



ДИСПРОПОРЦИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА

Низкий уровень жизни, неравномерное распределение доходов, препятствия на пути получения образования и низкая продолжительность жизни сдерживают реализацию возможностей человека и свободу его жизненного выбора. В данной главе рассматривается широкий круг вопросов, влияющих на формирование человеческого капитала: динамика рождаемости, смертности и миграции, положение дел в области образования и здравоохранения, а также гендерное неравенство. Предлагаются пути решения проблем, которые могут стать преградами для дальнейшего развития человеческого потенциала страны.

4.1. Демографические проблемы: истоки и пути преодоления

На протяжении всех послевоенных лет, вплоть до начала 1990-х гг., численность населения страны постоянно росла. Однако интенсивность этого роста стала снижаться уже с начала 1970-х гг. В 1993 г. смертность впервые превысила рождаемость, и страна вступила в качественно новый этап своего развития – депопуляцию. Уже более 10 лет в Республике Беларусь годовое количество умерших превышает число родившихся и, несмотря на положительный миграционный прирост, численность населения в стране уменьшается. С 1993 г. численность населения Республики Беларусь (с учетом миграционного прироста) сократилась на 434,5 тыс. и на начало 2005 г. составляла 9800,1 тыс. человек.

Существенное влияние на социально-экономическое развитие страны оказывает состав населения по возрасту. Численность и доля населения старше трудоспособного возраста в Беларуси постоянно увеличивается. В настоящее время каждый пятый житель республики находится в пенсионном возрасте, в сельской местности – каждый третий. На начало 2004 г. лица в возрасте старше 65 лет составляли 13,2% всего населения (в 1989 г. – 10,4%). Население, в котором эта доля превышает 7%, считается старым.

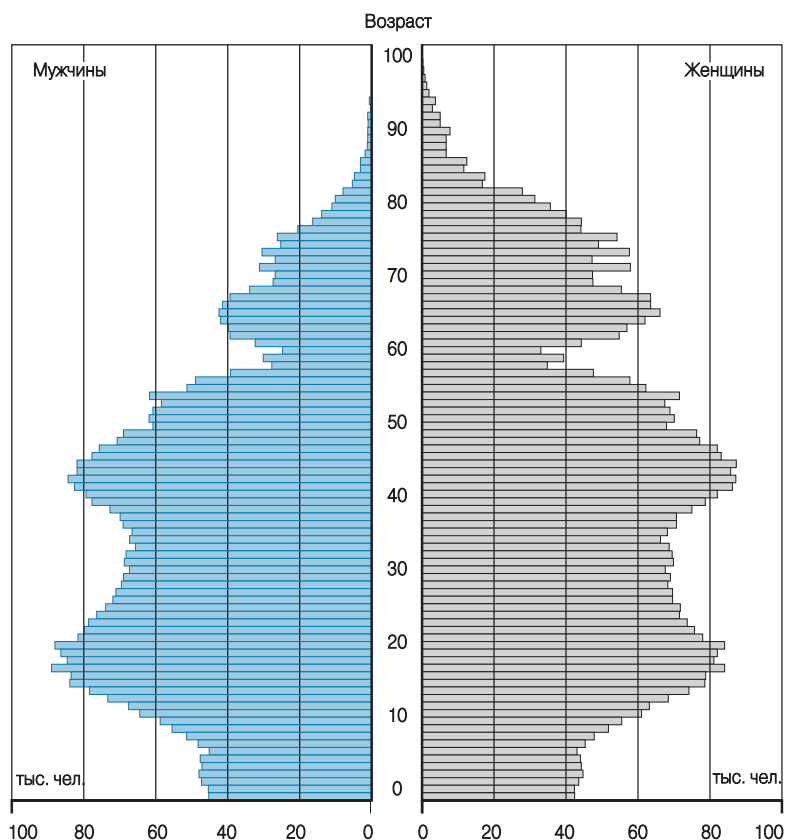
Увеличение доли населения старшего возраста ведет к возрастанию нагрузки на работающих граждан, а также требует значительного увеличения расходов на пенсионное обеспечение, совершенствование медицинской помощи, организацию специальной социальной помощи одиноким престарелым людям, а также на решение других проблем пожилых людей.

Не менее острой остается проблема снижения доли населения младших возрастных групп. Численность детей в возрасте до 15 лет только за годы после последней переписи населения сократилась на 374,3 тыс. человек. Их доля уменьшилась с 21,2% в 1999 г. до 17,8% в 2004 г. Особенно значительно упала численность детей в возрасте до 10 лет, что хорошо видно на половозрастной пирамиде населения, основание которой резко сузилось (рис. 4.1.1). Это связано с резким сокращением рождаемости в 1990-е гг. Снижение доли детей и молодежи в общей численности населения негативно скажется на уровне рождаемости в последующих поколениях.

Трудности переходного периода существенно повлияли на состояние здоровья населения, что стало одной из причин падения его численности. Общая заболеваемость в Беларуси за 1990–2003 гг.

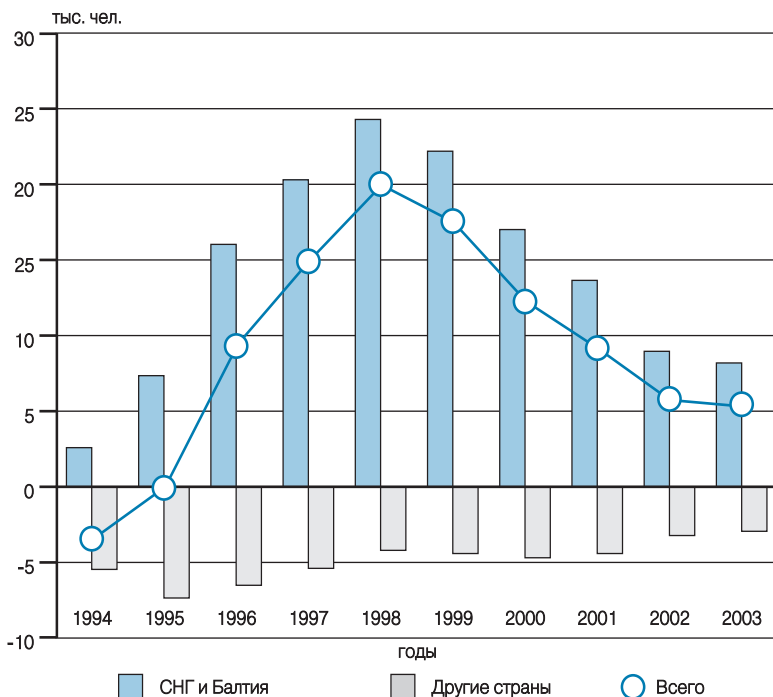
Снижение доли детей и молодежи в общей численности населения негативно скажется на уровне рождаемости в последующих поколениях

Рисунок 4.1.1
Половозрастная пирамида населения Республики Беларусь (на 1 января 2004 г.)



Источник: Министерство статистики и анализа Республики Беларусь.

Рисунок 4.1.2
Динамика показателя чистой внешней миграции населения
по основным потокам, тыс. человек



Источник: Министерство статистики и анализа Республики Беларусь.

возросла на 36,8%. Особенно резкий рост наблюдается по заболеваниям крови и кровеносных органов, системы кровообращения, мочеполовой и костно-мышечной систем, по психическим расстройствам, врожденным аномалиям. Значительно ухудшают картину общей заболеваемости болезни нервной системы и органов чувств, которые в структуре заболеваний занимают третье место, опередив инфекционные и паразитарные болезни. Одной из основных причин их возникновения является стресс.

Широкое распространение пьянства, алкоголизма и наркомании наносит большой ущерб социальному благополучию и негативно влияет на перспективы человеческого развития Беларуси. В 2002 г. продажа алкогольных напитков (в пересчете на чистый алкоголь на одного человека) составила 9,7 л. По критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ситуация считается опасной, когда этот показатель равен 8 л. В конце 2002 г. общее число больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях, превысило 150 тыс. человек. Особенно настораживает рост числа больных, перенесших алкогольные психозы. Их количество по сравнению с 1990 г. увеличилось более чем в 3 раза.

Большую тревогу вызывает заболеваемость туберкулезом, сифилисом и СПИДом, которая резко возросла в 1990-е гг. Количество больных туберкулезом увеличилось с 3,1 тыс. человек (29,8 случая на 100 тыс. населения) в 1990 г. до 5,1 тыс. (51,7 на 100 тыс. населения) в 2003 г. С 1990 по 1995 г. число больных с впервые установленным

диагнозом «сифилис» выросло в 56 раз (с 2,7 до 150,6 на 100 тыс. населения). Несмотря на то что за 1995–2003 гг. заболеваемость сифилисом снизилась более чем в 3 раза и составила 48,7 случая на 100 тыс. населения, ситуация остается близкой к эпидемической. Еще более быстрыми темпами идет распространение СПИДа. В 1995 г. было выявлено 113 ВИЧ-инфицированных, в 1996 г. – 1021, в конце 2003 г. число инфицированных достигло 5485 человек, в том числе 31 ребенок. Постоянно растет количество больных со злокачественными новообразованиями. За период с 1990 по 2003 г. число заболеваний с таким диагнозом, установленным впервые, увеличилось на 29,0%.

В целом анализ состояния здоровья населения Республики Беларусь свидетельствует о высоком росте заболеваемости. Это ведет к повышению смертности и снижению продолжительности жизни населения. Средняя ожидаемая продолжительность жизни является одним из важнейших интегральных показателей, характеризующих, с одной стороны, качество жизни в стране, с другой – отношение людей к своему здоровью и их поведение. На протяжении последних 12 лет динамика ожидаемой продолжительности жизни в стране заметно не улучшилась. Некоторое снижение относительных показателей смертности и увеличение ожидаемой продолжительности жизни было отмечено только в 2003 г. Эти показатели в Беларуси продолжают оставаться менее благоприятными, чем в других европейских странах. Ожидаемая продолжительность жизни в 2003 г. составила в среднем 68,5 года (у мужчин – 62,7, у женщин – 74,7).

Внутренняя и внешняя миграция

Существенные изменения происходят в миграционной подвижности населения. В 1990-е гг. появились новые проблемы, с которыми Республика Беларусь ранее не сталкивалась: устойчивый поток эмигрантов из республики в «дальнее зарубежье» и связанная с ним «утечка умов», «челночная» и нелегальная миграция. Внутренние миграционные потоки в стране, как и ранее, в основном направлены из сельской местности в города, из небольших населенных пунктов в более крупные. Более подробное рассмотрение динамики внутренней миграции содержится в Главе 3.

В структуре внешних миграционных потоков Беларуси в 1990-е гг. главную роль играл обмен населением со странами СНГ и государствами Балтии. В этот период республика имела положительное сальдо миграции с этими странами (за исключением 1994 г., когда отток населения в Россию несколько превысил число лиц, прибывших в Беларусь из Российской Федерации). Сальдо миграции населения из бывших республик СССР достигло максимального значения в 1992 г., затем стало снижаться и в 2003 г. составило всего 8,3 тыс. человек. Основной миграционный обмен происходит с Россией,

Средняя ожидаемая продолжительность жизни характеризует не только качество жизни в стране, но и отношение людей к своему здоровью

Украиной и Казахстаном, на которые приходится 91,5% прибывших в Беларусь (рис. 4.1.2). В 1990-е гг. и в начале XXI в. в Беларуси имел место существенный приток населения из стран СНГ и Балтии не только в города, но и в сельскую местность. Так, за 2000–2003 гг. сальдо миграции в сельскую местность составило 21,2 тыс. человек. Значительная часть из них осела в районах, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС.

Резкое ухудшение социально-экономической и экологической ситуации в республике в конце 1980-х – начале 1990-х гг. существенно увеличили отток городского населения за границу. Количество выезжающих за рубеж превысило приток населения из-за границы.

Наибольшую долю в объеме эмиграции занимают Израиль, США, Германия. Следует отметить, что в 1991–2003 гг. миграционный оборот со странами дальнего зарубежья уменьшился с 46,5 тыс. человек в 1990 г. до 6,2 тыс. человек в 2002 г.

В последние годы происходят важные изменения в мотивационных причинах выезда. Если раньше они носили преимущественно этнополитический характер, то теперь стали смещаться в сторону экономических и социальных. Выезд за границу (а уезжают в основном в страны с наиболее высоким уровнем жизни населения) можно рассматривать как поиск белорусскими гражданами лучшего материального положения для себя и своей семьи за рубежом.

Наиболее активно в дальнее зарубежье уезжают люди в молодом трудоспособном возрасте (20–24 года) и в возрасте наибольшей профессиональной активности (30–49 лет). Более 90% выезжающих за рубеж на постоянное место жительства имеют высшее и среднее специальное образование. Если среди всего населения республики лица с высшим образованием составляют 14%, то среди выезжающих за границу – около 25%. Выезд населения за пределы страны на постоянное место жительства превращается в серьезную проблему «утечки умов».

По данным Центра мониторинга миграции научных и научно-педагогических кадров Института социологии НАН Беларуси, из числа уволившихся научных и научно-педагогических работников за период 1991–2003 гг. на постоянное место жительства за рубеж уехали (или остались там после временного пребывания за рубежом) 856 человек, из них 67 докторов и 352 кандидата наук. На долю научной эмиграции приходится около 2,5% ежегодного оттока кадров из научно-исследовательских институтов и высших учебных заведений [1, с. 28]. В первой половине 1990-х гг. научные и научно-педагогические работники уезжали в большей степени в Израиль, Россию, США, во второй половине 1990-х гг. – во Францию и Германию. В 2001–2003 гг. 63% всех научных и научно-педагогических кадров, выехавших из Беларуси на постоянное место жительства за рубеж, осели в России, Германии и США, около 17% выбрали Канаду, Польшу и Великобританию. Среди эмигрировавших за рубеж

исследователей существенно больше, чем научно-педагогических работников, причем эта тенденция имеет устойчивый характер.

Наиболее распространенной формой интеллектуальной миграции в настоящее время является временная работа по контрактам и грантам, а также стажировки. Особенно активным был поток работающих за границей по контрактам в середине 1990-х гг. В последние годы поток научных и научно-педагогических работников, выезжавших за рубеж для работы по контрактам, сократился. По данным мониторинга, в 2000 г. из Беларуси по контрактам выехало 243 человека, в 2001 г. – 104, в 2002 г. – 168 и в 2003 г. – всего 25 человек.

Увеличиваются масштабы международной трудовой миграции. Для Беларуси пока характерны небольшие объемы регистрируемой трудовой миграции. Более половины всех выехавших на основе официально подписанных договоров и контрактов на работу в другие страны составляет молодежь в возрасте до 24 лет. Основными государствами трудоустройства для трудящихся-мигрантов из республики становятся Россия, Молдова, Чехия, Украина, Венгрия. Преобладающими сферами деятельности для белорусских граждан за границей являются сельскохозяйственное производство (34,4%) и строительство (30,1%).

Наряду с выездом на работу по контрактам с фирмами, имеющими лицензии на экспорт рабочей силы, имеет место нелегальная трудовая миграция, когда люди выезжают в страну по туристическим или гостевым визам, а затем устраиваются там на временную работу. Стихийный характер движения рабочей силы на международном рынке труда приводит к серьезным негативным последствиям. Тем не менее, как показывают выборочные исследования [2, с. 193], поездки за границу в условиях переходного периода следует рассматривать как стратегию выживания. Абсолютное большинство респондентов из Беларуси (85,3%) отметили, что работа за границей помогла им решить ряд экономических проблем.

Среди миграционных процессов особую тревогу вызывает нарастание объемов нелегальной миграции. Большинство нелегальных мигрантов, проживающих в Беларуси, рассматривают республику как транзитное государство для последующего переезда в страны Западной Европы. Ужесточение западноевропейскими государствами миграционного законодательства, осуществление ими мер по переходу к политике нулевой миграции создают препятствия для эмиграции на Запад. В результате в Беларуси оседают иностранцы, не сумевшие эмигрировать в государства Западной Европы, что оказывает негативное влияние на социально-экономическую обстановку в стране.

Положение семьи и детей

Экономический кризис в Беларуси, который начался в 90-е гг. прошлого столетия и полностью не преодолен до сих пор, повлек за собой резкое падение

Выезд за границу можно рассматривать как поиск белорусскими гражданами лучшего материального положения для себя и своей семьи

Вставка 4.1.1

Тенденции развития современной белорусской семьи

В современной Беларуси семья как социальный институт видоизменяется под воздействием многочисленных социальных факторов. Традиционная модель семьи постепенно заменяется разнообразными современными моделями. Для семьи характерны изменения условий жизни, ее структуры, функций, образа жизни. Семья меняется и как социально-психологическая группа под влиянием новой брачно-семейной идеологии женщин и мужчин. Внутрисемейные отношения перестраиваются в связи с индивидуализацией жизни, новыми приоритетами и ценностями людей.

Функциональный облик семьи изменяется под воздействием объективных факторов (социоэкономических, политических, идеологических, правовых, культурных). В трудных экономических условиях 1990-х – начала 2000-х гг. экономическая функция семьи вышла на первый план. Взрослые трудоспособные члены семьи должны сегодня отдавать гораздо больше, чем в советский период, сил и времени, чтобы обеспечить удовлетворительный материальный уровень жизни своей семье. Экономическая деятельность членов семьи Республики Беларусь осуществляется зачастую в ущерб функциям социализации детей и подростков, их воспитания, коммуникативной и рекреационной функциям.

Источник: Анализ положения женщин и детей в Республике Беларусь. Минск., 2004. С. 58.

уровня жизни населения и ухудшение положения семьи. В критической ситуации оказались практически все типы семей. Особенно сложно положение семей, в которых есть дети. Экономические трудности семей существенно повлияли на их репродуктивные установки. Сегодня население ориентировано преимущественно на одно-, двухдетную семью (вставка 4.1.1). В период между переписями 1959 г. и 1999 г. численность семей, состоящих из двух человек, увеличилась в Беларуси более чем в 2 раза, а состоящих из пяти и более человек уменьшилась почти в 5 раз. В настоящее время в республике средний размер домохозяйства равен 2,6 человека. Более четверти (26,2%) всех домохозяйств состоят из одного человека, 26% – из двух, 22% – из трех, 19% – из четырех и 7% – из пяти и более человек.

В условиях неблагоприятной социально-экономической обстановки происходило сокращение числа регистрируемых браков и снижалась их стабильность. В конце 80-х гг. XX в. в результате разводов ежегодно распадалось 1,3% супружеских пар, в конце 90-х – 2%. По данным переписи населения 1999 г., в республике насчитывалось 2,4 млн супружеских пар. За годы после предыдущей переписи 1989 г. их число уменьшилось на 200 тыс.

В последние десятилетия в стране быстро растет число детей, родившихся у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке. В 1990 г. такие дети составляли 8,5% всех родившихся, в 2000 г. – 18,6%, в 2003 г. – 23%. В настоящее время каждый четвертый-пятый ребенок рождается вне зарегистрированного брака. Наиболее высокая доля рождений вне брака отмечается у матерей моложе 20 лет (38% всех родившихся в 2003 г.) и матерей в возрасте 35–39 лет (31%). Причины рождения детей вне зарегистрированного брака у матерей в этих возрастных группах разные. Одна из них связана с низкой культурой контрацепции. Внебрачные рождения у женщин в возрасте

до 20 лет чаще всего являются результатом нежелательной беременности, а в старших возрастах они вызваны осознанным намерением женщины родить ребенка.

Количество неполных семей растет из-за высокого числа разводов, неблагоприятных по меркам западноевропейских стран показателей материнской смертности и смертности молодых мужчин. Сегодня 15% семей являются неполными.

Таким образом, за последние десятилетия XX в. в Беларуси произошли существенные изменения, которые характеризуются сокращением размера и изменением состава семьи, ее омоложением, снижением количества регистрируемых браков, ростом числа разводов, внебрачных рождений и неполных семей. Это не могло не сказаться на положении детей.

Растет число детей и подростков, оставшихся без попечения родителей: в 1990 г. выявлено 2,6 тыс. человек, в 1995 г. – 4,1 тыс., а в 2003 г. – уже 5,1 тыс. человек. Развитие сирот, становление их личности осложнено отчуждением от родительской семьи. Дети без родителей не получают необходимого социального опыта человеческого общения, заботы, любви, внимания, которые естественны в нормальной семье. В результате ограничивается их право на всестороннее и свободное развитие и самореализацию. Если не уделять таким детям постоянного внимания, они, став взрослыми, могут испытывать затруднения при налаживании дружеских контактов, создании собственной семьи, трудоустройстве и решении других важных жизненных задач.

Количество абсолютно здоровых детей за последние 20 лет уменьшилось с 60 до 30%, а доля детей, имеющих хроническую патологию, увеличилась с 10 до 22%. В среднем у одного хронически больного ребенка диагностируются 2–3 заболевания. Наибольшему риску заболеваний подвергаются пищеварительная, иммунная и сердечно-сосудистая системы. Распространенность хронических гастритов у детей приближается к 70%. Наблюдается рост заболеваемости врожденными пороками сердца.

Число детей-инвалидов в возрасте до 18 лет увеличилось с 6,6 тыс. человек в 1985 г. до 29,3 тыс. в 2003 г. Каждый десятый ребенок дошкольного и школьного возраста имеет отклонения в умственном и (или) физическом развитии. Для успешной интеграции в общество такие дети нуждаются в помощи и особой заботе государства.

Начиная со второй половины 1990-х гг. социально-экономическая, а вслед за ней и демографическая ситуация начинает постепенно выравниваться. Так, отношение номинальной начисленной среднемесячной заработной платы к минимальному потребительскому бюджету на одного члена семьи из четырех человек за 1995–2003 гг. выросло со 106,8 до 151%. Это значит, что работающие супруги, получающие среднюю по стране заработную плату, в 1995 г. обеспечивали минимальный

Экономические трудности семей существенно повлияли на их репродуктивные установки

прожиточный бюджет только на себя, а в 2003 г. – на себя и одного ребенка. Однако и теперь рождение в такой семье второго ребенка резко ухудшает ее материальное положение. Ситуация видится еще более сложной, если учесть, что большинство молодых людей имеют заработную плату ниже средней по стране. В стране принимаются активные меры, направленные на поддержку семьи, повышение рождаемости и снижение смертности (Приложение 5).

4.2. Развитие системы здравоохранения

Как было отмечено в предыдущих разделах, качественное и доступное здравоохранение имеет определяющее значение для перспектив человеческого развития в Беларуси. Совершенствование системы здравоохранения сдерживается унаследованной от бывшего СССР структурой отрасли, приоритетом развития которой долгое время был количественный рост в ущерб технической оснащенности, уровню оплаты персонала и другим аспектам качества медицинского обслуживания. Подобный подход во многом сохраняется в финансировании здравоохранения и воспроизводится в структуре подготовки медицинского персонала. Все это приводит к неэффективному расходованию средств и нерациональному использованию ресурсов. Указанные проблемы усугубляются острой нехваткой средств для финансирования отрасли. Для обеспечения устойчивости и доступности национальной системы охраны здоровья необходим поиск решений, которые обеспечили бы не только эффективное использование ресурсов, но и привлечение дополнительного финансирования.

Проблемы, порожденные преимущественно экстенсивными подходами к развитию здравоохранения, наиболее заметны при сопоставлении качественных и количественных показателей Республики Беларусь и стран Западной Европы. Беларусь существенно уступает Германии, Франции и Швеции по уровню технической оснащенности и состоянию материальной базы многих медицинских учреждений, а также по срокам и уровню излечиваемости отдельных заболеваний. При этом в Беларуси число коек в больничных стационарах на 10 тыс. населения на 24,4% больше, чем в Германии, на 36,4% – во Франции и более чем в 3 раза – в Швеции [3, с. 50]. Средний срок пребывания больного в стационаре примерно в 2 раза дольше, чем в указанных странах. Это связано с тем, что в Беларуси, помимо непосредственного лечения, больной часто проходит в стационаре обследование и принимает процедуры, которые можно осуществлять на дому или в амбулаторных условиях.

Кроме того, в Беларуси на 10 тыс. человек населения приходится 45,7 врача, тогда как в Австрии – 44, Франции – 40, Швеции – 37 врачей. При этом соотношение численности врачей и средних медицинских работников в Беларуси существенно

ниже, чем в промышленных странах Запада. В Австрии и США, например, на одного врача приходится 3,3 средних медицинских работника, тогда как в Беларуси – 2,6 [4, с. 243]. Становится все более очевидным, что выпуск в республике квалифицированных медицинских сестер недостаточен для удовлетворения настоящих и будущих потребностей здравоохранения. Прямым следствием недостатка сестринского персонала является снижение качества медицинского ухода в стационарах. Кроме того, переизбыток врачей-специалистов часто приводит к неоправданному применению дорогостоящих медицинских процедур, что повышает расходы на медицинское обслуживание и увеличивает риск нежелательных последствий медицинского вмешательства для пациента.

Проблемы, вызванные преобладанием экстенсивных подходов к развитию здравоохранения, воспроизводятся в структуре подготовки специалистов. В настоящее время подготовка сосредоточена, главным образом, на лечебно-диагностическом направлении. Очень важно расширить обучение в вузах, ординатуре, аспирантуре и системе повышения квалификации специалистов в области профилактики, а также по управлению, экономике и организации здравоохранения.

В финансировании здравоохранения по-прежнему сохраняется устаревший механизм экономических взаимоотношений, который предусматривает обезличенное финансирование отрасли, зависящее от мощности медицинских учреждений и численности персонала, а не от объема и качества предоставляемых медицинских услуг. В связи с этим идет разработка и апробация новых подходов, включая подушное финансирование. Подушное финансирование предполагает оказание поддержки медицинским учреждениям первичного уровня в зависимости от численности прикрепленных к ним пациентов, что создает

Экстенсивные подходы к развитию здравоохранения находят отражение в его финансировании и структуре подготовки специалистов

Вставка 4.2.1

Реформирование системы финансирования здравоохранения: итоги Витебского эксперимента

Проводимый сейчас в Витебске эксперимент по финансированию здравоохранения наряду с преимуществами имеет и ряд существенных недостатков. Во-первых, эксперимент не расширяет объем финансирования, речь идет лишь о более «справедливом» распределении имеющихся ограниченных средств, и то лишь на уровне областей. Во-вторых, реальная разница в так называемых нормативах бюджетной обеспеченности в регионах значительна. Например, в сельских районах Витебской области в 2001 г. установленный норматив составил 36–39 тыс. руб. на одного жителя в год, следовательно, управленческого значения разница примерно в 3 тыс. руб. не имела. В то же время норматив бюджетной обеспеченности в 2001 г. на одного жителя территории Витебской области колебался от 25441 руб. (для жителей Полоцкого района) до 51996 руб. (для жителей Полоцка), то есть разница более чем в 2 раза. Следовательно, требуются очень веские аргументы, чтобы объяснить столь существенную разницу в планируемых расходах на охрану здоровья жителей тех или иных территорий.

Р.А. Часнойть,
Комиссия по здравоохранению, физической культуре, делам семьи и молодежи Палаты представителей
Национального собрания Республики Беларусь

Источник: Здравоохранение. Минск, 2002. № 10. С. 16.

В условиях, когда средства государства ограничены, необходимо повысить роль работодателей и работников в финансировании здравоохранения

стимулы для активизации профилактической работы и повышения эффективности лечебно-диагностических процедур. Механизм подушевого финансирования был опробован в ходе известного Витебского эксперимента (вставка 4.2.1).

Таким образом, система здравоохранения Беларуси унаследовала от бывшего СССР набор сложных проблем, и прежде всего преимущественную направленность на экстенсивный путь развития и относительно низкую приоритетность качества медицинского обслуживания. Происходит распыление ресурсов среди большого количества медучреждений, что мешает решению ключевых задач – значительному повышению заработной платы медицинскому персоналу и оснащению лечебных учреждений современной техникой и оборудованием. Динамика основных показателей, характеризующих систему здравоохранения Беларуси, приведена в табл. 4.2.1.

Данные табл. 4.2.1 свидетельствуют о том, что в Беларуси происходит сокращение числа больничных коек на душу населения и количества больничных учреждений. Хотя эти тенденции в целом свидетельствуют о росте эффективности системы здравоохранения, существенное повышение качества медицинского обслуживания и его доступности может быть обеспечено только при увеличении объемов финансирования отрасли.

Новые подходы к финансированию здравоохранения

Государственное финансирование в настоящее время является основным источником бюджета здравоохранения. Удельный вес расходов на здравоохранение в ВВП представлен на рис. 4.2.1.

Как видно из рис. 4.2.1, удельный вес расходов на здравоохранение в ВВП за последние годы не превышал 4,8%. Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь, одобренной Советом Министров в октябре 1998 г., предусмотрено

довести объем финансирования отрасли в 2005 г. до 7,5% ВВП, а к 2007 г. – до 10% ВВП. Для сравнения отметим, что в США уже сегодня соответствующие расходы составляют 13,6% ВВП, в Канаде – 10,3%, в Финляндии, Франции, Голландии, Германии, Италии, Норвегии – от 9,7 до 8,2% ВВП. Однако, удельный вес расходов на здравоохранение в ВВП недостаточно полно отражает картину финансового обеспечения отрасли. Необходимо также учитывать абсолютные расходы на здравоохранение в пересчете на душу населения. В США они достигают примерно 3 тыс. дол. в год, в странах Западной Европы – около 1,5 тыс., а в Беларуси – 90,8 дол. по рыночному курсу или 332,3 дол. по паритету покупательной способности.

Одним из крайне тревожных проявлений недостаточного финансирования здравоохранения является низкая заработная плата работников этой сферы, размер которой составляет 90,3% от среднереспубликанского уровня. Не компенсируется в достаточной мере круглосуточный режим работы медицинских учреждений, сверхурочная работа, контакт с опасными патогенными факторами. В итоге часть медицинских кадров, отличающихся наиболее высокой квалификацией и динамичностью, переходят в платные лечебные учреждения или уходят в другие структуры, что снижает потенциал общедоступного здравоохранения.

В условиях, когда средства государства ограничены, необходимо повысить роль других заинтересованных сторон (включая работодателей и работников) в финансировании здравоохранения. В этой связи представляется целесообразным разнообразить его источники путем внедрения системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Обязательное медицинское страхование представляет собой объединение страховых взносов нанимателей и работников. Право на медицинскую страховку, ее нормы и условия выплаты должны увязываться с продолжительностью уплаты и объемом

Таблица 4.2.1
Основные показатели системы здравоохранения Беларуси (на конец года)

Показатели	1990	1995	1999	2000	2001	2002	2003
Численность врачей всех специальностей, всего, тыс.	39,6	42,7	45,9	45,8	44,9	44,8	45,0
на 10 тыс. населения, чел.	38,9	42,0	45,8	45,9	45,1	45,3	45,7
Численность среднего медицинского персонала, всего, тыс.	119,9	117,6	122,3	122,6	123,2	123,5	117,0
на 10 тыс. населения, чел.	117,6	115,5	122,1	122,8	123,8	124,8	118,8
Число больничных учреждений	874	865	833	830	817	781	729
Число больничных коек, всего, тыс.	135,1	127,3	126,9	126,2	125,4	118,5	112,0
на 10 тыс. населения, коек	132,6	125,1	126,6	126,3	126,0	119,7	113,7
Число амбулаторно-поликлинических учреждений	1468	1622	1858	1843	1856	1862	1918
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (число посещений в смену), всего, тыс.	189,1	216,1	231,6	231,5	235,6	234,5	234,6
на 10 тыс. населения, посещений	185,6	212,3	231,1	231,7	236,8	236,9	238,2

Источник: Министерство финансов Республики Беларусь.
Расчет по данным формы «Отчет об исполнении бюджетов областей и г. Минска за 2001, 2002, 2003 гг.»

страховых взносов. В число лиц, имеющих право на медицинскую страховку, следует включить всех работающих по найму, а также некоторых других граждан, охваченных системой медицинского обслуживания.

Для обеспечения равенства прав застрахованных необходимо упорядочить систему предоставления медицинских льгот и пересмотреть подходы к их финансированию. Это позволит сократить неэкономические затраты и обеспечить соблюдение принципов социальной справедливости, поскольку объем получаемых благ будет в большей степени зависеть от размера участия застрахованного.

В целях рационального расходования бюджетных и страховых средств необходимо обеспечить согласованную политику органов управления здравоохранением и фондов обязательного медицинского страхования. Средства фондов ОМС должны направляться в первую очередь на оказание необходимых объемов медицинской помощи. Следует обеспечить автономный статус фондов ОМС, одновременно усилив роль правления, расширив его полномочия и увеличив число представителей органов здравоохранения в его составе. Это повысит заинтересованность фондов во внедрении прогрессивных форм оплаты медицинской помощи, создающих стимулы к эффективному хозяйствованию.

Необходимо повсеместно осуществить переход на подушевой принцип финансирования территориальных систем здравоохранения. Этот принцип должен определять формирование, распределение и расходование финансовых средств здравоохранения. На стадии формирования бюджета здравоохранения следует предусмотреть утверждение на разных уровнях управления (республика, область, район, город) подушевых нормативов финансирования. Порядок их установления должен определяться в соответствии с законодательством Республики Беларусь. Бюджетные средства и средства ОМС необходимо распределять между территориями страны и внутри регионов исходя из потребности в медицинской помощи, а не на основании ресурсных показателей (например, числа коек, мощности поликлиник).

Переход на подушевой принцип финансирования здравоохранения изменит экономические условия деятельности органов управления здравоохранением, ослабит их заинтересованность в поддержании всех подведомственных им лечебно-профилактических учреждений и создаст предпосылки для ориентации на конечный показатель – здоровое население и на поиск вариантов эффективного использования имеющихся ресурсов. Органы здравоохранения должны обладать широкими полномочиями по управлению кадрами, материальными и финансовыми ресурсами, а также по применению более рациональных форм организации медицинской помощи без риска уменьшения общей суммы финансирования.

В области финансирования пособий по временной нетрудоспособности и детского отдыха необходимо добиться переориентации выплат в пользу

наименее обеспеченных домохозяйств. С этой целью следует ограничить верхний размер заработка, учитываемого при исчислении размеров пособий по временной нетрудоспособности, а также перейти к адресному финансированию детского отдыха, отдавая предпочтение домохозяйствам с доходами ниже прожиточного минимума.

Высокая степень дифференциации доходов работающих на фоне формирующихся рыночных отношений предполагает существование наряду с обязательным медицинским страхованием добровольного медицинского страхования, регулируемого законодательством и механизмами, существующими на финансовом и кредитном рынке (вставка 4.2.2).

Такова перспективная модель финансового обеспечения развития здравоохранения. Естественно, она не лишена недостатков. Главная проблема – это поиск оптимального соотношения трех

Переход на подушевой принцип финансирования здравоохранения создаст предпосылки для ориентации на конечный показатель – здоровое население

Вставка 4.2.2

Какую модель финансирования здравоохранения выбрать?

Необходимость привлечения дополнительных средств для финансирования здравоохранения с одновременным повышением эффективности их использования требует расширения использования механизмов управления. Беларусь идет по пути постепенного внедрения новых методов хозяйствования в отрасли: осуществляется переход к планированию расходов на здравоохранение на одного жителя, привлекаются внебюджетные источники финансирования на развитие платных услуг на добровольной основе по желанию пациентов.

Следует отметить, что практически ни в одной стране не гарантируется бесплатность всех видов медицинской помощи гражданам. Население в той или иной мере участвует в оплате медицинских услуг. Система соплатежей в разных вариантах используется почти во всех западных странах с развитыми системами общественного здравоохранения.

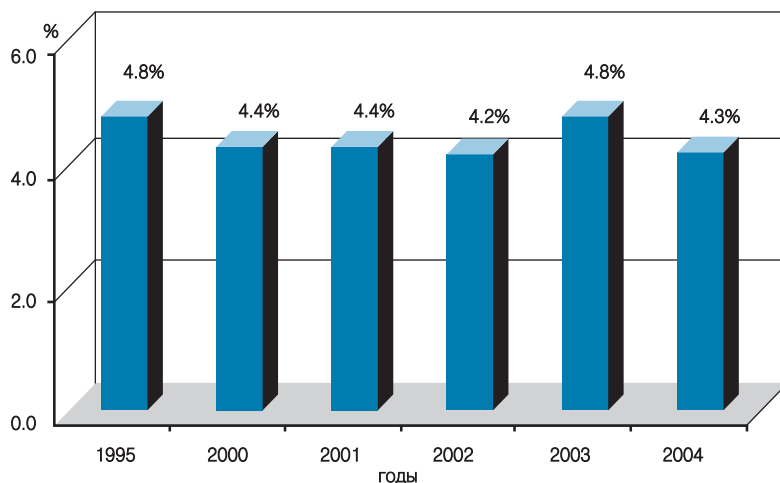
Поэтому, несмотря на ряд недостатков и противоречий, медицинское страхование в комплексе с бюджетным финансированием является более надежной моделью, чем исключительно государственное (бюджетное) здравоохранение.

Елена Сергеевко, начальник отдела финансирования непродушевленной сферы и социальной защиты населения финансового управления Могилевского облисполкома

Источник: Финансы, учет, аудит. Мн., 2003. №11. С. 21.

Рисунок 4.2.1

Удельный вес расходов в ВВП на здравоохранение (%)



Источник: Министерство статистики и анализа Республики Беларусь.

источников финансирования отрасли: государственного бюджета, обязательного и добровольного медицинского страхования.

Сохранение доступности системы здравоохранения

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» государственная политика в области здравоохранения основывается на принципе доступности медицинской и лекарственной помощи. Выполнение этого принципа обеспечивается государственными институтами, создающими каждому члену общества условия для потребления качественных услуг здравоохранения вне зависимости от их стоимости, уровня технического совершенства, но с учетом социально-биологических потребностей человека.

Для повышения доступности медицинской помощи в Беларуси внедряются социальные стандарты в области здравоохранения, реализуются территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и создается сеть республиканских научно-практических центров, расширяющих доступ населения к высоким медицинским технологиям.

Вместе с тем постоянное повышение доступности медицинской помощи в стране остается актуальной задачей. В частности, требует совершенствования система оказания гражданам платных медицинских услуг. Появление жалоб населения в этой сфере вызвано совмещением в одном государственном учреждении потоков больных, которым оказываются бесплатные и платные услуги.

В качестве первоочередной меры необходимо ввести регулирование объемов бесплатной медицинской помощи и порядка предоставления платной медицинской помощи в государственных лечебно-профилактических учреждениях. Цель подобного регулирования состоит в частичном ограничении широко осуществляемого сегодня замещения бесплатной медицинской помощи платной. Следует ввести в действие механизм финансово обеспеченных заказов на оказание бесплатной медицинской помощи для каждого государственного учреждения. Последнее имеет право оказывать платные услуги и самостоятельно определять объем этих услуг только при условии выполнения финансово обеспеченного заказа на оказание бесплатной помощи. Данный механизм должен включать следующие наиболее важные элементы:

- определение для каждого лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) объемов бесплатной помощи, финансируемых за счет средств бюджета или ОМС;
- определение мощностей ЛПУ, необходимых для реализации государственного заказа;
- обеспечение адекватного учета объемов бесплатных и платных услуг по каждому учреждению;
- мониторинг и оценка выполнения государственного заказа финансирующей стороной;

- применение финансовых санкций за использование государственного имущества для оказания платных услуг при невыполнении государственного заказа;
- установление в каждом регионе Республики Беларусь порядка формирования цен на платные медицинские услуги, оказываемые в государственных лечебно-профилактических учреждениях;
- обеспечение доступности информации о ценах на платные услуги в разных учреждениях для облегчения потребительского выбора.

Выведение из системы государственного финансирования финансово необеспеченных мощностей государственных ЛПУ создаст условия для значительной экономии средств и их использования в целях финансирования оставшихся мощностей. Необходимо разработка на всех уровнях управления стратегических и текущих планов развития здравоохранения, направленных на поддержку структурных преобразований и повышение эффективности использования ресурсного потенциала отрасли. Следует также учитывать потенциальные последствия для населения и медицинских работников, связанные с возможным снижением мощностей медицинских учреждений и изменением структуры оказания медицинской помощи.

4.3. Достижения и проблемы системы образования

Доступ к качественному образованию является одним из основных условий человеческого развития. Грамотность и прочные разносторонние знания необходимы человеку для правильного и свободного выбора жизненного пути и профессии, а также для активного участия в политической и общественной жизни своей страны.

На фоне других стран Беларусь добилась существенных успехов в образовательной сфере, обеспечив высокий уровень грамотности, значительный процент охвата населения высшим образованием и широкое внедрение инновационных образовательных технологий.

Однако наряду с успехами в сфере образования сохраняется ряд проблем. Следует отметить хотя и возрастающее, но пока еще недостаточное государственное финансирование образования, которое в 2003 г. достигло 6,0% ВВП (по международным стандартам для динамичного развития сферы образования необходим уровень его общего финансирования не менее 10% ВВП). Это влечет за собой перегруженность не только средней школы, но и вузов, нередко проводящих занятия в две и более смены. В последние годы практически перестали открываться новые профессионально-технические училища, в то время как старые ликвидируются, что чревато дефицитом квалифицированных рабочих кадров на рынке труда. Белорусская школа ориентирована в большей степени на передачу

На фоне других стран Беларусь добилась существенных успехов в образовательной сфере

знаний, умений, навыков, а не на развитие творческого потенциала подрастающего поколения, необходимого для формирования всесторонне и гармонично развитой личности.

Развитию человеческого капитала в сфере образования препятствует недостаточное качество образовательных услуг. Это касается некоторых вузов негосударственного сектора, а также в значительной мере заочной формы обучения. Необходимо наряду с ужесточением государственного контроля знаний обеспечить научно-методическую помощь при организации учебного процесса в негосударственных вузах со стороны ведущих государственных университетов страны. Для повышения качества заочного образования следует развивать дистанционное обучение и стимулировать издание учебной литературы, отражающей его специфику.

Как негативную можно охарактеризовать тенденцию к снижению количества поступающих в вузы для обучения по естественным и прикладным специальностям. В период с 1995 по 2003 г. число студентов, зачисленных на эти специальности, сократилось на 12%, а их доля к общей численности зачисленных студентов снизилась до 35% (в 1990 г., например, она составляла 64%). Высшее политическое руководство страны уделяет этой проблеме пристальное внимание. Примером тому служит открытие университета в г. Барановичи, в значительной степени ориентированного на естественные и прикладные науки. Растущие потребности современного производства в специалистах в области высоких технологий могут быть обеспечены только при изменении соотношения обучающихся в пользу естественных и прикладных наук.

Учитывая растущую роль сферы услуг в современной экономике, необходимо расширить подготовку соответствующих кадров. Эта задача может быть решена за счет открытия соответствующих специальностей и специализаций в высших и средних специальных учебных заведениях и перепрофилирования профессионально-технических училищ при поддержке государства.

Коммерциализация сферы образования в условиях, когда 27% населения страны живет за чертой бедности, создает большие проблемы, связанные с поступлением в вузы выпускников средних школ из сельской местности и малообеспеченных семей. У них не хватает денежных средств на подготовительные курсы и тем более на индивидуальное репетиторство, без которого довольно сложно получить высокие баллы при тестировании и на вступительных экзаменах. Это оставляет за пределами высшей школы довольно много одаренной молодежи. Для решения данной проблемы целесообразно развивать систему образовательных кредитов, единого государственного экзамена, целевого набора в вузы, всевозможных преференций наиболее способным абитуриентам из сельской местности. Негосударственные вузы страны также должны включиться в эту систему.

Основные направления модернизации системы образования

В Республике Беларусь осуществляется переход на двухступенчатую систему подготовки специалистов с высшим образованием, предполагающую получение выпускниками академической степени магистра. Это позволит не только улучшить и дифференцировать вузовскую подготовку, но и создать все необходимые предпосылки для вхождения Беларуси в единое Европейское образовательное пространство.

Существовавшая ранее система одиннадцатилетней общеобразовательной школы постепенно трансформируется в двенадцатилетнюю. Для обеспечения качественного совершенствования школьного образования и его стыковки с высшим необходимо укрепить материально-техническую базу средней школы, расширить и оптимизировать сеть современных гимназий и лицеев, создать условия для действенного профотбора и профориентации, развить дух творчества и нестандартного мышления, перейти от традиционной классно-урочной системы к многовариантной, широко использовать в учебном процессе новейшие информационно-коммуникационные системы, обеспечить специализацию в старших классах.

Качественные изменения общеобразовательной школы закладывают фундамент для совершенствования высшего образования. В ходе этих преобразований необходимо обеспечить единство общеобразовательного и научно-исследовательского процесса, создать университетские комплексы, реализующие общеобразовательные программы различных уровней и оптимизирующие процесс накопления знаний и умений. Особое внимание следует уделить повышению заработной платы профессорско-преподавательского состава и социального престижа преподавательского труда. Это позволит укрепить научно-педагогический потенциал высшей школы и повысить ответственность преподавателей и студентов за результаты учебного и воспитательного процесса. Модернизация высшей школы в соответствии с реалиями сегодняшнего дня требует тесной интеграции образования, научного исследования и практики. Без этого невозможно добиться качественного роста отечественного образования, отвечающего высоким международным стандартам и успешно конкурирующего в мировом образовательном пространстве.

4.4. Неравенство мужчин и женщин

Человеческое развитие предполагает не только расширение возможностей человека, но и обеспечение равенства в их использовании. Поэтому идеал человеческого развития нереализуем без преодоления неравенства мужчин и женщин в доступе к общественным благам.

В Беларуси равенство полов гарантировано Конституцией и законами страны, а любые формы дискриминации по признаку пола запрещены.

Потребности современного производства могут быть обеспечены при изменении соотношения обучающихся в пользу естественных и прикладных наук

Таблица 4.4.1

Мнения женщин и мужчин о равенстве возможностей в разных сферах жизни, %

Возможности	Трудоустройство	Получение достойного вознаграждения за труд	Равноправие в семье	Отдых в свободное время	Участие в общественной жизни
Ответы женщин возможности одинаковы	50,6	47,8	63,4	44,9	58,3
возможностей больше у мужчин	46,4	49,6	16,6	50,5	35,4
Ответы мужчин возможности одинаковы	54,4	52,4	60,0	58,5	65,1
возможностей больше у мужчин	41,3	44,7	16,4	36,5	26,4

Источник: Результаты социологических исследований, проведенных в рамках проекта ПРООН «Женское лидерство» в декабре 2002 г. (веб-сайт проекта ПРООН «Женское лидерство» – www.gender.by).

Однако во многих сферах общественной жизни сохраняется значительное гендерное неравенство. Растет разрыв между женщинами и мужчинами в продолжительности жизни. По сравнению с мужчинами женщины обладают более ограниченными возможностями в сфере труда, занятости и участия в управлении обществом и государством. Расширение возможностей мужчин и женщин позволит достичь более высокого уровня человеческого развития в Беларуси.

Гендерное неравенство рельефно проявляется в продолжительности жизни. Оно существовало еще во времена Советского Союза: в 1990 г., например, ожидаемая продолжительность жизни женщин составляла 75,6 года, а мужчин – 66,3 года. В 2003 г. она сократилась до 74,7 года у женщин и до 62,7 года у мужчин. По сравнению с 1990 г. продолжительность жизни мужчин снизилась на 5,5 процентных пунктов, а женщин – на 1,2 процентных пункта. На фоне общего снижения продолжительности жизни всего населения продолжительность жизни мужчин сокращается не только в абсолютном выражении, но и по отношению к продолжительности жизни женщин. Так, если в 1990 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин была на 12% ниже, чем у женщин, то в 2003 г. разница составила уже 16%.

Для повышения уровня человеческого развития необходимо увеличить продолжительность жизни как мужчин, так и женщин. Решению этой задачи будет способствовать развитие здравоохранения и расширение его доступности, охрана окружающей среды, искоренение бедности, обеспечение сбалансированного питания и пропаганда здорового образа жизни. Для увеличения продолжительности жизни женщин необходимы усилия, направленные на преодоление асоциальных форм поведения, борьбу с проявлениями насилия в семье и обществе, оказание помощи женщинам в реализации репродуктивной функции и улучшение дородового и послеродового ухода.

Одним из путей увеличения продолжительности жизни мужчин является борьба с курением, алкоголизмом и употреблением наркотиков. Сегодня около 50% мужчин курит, а продажа алкоголя, основными потребителями которого являются мужчины, подошла к отметке 10 л чистого алкоголя в год в расчете на одного человека. С проблемой алкоголизма во многом связаны и такие проявления социальной апатии и агрессии, как самоубийства и умышленные убийства. Среди мужчин отмечается существенно более высокий, чем у женщин, уровень смертности от онкологических заболеваний (249,5 летальных исхода на 100 тыс. человек среди мужчин и 141,3 летальных исхода на 100 тысяч человек среди женщин) и от болезней системы кровообращения (320,3 летальных исхода на 100 тыс. человек среди мужчин и 120,5 летальных исхода на 100 тыс. человек среди женщин).

Женщины составляют 58% населения страны и 52% ее трудоспособной части и обладают более высоким образовательным уровнем. При этом они оказываются менее конкурентоспособными, чем мужчины, на рынке труда. Так, среди безработных, зарегистрированных в органах государственной службы занятости в 2003 г., мужчин было 52,1 тыс. человек, а женщин – 80,8 тыс. человек. Среди женщин получила распространение так называемая «интеллектуальная безработица». Женщины-безработные с высшим образованием сталкиваются с повышенным риском длительной безработицы продолжительностью более 1 года, что резко снижает их конкурентные возможности на рынке труда.

Для работодателей женщины традиционно представляют меньший интерес в качестве рабочей силы, поскольку вынуждены совмещать материнские и профессиональные обязанности. Нормы белорусского законодательства в целом не содержат каких-либо дискриминационных положений в отношении женщин и их трудовых прав. Вместе с тем положения о равенстве полов, закрепленные в законодательных актах, на практике реализуются не в полной мере. Наиболее частые проявления дискриминации по признаку пола связаны с фактическим игнорированием требований статьи 268 Трудового кодекса, устанавливающей гарантии для беременных женщин и женщин с детьми при заключении и прекращении трудового договора. Случаи необоснованного увольнения или отказа в приеме женщин на работу трудно доказуемы в суде, поскольку наниматель имеет возможность сослаться на низкую квалификацию или недостаточный опыт работы. Женщины, находящиеся в отпуске по беременности, родам и по уходу за ребенком в возрасте до трех лет, оказываются незащищенными в самый сложный период своей жизни, поскольку продолжение контракта или срочного трудового договора зависит от доброй воли нанимателя.

Как правило, выход матери на работу ранее достижения ребенком трехлетнего возраста обусловлен трудным материальным положением семьи.

Для работодателей женщины представляют меньший интерес в качестве рабочей силы, поскольку вынуждены совмещать материнские и профессиональные обязанности

Для повышения конкурентоспособности женщин с детьми на рынке труда целесообразно ограничить действие запрета на привлечение женщин к ночным и сверхурочным работам и их направление в служебные командировки периодом активного материнства (до достижения ребенком возраста полутора лет).

Для снижения затрат работодателей, связанных с выполнением требований законодательства о введении сокращенного рабочего времени и дополнительного выходного дня с сохранением зарплаты работающим женщинам с детьми в возрасте до полутора лет, целесообразна их компенсация за счет средств государства или Фонда социальной защиты.

Приоритетом социальной политики государства должно стать постепенное устранение или сглаживание причин, снижающих конкурентоспособность женщин на рынке труда. Расширению экономических возможностей женщин будет способствовать реализация мер, направленных на повышение их квалификационно-образовательного уровня, поддержку женского предпринимательства и самозанятости и более широкое привлечение мужчин к воспитанию детей и работе по дому.

Ограниченные возможности занятости женщин, их преобладание в непроизводственных отраслях с более низким уровнем оплаты труда, а также наличие системных препятствий для их карьерного роста служат основными причинами неравенства мужчин и женщин в сфере оплаты труда. В последнее время размер средней заработной платы женщин не превышает 80% средней заработной платы мужчин (в декабре 2003 г. средняя заработная плата мужчин составила 334,2 тыс. руб., а женщин – 265,5 тыс. руб.).

Данные о неравенстве возможностей трудоустройства, отдыха, получения справедливого вознаграждения за труд и участия в общественной жизни представлены в табл. 4.4.1, составленной на основании результатов социологического опроса.

Из табл. 4.4.1 видно, что примерно 60% респондентов обоих полов согласны с тем, что мужчины и женщины обладают равными возможностя-

ми в семье, 16% утверждают, что возможности в целом шире у мужчин, а противоположного мнения придерживаются 20% опрошенных женщин и 23,6% мужчин. В остальных сферах все респонденты подтверждают или равенство возможностей, или наличие более широких возможностей у мужчин по сравнению с женщинами.

Политика гендерного равенства предполагает равное участие женщин и мужчин в управлении обществом и государством. На сегодняшний день можно утверждать, что в органах исполнительной и законодательной власти существует дискриминация в отношении женщин, хотя ситуация начинает меняться к лучшему. Показательно, что, например, в Совет Министров Республики Беларусь входят только 2 женщины в ранге министра (министр труда и социальной защиты и министр здравоохранения). Должности заместителей министра занимают 8 женщин. Вместе с тем женщины все чаще становятся главными специалистами, консультантами, начальниками отделов и управлений. В некоторых сферах деятельности, например в дипломатии, женщины могли бы шире использовать свой потенциал умелых управленцев, посредников и участников переговорных процессов. В последнее время среди работников заграничных учреждений Министерства иностранных дел доля женщин не превышает 20%, и только 4 из них представляют Республику Беларусь в ранге посла.

Увеличивается участие женщин в органах представительной власти. По итогам последних выборов (2004 г.), доля женщин-депутатов в Палате представителей Национального собрания возросла более чем в 2 раза и составила 10,3%, а среди сенаторов она сохранилась на уровне 30%. Несмотря на довольно высокий процент женщин в составе местных Советов депутатов, степень их участия в работе вышестоящих Советов пока не соответствует роли женщин в современном обществе.

Как правило, выход матери на работу ранее достижения ребенком трехлетнего возраста обусловлен трудным материальным положением семьи