

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОЖДАЕМОСТИ В РОССИИ: РОЛЬ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

О.В. Кучмаева, д-р экон. наук,

Московский государственный университет экономики, статистики
и информатики (МЭСИ),

О.Л. Петрякова, канд. экон. наук,

Институт семьи и воспитания РАО

Демографическая ситуация в России остается весьма сложной, и несмотря на увеличение рождаемости, только в 2009 г. наблюдался крайне незначительный положительный общий прирост населения. Естественная убыль населения сохранялась в 2006-2008 гг., невзирая на некоторую стабилизацию социально-экономического положения и ряд предпринимаемых Правительством РФ мер демографической политики. Естественная убыль населения носит устойчивый и долговременный характер, однако темпы ее постепенно замедляются. Если в 2006 г. показатель естественной убыли населения составил 689,5 тыс. человек (-4,8 на 1000 населения), то в 2008 г. естественная убыль продолжалась, но ее темпы вновь замедлились (-362 тыс. человек, или -2,6‰). По сравнению с 2000 г., когда показатели негативного баланса численности родившихся и умерших были максимальными (-958,5 тыс. человек, или -6,5‰), темпы естественной убыли в 2008 г. замедлились более чем в два с половиной раза.

Во многом это связано с увеличением рождаемости в последние годы. Устойчивая тенденция роста рождаемости наблюдается с 2003 г., причем в 2008 г. общий коэффициент рождаемости составил 12,1‰, что значительно больше, чем в 2006 г., - 10,6‰). Конечно, по сравнению с минимальными показателями рождаемости, отмеченными в послекризисные 1999-2000 гг. (например, в 2000 г. общий коэффициент рождаемости составил всего 8,7‰), - это ощутимый рост. Однако даже возросший уровень рождаемости пока не обеспечивает простого замещения родительских поколений.

Несмотря на то, что идеалом в обществе остается двухдетная семья (более половины респондентов при проведении социологических опросов называют двоих детей в качестве наиболее желаемого их числа), среди домохозяйств, имевших детей до 18 лет, за межпереписной период повысилась доля однодетных - до

34% в 2002 г. против 30% в 1989 г., в то же время сократился процент семей с двумя детьми (соответственно 15 и 23%), тремя и более детьми (3 и 6% соответственно). Опыт исследований показывает, что как правило, семьи имеют: одного ребенка - при любых условиях (если позволяет здоровье); двух детей - при благоприятных условиях; трех и более детей - в большинстве случаев семьи не желают иметь ни при каких условиях.

По данным исследования «Семья и рождаемость», проведенного Росстатом осенью 2009 г. в 30 субъектах Российской Федерации, представляющих все федеральные округа, женщины репродуктивного возраста фактически имели в среднем по 1,51 ребенка; собираются иметь - в среднем по 1,72 (включая уже имеющих детей); хотели бы иметь - в среднем по 2,28 ребенка¹.

Исследование «Семья и общество в России: эволюция оценок и ценностей в общественном мнении населения», проведенное Институтом семьи и воспитания РАО в 2006 г. в 13 регионах Российской Федерации, показало (как, впрочем и целый ряд других исследований), что желаемое число детей несколько выше реального количества детей в семьях опрошенных. При создании необходимых условий семьи, возможно, реализовали бы свои репродуктивные планы, что приведет к улучшению режима воспроизводства населения.

На осуществление репродуктивных планов относительно рождения двоих детей чаще всего негативное воздействие оказывают экономические проблемы и бедность российских семей, вызывающие откладывание рождения детей, а в ряде случаев и полный отказ от их рождения (особенно вторых и последующих детей). Для выяснения основных причин, мешающих увеличению рождаемости в России, респондентам был задан вопрос²: «Как Вы считаете, способствовали бы

¹ См.: Краткие итоги выборочного обследования «Семья и рождаемость»/ http://www.gks.ru/free_doc/2010/family.htm

² См.: «Семья и общество в России: эволюция оценок и ценностей в общественном мнении населения». Отчет по результатам исследования. Рукопись. Коллектив авторов. М.: Институт семьи и воспитания РАО, 2007.

повышению рождаемости в России следующие мероприятия?». С точки зрения значимости этой проблемы для семьи, по критерию «самое главное» основными мероприятиями респонденты считают: «Предоставление жилья всем нуждающимся» - эту позицию как самую главную отметили 77,3% респондентов; «Развитие системы пособий для детей с детьми», ее как наиболее важную отметили 53,6% респондентов и «Обеспечение гарантий занятости семьям с детьми» - самым главным мероприятием его считает 41,8% опрошенных. Менее важными мерами демографической политики респонденты полагают, по всей видимости, те, которые не отражают остроту проблем, с которыми они сталкиваются в повседневной жизни, например «Формирование негативного отношения к абортam» и «Усложнение процедуры развода» - всего 4,6 и 11% опрошенных считают это самым главным.

Выполнение семьей ее репродуктивной функции в значительной мере зависит от реализации ее экономической функции. Бедность семей с детьми в России остается довольно значительной, а рождение каждого последующего ребенка весьма увеличивает шансы семьи попасть в категорию малообеспеченной.

Во многом рост общего коэффициента рождаемости в 2003-2009 гг. обеспечивался структурным фактором: увеличением в общей численности населения доли женщин в репродуктивном возрасте. Именно в 2003 г. в репродуктивный возраст стали входить относительно многочисленные поколения, рожденные в начале и середине 80-х годов прошлого века. Проводимые Правительством РФ меры демографической политики (например, выплата «материнского капитала» и т. п.) нацелены сохранить тенденцию увеличения рождаемости. Однако рождаемость - наиболее сложно корректируемый из демографических процессов. И результаты проведенных мероприятий демографической политики можно будет оценить (и сделать вывод, являются ли они ее следствием или же произошли по ряду иных причин) через значительный промежуток времени из-за инерционности процесса.

Попытаемся пока оценить, насколько рост рождаемости в период 2006-2008 гг. был вызван воздействием демографических или социальных факторов (введение в практику социальной деятельности так называемого «материнского капитала», то есть стимулирования рождения вторых и последующих по очередности рождения детей путем введения целевых выплат в сумме 250 тыс. рублей с последующей индексацией с учетом инфляции). По достижении ребенком трехлетнего возраста, начиная с 1 января 2010 г., «материнский (семейный) капитал» можно будет направить на: получение образования (в том числе дополнительных

видов образования) любым ребенком (в том числе первым, вторым и последующим) в возрасте до 25 лет; приобретение жилья на территории Российской Федерации с использованием ипотеки или иных систем кредитования; формирование накопительной части трудовой пенсии женщины³.

Суммарный коэффициент рождаемости (число детей, рожденных одной женщиной за весь репродуктивный период) также увеличился по сравнению с кризисными 1990-ми годами. Повышение суммарного коэффициента рождаемости не следует связывать только с постепенным выходом страны из социально-экономического кризиса. В докризисную эпоху в течение целой четверти века - со второй половины 1960-х до начала 1990-х годов этот показатель равнялся 1,9-2,0, то есть был ниже черты простого замещения поколений. Лишь на короткое время в середине 1980-х годов он поднялся немного выше этой черты (2,1-2,2), а затем вновь упал до 1,16 в 1999 г. Потом он стал повышаться и в 2006 г. составил 1,3 ребенка, в 2007 г. - 1,41, в 2008 г. - 1,49. Однако его уровень еще весьма далек от уровня, обеспечивающего простое воспроизводство населения (для этого необходим его уровень, равный хотя бы 2,1-2,2 ребенка на одну женщину).

Анализ данных статистики позволяет в определенной степени ответить на вопрос о том, какова специфика роста показателей рождаемости в России в последние годы, включая ее региональную дифференциацию.

Прирост общего коэффициента рождаемости в 2006-2008 гг. составил 16,3%. Расчет индекса общего коэффициента рождаемости:

$$\frac{F_1 d_{W_{15-49}^W}^1 d_{W_1}^S}{F_0 d_{W_{15-49}^W}^0 d_{W_0}^S} = \frac{F_1 d_{W_{15-49}^W}^1 d_{W_1}^S}{F_0 d_{W_{15-49}^W}^0 d_{W_1}^S} \times \frac{F_0 d_{W_{15-49}^W}^1 d_{W_1}^S}{F_0 d_{W_{15-49}^W}^0 d_{W_1}^S} \times \frac{F_0 d_{W_{15-49}^W}^1 d_{W_1}^S}{F_0 d_{W_{15-49}^W}^0 d_{W_0}^S},$$

$$J_n = J_F \times J_{W_{15-49}(W)} \times J_{W(S)},$$

где J_n (индекс переменного состава) отражает изменение общего коэффициента рождаемости под воздействием всех факторов в целом;

J_F (индекс постоянного состава) определяет изменение общего коэффициента рождаемости под воздействием динамики специального коэффициента рождаемости;

$J_{W_{15-49}(W)}$ (индекс структурных сдвигов 1-го порядка) характеризует воздействие изменения удельного веса женщин репродуктивного возраста в общей численности женщин на динамику общего коэффициента рождаемости;

$J_{W(S)}$ (индекс структурных сдвигов 2-го порядка), напротив, выражает изменение общего коэффициента рождаемости за счет изменения только половой структуры населения - показал, что за рассматриваемый период общий коэффициент рождаемости увеличился на 16,3%. И преж-

³ См.: Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей».

де всего увеличение происходило за счет роста интенсивности рождаемости (на 18,3%). Позитивное влияние структуры женского населения на рост показателей рождаемости к 2008 г. практически исчерпало себя. Индекс структурных сдвигов 1-го порядка $J_{W_{15-49}(W)}$ составил 98,49%, индекс структурных сдвигов 2-го порядка $J_{W(S)}$ - 99,81%. В 2006-2008 гг. среди возрастных групп женщин рост численности был характерен только для групп 15-19 лет (на 16,1%), 40-44 лет (на 11,6%) и 45-49 лет (на 0,8%), среди которых лишь для группы 15-19 лет характерен достаточно значимый уровень рождаемости (30,5%).

Стандартизация специального коэффициента рождаемости (число рождений на 1000 женщин в возрасте

15-49 лет) прямым способом ($F_{cm}^{np} = \frac{\sum F_x W_x^0}{\sum W_x^0} = \sum F_x w_x^0$)

показала, что в случае сохранения в 2007 г. возрастной структуры женщин репродуктивного возраста на уровне 2006 г. величина специального коэффициента рождаемости составляла 40,8‰ (фактически - 41,4‰); в 2008 г. - 43,3‰ (фактически - 44,6‰). То есть несмотря на сокращение численности и доли женщин репродуктивного возраста в населении, продолжающееся увеличение численности женщин в возрастах 15-19 лет и 40-49 лет оказало влияние на рост специального коэффициента рождаемости.

Стандартизация специального коэффициента рождаемости за 2007 и 2008 гг. косвенным способом

($F_{cm}^{koc} = F^0 \frac{\sum F_x W_x}{\sum F_x^0 W_x}$) при принятии за стандарт возраст-

ных коэффициентов рождаемости за 2006 г. показала, что за счет роста интенсивности рождаемости в 2007 г. специальный коэффициент рождаемости увеличился на 8%, в 2008 г. - на 15,1%.

В рассматриваемый период 2006-2008 гг. специальный коэффициент рождаемости возрос с 37,7 до 44,6‰ практически во всех регионах (в целом по России увеличение составило 18,3%), однако наибольшее увеличение произошло в Северо-Кавказских республиках, национальных республиках Поволжья, Урала и Восточной Сибири и некоторых регионах с более молодой структурой населения, где всегда отмечалась несколько более высокая рождаемость, чем в целом по стране (см. таблицу 1).

Весьма значительным было увеличение рождаемости и в центральных регионах России (четвертая и третья группа регионов), которые традиционно характеризуются низкой рождаемостью. Однако благоприятная демографическая структура населения, улучшение общей экономической ситуации и влияние мер демографической политики, реализуемой государством, как совокупность факторов позволили повысить специальный коэффициент рождаемости на 14-16%.

Таблица 1

Группировка регионов РФ по темпу роста специального коэффициента рождаемости, 2008/2006 гг.

№	Интервал, в %	Количество регионов	Списки групп
1	Менее 112,00	5	Камчатский край, Приморский край, Амурская область, Магаданская область, Чукотский автономный округ
2	112,01-114,01	10	Ярославская область, Республика Коми, Вологодская область, Архангельская область, Ленинградская область, Новгородская область, Ямало-Ненецкий автономный округ, Республика Саха-Якутия, Хабаровский край, Сахалинская область
3	114,02-116,02	14	Владимирская область, Курская область, Липецкая область, Орловская область, Тамбовская область, Тверская область, Тульская область, Республика Карелия, Астраханская область, Ростовская область, Республика Мордовия, Чувашская Республика, Самарская область, Ханты-Мансийский автономный округ
4	116,03-118,03	20	Воронежская область, Белгородская область, Ивановская область, Калужская область, Московская область, Смоленская область, г. Москва, Республика Калмыкия, Республика Северная Осетия-Алания, Чеченская Республика, Краснодарский край, Волгоградская область, Нижегородская область, Саратовская область, Свердловская область, Тюменская область, Забайкальский край, Кемеровская область, Томская область, Еврейская автономная область
5	Более 118,04	31	Брянская область, Курская область, Рязанская область, Ненецкий автономный округ, Калининградская область, г. Санкт-Петербург, Республика Адыгея, Республика Дагестан, Республика Ингушетия, Кабардино-Балкарская Республика, Карачаево-Черкесская Республика, Ставропольский край, Республика Марий Эл, Республика Башкортостан, Республика Татарстан, Удмуртская Республика, Пермский край, Кировская область, Оренбургская область, Пензенская область, Ульяновская область, Курганская область, Челябинская область, Республика Алтай, Республика Бурятия, Республика Тыва, Алтайский край, Красноярский край, Иркутская область, Новосибирская область, Омская область

Ретроспективный прогноз специального коэффициента рождаемости на 2007-2008 гг. по данным за 1987-2006 гг. по кубической модели ($\hat{y} = 78,6352 - 8,1225x + 0,4310x^2 - 0,0062x^3$) показал, что в случае сохранения тенденций специальный коэффициент рождаемости составлял бы в 2007 г. 40,7‰ (фактически - 41,4‰), в 2008 г. - 42,5‰ (фактически - 44,6‰). То есть налицо воздействие иных факторов, не определяемых долговременной тенденцией изменения интенсивности рождаемости. К аналогичным выводам приводит и расчет гипотетического числа рождений за 2007 и 2008 гг. при условии сохранения возрастных коэффициентов рождаемости на уровне 2006 г. В этом

случае в 2007 г. родилось бы 1486081 детей (фактически - 1610122 детей), в 2008 г. - 1488286 детей (фактически - 1713947 детей). То есть в реальности число рождений в 2007 г. было на 8,3% больше, в 2008 г. - больше на 15,2%.

Рост рождаемости в регионах Российской Федерации происходит неравномерно. При низких репродуктивных ориентациях в наибольшей степени он зависит от показателей уровня жизни в регионе, демографической структуры населения, прежде всего от доли женщин в детородном возрасте, а также от репродуктивных установок и ценностей населения.

Для оценки специфики дифференциации показателей рождаемости в регионах РФ в 2006-2008 гг. и выявления типологических групп регионов по характеристикам рождаемости был проведен кластерный анализ 77 субъектов РФ. Расстояние между объектами определялось по методу «дальнего соседа». В качестве меры близости при классификации объектов использовалось евклидово расстояние:

$$p(x_i, x_g) = \sqrt{\sum_{j=1}^k (x_{ij} - x_{gj})^2}, \quad 1 \leq j \leq k.$$

На основании расчета p -вероятности ошибки при принятии гипотезы о неравенстве дисперсий между и внутри образованных кластеров принят вариант разбиения совокупности объектов на пять кластеров. Вероятность ошибки при принятии гипотезы о неравенстве дисперсий, вычисленная с помощью F -критерия, крайне низка для всех признаков; это говорит о том, что кластеры сформированы корректно.

В результате 77 субъектов РФ (Усть-Ордынский автономный округ рассматривается вместе с Иркутской областью, Таймырский и Эвенкийский автономные округа - вместе с Красноярским краем, по ряду регионов отсутствуют достоверные данные) были разбиты на пять кластеров по следующим признакам, признанным значимыми, - темпы роста показателей за 2006-2008 гг., в процентах:

X_1 - доля бедных среди всего населения (изменение);

X_2 - децильный коэффициент;

X_3 - доля родившихся вне брака;

X_4 - возрастной коэффициент рождаемости у женщин в возрасте 15-19 лет;

X_5 - возрастной коэффициент рождаемости у женщин в возрасте 20-24 лет;

X_6 - возрастной коэффициент рождаемости у женщин в возрасте 25-29 лет;

X_7 - возрастной коэффициент рождаемости у женщин в возрасте 30-34 лет;

X_8 - возрастной коэффициент рождаемости у женщин в возрасте 35-39 лет;

X_9 - возрастной коэффициент рождаемости у женщин в возрасте 40-44 лет;

X_{10} - возрастной коэффициент рождаемости у женщин в возрасте 45-49 лет;

X_{11} - суммарный коэффициент рождаемости;

X_{12} - суммарный коэффициент рождаемости в 2006 г., детей на одну женщину репродуктивного возраста.

В ходе проведения кластерного анализа проверке подвергались следующие гипотезы: рост возрастных коэффициентов рождаемости происходит в регионах России неравномерно, влияние на увеличение рождаемости в рассматриваемый период времени оказало некоторое улучшение экономической ситуации, рост рождаемости был в большей степени характерен для тех регионов, где ее уровень был относительно выше в 2006 г. по сравнению с другими регионами.

В результате было получено пять кластеров.

Состав кластеров:

Кластер 1. Орловская область, Тульская область, Республика Карелия, Карачаево-Черкесская Республика, Камчатский край, Амурская область, Сахалинская область.

Кластер 2. Белгородская область, Брянская область, Воронежская область, Калужская область, Курская область, Рязанская область, Архангельская область, Калининградская область, Кабардино-Балкарская Республика, Ставропольский край, Астраханская область, Удмуртская Республика, Нижегородская область, Кировская область, Пензенская область, Самарская область, Курганская область, Свердловская область, Челябинская область, Республика Алтай, Республика Бурятия, Республика Тыва, Республика Хакасия, Алтайский край, Забайкальский край, Красноярский край, Иркутская область, Кемеровская область, Омская область.

Кластер 3. Костромская область, Тверская область, Ярославская область, г. Москва, Республика Коми, Вологодская область, Ленинградская область, Новгородская область, г. Санкт-Петербург, Волгоградская область, Республика Башкортостан, Чувашская Республика, Пермский край, Саратовская область, Тюменская область, Республика Саха-Якутия, Приморский край, Хабаровский край, Чукотский автономный округ.

Кластер 4. Липецкая область, Московская область, Смоленская область, Тамбовская область, Мурманская область, Псковская область, Республика Калмыкия, Республика Северная Осетия-Алания, Краснодарский край, Ростовская область, Республика Марий Эл, Республика Татарстан, Оренбургская область, Ульяновская область, Новосибирская область.

Кластер 5. Ненецкий автономный округ, Республика Адыгея, Республика Ингушетия, Республика Дагестан, Магаданская область.

Наибольшие различия между кластерами наблюдаются в изменении доли бедных - в наибольшей степени уменьшение произошло в пятом кластере, наименьшее - в третьем, а также в изменении уровня рождаемости среди женщин старших возрастов (40-44 лет и 45-49 лет).

Таблица 2

Средние значения признаков для кластеров

Показатели	Кластер 1 (7 регионов)	Кластер 2 (29 регионов)	Кластер 3 (19 регионов)	Кластер 4 (15 регионов)	Кластер 5 (5 регионов)
X_1	85,91	82,26	97,99	80,42	71,38
X_2	112,91	110,94	98,19	111,7	110,14
X_3	96,35	93,37	91,78	94,56	87,69
X_4	106,54	108,44	103,67	104,02	126,77
X_5	102,13	105,22	99,42	102,21	111,57
X_6	112,76	120,02	114,05	115,89	111,27
X_7	124,64	135,93	124,84	130,63	120,48
X_8	136,95	144,82	136,49	139,82	122,81
X_9	212,80	162,21	137,99	137,89	106,86
X_{10}	70,50	120,74	111,89	119,58	200,07
X_{11}	111,4	118,07	110,14	113,87	115,05
X_{12}	1,32	1,33	1,39	1,29	1,55

Наибольший рост рождаемости (изменение суммарного коэффициента рождаемости) отмечается во втором и пятом кластерах; в этих же кластерах наиболее существенное снижение доли бедных. Можно сказать, что повышение рождаемости в некоторой степени обусловлено улучшением уровня жизни, воздействием мер демографической политики, в частности «материнского капитала». Пятый кластер характеризовался и ранее достаточно высоким показателем рождаемости (в нем сосредоточены регионы, для которых характерна более молодая структура населения, в некоторых кавказских регионах такие показатели рождаемости обусловлены также и традиционно высокими репродуктивными установками населения), здесь еще в 2006 г. суммарный коэффициент рождаемости был на уровне 1,5 ребенка. Регионы 5-го кластера (их всего пять) характеризуются ростом суммарной рождаемости за счет рождаемости в самых молодых группах (15-19 лет и 20-24 года). При такой модели рождаемости, видимо, большее влияние на ее динамику оказывает изменение характеристик уровня жизни (напомним, что сокращение доли бедных в рассматриваемых регионах за 2006-2008 гг. было максимальным - более чем на 28%).

Наиболее типичный кластер - это второй, куда вошло 29 регионов. Для регионов этого кластера характерен рост рождаемости у женщин в возрастах 25-39 лет. Это возрастные группы, для которых в современной России характерен достаточно высокий уровень рождаемости по сравнению с другими группами (возрастной коэффициент рождаемости в 2008 г. для женщин возрастной группы 25-29 лет составлял 91‰, 30-34 лет - 60,4, 35-39 лет - 25,9‰). Именно прирост рождаемости в этих возрастах дал для регионов 2-го кластера максимальный - по сравнению с другими кластерами - рост суммарного коэффициента рождаемости (на 18,1%).

В 4-м кластере ситуация в определенной степени схожа со 2-м кластером. Здесь также рост суммар-

ной рождаемости обеспечивался весьма динамичным ее ростом в возрастах 25-39 лет, что может свидетельствовать о реализации отложенных рождений и воздействии мер демографической политики («материнский капитал»).

Дополняя результаты кластерного анализа, следует отметить, что в целом увеличение интенсивности рождаемости в большей степени коснулось сельского населения (в большинстве регионов России). Прирост специального коэффициента рождаемости в 2006-2008 гг. для городского населения составил 17,2%, для сельского - 21,5%. Рост интенсивности рождаемости сопровождался снижением доли детей, родившихся вне брака. Несмотря на продолжающийся рост абсолютного числа родившихся вне брака (за 2006-2008 гг. на 6,7%), с 2006 г. началось сокращение доли родившихся вне брака до 26,8% (максимум - в 2005 г. составлял 30,0%). В 2006-2008 гг. это происходило на фоне роста абсолютного и относительного числа родившихся в браке. К сожалению, с 1997 г. мы не располагаем данными официальной статистики о распределении родившихся по порядку очередности рождений у матери, однако ведомственная статистика Пенсионного фонда РФ (по поданным заявлениям на выдачу «материнского капитала») свидетельствует, что в 2007-2008 гг. доля детей, родившихся вторыми и последующими по очередности у матери, составляла 33-35% от всех родившихся. Сопоставление этих данных со структурой семей с детьми по числу детей (по данным Всероссийской переписи населения 2002 г.) позволяет говорить об определенном росте в последние годы рождений вторых и далее по очередности детей в российских семьях, что обусловлено и реализацией отложенных рождений под воздействием улучшения экономической ситуации и мер демографической политики («материнский капитал»). В большей степени это коснулось сельских семей, где возможность использования средств «материнского капитала» на улучшение жилищных условий более реальна.

Подтверждением выводов о характере изменения характеристик рождаемости в последние годы, полученных на основе анализа данных текущего статистического учета, выступают и результаты специальных выборочных обследований населения. Так, по данным обследования «Семья и рождаемость», проведенного Росстатом в 2009 г., четверть опрошенных женщин, родивших второго ребенка в 2007-2009 гг., отметили, что на принятие решения о рождении ребенка тем или иным образом повлияло начало реализации мер демографической политики⁴. Для перспектив рождаемости важно, насколько долговременным будет эффект от реализуемой программы «материнский капитал» и какими мерами демографической политики в ближайшей перспективе она будет дополнена.

⁴ См.: Семья и рождаемость: Основные результаты выборочного обследования. 2009 год / Росстат. М.: ИИЦ «Статистика России», 2010. С. 5.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

С.Д. Ильенкова, д-р экон. наук,

*Московский государственный университет экономики, статистики
и информатики (МЭСИ),*

А.Д. Попов, канд. экон. наук,

НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН

Проблемы оказания высокотехнологичных медицинских услуг привлекают внимание руководителей государства, а также лиц, отвечающих за формирование политики в сфере здравоохранения, руководителей отрасли и медицинских учреждений, других специалистов.

Наряду с энергоэффективностью, ядерными технологиями, космическими технологиями, стратегическими информационными технологиями, медицинские технологии включены в приоритетные направления инновационной политики России. Следует обратить внимание на тесную связь медицинских технологий с другими, перечисленными выше приоритетными направлениями инновационной политики, поскольку достижения в области ядерных и космических технологий, информационных технологий оказывают огромное влияние на совершенствование медицинских технологий. Ведь современная медицина является одним из самых наукоемких секторов экономики и своими успехами в значительной мере обязана результатам научно-технической революции. Радикальные инновации, способные конкурировать в мире, связаны с развитием биомедицинских исследований и применением биотехнологий для создания принципиально новых и эффективных методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, лекарственных средств и диагностических препаратов нового поколения.

Высокотехнологичную дорогостоящую медицинскую помощь оказывают свыше 80 федеральных медицинских центров, которые становятся ячейками для модернизации здравоохранения в регионах. При этом вся система диспансеризации, реабилитации ориентируется на те технологии и возможности, которые оказываются в центрах высокотехнологичной медицинской помощи.

Деятельность медицинских учреждений, оказывающих высокотехнологичные услуги, можно охарактеризовать следующими, принятыми в статистике здравоохранения показателями [1]:

- среднее число дней использования (занятости) больничной койки в году (рассчитывается как отношение проведенных больными койко-дней к среднему годовому числу коек);

- средняя длительность пребывания больного на койке (отношение числа проведенных больными койко-дней к числу выписанных больных);

- оборот (функция) койки (отношение числа поступивших в стационар больных к среднегодовому числу коек);

- уровень госпитализации (отношение численности госпитализированных больных к среднегодовой численности населения);

- состав больных в стационаре (всего, возрастная структура) - определяется как отношение числа больных с теми или иными заболеваниями к общему числу больных.

Расширяется перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи. Ярким примером оказания такой помощи является кардиохирургия, в рамках которой применяются такие виды высокотехнологичной помощи, как коронарное шунтирование, транскатетерная ангиопластика и др. Широкое использование данных видов медицинской помощи обусловлено социально-экономической значимостью сердечно-сосудистой патологии.

Для выявления эффекта инновационных медицинских технологий проводится клинико-экономический анализ, базирующийся на расчете следующих показателей [2]:

1. «Затраты - эффективность» (рассчитываются показатели, характеризующие клиническую эффективность лечения; число лет сохраненной жизни);

2. «Затраты - полезность» (полезность медицинских вмешательств для пациентов и общества - годы качественной жизни);

3. «Затраты - выгода» (эффекты от медицинских вмешательств, представленные в денежном выражении, например стоимость потерь рабочего времени, желание платить).

Высокий уровень медицинских услуг является одним из факторов создания достойного качества жизни населения, что в свою очередь обеспечивает безопасность нации как важнейшего условия суверенитета страны, ее внутренней политики и независимости в международных отношениях.

Развитие медицинской науки является основой улучшения здоровья населения и демографических показателей, национальной стратегической целью. Основные цели инновационных проектов в области разработки медицинских технологий можно сформулировать следующим образом:

Социальные - улучшение качества жизни больных.

Гуманитарные - сохранение жизни сотен тысяч больных.

Экономические - сокращение потерь среди наиболее активной и трудоспособной части населения, а также развитие отечественной электронной и медицинской промышленности.

Научные - разработка новых методик и внедрение их в практику.

Достижение поставленных целей невозможно без повышения инновационной активности медицинских учреждений, развития высокотехнологичных медицинских услуг. Инновационно-активные медицинские учреждения осуществляют исследования и разработки, приобретают права на патенты и патентные лицензии, подготовку и проведение клинических исследований, обучение и развитие персонала, маркетинговые исследования, приобретение оборудования для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Высокотехнологичная медицинская помощь - комплекс лечебных и диагностических медицинских услуг, проводимых в условиях стационара с использованием сложных и (или) уникальных, обладающий значительной ресурсоемкостью, медицинских технологий, имеющий законченное клиническое значение и финансируемый за счет средств федерального бюджета.

Реализация инновационных проектов в любой сфере зависит от ряда факторов и условий, необходимых для их осуществления, среди которых следует обратить внимание на инновационный потенциал системы здравоохранения.

Оценка состояния инновационного потенциала предполагает выявление возможностей, которыми располагают организации здравоохранения для осуществления инновационной деятельности. Эти возможности определяются прежде всего человеческим капиталом организаций, а также наличием необходимой инфраструктуры, современной материально-технической базы. Несовершенство отечественных медицинских инструментов тормозит освоение новых медицинских технологий и методик.

Освоение новых медицинских технологий осуществляется в основном на базе импортной медицинской техники, что влияет на стоимость медицинских услуг. Среди факторов, определяющих инновационный потенциал организаций здравоохранения, на первое место следует поставить человеческий капитал медицинской науки. Прежде всего, это - исследователи, которые профессионально занимаются созданием новых знаний, новых инновационных технологий, методов диагностики и лечения заболеваний, а также техники, участвующие в исследованиях и разработках и выполняющие технические функции под руководством исследователей (эксплуатацию и обслуживание научных приборов, лабораторного оборудования, компьютерной техники,

проведение экспериментов, опытов и т. п.). Для выполнения работы необходимы профессиональный опыт и знания. В проведении исследований и разработок участвует вспомогательный персонал.

Особое внимание обратим на динамику инновационного потенциала исследователей в области медицинских наук (см. рис. 1).

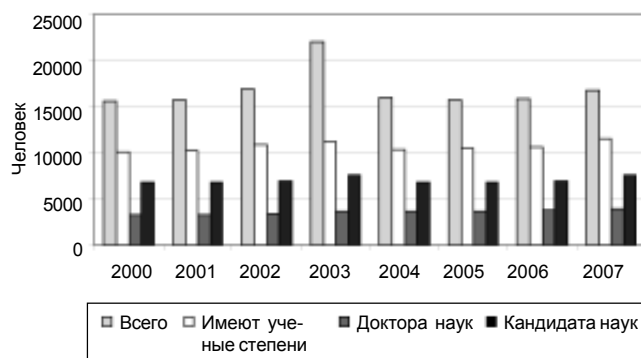


Рис. 1. Число исследователей в области медицинских наук

Средний прирост числа исследователей в области медицинских наук составил 170 человек; имеющих ученую степень - 200 человек. Если в 2000 г. доля исследователей, имеющих ученую степень, в общей численности исследователей в области медицинских наук составляла 65%, то в 2007 г. - 69%. Если в 2000 г. среди имеющих ученую степень на долю докторов наук приходилось 32%, а кандидатов наук - 68%, то в 2007 г. эти показатели составили соответственно 34 и 66%. В 2006 г. в области медицинских наук выдано 4929 дипломов кандидата наук и 775 - доктора наук [3]. В 2008 г. общее число исследователей в области медицинских наук составило 16713 человек, что на 0,2% меньше, чем в 2007 г.; при этом исследователей, имеющих ученую степень доктора наук, было 23,4%, а кандидата наук - 44,8%.

Повышение инновационного потенциала медицинской науки во многом зависит от развития аспирантуры (см. рис. 2)

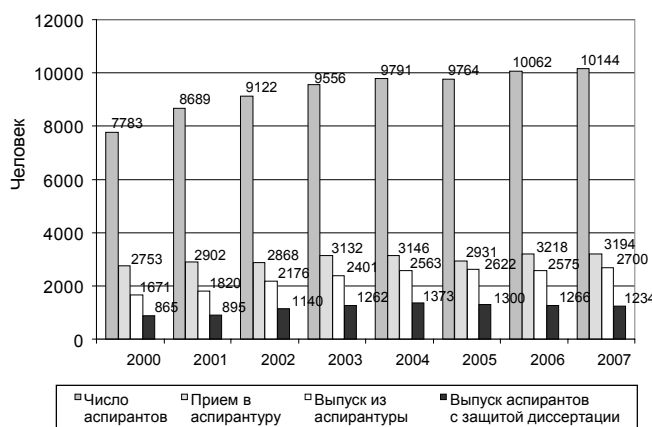


Рис. 2. Динамика численности аспирантов по медицинским наукам

Источник: Российский статистический ежегодник, 2008. С. 607.

Представленные на рис. 2 данные позволяют дать оценку развития аспирантуры в области медицинских наук. За 2000-2007 гг. средний абсолютный прирост числа аспирантов составил 337 человек, приема в аспирантуру - 63 человека; выпуска - 624 человека, а с защитой диссертации - 52 человека. Об эффективности подготовки аспирантов в области медицинских наук можно судить по доле аспирантов, защитивших диссертации, в общей численности выпущенных из аспирантуры. Наиболее высоким этот показатель был в 2005 г. (80%), а наиболее низким - в 2007 г. (45,7%). Это можно объяснить ужесточением требований к публикациям аспирантов и трудностями экспериментальной работы в области медицинских наук в связи с недостаточным финансированием.

В 2008 г. в аспирантуру по медицинским наукам принято столько же аспирантов, сколько и в 2007 г. При этом ситуация с выпуском и защитой диссертации не изменилась. Коэффициент выпуска составил 81,6% (в 2007 г. - 84,5%), а доля аспирантов, защитивших диссертации, сократилась на 4,6%.

Об инновационном потенциале свидетельствует численность приема и выпуска докторантов (см. таблицу).

Таблица

Прием и выпуск докторантов по медицинским наукам
(человек)*

	2007	2008	2008 в % к 2007
Численность докторантов на конец года	223	232	104,0
Принято в докторантуру	75	73	97,3
Выпущено из докторантуры	76	68	89,5
Выпущено с защитой диссертации	30	13	43,3

* Россия в цифрах 2008 (с. 346); Россия в цифрах 2009 (с. 358).

Таким образом, доля докторантов, выпущенных с защитой диссертации, сократилась с 39,4 до 19,1%. Безусловно, диссертации могут быть защищены и после окончания срока пребывания в докторантуре.

Стремление ученых к развитию собственных исследовательских потребностей является серьезной мотивацией для обучения в докторантуре. При этом представляется чрезвычайно важным активизация исследований в области радикальных инноваций, на которые ориентируется российское здравоохранение.

Необходимым условием развития высокотехнологичных медицинских услуг является их доступность, которую можно рассматривать с позиций медицинских учреждений, оказывающих подобные услуги, и с позиций нуждающихся в них пациентов. Поэтому для подтверждения доступности высокотехнологичных медицинских услуг целесообразно проанализировать социально-демографический состав обратившихся за высокотехнологичной помощью. Так, многие из обращающихся за медицинской помощью по поводу сердеч-

но-сосудистых заболеваний могут иметь основным источником дохода социальные пособия, пособие по инвалидности, по безработице. Поэтому доступность высокотехнологичной помощи, в которую люди верят, зависит от платежеспособности пациента.

Для оценки своевременности высокотехнологичной медицинской помощи нужно располагать следующей информацией: время обращения в первичное звено (поликлиника, неспециализированный стационар); время, затраченное на постановку диагноза; время, затраченное на госпитализацию; промежуток времени между госпитализацией и непосредственным оказанием высокотехнологичной медицинской помощи.

В теории и практике оценки качества медицинской помощи используются следующие принципы: безопасность; эффективность; ориентация на пациента; своевременность; экономическая эффективность; справедливость доступа [4]. При этом качество медицинской помощи увязывается с результативностью оказания услуг, их эффективностью, безопасностью, межличностными отношениями, непрерывностью услуг, инфраструктурой и комфортом. По нашему мнению, перечисленные показатели действительно ориентированы на пациента. Каждый из показателей отражает технологическое исполнение медицинских услуг и оценку их соответствия стандартам. Качество медицинской помощи может быть оценено на основе показателей: достижение цели медицинской помощи и удовлетворенность пациента.

В заключение отметим, что здравоохранение по праву можно считать важнейшим стартовым условием для формирования и совершенствования человеческого капитала страны. Однако реализация данного стартового условия невозможна без перехода здравоохранения на инновационный путь развития, что предполагает активизацию инновационной деятельности медицинских учреждений. Для инновационных процессов в здравоохранении характерны следующие стадии: от научных исследований и разработок до первого применения в медицинской практике; от первого освоения до диффузии в масштабах, достаточных для удовлетворения потребности в высокотехнологичных медицинских услугах; от создания новшества до его использования в практическом здравоохранении, обеспечения социальных результатов высоких медицинских технологий.

Литература

1. Курс социально-экономической статистики / Под ред. М.Г. Назарова - М.: Издательство «Омега-Л», 2009.
2. Клинико-экономический анализ в сердечно-сосудистой хирургии: Методические рекомендации / Под ред. Л.А. Бокерия. - М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008.
3. Индикаторы науки: 2008. Стат. сборник. - М.: ГУ-ВШЭ, 2008.
4. Кучеренко В.З., Мартыничук С.А., Тимчинский Д.Л., Мартыничук Е.А. Модели и механизмы оплаты больничной помощи: общие требования к качеству и результатам управления затратами // Экономика здравоохранения. 2007. № 7.

СТАТИСТИКА ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ В КОНТЕКСТЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ ИДЕИ

Т.Н. Белова, д-р экон. наук,

Академия права и управления ФСИН России, г. Рязань

Около трех лет назад я пополнила ряды российских автомобилистов. С тех пор практически каждый день мне приходится смотреть на мир сквозь лобовое стекло своего автомобиля: в городских пробках, на федеральных и областных трассах, проселочных дорогах. Мир открывается по-другому, а обстоятельства нашей российской жизни, казавшиеся ранее незаметными и неважными, стали приобретать особый смысл. По российским дорогам ездить страшно. Только новички и пассажиры не понимают смертельной опасности, которая может возникнуть на любом километре трассы и в самый неподходящий момент. И дело здесь не только в жутком состоянии наших дорог, а в комплексе факторов и условий, обусловивших самую позорную статистику дорожно-транспортных происшествий (ДТП¹) в России. Оставим другим авторам вопросы организации экстренной медицинской помощи, организации дорожного движения и нарушения правил дорожного движения. Фокус нашего внимания направим на рассмотрение основных экономических факторов, влияющих на эту статистику: обеспеченность населения автомобилями, протяженность, густоту и качество автомобильных дорог, вопросы финансирования и стоимости дорог.

Росстат приводит следующие показатели ДТП, помещая их в раздел «Уровень жизни» или «Транспорт»: число дорожно-транспортных происшествий, в которых были пострадавшие (отдельно погибшие и раненые); удельные показатели числа ДТП, в которых были пострадавшие на 100000 населения, в том числе со смертельным исходом. Эти же показатели в разных вариациях (не всегда сопоставимые) можно найти по странам Евросоюза и мира. К сопутствующим показателям статистики ДТП можно отнести следующие: число собственных автомобилей на 1000 человек населения, протяженность и густоту автомобильных дорог.

Самой ужасной является статистика погибших² в результате ДТП: на дорогах России ежегодно умирают более 30 тыс. человек (см. таблицу). Приведем сопоставимый по численности населения удельный показатель: число погибших в ДТП на каждые 100000 жителей (см. рис. 1). По данным Росстата за 2006 г. (не удалось собрать по другим странам необходимые данные на более позднюю дату), в России на 100000 населения погибают в результате ДТП 23 человека, в США - 14,2, в Испании и Италии - по 9, во Франции - 8, в Германии - 6. Великобритания, Швеция и Япония, несмотря на социально-экономические различия, имеют одинаковый показатель смертности от ДТП - 5 человек на 100000 населения страны. На уровне 12-15 человек этот показатель в бывших социалистических странах: Венгрии, Польше, Чешской Республике, Бол-

гарии, Словении. Но если взять для сравнения некоторые африканские страны, то там показатель смертности в результате ДТП выше, чем в России.

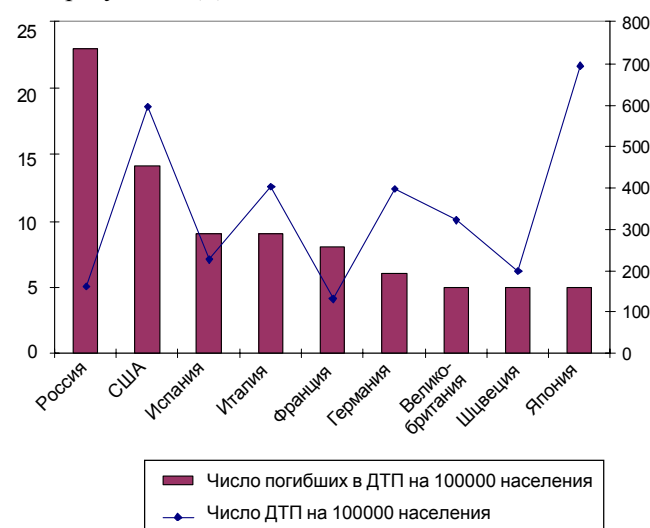


Рис. 1. Число ДТП, в которых были погибшие, и число погибших на 100000 населения по странам мира (данные Росстата за 2006 г.)*

*Россия и страны мира. 2008: Стат.сб. / Росстат. - М., 2008.

За восемь лет в России на дорогах, по данным Росстата, погибло 294 тыс. человек, а количество раненых, многие из которых на всю жизнь остались инвалидами, в 7-8 раз превысило число погибших.

¹ **Дорожно-транспортное происшествие** как статистический показатель характеризует событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди. Это значит, что в статистику не входят ДТП только с причинением материального ущерба и повреждением транспортного средства (прим. автора).

² **Погибший** - лицо, погибшее на месте дорожно-транспортного происшествия либо умершее от его последствий в течение семи последующих суток. Если смерть произойдет более чем через семь суток, то тогда это лицо считается раненым. **Раненый** - лицо, получившее на месте дорожно-транспортного происшествия телесные повреждения, обусловившие его госпитализацию на срок не менее одних суток либо необходимость амбулаторного лечения.

**Показатели, характеризующие российскую статистику дорожно-транспортных происшествий,
в которых были погибшие, в 2000-2008 гг.***

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Средний темп роста за период 2000-2008, в %
Число ДТП, в которых были пострадавшие, тыс.	157,6	164,4	184,4	204,3	208,5	223,4	229,1	233,8	218,3	103,3
Число погибших, тыс. человек	29,6	30,9	33,3	35,6	34,5	33,9	32,8	33,3	30,0	100,1
Доля погибших от числа ДТП, в %	18,8	18,8	18,1	17,4	16,5	15,2	14,3	14,2	13,7	
Число ДТП на 100000 населения	107,5	112,6	126,9	141,3	145,0	156,1	160,8	164,5	153,8	103,6
Число погибших на 100000 населения, человек	20,2	21,2	22,9	24,6	24,0	23,7	23,0	23,4	21,1	100,4
Число собственных автомобилей на 1000 человек	130,5	137,2	145,8	153,2	159,3	169,0	177,8	195,4	213,5	105,0

*Регионы России. Социально-экономические показатели. 2009: Стат. сб. / Росстат. - М., 2009.

Во всех европейских странах, США и Японии число погибших на дорогах из года в год снижается. Этот показатель является одним из социально-экономических индикаторов, по динамике которого судят о качестве работы правительства. Есть ли у нас тенденция к снижению? Посмотрите на вторую строку таблицы 1 - очевидно отсутствие всякого тренда. Средний темп роста, вычисленный за период 2000-2008 гг., составляет 100,1%. Есть колебания вокруг среднего значения, но тенденция - отсутствует.

Число погибших в результате ДТП вполне закономерно зависит от общего числа ДТП. И здесь нам есть, куда «расти». В России на 100000 населения в 2006 г. приходилось 161 дорожно-транспортное происшествие, тогда как в Японии - 694, США - 596, Германии - 398, Испании - 226 и т. д. (см. правую ось и верхнюю линию на рис. 1). Это и понятно, ведь число собственных легковых автомобилей в этих странах в 2-4 раза превышает уровень «автомобилизации» в нашей стране.

Весьма информативным может стать следующий показатель - доля ДТП, в которых были погибшие, к общему числу ДТП. Он во многом объясняет соотношение исходных показателей по рассматриваемым странам мира на рис. 1. В Японии доля ДТП со смертельным исходом составила 0,7% от общего числа ДТП, в которых были пострадавшие, - это самый низкий показатель. В Великобритании, Германии, Италии, США и Швеции этот показатель колеблется от 1,5 до 2,5%. Испания с 4% и Франция с 6,1% выделяются из этой группы «благополучных» в этом отношении стран. В России же от общего числа ДТП, в которых были пострадавшие, 14,3% заканчиваются смертью. В 2008 г. произошло некоторое снижение до 13,8%, что вселяет определенную надежду. Вообще, если рассматривать этот показатель в динамике с 2000 по 2008 г. (третья строка таблицы 1), то заметна тенденция к снижению доли ДТП со смертельным исходом от общего числа

ДТП. Но темпы роста (то есть снижения) настолько малы, что приблизиться к уровню развитых стран мы сможем (если захотим) через несколько десятков лет.

Очевидна корреляция числа ДТП на 100000 населения страны и числа собственных автомобилей на 1000 человек. Автомобиль становится все доступнее, что отражает рост благосостояния россиян. Если в 1990 г. было 58,5 автомобиля на каждую тысячу населения, то в 2008 г. этот показатель составил 213,5 автомобиля (см. таблицу). Тем не менее такой уровень «автомобилизации» значительно ниже аналогичного показателя в других странах (см. рис. 2). Так, в США на каждые 1000 жителей приходится 789 автомобилей (примерно три машины на семью), в европейских странах - 460-500, а вот в маленькой Японии несколько меньше - всего 331 автомобиль на 1000 населения страны. Как мы видим, России еще очень далеко до среднего мирового уровня обеспеченности автомобилями. Одна из причин - все еще низкий в сравнении с мировым уровнем доходов. Считается, что стоимость приобретаемого автомобиля не должна превышать сумму годового дохода. Так вот, среднего годового дохода россиянина хватит только на приобретение самой дешевой отечественной машины, а на иномарку экономического класса потребуется 3-4 годовых дохода.

Производство бюджетных автомобилей стоимостью до 250 тыс. рублей - приоритет развития лидера отечественного автопрома «Автоваза». Некоторые модели с брендом «Лада» выпускаются уже более 30 лет, и за это время они не претерпели существенных изменений (например, заднеприводные машины). Прекратить выпуск «классики» собираются только в 2014 г. Если рассматривать многочисленное семейство «вазовских» автомобилей с позиции безопасности, то оказывается, что мировые стандарты качества не соблюдаются. Нет ABS, подушек безопасности (только в «Приоре» появилась подушка безопасности у водителя), ремни бе-

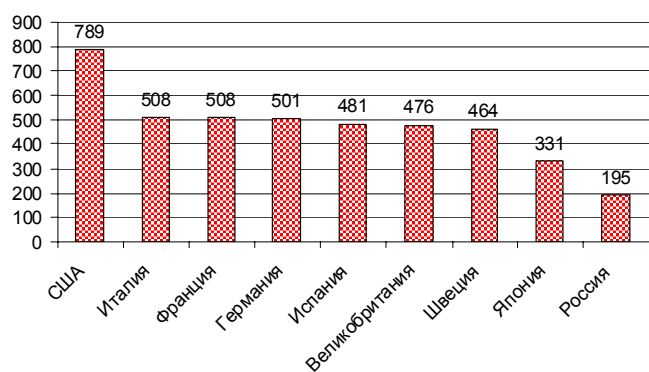


Рис. 2. Число собственных автомобилей на 1000 человек населения*

*«Группа восьми» в цифрах. 2009: Стат. сб. /Росстат. - М., 2009.

зопасности так устроены, что, скорее, задушат, чем спасут. Неудержимая коррозия кузова, по которой всегда можно отличить наши автомобили от импортных, ведет к изменению ударных свойств машины, так что при аварии отечественные автомобили разбиваются в «хлам», а импортные вполне ремонтпригодны. Недавно стало известно о новинке Тольяттинского автозавода - совершенно новой «Лады» под условным и весьма точным названием Low Cost. Это почти «Калина», но с еще более бедной комплектацией, без подушек безопасности, ABS, - и более дешевая. Совершенно очевиден «вклад» «Автоваза» в статистику погибших в ДТП. Тем не менее Правительство не устает его поддерживать в деле производства некачественных, небезопасных для россиян автомобилей - счет дотаций идет на миллиарды.

Страшно представить, что произойдет с нашей страной, когда обеспеченность автомобилями достигнет уровня в 300 автомобилей на каждую тысячу населения. Эксперты называют этот уровень пороговым, - если не принять радикальных мер по строительству дорог и организации дорожного движения, то в стране наступит коллапс, а уровень ДТП превысит все возможные границы. И главным фактором здесь является не увеличение числа автомобилей, а острый дефицит и качество дорог, по которым можно ездить на этих автомобилях.

Протяженность автомобильных дорог у нас в стране в 2008 г. составила 755 тыс. км, из них 83,4% с твердым покрытием. Конечно, это мало для столь огромного государства. Густота автомобильных дорог, исчисляемая в км на 1000 кв. км территории страны, составила в 2008 г. в среднем 44,1 км, годом ранее - 43,7 км. Сравним по этому показателю Россию с крупными европейскими странами, США и Японией (см. рис. 3). Разрыв в цифрах просто потрясает.

Самая большая густота автомобильных дорог в Японии - 3168 км на 1 тыс. кв. км территории страны. При

этом напомним, что по сравнению с другими странами число автомобилей в Японии, приходящихся на 100 жителей, невелико, как и невелика смертность в результате ДТП. В Италии, Франции, Великобритании и Германии густота автомобильных дорог находится в диапазоне от 2219 до 1743 км. Доля дорог с твердым покрытием в этих странах составляет 100%. Несколько меньше густота дорог в Испании - 1319 и Швеции - 941 км в среднем на каждую тысячу квадратных километров территории этих стран. США имеют сопоставимую с нами большую территорию, густота автомобильных дорог составляет 688 км на тысячу квадратных километров, что в 15,7 раза (!) превышает густоту дорог в нашей стране.

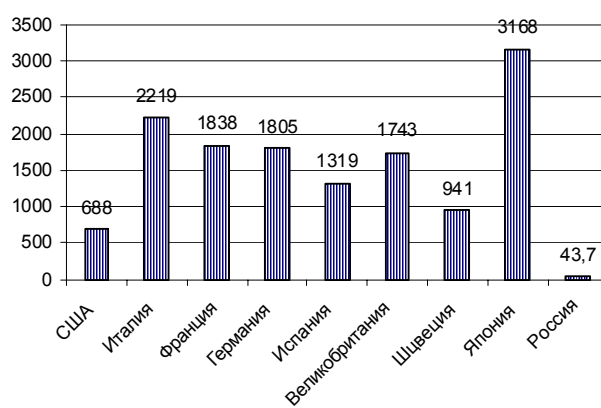


Рис. 3. Густота автомобильных дорог в странах мира (в километрах на 1000 кв. км территории страны; данные на конец 2007 г.)*

* «Группа восьми» в цифрах. 2009: Стат. сб. /Росстат. - М., 2009.

Данные региональной статистики отражают чрезвычайную дифференциацию регионов России по протяженности и густоте автомобильных дорог общего назначения. Учитываются протяженность и густота автомобильных дорог общего назначения только с твердым покрытием. В среднем по стране этот показатель на конец 2008 г. составлял 37 км таких дорог на 1 тыс. кв. км территории. В сравнении с 2000 г. протяженность увеличилась всего на 19,4%, а в 2010 г., в связи с кризисом, новых дорог вообще решили не строить.

Самая высокая густота автомобильных дорог в Центральном федеральном округе (ЦФО) - 215 км на 1000 кв. км территории, в том числе в Московской области - 536 км (см. рис. 4). Причем протяженность автомобильных дорог в Москве и Московской области выросла за восемь лет более чем в два раза (темпы роста 215%). В моей родной Рязанской области густота автомобильных дорог несколько ниже, чем в среднем по ЦФО, - 183 км. Какие у нас дороги - я расскажу чуть позже. А вот в Костромской области дело с дорогами

обстоит еще хуже: там на каждую 1 тыс. кв. км территории области приходится в среднем 92 км дорог.

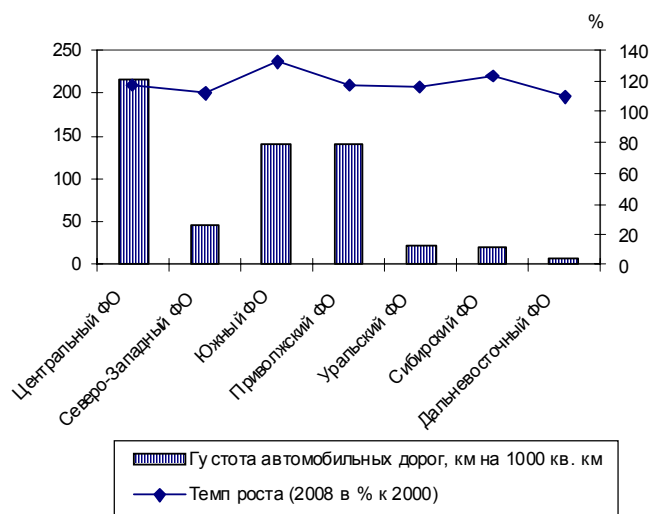


Рис. 4. Густота автомобильных дорог общего назначения с твердым покрытием, в км на 1000 кв. км территории, на конец 2008 г. и темпы роста, в сравнении с 2000 г.*

*Регионы России: социально-экономические показатели. 2009: Стат. сб. / Росстат. - М., 2009.

Примерно одинаковую густоту автомобильных дорог на уровне 140 км на 1000 кв. км территории имеют Южный и Приволжский федеральные округа. Здесь тоже наблюдаются внутрирегиональные различия. Так, в Республике Татарстан и Чувашской Республике густота дорог в два раза выше, чем в среднем по округам. Что же говорить об остальной территории России: Урале, Сибири, Дальнем Востоке, Северо-Западе (см. рис. 4). Протяженность автомобильных дорог там чрезвычайно низка, а темпы роста этого показателя не позволяют надеяться, что в будущем может что-то измениться. А ведь без дорог - нет инвестиций в экономику регионов. Развитие промышленности, сельского хозяйства, туризма, здравоохранения и образования невозможно без развитой сети дорог и дорожной инфраструктуры.

Аварийное состояние наших автомобильных дорог ни для кого не является секретом. Главный государственный инспектор безопасности дорожного движения В. Кирьянов утверждает, что 8-10% дорожно-транспортных происшествий происходит из-за плохого состояния дорог в России. Но это не самое страшное. На плохой дороге быстро не поедешь. Такие ДТП связаны, в основном, с материальным ущербом - кто его у нас считает! Самое страшное - то, что наши основные федеральные трассы двухполосные (то есть одна полоса в одну сторону, а другая полоса - в противоположном направлении). Лишь 8% трасс являются многополосными. Расположены такие многополосные (4-х, 8-ми и более полос) трассы (автомагистральи) в боль-

шинстве своем в Москве и Московской области, а также в радиусе 20-40 км от крупных городов.

Таким образом, 90% федеральных трасс являются двухполосными, без развязок на перекрестках, без обхода населенных пунктов, с максимальной разрешенной скоростью 90 км/час. Это очень узкие и поэтому опасные дороги. Езда по такой трассе не может быть не связана с обгоном (трактора, грузовика, рейсового автобуса), то есть с выездом на полосу встречного движения. Самые тяжелые ДТП как раз и происходят в результате выезда на полосу встречного движения или опрокидывания в кювет.

Мне часто приходится ездить по дороге Тула - Калуга. Это не самая плохая дорога в Рязанской области. Как и везде, по обочинам дороги стоят памятники - в этом месте были ДТП и погибли люди. Несколько лет назад первые 20 км дороги были основательно реконструированы: дорога стала шире на метр с каждой стороны, в местах остановки автобусов появились «заездные карманы», а также уширения в местах пересечения с другими дорогами. При этом все равно трасса осталась двухполосной. Но через 20 км от Рязани такая «красота» резко кончается. Как кончились в свое время деньги на реконструкцию этой дороги. Ширина проезжей части резко уменьшается. Высокие отбойники, трещины и ямы, колейность, отсутствие твердых обочин. Когда по такой дороге несется навстречу тебе фура, заезжая на срединную линию разметки, а справа скользкое месиво глины или грязи, - остается надеяться только на милость Божию.

Удивительно, но в нашей стране всегда не хватает денег на дороги: даже в недалекие сытые времена, когда власти ломали головы, как бы с умом распорядиться Стабилизационным фондом. С 2005 г. объем средств Стабилизационного фонда неудержимо рос и в 2008 г. составил фантастическую цифру в 3849 млрд. рублей (11,6% от ВВП). Вот бы нашим властям и депутатам выдвинуть национальную идею «Дороги России».

Каждый год в федеральный бюджет и консолидированные бюджеты субъектов РФ закладываются весьма солидные суммы по строке «На транспорт» и «На дорожное хозяйство». Так, в 2008 г. расходы федерального бюджета на транспорт и дорожное хозяйство составили 296,3 млрд. рублей и 634,1 млрд. рублей - расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ. Следует также отметить, что в 2008 г. расходы на транспорт и дорожное строительство увеличились в сравнении с 2005 г. в 3,7 раза. Куда же деваются выделенные средства, если мы с вами не видим результатов? Как проследить тернистый и извилистый путь этих денег, предназначенных стать дорогой с твердым покрытием? На эти вопросы у меня нет ответов.

Но вот что интересно. Чем больше закладывается средств в бюджетах на автомобильные дороги, тем больше затраты на строительство и содержание дорог.

Стоимость 1 км дорог у нас не только приблизилась к мировым ценам, она стала выше. Примеры можно найти в подпрограмме «Автомобильные дороги» Федеральной целевой программы «Развитие транспортной системы России (2010-2015 гг.)». Но качество дорог становится все хуже.

По оценкам экспертов, 75% бюджетных средств на автомобильные дороги у нас в стране разворовываются. По-прежнему одни строят дороги, а другие эксплуатируют. Контракты на ремонт и эксплуатацию дорог заключают на один бюджетный год. Совсем недавно решили перейти на трехлетние контракты. По сути, в стране создана система, по которой хорошо ремонтировать дороги невыгодно, достаточно ежегодно, вни-

мая криком общественности, закатать асфальтом ямы и посыпать черной щебенкой. Чем хуже дороги, тем больше возмущений, тем активнее депутаты отстаивают строку в бюджете «На дорожное хозяйство», тем больше выделяют средств.

Современное состояние российских автомобильных дорог, организация движения, дорожной инфраструктуры и, как следствие, страшная статистика погибших в ДТП - это лакмусовая бумажка для оценки степени коррумпированности наших чиновников. Дороги России так и не стали нашей национальной идеей. Это ведь не просто идея, это дело, которое могло бы нас всех объединить. Ведь без дорог - нет будущего.

НОВЫЕ ОФИЦИАЛЬНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ

Экономическая активность населения России (по результатам выборочных обследований)

Статистический сборник содержит материалы, характеризующие состояние рынка рабочей силы в России за 2000-2009 гг.

Сборник подготовлен на основе материалов выборочных обследований населения по проблемам занятости, проведенных в 2000-2009 гг.

В сборнике приведены статистические данные о численности и составе экономически активного и экономически неактивного населения, об уровне экономической активности.

Публикуется информация о численности и структуре занятого населения, распределении численности занятых в экономике по видам экономической деятельности. Представлены сведения о масштабах и структуре общей безработицы, составе безработных. Помещены статистические показатели, характеризующие продолжительность рабочего времени. Представлены статистические данные, характеризующие занятость в неформальном секторе, измерение которой ведется в Российской Федерации с 2001 г.

Информация публикуется по Российской Федерации в целом и по федеральным округам, республикам, краям, областям, городам федерального значения, автономной области и автономным округам.

Формат 14,5×20,0 см

Объем 176 с.

Приобрести издания и получить дополнительную информацию можно в

Информационно-издательском центре «Статистика России»

по адресу: **107450, Москва, ул. Мясницкая, д. 39;**

тел./факс: **(495) 607-42-52;** e-mail: **shop@infostat.ru**

Представительство в Санкт-Петербурге:

197376, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, д. 39;

тел./факс: **(812) 235-83-08;** e-mail: **spb_infostat@mail.ru**

<http://www.infostat.ru>