

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего профессионального образования  
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА  
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

**РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ  
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО КРИЗИСА**

Середкина Е.А., Макаренцева А.О.

Москва 2020

**Аннотация.** В работе исследуется, как эпидемиологический кризис 2020 года может повлиять на репродуктивные намерения и фактическое репродуктивное поведение населения России. Авторы обращаются к оценкам глобального экспертного сообщества в поисках прогнозов рождаемости, а также используют собственную уникальную базу данных опроса «Человек, семья, общество». Опрос был проведен в период первой волны распространения коронавируса COVID-19 в России и содержит информацию по широкому спектру демографических и социально-экономических характеристик 9500 респондентов.

Середкина Е.А. младший научный сотрудник ИНСАП Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Макаренцева А.О. ведущий научный сотрудник ИНСАП Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2020 год.

## **СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ .....	4
1 Изменения в тенденциях рождаемости под влиянием шоковых факторов .....	5
2 Влияние эпидемиологической ситуации на репродуктивные намерения населения .....	13
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	26
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	30

## ВВЕДЕНИЕ

В России в последние годы наблюдается снижение суммарного коэффициента рождаемости и коэффициента первых рождений, в частности. Это связано как с глубокими трансформационными процессами в репродуктивном поведении молодых когорт, так и с влиянием текущих экономических условий. Когорты российских женщин, вступившие сейчас в пик репродуктивных возрастов, начали свой жизненный путь в сложное время социально-экономических преобразований. Их детство проходило на фоне высоких масштабов бедности и массового распространения однодетных семей. Период формирования семей начался у них в неблагоприятных условиях экономического кризиса, к которым сейчас добавился такой шоковый фактор, как пандемия коронавируса covid-19. Пока сложно сказать, как эти предпосылки скажутся на их репродуктивном поведении, но этот сюжет определенно требует исследовательского внимания.

В настоящей работе мы задаемся вопросами о том, как повлияет эпидемиологический кризис на репродуктивные намерения и фактическое поведение населения России. Глобальное экспертное сообщество ожидает наступления так называемой «паузы в беременности». Например, в сентябре 2020 года австралийский демограф П. Макдональд спрогнозировал снижение суммарного коэффициента рождаемости (СКР) в Австралии в 2021 году на 3,5%<sup>1</sup>. Официальный прогноз заявляет о снижении до 1,59 ребенка в среднем на одну женщину в 2021 году, по сравнению с 1,7 ребенка в 2018 году, и далее он говорит о возвращении рождаемости на среднюю траекторию – на уровне 1,62 ребенка до 2030 года. Снижение рождаемости, ассоциированное с ковидом, затронет как минимум 2 календарных года, по мнению П. Макдональда. Но ожидается и компенсаторный рост – до 1,69 ребенка к 2024 году, это будет реализация отложенных рождений (в случае нормализации эпидемиологической обстановки, конечно). В целом, в данном отчете говорится о том, что семьи будут стремиться отложить рождение детей в связи с экономической нестабильностью, как это обычно и происходило в предыдущие периоды экономических кризисов. К тем же выводам приходят и авторы настоящей работы. Скорее всего, низкие показатели первых рождений закрепятся и в 2020-2021 годах. Как минимум в первом полугодии 2021 года на суммарной рождаемости в России будет сказываться негативный эффект коронавирусной пандемии.

---

<sup>1</sup> [https://minister.infrastructure.gov.au/tudge/media-release/new-projections-australias-10-year-fertility-rate?fbclid=IwAR3RXppQlmYcOREMOwXzTF0m\\_MCJ0UZNFR572WLkuKTd2Nv1Y\\_9j-6vT76k](https://minister.infrastructure.gov.au/tudge/media-release/new-projections-australias-10-year-fertility-rate?fbclid=IwAR3RXppQlmYcOREMOwXzTF0m_MCJ0UZNFR572WLkuKTd2Nv1Y_9j-6vT76k)

## **1 Изменения в тенденциях рождаемости под влиянием шоковых факторов**

Изучение влияния различных шоковых факторов на показатели рождаемости неизбежно носит сложный характер, поскольку связанные с этим процессы носят динамичный характер. К таким факторам могут быть отнесены различные процессы экономического, социального, эпидемиологического и др. характера. Также необходимо учитывать изменения и в репродуктивных намерениях населения, которые могут происходить перманентно, вне зависимости от каких-либо потрясений. Поскольку супружеские пары теперь в определенной степени могут выбирать – когда они хотят иметь детей, и насколько большой будет семья, которую они хотят создать, важно понимать, какие факторы тормозят и облегчают такие решения.

Пары, у которых родился ребенок в период высокого распространения коронавируса и/или в период массовой самоизоляции, столкнулись с серьезным стрессом. Многим из них оказались недоступны ожидаемые услуги: были ограничены возможности присутствия супругов на родах, ограничены надомные посещения патронажных медсестер, в части родильных центров произошли уплотнения и перепрофилирования, кроме того, роженицы находились под дополнительным стрессом из-за опасности заражения коронавирусом в период пребывания в госпитале. Все это может оказать отрицательное воздействие на их дальнейшие репродуктивные планы.

Во многих исследованиях обращалось внимание на долгосрочные последствия демографических эффектов эпидемий. Первое и главное влияние эпидемий — это отрицательный шок для структуры населения и рабочей силы. Но также эпидемии можно рассмотреть и с точки зрения их влияния на рождаемость.

В эндемичных по малярии странах (например, Ангола, Афганистан, Бангладеш, Гвинея, Нигерия, Эфиопия и др.), влияние малярии отмечается не только на темпы экономического роста, сбережения и инвестиции, темпы роста численности населения, производительность труда, преждевременную смертность и медицинскую помощь, но и на рождаемость. В частности, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что высокая младенческая и детская смертность в африканских регионах с интенсивной передачей малярии связаны с непропорционально высокой рождаемостью и высоким приростом населения [1]. Кроме того, большая часть смертей в эндемичных районах приходится на детей в возрасте до пяти лет. В районах со стабильной эндемической передачей около 25% всех причин смерти среди детей в возрасте от 0 до 4 лет непосредственно связаны с малярией [2].

Исследования с использованием обработанных инсектицидами надкроватных сеток в некоторых африканских странах показали сокращение смертности от всех причин среди

младенцев и детей до 60%, что указывает на то, что в этих районах на малярию прямо и косвенно приходится чрезвычайно высокая доля младенческой и детской смертности [3-5].

Исторические данные свидетельствуют о том, что высокий уровень младенческой и детской смертности тесно связан с высоким уровнем рождаемости. Наряду с другими факторами, такими как доходы домохозяйств, образование женщин и наличие контроля над рождаемостью, младенческая и детская смертность являются важными факторами при принятии решений о рождении ребенка в домохозяйствах [6-7]. Одним из объяснений этой связи является то, что у родителей есть дети, которые заменяют потерянных [8]. Другая гипотеза, известная как «гипотеза выжившего ребенка» (child-survivor hypothesis), заключается в том, что родители основывают свои решения о рождении детей на желании иметь определенное число выживших детей (например, чтобы гарантировать, по крайней мере, одного выжившего наследника-мужчину или одного выжившего ребенка до старости родителей). Согласно этой теории, в домохозяйствах, не подверженных риску, рождаемость повышается еще больше, чем ожидалось, с тем чтобы обеспечить достаточно высокую вероятность желаемого числа выживших детей. Также в соответствии с этой теорией, тяжелое бремя малярии приводит к непропорционально высокому уровню рождаемости и в целом к высоким темпам роста численности населения в регионах с высоким уровнем заболеваемости малярией. Такие прогнозы подкреплялись данными о различных странах, однако прямая причинно-следственная связь между смертностью от малярии и повышением рождаемости и быстрым ростом численности населения является косвенной и еще не доказанной [8].

Высокий уровень рождаемости среди бедных домохозяйств также может привести к сокращению инвестиций в образование в расчете на одного ребенка - явление, которое экономисты называют «компромиссом между количеством и качеством» (quantity-quality tradeoff). Высокая рождаемость может также повлечь за собой особенно большие расходы на человеческий капитал для женщин. Когда у женщин очень высокий уровень рождаемости, родители могут предпочесть вкладывать меньше средств в образование своих дочерей, зная, что они, скорее всего, будут тратить значительную часть своих трудовых лет на воспитание детей, а не на рабочую силу, где они будут получать экономическую отдачу от образования. Кроме того, хотя часы, которые они тратят на уход за маленьким ребенком, могут и не занимать большую часть их рабочего дня, женщины, несомненно, будут ограничены в выборе работы из-за того, что должны уделять время ребенку. Это может привести к потере возможностей труда и приобретения опыта работы. В долгосрочной перспективе такие факторы могут оказать существенное влияние на экономический рост и производительность труда.

Несмотря на то, что трудно точно оценить реакцию рождаемости на смертность, вызванную малярией, и наоборот, можно сказать, что высокая рождаемость/смертность сопряжена с очень высокими издержками как на уровне домохозяйства, так и на уровне государства. Например, экономическая стоимость ресурсов, вложенных в младенцев, которые не выживают вследствие заражения, может быть значительной. Оценки количества часов, которые родители тратят на воспитание детей в течение каждого года жизни ребенка, и расчеты продуктивного времени, «потерянного» на основе младенческой и детской смертности в обществах с высокой смертностью, показывают, что это является существенной затратой [9].

Дополнительные эффекты будут действовать за счет изменения соотношения числа иждивенцев на одну группу населения трудоспособного возраста. Если супружеские пары будут следовать «гипотезе выжившего ребенка», то в любой момент времени в составе населения будет гораздо больше детей, чем ожидается, чтобы выжить во взрослой жизни. Это напрямую снижает ВНП на душу населения (поскольку ВНП вырабатывается трудоспособным населением, а ВНП на душу населения измеряется относительно общей численности населения).

В пределах своего господства малярия затрагивает почти все аспекты социально-экономической деятельности, включая рождаемость, нормы сбережений и инвестиций, выбор культур, школьное образование и решения, касающиеся миграции. Там, где передача инфекции носит интенсивный характер, болезнь создает сложный комплекс биологических и поведенческих ответных мер, оказывающих долгосрочное воздействие на экономический рост и развитие, которое выходит далеко за рамки аддитивных/добавочных затрат в отдельных случаях. В более общем плане, сокращение масштабов передачи малярии и других инфекционных заболеваний в условиях низких доходов вполне может оказаться одним из наиболее эффективных имеющихся стимулов для общего экономического развития [8]. Что касается других значительных эпидемий, произошедших в XXI веке, то предполагалось, например, что в случае если тяжелый острый респираторный синдром (SARS) станет эндемичным в будущем, это значительно увеличит частные и государственные расходы на здравоохранение и окажет более существенное влияние на демографическую структуру и человеческий капитал в зараженных экономиках [1].

В различных исследованиях традиционно предпринимаются попытки оценить экономическое бремя эпидемий на основе частных и частных расходов на медицинское обслуживание, связанных заболеванием, таких как расходы на диагностику и лечение заболевания. Затраты увеличиваются из-за необходимости поддерживать стерильную среду, осуществлять профилактические меры и проводить фундаментальные исследования

[1]. Стоимость болезни также включает в себя доходы, оставленные в результате заболеваемости и смертности, связанных с болезнью. Упущеный доход обычно оценивается по стоимости рабочих дней, потерянных из-за болезни. В случае смертности упущеный доход оценивается по капитализированной стоимости будущих заработков в течение жизни, потерянной в связи со смертью, связанной с заболеванием, на основе прогнозируемых доходов для разных возрастных групп и коэффициентов выживаемости для конкретного возраста [1].

Исследования влияния экономического спада на рождаемость обычно подтверждают идею о том, что рождаемость негативно реагирует на спады в деловом цикле. Другими словами, большинство исследований доказывают существование связи между экономическим ростом и рождаемостью в развитых странах, отмечая ее проциклический характер.

Спад в экономической сфере часто приводит к отсрочке деторождения, особенно при рождении первого ребенка, что впоследствии может быть в значительной степени компенсировано во время экономического процветания [10]. Необходимо помнить, что взаимосвязь между экономическим спадом и рождаемостью зависит от социальных и институциональных механизмов. Поэтому правительства стран стремятся смягчить воздействие неблагоприятных экономических условий на рождаемость посредством, например, семейной политики.

Государственная политика может по-разному влиять на рождаемость во время экономической рецессии. Правительство может изменить ход самой экономической рецессии (например, путем увеличения или ограничения государственных расходов), может выделить средства на конкретные симптомы и последствия рецессии (например, рынок жилья или тенденции в области безработицы, доступность образования) или может непосредственно влиять на альтернативные издержки, связанные с деторождением, путем изменения денежной поддержки семей, системы ухода за ребенком или предоставления отпуска по уходу за ребенком. Поскольку большинство экономических спадов в прошлом были относительно короткими, их влияние на показатели рождаемости было временным [11].

Финляндия является наглядным примером политики, которая непреднамеренно привела к небольшому повышению уровня рождаемости в период глубокой экономической рецессии в начале 1990-х годов. Введение в середине 1980-х годов пособия на ребенка родителям, которые остаются дома с ребенком в возрасте до трех лет, предоставило привлекательную альтернативу безработице и сократило возможности трудоустройства для многих женщин [12]. Кроме того, несмотря на острую экономическую рецессию в первой

половине 2009 года, некоторое повышение уровня рождаемости в Исландии привлекло внимание средств массовой информации, которые в качестве причины назвали щедрый родительский отпуск [13]. В то же время политика с благими намерениями может стать неэффективной или даже контрпродуктивной, если безработица и неопределенная занятость будут сохраняться в течение длительного периода времени. Политика также выполняет важную символическую функцию, давая сигналы о желательном поведении. Например, некоторые изменения в социальной политике, произошедшие в Швеции в 1980-х годах (в том числе, увеличение семейных пособий), привели к сокращению интервалов между деторождениями. Это привело к тому, что вторые и третьи рождения происходили более быстрыми темпами. Однако это не оказало влияния на рождение первого ребенка [14]. Таким образом, например, сокращение расходов, связанных с выплатой семейных пособий, можно рассматривать как своеобразные сигналы государства о предстоящих трудных временах, что, тем самым, создает пессимистическую атмосферу, способствующую отсрочке деторождения.

В Швеции в 1990-е годы многие женщины отложили этап «вступления в материнство», уровень вторых рождений снизился примерно на 25 %, а уровень третьих рождений сократился почти вдвое [14]. Сокращение числа первых родов было особенно сильным среди женщин в возрасте до 30 лет. В период 1990-1997 годов показатели первого деторождения у женщин в возрасте до 25 лет фактически сократились наполовину. Причиной тому могут быть изменения в уровне занятости на уровне муниципалитетов. Внезапное сокращение местной занятости может вызвать шоковый эффект, когда начало деторождения откладывается до тех пор, пока время не изменится в лучшую сторону. Результаты исследования показали, что молодые женщины подвержены гораздо большему влиянию муниципальных тенденций в сфере занятости, чем женщины более старшего возраста, поэтому с высокой вероятностью молодые женщины будут откладывать вступление в материнство в неблагоприятное для деторождения время [14].

При этом было установлено, что у женщин, имеющих постоянную работу, показатель первого деторождения намного выше, чем у безработных женщин, но в остальном сумма заработанного дохода не имеет значения. У женщин с доходом 100 тыс. крон и более примерно в три раза выше показатель первого деторождения, чем у сравнимых женщин, которые не имеют (или практически не имеют) дохода от работы [14].

Другим примером может послужить Южная Корея. Вследствие результатов политики государства, направленной на снижение рождаемости, в 1960-х и экономических кризисов 1997 года, 2000-х общий коэффициент рождаемости Южной Кореи в середине 2000-х был равен 1,08 [15]. Сопутствующее влияние оказалось также повышение возраста

вступления в первый брак и сокращение периода деторождения, увеличение случаев бесплодия в супружеских парах, а также увеличение доли женщин в составе рабочей силы.

Исследователи отмечают сильное влияние кризиса 1997 года на уровень рождаемости в Корее, в частности рост безработицы и отсутствие гарантий занятости способствовали снижению показателей рождаемости. Кроме того, влияние на сокращение рождаемости оказало увеличение расходов на образование детей (дошкольного и школьного). По данным Национального обследования динамики брака и рождаемости 2005 года, 9,9 % женщин в возрасте 20-39 лет остановили число рождений на одном ребенке в связи с бременем расходов на воспитание, 18,2 % - в связи с бременем расходов на образование (доля женщин с двумя детьми составила 11,9 % и 23,8 % соответственно) [15]. При этом субсидии в виде отпуска по беременности и родам и отпуску по уходу за ребенком были недостаточными для покрытия расходов семей. Услуги и учреждения по уходу за детьми не соответствовали различным требованиям работающих матерей, как в количественном, так и в качественном отношении. Например, по состоянию на 2005 год услуги по уходу за детьми удовлетворяли лишь 30% спроса [15].

Отмечалось также, что снижение/рост уровня рождаемости после каких-либо изменений в экономической ситуации могут последовать с некоторой задержкой. В целом, между экономическим циклом и рождаемостью существует положительная связь: по мере улучшения экономических условий повышается уровень занятости и доходов, а затем - уровень брака и рождаемости, и наоборот. Так, в Южной Корее увеличение СКР в 2006-2007 годах связывают с восстановлением экономики, сопровождавшимся повышением уровня занятости с 2003 года [15]. Для стран Запада снижение рождаемости является проверенной временем, утвержденной реакцией на жесткие экономические условия [16]. Как правило, такое снижение рождаемости носит временный характер, за которым обычно следует компенсационный период роста рождаемости (или, по крайней мере, замедление темпов ее снижения). Эти сдвиги в сторону понижения рождаемости начинаются с короткого промежутка времени от одного до двух с половиной лет.

Необходимо уточнить, что грамотная семейная политика или же превентивные меры могут существенно смягчить отрицательные последствия экономических кризисов на показатели рождаемости. Так, например, после экономического кризиса 2008 года в Латвии снизился уровень рождаемости, в отличие от остальных стран Балтии, где незадолго до кризиса ввели достаточно щедрые выплаты и отпуска по уходу за ребенком. В этих странах существенного снижения рождаемости не произошло.

Тенденции в области рождаемости часто демонстрируют корреляцию с ростом ВВП. Эта взаимосвязь особенно заметна для развитых стран с низкой рождаемостью, начиная с

1980-х годов. За периодами экономического спада или застоя в течение одного-двух лет часто следовало снижение уровня рождаемости. Однако, по мнению Т. Соботки, В. Скирбекка и Д. Филипова показатели безработицы и потребительского доверия являются более подходящими для более точного отражения воздействие спада на отдельных людей [11]. Кроме того, эти показатели связаны с колебаниями показателей рождаемости, в том числе во время рецессий. Данные различных исследований, рассмотренных авторами, свидетельствуют о том, что изменение уровня безработицы или потребительского доверия имеет большее значение для изменения уровня рождаемости. Дифференциация социального статуса как основная причина объяснения реакции на экономический спад ставят под сомнение общую обоснованность представления о том, что неопределенность экономической ситуации вызывает отсрочку рождения детей.

Наиболее важной причиной, по которой рецессия может оказать снижающий эффект на рождаемость, является рост безработицы и нестабильности в сфере занятости, что особенно негативно сказывается на молодом поколении. Исследователи также обнаружили, что в странах, которые наиболее сильно пострадали от рецессии, наблюдается снижение рождаемости по сравнению с общими тенденциями рождаемости последнего времени [17]. Также согласно данному исследованию, показатели рождаемости в более молодом возрасте в большей степени реагируют на неблагоприятные экономические условия. Это объясняется тем, что планы в отношении рождаемости легче пересматривать в более молодом возрасте, чем в возрасте, близком к биологическим пределам рождаемости.

В Сингапуре отмечалось снижение уровня рождаемости с момента обретения независимости и начала периода значительных экономических изменений в стране. Общий коэффициент рождаемости снизился с 4,7 в 1965 году (год обретения независимости) до 1,26 в 2006 году (в 2019 году – 1,14 [18]). Особенно резко снижение показателей рождаемости произошло вследствие реструктуризации экономики в начале 2000-х годов, который привел к росту безработицы. В числе причин снижения показателей рождаемости исследователи отмечают также вспышку атипичной пневмонии (SARS) [19]. В ситуации экономической неопределенности молодежь откладывает начало деторождения, поскольку такое решение может уменьшить неопределенность, связанную с экономической ситуацией и стабильностью союзов в раннем зрелом возрасте, а также неопределенность в отношении затрат на детей.

Кроме того, если рассматривать страны с низкой рождаемостью, то сроки периода рождаемости являются довольно гибкими. Желаемое начало периода деторождения может варьироваться в течение более двух десятилетий в период жизни от позднего подросткового возраста до середины или конца 30 лет (потенциально также и в более позднем возрасте).

Именно поэтому время наступления этого периода в странах с низким уровнем рождаемости может быть более чувствительным к изменениям социально-экономических условий.

На рынке труда в условиях глобализации у молодых людей появляется больше стимулов вкладывать средства в образование, чтобы повысить свой человеческий капитал и конкурентоспособность; у супружеских пар - снизить риск потери работы и снижения материального положения семьи путем принятия стратегии двойного дохода; у женщин - оставаться в числе рабочей силы. По мнению Питера Макдональда, демографическими последствиями такой экономики являются более длительная зависимость детей от своих родителей, более активное участие и более длительный срок обучения, трудности в формировании отношений, позднее вступление в брак или внебрачное сожительство, задержка деторождения и бездетность [20]. По его мнению, страны с очень низкой рождаемостью в различной степени испытывают на себе эти последствия.

Как уже отмечалось выше, одним из экономических факторов, оказывающих наиболее сильное влияние на рождаемость, является уровень безработицы. В частности, безработица привела к снижению рождаемости в Южной Европе. Такие южно-европейские страны, как Италия и Испания, известны своей нестабильностью в плане трудоустройства, рецессия еще больше усугубила проблемы, с которыми сталкивается молодежь в этом регионе. Такое сочетание глубины рецессии и институциональных механизмов в странах Южной Европы делает взаимосвязь между экономикой и рождаемостью особенно сильной [17]. Для более старших возрастов (30-44 лет) безработица оказывает негативное влияние на рождение второго ребенка.

При рассмотрении альтернативных издержек деторождения исследователи приходят к выводу о том, что более образованные женщины, в частности, могут воспринимать деторождение как особенно рискованную стратегию во время рецессии и, вероятно, будут реагировать на это, откладывая свои планы деторождения [11]. Напротив, среди мужчин наименее образованные лица с нестабильным положением на работе будут сталкиваться с большими трудностями при поиске партнера, с которым можно было бы создать семью. В целом многие супружеские пары будут получать более низкую заработную плату и будут иметь меньше возможностей для трудоустройства, а их более жесткий бюджет снизит вероятность решения о рождении детей.

В отличие от других недавних спадов, таких как финансовый кризис 1997-98 гг., особенно затронувший Азию и Российскую Федерацию, или скандинавская и восточноевропейская рецессия начала 1990-х годов, рецессия, последовавшая за экономическим кризисом 2008 года оказала сильное воздействие на экономику и

государственные бюджеты всех развитых стран. Культурный и институциональный контекст в развитых странах существенно отличается от контекста, преобладающего во время прошлых кризисов. Больше, чем когда-либо ранее, женщины участвуют (и конкурируют с мужчинами) на рынке труда, большинство супружеских пар используют надежные средства контрацепции, которые позволяют им откладывать деторождение, а системы социального обеспечения все больше обременяются расходами на социальное обеспечение и здравоохранение, связанными с увеличением числа пожилых людей, а также массовыми государственными долгами, унаследованными из прошлого или накопленными во время рецессии. Средний возраст женщин при рождении первого ребенка достиг примерно 28 лет в большинстве стран Европы, а также в Японии (VID-IIASA 2010), увеличившись с начала 1970-х годов на три-пять лет. Это оставляет женщинам и парам меньше возможностей для того, чтобы отложить выполнение родительских обязанностей до более позднего возраста. Во многих странах нынешний спад совпадает с пенсионными реформами, которые повышают пенсионный возраст, подразумевая, что все меньшее число пожилых работников уходит с рынка труда и что молодые работники вынуждены конкурировать за меньшее количество рабочих мест и соглашаться на более низкую заработную плату. Все эти факторы могут повлиять на решения в области репродуктивного здоровья, потенциально усиливая негативное воздействие рецессии на рождаемость.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что уровень рождаемости реагирует на различные изменения и потрясения, происходящие в обществе, будь то неблагоприятная эпидемиологическая обстановка (как в случае с малярией в ряде стран Африки, так и с эпидемией SARS в странах Восточной Азии), или же изменения экономических показателей. Так, одним из таких показателей, оказывающих наиболее сильное влияние на показатели рождаемости и репродуктивные намерения населения, является уровень безработицы.

При этом стоит отметить, что изменение показателей рождаемости как реакция на какие-либо изменения в обществе будет в большей степени наблюдаться в более молодых возрастах, поскольку у женщин и пар этой возрастной группы (до 30-35 лет) есть некоторый «запас» возможностей и времени для того, чтобы скорректировать репродуктивные намерения и отложить решение о рождении ребенка на более поздний срок. Важно понимать, что превентивные меры в демографической политике, грамотные программы поддержки семей с детьми могут ослабить негативные влияния различных шоковых факторов на уровень рождаемости в стране.

## **2 Влияние эпидемиологической ситуации на репродуктивные намерения населения**

Опрос «Человек, семья, общество» проходил с марта по май 2020 года – на фоне нарастания социальной и экономической напряженности в связи с разворачивающейся пандемией коронавируса Covid-19. В связи с этим мы поставили задачу проанализировать репродуктивные намерения респондентов ЧСО в зависимости от времени опроса при соблюдении контроля прочих факторов для оценки того, влияет ли на них нарастание напряженности.

Анкета опроса «Человек, семья, общество» содержит в себе систему показателей репродуктивных установок населения (таблица 2.1).

Таблица 2.1 – Система показателей репродуктивных установок населения в анкете опроса «Человек, семья, общество»

Показатель	Содержание показателя
Вы бы хотели иметь (еще) детей?	Часть индикатора «желаемое число детей».
Сколько всего детей вы хотели бы иметь, если бы у вас были для этого все необходимые условия? (множественный выбор)	Индикатор «Желаемое число детей», базовая репродуктивная установка
Собираетесь ли вы завести (еще одного) ребенка в течение ближайших трех лет — определенно да, скорее да, скорее нет или определенно нет?	Репродуктивные намерения на определенный период времени с разными степенями уверенности
Вы не собираетесь заводить ребенка в ближайшие 2-3 года из-за (1) материальных трудностей, (2) напряженных отношений внутри семьи, (3) с загруженностью воспитанием уже имеющихся детей, (4) проблемами со здоровьем, (5) с отсутствием подходящего партнера/супруга или (6) чем-то другим? (множественный выбор)	Факторы, препятствующие формированию репродуктивных намерений
Примерно через сколько лет вы планируете рождение ребенка?	Отложенные репродуктивные ожидания

Репродуктивные установки и намерения тесно связаны с такими базовыми демографическими характеристиками, как пол, возраст респондента и число уже имеющихся детей. В связи с этим данные показатели входят в текущий анализ как

контролирующие переменные. Формат времени проведения опроса переведен из линейного в категориальной для большей информативности результатов и представлен в неделях.

Для общего желания иметь (еще) детей время проведения опроса оказалось частично значимым. На второй и четвертой неделях опроса респонденты чаще выражали общее желание иметь детей, при контроле демографических характеристик. (таблица 2.2).

Таблица 2.2 – Результаты логистической регрессии. Зависимая переменная: ответ на вопрос «Вы бы хотели иметь (еще) детей?», где 0 – нет, 1 – да.

	B	Знч.	Exp(B)
16 марта-22 марта		,221	
23 марта-29 марта	<b>,266</b>	<b>,045</b>	<b>1,304</b>
30 марта-5 апреля	,098	,414	1,103
6 апреля-12 апреля	<b>,322</b>	<b>,032</b>	<b>1,380</b>
13 апреля-19 апреля	,084	,371	1,088
20 апреля-26 апреля	,011	,904	1,011
27 апреля-4 мая	,050	,585	1,052
<i>контрольные переменные</i>			
женщины	-,535	,000	,586
3 детей и более		,000	
нет детей	1,791	,000	5,997
1 ребенок	1,077	,000	2,935
2 детей	,245	,019	1,278
45-49 лет		,000	
18-19 лет	,555	,001	1,741
20-24 года	1,120	,000	3,065
25-29 лет	1,867	,000	6,466
30-34 года	1,734	,000	5,664
35-39 лет	1,210	,000	3,353
40-44 года	,614	,000	1,848

Для второго индикатора – репродуктивных намерениях на ближайшие 3 года – оказалась значимой только вторая неделя опроса (таблица 2.3). В это время, как и в предыдущем случае, респонденты более склонны были давать положительный ответ на этот вопрос, при контроле демографических характеристик.

Таблица 2.3 – Результаты логистической регрессии. Зависимая переменная: ответ на вопрос «В течение ближайших трех лет планируете ли вы рождение (еще одного) ребенка?», где 0 – нет, 1 – да.

	B	Знч.	Exp(B)
16 марта-22 марта		,627	
23 марта-29 марта	<b>,251</b>	<b>,085</b>	<b>1,285</b>
30 марта-5 апреля	-,062	,647	,940
6 апреля-12 апреля	,084	,611	1,088
13 апреля-19 апреля	-,041	,696	,960
20 апреля-26 апреля	,027	,797	1,027
27 апреля-4 мая	,049	,632	1,050
<i>контрольные переменные</i>			
женщины	-,255	,000	,775
3 детей и более		,000	
нет детей	1,592	,000	4,912
1 ребенок	1,049	,000	2,854
2 детей	-,039	,785	,962
45-49 лет		,000	
18-19 лет	,568	,031	1,764
20-24 года	1,612	,000	5,013
25-29 лет	2,828	,000	16,912
30-34 года	2,921	,000	18,551
35-39 лет	2,367	,000	10,666
40-44 года	1,464	,000	4,322

Вторая неделя опроса пришлась на период 23-29 марта 2020 года. Это неделя накануне введения первого периода нерабочих дней и режима обязательной самоизоляции в ряде регионов России. В это время работодатели массово переводили работников на режим удаленной занятости, часть населения уже соблюдала самоизоляцию добровольно. В то время отчетливо проявились опасения населения в отношении масштабов распространения эпидемии, однако усталости от карантина еще не было, равно как и не было ожиданий относительно его высокой продолжительности, негативных экономических последствий. В какой-то мере можно говорить о превалировании на тот момент позитивных настроений, ощущения социального единения и «окна перемен» в обществе и экономике. Однако в целом результаты анализа показали, что время опроса не оказало явного воздействия на формулирования респондентами своих репродуктивных желаний и планов.

На четвертой и пятой неделях опроса (период с 6 по 19 апреля) респонденты реже по сравнению с остальным временем указывали в качестве причины откладывания рождения ребенка за трехлетний горизонт материальные трудности (таблица 2.4). Сложно связать этот феномен с каким-либо фактором развития эпидемии и этапом принятия мер поддержки населения и бизнеса.

Таблица 2.4 – Результаты логистической регрессии. Зависимая переменная: «Вы не собираетесь заводить ребенка в ближайшие 2-3 года из-за... материальных трудностей?», где 0 – не выбран, 1 – выбран.

	B	Знч.	Exp(B)
16 марта-22 марта		,044	
23 марта-29 марта	,253	,324	1,287
30 марта-5 апреля	-,155	,502	,857
6 апреля-12 апреля	<b>-,784</b>	<b>,005</b>	<b>,457</b>
13 апреля-19 апреля	<b>-,307</b>	<b>,091</b>	<b>,736</b>
20 апреля-26 апреля	-,204	,275	,815
27 апреля-4 мая	-,021	,909	,979
женщины	-,492	,000	,611
3 детей и более		,000	
нет детей	-,849	,001	,428
1 ребенок	,031	,901	1,032
2 детей	-,101	,684	,904
45-49 лет		,000	
18-19 лет	-,044	,891	,957
20-24 года	,918	,000	2,505
25-29 лет	1,616	,000	5,032
30-34 года	1,535	,000	4,640
35-39 лет	1,106	,000	3,021
40-44 года	,831	,000	2,295

Таким образом, внутри календаря опроса время проведения интервью не оказывало влияния на ответы о репродуктивном поведении. Действительно, каких-либо чрезвычайных социальных происшествий в этот период не было, поэтому изо в день ситуация и настроения населения менялись не так стремительно. Однако для более глубокого понимания следует сравнить текущие оценки репродуктивных установок с аналогичными в прошлой волне опроса «Человек, семья, общество», в 2017 году. Оба опроса проводились весной, имели одинаковые выборки и инструментарий.

В 2020 году респонденты существенно чаще заявляли о своем нежелании иметь детей – как те, у кого дети уже есть, так и бездетные (таблица 2.5). Формулировка вопроса не менялась после 2017 года, поэтому столь значимые изменения нельзя отнести к артефактам инструментария. Она отличается от стандартной формулировки о желаемом числе детей («Сколько всего детей вы хотели бы иметь, если бы у вас были все необходимые условия?»), так как наши предыдущие исследования показатели недостатки последней [21]. Для измерения современных установок на бездетность важным стало не задавать вопрос, начинающийся со слова «сколько». Во время внедрения стандартной формулировки (вторая половина XX века) проблемы добровольной бездетности не было, и исследователи не спрашивали о самом наличии желания иметь детей, а лишь об их количестве. Теперь эта аксиома утратила исследовательскую достоверность. И прямой вопрос, дающий право выбора отрицательного ответа о желании иметь детей, показывает всё более высокую долю таких респондентов.

Вместе с тем сложно допустить и тот факт, что всего за 3 года уровень декларируемой добровольной бездетности вырос более чем в 2 раза – с 10,4 до 22,7%. Скорее, можно предположить влияние фактора времени – совокупности негативных факторов весны 2020 года.

Таблица 2.5 – Распределение ответов на вопрос о желании иметь (еще) детей в зависимости от наличия уже рожденных детей, 2020 и 2017 годы, % по строке

	2020 год			2017 год		
	Да	Нет	3/о	Да	Нет	3/о
Есть дети	48,0	<b>52,0</b>	4,3	61,5	<b>36,3</b>	2,2
Нет детей	77,3	<b>22,7</b>	2,8	87,5	<b>10,4</b>	2,1

В разрезе возраста и числа уже имеющихся детей динамика ответов между 2017 и 2020 годами еще более яркая. Среди молодых респондентов без детей доля декларирующих нежелание иметь детей возросла с 8,3% до 20,3%, среди респондентов 35 лет и старше – с 15% до 20,1% (таблица 2.6). Крайне резко возросла доля нежелающих иметь еще детей среди однодетных респондентов 35 лет и старше – с 31,7% до 51,9%. В остальных группах рост негативных репродуктивных установок также вырос, но меньше.

Таблица 2.6 – Распределение ответов на вопрос о желании иметь (еще) детей в зависимости от наличия уже рожденных детей, 2020 и 2017 годы, % по строке

		2020		2017	
		нет	да	нет	да
20-34 года	Нет детей	<b>20,3</b>	79,7	<b>8,3</b>	91,7
	1 ребенок	22,1	77,9	16,4	83,6

Продолжение таблицы 2.6

	2 детей	50,1	49,9	37,9	62,1
	3 детей и более	64,9	35,1	51,1	48,9
35-44 года	Нет детей	20,1	79,9	15,0	85,0
	1 ребенок	<b>51,9</b>	48,1	<b>31,7</b>	68,3
	2 детей	66,7	33,3	54,4	45,6
	3 детей и более	69,2	30,8	62,6	37,4

Наиболее чутким к воздействию внешних условий индикатором репродуктивного поведения являются репродуктивные намерения на определенный период времени. В то же время этот индикатор вернее всего предсказывает реальное дальнейшее поведение населения, хотя и его измерительная сила не столь велика [22]. Стандартным горизонтом репродуктивного планирования в демографических исследованиях считается период в 3 года.

Стоит отметить, что инструментарий опроса 2020 года в части измерения репродуктивных намерений был усовершенствован по сравнению с 2017 годом. В 2017 году была использована формулировка: «*Собираетесь ли вы завести (еще одного) ребенка в течение ближайших трех лет?*». В 2020 году ее изменили на более корректную и четкую: «*В течение ближайших трех лет планируете ли вы рождение (еще одного) ребенка — определенно да, скорее да, скорее нет или определенно нет?*». По причине изменения формулировки полностью сопоставимыми считать результаты 2017 и 2020 годов нельзя. Однако в основе изменения инструментария лежало стремление исследователей сделать данный индикатор более точным. Благодаря панельным исследованиям [22, 23] известно, что степень реализации репродуктивных намерений, измеряемых посредством формулировки «собираетесь...?» является весьма низкой. Так, на данных наших опросов «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» (РиДМиЖ) за 2007-2011 гг. мы видели, что среди женщин, ответивших о намерении в течение трех лет завести ребенка «определенno да», сделали это менее половины (44%), среди ответивших «пожалуй, да» – 28,2%. В среднем всего треть женщин (32,8%), собирающихся родить ребенка в течение трех лет, осуществили свое желание<sup>2</sup>.

Кроме того, распределение ответов на этот вопрос с течением времени стало вызывать все больше сомнений в его измерительной силе. Так, в 2017 году 56,5% респондентов до 45 лет ответили, что собираются завести ребенка в течение ближайших 3

<sup>2</sup> Аналогичные оценки были получены на данных РиДМиЖ 2004–2007 гг.: 38,8% родили ребенка из числа «определенno» собирающихся и 21,3% из числа «пожалуй» собирающихся женщин.

лет (в сумме ответы «определенко да» и «скорее, да»)<sup>3</sup>. Опросив этих же респондентов через 3 года, мы увидели, что среди определено намеревавшихся родить ребенка доля рождений составила 36,1%, среди тех, кто отвечал «скорее, да» - всего 16,1%.

Опираясь на вышеуказанные предпосылки, в 2020 году вопрос был переформулирован. Новые оценки говорят о том, что 28,5% женщин до 45 лет и 37,9% мужчин до 45 лет планируют рождение ребенка в ближайшие 3 года. Среди молодых мужчин доля планирующих рождение первенца оценена теперь в 48,4% (ранее оценка была 65,9%) среди женщин – 48,3% (ранее 74,6%, Таблица 2.7). Доля молодых женщин, планирующих в ближайшее время рождение второго ребенка, составила 51,5%. Среди женщин старше 35 лет доля планирующих рождение первенца оценена в 35,6%, рождение второго ребенка – в 10,4%.

Среди молодых бездетных мужчин и женщин выше стали оценки тех, чьи намерения родить ребенка отложены за трехлетний период: таких стало по 30% (было 25% мужчин и 18% женщин).

Таблица 2.7 – Распределение мужчин и женщин по репродуктивным намерениям на ближайшие 3 года в разрезе возраста и числа уже рожденных детей, % по строке

		Мужчины			Женщины		
		Планирует детей в близ. 3 года	Планирует детей позже	Не планирует вообще	Планирует детей в близ. 3 года	Планирует детей позже	Не планирует вообще
2020							
20-34	Нет детей	<b>48,4</b>	30,1	21,4	<b>48,3</b>	30,6	21,1
	1 ребенок	<b>54,0</b>	27,0	19,0	51,5	21,7	26,8
	2 детей	35,0	22,1	42,9	22,5	20,9	56,6
35-49	Нет детей	51,4	26,0	22,6	<b>35,6</b>	19,6	44,8
	1 ребенок	<b>21,7</b>	26,2	52,1	<b>10,4</b>	17,5	72,1
	2 детей	13,6	25,7	60,7	4,0	15,3	80,7
2017							
20-34	Нет детей	<b>65,9</b>	24,9	9,2	<b>74,6</b>	17,9	7,5
	1 ребенок	<b>65,3</b>	22,3	12,4	55,5	24,5	20,0
	2 детей	37,4	32,1	30,5	27,3	29,7	43,0
35-44	Нет детей	57,9	28,6	13,5	<b>57,6</b>	22,4	20,0
	1 ребенок	<b>40,4</b>	39,0	20,6	<b>21,5</b>	36,7	41,8
	2 детей	19,5	34,9	45,5	9,8	27,5	62,7

<sup>3</sup> Для сравнения в 2004-2011 гг. таковых было около 25%, и эта оценка представляется более близкой к реальным планам населения.

Выборки обоих исследований идентичны, поэтому для исключения влияния структурного фактора осталось проверить отсутствия смещения по брачной структуре. Действительно, в 2020 году доля респондентов, отметивших в составе домохозяйства супруга(у) ниже, чем была в 2017 году почти во всех половозрастных группах (таблица 2.8). Однако разница в этом показателе не настолько велика, как разница в показателях репродуктивных установок.

Таблица 2.8 – Наличие или отсутствие супруга(и) в домохозяйстве в разрезе пола и возраста, % по строке

	Мужчины		Женщины	
	нет партнера	есть партнер	нет партнера	есть партнер
2020				
18-19	94,5	5,5	91,5	8,5
20-24	80,6	19,4	62,2	37,8
25-29	52,6	47,4	33,1	66,9
30-34	37,4	62,6	29,8	70,2
35-39	29,1	70,9	27,6	72,4
40-44	26,6	73,4	33,0	67,0
2017				
	нет партнера	есть партнер	нет партнера	есть партнер
18-19	94,5	5,5	83,3	16,7
20-24	73,3	26,7	53,6	46,4
25-29	47,2	52,8	28,4	71,6
30-34	28,2	71,8	21,8	78,2
35-39	21,4	78,6	23,3	76,7
40-44	20,9	79,1	27,9	72,1

Среди проживающих с супругом(ой) в одном домохозяйстве распределение состоящих в зарегистрированном и незарегистрированном браках изменилось незначительно (таблица 2.9).

Таблица 2.9 – Доля состоящих в зарегистрированном и незарегистрированном браках среди проживающих совместно с супругом(ой) в разрезе пола и возраста, 2017 и 2020 годы, % по строке

	Мужчины		Женщины	
	зарегистрированный брак	незарегистрированный брак	зарегистрированный брак	незарегистрированный брак
2020				
20-34	72,7	27,3	74,3	25,7
35-44	80,8	19,2	82,0	18,0
2017				
20-34	72,8	26,9	78,5	21,4
35-44	85,2	14,8	84,4	15,6

Таким образом, нельзя исключить негативного влияния изменения брачной структуры, однако полностью объяснить им столь значимое снижение репродуктивных намерений и установок нельзя.

Каковы репродуктивные планы мужчин и женщин в разрезе брачно-партнерских категорий? Среди респондентов, состоящих в зарегистрированном браке, и имеющих двоих детей, оценки репродуктивных намерений изменились относительно слабо (Таблица 2.10). Среди мужчин, у которых уже есть дети, и которые на момент опроса состоят в незарегистрированном браке, репродуктивные намерения не снизились. В остальных категориях оценки репродуктивных планов стали ниже. Тем не менее, их можно считать все еще слишком оптимистичными относительно реального поведения населения.

Таблица 2.10 – Доля мужчин и женщин, имеющих позитивные репродуктивные намерения, в разрезе брачно-партнерского статуса и числа уже имеющихся детей, 2017 и 2020 годы, %

		2020		2017	
		Планирует рождение ребенка в ближ. 3 года		Собирается завести ребенка в ближ. 3 года	
		мужчины	женщины	мужчины	женщины
зарегистрированный брак	Нет детей	79,5	73,1	91,0	90,2
	1 ребенок	44,6	39,4	57,1	46,3
	2 детей	22,1	12,9	25,1	18,7
незарегистрированный брак	Нет детей	60,7	51,5	72,8	74,6
	1 ребенок	50,5	47,5	49,9	55,2
	2 детей	40,5	12,5*	32,8	26,8
нет партнера в домохозяйстве <sup>4</sup>	Нет детей	39,7	34,0	50,0	54,3
	1 ребенок	31,7	27,3	34,0	29,2
	2 детей	14,0*	11,5*	36,8*	20,3*

\* маленькое число наблюдений

Таким образом, мы видим снижение оценок ближайших репродуктивных планов респондентов из одних демографических категорий и относительную их стабильность среди респондентов из других категорий. Мы предполагаем, что новая формулировка вопроса, прежде всего, снизила число положительных ответов среди респондентов, для которых уровень неопределенности выше – бездетных и/или без партнера. Это согласуется с результатами предыдущих исследований, согласно которым женщины, уже имеющие детей, более точно планируют свое репродуктивное поведение [22]. Как и в случае с индикатором желаемого числа детей ключевой сдвиг произошел в сторону увеличения доли не планирующих рождения детей вовсе.

Наконец, следует сказать о результатах еще одного вопроса, касающегося репродуктивных установок. Весной 2020 года респонденты значимо чаще выражали согласие с точкой зрения, согласно которой если у супругов нет своего жилья и стабильной работы, лучше отложить рождение ребенка: 60,7% согласных против 46,2% в 2017 году (Таблица 2.11).

<sup>4</sup> Может быть мужчина/женщина, с которым(ой) респондент имеет отношения, но не живет вместе

Таблица 2.11 – Распределение респондентов по согласию с противоположными точками зрения о связи материального благополучия и решения о рождении ребенка, 2020 и 2017 годы, % по столбцу

	2020	2017
Если у супругов нет своего жилья и стабильной работы, лучше отложить рождение ребенка	60,7	47,2
Если супруги хотят иметь ребенка, материальное благополучие не должно влиять на их решение	35,9	49,5
Затрудняюсь ответить	3,4	3,3
Итого	100,0	100,0

Доля молодых респондентов, предпочитающих откладывание деторождения по материальным причинам, выросла сильнее, чем среди респондентов старше 35 лет (таблица 9). Среди бездетных мужчин и женщин прирост этой доли меньше, чем среди респондентов с детьми (хотя в целом она очень высока, 73,8%). В старших возрастах среди респондентов без детей даже произошло снижение поддерживающих эту точку зрения.

Таблица 2.12 – Доля респондентов, согласных с утверждением «Если у супругов нет своего жилья и стабильной работы, лучше отложить рождение ребенка» в разрезе возраста и числа уже имеющихся детей, 2020 и 2017 годы, % по столбцу

		2020	2017	Изменение
20-34 года	Нет детей	73,8	63,7	10,1
	1 ребенок	66,1	49,9	16,2
	2 детей	59,4	41,4	18,0
	3 детей и более	44,6	30,4	14,2
35-44 года	Нет детей	48,6	56,8	-8,3
	1 ребенок	53,5	45,5	8,0
	2 детей	51,6	38,7	12,9
	3 детей и более	36,2	30,7	5,5

Опрос ЧСО 2020 года содержал также прямой вопрос с возможностью множественного выбора ответов о причинах откладывания респондентами рождения ребенка за трехлетний период. Материальные трудности назвали 53,6% респондентов, отсутствие супруга(и) 22,4%, «другие причины» 21,3%<sup>5</sup>. Среди «других причин» доминировал фактор возраста.

Рефлексия о возрасте определяет желание иметь детей. Так, в молодежной группе представление о том, что иметь детей «еще рано» приводит к нежеланию в принципе размышлять на эту тему даже гипотетически. Респонденты опроса ЧСО чаще всего ссылались на возраст, если отвечали на открытый вопрос о причинах откладывания деторождения: «алименты», «без причины», «в виду возраста», «в нынешней ситуации (в

<sup>5</sup> Были предложены также варианты ответов «Напряженные отношения внутри семьи», «Загруженность воспитанием уже имеющихся детей», «Проблемы со здоровьем», но они набрали небольшую поддержку.

политической и социальной пока неохота иметь ребенка), «в приоритет получение образования», «в связи с возрастом», «в силу возраста», «в таком возрасте еще не хочу детей», «важнее сначала получить образование», «возраст» (многократное повторение этого варианта разными респондентами), «возраст и положение в стране», «возраст не позволяет», «возраст не тот», «возраст пока не подходит», «возраст, слишком рано», «возрастная категория не та», «возрастной критерий». Кроме того, респонденты отмечали другие предпочтения, связанные с молодым возрастом: «дать время на путешествия», «для меня первое – это карьера!», «добиться успеха», «достижение карьерного роста», «другие планы на жизнь», «еще молодая», «ещё не созрела», «еще нет образования», «ещё рано», «еще учусь», «желание закончить учёбу и трудоустроиться на первые несколько лет», «заканчиваю университет», «закончить образование, жилье», «из-за что сначала нужно обеспечить себе карьерный рост, а потом думать о семье и детях», «личные цели, пока рано», «мне нужно выучиться для начала», «надо доучиться и выйти на работу», «надо закончить институт», «надо закончить учебу», «не встал на ноги еще, чтобы сам существовать, нет постоянного дохода, который я мог бы выделять на будущую семью», «не готов», «не готова пока», «не готова пока еще», «не думала об этом», «не хочу заводить детей в ближайшее время, нет желания», «нужно доучиться и встать на ноги», «образование нужно получить», «пока институт не закончу», «пока не готов», «пока не планирую создавать семью», «пока не хочется портить жизнь себе», «пока не хочу», «пока нет времени на детей», «пока не хочу на данный момент», «пока рано», «пока рано, я учусь пока и работаю», «пока учусь», «пока это лишнее», «просто не хочу», «психологическая неготовность», «рано пока что минимум через 10 лет», «реализация себя», «слишком рано», «смотреть на мир, попутешествовать, стать на ноги», «сначала выучиться надо», «учеба сейчас», «учусь и хочу закончить ВУЗ», «хотелось бы поработать несколько лет, года три-четыре, а потом только уходить в декрет», «хочется пожить для себя!», «это не является целью», «это пока не нужно», «я не готова к детям пока!», «я пока морально не готова».

Вместе с тем респонденты около 25 лет и старше дают ответы о том, что «пока не думали о детях», что «еще рано» и тому подобные. Респонденты после 25 лет чаще принимают во внимание социальные и экономические факторы.

Таким образом, опрос весны 2020 года дал следующие результаты:

- Среди бездетных мужчин и женщин до 35 лет выше стало число тех, чьи намерения родить ребенка отложены за трехлетний период;
- Оценки ближайших репродуктивных планов остаются довольно оптимистичными, хотя они стали ниже по сравнению с 2017 годом. Их буквальное

сравнение с предыдущим опросом затруднено изменениями в инструментарии, благодаря которым индикатор намерений должен был стать более реалистичным.

– Субъективные оценки значимости материальных условий для принятия решения о рождении ребенка усилились. Это может быть следствием пребывания респондентов в состоянии экономической неопределенности.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Влияние пандемии на репродуктивное поведение населения еще не изучено. Но вероятнее всего, оно будет негативным. Насколько острый будет этот эффект, как долго он продлится и какие группы населения затронет больше всего отчасти зависит от действий государственных институтов. Паузу в беременностях в России можно ожидать с декабря 2019 года и в течение первого полугодия 2021 года. Характеристики наверстывания деторождения в этот раз будут зависеть от глубины и длительности совокупных последствий пандемии.

Можно выделить следующие группы эффектов, имеющих значение для репродуктивного поведения населения:

### 1) Непосредственно эпидемиологические

Отложить запланированное рождение могли женщины/семейные пары, столкнувшиеся с заболеванием лично или в составе своей семьи. Кроме того, от непосредственных эффектов пандемии пострадали пары, ожидавшие ребенка в период высокого распространения коронавируса и/или в период массовой самоизоляции. Они столкнулись с серьезным стрессом, многим из них оказались недоступны ожидаемые услуги: были ограничены визиты беременных женщин в консультации, почти исключены возможности присутствия супругов на родах, ограничены надомные посещения патронажных медсестер, в части родильных центров произошли уплотнения и перепрофилирования, кроме того, роженицы находились под дополнительным стрессом из-за опасности заражения коронавирусом в период пребывания в госпитале. Эти факторы могут оказать отрицательное воздействие на их дальнейшие репродуктивные планы.

### 2) Экономические

Больше всего экономические последствия затронули тех, кто потерял работу в период пандемии и испытывает иные серьезные трудности на рынке труда. Одной из таких групп риска являются работающие женщины с детьми дошкольного возраста, которым на длительное время стали недоступны услуги детских дошкольных учреждений.

### 3) Социальные

Социальные последствия касаются продолжительного изменения в образе жизни населения, причем эти последствия сильнее для представителей среднего класса и молодых высокообразованных бездетных мужчин и женщин.

### 4) Психологические

В комплексе обстановка весны 2020 года спровоцировала рост депрессивных и тревожных настроений в обществе. Кроме того, одним из самых важных на сегодняшний день факторов становится ожидание населением второй волны пандемии (и возможного

режима самоизоляции) следующей осенью-зимой. Эти ожидания будут существенным образом негативно влиять на ближайшие репродуктивные планы. Пары, уже принявшие решение о рождении (еще одного) ребенка могут отложить его до снижения эпидемиологической неопределенности во избежание попадания периода беременности и родов на вторую волну пандемии.

С целью сглаживания последствий распространения коронавируса для экономического положения семей с детьми принимался ряд мер поддержки. В 2020 году поддержка рождаемости и семей с детьми в России реализовывалась преимущественно по двум направлениям: путем расширения доступности услуг дошкольного воспитания и путем расширения материальной поддержки. Дополнительная материальная поддержка в 2020 году была предоставлена как в формате нового материнского капитала, так и в формате дополнительных пособий на детей в связи с covid-ассоциированным ухудшением экономического положения семей с детьми.

Выплата материнского капитала на первого ребенка введена только в 2020 году, и пока рано говорить об ее эффективности. Ряд экспертов полагает, что акцент демографической политики сместился на стимуляцию рождения первого ребенка вместо второго и последующих. При такой интерпретации новая система материнского капитала сильно демотивирует к рождению вторых и последующих детей тех. Однако мы считаем новый материнский капитал продолжением политики стимулирования нескольких рождений. Просто возможности по расширению жилья (а это основное направления использования МСК) появляются не после рождения второго ребенка, а перед ним, что позволяет более комфортно планировать появление нескольких детей в семье.

В связи с коронавирусом и его экономическими последствиями были введены серии мер поддержки доходов семей с детьми. По данным Всемирного банка, к середине июня 2020 г. те или иные антикризисные меры социальной защиты были приняты в 195 странах<sup>6</sup>. В России в период первой волны коронавируса (весна 2020 года) были введены новые выплаты и увеличены постоянно действующие (таблица 1). В сентябре Президент РФ отметил, что расходы на реализацию всех предложенных мер поддержки семей с детьми вырастут с 0,7 триллиона рублей до 1,2 триллиона рублей в 2023 году, то есть рост составит 80%. Кроме того, в октябре 2020 года покрытие листов нетрудоспособности для родителей детей до 7 лет было увеличено до 100% заработной платы.

---

<sup>6</sup> Подробнее – URL: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33635>

Таблица 1 – Федеральные меры материальной поддержки семей с детьми, принятые в связи с негативными последствиями распространения коронавирусной инфекции

Мера поддержки	Категория семей	Размер и период действия выплаты
<i>Для широкого круга получателей</i>		
Ежемесячная выплата на ребенка до 3 лет	Семьи, имеющие детей до 3 лет	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 5000 руб. в мес.</li> <li>– апрель-июнь 2020 года</li> </ul>
Единовременные выплаты на детей от 3 до 16 лет	Все семьи с детьми в возрасте от 3 до 16 лет	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 10000 руб.</li> <li>– однократно при оформлении до 1 октября 2020</li> </ul>
Ежемесячная выплата на каждого ребенка в возрасте 3-7 лет	Семьи со среднедушевым денежным доходом не выше 1 регионального прожиточного минимума на душу населения за 2 кв. предыдущего года	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 0,5 РПМ на ребенка за 2 кв. 2019 г.</li> <li>– с 1 июня 2020 г.</li> </ul>
<i>Для узкого круга получателей</i>		
Доплата на каждого ребенка до 18 лет	Семьи, где родители зарегистрированы как безработные и получают пособие по безработице	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 3000 руб. в мес.</li> <li>– апрель-июнь 2020 года</li> </ul>
Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Неработающие граждане, в том числе студенты</li> <li>– Женщины, уволенные во время декретного отпуска</li> </ul>	Минимальный размер пособия увеличен в 2 раза – до 6752 руб. в месяц

В целом факт введения экстренных мер поддержки свидетельствует о том, что действующие системы социальной помощи уязвимым категориям населения не справляются с кризисными условиями и не обеспечивают должной защиты уровня жизни этих категорий. Кроме того, экстренные меры, вводимые в ответ на кризис, вероятнее всего будут аннулированы при первых благоприятных признаках – и значительно раньше, чем отпадет истинная необходимость в них. Вместе с тем, в России отказ от кризисных социальных обязательств в части мер помощи семьям с детьми может быть не полным по причине высокой озабоченности демографической ситуацией в стране. К настоящему времени период стагнации реальных денежных доходов населения длится уже 6 лет, и это выступает серьезным барьером для роста рождаемости.

Программы поддержки занятости, безусловно, востребованы в период кризиса. Однако в условиях неработающих учреждений дошкольного воспитания и закрытых начальных школ, они слабо улучшают положение работников с родительскими

обязанностями. Спровоцированный пандемией массовый переход к дистанционной занятости только на первый взгляд открыл работникам больше возможностей. Он усугубляет тенденцию к ухудшению условий труда и росту нагрузки, особенно это касается женщин с детьми.

Такая мера поддержки, как прямые материальные выплаты, в условиях пандемии может быть организована достаточно легко. Сложнее обстоит дело с поддержкой занятости. И совсем провисают иные меры поддержки, требующие «нормальных» условий жизни. Одним из ключевых инструментов по борьбе с бедностью является социальный контракт. С 2021 года он начинает внедряться по всей стране (ранее pilotировался в отдельных регионах). В ближайшие три года на программу соц. контракта ежегодно из федерального бюджета предполагается направлять в регионы более 26 миллиардов рублей. Реализация программы социального контракта, равно как и многих других программ работы с семьями в трудной жизненной ситуации, была приостановлена весной 2020 года.

Помимо поддержки доходов семей с детьми, следует уделить особое внимание доступности медицинского сопровождения беременных женщин и новорожденных детей. В период острого эпидемиологического кризиса многие беременные женщины снизили частоту обращения за медицинской помощью из-за страха заражения. На случай дальнейших эпидемий следует предусмотреть дополнительные меры в данной сфере.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Lee Jong-Wha, McKibbin Warwick J. Estimating the Global Economic Costs of SARS. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92473/> (дата обращения 2020.04.16).
2. Snow R. W., Craig M., Deichmann U., Marsh K. Estimating mortality, morbidity and disability due to malaria among Africa's non-pregnant population//Bull. World Health Org. – 1999. – Vol. 77(8). – P. 624–640.
3. Alonso P. L. et al. The effect of insecticide-treated bed nets on mortality of Gambian children//Lancet. – 1991. – Vol. 337, Issue 8756. – P. 1499–1502.
4. D'Alessandro U. et al. Mortality and morbidity from malaria in Gambian children after introduction of an impregnated bed net programme//Lancet. – 1995. – Vol. 345, Issue 8948. – P. 479–483.
5. Nevill C. G. et al. Insecticide-treated bed nets reduce mortality and severe morbidity from malaria among children on the Kenyan coast//Tropical Medicine & International Health. – 1996. – Vol. 1, Issue 2. – P. 139–146.
6. Yamada T. Causal relationships between infant mortality and fertility in developed and less developed countries// Southern Economic Journal. – 1985. – Vol. 52, No. 2. – P. 364-370.
7. Handa S. The impact of education, income, and mortality on fertility in Jamaica//World Development. – 2000. - Vol. 28, Issue 1. – P.173-186.
8. Sachs J.D., Malaney P. The Economic and Social Burden of Malaria//Nature. – 2002. Vol. 415. – P. 680-685.
9. Reher D. Wasted investments: some economic implications of childhood mortality patterns//Population Studies – 1995. – Vol. 49, No. 3. – P. 519–536.
10. Neels K., Theunynck Z., Wood J. Economic recession and first births in Europe: recession-induced postponement and recuperation of fertility in 14 European countries between 1970 and 2005//International Journal of Public Health. – 2013. – Vol. 58, Issue 1. – P. 43-55.
11. Sobotka Tomáš, Skirbekk Vegard, Philipov Dimiter Economic Recessions and Fertility in the Developed World//Population and Development Review. – 2011. – Vol. 37, No. 2. – P. 267–306.
12. Vikat A. Women's labor force attachment and childbearing in Finland//Demographic Research. – 2004. – Special Collection 3. – P. 177–212.
13. Moorhead J. The Icelandic baby boom—it's all down to economics. – URL: <https://www.theguardian.com/world/2009/aug/18/iceland-baby-boom-recession> (дата обращения 2020.04.30).
14. Hoem B. Entry into motherhood in Sweden: The influence of economic factors on the rise and fall in fertility, 1986–1997//Demographic Research. – 2000. – Vol. 2, Article 4. – P.28.

15. Lee S-S. Low Fertility and Policy Responses in Korea//The Japanese Journal of Population. – 2009. – Vol.7, No. 1. – P. 57-70.
16. Rindfuss R. R. et al. First births in America: Changes in the timing of parenthood//Univ of California Press, 1988. – T. 2. – P.291.
17. Goldstein J., Karaman Örsal D. D., Kreyenfeld M., Jasilioniene A. Fertility Reactions to the “Great Recession” in Europe//Demographic Research. – 2013. – Vol. 29, Article 4. – P. 85–104.
18. Total Fertility Rate. – URL: <https://www.singstat.gov.sg/modules/infographics/total-fertility-rate> (дата обращения 2020.05.14).
19. Jones G. Straughan P.T., Chan A., Ultra-Low Fertility in Pacific Asia. Trends, causes and policy issues//Routledge. – 2009. – P. 217.
20. McDonald P. Low fertility: unifying the theory and the demography. – URL: [https://openresearch-repository.anu.edu.au/bitstream/1885/41437/4/PAA\\_Paper\\_2002.pdf](https://openresearch-repository.anu.edu.au/bitstream/1885/41437/4/PAA_Paper_2002.pdf) (дата обращения 2020.05.13).
21. Тындин А. О. Демографическая повестка современной России: структура и воспроизводство населения//Издательский дом «Дело» РАНХиГС. – М.: 2015. – С. 110.
22. Синявская О., Тындин А. Рождаемость в современной России: от планов к действиям//Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе. М.: НИСП. – 2009. – №. 2. – С. 9-44.
23. Малева Т.М., Тындин А.О. Потенциал роста рождаемости в России: уроки мегаполиса//Журнал Новой экономической ассоциации. – 2013. – Т. 17. – №. 1. – С. 137-158.