

УДК 614.2 : 616.082] : 3232.012.2 : 338.24.021.8 (571.6)

В.Г. Дьяченко, С.В. Дьяченко

Охрана здоровья населения Дальнего Востока России в условиях либеральной трансформации экономики и общественных отношений
Дальневосточный государственный медицинский университет, г.Хабаровск
Контактная информация: С. В. Дьяченко, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Резюме

За период либеральных реформ последних трёх десятилетий в Дальний Восток России потерял 2 млн. населения. Около 85% потерь пришлось на миграцию в другие регионы страны и за рубеж, а еще 15% - на превышение уровня смертности над уровнем рождаемости. Анализ результатов региональных НИОКР указывает на то, что кризисные явления в формировании человеческого капитала продолжают накапливаться, особенно в части здоровья населения. Внедрение рыночных механизмов в систему здравоохранения снижает её эффективность и способствует нравственной деформации медицинских работников. Торможение социально-экономического развития региона обусловлено снижением уровня человеческого капитала.

Ключевые слова: Дальний Восток России, человеческий капитал, бедность, провинциальная медицина, проблемы, реформы

V. G. Dyachenko, S.V. Dyachenko

Protection of health of the population of the Far East of Russia in the conditions of liberal transformation of economy and public relations
Far Eastern State Medical University, Khabarovsk
e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Summary

During the period of liberal reforms of the last three decades, Russian Far East has lost 2 million of population. About 85% of losses occurred in migration to other regions of the country and abroad, and another 15% - to exceed the death rate above the birth rate. Analysis of the results of regional research and development work indicates that the crisis phenomena in the formation of human capital continue to accumulate, especially in terms of public health. The introduction of market mechanisms in the health system reduces its effectiveness and contributes to the moral deformation of medical workers. The slowdown in the social and economic development of the region is due to the decline in the level of human capital.

Key words: Russian far East, human capital, poverty, provincial medicine, problems, reforms

Введение

По мере реализации политических и социально-экономических реформ в России с начала 1990-х годов были отвергнуты социальноориентированные критерии и принципы жизнеустройства общества, а затем в течение короткого исторического периода был реализован переход к рыночной экономике со всеми её атрибутами. В этой связи Е.Т. Гайдар, рассуждая о либерализме, говорил: «В свободной стране каждый сам выбирает свое будущее, несет ответственность за свои успехи и неудачи» [5]. И, тем не менее, охрана здоровья населения остается одной из важнейших задач, которые должны решать управляющие государством структуры.

В последние годы отечественная система здравоохранения переживала и взлеты и падения. Связано это в первую очередь с не продуманной стратегией реформ, которая опиралась не на реальную ситуацию в России и её провинциях, а на общемировые тенденции развития медицины, как правило, в экономически развитых странах. При оценке отечественного здравоохранения не учитывались ранее и продолжают игнорироваться современными реформаторами отставание социально-экономического состояния

провинциальных регионов, таких как Дальний Восток России [11, 37].

А, между тем, развитие РФ неравномерно не только во времени, но и в пространстве. Не секрет, что наиболее развитым является Центральный федеральный округ, в котором проживает каждый четвертый житель и на долю которого приходится всего 1/25 территории страны. Здесь почти на 40 % выше среднестатистические доходы и расходы, производится треть ВВП и «присваивается» почти половина прибыли, получаемой в стране. Это в 9 раз больше финансовых результатов, создаваемых в Дальневосточном и Южном федеральных округах, вместе взятых [34].

Системный анализ ситуации в экономике Дальневосточного федерального округа (ДФО) указывает на то, что ожидания преодоления кризиса конфликтуют с объективными индикаторами экономической динамики. По мнению академика П.А. Минакера это проявляется в следующем. «Во-первых, в невысокой способности к самогенерации экономического роста. Хотя мультипликатор выпуска в целом по экономике несколько увеличился после катастрофического снижения к 2000 г. по сравнению с 1990 г. (до 1,35 против 2,0), но все еще остается низким (1,93). В значительной степени это объясняется примитивизацией российской экономики, которая остается проблемной областью с точки зрения перехода к

Между тем, отечественная медицина в условиях регионального неравенства в течение последних 30 лет испытывает на себе влияние либеральной трансформации экономики и общественных отношений. На этом фоне изменились концептуальные подходы к определению категорий здоровья и нездоровья, а также подходы к определению медицинской помощи, формируя её альтернативу - производство медицинских услуг и медиализацию общественной жизни [39, 64, 65].

Целью настоящей публикации является поиск направлений развития провинциальной медицины на примере территорий ДФО, который позволит рассмотреть позиции сторонников либеральных реформ (производство и продажа медицинских услуг на рынке здравоохранения) и сторонников эволюционных преобразований (организация и государственное финансирование медицинской помощи населению). Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

- ✓ *оценка реальных достижений систем здравоохранения территорий ДФО в условиях рыночных реформ;*
- ✓ *рассмотрение перспектив решения проблем здравоохранения ДФО.*

Материал и методы

Для реализации задач были подвергнуты анализу материалы многочисленных исследований по проблемам охраны здоровья населения территорий ДФО [11, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 27, 37, 45, 55, 61, 62, 68 и др.], а также промежуточные итоги модернизации системы оказания медицинской помощи населению с оценками доступности, качества и безопасности медицинских услуг [12, 13, 14].

Параллельно проведена оценка тенденций состояния здоровья дальневосточников и причины расхождения между моделями промежуточных результатов модернизации и реальных результатов, достигнутых системой охраны здоровья. Рассмотрены перспективы сохранения и приумножения человеческого капитала с позиций уровня инвестиций в здоровье.

Обсуждение результатов.

По примеру некоторых экономически развитых стран отечественное здравоохранение начинает переход к рискованной (конкурентной) страховой модели, несмотря на то, что в современной России нет ни одного из объективных условий, необходимых для реализации эффективности «конкурентной рискованной» модели ОМС (Рис. 1.).

Страны, где действует рискованная страховая модель, и Россия		
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТРАХОВОЙ МОДЕЛИ	НИДЕРЛАНДЫ, ГЕРМАНИЯ, ФРАНЦИЯ, БЕЛЬГИЯ, АВСТРИЯ, ЛЮКСЕМБУРГ, ШВЕЙЦАРИЯ	РОССИЯ
Территория, км ² *	2586-675 417	17 125 407
Плотность населения, чел./км ² *	496-99	8
Преимущественный тип населения	Компактный	Редкооселовый
Плотность дорожной сети с твердым покрытием, км/км ² *	5,03-1,12	0,05
ВВП на душу населения, ППС \$ *	77 900-35 700	18 100
Расходы на здравоохранение, на душу населения, ППС \$ **	6341-4260	1474
Преимущественный тип занятости	Официальный наем	Неполная и теневая занятость
Господствующая форма собственности на ЛПУ	Частная	Государственная
Зрелость рынков медицинских и страховых услуг	Очень высокая. Конкурентные, высококапитализированные «рынки покупателя» с высоким проникновением услуг по всей территории страны	Низкая. Страдающие от дефицита капитала монополистические «рынки продавца»; проникновение услуг ограничено крупными и средними городами
Оплачиваемые государством альтернативные системы медицинской помощи для уязвимых групп населения	Нет	Да

СИА ВОРЛД ФАКТБООК, 2014; ** - ВОО, 2014

Рис. 1. Соотношение факторов, влияющих на эффективность страховой модели здравоохранения экономически развитых стран и России (Источник: http://ligar.ru/news/news_7763.html.)

Современная Россия – это огромная, крайне неравномерно заселенная территория, для которой характерны: низкая плотность населения и слабо развитая сеть городов, объединенных малоэффективной транспортной системой. Среднее расстояние между городами в европейской части страны – 30–50 км, а в азиатской – 300–500 км, при этом из 1108 городов лишь 95 имеют население 200 000 человек и более. Не диверсифицированная экономика и нестабильный рынок труда с преимущественно неофициальной и неполной занятостью населения усугубляют ситуацию формирования человеческого капитала.

Промежуточные итоги реформирования здравоохранения. Большинство специалистов и экспертов сходятся во мнении о том, что, как и в предыдущие годы, так и в последующее десятилетие

тенденция снижения числа медицинских организаций в государственном секторе производства медицинских услуг России сохранится [8, 11, 37, 38]. Согласно официальной статистике, только за период с 2000 до 2015 годы число медицинских организаций уменьшилось в 2 раза (с 10700 до 5400). Что же относительно прогноза, то к 2022 году их число достигнет трёх тысяч. Значительные темпы снижения показывает сельское здравоохранение: из 4,5 тысяч больниц в сельской местности стало чуть более 400. Аналогичные темпы снижения за период с 2000 по 2015 годы показывает число больничных коек в круглосуточных стационарах – более чем на 100 000 [4]. Параллельно формируется тенденция сокращения числа госпитализаций, особенно в провинциальных регионах и сельской местности, а также доля умерших вне стационаров. На этом фоне растёт число негосударственных медицинских организаций. К 2018 году только в



Рис. 2. Объем рынка медицинских услуг в РФ, 2012-2021 гг., млрд рублей. Источник: <https://medvestnik.ru/content/interviews/Ot-obshego-k-chastnomu.html>

Общий денежный объем рынка медицинских услуг в России имеет четкий тренд роста, уже в 2016 году он превысил 2,2 трлн. рублей (Рис. 2). Активнее всего растет легальный коммерческий сегмент. Рынок платных медицинских услуг в 2016 году достиг объема 732,4 млрд. руб. и продолжает расти. На рынке коммерческой медицины постепенно происходит увеличение числа повторных приемов, т.е. вместо анализов и первичных консультаций пациенты начинают ориентироваться на систематическое лечение в негосударственных медицинских организациях. В этой связи следует отметить, что более 50% услуг, оказанных в коммерческой медицине, относятся к стоматологической помощи.

Доля частного сектора в отечественной стоматологии год от года увеличивается и даже у малообеспеченных слоев населения расходы на медицинские услуги становятся неизбежными, занимая значительную часть в семейном бюджете с учетом того, что доля «серого» рынка остается значительной [6, 54]. Кроме стоматологии весьма динамично развиваются такие сегменты коммерческого рынка как диагностика, косметология и эстетическая медицина. Повсеместное активное сворачивание коечного фонда в государственном секторе производства медицинских услуг формирует их дефицит в сфере гинекологии, урологии и андрологии. С этой же точки зрения в ближайшее время становятся перспективными рыночные ниши физиотерапии, стационарного лечения и др. С 2018 года эксперты прогнози-

ругую ежегодный рост числа приемов на 0,5% во всех секторах рынка коммерческих медицинских услуг. Прогноз на 2022 год - 1,6 млрд. приемов. На увеличении числа приемов окажет свое влияние и телемедицина, закон о которой действует в России с 1 января 2018 года [38]. Таким образом ситуация в здравоохранении РФ выглядит двояко: с одной стороны резко снижается количество государственных медицинских учреждений, а с другой – уровень смертности от болезней имеет тенденцию к снижению

на фоне широкого внедрения инновационных технологий.

Российское государство сегодня занимает 55-60 место в мире по расходам на охрану здоровья граждан и тратит менее 7% от ВВП (около 900 USD), что сравнимо с такими странами как Чехия, Венгрия, Южная Корея, Израиль, Алжир и др. Однако по эффективности этих затрат РФ занимает 130 место в мире и всего около 40% её граждан удовлетворены медицинской помощью. Рост затрат слабо влияет на показатель ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) россиян (Рис. 3).

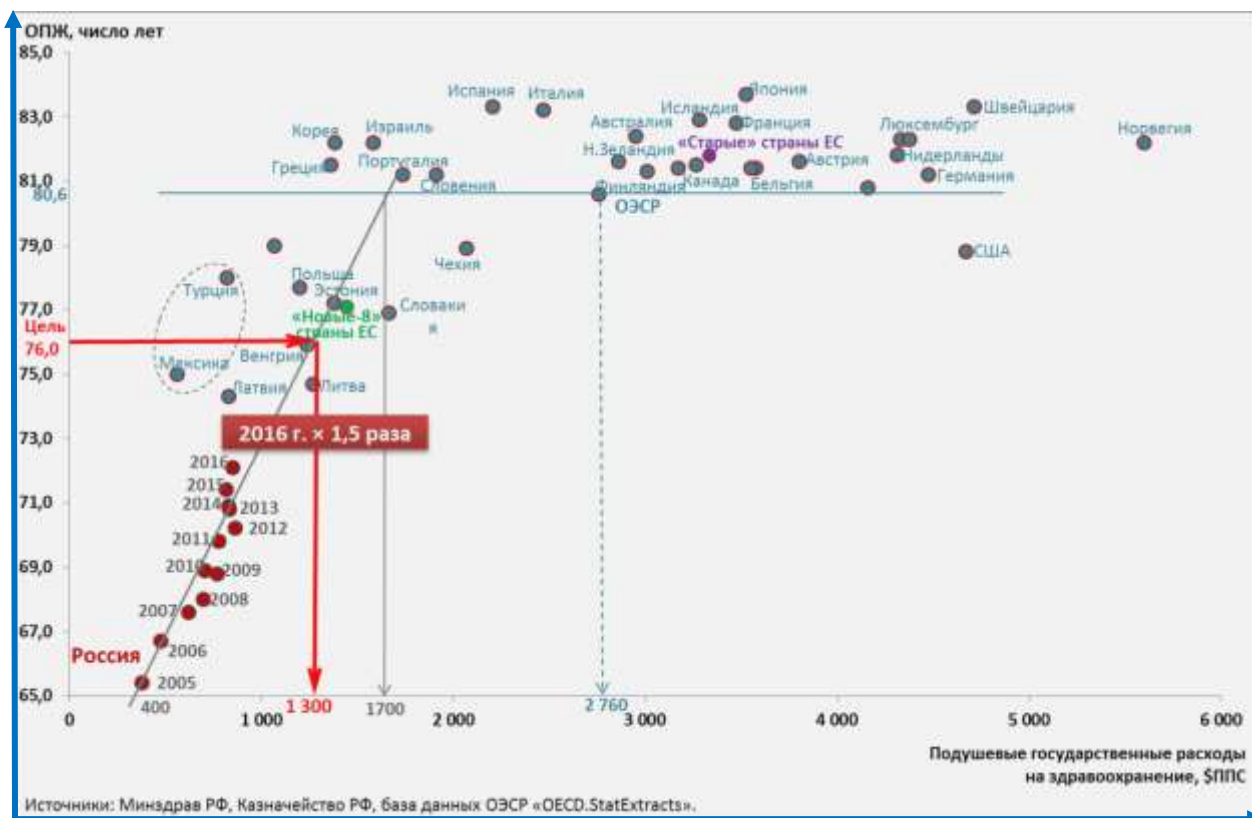


Рис. 3. Динамика уровня ОПЖ и расходы на здравоохранение в странах мира Источник:

http://rosomed.ru/ckeditor_assets/attachments/922/ulumbekova.pdf

В частности, значительное увеличение расходов на высокотехнологичную медицинскую помощь в течение последних лет существенно не повлияло на уровень

ожидаемой продолжительности жизни россиян [7].

В реальных условиях в наиболее сложном положении оказывается система здраво-

охранения российской провинции из-за низкой плотности расселения жителей, неравномерности заселения территории, неразвитой сети дорог и пр. Именно в этих регионах реализация эффективной страховой модели и принципа «деньги следуют за больным» ведет к тому, что производителям медицинских услуг (медицинским организациям) не хватает финансовых ресурсов, связанных с обращаемостью. В первую очередь это касается медицинских организаций в небольших населенных пунктах в отдаленных северных районах и сельской местности. В результате хронического недофинансирования такие больницы и поликлиники подвергаются «оптимизации» – сокращению коечного фонда и штатных расписаний или объединению с более крупными медицинскими организациями, а то и полной ликвидации. Население региона, в свою очередь, ввиду деградации инфраструктуры провинциальной медицины, ограничения доступности медицинских услуг, стремится к миграции в самодостаточные регионы и крупные города. Именно таким образом формируется ситуация на Дальнем Востоке России.

Дальний Восток России в условиях либеральных реформ. На фоне либеральной трансформации общества в полный рост встала проблема диспропорции регионального развития России. С одной стороны это субъекты РФ с региональ-

ными драйверами роста, высоким качеством человеческого капитала, инвестиционной активностью, низкими показателями безработицы и высоким уровнем жизни населения. К ним следует отнести крупные города с наличием современных отраслей экономики, обширной сферой услуг, высоким уровнем человеческого капитала и развитой инфраструктурой. Это политические и финансовые центры РФ, такие, как Москва, Санкт-Петербург и регионы в которых преобладает промышленное производство, такое как машиностроение, высокотехнологичное приборостроение, химическая промышленность, а также особые экономические зоны, в которых созданы благоприятные условия для опережающего развития. С другой стороны это субъекты РФ, удаленные от центра с низкой плотностью расселения, слабой социальной и транспортной инфраструктурой, относительно низким уровнем человеческого капитала с преобладанием слабомеханизированного производства в сочетании с сырьевой ориентацией экономики. Как правило, это дотационные регионы, такие как Дальний Восток России. Без создания на территории этих провинций крупных производственных и научных центров, они так и останутся дотационными [1].

Продолжающиеся третье десятилетие рыночные реформы затронули все слои общества и принесли кардинальные изменения в систему формирования доходов и потребления россиян, особенно в провинции. По мере внедрения в конце XX века в общественное сознание

граждан России либеральных идей изменились ценностные ориентиры. Члены общества стали понимать, что если раньше забота о выброшенных за борт экономической жизни людях лежала на роде, общине, цехе, профсоюзах, то в современных условиях эти структуры утратили прежние функции. Политические, социальные и экономические преобразования в государстве привели к формированию общества, где каждый отвечает сам за себя [23, 29, 57].

Управляющие структуры федерального и регионального уровня продолжают игнорировать особенности российской провинции, что формирует искаженные представления о реальной социально-экономической ситуации в ДФО. По нашему мнению в здравоохранении России в целом и, особенно в дотационных регионах, продолжают попытки объединения сметных принципов финансирования медицинских организаций со страховыми принципами, что предполагает сочетание «сетевого планирование производственных элементов отрасли» с планированием производства видов и объемов медицинских услуг. При таком сочетании принципов планирования до 80% финансовых ресурсов провинциальной медицины продолжает расходоваться в стационарном секторе, что по сути дела тормозит производство медицинских услуг за пределами круглосуточных ста-

ционаров. Хронический идеологический кризис первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в сочетании с безуспешным более чем тридцатилетним периодом «перехода на обслуживания населения по принципу врача общей (семейной) практики» не добавил оптимизма медицинским работникам и пациентам Российской глубинки [11, 13, 18].

В самом начале становления рыночных отношений в России в целом и на её окраинах одной из причин торможения регионального развития стала бедность. Причем на начальном этапе реформирования государства бедность воспринималась как временная социально-экономическая проблема, которая не привлекала большого внимания политиков и экспертов. Однако затем по мере реализации либеральных реформ стало очевидным, что бедность россиян это не случайное и уж совсем не кратковременное явление. Это вполне закономерный аспект социально-экономических реформ [49]. Для иллюстрации этого аспекта следует привести несколько неоспоримых фактов.

С одной стороны, можно гордиться тем, что Россия занимает первое место в мире по добыче и экспорту природного газа (35% мировой добычи). Можно гордиться и тем, что по запасам и физическому объёму экспорта алмазов, по экспорту платины, по разведанным запасам серебра, по разведанным запасам каменного угля, по запасам лесных ресурсов, по запасам питьевой воды, по запасам осетровых, крабов, минтая в 200-миллиардной экономической

ВОЗ-ЗДВР
ВЕСТНИК ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РОССИИ

зоне, по разведанным запасам олова, цинка, титана, ниобия и многого другого наша страна является мировым лидером. Можно гордиться и первым местом России в мире по темпам роста числа долларовых миллиардеров и вторым – по их количеству (после США).

С другой стороны, чувства гордости не вызывает то, что Россия сохраняет мировое лидерство по количеству самоубийств среди пожилых людей, детей и подростков, а также - по числу разводов и рождённых вне брака детей, по числу абортёв и числу детей, брошенных родителями, по потреблению спирта и спиртосодержащих продуктов, по продаже крепкого алкоголя, по продаже табака, по числу умерших от алкоголизма и табакокурения, по смертности от заболеваний сердечнососудистой системы и онкопатологии, по потреблению героина (21% мирового производства), по количеству авиакатастроф и второе место в мире по продажам поддельных лекарств [67, 69].

Противоречия приведенной информации очевидны. Возникает вопрос, как при таком уровне национального богатства за более чем два десятилетия «перестройки» по Горбачеву, «рыночных преобразований» по Гайдару и Чубайсу, а так же реализации инновационных программ модернизации Кудрина и др., Российское государство, по оценкам ВОЗ, с 26 места по уровню здоровья населения в

1987 г., переместилось в конец первой сотни. Но, что особенно неприятно то, что многие годы не решаемая проблема низкого уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи россиянам, живущим в отдаленной провинции, в частности, в субъектах РФ ДФО.

Эффективность здравоохранения Дальнего Востока России остается самой низкой в стране, как по абсолютным показателям, так и по темпам их изменений. Низкая эффективность объясняется наличием системы ограничений: демографических, социально-экономических и пространственных [8]. В аутсайдерах рейтинга эффективности систем здравоохранения России, по-прежнему остаются все субъекты РФ ДФО [51].

Бедность и человеческий капитал ДФО.

Перспективы развития Дальнего Востока России долгие годы изучались на государственном уровне [42]. В результате многолетней работы властные структуры разработали стратегию социально-экономического развития региона, в основе которой лежала организация особых экономических зон или территорий опережающего социально-экономического развития. Эта стратегия должна быть претворена в жизнь к 2025 году. Совокупный объем инвестиций в развитие ДФО был определен на уровне 411 млрд руб., причем, предполагалось создать 69,9 тыс. новых рабочих мест, увеличить объем валового регионального продукта в 2,6 раза, а численность граждан, относящихся к категории экономически активного насе-

ния – в 1,1 раза [60]. В конечном итоге, планируемая социально-экономическая система должна была обеспечить внедрение инновационных научных и образовательных концепций, стимулирование предпринимательских инициатив, повышение уровня здоровья дальневосточников и др. [11, 31, 42]. Однако сегодня становится понятным тезис о том, что одно дело сформировать планы инновационного развития региона, а совсем другое дело, - воплотить их в жизнь.

Большинство россиян с недоумением наблюдают за тем, как с молчаливого одобрения управляющих структур государства, продолжается распродажа направо и налево бывшей государственной собственности и невозполнимых природных ресурсов страны, вывоз капиталов за границу и т.п. Казалось бы, что полученные финансовые ресурсы от этих распродаж должны быть направлены на поддержку бедных, улучшение образования и охрану здоровья граждан и формирование приемлемого уровня человеческого капитала. Ведь, как известно, доступное образование, здравоохранение и признание бедных в здоровом обществе считается одной из основных государственных забот [40, 41, 43].

Современная Россия занимает 49-е место в мире по индексу человеческого развития (0,804), 119-е место по показателям здоровья населения и 111-е место

по средней продолжительности жизни (Доклад о человеческом развитии, 2016). Конечно, если оценивать динамику индекса человеческого развития в РФ с 1990 по 2016 год то он имеет тенденцию к росту (от 0,773 до 0,804). Однако показатели ожидаемой продолжительности жизни - чуть более 70 лет, суммарный коэффициент рождаемости 1,7 на одну женщину и удовлетворенность всего 34% населения страны уровнем доступности, качества и безопасности медицинской помощи лишают нас оптимизма. По данным экспертов ООН список стран с наиболее высокими показателями человеческого развития возглавляют Норвегия, Австралия, Швейцария, Германия, Дания, Сингапур, Нидерланды, Ирландия, Исландия, Канада и др. [58].

По данным ЮНЕСКО, Россия по интеллектуальному потенциалу молодёжи во втором десятилетии XXI века скатилась с 3-го места в мире (1953 г.) на 40-е. Резко снизился уровень качества подготовки учащихся школ и студентов специальных средних и высших учебных заведений страны. Укомплектованность сельских школ преподавателями составляет менее 70%, а их материальная база вызывает сочувствие. Само по себе образование медленно и верно переводится на коммерческую основу [2].

Либеральные реформы только усилили проблемы экономического неравенства регионов России и отдельных социальных групп, причем его уровень сопоставим с показателями начала XX века. Сегодня доходы жителей

Москвы, Санкт-Петербурга и большинства нефтедобывающих регионов существенно отличаются от доходов остальных субъектов РФ, а доходы 10% богатейших граждан составляют 45,5% всего

национального дохода России. К сожалению, до последнего времени минимальный размер оплаты труда (МРОТ) был ниже прожиточного минимума и средней номинальной зарплаты (Рис. 4).



Рис. 4. МРОТ, прожиточный минимум и средняя номинальная заработная плата в России (2000-2017 г.) (Источник: <https://www.factograph.info/a/28762895.html>).

Отечественные реформаторы в качестве мер по борьбе с бедностью и неравенством предложили повысить МРОТ до уровня прожиточного минимума. В марте 2018 года президентом РФ был подписан закон от 07.03.2018 № 41-ФЗ, нормы которого определяют, что с 01.05.2018 величина МРОТ составляет 11 163 руб. По мнению управляющих структур это положительно повлияет на качество человеческого капитала в России. Однако, результаты многочисленных исследований последних лет указывают на то, что снижение качества человеческого капитала в современном российском об-

ществе зависит не только от сохраняющегося уровня бедности [28, 43]. По мнению оппонентов управляющих структур, снижение качества человеческого капитала в России и, особенно в российской провинции, вызваны не только глобальным недостатком материальных благ, а являются отражением целенаправленной политики элит по решению главной для них задачи – политического и экономического господства [29, 36, 46].

К концу второго десятилетия XXI века Россия в целом и её провинциальные регионы, такие как ДФО почти полностью исчерпали демографические перспективы развития трудового потенциала населения. Надежды на со-

хранение достаточной доли населения в трудоспособном возрасте не оправдались [11, 28]. Причем на Дальнем Востоке России старение населения в настоящее время сопровождается, не, только увеличением доли населения в пенсионном возрасте, но и продолжающейся миграцией дальневосточников за рубеж, в центральные регионы России [22]. Эти процессы угрожают блокадой запуска технологического прорыва в промышленности ДФО уже в следующем десятилетии, стагнацией рынка труда и деструктивными процессами в образовании и здравоохранении [23, 27]. А между тем, во втором десятилетии XXI века сохраняется реальная угроза существованию России, как единого государства. Именно в этих условиях важное значение приобретает стратегия сохранения и приумножения уровня человеческого капитала [3, 26, 52].

За годы либеральных реформ Дальний Восток России потерял почти два млн. населения. Около 85% потерь пришлось на миграцию в другие регионы страны и за рубеж, а еще 15% – на превышение уровня смертности над уровнем рождаемости. Основными причинами миграции дальневосточники являются: отсутствие на региональном рынке труда предложений для высококвалифицированных специалистов, низкий уровень оплаты труда и возможностей для карьерного

роста, низкий уровень охраны здоровья и качества образования, рост тарифов на ЖКХ, транспортные услуги и продукты питания, недоступное жилье и оторванность от центральных регионов страны [9, 11, 53].

По прогнозу Росстата, в ТОП-20 лидеров РФ по оттоку населения в 2018 году войдут Амурская область, Хабаровский и Приморский края. По мнению координатора проекта Президента РФ «Центр комплексной поддержки миграционных процессов» Сергея Пушкарёва о структуре миграционных процессов в ДФО: «Я уже однажды это говорил и повторю еще раз: происходит неравноценная замена — уезжают хорошо капитализированные кадры, молодые люди, люди среднего возраста, которые наше государство хорошо капитализировало — от родовспоможения до обучения в высшем или среднем учебном заведении». Приезжают же напротив, кадры, плохо знающие русский язык, с плохим образованием и низким уровнем начальных трудовых навыков [9].

Реформаторы-либералы полагают, что современное состояние дальневосточного общества — не более чем «издержки» переходного периода к рыночной экономике, однако их оппоненты рассматривают происходящее с позиций «катастрофизма». Они характеризуют социальные параметры дальневосточного общества (индекс человеческого развития, качество жизни, показатель ожидаемой продолжительности жизни, уровень смертности, её структуру и др.), как свидетельство необратимости

негативных процессов в ДФО [11, 27, 30, 31, 37, 45].

Стагнация перспективного развития Дальнего Востока России, являющегося самой отдаленной от федерального центра провинцией, обусловлена катастрофическим отставанием по уровню развития человеческого капитала, структура которого усложняется - от одной базовой составляющей (образование) до включения в его состав здоровья, культуры и экономического компонента [66]. Между тем человеческий капитал как главная доминанта современного социально-экономического развития занимает ведущее место в национальном богатстве стран мира. В них, согласно оценкам Всемирного банка, на долю физического капитала (накопленных материально-вещественных фондов) приходится в среднем 16% общего богатства, на долю природного капитала – 20%, человеческого – 64% [40, 41]. В современной России сформировалась следующая пропорция национального богатства: физический капитал – 20%, природные ресурсы – 43% и человеческий капитал – всего 37% [48].

По результатам многочисленных исследований уровень человеческого капитала в России недостаточен для реализации прорывных технологий, поэтому от того, насколько согласованно удастся действовать лидерам российского госу-

дарства в непростых условиях мирового финансового кризиса и стагнации отечественной экономики, зависит будущее страны и её регионов. Причем следует учесть то, найдут ли их действия адекватную реакцию у россиян, особенно у тех, которые волею судеб вынуждены жить и работать в богатых природными ресурсами, но бедных и истощенных, в социальном плане, провинций. Это касается, прежде всего, уродливого дисбаланса между уровнем потенциальных доходов обладателей огромных природных ресурсов субъектов РФ ДФО и качеством жизни дальневосточников [11, 14, 22, 31].

Стратегия социально-экономического развития Дальнего Востока России до 2024 г. и с перспективой до 2035 г. базируется на реализации трёх основных приоритетов: технологического обновления, поступательного развития человеческого капитала и широкого внедрения цифровых технологий во все сферы регионального хозяйства. Однако для современного сообщества дальневосточников характерны дезорганизация, дисфункциональность основных социальных институтов, патология социальных связей и взаимодействий, которые выражаются, в частности, в росте числе случаев девиантного и делинквентного поведения жителей [21, 30, 31, 42, 53]. Дополняется это снижением уровня здоровья всех возрастных групп населения российских провинций [11, 19, 24, 27].

Сложность формирования необходимого для успешного развития Дальнего Востока

России должного уровня человеческого капитала, обуславливаются наличием многие годы не решаемых проблем. В частности – это очаговый характер расселения жителей, низкая плотность населения, экстремальные природно-климатические условия, экономическая и инфраструктурная изоляция от остальной части РФ и др. [23, 24]. Сегодня на всех рынках ДФО наблюдается разрыв между способностью производить товары и услуги и качеством жизни населения [22, 30, 31].

Здравоохранение Дальнего Востока России. Достижения системы охраны здоровья населения, уровень образования и науки – это разделы ответственности современного государства по формированию должного уровня и качества человеческого капитала. Мы убеждены в том, что существует комплексное взаимодействие между отдельными источниками его формирования. Каждый из них по своему, воздействует на всех участников этого процесса, однако одним из ведущих источников является система охраны здоровья населения и прогресс производства и потребления медицинских услуг. У одних участников этого процесса, прогресс современной медицинской науки, широкое внедрение инновационных технологий формирует ощущение страха перед будущим, а у других – надежду на самосохранение [20, 25, 33, 56, 59, 63].

Современная медицина, как никакая другая область знания, вбирая в себя все новейшие достижения мировой науки и практики, создала высокоэффективные и в то же время довольно агрессивные лекарственные препараты, а так же технологии диагностики и лечения заболеваний [20, 35, 50, 63]. Достигнув грандиозных успехов в познании и расшифровке тончайших процессов жизнедеятельности биологических систем, современная медицина спровоцировала поступательный рост числа опасных синдромов, напрямую связанных с процессом производства медицинских услуг. Эти синдромы и заболевания (ятрогении) по данным ВОЗ встречаются у 20% больных и составляют около 10% структуры госпитальной смертности. И, тем не менее, современный пациент, в рамках своей социальной роли склонен слепо верить производителям медицинских услуг, которые настаивают на расширении числа, объемов и сложности медицинских вмешательств, зачастую приносящих не столько пользу, сколько вред [20, 21].

Среди ряда исследователей бытует мнение о том, что уровень качества платных медицинских услуг значительно выше, чем услуг оплаченных в рамках исполнения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи [12, 13]. Это ложное утверждение получает всё большее распространение в среде потребителей медицинских услуг. Однако разделение услуг на «платные» и «бесплатные» становится деморализующим

фактором некоторой части врачей, особенно представителей молодого поколения, что выражается в уровне профессионального внимания к пациенту в зависимости от уровня его благосостояния [21].

С точки зрения обеспечения дальневосточников доступной, качественной и безопасной медицинской помощью результаты проводимых исследования указывают на формирование высокой степени социальной эксклюзии для большинства дальневосточников [11, 12, 13, 17]. Это явление связано в первую очередь с недостаточным уровнем доходов значительной части жителей региона, нарастающим дефицитом медицинских кадров и снижением уровня финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицин-

ской помощи (ПГГ). В частности, проблемы географической, транспортной, экономической и временной доступности медицинской помощи по ПГГ явление в ДФО повсеместное.

Сложившаяся ситуация ставит дальневосточников перед сложным выбором. Немедленное получение медицинских услуг требует оплаты за счет личных средств «здесь и сейчас». Отсутствие оплаты – трансформируется в долгое ожидание приема у врача-специалиста или госпитализации за счет средств ОМС (Табл. 1). В условиях рыночной перестройки региональной медицины и перехода от принципа «лечение по медицинским показаниям» на принцип «лечением по экономическим возможностям пациента» уровень социальной эксклюзии значительных контингентов дальневосточников имеет тенденцию к росту [13, 17, 18, 21].

Таблица 1. Среднее сроки ожидания получения плановой медицинской помощи в рамках исполнения ПГГ по данным социологических опросов пациентов

Число респондентов	Средние сроки ожидания планового приёма к участковым врачом (дней)	Средние сроки ожидания приема узким специалистом в поликлинике (дней)	Средние сроки ожидания плановой госпитализации в круглосуточный стационар (дней)	Средние сроки ожидания плановой госпитализации в дневной стационар (дней)
	M±m	M±m	M±m	M±m
Жители города (n=251)	5,6±0,3	10,2±1,3	14,1±1,6	8,4±0,9
Жители села (n=107)	7,4±0,8	12,9±1,2	15,8±1,3	4,6±0,4
Всего (n=358)	6,6±0,5	11,2±1,3	15,0±1,5	6,5±0,2

Большинство пациентов традиционно выражают недовольство снижением доступности медицинской помощи, указывая на то, что соотношение платных и бесплатных услуг меняется в пользу

платных. Особенно эта закономерность распространяется на диагностические услуги, зубное протезирование и оперативное лечение заболеваний. Рост расходов домохозяйств на медицинские услуги провоцирует реализацию

практики самолечения, что сопровождается увеличением числа диагностики значительного числа заболеваний на поздних стадиях, а это, в свою очередь, сопровождается увеличением объемов и сложности оперативных вмешательств и фармакотерапии. Медицинская практика, реализуемая в последние десятилетия в ДФО, приводит к тому, что в условиях

ограничения ресурсной базы (кадры, материально-техническое обеспечение технологий и финансы) и дефектного управления система охраны здоровья населения становится неэффективной, что корреспондируется с соотношением затрат и результатов (физическое развитие, заболеваемость, инвалидность и смертность) [11, 19, 27, 37].

Таблица 2. Дальневосточное здравоохранение: проблемы и пути их решения

Проблемы здравоохранения	Вероятные пути решения проблем здравоохранения
Хроническое недофинансирование ПГГ субъектов РФ ДФО	Определить приоритетным финансовое обеспечение ПГГ на уровне субъекта РФ в полном объеме, исходя из местных условий.
Глубочайший системный кризис в медицинских организациях ПМСП	Увеличение финансирования ПМСП в 3 и более раза в сочетании с переходом на подушевую оплату и поэтапное внедрение системы частичного фондодержания.
Низкий уровень профессиональных компетенций медицинского персонала	Ужесточить требования к подготовке врачей и медицинского персонала в рамках реализации концепции непрерывного профессионального образования. Изменить структуру медицинских вузов и колледжей исходя из требований рынка труда региона в сочетании с повышением уровня профессиональных компетенции профессорско-преподавательского состава.
Географическое, транспортное, экономическое и временное ограничение доступности медицинской помощи населению	Провести аудит процесса производства медицинских услуг жителям муниципальных образований исходя из реального уровня их доступности. Сформировать систему управления своевременным поступлением пациента в медицинскую организацию, аккредитованную для оказания медицинской помощи при конкретном заболевании или патологическом состоянии в соответствии с утвержденными порядком и протоколами.
Техническая и технологическая отсталость, в сочетании с несоответствием основных фондов большинства медицинских организаций ДФО стандартам	Разработать и внедрить долгосрочные планы структурных преобразования системы здравоохранения субъектов РФ ДФО по строительству новых и модернизации существующих больниц, поликлиник и станций СМП с учетом требований стандартов СНиПов и СанПиНов.
Низкий уровень управляемости системой производства медицинских услуг	Внедрение финансово-экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы. Приоритетным должно стать совершенствование механизмов оплаты медицинских услуг и способов оплаты труда медицинских работников, которое позволит создать стимулы к осуществлению структурных преобразований, повышению качества услуг и др.

Значительный вклад в снижение эффективности системы здравоохранения ДФО, а особенно доступности, качества и безопасности медицинской помощи вносит состояние кадрового потенциала системы, в частности заметное снижение уровня компетенций специалистов. Именно здесь-то и заложена значительная часть проблем региональной медицины и путей их решения (Табл. 2).

Выход из сложившейся ситуации в отрасли неоднозначен. С одной стороны, по мнению большинства реформаторов, как отечественному, так и региональному здравоохранению следует взять на вооружение зарубежный опыт и продолжать реформирование отрасли, воспользовавшись образцами экономически развитых стран, таких, как «старые страны» ЕС или США, с учетом их достоинств и недостатков [44, 47, 50]. С другой стороны, без учета особенностей субъектов РФ ДФО, использование опыта экономически развитых стран мира по реформированию здравоохранения, не оправдывает ожиданий реформаторов [11, 21, 37].

Заключение

В начале XXI века общество находится на грани глобальных перемен, которые иллюстрируют переход от системы здравоохранения, ориентированной на лечение заболеваний, к системе, сосредото-

ченной на защите индивидуального здоровья путем управления собственным. Поэтому реформы отечественного, в том числе и провинциального здравоохранения, должны соответствовать современным научно-технологическим тенденциям, формирующим будущий облик конкурентоспособных медицинских услуг:

- ✓ *развитие технологий персонифицированной медицины, предусматривающих индивидуализацию диагностики, медикаментозного и иного лечения, что значительно усилит уровень её эффективности;*
- ✓ *внедрение «умных» лекарственных средств, эффективность которых модулирована их окружением, или специальными компонентами самого препарата, направленными на повышение его эффективности, специфичности и точности локализации;*
- ✓ *применение технологий и методов неинвазивной или малоинвазивной диагностики;*
- ✓ *создание и практическую реализацию систем мониторинга за всеми пациентами или определенными их группами с целью оказания своевременной помощи в критических состояниях.*

Результаты нашего исследования показывают, что для успешного проведения реформ требуется реализация оптимальной модели здравоохранения, построенной с учетом социально-экономических особенностей каждого региона. В реальной ситуации построение оп-

тимальной модели и её реализация имеет ряд ограничений. В частности, субъекты РФ ДФО для решения одних и тех же проблем обладают разными возможностями (материально-техническими, финансовыми, кадровыми, отношением органов исполнительной и законодательной власти к здравоохранению, квалификацией менеджеров здравоохранения и т.д.).

Кроме того, следует отметить, что до сих пор не удалось устранить субъективизм в определении функций и властных полномочий федеральных, региональных и муниципальных органов власти в сфере охраны здоровья населения, а реформирование региональной медицины продолжает осуществляться эмпирически, методом проб и многочисленных ошибок. До сих пор нет полной ясности, кто, за что и какую несет ответственность за решение ключевых проблем формирования человеческого потенциала ДФО, причем сохраняется дублирование функций различных уровней власти, деятельность которых зачастую характеризуется низкой исполнительской дисциплиной при реализации принятых решений.

Список литературы

1. Белькина А.С. Социально-экономическое неравенство регионов России: пути решения проблемы // ПСЭ. 2015. №3 (55). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-ekonomicheskoe-neravenstvo-regionov-rossii-puti-resheniya>

2. Бояринцев В.И., Самарин А.Н. Бесцельно прожитые годы (20 лет российской демократии). - Москва, 2011. - 172 с.
3. Брик Л.В., Горельцев А.В. К вопросу о сущности понятия «человеческий капитал» // Вестник МГТУ. 2014. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-suschnosti-ponyatiya-chelovecheskiy-kapital> (дата обращения: 26.07.2018).
4. Гаврилов Э.Л. Доступность медицинской помощи для населения РФ. Фонд независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье». URL: http://fondzdorovie.ru/analitika2/detail_analitics.php?ID=1352#ixzz49pxGkLSS (дата обращения: 29.05.2016).
5. Гайдар Е.Т. Богатые и бедные. Становление и кризис системы социальной защиты в современном мире. Статья первая - Вестник Европы, № 10, 2004.
6. Галеса С.А., Черкасов С.М., Кураксина Ю.А., Гончарик И.А., Галеса С.С., Дьяченко В.Г. Формирование рыночных предпочтений потребителей стоматологических услуг в г. Хабаровске. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электронный научный журнал] 2012; №4. <http://www.fesmu.ru/voz/20124/2012403.aspx#t0>
7. Горшкова Л.В. Проблемы оценки эффективности затрат на здравоохранение // Сервис в России и за рубежом. 2017. №6 (76). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problem-yotsenki-effektivnosti-zatrat-na-zdravooohranenie> (дата обращения: 13.08.2018).
8. Грицко М.А., Колбина Е.О. Пространственные деформации результативности системы здравоохранения// Пространственная экономика. 2013. №4. с. 107-121.

9. Демиденко О. Дальневосточники: Мы покидаем тонущий корабль! 28 мая 2018, 09:48 — REGNUM. <https://regnum.ru/news/2421765.html>
10. Доклад о человеческом развитии 2016. Человеческое развитие для всех и каждого. Программа развития Организации Объединенных Наций. One United Nations Plaza New York. Издательство «Весь Мир» http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2016_report_russian_web.pdf.
11. Дьяченко В.Г. Здравоохранение Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ: монография / ред.: В.Г. Дьяченко. — [Пригорнев В.Б., Солохина Л.В., Капитоненко Н.А., Дьяченко С.В. и др.] М. Хабаровск. 2013. Изд. Центр ГБОУ ВПО ДВГМУ. 684 с.
12. Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине. Хабаровск. Изд. Центр ДВГМУ. 2007. 490 с.
13. Дьяченко В.Г. Рыночные реформы и доступность медицинской помощи населению. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электронный научный журнал] 2016; №2. С.5-28. <http://www.fesmu.ru/voz/20162/2016201.aspx>.
14. Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А. Итоги научно-исследовательских работ по совершенствованию основных направлений охраны здоровья населения Дальнего Востока России. // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. - 2011. - № 1. - С. 4-7.
15. Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А., Щепин В.Г. Охрана здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ. «Дальпресс», Владивосток, 2000 г. 310 с.
16. Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса. / Под.ред.проф. В.Г. Дьяченко. -Хабаровск: Изд. ГОУ ВПО ДВГМУ. 2012. 408 с.
17. Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б. Научно-технический прогресс и безопасная медицина // Дальневосточный медицинский журнал. 2015. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nauchno-tehnicheskij-progress-i-bezopasnaya-meditcina> (дата обращения: 15.07.2018).
18. Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б., Руссу Е.Ю. Модернизация здравоохранения Дальнего Востока России. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электронный научный журнал]. 2011. №4. <http://www.fesmu.ru/voz/20114/2011403.aspx>
19. Дьяченко В.Г., Рзянкина М.Ф., Чижова Г.В. Социальные и медицинские проблемы репродукции / под ред. А.А.Машкиной.- Саарбрюккен (Saarbrücken): LAP LAMBERT Academic Publishing, 2015, 584 с.
20. Дьяченко С.В. Экспертиза ятрогении: монография / С. В. Дьяченко, А. И. Авдеев, В. Г. Дьяченко. – Хабаровск : Изд-во «Лидер», 2015. – 660 с. <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=157>
21. Дьяченко С.В. Пациент, врач и рынок: монография / С.В. Дьяченко, В.Г. Дьяченко. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ. 2018. – 486 с. <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=176>
22. Заусаев В.К., Кручак Н.А. Качество жизни на Дальнем Востоке: вектор движения. Восток России: проблемы освоения – преодоления пространства. Под редакцией: акад. РАН В.В. Кулешова, чл.-корр. РАН В.А. Крюкова. Издательство ИЭОПП СО РАН. 2017. С. 271-282.

23. Исаев М. Д. Проблемы экономического развития Дальнего Востока // Молодой ученый. — 2017. — №2. — С. 436-439. — URL <https://moluch.ru/archive/136/38114/> (дата обращения: 19.07.2018).
24. Казначеев В.П. Ноосферная экология и экономика человека / В.П. Казначеев, А.А. Кисельников, И.Ф. Мингазов / Под общ. ред. академика В.П. Казначеева. - Новосибирск, 2005. - 448 с.
25. Калмыков Н.Н. Проблемы и перспективы развития системы здравоохранения в Российской Федерации, 2015. [Электронный ресурс]. URL: www.ganepa.ru/images/docs/nayka/issledovanie-meditcina.pdf (дата обращения: 19.10.2015)
26. Касаева Т.В. Политэкономические императивы воспроизводства индивидуального человеческого капитала: автореф. дис. ... докт. экон. наук: 08.00.01 / Тамбов, 2014. С.8
27. Киселев С.Н., Солохина Л.В. Индекс человеческого развития и отдельные показатели, характеризующие социальное благополучие населения Дальневосточного федерального округа. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России» 2017 №1 – URL : <http://www.fesmu.ru/voz/20171/2017101.aspx>
28. Кузьминов Я.И. с соавт. Как увеличить человеческий капитал и его вклад в экономическое и социальное развитие [Текст] : тез. докл. / Бирюкова С. С. и др. ; под ред. Я.И. Кузьмина, Л. Н. Овчаровой, Л. И. Якобсона ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2018. — 63 с.
29. Малчинов А.С. Доктрина регионального развития Российской Федерации (макет-проект) : монография / ред.: А.С. Малчинов .— [Сулакшин С.С., Лексин В.Н., Малчинов А.С. и др.]; М. : Издательство "Научный эксперт", 2009 .— 257 с.
30. Минакир П. А. Новая стратегия развития Дальнего Востока России: оценка и перспективы // Контуры глобальных трансформаций: политика, экономика, право. 2014. №4 (36). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novaya-strategiya-razvitiya-dalnego-vostoka-rossii-otsenka-i-perspektivy> (дата обращения: 19.07.2018).
31. Минакир П. А., Прокопало О.Н. Российский Дальний Восток: экономические фобии и геополитические амбиции. Восток России: проблемы освоения – преодоления пространства / под ред. В.А. Крюкова и В.В. Кулешова. – Новосибирск: Издательство ИЭОПП СО РАН, 2017. С 12-33 .
32. Минакир П.А. Российский кризис: ожидания против фактов // Пространственная экономика. 2018. № 1. С. 7–15. DOI: 10.14530/se.2018.1.007-015
33. Ненарокомов А.Ю., Сперанский Д.Л. Проблема медиализации в онкологии // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 10-1. – С. 35-37; URL: <http://applied-research.ru/ru/article/view?id=4046> (дата обращения: 10.07.2018).
34. Нуреев Н.М. Регионалистика: резервы институционального подхода. Экономический вестник Ростовского государственного университета. 2009. Том. 7. №2. С. 18-42.
35. Перельман М.И., Богадельникова И.В. Стандарт и персональная медицина в диагностике и лечении больных. Туберкулез и болезни легких [Текст] : научно-практический журнал. - М. 2013. N 1 . С 3-9.

36. Письменная Е. Система Кудрина. История ключевого экономиста путинской России : Манн, Иванов и Фербер; Москва; 2013 – 256 с.
37. Пригорнев В.Б. Здоровоохранение Дальнего Востока на рубеже веков : Проблемы и перспективы /В.Б. Пригорнев, В.О.Щепин, В.Г. Дьяченко, Н.А. Капитоненко. - Издательство ДВГМУ. - 2003. - 368 с.
38. Радова Ольга. Рынок медицинских услуг в РФ и его развитие. Businessweeknews. 02 Июля 2018. URL: <https://businessweeknews.com/post/rynok-meditsinskih-uslug-v-rf/>(дата обращения 12.08.2018)
39. Рассказов Л.Д. Российские кризисы и медиализация общества: философский анализ актуальных социальных явлений // Вестник БГУ. 2016. №3.
40. Римашевская Н.М. Социальная политика сбережения народа: радикальное изменение негативного тренда здоровья российского населения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2010. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnaya-politika-sberezheniya-naroda-radikalnoe-izmenenie-negativnogo-trenda-zdorovya-rossiyskogo-naseleniya> (дата обращения: 19.07.2018).
41. Римашевская, Н.М. Человеческий потенциал России и проблемы сбережения населения [Текст] / Н.М. Римашевская // Российский экономический журнал. – 2004. – № 9-10. – С. 22-40.
42. Савченко А.Е. Между «желаемым» и «возможным»: особые экономические зоны на Дальнем Востоке в 1987–2015 гг. Проблемы Дальнего Востока № 6. 2015 г.
43. Слободенюк Е. Д., Аникин В.А. Где пролегла «черта бедности» в России? Вопросы экономики. 2018. №1.
44. Соколов А.А. Анализ международной практики модернизации национальных систем здравоохранения // Научный вестник ЮИМ. 2017. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-mezhdunarodnoy-praktiki-modernizatsii-natsionalnyh-sistem-zdravoohraneniya> (дата обращения: 14.07.2018).
45. Солохина Л.В. Качество жизни и формирование трудового потенциала Дальнего Востока России / Л.В. Солохина, В.М. Салашник, Н.В. Широглазова, А.Н. Ермошин// Управление здравоохранением. No 4/2014 (42). С. 7-4
46. Сонин К.И. Уроки экономики / К. И. Сонин.»: ООО «Юнайтед Пресс»; Москва; 2011 – 256 с.
47. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг. 05.02.2015. <http://medportal.ru/mednovosti/news/2015/02/27/660lekarstva1/> (по состоянию на 16.07.2018)
48. Сухарев О.С. Структурные проблемы экономики России. М.: Финансы и статистика, 2010 / URL: www.osukharev.com..
49. Таштамиров М. Р., Ашаганов А. Ю. Расходы населения России в условиях санкций и девальвации рубля // в сборнике: Современные проблемы гуманитарных и естественных наук материалы XXII международной научно-практической конференции. Научно-информационный издательский центр «Институт стратегических исследований». 2015. С. 183–188.
50. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 704 с.
51. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В. Эффективность региональных систем здравоохранения России (Рейтинг 2016 г.) // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения.

- Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. №3 (9). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-regionalnyh-sistem-zdravooxraneniya-rossii-reyting-2016-g> (дата обращения: 13.08.2018).
52. Урсу И.В. Человеческий капитал как фактор инновационного развития: автореф. дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05 / Белгород, 2013. С.13.
53. Ушакова В.Л. Дальневосточный федеральный округ: миграционные процессы и перспективы их развития // Таможенная политика России на Дальнем Востоке. 2008. №4 (45). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dalnevostochnyy-federalnyy-okrug-migratsionnye-protsessy-i-perspektivy-ih-razvitiya> (дата обращения: 12.08.2018).
54. Черкасов С.М., Галеса С.А., Дьяченко В.Г. Взаимоотношения производителей и потребителей стоматологических услуг // Дальневосточный медицинский журнал. 2013. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimootnosheniya-proizvoditeley-i-potrebiteley-stomatologicheskikh-uslug> (дата обращения: 11.08.2018).
55. Шуматов В.Б., Крукович Е.В., Невзорова В.А., Трусова Л.Н. Тихоокеанский государственный медицинский университет — стратегический центр развития медицинского образования и науки на Дальнем Востоке // ТМЖ. 2013. №4 (54).
56. Шухатович В. Р. Медикализация / В. Р. Шухатович // Социология: энциклопедия. — Минск, 2003.
57. Яковлев А.А. Структурные ограничения либеральных реформ в российской экономике // Экономический журнал ВШЭ. 2001. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strukturnye-ogranicheniya-liberalnyh-reform-v-rossiyskoy-ekonomike> (дата обращения: 16.07.2018).
58. Ballivian, A. 2015. «Using Big Data for the Sustainable Development Goals.» Global Working Group on Big Data for Official Statistics, New York.
59. Chadwick R. The Ethics of Personalized Medicine: A Philosopher's Perspective. Personalized Medicine. 2014.11(1):5-6.
60. Dimitar Nessebar. Дальний Восток: перспективы развития (общая характеристика). 08.08.2015. URL: <http://fb.ru/article/193948/dalniy-vostok-perspektivy-razvitiya-obschaya-harakteristika> (дата обращения 03.08.2018)
61. Dyachenko V.G., Suleimanov S.Sh. Lekologie de la region de l'Amour et la sante des "petit peuples". Questions siberienus "Ecologie et culture" bulletin № 2 - 1992. P. 60-65. Paris-Sorbonne. UMR-C0029.
62. Dyachenko V.G., Suleimanov S.Sh., Koltsov I.P. La sante des enfants des nationales du bassin de l'Amour en tant qu'indice de la situation ecologique de la region. International journal of arctic and nordic studies "INTERNORD" 1992, № 20. (Editions du CNRS).
63. Heidecker, B., & Hare, J. M. (2007). The use of transcriptomic biomarkers for personalized medicine. Heart failure reviews, 12(1), 1-11.
64. Lock M. Medicalization and the Naturalization of Social Control / M. Lock // Ember C.R., Ember M. (eds.) Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures. New York: Kluwer, 2004. P. 116-125.
65. Nye R.A. The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century / R.A. Nye // Journal of History of the Behavioral Sciences. 2003. V. 39 (2). P. 115-129.
66. Rima Česnyienė. The role of human capital in value creation: theoretical insights [Text] / Rima Česnyienė, Asta Stankevičienė //

EKONOMIKA. – 2001. – Vol. 90(4). P
52-55.

67. Rutkowski, M. 2016. Combating Poverty and Building Resilience through Social Protection. Voices: Perspectives on Development, 21 September. World Bank, Washington, DC.
68. Suleimanov S.Sh., Dyachenko V.G., Koltsov I.P. Immunorehabilitation of the children of the eastern moriginal population while changing the living conditions. International jornal of immunoreabilitation. Abstracts of the international congress of immunolorehabilitation. 1994. Namber 1, Sapplement.
69. World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs.
www.who.int/gho/.../world_health_statistics/2017/en/