

Глава 4

Государство и демографические проблемы

В 2001 г. численность населения России продолжала сокращаться, несмотря на некоторый рост уровня рождаемости. Коэффициент суммарной рождаемости¹ составил 1,25 против 1,21 в 2000 г. Соответственно выросло и число рождений — с 1266,8 тыс. в 2000 г. до 1311,6 тыс. в 2001 г.

В то же время уровень смертности населения в 2001 г. в целом стабилизировался. По крайней мере, ожидаемая продолжительность жизни при рождении для мужчин и женщин вместе, которая служит основой для расчета индекса развития человеческого потенциала, в 2001 г. была на 0,02 года больше, чем в 2000 г. Согласно официальным данным за период после 1998 г. она снизилась у мужчин на 2,3 года, а у женщин — на 0,6 года.

На численность населения влияет и миграционный прирост. В связи с введением в октябре 2000 г. документирования вида на жительство граждан государств — участников СНГ и стран Балтии сократилось число регистрируемых по месту жительства и прибывающих из этих стран. Это привело к резкому снижению миграционного прироста. В 2001 г. он составил только 72,3 тыс. человек, или в три раза меньше, чем в 2000 г. Вообще в 2001 г. зарегистрирован самый низкий после 1991 г. миграционный прирост.

Нельзя исключить, что разработка материалов проведенной в октябре 2002 г. Всероссийской переписи населения заставит скорректировать оценки объемов миграции и численности населения, но вряд ли изменит общую оценку тенденций.

Прогнозы численности населения России

Все известные демографические прогнозы предсказывают дальнейшее сокращение численности населения страны (таблица 4.1).

На рисунке 4.1 представлены результаты последнего по времени расчета прогноза населения России, выполненного Центром демографии и экологии человека ИНП РАН². Главное отличие нового прогноза от прежних заключается не в самих сценариях, а в способе их сочетания друг с другом. Различные сценарии демографических процессов (рождаемости, смертности и миграции) могут комбинироваться в различных сочетаниях, для выбора которых, как правило, нет достаточно объективных оснований. Скажем, высокий сценарий смертности может сочетаться и с низким, и с высоким сценариями рождаемости или миграции и т. д.

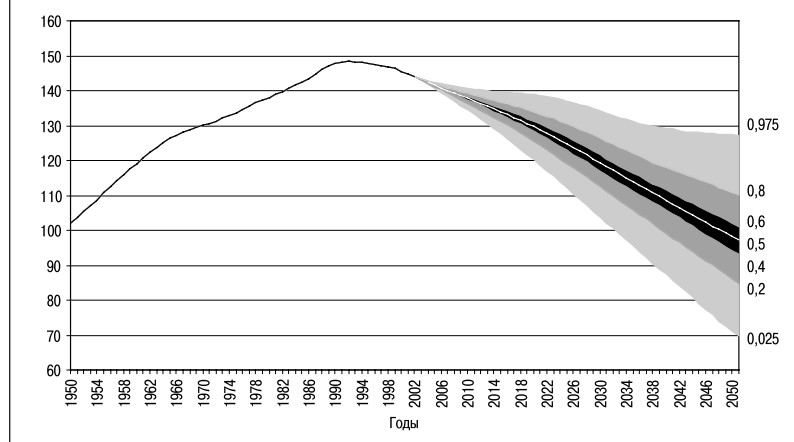
В данном прогнозе эта трудность преодолевается с помощью недавно появившегося принципиально нового метода — «вероятностного», или «стохастического», прогнозирования в том его варианте, который был предложен в работах В. Лутца, В. Сандерсона и С. Щербова³. Выполненный по этому методу прогноз представляет собой объединенный результат серии стохастических имитаций возможных комбинаций сценарных переменных. При таком подходе преодолевается субъективизм при объединении не жестко за-

Все известные демографические прогнозы предсказывают дальнейшее сокращение численности населения страны

Таблица 4.1
Прогнозы населения России до 2050 г.

Годы	Вариант прогноза		
	низкий	средний	высокий
Прогноз Госкомстата России (население на конец года) ⁴			
2015	128883	134298	138364
Публикация в журнале «Вопросы статистики» (население на конец года) ⁵			
2020	121983	130990	137323
2050	77162	101921	122634
Прогноз ООН, редакция 2001 г. (среднегодовое население) ⁶			
2020	127790	129687	131532
2050	96084	104258	113137

Рисунок 4.1. Численность населения России в 1950–2000 гг. и по прогнозу на 2000–2050 гг. при разных доверительных интервалах, в млн. человек



висящих друг от друга сценариев рождаемости, смертности и миграции, а результаты прогноза указывают не на одну единственную траекторию развития, а на «пучок» траекторий, каждая из которых может реализоваться с большей или меньшей вероятностью.

Числа, стоящие возле линий перемены цвета на рисунке 4.1, представляют собой вероятность того, что численность населения России в соответствующем году окажется не выше соответствующего значения. При принятых сценариях общая численность населения России в 2050 г. с вероятностью 0,95 будет находиться в интервале значений от 71 до 127 млн человек и с вероятностью 0,8 — от 86 до 111 млн человек. Согласно прогнозу вероятность сохранения современной численности населения практически равна нулю, и с вероятностью 0,58 численность населения России окажется ниже 102,1 млн человек. Такова была численность населения России в 1950 г.

Конечно, Россия — не единственная страна, убыль численности населения которой ожидается в первой половине XXI века. По среднему варианту прогноза ООН⁷ из 228 стран и территорий, участвующих в расчете, убыль населения ожидается в 41. В их число входит большинство европейских стран. Рост численности населения ожидается только в восьми европейских странах (Албания, Исландия, Ирландия, Кипр, Люксембург, Норвегия, Турция, Фран-

ция). В списке, ранжированном по относительной убыли населения, Россия занимает 6-е место с ожидаемым сокращением числа жителей к 2050 г. на 28,3%. Согласно прогнозу быстрее, чем в России, население будет сокращаться, например, на Украине — на 39,6%, в Болгарии — на 43,0%, Эстонии — на 46,1%. Именно Эстония является мировым лидером по сокращению населения.

Следует отметить, что во всех европейских странах, кроме Албании, Турции и, может быть, Ирландии, ожидаемый уровень рождаемости столь низок, что не обеспечивает роста численности населения. Естественная убыль населения компенсируется иммиграцией, причем на Кипре, в Исландии, Люксембурге, Норвегии и Франции ожидается, что иммиграция обеспечит увеличение числа их жителей. Даже в США уровень рождаемости не обеспечивает роста населения, и ожидаемое увеличение его численности за 50 лет на 40,2% есть следствие интенсивной иммиграции. Прогноз ООН предполагает весьма низкий уровень миграции в Россию — миграционный прирост составит 50 тыс. мигрантов в год, меньше, чем в большинстве национальных прогнозов.

Большинство экспертов весьма осторожно оценивают и будущую динамику смертности в России. По самому оптимистическому прогнозу экспертов ООН, отставание России от Западной Европы по продолжительности жизни к концу первой половины XXI века составит у мужчин 7,5, а у женщин — 6 лет, а уровень этих показателей останется ниже, чем в странах Западной Европы в начале XXI века. Национальные прогнозы ожидаемой продолжительности жизни еще ниже.

Особенности смертности в России

В середине 1960-х гг. по показателям продолжительности жизни Россия лишь немного отставала от стран Запада, однако весь последующий период тенденции смертности в России и на Западе различаются принципиально. С 1965 г. по настоящее время в странах ЕС и в США продолжительность жиз-

По среднему варианту прогноза ООН⁷ из 228 стран и территорий, участвующих в расчете, убыль населения ожидается в 41

ни мужчин росла в среднем за один год на 0,2 года, а в Японии — на 0,3 года, в России же среднегодовое изменение составило 0,1 года.

В относительно благополучном 1998 г. продолжительность жизни мужчин в России была на 13,6 года ниже, чем в странах ЕС. Различие в продолжительности жизни женщин существенно меньше — 8 лет. Как видно из таблицы А.1 приложения А, более низкая продолжительность жизни мужчин в России на 80% определяется более высокой смертностью в возрастах моложе 65 лет. Высокая смертность от несчастных случаев определяет 37% различий, а ранняя, в возрастах до 65 лет, смертность от болезней системы кровообращения определяет еще 22% потерь. Значительный вклад болезней системы кровообращения связан прежде всего с тем, что они являются причиной смерти примерно 48% мужчин (таблица А.2 приложения А). Можно сказать, что «удельные» (т. е. в расчете на одного умершего от данной причины) потери от несчастных случаев, от которых умирает 18% мужчин, существенно выше. С этой точки зрения нельзя указать главную причину или группу причин смерти, объясняющую разрыв в продолжительности жизни. Практически все причины в меру своей распространенности участвуют в его формировании. Когда смертность в России

от некоторой группы болезней согласно данным статистики оказывается ниже, нередко возникают сомнения, связанные с качеством диагностики, как в случае смертности от новообразований в старших возрастах.

Негативный вклад одних групп причин смерти связан главным образом с более низким возрастом смерти от этих причин. Например, средний возраст смерти от болезней системы кровообращения и новообразований в России у мужчин на 8,2 года меньше, чем в странах ЕС. У женщин средний возраст смерти от болезней системы кровообращения ниже на 5,5 года, а от новообразований — ниже на 7,7 года, чем в странах ЕС. Для других групп причин негативное влияние связано главным образом с высокой вероятностью умереть. Так, вероятность умереть от несчастных случаев у мужчин в России в 3,6 раза, а у женщин — в 1,8 раза выше, чем в странах ЕС.

Проблема российской смертности выглядит прежде всего как мужская проблема. Однако переход к показателям продолжительности здоровой жизни⁸ показывает, что ситуация с женским здоровьем столь же неблагоприятна (таблица 4.2). Можно высказать предположение, что в России условия, ведущие к ухудшению здоровья и повышающие риск смерти, почти в равной степени действуют на мужчин и

Таблица 4.2.

Продолжительность здоровой жизни в России и странах Западной Европы* в середине 1990-х гг. (лет)

Возраст	Ожидаемая продолжительность жизни в данном возрасте			В том числе при удовлетворительном и хорошем здоровье		
	Россия	Западная Европа	Различие	Россия	Западная Европа	Различие
Мужчины						
20	41,9	54,5	12,6	36,7	50,4	13,7
45	22,4	31,2	8,8	17,3	27,6	10,3
65	11,4	15,0	3,6	6,7	12,5	5,8
Женщины						
20	54,2	60,2	6,0	40,6	53,7	13,1
45	31,1	36,0	4,9	18,5	30,3	11,8
65	15,2	18,1	2,9	5,8	14,0	8,2

* Включены Бельгия, Великобритания, западные земли Германии, Ирландия, Испания, Италия.

В СССР открытое обсуждение негативных изменений смертности рассматривалось как попытка дискредитировать советскую политическую систему

женщин. Разница в том, что у мужчин негативные внешние воздействия чаще ведут к смерти, у женщин дело ограничивается ухудшением здоровья.

После 1980 г. в России относительно последовательно снижается только уровень смертности в детских возрастах, но, несмотря на это, показатель младенческой смертности остается в несколько раз выше, чем в других экономически развитых странах.

Роль государства в снижении смертности

Замедление снижения смертности и некоторый ее рост наблюдались в 1950—1960-х гг. во многих экономически развитых странах мира, но лишь в странах, в прошлом входивших в социалистический лагерь, и особенно в бывших европейских республиках СССР эти тенденции приобрели характер устойчивого роста уровня смертности.

Большую роль в преодолении наметившегося кризиса смертности в западных странах сыграло широкое обсуждение связанных с ним проблем в средствах массовой информации, вызвавшее пристальное внимание общества к вопросам здорового образа жизни и охраны окружающей среды.

В СССР открытое обсуждение негативных изменений смертности рассматривалось как попытка дискредитировать советскую политическую систему. Публикация каких-либо показателей, кроме общих коэффициентов смертности, была запрещена. На основе этого показателя в массовой печати и медицинской литературе насаждался миф о том, что уровень смертности в СССР ниже, чем развитых странах. Одновременно с этим неблагоприятные тенденции достаточно подробно и объективно освещались в разного рода документах с грифом «Для служебного пользования». Однако никакие реальные шаги, направленные на перелом тенденции, не предпринимались.

Советская система здравоохранения, успешно справившаяся к этому времени с инфекционными и другими острыми заболеваниями, была явно недостаточно оснащена для борьбы с

пришедшими на смену старой патологии хроническими болезнями. Можно согласиться с мнением, что Россия была технологически не готова к борьбе с этими болезнями и недостаточно богата для создания мощной индустрии охраны здоровья. Хотя и того, и другого хватило для освоения космоса и создания военного паритета с США.

В начале 1980-х гг. во многих закрытых исследованиях подчеркивалось негативное влияние пьянства на экономическую (прогулы, низкое качество работы) и демографическую (высокий уровень травматизма и внезапной смертности вообще, рост числа разводов) ситуацию в стране. Антиалкогольная кампания в этом смысле была попыткой одним ударом разрешить многие накопившиеся проблемы. Позднее никто из известных социологов и демографов не заявлял о своей причастности к подготовке кампании. Можно допустить, что все решения готовились аппаратом Правительства и ЦК КПСС.

Демографический эффект кампании впечатляет. В 1986—1987 гг. в России были зафиксированы самые высокие уровни продолжительности жизни — 64,9 лет у мужчин и 74,6 лет — у женщин, а коэффициент суммарной рождаемости впервые после 1964 г. достиг уровня 2,19 рождения на одну женщину. Несомненно, этот эффект не мог быть продолжительным, поскольку принятые меры никак не изменили отношения населения к алкоголю. Рост уровня смертности и снижение уровня рождаемости возобновились уже в 1989 г.

Увеличение уровня смертности в 1992—1994 гг., несомненно, было в основном следствием прекращения антиалкогольной кампании. Переход к рыночной экономике начался с либерализации цен, включая цены на алкогольные напитки, и с отмены государственной монополии на торговлю алкоголем. После семи лет ограниченный наступило время, когда каждый мог купить водку и питьевой спирт в течение всех 24 часов в сутки практически в любом регионе страны и по сравнительно низкой цене. Такое кардинальное изменение ситуации с продажей алкоголя не могло не привести к росту смертности, прежде всего от

несчастных случаев, что и произошло. Во всех бывших европейских республиках СССР вплоть до середины 1990-х гг. наблюдались практически одни и те же тенденции смертности⁹, что так же подтверждает роль в росте смертности прекращения антиалкогольной кампании.

Многочисленные расчеты показывают, что с многих точек зрения рост смертности в первой половине 1990-х гг. есть компенсация ее снижения в годы антиалкогольной кампании, и суммарный итог колебаний близок к нулю¹⁰. Однако нет оснований считать, что за снижением смертности непременно следует ее рост. Напротив, в большинстве случаев в странах успешно сохраняются достигнутые успехи. Но надо признать, что в экономической и политической ситуации января–февраля 1992 г. правительство России вряд ли имело возможность действовать каким-то другим образом.

В 1998 г. продолжительность жизни мужчин в России увеличилась по сравнению с 1994 г. на 3,7 года, а женщин — на 2,1 года¹¹, но затем началось новое снижение. И хотя в 2001 г. ситуация стабилизировалась, нет уверенности, что рост и колебания смертности завершились окончательно. Если в конце 1960-х гг. обнаружилось, что российская система здравоохранения малоэффективна в борьбе с новой патологией, то сегодня стало ясно, что она не готова противостоять «старым» болезням, о чем свидетельствуют реванш смертности от туберкулеза¹² или рост смертности от острых заболеваний органов дыхания.

Необходимость программы мер по снижению смертности

Современное состояние и история российской смертности не позволяют рассчитывать, что проблема чрезвычайно высокой смертности разрешится спонтанно, без принятия системы специальных мер, а только за счет повышения уровня жизни, роста качества и доступности медицинской помощи. Опыт западных стран свидетельствует, что успешная борьба с новой патологи-

ей невозможна без активности самого населения, направленной на оздоровление образа жизни и среды обитания, заботу о своем здоровье и т. п. На протяжении XX века в западных странах произошли огромные, принципиальные изменения в отношении к проблемам жизни и смерти. К сожалению, история России сложилась иначе.

Широкое обсуждение демографической проблематики, развернувшееся в процессе подготовки проекта концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2015 г., показало, что российская наука не располагает обоснованными предложениями о стратегии и тактике ускоренного снижения смертности. В медицинских публикациях обычно обсуждаются проблемы борьбы с конкретными заболеваниями, а общая проблема снижения смертности отходит на второй план. Большинство социально-демографических исследований ограничивается самой общей постановкой задач снижения смертности от отдельных причин или в отдельных возрастах. Например, Доклад о состоянии и тенденциях демографического развития России¹³ содержит перечень задач демографической политики в области увеличения ожидаемой продолжительности жизни (вставка 4.1). Однако список конкретных мер, направленных на снижение смертности, гораздо уже. Там выделяются:

- меры, направленные на снижение потребления алкоголя (фискальная политика, административные ограничения, информационные воздействия и ограничение рекламы);
- создание отделений (кабинетов) медико-социальной помощи детям и подросткам для профилактики алкоголизма, наркомании, токсикомании и инфекций, передаваемых половым путем;
- поддержка телефонов доверия как средства профилактики самоубийств;
- скрининговые программы по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний;
- улучшение медицинской помощи сельским жителям.

...российская наука не располагает обоснованными предложениями о стратегии и тактике ускоренного снижения смертности

Вставка 4.1

Задачами демографической политики Российской Федерации в области укрепления здоровья и увеличения ожидаемой продолжительности жизни являются: увеличение ожидаемой продолжительности жизни за счет улучшения качества жизни, снижения преждевременной, особенно предотвратимой смертности населения; улучшения репродуктивного здоровья населения; увеличения продолжительности здоровой (активной) жизни, путем сокращения уровня заболеваемости, травматизма и инвалидности; улучшения качества жизни хронически больных и инвалидов путем предоставления им условий для реализации их возможностей. В первую очередь необходимо реализовать меры, направленные на снижение смертности от таких неестественных причин, как производственный и бытовой травматизм, убийства на бытовой основе, автотранспортные несчастные случаи, алкогольные и прочие отравления, а также направленные на сокращение преждевременной смертности от болезней системы кровообращения и новообразований в трудоспособных возрастах и на сокращение младенческой и детской смертности.

Источник: Доклад о состоянии и тенденциях демографического развития России. М., 2001. С. 34.

Назвать конкретными эти мероприятия можно лишь условно. Но дело даже не в этом. Вопросы о том, почему именно эти меры являются первоочередными и каков ожидаемый эффект, остаются за рамками документа.

Разработка государственной политики по снижению чрезвычайно высокой смертности невозможна без проведения специальных исследований. Нельзя сказать, что такие исследования вообще не проводятся¹⁴, но того, что делается, к сожалению, явно недостаточно.

В начале 1970-х гг. в России прошло глубокое и репрезентативное для страны обследование здоровья населения¹⁵, но его результаты фактически оказались невостребованными. Существенно меньшие по масштабам исследования были приурочены к переписи 1979 г. Комплексное изучение состояния здоровья населения, проведенное НИИ им. Н.А. Семашко в 1989—1991 гг. в связи с переписью 1989 г.¹⁶, было еще меньше по объему и по программе исследования. Конечно, Министерство здравоохранения Российской Федерации систематически собирает сведения о заболеваемости населения по данным об обращениях за медицинской помощью и о числе больных некоторыми хроническими заболеваниями,

состоящих на учете в учреждениях здравоохранения¹⁷. В статистических публикациях ВОЗ¹⁸ Россия представлена не хуже, чем большинство европейских стран. Однако для разработки специальных мер, направленных на снижение смертности, этой информации явно недостаточно. Именно поэтому в литературе сосуществуют различающиеся на порядок оценки распространенности некоторых заболеваний и выдвигаются взаимоисключающие рекомендации по борьбе с отдельными причинами смерти. Имеющиеся оценки распространенности многих болезней не сопоставимы с данными статистики смертности от них.

В связи с этим отметим, что требует изучения и осмысления мировой опыт снижения смертности, в частности, опыт стран, добившихся наибольших успехов за относительно короткий промежуток времени: Финляндии в 1970—1980-х гг., Португалии в 1980-х гг., Польши и Чехии в 1990-х гг. Может оказаться полезным и опыт стран Балтии, где в конце 1990-х гг. в отличие от России снижение смертности приобрело устойчивый характер. Необходимо осознать, что могут дать в условиях России социальные и медицинские технологии снижения смертности, принесшие наибольший эффект за рубежом.

В октябре 2002 г. в России прошла всеобщая перепись населения. Начиная с 1970 г. все переписи населения сопровождались изучением социальной дифференциации демографических процессов. В 2002 г. подобная работа не проводилась. Дело в том, что согласно принятому в 1997 г. Федеральному закону «Об актах гражданского состояния» новые формы актов не содержат никакой социально-экономической информации о родителях, вступающих в брак, разводящихся, умерших. Как отмечалось в Докладе о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2000 г., российская статистика постепенно утратила значительную часть стандартной демографической информации.

Все известные демографические прогнозы предсказывают, что убыль населения России продлится по крайней мере до середины XXI века.

Весьма осторожно оценивается и будущий рост продолжительности жизни населения. Динамика смертности населения России в XX веке и ее современное состояние во многом

есть следствие особенностей социальной политики в СССР. С учетом этого нельзя рассчитывать, что проблема чрезвычайно высокой смертности разрешится спонтанно, без введения системы специальных мер, а только за счет повышения уровня жизни и роста качества и доступности медицинской помощи.

¹ Число детей, рожденных женщиной на протяжении жизни, при условии, что возрастные показатели рождаемости будут такими же, как в период наблюдения.

² Предположительная численность населения Российской Федерации до 2016 г. Статистический бюллетень. 2002.

³ О возможных путях демографического развития России в первой половине XXI века // *Вопросы статистики*. 2002. № 3. С. 3—10.

⁴ Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, www.un.org/esa/population/demobase.

⁵ Население России, 2001. Девятый ежегодный демографический доклад / Под редакцией А.Г. Вишневого. ИНП РАН, Центр демографии и экологии человека. М., 2002. Прогноз разработан в рамках проекта «Демографическое развитие России в глобальном контексте: анализ и прогноз», поддержанного Российским Фондом фундаментальных исследований (грант № 02-06-80242).

⁶ Lutz W., Sanderson W. and Scherbov S. The end of world population growth. *Nature*, 2001. Vol. 412. P. 543—545. Lutz W. and Scherbov S. An expert-based framework for probabilistic national population projections: The example of Austria. *European Journal of Population*, 1998. Vol. 14. P. 1—17.

⁷ Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, www.un.org/esa/population/demobase.

⁸ Андреев Е.М., Школьников В.М., МакКи М. Продолжительность здоровой жизни // *Вопросы статистики*. 2002. № 11. С. 16—21. Для расчета продолжительности здоровой жизни числа живущих в каждом возрастном интервале из обычных таблиц смертности делятся на группы здоровья пропорционально тому, как распределяется по группам здоровья реальное население в соответствующем интервале возрастов.

Здесь использованы данные самооценки здоровья, полученные из Russian Longitudinal Monitoring Survey (см. http://www.cpc.unc.edu/projects/flms/flms_home.html).

⁹ Андреев Е.М. Возможные причины колебаний продолжительности жизни в России в 90-е годы // *Вопросы статистики*. 2002. № 11. С. 3—15.

¹⁰ Население России, 2000. Седьмой ежегодный демографический доклад / Под редакцией А.Г. Вишневого. ИНП РАН. Центр демографии и экологии человека. М., 2001. С. 88—90.

¹¹ Рассчитано по: Демографический ежегодник России: Стат. сб. Госкомстат России. М., 2001. С. 105.

¹² Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2001 год. М., С. 54—59.

¹³ Доклад о состоянии и тенденциях демографического развития России. Министерство труда и социального развития Российской Федерации. М.: «Права человека», 2001. С. 33—39.

¹⁴ См., например, *Policies for the Control of the Transition's Mortality Crisis* / Политика по контролю кризисной смертности в переходный период. Программа Развития ООН. Проект № RUS/98/G53. Руководители В.В. Школьников, В.В. Червяков. Москва, 2000 или Меле Ф., Школьников В., Вален Ж. Последние тенденции смертности по причинам смерти в России, 1965—1994. Москва—Париж, 1996.

¹⁵ Роменский А.А. Результаты комплексного изучения состояния здоровья в связи со Всесоюзной переписью населения 1970 г. М., 1978.

¹⁶ Максимова Т.И. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М.: Пер Се, 2002.

¹⁷ Речь фактически идет о кожно-венерологических, туберкулезных, онкологических и психоневрологических диспансерах.

¹⁸ См., например, *World Health Organization, Regional Office for Europe, European health for all database*.

Государство и задача социализации детей

Второй год подряд в России, по данным официальной статистики, наблюдается робкий процесс снижения общих показателей детской преступности, наркомании. В то же время увеличивается число рожденных за год детей. Об этом свидетельствуют данные государственных докладов «О положении детей в Российской Федерации» за 2001 и 2002 гг. Эти документы готовит Министерство труда и социального развития Российской Федерации. Так, в докладе, опубликованном в декабре 2002 г., в частности, сообщается, что «количество зарегистрированных преступлений подростков уменьшилось с 208,3 тысяч в 1999 г. до 185,4 тыс. в 2001 г.»; «заболеваемость наркоманией снизилась в 2001 г. по сравнению с предыдущим годом на 25% у детей (с 0,8 до 0,6 на 100 000) и на 34,7% у подростков (с 84,1 до 54,9 на 100 000)». Увеличилось и абсолютное число родившихся детей. Коэффициент рождаемости составил в 2001 г. 9,1 на 1000 человек населения (в 2000 г. эта цифра равнялась 8,7, в 1999 г. — 8,3). Налицо положительная тенденция оздоровления общественного организма после десятилетия роста молодежной преступности и наркомании, резкого демографического спада.

Приведенные данные наводят на мысль, что наконец-то усилия государства, общественных организаций, направленные на борьбу с детской преступностью, наркоманией, беспризорностью, болезнями, начинают приносить долгожданные плоды. Однако рано говорить о выздоровлении российского общества. Замедлился лишь темп распространения социальных болезней, о чем свидетельствует анализ, сделанный авторами Государственного доклада. Происходящие в стране демографические процессы имеют, говорится в докладе 2002 г., «крайне неблагоприятные для будущего страны сочетания: высокую смертность, низкую рождаемость, рост числа разводов, увеличение числа рожденных вне брака детей». Констатируя сокращение числа зафиксированных преступных деяний несовершеннолетних, авторы доклада в то же время отмечают «усиление жестокости и общественной опасности подростковых преступлений... Групповая преступность подростков все более отличается признаками организованности с характерными для нее сплоченностью и устойчивостью, сращиванием с взрослым криминалитетом». В течение последнего десятилетия в молодежной среде прочно укоренились поведенческие факторы риска. Дети все более младших возрастных групп приобщаются к алкоголю и курению: всего лишь за один 2001 г. число детей до 14 лет, поставленных на профилактический учет в связи с употреблением ими алкоголя, увеличилось на 10,4%; у 15—17-летних подростков этот рост составил 3,8%.

Причины неэффективной работы государственных структур очевидны. Сколько в стране федеральных министерств, ведомств, подведомственных научных, учебных, методичес-

ких, коррекционных и прочих учреждений и центров, занятых решением проблем детства? Сколько их в федеральных департаментах образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, по телекоммуникациям, по физической культуре и спорту, по делам мигрантов, по охране правопорядка, по судопроизводству и исполнению наказаний, по прокурорскому надзору, по делам семьи, по делам молодежи, по профобучению, по трудовой занятости... Те же управленческие структуры имеются и в каждом из субъектов Федерации. Отсюда проблема, именуемая межведомственной разобщенностью. Ведомств, ответственных за решение проблем молодежи, слишком много для государства с нынешним сравнительно скромным бюджетом. Их действия плохо согласованы, несмотря на то, что объект их внимания один и тот же — ребенок, который становится подростком, а затем молодым человеком. И задача, в сущности, у всех одна — осуществить его социализацию, говоря другими словами, подготовить молодого человека к жизни в обществе. Результатом их работы должен стать физически, психически и морально здоровый молодой человек, снабженный определенным запасом знаний, социально активный, нацеленный на самосовершенствование, на труд и творчество на благо общества.

Как известно, социализация — комплексная задача и ее решение есть сфера ответственности государства. Выбранный им путь решения вопросов детского неблагополучия не адекватен масштабу и характеру проблемы. Не случайно в области прав защиты ребенка у нас появились правозащитные организации. Они предложили властям создать институт уполномоченных по правам ребенка. Государство согласилось, и в стране сегодня разворачивается процесс формирования такого института. А между тем, уже 85 лет как существуют комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав. Этот орган, имеющий межведомственный статус, как раз и занимается неблагополучными детьми и семьями. Теперь защищать права ребенка будут и комиссии, и уполномоченный. А уменьшится ли число детей, права которых нарушаются?

Чтобы добиться эффективного решения проблемы детского неблагополучия, государству придется пересмотреть саму основу организации учебно-воспитательного процесса. В России накоплен богатейший опыт социализации детей, который может быть использован в современных условиях. Действия государства должны быть также нацелены на существенное сокращение управленческого аппарата, с одной стороны, и на улучшение условий труда тех низовых звеньев, которые непосредственно заняты воспитанием, обучением, решением вопросов здоровья и физического развития наших детей.

Снеговский В.Я. Главный редактор вестника «Дети улиц»