, поскольку от планирования до рождения ребенка, как правило, проходит год. Переменные преобразованы в логарифмическую форму (натуральные логарифмы), поскольку зависимость между показателями КФ и объясняющими переменными является нелинейной, что хорошо охватывается с помощью логарифмического преобразования.

Выборка включает в себя все данные по субъектам РФ за 1996–2019 гг., кроме субъектов СКФО. Результаты оценки уравнения регрессии представлены в табл. П-1.

Таблица П-1. Результаты оценок регрессии (1996–2019 гг.)

Зависимая переменная: суммарный коэффициент рождаемости	
Независимые переменные	МНК (ФЭ)
Среднедушевые доходы населения	0,146*** (0,011)
Доля женщин в возрасте 20–34 лет	0,374*** (0,039)
Материнский капитал	0,083*** (0,008)
Постоянная	2,441*** (0,135)
Коэффициент детерминации (R^2)	0,89
Число наблюдений	1715

Примечание. Устойчивые стандартные ошибки в скобках; *** — значим на уровне 1%; МНК (ФЭ) — метод наименьших квадратов с фиксированными эффектами.

Как следует из табл. П-1, коэффициенты эластичности всех объясняющих переменных являются статистически значимыми на 1-процентном уровне, а коэффициент детерминации равен 0,89 (89%), свидетельствуя о том, что зависимая переменная (КФ) довольно точно описывается построенной моделью.

Согласно полученным результатам, 10-процентное увеличение среднедушевых доходов населения и доли женщин в возрасте 20–34 лет в общей численности женщин репродуктивного возраста приводит к увеличению КФ на 1,5 и 3,7% соответственно, а программа материнского капитала, которая начала действовать с 2007 г., приводит к увеличению КФ на 8%.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. РАСЧЕТ ЗАТРАТ В РФ НА СТИМУЛИРОВАНИЕ РОЖДАЕМОСТИ И ПОДДЕРЖКУ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ

Данные получены из Казначейства РФ по статьям расходов за 2020 г.:

- «средства федерального бюджета, передаваемые бюджету ПФР на предоставление материнского семейного капитала» (428 млрд рублей);
- «средства федерального бюджета, передаваемые бюджету ПФР на дополнительные меры социальной поддержки семей, имеющих детей» (656 млрд рублей);
- «консолидированные бюджеты субъектов РФ и территориальных государственных внебюджетных фондов по статье “Охрана семьи и детства”» (720 млрд рублей), включая расходы по статье «Оказание мер государственной поддержки в связи с беременностью и родами, а также гражданам, имеющим детей» (325,3 млрд рублей), которые выплачиваются через ФСС, а также расходы на создание дополнительных мест для детей от 1,5 до 3 лет в дошкольных образовательных учреждениях (12 млрд рублей).

Всего расходы по названным статьям составляют **1,8 трлн рублей, или 1,7%**.

ВВП.

Для сопоставимости расходов на семейную политику в РФ и развитых странах мы использовали методику ОЭСР [42]. По ней в эти затраты входят следующие статьи: пособия в связи с беременностью и родами; налоговые льготы, предоставляемые семьям с детьми; меры материальной поддержки семей; а также услуги по уходу за детьми раннего возраста (а именно: на детей с двумя и более детьми в возрасте 2 и 3 лет, находящихся в яслях). Для РФ рассчитано, что в 2020 г. государством по этой статье тратится около

78 млрд рублей. **Расчеты:** всего в РФ, по данным Казначейства РФ, на дошкольное образование тратится около 1 трлн рублей из консолидированных бюджетов субъектов РФ, из них на семьи с двумя и более детьми в возрасте 2 и 3 года — около 70 млрд рублей (поскольку численность таких семей от общего числа семей с детьми в возрасте от 1,5 до 7 лет составляет 0,7%).

Итого в 2020 г. в РФ общие расходы на стимулирование рождаемости и поддержку семей с детьми составили **более 1,8 трлн рублей, или 1,7% ВВП**, из них на меры по уходу за детьми было потрачено **82 млрд рублей, или 0,07% ВВП**.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РАЗРАБОТКИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СТРАТЕГИЧЕСКИХ ДОКУМЕНТОВ

Нормативная база по стратегическому планированию в РФ.

1. Федеральный закон от 28.06.2014 № 172-ФЗ «О **стратегическом планировании** в Российской Федерации».
2. Указ Президента РФ от 8 ноября 2021 г. № 633 «Об утверждении Основ государственной политики в сфере стратегического планирования в Российской Федерации».
3. Постановление Правительства РФ от 02.08.2010 № 588 (ред. от 15.11.2017) — «Об утверждении Порядка разработки, реализации и оценки эффективности **государственных программ** Российской Федерации».
4. Постановление Правительства РФ от 26.06.1995 № 594 (ред. от 28.12.2017) — «О реализации Федерального закона “О поставках продукции для федеральных государственных нужд” (вместе с “Порядком разработки и реализации **федеральных целевых программ...**)».
5. Постановление Правительства РФ от 15.10.2016 № 1050 «Об организации **проектной деятельности** в Правительстве Российской Федерации (вместе с “Положением об организации проектной деятельности...”»).

Согласно этим нормативным документам, **стратегия** — это базовый документ, содержащий систему приоритетов, целей, принципов, основных направлений и задач. **Программа** — комплекс взаимосвязанных проектов и мероприятий, объединенных общей целью и координируемых совместно, в целях повышения общей результативности и управляемости. **Проект** — комплекс взаимосвязанных мероприятий, направленных на достижение уникальных результатов **в условиях временных и ресурсных ограничений**.

Соподчинение стратегических документов в части достижения к 2030 г. в РФ ОПЖ 78 лет представлено на **рис. П-1**.

Соподчинение **главных** стратегических документов в части достижения ОПЖ **78 лет**



Рис. П-1. Соподчинение главных стратегических документов в части достижения ОПЖ 78 лет

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Информация Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 марта 2021 г. Самые частые вопросы: пособия малообеспеченным семьям на детей от 3 до 7 лет [Electronic resource]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400432485/> (дата обращения: 05.01.2022).
2. ВЦИОМ. Новости. Семья и дети: установки и реалии [Electronic resource]. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/semja-i-deti-ustanovki-i-realii> (дата обращения: 05.01.2022).
3. Luppi F., Arpino B., Rosina A. The impact of COVID-19 on fertility plans in Italy, Germany, France, Spain, and the United Kingdom // Demogr. Res. Max Planck Institute for Demographic Research. 2020. Vol. 43. P. 1399–1412.
4. Женская консультация в СССР: как это было. Дети Mail.ru [Electronic resource]. URL: <https://deti.mail.ru/article/zhenskaya-konsultaciya-v-sssr-kak-eto-bylo/> (дата обращения: 05.01.2022).
5. Хронология законодательства о репродуктивных правах. Википедия [Electronic resource]. URL: https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.dff885c9-61e41f53-86403085-74722d776562/https/en.wikipedia.org/wiki/Timeline_of_reproductive_rights_legislation (дата обращения: 16.01.2022).
6. Международная демократическая федерация женщин — это... Что такое Международная демократическая федерация женщин? [Electronic resource]. URL: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/bse/107771/Международная> (дата обращения: 16.01.2022).
7. Дополнительное образование детей и взрослых. Википедия [Electronic resource]. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Дополнительное_образование_детей_и_взрослых#cite_note-3 (дата обращения: 16.01.2022).
8. Младенческая смертность в России в XX веке [Electronic resource]. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2003/0125/analit02.php> (дата обращения: 16.01.2022).
9. Рождаемость в СССР и странах мира [Electronic resource]. URL: <http://su90.ru/birth.html> (дата обращения: 16.01.2022).
10. Путин предложил меры для роста рождаемости — Ведомости [Electronic resource]. URL: <https://www.vedomosti.ru/politics/articles/2020/01/15/820640-putin-predlozhil-meri> (дата обращения: 11.12.2021).
11. Путин назвал меры по оздоровлению нации и решению демографических проблем. Обобщение [Electronic resource]. URL: <https://www.interfax.ru/russia/762474> (дата обращения: 06.01.2022).

12. Путин поручил обеспечить прирост населения к 2024 году. РБК [Electronic resource]. URL: <https://www.rbc.ru/politics/06/08/2021/610d2d609a79472a5ecf6a3f?> (дата обращения: 06.01.2022).
13. Путин назвал одну из основных проблем России. РБК [Electronic resource]. URL: <https://www.rbc.ru/society/30/11/2021/61a614429a7947fbdad96173> (дата обращения: 06.01.2022).
14. Горина Е.А. Материальное положение российских семей с детьми и стимулирование рождаемости на федеральном и региональном уровнях. Международная конференция «Демографические тенденции в России: наследие советского времени или новый поворот?» [Electronic resource]. URL: https://demogr.hse.ru/data/2019/12/12/1524279593/%D0%93%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%A1%D1%82%D0%B8%D0%BC%D1%83%D0%BB%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D1%80%D0%BE%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%2022.11.19.pdf (дата обращения: 06.01.2022).
15. Карева Д.Е. Востребованность действующих государственных мер социальной поддержки семей с детьми и запрос на дополнительные меры / В кн.: Семьи с детьми в России: уровень жизни и политика социальной поддержки: докл. к XX Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества // ВШЭ Москва, 9–12 апр. 2019 г. 2019. С. 125–145.
16. How do parents organise childcare in the EU? Products Eurostat News. Eurostat [Electronic resource]. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210330-1> (дата обращения: 09.01.2022).
17. От универсальной доступности к современному качеству: дошкольное образование в России. ВШЭ 2019 г. [Electronic resource]. URL: https://viro.edu.ru/attachments/article/9572/07_universal_dostupn.pdf (дата обращения: 18.01.2022).
18. Косарецкий С.Г. Дополнительное образование: изменения в контексте реализуемых приоритетов государственной политики, мониторинг экономики образования. ВШЭ 2020 г. [Electronic resource]. URL: <https://www.hse.ru/data/2020/09/24/1585121175/%D0%92%D1%8B%D0%BF%D1%83%D1%81%D0%BA%2017-2020%20%D0%94%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B5%20%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8..%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B2%20>

- %D0%B3%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B9%20%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8.pdf (дата обращения: 18.01.2022).
19. Новости. Правительство России. Татьяна Голикова провела итоговое заседание Совета при Правительстве по вопросам попечительства в социальной сфере [Electronic resource]. URL: <http://government.ru/news/44251/> (дата обращения: 07.01.2022).
 20. Рак шейки матки. Клинические рекомендации. 2020 г. [Electronic resource]. URL: <http://www.oncology.ru/specialist/treatment/references/actual/537.pdf> (дата обращения: 07.01.2022).
 21. Regitz-Zagrosek V. Sex and gender differences in health. Science & Society Series on Sex and Science. EMBO Rep. 2012 Jun 29. Vol. 13. N 7. P. 596–603. DOI: 10.1038/embor.2012.87. PMID: 22699937; PMCID: PMC3388783.
 22. Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward Madrid Statement [Electronic resource]. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf (дата обращения: 07.01.2022).
 23. Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования в 2019 году и истекшем периоде 2020 года при проведении процедур ЭКО». Счетная палата РФ. 2020 г. [Electronic resource]. URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/9b0/9b06bc06ddedb49a807822ad7cd21621.pdf> (дата обращения: 17.01.2022).
 24. Национальный регистр ВРТ [Electronic resource]. URL: https://rahr.ru/registr_otchet.php (дата обращения: 17.10.2021).
 25. Современная демографическая ситуация и проблемы улучшения репродуктивного здоровья населения России. Экспериментальная и клиническая урология [Electronic resource]. URL: <https://ecuro.ru/node/3567> (дата обращения: 07.01.2022).
 26. Мужское здоровье в современной системе здравоохранения РФ. UroWeb.ru — Урологический информационный портал [Electronic resource]. URL: <https://www.uroweb.ru/news/mugskoe-zdorove-v-sovremennoy-sisteme-zdravoohraneniya-rf> (дата обращения: 17.01.2022).
 27. WHO. Infertility is a global public health issue // WHO. World Health Organization, 2019. [Electronic resource]. URL: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/perspective/en/> (дата обращения: 17.01.2022).

28. Демографический вызов России: рациональные решения и готовность системы общественного здоровья [Electronic resource]. URL: <https://www.vshouz.ru/journal/2018-god/demograficheskiy-vyzov-rossii-ratsionalnye-resheniya-i-gotovnost-sistemy-obshchestvennogo-zdorovya/> (дата обращения: 26.08.2021).
29. Клинические рекомендации (гинекология) [Electronic resource]. URL: https://roag-portal.ru/recommendations_gynecology (дата обращения: 18.08.2021).
30. Policy responses to low fertility: How effective are they? United Nations Population Fund [Electronic resource]. URL: <https://www.unfpa.org/publications/policy-responses-low-fertility-how-effective-are-they> (дата обращения: 09.12.2021).
31. Улумбекова Г.Э., Худова И.Ю. Оценка демографического, социального и экономического эффекта применения гормональной терапии при эндометриозе и аномальных маточных кровотечениях // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2022. Т. 8, № 1. URL: https://acu-gin-journal.ru/patrn/pdf/online-first/2022_01.pdf
32. Прохоренко Н.Ф. Демографический потенциал: дополнительные аспекты // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 2. С. 22–47. DOI: 10.24411/2411-8621-2019-12002.
33. World Health Organization. Regional Office for Europe. Strategic action plan for the health of women in Europe : endorsed at a WHO meeting, Copenhagen, 5–7 February 2001. WHO Regional Office for Europe, 2001. P. [Electronic resource]. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108447?locale-attribute=ru&> (дата обращения: 09.12.2021).
34. National Women’s Health Strategy 2020–2030 | Australian Government Department of Health [Electronic resource]. URL: <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-womens-health-strategy-2020-2030> (accessed: 12.10.2021).
35. Women’s Health Strategy: Call for Evidence — GOV.UK [Electronic resource]. URL: <https://www.gov.uk/government/consultations/womens-health-strategy-call-for-evidence/womens-health-strategy-call-for-evidence> (accessed: 13.08.2021).
36. Our Vision for the Women’s Health Strategy for England - GOV.UK [Electronic resource]. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/our-vision-for-the-womens-health-strategy-for-england> (accessed: 13.08.2021).
37. Улумбекова Г.Э., Худова И.Ю. Оценка демографического, социального и экономического эффекта при приеме менопаузальной гормональной терапии // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2020. Т. 6, № 4. С. 23–53. DOI: 10.24411/2411-8621-2020-14002

38. Fisher K., Robinson J. Daily Life in 23 Countries // Soc. Indic. Res. Springer. 2011. Vol. 101, N 2. P. 295.
39. Lei X. “What We Want is to be Happy rather than Marrying”: Exploring Japanese Single Women’s Perceptions on Marriage, Childlessness and Being Single // J. Int. Adv. Japanese Stud. 2017. Vol. 9. P. 15–29.
40. Montants 2020 des allocations familiales et autres prestations familiales [Electronic resource]. URL: https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france6_prestations-familiales.html (дата обращения: 11.01.2022).
41. Paternity and parental leave policies across the European Union. Publications Office of the EU [Electronic resource]. URL: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/a8464ad8-9abf-11e8-a408-01aa75ed71a1/language-en> (дата обращения: 17.01.2022).
42. PF1.1: Public spending on family benefits Definitions and methodology. OECD. [Electronic resource]. URL: https://www.oecd.org/els/soc/PF1_1_Public_spending_on_family_benefits.pdf (дата обращения: 17.01.2022).