

© 1991 г.

О.Д. ЗАХАРОВА

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В СССР в 80-е годы

ЗАХАРОВА Ольга Дмитриевна — научный сотрудник отдела социальной демографии Института социологии АН СССР. В нашем журнале публикуется впервые.

Анализ демографического развития СССР в последней четверти XX в. вызвал много споров и разноречивых оценок как с позиций концепций детерминации демографических процессов, так и под углом рассмотрения влияния происходивших перемен на перспективы воспроизводства населения. И надо признать: для подобного разнообразия мнений нашлось немало объективных и субъективных причин. Факты свидетельствовали о переменах, а желание увидеть в них предвестников будущего демографического благополучия подталкивало к преувеличению их значимости.

Рост рождаемости в середине прошлого десятилетия, последовавший за принятием в 1981 г. известного Постановления о мерах помощи семьям с детьми, чуть было не поколебал даже тех, кто не соглашался верить в способность мер подобного рода повлиять на уже сложившиеся установки детности и потребность семьи в детях. Оптимисты же давно ждали подобного исхода событий.

Динамика смертности в середине 80-х также принесла немало неожиданного. Несмотря на заметные колебания по ряду возрастных групп в целом наметилось ее снижение. Долгожданный рост продолжительности жизни совпал еще с одним Постановлением («О мерах по борьбе с пьянством...»). Опубликованная в 1988 г. [1, с. 351] динамика этого показателя за 1981—1985 гг. позволила увидеть, что рост продолжительности жизни несколько опередил начавшуюся в 1985 г. кампанию.

Опыт 80-х годов в определенном смысле бесценен, т.к. прежде в благополучные времена проблему воспроизводства населения обходили вниманием. Принятые позже меры, а главное — их последствия заставляют задуматься над тем, всегда ли проявление повышенного внимания идет во благо. Особенно это важно сейчас, когда, по-видимому, готовится новый раунд практических нововведений, аналогичных по сути принятым в 1981 г. Безусловно, анализ динамики рождаемости и смертности в 80-е годы не обходится и без попытки оценить их эволюцию в предшествующие десятилетия.

Рождаемость выступает определяющей компонентой воспроизводства населения современного типа, и неслучайно именно ее динамика находится в поле зрения специалистов. Заметное общесоюзное увеличение уровня рождаемости в 80-е годы особенно ярко выделялось на фоне ее неуклонного снижения, наблюдавшегося с конца 50-х годов, когда коэффициент суммарной рождаемости снизился с 2,9 в 1954—1955 гг. до 2,3 в 1978—1979 гг. [1, с. 209]. Именно в эти годы большая часть регионов страны вступила в завершающую стадию демографического перехода, начавшегося в России еще на рубеже XIX и XX вв. Наряду с этим различия в темпах демографического развития отдельных этнических

Масштабы региональной дифференциации рождаемости в СССР*

Годы	Уровень рождаемости, регион		Превышение максимального уровня рождаемости над минимальным (раз)
	минимальный	максимальный	
1958-1959	1,677 Латвийская ССР, городское население	6,663 Азербайджанская ССР сельское население	4,0
1965-1966	1,507 Латвийская ССР, городское население	7,846 Туркменская ССР, сельское население	5,2
1975-1976	1,723 РСФСР, городское население	8,267 Таджикская ССР, сельское население	4,9
1978-1979	1,667 Латвийская ССР, городское население	7,683 Таджикская ССР, сельское население	4,6
1988	1,889 Белорусская ССР, городское население	6,417 Таджикская ССР, сельское население	3,4

*Для вычисления использован коэффициент суммарной рождаемости за соответствующие годы для городского и сельского населения союзных республик.

групп, обусловленные доминирующими в данном регионе религией, традициями, обычаями и, как следствие, нормами детности, создали предпосылки для устойчивой территориальной дифференциации рождаемости. Об изменениях масштабов дифференциации и предельных значений уровней рождаемости можно судить по информации, обобщенной в табл. 1.

Ее анализ позволяет нам обнаружить две противоположные тенденции: резкое увеличение региональной дифференциации рождаемости в 60-е годы и ее сокращение в 70—80-е годы. Первая тенденция создает впечатление стремительного возрастания рождаемости в Средней Азии на фоне ее медленного снижения в других регионах. Вполне возможно, что реальный рост интенсивности деторождения за счет улучшения медицинского обслуживания и оздоровления женщин репродуктивного возраста действительно имел место. Однако, по мнению специалистов, не последнюю роль сыграло улучшение качества статистического учета рождений, главным образом тех, которые не регистрировались из-за смерти в раннем возрасте. На рост показателей рождаемости в регионе повлияло и некоторое уменьшение младенческой смертности, также отразившееся на числе регистрируемых рождений.

Наконец, рост региональной дифференциации рождаемости в 60-е годы связан также со снижением рождаемости в регионах малодетности, завершавших в это время переход к современному типу воспроизводства населения (Прибалтика, Россия, Украина, Белоруссия). Именно в 60-е годы расслоение регионов по уровню рождаемости достигло своего апогея, а в последующие два десятилетия пошло на спад благодаря вовлечению в орбиту демографического перехода населения Закавказья и Казахстана. Одновременно наблюдалось и некоторое повышение рождаемости в регионах, население которых завершило переход к низкой рождаемости. Однако колебания повозрастной и суммарной рождаемости здесь малы, они свидетельствуют скорее о практически полной стабилизации. Основную роль в сближении типов воспроизводства играют изменения в Средней Азии, где происходят очень медленные, но фундаментальные сдвиги в брачном и репродуктивном поведении населения [2, с. 185—196, 3, 152—156].

Закономерный результат такой динамики — ярко выраженная поляризация темпов роста численности населения по территориальному и этническому признакам (табл. 2). Из приведенных данных видно, что за 30 лет, прошедших после переписи 1959 г., население коренных национальностей республик Средней Азии выросло на 260-300%, напротив,

Таблица 2

Изменения национального состава населения СССР, %

Национальность	Доля лиц данной национальности в общей численности населения СССР в данном году				Прирост численности данной национальности (1959г.=100)
	1959	1970	1979	1989	
Все население	100,0	100,0	100,0	100,0	136,8
<i>В том числе:</i>					
русские	54,6	53,4	52,4	50,8	127,3
украинцы	17,8	16,9	16,2	15,5	118,5
белорусы	3,8	3,7	3,6	3,5	126,6
узбеки	2,9	3,8	4,8	5,8	278,3
казахи	1,7	2,2	2,5	2,8	225,0
азербайджанцы	1,4	1,8	2,1	2,4	234,5
армяне	1,3	1,5	1,6	1,6	164,3
грузины	1,3	1,3	1,4	1,4	148,1
молдаване	1,1	1,1	1,1	1,2	154,5
таджики	0,7	0,9	1,1	1,5	300,0
литовцы	1,1	1,1	1,1	1,1	134,8
туркмены	0,5	0,6	0,8	0,95	270,0
киргизы	0,5	0,6	0,7	0,9	260,8
латыши	0,7	0,6	0,5	0,5	107,1
эстонцы	0,5	0,4	0,4	0,4	104,0
другие национальности	10,1	10,1	9,7	9,7	130,1

Таблица 3

Вклад отдельных регионов в формирование естественного прироста населения СССР, %

Регион	Удельный вес региона в естественном приросте населения СССР за период, годы		
	1959-1969	1970-1978	1979-1988
СССР	100,0	100,0	100,0
в том числе:			
РСФСР	43,7	35,2	33,0
Украинская ССР	14,7	11,6	7,3
Белорусская ССР	3,8	3,1	2,6
Казахская ССР	9,1	10,6	10,8
Молдавская ССР	1,9	1,9	1,8
республики Прибалтики	1,7	1,5	1,3
республики Закавказья	8,2	9,1	9,6
республики Средней Азии	16,6	26,9	33,6

численность основных национальностей СССР, которые уже в 50-е годы характеризовались невысокой рождаемостью (русские, украинцы, белорусы, латыши, эстонцы, и т.д.), увеличилась незначительно в результате их доля в общей численности населения страны осталась в лучшем случае неизменной (например, доля литовцев), а в худшем вообще снизилась. О том, что именно различия в режимах воспроизводства населения стали причиной изменений в этнической структуре населения страны, убедительно свидетельствует табл. 3.

Если в 60-е годы основной вклад в естественный прирост населения СССР вносили Рос-

Таблица 4

Колебания уровня рождаемости в послевоенные годы

Годы	Среднегодовое число родившихся, тыс. человек	Коэффициент суммарной рождаемости	Годы	Среднегодовое число родившихся, тыс. человек	Коэффициент суммарной рождаемости
1954—1955	5091	2,900	1980-1981	4906	2,239
1958—1959	5253	2,810	1982-1983	5246	2,345
1964—1965	4355	2,456	1984—1985	5381	2,395
1968-1969	4087	2,369	1985—1986	5492	2,455
1969—1970	4157	2,389	1986-1987	5605	2,521
1975—1976	4666	2,389	1987	5599	2,528
1978—1979	4785	2,273	1988	5381	2,452

сия и Украина, то в 80-е годы центр тяжести воспроизводства переместился в Среднюю Азию, доля которой в естественном приросте населения СССР сравнялась с долей РСФСР.

Несмотря на преимущественно демографический характер проблема динамики этнической структуры населения СССР имеет самое непосредственное отношение к прогнозированию перспектив воспроизводства и роста численности населения страны, т.к. демонстрирует соотношение в нем групп с различными установками детности (учитывая в то же время возможные сроки изменения последних во времени).

У рассматриваемой проблемы есть и вторая сторона — те сдвиги, а точнее — деформации, которые произошли в возрастных структурах данных регионов. В тех из них, где рождаемость низка, а воспроизводство населения, как следствие, длительное время балансирует на грани между простым и суженным, резко увеличилась доля пожилых, идет активный процесс старения как всего населения, так и трудоспособной его части. С другой стороны, в Средней Азии и в республиках со сходными параметрами рождаемости, где значительно увеличилась численность и удельный вес молодежи и сократилась доля экономически активного населения, наблюдался процесс накопления и концентрации сельского населения, снижение занятости и усиление нагрузки на социальную инфраструктуру.

Введенные в начале 80-х годов меры помощи семьям с детьми до некоторой степени изменили тенденцию рождаемости в целом по стране, в том числе и в малолетних регионах. Изменения коснулись не только среднегодовых чисел родившихся, но и коэффициента суммарной рождаемости. Ее рост происходил не только за счет календарных сдвигов в сроках рождения детей при неизменной итоговой детности семей, но и за счет повышения средней очередности рождения.

Изменения в рождаемости носили кратковременный характер, и с 1987—1988 гг. вновь началось ее снижение (табл. 4). Повозрастные коэффициенты рождаемости уменьшились в 1988 г. во всех возрастных группах женщин, за исключением самых молодых — до 20 лет [4, с. 328]. Кроме того, на динамику чисел родившихся повлияло изменение численности и возрастной структуры женщин репродуктивного возраста: в возраст активного деторождения во второй половине 80-х годов вступили малочисленные поколения женщин, родившихся во второй половине 60-х, когда уровень рождаемости на значительной части территории страны был низок. Заметим, что влияние структурных факторов на динамику чисел родившихся сохранится и в 90-е годы независимо от масштабов планируемой государственной помощи семьям с детьми.

О недостаточности стимулирующего воздействия мер, принятых в соответствии с Постановлением 1981 г. на динамику рождаемости говорили демографы еще в начале 80-х годов, когда рождаемость была на подъеме. Основываясь на анализе опыта других стран, они полагали, что меры материального стимулирования рождаемости (или помощи семьям с детьми, как они были названы в Постановлении), принятые изолированно без учета особенностей процесса принятия репродуктивных решений в семье современного типа, повлияют только на изменение сроков ее формирования и степень реализации

Таблица 5

Динамика ожидаемой продолжительности жизни, лет

Годы	Мужчины и женщины	Мужчины	Женщины	Разница в продолжительности жизни мужчин и женщин
1938-1939	46,9	44,0	49,7	5,7
1958—1959	68,6	64,4	71,7	7,3
1964—1965	70,4	66,1	73,8	7,7
1970-1971	69,4	64,5	73,5	9,0
1974—1975	68,8	63,7	73,1	9,4
1978—1979	67,9	62,5	72,6	10,1
1980-1981	67,7	62,3	72,5	10,2
1982—1983	68,2	62,8	73,0	10,2
1984—1985	68,1	62,9	72,7	9,8
1985—1986	69,0	64,2	73,3	9,1
1986—1987	69,8	65,0	73,8	8,8
1988	69,5	64,8	73,6	8,8

существующей потребности в детях, которая имеет достаточно устойчивый характер в рамках сложившегося типа воспроизводства населения.

Подводя итоги анализа тенденций рождаемости в прошедшее десятилетие, необходимо несколько слов сказать об их последствиях. Главным результатом мероприятий по стимулированию рождаемости стало создание демографической волны, второй за послевоенный период. Эта волна уже сегодня «накрыла» детские дошкольные учреждения, не подготовленные к возросшей потребности в них, а также в педагогических кадрах. Назавтра аналогичная участь постигнет школы — и так далее. Совершенно ясно, что последствия такого рода, хотя они и очевидны, всерьез не просчитывались и не анализировались при подготовке Постановления. Не был учтен и тот факт, что рост рождаемости затронет все регионы — как малодетные, так и многодетные, — но не изменит сложившихся региональных пропорций и особенностей воспроизводства населения. Для республик с низкой рождаемостью он был недостаточен в целях придания устойчивости режиму воспроизводства. В регионах с высокой рождаемостью он лишь ускорил рост населения. Заметим, что средства, выделенные на финансирование проводившихся мероприятий, по вполне понятным причинам перераспределились в пользу регионов многодетности. Иначе говоря, они были использованы не на устранение региональных демографических диспропорций, а на их поддержание. Объяснением этого может служить, пожалуй, только отсутствие четких демографических целей предпринятых шагов (в силу неразработанности концепции демографического развития страны), а также демографическая некомпетентность лиц, принимающих решения. Сохранение старого принципа распределения социальных льгот для семей в зависимости только от числа детей, если речь идет о перспективах государственной политики, будет — независимо от желания тех, кто ее разрабатывает — способствовать поощрению многодетности и одновременно углублению демографического кризиса в указанных регионах, а наряду с ним — обострению комплекса социальных, экономических, политических и этнических проблем.

Острота демографической ситуации, связанная с рождаемостью, усугубляется современным режимом смертности в СССР. Ее динамика в нашей стране за весь послевоенный период была достаточно противоречивой. В 50-е и в первой половине 60-х годов были достигнуты значительные успехи в ее снижении на базе профилактики и массовой иммунизации населения, открытий медицины и фармакологии. За счет подобных источников ожидаемая продолжительность жизни выросла по сравнению с довоенным уровнем на 23,5 года и составила в 1964—1965 гг. 70,4 года (табл. 5). Отметим, что продолжительность жизни для мужчин и женщин в середине 60-х годов была наивысшей за всю историю страны и равнялась соответственно 66,1 и 73,8 годам. Чтобы оценить демографическое и социальное значение этих величин, приведем данные о продолжительности жизни

населения развитых стран за тот же период. В США в 1963 г. она составляла 66,6 года для мужчин и 73,4 - для женщин, во Франции — 67,2 и 74,1 года соответственно, в Швеции, которая в те годы занимала одно из лидирующих положений в мире по продолжительности жизни, в 1961 — 1965 гг. она была равна для мужчин 71,6 года, а для женщин — 75,7 года [5, с. 169]. Таким образом, рост продолжительности жизни в послевоенные годы поставил СССР в один ряд с западными странами, для которых такая динамика показателя, традиционно считающегося индикатором качества жизни, явилась результатом многолетней поступательной эволюции, опирающейся на развитую систему здравоохранения, высокий уровень материального благополучия и культуры населения.

На том все резервы снижения смертности были, по-видимому, исчерпаны, и достигнут своеобразный потолок роста продолжительности жизни. Снижение показателей в последующие полтора десятилетия, когда многое из достигнутого было утрачено, свидетельствует о сказанном. Рост смертности отмечался уже в конце 60-х, о чем тогда предпочитали умалчивать, ограничивая публикации соответствующих статистических данных, и продолжался вплоть до начала 80-х. К этому моменту продолжительность жизни снизилась на 2,7 года, в том числе у мужчин на 3,8 и у женщин на 1,3 года

Основную роль в снижении продолжительности жизни сыграли три фактора. Во-первых, значительный у мужчин трудоспособного возраста рост смертности, который для отдельных возрастов равнялся 50—60% от уровня середины 60-х годов. Различия в уровнях мужской и женской смертности достигали иногда 3,6—3,7 раз [1, с. 320—321], а общий разрыв в продолжительности жизни по полу стал максимальным — 10,2 года (см. табл. 5). Наблюдался также рост женской смертности, хотя затронуты были главным образом старшие возрастные группы и в значительно меньшей степени.

Во-вторых, свой вклад в формирование негативной тенденции внесло увеличение младенческой смертности — показателя, оказывающего весьма существенное влияние на величину продолжительности жизни. Самый низкий ее уровень зарегистрирован в СССР в 1971 г. (22,9 умерших в возрасте до года из каждой 1 000 родившихся живыми), но и он далек от минимально достигнутых в то время уровней по другим странам (11,0 в Швеции; 12,7 в Нидерландах; 13,2 в Финляндии) [5, с. 171]. Но и этот уровень удержать не удалось, и в 70-е годы младенческая смертность неизменно повышалась, достигнув в 1976 г. величины в 31,4% [1, с. 344]. С учетом существующих в нашей стране региональных различий в уровнях демографического развития картина представляется еще менее радужной: в 1975 г. младенческая смертность колебалась от 16,4% у городского населения Эстонии до 86,1% в сельской местности Таджикистана [1, с. 345—346]. Столь высокие уровни младенческой смертности не наблюдались к тому времени уже ни в одной развитой стране мира, они были характерны лишь для некоторых развивающихся стран [5, с. 171].

Правда, помимо непосредственного увеличения смертности детей до года, на величину данного показателя могло повлиять также заметное улучшение статистического учета рождений и смертей в младенческом возрасте. Отметим, что и ряд периодов снижения младенческой смертности специалисты склонны относить на счет ухищрений государственной и ведомственной статистики Минздрава СССР, нежели на счет реальных улучшений медицинского обслуживания матерей и новорожденных. Особенно справедливо это по отношению к республикам Средней Азии.

Наконец, в-третьих, необходимо сказать о значительных сдвигах в структуре причин смерти как в целом населения страны, так и отдельных возрастных групп. При общем увеличении смертности по всем классам причин смерти особо выделяется смертность от несчастных случаев, отравлений и травм, рост которой в огромной степени повлиял на продолжительность жизни мужчин. Так, в возрастной группе 45—49 лет смертность от травматизма увеличилась с 1970 по 1980 гг. в 1,4 раза [1, с. 396]. Не менее значительным было возрастание смертности от болезней системы кровообращения, причем рост доли сердечно-сосудистой патологии в структуре причин смерти обусловлен не только увеличением численности пожилого населения страны, для которого подобный фактор является преобладающим. Одновременно происходило и значительное омоложение самой патологии: доля умерших от болезней системы кровообращения в возрасте 35—39 лет составляла в 1970 г. 15,5%, а к 1980 г. возросла до 19,4%. В целом же доля умерших по

Таблица 6

Различия в продолжительности жизни населения СССР и развитых стран мира

Страны	Превышение над уровнем ожидаемой продолжительности жизни в СССР в указанном году, лет					
	Год	Мужчины	Женщины	Год	Мужчины	Женщины
США	1972	3.4	1.2	1987	7.0	4.0
Франция	1972	4.6	2.4	1987	7.0	6.0
Швеция	1973	8.1	3.7	1987	9.0	6.0
Япония	1972	5,2	2.3	1986	10.0	7,0

данной группе причин поднялась за 70-е годы с 37,2 до 42,1% от общего числа умерших [1, с. 384,386].

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни после 1985 г. можно отнести на счет мероприятий по борьбе с пьянством и алкоголизмом. Однако как видно из табл. 5, процесс начался еще раньше и, видимо, под влиянием каких-то иных причин. Во всяком случае, попытка снизить социальные, экономические и демографические потери, которые общество несет из-за смертности в результате алкоголизации, приняла форму очередной кампании. Так, наряду с сокращением производства и продажи алкогольных напитков резко возросло самогонварение, о чем косвенно говорят и такие цифры: с 1985 по 1987 гг. более чем в три раза возросло число осужденных за самогонварение с целью его сбыта [6, с. 319]. Сегодня ясно, что борьба со сверхсмертностью не станет эффективной до тех пор, пока она сводится к ликвидации последствий, без затрагивания причин: низкого уровня жизни, отсталого здравоохранения, загрязненной окружающей среды.

Оценивая нынешний уровень смертности и продолжительности жизни, необходимо отметить следующие принципиальные моменты. Во-первых, как видно из табл. 5, продолжительность жизни (69,8 года) во второй половине 80-х не достигла того уровня (70,4 года), с которого началось ее снижение. К тому же в 1988 г. смертность снова увеличилась, что вновь привело к уменьшению продолжительности жизни. Во-вторых, за прошедшие годы другие страны совершили значительный рывок в продлении человеческой жизни, и отставание СССР от них возросло. Данные, приводимые в табл. 6, характеризуют глубину той демографической пропасти, которая сегодня отделяет население СССР от развитых стран мира, и не нуждаются в комментариях. Тем не менее, трудно удержаться от попытки определить хотя бы количественно потери, которые понесло и продолжает нести население нашей страны¹. Безусловно, приведенные нами расчеты весьма приблизительны, но они позволяют увидеть, что реально означает отставание по уровню продолжительности жизни, например, от США. При условии, что с конца 50-х годов до настоящего времени смертность населения СССР все время находилась бы на уровне смертности населения США, к 1989 г. общая численность населения страны составила бы 293,8 млн. человек, т.е. на 7,1 млн. больше, чем зафиксировала перепись. Естественно, максимальными различия были бы у мужчин: 142,3 млн. человек вместо 135.5 млн. фактически [7, с. 19—20].

Говоря о колебаниях продолжительности жизни в 80-е годы, нельзя не вернуться к вопросу об уровне младенческой смертности. Ее снижение было незначительным и укладывается в рамки колебаний, обусловленных полнотой и качеством учета. Сохранились неизменными масштабы ее региональной дифференциации: от 11—12 умерших из каждой 1000 родившихся в Прибалтике до 53 в Туркмении (табл. 7). Отставание СССР по данному показателю от большинства стран мира остается значительным (на 25 новорожденных, умерших в возрасте до года в СССР, приходилось в 1987 г.: в Японии — 5, в Швеции — 6, в ФРГ, Дании, Нидерландах, Норвегии, Франции — 8, в США — 10). Лишь Румыния и

¹ Расчеты выполнены В.Н. Архангельским с использованием таблиц смертности и ожидаемой продолжительности жизни населения США за 1959. 1965. 1971, 1977 и 1983 гг.

**Динамика и региональная дифференциация младенческой смертности
в СССР в 80-е годы**

Республики	Число детей, умерших в возрасте до 1 года из каждой 1 000 родившихся живыми в данном году						
	1980	1983	1984	1985	1986	1987	1988
СССР в целом	27,3	25,3	25,9	26,0	25,4	25,4	24,7
РСФСР	22,1	20,1	20,9	20,7	19,3	19,4	18,9
Украинская ССР	16,6	15,8	15,9	15,7	14,8	14,5	14,2
Белорусская ССР	16,3	15,0	15,1	14,5	13,4	13,4	13,1
Узбекская ССР	47,0	43,1	45,1	45,3	46,2	48,9	43,3
Казахская ССР	32,7	31,4	30,7	30,1	29,0	29,4	29,2
Грузинская ССР	25,4	23,9	23,9	24,0	25,5	24,3	21,9
Азербайджанская ССР	30,4	31,2	30,3	29,4	30,5	28,6	27,0
Литовская ССР	14,5	14,1	13,4	14,2	11,6	12,3	11,5
Молдавская ССР	35,0	28,9	32,7	30,9	26,4	25,9	23,0
Латвийская ССР	15,4	16,1	12,9	13,0	13,0	11,3	11,0
Киргизская ССР	43,3	40,1	40,9	41,9	38,2	37,8	36,8
Таджикская ССР	58,1	50,4	49,4	46,8	46,7	48,9	48,9
Армянская ССР	26,2	24,9	23,9	24,8	23,6	22,6	25,3
Туркменская ССР	53,6	53,2	51,2	52,4	58,2	56,4	53,3
Эстонская ССР	17,1	16,3	13,6	14,0	16,0	16,1	12,4

Югославия имеют аналогичные уровни младенческой смертности (около 26) [7. с. 663].

Относительно динамики рассматриваемого показателя можно предположить, что его снижение в 80-е годы приостановилось и за счет неспособности существующей сети учреждений родовспоможения и педиатрической помощи справиться с увеличившимся числом родившихся. Практически она не справлялась и с теми 4,5—4,8 млн. новорожденных в год, которые появлялись на свет в 60—70-е годы. Увеличение этих чисел более чем на полмиллиона в год оказалось для советского здравоохранения непосильной ношей: число детей, умерших в первые семь дней жизни, т.е. большей частью непосредственно в родильных домах, возросло в 1986 г. в сравнении с 1980 г. по СССР в целом примерно в 1,3 раза, в том числе в республиках Средней Азии в 1,5 раза [1. с. 349—350]. Колебания качества учета, безусловно, имели место, но проявились они не только в возросшей полноте регистрации, но и в очередных усилиях по сокрытию печальных фактов. Например, в Азербайджане именно в эти годы наблюдался небывалый всплеск мертворождаемости [1, с. 347—350]. Наше предположение, конечно, нуждается в дополнительной проверке, но и со всей очевидностью подтверждает необходимость всесторонней объективной экспертизы всех практических мероприятий в сфере демографической и социальной политики, учета возможно большего числа их последствий.

И, наконец, говоря об обстоятельствах, приведших к столь тяжелой ситуации в области смертности, хотелось бы остановиться на уровне здравоохранения и медицинской помощи, не секрет, что структура причин смерти населения СССР сегодня крайне неоднозначна в силу незавершенности эпидемиологического перехода в ней сегодня соседствуют элементы традиционной и современной патологии: инфекционные заболевания и травматизм соперничают по значимости с болезнями системы кровообращения и злокачественными новообразованиями. При этом и те, и другие характеризуются сверхсмертностью в сравнении с аналогичными показателями по другим странам. В формирование современного уровня смертности свой вклад вносит и наше здравоохранение. В целом оно не подготовлено к условиям эпидемиологического перехода и по-прежнему ориентировано только на профилактику, возможности которой исчерпали себя на первом этапе борьбы со смертностью, а точнее — с традиционной структурой причин смерти

Продвигаясь по пути наращивания количественных показателей, здравоохранение СССР вышло на первое место в мире по числу врачей (43,8 на 10 000 населения в 1988 г.) и по числу больничных коек (131,3 на 10 000 населения)' [6, с. 249—250; 7, с. 222, 225], которые в большинстве своем не оснащены ни современными средствами диагностики, ни лечебной аппаратурой, ни медикаментами, ни персоналом должной квалификации. Отметим также, что среди развитых стран в прошедшие годы не было ни одной, где эти показатели росли бы подобными темпами. Что же касается коечного фонда, то он просто сокращался: максимальное снижение числа коек на 10 000 населения было в США — на 28X и в Великобритании — на 25X. При анализе этого цифрового ряда невольно напрашивается вопрос о той роли, какую здравоохранение сыграло в росте смертности в нашей стране. И весьма сомнительным представляется мнение о том, что на долю здравоохранения приходится только 15—20% совокупного влияния разнообразных факторов на здоровье населения. При этом считается, что на долю неправильного поведения самого человека надо отнести около 50X, еще 15—20 — на долю наследственности, оставшаяся же часть уходит на негативные последствия воздействия окружающей среды [8, с. 60].

Если признать подобную точку зрения справедливой, то со здравоохранения придется снять значительную часть ответственности, отказав ему в функции надежного барьера между человеком и средой, защиты и охраны здоровья населения.

* * *

Хотелось бы кратко остановиться на очевидных последствиях сложившегося типа демографического развития страны. Они проявляются в социально-экономической ситуации в целом и в отдельных регионах, находят выражение в национально-политических движениях в республиках. С этой точки зрения наибольшей активностью отличаются два региона: Средняя Азия и Прибалтика. Здесь демографические проблемы стали одной из причин обострения межнациональных отношений.

В небольших по численности населения Латвии, Литве и Эстонии наблюдается сейчас ярко выраженный всплеск национального самосознания, пронаталистская ориентация ряда политических программ, вызванная беспокойством, быть может вполне оправданным, за грядущую депопуляцию и судьбу коренных национальностей. Вместе с тем очевидно и другое: вряд ли эффективны попытки решить социально-экономические и политические вопросы под демографическими лозунгами, т.е. за счет некоренного, в частности, русского населения (в качестве примера можно привести введение статуса оседлости, принятие закона о миграции в Латвии).

Во многом аналогична ситуация в Средней Азии. Но здесь к последствиям, вызванным прежним режимом воспроизводства населения, склонны наряду с экономическими и социальными проблемами почему-то причислять еще и экологический кризис. Очевидно, что именно экономическая отсталость республик, их выраженная аграрная ориентация способствовали консервации традиционного семейного уклада и норм многодетности. К сожалению, демографическая ситуация в регионе сама стала катализатором новых проблем. Традиционный уклад и многодетность, особенно в сельской местности, несомненно влияют на социализацию детей, затрудняя модернизацию существующего образа жизни и режима воспроизводства населения. Одновременно многочисленные поколения молодежи, воспитанные консервативной средой, не обладают достаточной социальностью, территориальной и профессиональной мобильностью, а следовательно и требуемыми в современных условиях навыками адаптации к жизни в урбанизированной, индустриальной среде.

Таким образом, нерешенность демографических проблем приводит к торможению социально-экономического развития. В этой связи и надежды на решение проблем трудоустроенности в регионах, испытывающих потребность в притоке населения извне, за счет избыточных трудовых ресурсов Средней Азии не выглядят достаточно обос-

кованными (в противовес возможной миграции из Прибалтики высококвалифицированных кадров профессиональных рабочих и интеллигенции некоренных национальностей).

Наконец, несколько слов надо сказать еще об одной группе республик, в которую входят Россия, Украина и Белоруссия. С точки зрения обеспечения воспроизводства населения за счет собственного уровня рождаемости ситуация в них отличается от Прибалтики, но в худшую сторону. Особенно низка рождаемость на Украине. Ситуация в области смертности также далека от благополучной. Правда, до середины 80-х годов Белоруссия выделялась достаточно стабильной ее динамикой, занимая по продолжительности жизни одно из первых мест в стране, но в связи с Чернобыльской аварией положение изменилось. Очевидно, что последствия радиационного поражения проявятся не сразу, но, по оценкам местных специалистов, рост заболеваемости и смертности происходит уже сегодня. Еще труднее оценить последствия той стрессовой ситуации, в которой находится население пораженных регионов.

Последние годы отмечены значительной активизацией общественного мнения по поводу демографической ситуации в трех республиках. Стало ясно, что все они нуждаются в разработке специальных национальных программ демографического развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Население СССР. 1987. М.: Финансы и статистика, 1988.
2. Воспроизводство населения СССР. М.: Финансы и статистика, 1983.
3. *Тольц М.С.* Актуальные проблемы демографической типологии брачности // Становление брачно-семейных отношений. М.: ССА, ИС АН СССР, 1989.
4. Население СССР. 1988. М.: Финансы и статистика, 1989.
5. Народонаселение стран мира. М.: Статистика, 1978.
6. Социальное развитие и уровень жизни населения СССР. М.: Госкомстат СССР. 1989.
7. Народное хозяйство СССР в 1988 году. М.: Финансы и статистика. 1989.
8. Коммунист, 1987. №14.