

УДК 332.146.2 : 364.14 : 61 (571.6)

С.В. Дьяченко, В.Г. Дьяченко

Об истоках социального неравенства при обеспечении дальневосточников медицинской помощью

Дальневосточный Государственный Медицинский Университет, г. Хабаровск

Контактная информация: В.Г. Дьяченко, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Резюме

Экономические реформы современной России неизбежно привели к расслоению граждан по уровню доходов. В структуре населения страны значительно выросла группа лиц с низкими доходами, что в конечном итоге стало причиной социального неравенства в виде ограничения получения ими медицинской помощи. Особенно остро эта проблема сформировалась в отдаленных провинциях с низкой плотностью населения, таких, как Дальний Восток, где инвестиции в человеческий капитал всегда были ограничены. Отрицательная динамика состояния здоровья дальневосточников, снижение качества человеческого потенциала станет препятствием для опережающего социально-экономического развития региона.

Ключевые слова: экономические реформы, бедность, медицинская помощь, социальное неравенство

S Dyachenko, V. Dyachenko

About the origins of social inequality in providing medical care in the Far East

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Summary

The economic reforms of modern Russia will inevitably lead to a stratification of citizens in income levels. In the structure of the country's population has grown a group of people with low incomes, that finally caused the social inequality in the form of restriction they have received medical care. Especially acute, this problem has formed in distant provinces with low population density, such as the Far East, where investment in human capital has always been limited. Negative dynamics of the health of the Far East, decrease in quality of human potential will become an obstacle for outstripping socio-economic region development.

Key words: economic reforms, poverty, medical care, social inequality

Введение

Промежуточные итоги модернизации системы оказания медицинской помощи населению следует начинать с определения требований к совокупности показателей, которые описывают достижение результатов. На основании показателей заинтересованные стороны могут измерять уровень доступности, качества и безопасности предоставленных медицинских услуг и сравнивать достижение запланированных результатов различными медицинскими организациями. Параллельно следует изучать динамику показателей здоровья населения и причины расхождения между моделями промежуточных результатов модернизации и результатов, достигнутых конкретной медицинской организацией, и только после этого могут быть инициированы проекты улучшения. На практике доверие к результатам измерения уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи невелико, поскольку определение показателей, сбор и обработка данных связаны с большими трудностями и практически нет возможности проверить точность полученной информации. Использование возможностей внедрения современных информационных технологий может значительно облегчить и ускорить процесс сбора, оценки и интерпретации достижений регионального здравоохранения, однако, до сих пор, кроме

формирования великого множества отчетов сомнительного качества «наверх», реальных шагов в этом направлении не наблюдается. А между тем ситуация в отрасли здравоохранения отдаленных провинций России, таких как Дальний Восток, оставляет желать лучшего.

Обсуждение результатов

Поскольку Дальневосточный федеральный округ (ДФО) – самый удаленный от столицы и исторического центра России регион, то уже этот факт создает довольно серьезные проблемы, учитывая размеры государства. В советское время прилагалось немало усилий для освоения этой провинции – повышения плотности населения, развития инфраструктуры, строительства военно-морских баз, освоения ресурсов и т.д. В результате распада СССР Дальний Восток оказался в весьма уязвленном положении: местное русское население стало покидать регион, промышленность и социальная сфера деградировала. Падение экономики Дальнего Востока России в начале 1990-х годов было беспрецедентным. Уже к 1997 году объемы производства по отношению к 1990 году составляли 27% в Хабаровском крае, 50% - в Приморском, 75% - в Республике Саха (Якутия). В последующие годы деградация экономического развития снизилась, однако до её восстановления до уровня 1987 года было ещё далеко.

И все-таки в течение 2000 - 2014 гг. экономика региона имела положительную динамику, хотя и характеризовалась ярко выра-

женной цикличностью. С 2001 года динамика валового регионального продукта в ДФО определялась, прежде всего, увеличением оборота розничной торговли и производства услуг при отставании темпов роста промышленного производства. И, тем не менее, в границах региона сосредоточен существенный потенциал для промышленного использования сырьевых ресурсов, но существует группа факторов, затрудняющих их освоение, в частности:

- ✓ *недостаточность информации о запасах ресурсов и их состоянии по причине осуществления в небольших масштабах работ, связанных с геологоразведкой;*
- ✓ *наличие инфраструктурных ограничений освоения природно-ресурсной базы, прежде всего в энергетической и транспортной сферах;*
- ✓ *низкая экологическая устойчивость местных экосистем, требующих дополнительных природоохранных затрат в ходе освоения природных ресурсов;*
- ✓ *неразвитость или полное отсутствие производств, обеспечивающих комплексную и безотходную переработку сырья, что ведет к нерациональному использованию сырьевой базы;*
- ✓ *отставание производительности труда в большинстве отраслей Дальнего Востока от производительности*

сти труда в развитых странах Азиатско-Тихоокеанского региона;

- ✓ *дефицит рабочей силы, неразвитость системы подготовки квалифицированных кадров и др.*

К главному фактору сдерживания экономического развития региона, по нашему мнению, относится дефицит и качество трудовых ресурсов, которые многие годы сдерживал поступательное движение экономики. Уменьшение численности населения за счет естественной убыли и миграционного оттока из субъектов РФ ДФО уже вчера сформировали необходимость применения «вахтовых» методов работы и в ближайшие годы их использование будет только расширяться.

Однако в ряде случаев применение вахтового метода сопровождается не снижением затрат, а, наоборот – их увеличением. Эти затраты связаны с тем, что состояние здоровья различных категорий населения, работающих в отдаленных и северных территориях (т.н. вахтовиков), имеет свои особенности. Их постоянная многократная адаптация и реадаптация к различным климатическим условиям, временным поясам, характеру питания в течение относительно коротких временных промежутков резко снижает уровень и качество их здоровья за счет роста заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности. Именно эти факторы в будущем, кроме существующих проблем, спровоцируют формирование дополнительных расходов на восстановление утраченного здоровья трудоспо-

Об истоках социального неравенства при обеспечении дальневосточников медицинской...
собного населения региона, связанного с особенностями условий труда вахтовиков.

Либеральные реформы и бедность. Известный американский экономист Джеффри Д. Сакс, советник ведущего реформатора-либерала того времени А.Т. Гайдара в книге «Конец бедности. Экономические возможности нашего времени» [15] рассказал о своей работе в России в 1991-1994 годах (рис. 1). Он предполагал, что опираясь на опыт достаточно эффективных польских реформ и экономических событий, проис-

ходивших по всей Восточной Европе, новая команда либеральных экономистов в России осуществит ключевые реформы в виде проведения приватизации и получения внешней помощи. Однако уже 1992 год оказался пагубным для реформ. После первых мер по либерализации цен запланированные реформы так и не были осуществлены или проводились в крайне урезанном виде. Не была достигнута стабилизация цен. Галопирующая инфляция продолжалась в течение всего года. Свою роль сыграла, и неспособность МВФ поддерживать российскую национальную валюту.



Рис.1. Известный американский экономист, директор [Института Земли Колумбийского университета](#), Д. Сакс на пятом Гайдаровском форуме в Москве.

Самое худшее, по мнению Джеффри Д. Сакса, произошло в 1995 и 1996 годах, когда он уже был сторонним наблюдателем российских реформ. «...В течение двух этих лет российская прива-

тизация приобрела откровенно бесстыдный и криминальный характер. По сути, коррумпированная группа так называемых бизнесменов, которых впоследствии стали называть новыми российскими олигархами, сумела

прибрат к своим рукам природные ресурсы стоимостью в десятки миллиардов долларов – главным образом месторождения нефти и газа, принадлежащие российскому государству. По самым скромным оценкам, частные лица получили нефти, газа и других ценных активов примерно на 100 миллиардов долларов, отдав взамен не более одного миллиарда долларов. За самое короткое время в России сложился новый класс миллиардеров – гордых (и богатых) владельцев российской нефтегазовой отрасли».

В его интервью 2000 года говорилось: «Российское руководство превзошло самые фантастические представления марксистов о капитализме: они сочли, что дело государства – служить узкому кругу капиталистов, перекачивая в их карманы как можно больше денег и поскорее. Это не шоковая терапия. Это злостная, предумышленная, хорошо продуманная акция, имеющая своей целью широкомасштабное перераспределение богатств в интересах узкого круга людей» [20]. В конечном итоге, реализуемые либеральные реформы сформировали исключительную бедность большей части населения и упадок экономики некогда богатой страны. Отечественные либеральные экономисты рассматривали эти процессы, как вполне естественную реакцию на распад СССР [2].

О результатах деятельности российских реформаторов главный редактор и собственник журнала Ю.С. Ньюс энд Уорлд Рипорт Мортимер Закерман (M. Zukerman) в свое время писал: «В условиях безудержной инфляции и отсутствия рабочих мест широкие массы россиян теряют все, в том числе веру... У них украли их страну. Небольшая группка людей, захватившая благодаря коррупции государственную собственность, бездумно щеголяет своим богатством, словно они цари. Эти люди – олигархи. Они отняли у правительства даже его опору – налоговые поступления для поддержания государственных служб и инфраструктуры. Налоги от природных ресурсов... при советской власти обеспечивали 75% поступлений в государственную казну. Сейчас эти ресурсы контролируют магнаты, и они используют свои политические связи, чтобы не платить налоги, вывозя из страны значительную часть прибылей: по данным Интерпола и Министерства внутренних дел России, из страны было вывезено таким образом свыше 300 млрд. долларов... Печать защищает олигархов, которым она в основном и принадлежит». Проведенную приватизацию и залоговые аукционы он оценивал: «...грабеж, величайшее разграбление богатств в истории» [10]. Сегодня можно привести значительное число аналогичные высказывания десятков отечественных и западных аналитиков, включая таких, как, например, «давний друг России» – Збигнев Бжезинский.

Таким образом, относительно недавно, едва ли не важнейшей задачей Российского государства на предстоящий второй срок президента В.В. Путина начиная с 2004 г. была объявлена борьба с бедностью, особенно в таких отдаленных провинциях, как Дальний Восток. Понятно, что многими это было воспринято положительно, хотя и с определенной долей скептицизма. Полагаем, что «Борьба с бедностью» – это... миф общегражданского значения, какими были когда-то «гласность» и «ваучеризация». И действительно в контексте борьбы с бедностью декларировалось, что Правительство РФ сделает реальные шаги на пути обеспечения молодой семьи дальневосточников доступным жильем, обеспечит работой с достойной зарплатой молодых супругов, сформирует жесткие позиции по возвращению занятых под коммерческие структуры и подразделения органов власти – детские сады. Параллельно начнется ликвидация детских домов (приютов) и домов ребенка, передавая на воспитание брошенных детей в социально благополучные семьи с соответствующей материальной компенсацией родителям их усилий, прекратит постыдную для социального государства практику усыновления российских детей гражданами других государств и многое другое.

К сожалению, борьба с бедностью на Дальнем Востоке России, трансформировалась в особо уродливую её форму – имитацию. Причем стратегия «максимальной занятости» реализуемая в регионе, сопровождается формированием рабочих мест, как правило, финансируемых за счет средств бюджета, где вознаграждение за работу или на уровне прожиточного минимума или ниже него. Высокий уровень преступности поддерживает стратегию «максимальной занятости», когда и бюджетные и частные организации вынуждены содержать бесчисленных охранников и службы безопасности, функционирующих параллельно с органами правопорядка.

Однако эффективность этой стратегии всегда была «со знаком минус», поскольку довольно часто с рынка труда отвлекались и отвлекаются, как правило, квалифицированные мужчины трудоспособных возрастов. Кроме того, сегодня определенная часть дальневосточников развращена т.н. льготами и настроена не на то, чтобы зарабатывать на существование, а на то, чтобы получить пособие по безработице или «числиться» на работе. Параллельно эта категория людей трудоспособного возраста занимается браконьерством различного масштаба, криминализируется, а иногда просто деградирует, вместо того, что бы пытаться сформировать свой маленький бизнес и самостоятельно, без оглядок на государство, обеспечивать себя и свою семью материальными благами. Но ведь и государство, кроме формирования дополнитель-

ных чиновничьих структур (организаций по поддержке..., аппаратов региональных омбудсменов и др.) «по развитию малого и среднего бизнеса» не принимает всех необходимых мер по облегчению налогового бремени «новым» малым предприятиям, возможности получить доступные кредиты в банках, землю под строительство и т.п.

Снижение уровня здоровья, как следствие рыночных реформ. Со времени начала реализации либеральных реформ прошло более 20 лет. В конечном итоге дальневосточникам сегодня нужны ответы на простые вопросы: «На какой мировоззренческой платформе предполагается вести осмысление бедности и борьбу с нею?» «Рассматривают ли сегодняшние реформаторы проблему бедности дальневосточников в русле мышления, заданного на первом этапе реформы – или они принципиально отходят от постулатов и логики 90-х годов?». «Если отходят от этих постулатов, то какова идеология и стратегия вновь созданной «бригады» инновационного развития ДФО на обозримый период?». Эти вопросы к властным структурам региона, как правило, «повисают в воздухе»...

Если сравнивать Западный и Восточный макрорегионы России, то по-

следний раз в три больше по территории. По всем же остальным показателям (численность населения, занятость в экономике, объем ВРП и т.д.) — наоборот. Это естественно, потому что западная часть страны исторически более развита. Но на востоке сосредоточены природные ресурсы. И именно добыча сырья предопределила особенности социально-экономического развития Сибири и Дальнего Востока. Внутри Дальневосточного региона экономика отдельных территорий тоже очень различается (рис. 2).

Активно развивается Сахалинская область, где добывают нефть и газ. То же самое относится и к Республике Саха (Якутии), где, как известно, добывают алмазы, золото, уран, уголь. На других территориях — Камчатка, Приморье, Хабаровский край, Амурская, Магаданская области и др. — формально доминирует обрабатывающее производство. Но большинство этих предприятий неконкурентоспособно на мировом рынке. Как это ни прискорбно, Дальний Восток стал сырьевым придатком стран активно развивающегося Азиатско-Тихоокеанского региона — Китая, Кореи, Японии. В структуре экспорта России в страны АТР сырьевая составляющая больше, чем в структуре экспорта на Запад. И, к сожалению, все инвестиционные проекты в этом регионе направлены на расширение добычи природных ресурсов [9].



Рис. 2. Валовой региональный продукт на душу населения в ДФО, тыс. руб. (Приведено по данным директора Центра региональных исследований НИУ ВШЭ д.э.н., Ильиной И.В.)

История развития Дальнего Востока РФ показывает, что для качественного экономического роста, наряду с введением преференций для потенциальных инвесторов, необходимо формирование социально-экономических преимуществ для проживающего здесь населения, т. е. создание повышенных стандартов качества жизни. Сдерживающим для региона фактором сохранения местного населения и закрепления мигрантов является отсутствие отвечающей современным требованиям социальной инфраструктуры, высокой транспортной мобильности, расширенной доступности к социальным благам и услугам, а также достойный уровень оплаты труда. Положение усугубляется тем, что в регионе сформировались все признаки депопуляции насе-

ления, то есть фактическое его вымирание. Одномоментная потеря дальневосточниками десятилетиями создававшейся и ставшей неотъемлемой частью образа жизни системы льгот и привилегий, ощущения социальной элитарности, своей особой значимости для страны привела к острому психологическому шоку. Этот шок усугубился резким ростом стоимости жизни и снижением реальных доходов семей, имеющих детей, а также снижением доступности транспорта, качественного жилья, здравоохранения образования и т.п.

В условиях вхождения России в ВТО в 2012 г. большое значение для экономического развития территорий ДФО сегодня имеют миграционные процессы. В 2006 г. на Дальнем Востоке России впервые за 2000-е годы проявились признаки обострения ситуации на рынке труда, вызванные спадом численности

именно трудоспособного населения, при этом происходившие в фазе экономического роста в большинстве федеральных округов. В последующие годы тенденции снижения численности трудоспособного населения продолжились. Реальная экономическая ситуация в ДФО во втором десятилетии XXI века остается сложной. Несмотря на снижение доли населения, имеющего доход ниже прожиточного минимума, уровень бедности в субъектах ДФО превышает показатель Российской Федерации от 1,9 раза в Амурской области до 1,5 раз – в Еврейской автономной области, Приморском крае, Республике Саха (Якутия). Сохраняющийся стабильный миграционный отток населения служит подтверждением того, что далеко не все так благополучно в регионе, в чем пытаются убедить дальневосточников представители политических региональных элит.

Крайняя бедность вряд ли сокращается столь же быстро, так как регион отличается повышенной концентрацией населения с маргинальным образом жизни: лиц без определенного места жительства, безработных, утративших мотивацию к труду, представителей коренных малочисленных народов, не имеющих стабильных источников дохода, и т.п. Но при относительной достоверности статистики доходов сложно даже экспертно оценить уровень крайней бед-

ности. Особенно следует выделить многочисленные проблемы села: высокий уровень безработицы (более 11–15% в большинстве субъектов РФ ДФО), низкие заработки, минимальную доступность социальных услуг, «неукорененность» населения, большая часть которого – мигранты предыдущих десятилетий. Все эти проблемы превращают сельскую местность ДФО в большую депрессивную зону с маргинальным населением.

Несмотря на то, что уровень среднедушевых денежных доходов дальневосточников по данным Росстата превышает среднероссийский на 10,2%, покупательная способность доходов намного ниже, чем в центральной полосе России и РФ. В последние годы покупательная способность для населения трудоспособного возраста превышала среднероссийский уровень только в ЧАО, Магаданской и Сахалинской областях – 4,7, 4,4 и 4,0 против 3,6 в РФ. Для лиц пенсионного возраста уровень покупательной способности превышал средний уровень только в Магаданской области – 1,65 против 1,62 (РФ) при минимальном уровне в Камчатском крае – 1,15.

Таким образом, если сравнивать покупательную способность денежных доходов населения по отдельным продуктам питания, то объем продуктов, которые может позволить себе житель Дальнего Востока РФ значительно скромнее, чем у среднего россиянина. Суровые климатические условия и продолжительный холодный период обуславливают необходимость особого характера пита-

ния с преимущественным упором на белковую пищу. В целом, по ДФО приобретение продуктов питания занимает 32,8% от общего объема потребительских расходов.

Кроме того ДФО отличается низкокачественным жилищным фондом как результат его освоения с минимальными затратами. В результате доля ветхого и аварийного жилья в половине регионов ДФО в 2–4,5 раза выше средней по стране: более 6% жилого фонда в городах и населенных пунктах Дальнего Востока РФ находятся в ветхом (4,8%) и аварийном (1,5%) состоянии, в то время как по России в целом этот показатель едва превышает 3%. Степень износа основных фондов по коммунальным предприятиям Дальнего Востока РФ достигает в отдельных местностях 65 – 70%, что существенно ухудшает условия комфортного проживания и создает дополнительную финансовую нагрузку на потребительские бюджеты домашних хозяйств.

Высокий уровень цен и тарифов на Дальнем Востоке РФ, а также их ежегодное повышение обуславливают рост удельного веса расходов населения на оплату жилищно-коммунальных услуг. Если россиянин тратит на содержание жилья и оплату коммунальных услуг, в среднем, 11,3% от общей суммы потребительских расходов, то житель Дальне-

го Востока РФ – 12,2%. При этом, уровень возмещения населением затрат предприятиям ЖКХ по предоставлению жилищно-коммунальных услуг в ДФО значительно ниже и составляет всего 74% против 91% в целом по России. Но даже в этих сложных условиях в эксплуатацию ежегодно вводится всего 0,20–0,25 м² на человека, что в 4 раза меньше, чем требуется по нормативу. Высокий износ жилых домов, сохранение ветхого и аварийного жилья, низкие темпы жилищного строительства способствуют росту расходов населения, которое вынуждено поддерживать жилищные объекты в пригодном для жизни состоянии..

Стагнация развития региональной экономики предполагает отнюдь не оптимальную половозрастную структуру населения. Женщины такой экономике не нужны, пенсионеры и дети тоже. Кстати, на новых региональных проектах (строительство мостов и транспортной агломерации во Владивостоке, космодрома «Восточный» и др.) давно уже работают вахтовым или экспедиционным методом. В любом случае при планировании и реализации территорий опережающего социально-экономического развития в ДФО расчета на постоянное население региона не делается. В результате получается, что на фоне демографического кризиса, самым эффективным инвестиционным проектом для России на Дальнем Востоке – передача природных богатств региона в долгосрочную концессию зарубежным странам. О чем уже достаточно давно говорили отечественные либералы

Об истоках социального неравенства при обеспечении дальневосточников медицинской...

(Гайдар Е.Т., 2006). И современный политический истеблишмент ДФО все больше и больше скатывается к этому же сценарию. В результате анализ долгосрочной динамики процесса естественного прироста (убыли) населения с 1970 по 2016 гг. в целом по ДФО указывает на формирование отчетливого отрицательного тренда, что демонстрирует сохра-

нение депрессивных тенденций в демографии региона. Следует отметить значительный вклад миграционного компонента в сокращение численности населения ДФО, который составлял 80-90% в 90-х годах и уменьшался к 2007-2008 гг. при минимальном уровне в 2010-2015 гг. (рис.3.)

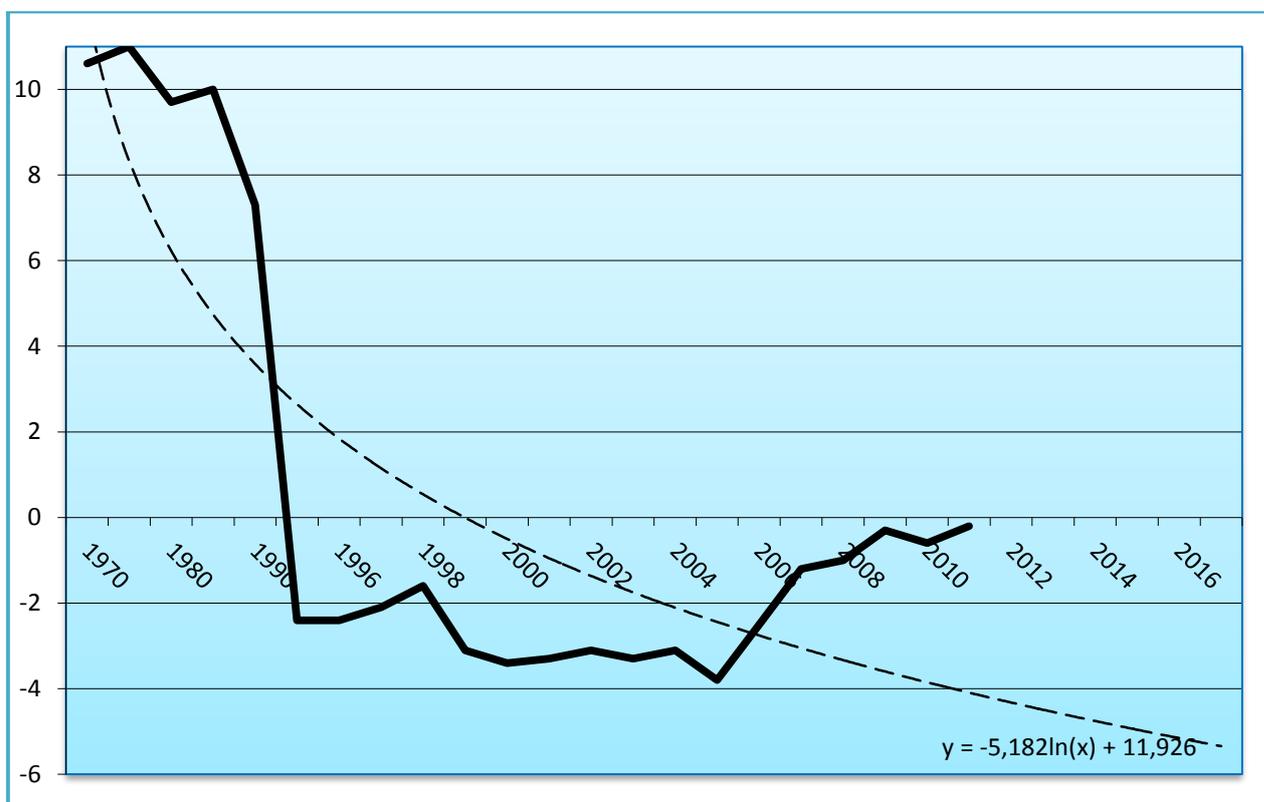


Рис.3. Тренд показателей естественного прироста (убыли населения) в субъектах ДФО на 1000 человек в 1970-2016 гг.

Результатом преобразований в ДФО в течение более чем двадцати последних лет явилось следующее: регион покинуло около 2 млн дальневосточников, продолжительность жизни остается намного ниже, чем у граждан большинства стран Азиатско-Тихоокеанского региона (АТР), выросла заболеваемость и

смертность всех возрастных групп населения. Ухудшились показатели здоровья лиц трудоспособного возраста, выросло число инвалидов, в структуре населения продолжает уменьшаться число женщин репродуктивного возраста [12]. Около двух третей дальневосточников негативно отзываются об организации оказания медицинской помощи, указы-

Об истоках социального неравенства при обеспечении дальневосточников медицинской...

вая на то, что, по их мнению, уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи из года в год снижается [5].

Среди федеральных округов ДФО характеризуется масштабным и продолжительным снижением показателей здоровья населения. Если в целом по стране улучшение социально-экономической ситуации способствовало росту продолжительности жизни начиная с 2004 г., то в большинстве территорий ДФО рост этого показателя не отражает уровня оптимальных прогнозов. За период либеральных реформ продолжительность жизни дальневосточников сократилась

на 5 лет, составив в 2005 г. всего 62,2 года. При этом у мужчин показатель снизился на 6,2 года, у женщин - на 3,1 [17]. «Асфальтный каток» рыночных реформ в исполнении сменяющих друг друга правительств неоллибералов прокатился по населению Дальнего Востока России. Миграционные потери трудоспособного населения дополнились людскими потерями, которые сформировались «естественным путем» за счет сверхсмертности мужчин трудоспособных возрастов. Главными причинами этого явления стали сердечнососудистая патология (инфаркты и инсульты), онкологические заболевания, а также травмы и отравления.

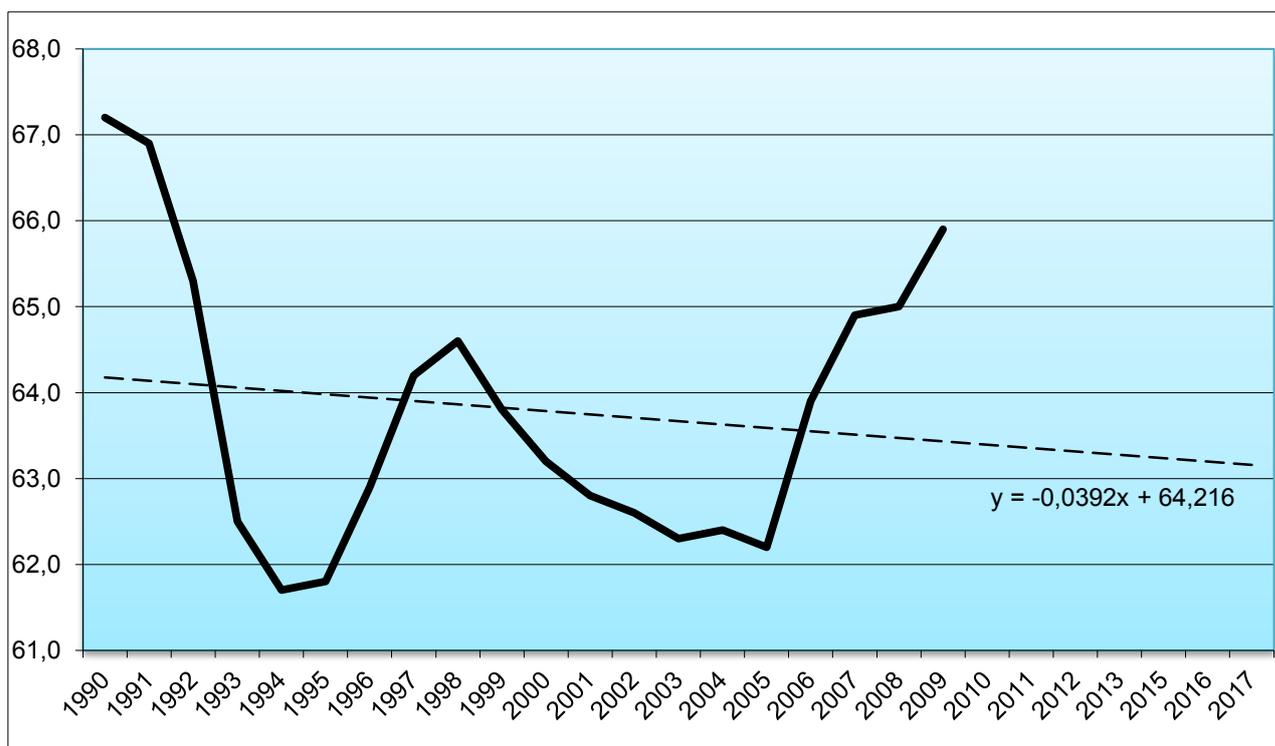


Рис. 4. Тренд ожидаемой продолжительности жизни при рождении в ДФО с 1990 по 2017 гг.

Показатель продолжительности жизни дальневосточников снижался в течение всего периода социально-

экономических реформ (1990-2010 гг.), несмотря на то, что с 2005 года в ДФО продолжительность жизни населения стала расти,

однако направление тренда сохраняло и, вероятно, сохранение отрицательной тенденции можно будет переломить только в отдаленной перспективе (рис. 4).

Современная статистика свидетельствует, что подавляющее число смертей наблюдается именно в области предотвратимых заболеваний, смертность от которых зависит не только от образа жизни самого больного, но и в значительной степени определяется качеством и доступностью медицинской помощи, своевременностью ее оказания в критических случаях, квалификацией врачей, уровнем обеспеченности медицинского учреждения современным оборудованием и т.д.

Данная проблема с экономической точки зрения имеет глубокие негативные последствия для социально-экономической системы региона. С одной стороны, высокая смертность дальневосточников приводит к экономическим потерям в связи с недопроизводством валового регионального продукта (ВРП) в результате преждевременного выбытия работников из производственного процесса, сокращению поступлений в систему пенсионного обеспечения и медицинского страхования, с другой – изменение структуры населения в сторону увеличения удельного веса группы старше трудоспособного возраста и со-

кращения трудоспособного населения требует увеличения затрат на выплату социальных трансфертов, что приводит к росту нагрузки на трудоспособное население ДФО и необходимости поиска дополнительных источников финансирования дефицита бюджетов фондов медицинского и социального страхования.

В этой связи следует согласиться с мнением многих специалистов, что, к сожалению, – это «плата» дальневосточников за реализуемые либеральные социально-экономические реформы. Модератор неолиберальной доктрины реформирования России Е.Т. Гайдар, рассуждая о рыночных преобразованиях, говорил, что «...В свободной стране каждый сам выбирает свое будущее, несет ответственность за свои успехи и неудачи» [1]. Вполне определено, что в своих «неудачах» дальневосточники должны винить только самих себя.

Его ближайший соратник А.Чубайс ещё в марте 1990 года писал: «К числу ближайших социальных последствий ускоренной рыночной реформы относятся: общее снижение уровня жизни; рост дифференциации цен и доходов населения: возникновение массовой безработицы... Население должно четко усвоить, что правительство не гарантирует место работы и уровень жизни, а гарантирует только саму жизнь» [16].

Продолжительность жизни, наряду с образованием и уровнем дохода, входит в состав индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП), используемого для межстра-

новых и межрегиональных сопоставлений уровня и качества жизни. Полученные на его основе оценки при целом ряде допущений:

- ✓ равного обеспечения граждан базовыми свободами;
- ✓ равном обеспечении граждан всеми видами безопасности;
- ✓ равного качества предоставляемого образования;
- ✓ жесткой прямой зависимости уровня ВВП (ВРП) на человека и среднедушевого дохода),

позволяют провести сравнительную оценку регионов и определить вклад каждого элемента в формирование человеческого потенциала.

В настоящее время имеется острая необходимость формирования стратегии устойчивого развития Дальнего Востока, которая предусматривала бы ключевую роль в позиционировании России в АТР. Остается с сожалением констатировать, что в этих рассуждениях пока отсутствуют люди, т.е. именно те граждане РФ, живущие в невероятно сложных условиях восточной провинции государства, где уровень благосостояния семьи определяется т.н. «прожиточным минимумом», который не учитывает даже оплату жилья...

Многие годы мимо обезлюдевших поселков и деревень на юге Дальнего Востока прокладываются газо- и нефте-

проводы, линии электропередач, железные и автодороги федерального значения. Дальневосточники ждали, что, наконец-то их поселения будут газифицированы, производство электроэнергии приобретет инновационные черты, транспорт за счет диверсификации будет модернизирован и т.п. Но ведь ничего этого не произошло, все выше перечисленное по довольно невысоким ценам продается за границу и поддерживает инновационное развитие экономик Китая, Ю. Кореи и Японии. Что подделаешь? - такова роль уготована «территориям - транзитерам». А жители этих территорий, что будет с ними? Именно на этот вопрос пока нет ответа у стратегов – разработчиков программ инновационного развития Дальнего Востока России.

На фоне международных санкций в отношении России, сложностей в формировании бюджета государства, обсуждения антикризисных планов Правительства РФ, касающихся мер социальной защиты для значительной части населения страны в целом и Дальнего Востока в частности, ошеломляют данные о том, что число отечественных долларовых миллиардеров за последний год удвоилось, а одновременно вдвое выросли их состояния. Не страдая склонностью к привычке «считать деньги в чужих карманах», остается только удивляться тому, что при росте богатства «элит» в нашем цивилизованном государстве не формируется тренд роста бюджетных расходов на социальное выравнивание наиболее незащищенных групп населе-

ния хотя бы за счет роста налоговых отчислений от сверхдоходов представителей этих элит.

Проблемы формирования человеческого капитала ДФО. Человеческий капитал – главный фактор формирования и развития инновационной экономики и экономики знаний как следующего высшего этапа развития России и её регионов [11]. Благодаря развитию человеческого капитала государство может сохранять лидирующие позиции в мировом сообществе, и, наоборот, ориентация на использование природных ресурсов в качестве главного стимулятора экономики приведет к стагнации. Сегодня доля человеческого капитала в национальном богатстве России по всем основным характеристикам ниже, чем в других государствах. В национальном богатстве развитых странах человеческий капитал составляет от 70 до 80%, в России – менее 50 % уровня.

Согласно результатам многочисленных исследований, за последние десять лет продолжает снижаться уровень трудоспособности населения в структуре населения России и ДФО. Так, около 60 % россиян — люди престарелого возраста, дети и инвалиды. В существующих условиях задача бережного отношения к человеческому капиталу, сохранения и развития человеческого потенциала приобретает особую актуальность, потому

что является необходимым условием обеспечения национальной безопасности государства. К сожалению, проблема сохранения человеческого капитала за счет улучшения качества жизни на Дальнем Востоке России сегодня приобретает гипертрофированный характер, поскольку отсутствует взвешенная стратегия целенаправленных инвестиций в его развитие, а ведь именно уровень качества жизни и здоровья дальневосточников в ближайшие годы будет определять реализацию планов инновационного развития ДФО.

В этой связи следует отметить, что во второй половине XX века по мере совершенствования теории человеческого капитала [19,21] произошло переосмысление роли и вклада отдельных факторов в экономическое развитие государств и регионов. Если в рамках индустриальной модели основной упор делался на рост материального производства, развитие производительных сил, а индивид рассматривался исключительно как ресурс труда, то в современном мире человек с совокупностью накопленных у него знаний и умений, социальных, духовных, нравственных и культурных характеристик сам является источником экономического роста [11].

Несмотря на то, что Дальний Восток России – регион, богатый природными ресурсами, чтобы получить прибыль от их добычи и переработки, мало ими располагать. Более того, мало даже научиться их добывать, более важно научиться перерабатывать их, создавать продукцию с высокой добавленной сто-

имостью. Для этого необходимо сделать несколько стратегических шагов. С одной стороны, параллельно с развитием нефтедобычи на Дальнем Востоке России нужно развивать нефтепереработку, то есть строить самые современные нефтеперерабатывающие заводы и нефтехимические производства. Инфраструктура, которая создается в регионе, должна строиться из расчета экспорта не просто сырья, но и продукции более высокой степени переработки. С другой стороны, крайне важно решить вопрос с эффективным использованием других ресурсов (леса, рыбы, морепродуктов, сои и т.п.).

Но пока, например, объемы импорта круглого леса в Китай из территорий ДФО существенно не уменьшились, а лесной бизнес в той или иной мере работает по «серым» схемам. В то же время нужен существенный рост промышленного производства строительных материалов для внутренних нужд, а экспорт обработанного леса должен увеличиваться. Аналогичная ситуация с браконьерской добычей рыбы, краба, морепродуктов и др. Следовательно для поступательного инновационного развития региона требуется опережающий уровень инвестиций в развитие человеческого капитала. А между тем в реальной ситуации существует колоссальный разрыв между огромными потребностями

субъектов РФ ДФО в качестве ресурсов здоровья населения и неспособностью региональных социальных институтов трансформировать и привлекать полученные доходы в виде эффективных инвестиций в здоровье подрастающего поколения – будущие интеллектуальные и трудовые ресурсы Дальнего Востока России.

Следует отметить, что для всех без исключения территорий ДФО важным моментом является реализация главной цели развития в виде достижения оптимального равенства и расширение возможностей самореализации людей в условиях экономической результативности труда, общественного благополучия и устойчивого развития включение дальневосточников в социально-экономические отношения. Среди нескольких составляющих, которые определяют развитие человеческого капитала, фундаментальная роль принадлежит уровню здоровья жителей региона. В этой связи важнейшей задачей сегодняшнего дня является не столько снижение экономического неравенства, которое в настоящее время ставится во главу угла государственной региональной политики, сколько снижение уровня социального неравенства, поскольку только накопленный человеческий капитал обеспечивает устойчивость и качество экономического роста [8]. Однако в настоящее время, на фоне формирования региональной политики в виде реализации идеологии «Территорий опережающего социально-экономического развития» совсем не

Об истоках социального неравенства при обеспечении дальневосточников медицинской...
прослеживается решение вопросов сглаживания социального неравенства в доступности медицинской помощи для социально-незащищенных групп дальневосточников.

Социальное неравенство в сфере медицинской помощи. Эти процессы следует рассматривать через призму концепции горизонтальной стратификации, индивидуализации рисков и формирования социальной эксклюзии [18]. Европейская комиссия и Совет Европы связывают социальную эксклюзию с неадекватной реализацией социальных прав граждан [4]. На Дальнем Востоке России по мере укрепления рыночных отношений социальная дифференциация дальневосточного общества зашла очень далеко, однако старые механизмы социальной интеграции были разрушены почти до основания, что сделало очевидным факт того, что ни о какой однородности и едином мейнстриме развитии дальневосточного общества речь уже не идет. Доходы разных социальных групп населения региона стали дифференцированными настолько, что являются ведущим фактором, определяющими уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи, поскольку высокодоходные группы дальневосточников могут на вполне законных основаниях обеспечить себя любыми качественными медицинскими услугами за счет личных

средств [13]. Причем значительная часть состоятельных жителей региона и представители региональных элит, совершенно не стесняясь своих менее успешных односельчан и не надеясь на позитивные изменения в региональной медицине, «осаждают» клиники приграничных государств (Ю. Корея, Китай, Япония и Таиланд). Объем «медицинского туризма» в последние годы в этих странах вырос в разы в основном за счет жителей территорий ДФО [6].

Что же относительно бедных групп дальневосточников, проживающих за пределами крупных городов региона, то все чаще и чаще их уделом становится доступная доврачебная плановая медицинская помощь на ФАПах, а квалифицированная и специализированная медицинская помощь врачей становится для них недоступной по географическим и экономическим причинам. Конечно, для этого имеются объективные причины. В частности, с точки зрения пространственного неравенства очень важное значение для поддержания здоровья населения имеет доступность медицинских услуг, поскольку Дальний Восток России относится к числу территорий с наименьшей в стране плотностью населения, разреженностью населенных пунктов и крайне неразвитой транспортной инфраструктурой [3]. Эти характеристики на фоне проводимой «оптимизации» (ликвидации) сети медицинских учреждений в сельских и отдаленных северных поселениях путем их закрытия в пользу создания в более крупных террито-

риальных образованиях, в условиях невиданного кадрового голода большинства медицинских организаций региона, только усилили и без того низкий уровень доступности медицинских услуг для дальневосточников. Несмотря на заявления руководителей субъектов РФ ДФО о формировании тенденции к увеличению доступности медицинских услуг для всех групп населения в реальном исполнении система организации медицинской помощи жителям региона продолжает испытывать хронический дефицит ресурсов (кадровых, материально-технических и финансовых). Именно это формирует высокий уровень социальной эксклюзии в виде ограничения жителей сельских и отдаленных северных районов субъектов РФ ДФО в получении доступной, качественной и безопасной медицинской помощи.

Кризисное состояние экономики региона в настоящий временной период не позволяет обеспечивать социальную сферу самыми необходимыми ресурсами. Большинство региональных бюджетов ДФО, за редким исключением (Сахалинская обл. и ЧАО), ежегодно формируются с «привычным» дефицитом в объеме нескольких млрд руб., что вынуждает региональные правительства надеяться на помощь федеральных органов власти. Резкое падение жизненного уровня основной части дальневосточни-

ков, «ножницы» цен на продовольственные и непродовольственные товары народного потребления, резкое удорожание коммунальных и транспортных услуг, системные ошибки в проведении реформы здравоохранения привели к снижению социальных гарантий в обеспечении населения региона видами и объемами бесплатной медицинской помощи [7].

Мнение потребителей медицинских услуг об уровне доступности медицинской помощи довольно часто носит нелицеприятный характер для отечественных производителей, что сказывается на результатах социологических опросов населения по уровню их удовлетворенности медицинской помощью. В частности, по данным опросов населения, проведенных в Хабаровском крае ещё в 2006 году (ФС Госстатистики по Хабаровскому краю – №04-136 от 24.05.06), по ряду направлений социологического исследования по уровню удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинских услуг более 60% респондентов отрицательно отзывались о ЛПУ, в которых получали медицинскую помощь. Личные расходы граждан составляли 40–45% от совокупных затрат на медицинскую помощь. Более 50% пациентов платили за лечение в стационарах, 30% - за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65% - за стоматологические услуги. Ситуация с течением времени не меняется, поскольку аналогичный уровень удовлетворенности населения медицинской помощью получены

специалистами Минздрава РФ и другими организациями в большинстве субъектов РФ ДФО в 2010-2014 гг.

В большинстве населенных пунктов ДФО за пределами региональных столиц продолжается ликвидация сельских участковых больниц и сокращение коечного фонда ЦРБ, что опосредованно повлияло на производственные показатели значительной части медицинских организаций. Виды и объемы медицинской помощи дальневосточникам стали

активно перемещаться из больниц в поликлиники, т.е. в дневные стационары поликлиник в городах. Что же относительно жителей сельских поселений, то закрытие участковой больницы полностью перекрыло для них доступ к стационарной помощи по месту жительства. Вполне естественно эта стратегия сопровождается ростом потребления лекарственных препаратов пациентами за счет личных средств граждан (табл. 1).

Таблица 1. Сведения о покупке за счет личные средства пациентов лекарств и товаров медицинского назначения при получении медицинской помощи в дневных стационарах поликлиник в территориях ДФО (%)

№ п/п	Возраст (лет)	Приобретение за счет личных средств				
		Шприцы	Перевязочные материалы	Растворы для в/в введения	Перчатки	Лекарственные средства
		P±m	P±m	P±m	P±m	P±m
1	17-24 (n=424)	39,62±2,38	19,34±1,92	8,25±1,34	30,66±2,24	37,26±2,35
2	25-34 (n=174)	44,25±3,77	18,97±2,97	16,67±2,83	33,91±3,59	45,98±3,78
3	35-44 (n=175)	38,29±3,67	12,57±2,51	14,86±2,69	22,29±2,15	45,86±3,77
4	45-54 (n=157)	35,03±3,81	19,75±3,18	14,65±2,82	28,03±3,58	47,77±3,99
5	55-64 (n=109)	33,94±4,54	14,68±3,39	21,1±3,91	18,35±3,71	49,54±4,79
6	>65 (n=59)	11,86±4,21	—	—	6,78±3,27	30,51±5,99
7	Всего (n=1098)	37,43±1,46	16,76±1,13	12,39±0,99	26,96±1,34	42,53±1,49

Анализ мнений пациентов ЛПУ региона показывает, что наибольшая часть «карманных» расходов респондентов при получении медицинской помощи в дневных стационарах пошла на оплату лекарственных средств (42,53±1,49%), следующее место занимала оплата приобретения шприцев (37,43±1,46%), перчаток (26,96±1,34%), перевязочных ма-

териалов (16,76±1,13%) и инъекционных растворов (12,39±0,99%). Уровень участия в финансировании производства медицинских услуг в условиях дневных стационаров зависит от возраста пациента. Так, «карманные» расходы на приобретение лекарственных средств растут с 17 до 64 лет, а у пациентов старше 65 лет наблюдается резкое их снижение. Вполне объяснимым является и рост рас-

ходов личных средств дальневосточников на приобретение лекарств и предметов медицинского назначения при получении медицинской помощи в круглосуточных стационарах (табл. 2).

Таблица 2. Сведения о приобретении за счет личных средств пациентов лекарств и товаров медицинского назначения при получении медицинской помощи в круглосуточных стационарах ЛПУ в территориях ДФО (%)

№ п/п	Возраст (лет)	Приобретение за счет личных средств				
		Шприцы	Перевязочные материалы	Растворы для в/в введения	Перчатки	Лекарственные средства
		P±m	P±m	P±m	P±m	P±m
1	17-24 (n=424)	47,64±2,43	33,73±2,31	15,8±1,77	13,44±1,66	34,2±2,3
2	25-34 (n=174)	36,78±3,66	21,84±3,13	19,54±3,01	20,69±3,07	44,25±3,77
3	35-44 (n=175)	38,29±3,67	17,14±2,85	24,0±3,23	16,0±2,77	49,71±3,78
4	45-54 (n=157)	28,03±3,58	14,65±2,82	18,47±3,1	12,74±2,66	42,04±3,94
5	55-64 (n=109)	39,45±4,68	18,35±3,71	30,28±4,4	11,93±3,1	59,63±4,7
6	>65 (n=59)	22,03±5,4	23,73±5,54	16,95±4,88	10,17±3,93	49,15±6,51
7	Всего (n=1098)	39,44±1,47	24,41±1,3	19,58±1,2	14,57±1,06	42,71±1,49

Анализ мнений респондентов показывает, что наибольшая часть личных расходов пациентов при получении медицинской помощи в круглосуточных стационарах пошла на оплату лекарственных средств (42,71±1,49%), следующее место занимала оплата приобретения шприцев (39,44±1,47%), перевязочных материалов (24,41±1,13%), инъекционных растворов (19,58±1,2%) и перчаток (14,57±1,064%), что весьма сходно с «карманными» платежами пациентов при получении медицинской помощи в дневных стационарах.

Значительные отличия отмечены нами при изучении мнения респондентов по полу и месту проживания. Всего 23,41±1,28% пациентов мужчин приобрели за счет личных средств лекарства

и средства медицинского назначения при лечении в круглосуточных стационарах, а пациенток-женщин было значительно больше – 76,59±1,28%.

В то же время 84,06±1,01% из числа пациентов-горожан приобретали за счет личных средств лекарства и средства медицинского назначения при лечении в круглосуточных стационарах, в то время как доля пациентов – жителей сельской местности составила всего 15,94±1,01%. Эти различия поведения при приобретении лекарственных средств жителей городских и сельских поселений региона объяснимы с точки зрения формирования уровня доходов. Значительная часть жителей сельских поселений потеряли работу, перешли в группу «временно занятых» илиполнили социальное дно региона. Именно жители сельских и отдаленных северных по-

селений испытывают на себе всю тяжесть социального неравенства при получении медицинской помощи.

В настоящее время на фоне сформировавшихся проблем структурных диспропорций и неэффективного управления отраслью здравоохранения региона, несмотря на реализацию в 2011-2012 году программ модернизации, а в последующие годы т.н. «дорожных карт», имеет место кризисная ситуация, заключающаяся в том, что большинство государственных медицинских организаций продолжают по инерции работать в режиме постулатов экономики бывшего СССР образца 70-80 годов XX века. Руководители отрасли не используют современных методов экономического регулирования производства медицинских услуг в условиях рынка. В медицинских организациях отсутствует система моделирования конечных результатов деятельности и «управления по результатам», что говорит само за себя. Значительная часть руководителей медицинских организаций отстает от реалий сегодняшнего дня, не соответствует требованиям инновационного управления отраслью и нуждается в срочной замене на креативных специалистов.

Данное положение в здравоохранении региона порождает проблемы, дальнейшие разрушительные действия которых сегодня трудно предсказать. В

частности, на практике вознаграждение производителям медицинских услуг по-прежнему определяется объемом услуг (числом пролеченных больных, числом посещений в поликлинике, числом вызовов скорой помощи и пр.), а не достигаемыми результатами, т.е. измеренному уровню состояния здоровья отдельного пациента или группы пациентов в результате лечения. Сохранение устойчивых излишков производственных мощностей и медицинского персонала в части областных и краевых медицинских организаций и дефицит мощностей и персонала в медицинских организациях городского и районного уровня стимулирует перемещение производства медицинских услуг в крупные города. Именно эти процессы увеличивают уровень социальной эксклюзии для жителей отдаленных северных и сельских поселений и поддерживает миграционный отток населения из региона.

Виден ли свет в конце туннеля? В конце 2014 года члены Общественного совета при Минздраве РФ рассмотрели и одобрили «Стратегию развития здравоохранения до 2030 года», в которой было заявлено, что главной её целью является «создание национальной системы здравоохранения» [14]. Между тем, для формирования и последующего «общественного» одобрения очередной стратегии реформ выбрано не самое подходящее время. В частности, в 2015 году дефицит средств на финансирование программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению регио-

на, по оценкам разных экспертов составит около 30%, что в условиях низкой плотности населения, отсталой транспортной инфраструктуры и тяжелейшего кадрового голода лишь усугубит ситуацию.

После прочтения этого документа возникает непреодолимое желание не только задавать вопросы относительно эффективности использования налоговых поступлений на счета территориальных фондов ОМС и получаемых трансфертов от Федерального Правительства РФ, но и о том, каким образом жители сельских и отдаленных северных поселений будут обеспечены доступной и качественной медицинской помощью в условиях транспортного коллапса и кадрового кризиса даже в тех немногих, удержавшихся на плаву медицинских организациях региональной глубинки. Но именно этих вопросов никто, никому не задает, а гражданское общество, о котором прожужжали все уши отечественные либералы-демократы, вероятно, пока на Дальнем Востоке России, не сформировалось.

Может быть, именно здесь и кроется корень зла, поскольку психология провинциального обывателя очень напоминает слова известного японского писателя начала XX века, Акутагавы Рюноске на тему общественной психологии: «Уничтожить рабство – значит,

уничтожить рабское сознание. Но нашему обществу без рабского сознания не просуществовать и дня ...». И, хотя он писал о тогдашней Японии, по прошествии почти 100 лет эти его слова оказываются актуальными и сегодня. В сложившейся ситуации именно жители Дальнего Востока России являются естественной и главной силой, которая поможет здравоохранению региона вместо имитации реформ перейти к реальному реформированию отрасли, а общественные институты – к установлению публичного контроля за производством доступных, качественных и безопасных медицинских услуг.

Заключение

В условиях серьезной трансформации всех сфер жизнедеятельности людей в условиях рыночной экономики все более весомое значение приобретает здоровье населения, выступающее немаловажным фактором достижения жизненного успеха для индивида и обеспечения роста социально-экономических показателей для всего Дальнего Востока России. Отрицательная динамика показателей здоровья населения снижает качество человеческого потенциала, что является фактором, который повлияет на реализацию стратегии опережающего социально-экономического развития региона. Для повышения показателей здоровья дальневосточников необходимо преодоление социальной эксклюзии для значительной части жителей, особенно в направле-

нии обеспечения доступной, качественной и безопасной медицинской помощи.

Список литературы

1. Гайдар Е.Т. Богатые и бедные. Становление и кризис системы социальной защиты в современном мире. Статья первая - Вестник Европы, № 10, 2004.
2. Гайдар Е.Т. Гибель империи. Уроки для современной России. М.: РОССПЭН. 2006. 440 с.
3. Грицко М.А., Колбина Е.О. Пространственные деформации результативности системы здравоохранения // Пространственная экономика. 2013. №4. с. 107-121.
4. Гомьен Д., Харрис Д., Зваак Л. Европейская конвенция о правах человека и Европейская социальная хартия: право и практика. М.: Изд-во Московского независимого института международного права. 1998. 156 с.
5. Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине. - Хабаровск: Изд. центр ДВГМУ. 2007. 490 с.
6. Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б., Солохина Л.В. и др. Здравоохранение Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ. Под редакцией В.Г. Дьяченко. Хабаровск. 2013. Изд. Центр ГБОУ ВПО ДВГМУ. 684 с.
7. Дьяченко В.Г. Пригорнев В.Б., Руссу Е.Ю. Предпосылки реформирования здравоохранения Дальнего Востока России в контексте региональных программ модернизации отрасли. Ж. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2013. № 1. С. 3-18
8. Зубаревич Н.В. Мифы и реалии пространственного неравенства // Общественные науки и современность. 2009. №1. с.3 8-53.
9. Ильина И. Дальний Восток – дело тонкое. Прямые инвестиции / № 10 (138) 2013. С. 31-33.
10. Кива А. У России есть выход. <http://old.russ.ru/politics/articles/99-03-30/kiva.htm> (по состоянию на 26.04.2015)
11. Мау В. Человеческий капитал: вызовы для России // Вопросы экономики. 2012. №7. с. 114-132.
12. Мотрич Е.Л., Найден С.Н. Уровень жизни населения и потенциал социальной сферы в регионах Дальнего Востока России // Уровень жизни населения регионов России. 2013. №1. с. 18-25.
13. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг". <http://pravo-med.ru/news/10130/> (по состоянию на 11.04.2015)
14. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг. 05.02.2015.

- <http://medportal.ru/> (по состоянию на 12.02.2015)
15. Сакс Джеффри Д. Конец бедности. Экономические возможности нашего времени. Перевод с англ. Эдельмана. Изд. Института Гайдара. Москва. 2011. 423 с.
16. Фадеев А.В. Тень Чубайса над ЖКХ. М.: Алгоритм. 2003. 80 с.
17. Федеральная служба государственной статистики. URL.: <http://www.gks.ru> (дата обращения 18.02. 2014).
18. Abrahamson P. Postmodern Governing of Social Exclusion: Social Integration or Risk Management // Sociologisk Rapportserie. 1998. N 13. Kobenhavns Universitet: Sociologisk Institut. Mangan K.S. Should medical schools admit more applicants // The chronicle of higher education. 2000. August 4. V. XLVI. N 48. P. A42.
19. Becker, Gary S. Human Capital. N.Y.: Columbia University Press, 1964.
20. Sachs Jeffrey David. The Collapse of Russia's Economy. PBS, 15 June 2000. http://www.pbs.org/wgbh/commandingheights/shared/minitext/int_jeffreysachs.html#16 (по состоянию на 25.04.2015)
21. Stiglitz, Joseph. The ruin of Russia // The Guardian. 2003. 9 April.