

# РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПЕРИФЕРИИ: СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ЭКСПЕРТНЫХ ИНТЕРВЬЮ

Барбарук Ю.В.<sup>1</sup>, Барбарук А.В.<sup>2</sup> Email: Barbaruk645@scientifictext.ru

<sup>1</sup>Барбарук Юрий Владимирович - кандидат философских наук, научный сотрудник,  
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Научно-исследовательский центр «Арктика»  
Дальневосточное отделение Российской Академии наук;

<sup>2</sup>Барбарук Анна Владимировна - кандидат социологических наук, доцент,  
кафедра социологии и философии,  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования  
Северо-Восточный государственный университет,  
г. Магадан

**Аннотация:** в данной статье рассмотрены основные проблемы регионального развития сквозь призму реформы здравоохранения в отдельно взятом периферийном регионе (Магаданская область). В качестве теоретической основы исследования выступили концепция человеческого капитала, постмарксистская концепция когнитивного капитализма и неинституциональная модель Э.Ф. Шумахера. В качестве эмпирической базы исследования выступил полуформализованный экспертный опрос работников сферы здравоохранения Магаданской области. Результаты данного исследования можно использовать для коррекции хода реформы здравоохранения в периферийных регионах.

**Ключевые слова:** развитие, здравоохранение, уровень жизни, модернизация, периферия, Магаданская область, социальная инфраструктура.

## HEALTH CARE REFORM IN THE CONDITIONS OF THE PERIPHERY: A CASE STUDY BASED ON EXPERT INTERVIEWS

Barbaruk Yu.V.<sup>1</sup>, Barbaruk A.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Barbaruk Yuri Vladimirovich - PhD in Philosophy, Research Fellow,  
FEDERAL STATE BUDGETARY INSTITUTION OF SCIENCE SCIENTIFIC RESEARCH CENTER «ARKTIKA»  
EASTERN BRANCH OF THE RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES;

<sup>2</sup>Barbaruk Anna Vladimirovna - PhD in Sociology, Associate Professor,  
DEPARTMENT OF SOCIOLOGY AND PHILOSOPHY,  
FEDERAL STATE BUDGET EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION  
NORTH-EASTERN STATE UNIVERSITY,  
MAGADAN

**Abstract:** the article describes the main problems of regional development through the prism of health care reform in a given peripheral region (Magadan region). As the theoretical basis of the research was the concept of human capital, postmarxist concept of cognitive capitalism and new institutional model of E.F. Schumacher. As empirical base of research was made by semi structured in depth expert survey of health care professionals in Magadan region. The results of this study can be used to correct the progress of health care reform in the peripheral regions.

**Keywords:** development, health, standard of living, modernization, peripherals, Magadan region, social infrastructure.

УДК 316.422

Данное исследование родилось из ряда соображений, не имеющих прямого отношения к области здравоохранения. В центре нашего внимания стоял вопрос о развитии. Если говорить более конкретно – о региональном развитии в условиях Магаданской области. Более четверти века назад в истории Колымы и Северо-Востока России закончился индустриальный период развития. Эти годы были исполнены теми же трудностями, которые испытывали и другие регионы России, но с гораздо более тяжелыми последствиями. Все это время Колыма оставалась регионом с самой большой убылью населения в стране. С 1988 по 2016 годы население области уменьшилось в 2,7 раза [9]. К настоящему времени данную тенденцию переломить не удалось, хотя никто на самом деле и не пытался. Данный факт с одной стороны отражает социально-экономическую ситуацию в регионе, а с другой ставит под вопрос само его будущее.

В 2013 году в Магаданской области произошла частичная смена элит. Власть пообещала региону в ближайшем будущем «экономический прорыв», объявила регион «территорией роста», представив

публике многочисленными стратегиями развития отраслей региональной экономики. Лейтмотив скорого и неизбежного прорыва захватил мир публичной политики на Колыме.

Насколько возможен экономический прорыв в условиях периферии, каковы обязательные условия для его осуществимости? Только ли в технологических инновациях и инвестициях дело, или этого будет недостаточно? Таковы были первые вопросы, которые задали тон нашему исследованию. В поисках ответов на поставленные вопросы мы обратились к ряду теоретических источников.

Первым из них стала работа Эрнеста Фридриха Шумахера «Малое прекрасно: экономика для человека» [10], в которой автор блестяще описывает закономерность, по которой революции в области транспорта и коммуникаций создают беспрецедентную свободу перемещения, уничтожая производство в провинции, подрывая демографический потенциал и, вместе с тем, нормальную жизнь, как в провинции, так и в самих мегалополисах. Эти идеи, высказанные в начале семидесятых годов прошлого столетия, сегодня стали еще более очевидными в связи с тем, что помимо людей и товаров беспрецедентную свободу получило еще и перемещение капитала, движение которого по миру сколь созидательно, столь и разрушительно. С этой точки зрения только грамотная политика по развитию регионов на национальном уровне может принести хоть какие-то положительные плоды.

Вторым теоретическим источником стала концепция человеческого капитала. Инновационный тип развития экономики требует постоянного обновления производимых продуктов и услуг, повышения производительности труда. Человеческий капитал является главным фактором экономического роста [3]. Наличие на территории населения с хорошими показателями человеческого капитала становится чуть ли не основным конкурентным преимуществом перед другими территориями, будь то внутри страны или на мировом уровне. Таким образом, проблема экономического развития сегодня – это проблема поддержания и роста человеческого капитала. Основными общественными элементами, ответственными за поддержание и формирование человеческого капитала, являются системы образования и здравоохранения. Территория, не имеющая амбиций в этих сферах, не может иметь шансов на развитие в принципе.

Третьим методологическим источником наших изысканий стала концепция когнитивного капитализма, которая является развитием институционалистской исследовательской программы. Когнитивисты полагают, что нынешняя фаза экономического роста развитых стран обеспечена за счет реализации концепции государства всеобщего благосостояния (welfare state), т.е. вложений в человеческий капитал. Основные успехи в этой области были достигнуты в первое послевоенное тридцатилетие – период расцвета фордистской экономической модели. В этом смысле нынешняя фаза экономического развития пожинает плоды прежней. К. Верчеллоне подчеркивает, что рост затрат государства всеобщего благоденствия способствовал кризису фордизма за счет роста затрат на воспроизводство рабочей силы. Вследствие этого рабочая сила стала приобретать новые качества, создав предпосылки для когнитивного капитализма [4. С. 145]. Демонтаж государства всеобщего благосостояния с точки зрения этой концепции должен оказывать известное негативное влияние на экономическое развитие в долгосрочной перспективе. В условиях современного капитализма нет никакой возможности стимулировать экономическое развитие, урезая при этом социальные программы [2].

Итак, принимая в расчет данные концепции, мы задались вопросом о перспективах региона. Взгляд наш упал при этом не на инвестиционные программы. Сам по себе объем инвестиций еще ни о чем не говорит. Какой смысл от инвестиций в месторождения полезных ископаемых, если норма прибыли низкая, а львиную долю от налоговых поступлений забирает федеральный бюджет? Есть ли смысл в создании новых рабочих мест, если они будут заняты иностранными специалистами с одной стороны и бесправными гастарбайтерами с другой? Благосостояние территории следует измерять не ее макроэкономическими показателями, а качеством жизни населения. Мы и сейчас являемся свидетелями того, как улучшение макроэкономических показателей отдельных стран сопутствует коллапсу системы социальных гарантий, усилению экономической дифференциации населения. Именно поэтому наш взор обратился к сферам образования и здравоохранения. Их состояние и перспективы должны быть своего рода лакмусовой бумажкой, отражающей реальные возможности и ограничения социально-экономического развития региона.

В силу занятости в сфере образования, знания проблем этой сферы изнутри, мы не стали отдельно обращаться к этой составляющей человеческого капитала. Здесь очень многое уже было изучено нашими коллегами как в регионе, так и по всей стране [1]. Исследователи реформы образования отмечают, что для периферийных регионов система ЕГЭ стала большой проблемой. Наиболее мотивированные и адаптивные из среды молодежи благодаря ЕГЭ получили большую мобильность, что само по себе не плохо, но периферийные вузы вынуждены работать с теми, кто не смог по каким-то причинам уехать в более благополучные регионы. Получив образование за пределами региона, они уже не вернутся обратно [5, 6]. Идея с укрупнением вузов также оказалась губительной для периферии. В то же время федеральное финансирование для небольших вузов постоянно сжимается, исходя из тех соображений,

что раз системный эффект от них малый, то кормить они должны себя сами. Если они не могут сделать и этого, то лучше им вообще умереть. В условиях крайне сложной демографической ситуации это ставит периферийные вузы на грань выживания. Речь уже не идет о перспективах или развитии, а только о попытках сохранить оставшееся от дореформенных лет. Отсутствие же полноценного высшего образования в регионе приведет к проблемам с воспроизводством кадров. Следующий логичный шаг – переход экономики периферийного региона с преобладающим компонентом добычи полезных ископаемых к освоению ресурсов области исключительно вахтовым методом. Это означает коллапс социальной системы региона и его инфраструктуры.

Сформулированная в последние годы парадигма для реформы здравоохранения весьма похожа на то, что уже реализовано в системе образования. Насколько более эффективной она покажет себя в здравоохранении северного региона? Сохранится ли общая тенденция, в которой, в общем правильные, логически и экономически обоснованные шаги, ставят крест на социально-экономической инфраструктуре регионов?

Перед тем как приступить к полевой фазе исследования, нами были проанализированы принципы, на основе которых были инициированы реформы. В реформе здравоохранения РФ можно выделить ряд этапов, преемственность между которыми не всегда просматривается.

1. В начале девяностых в системе здравоохранения были попытки перейти на новые хозяйственные механизмы, которые ничем не закончились. Российское здравоохранение в этот период сохраняло инерцию советской системы, не приобретая ничего нового, но теряя прежние преимущества. Вопрос о каком-либо развитии здравоохранения в условиях перманентного падения экономики не стоял. Так продолжалось до 1997 года, когда появилась Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренная постановлением Правительства РФ от 05.11.1997 № 1387.

2. Данная концепция своей целью имела предотвращение депопуляции населения, вызванной экономическим коллапсом. Для этого были избраны традиционные в таких случаях средства: упор на профилактику заболеваний, повышение удельной доли финансирования медицины до величины 6-7% ВВП. Из принципиально нового в программе – было предусмотрено развитие негосударственного медицинского сектора. Данная концепция была сбалансирована, имела правильно поставленные цели и задачи, но к моменту подведения ее итогов (2005 г.) похвастаться опять было нечем.

3. Параллельно с действием Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации была разработана программа «Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу (2000-2010 годы)». Она также касалась системы здравоохранения, в первую очередь ее финансирования. Основной целью здесь стало повышение финансовой самостоятельности медучреждений, сбалансированные с возможностью бюджета объемы медицинской помощи населению, развитие негосударственного сектора. Несмотря на то, что до 2005 г. никаких особых успехов в ее реализации в сфере медицины не было, именно она стала идеологическим заделом для нынешних преобразований сферы здравоохранения.

4. Активная фаза реформирования системы здравоохранения в 2004 г. Тогда В. В. Путин заявил, что развитой системы медицинского страхования в России по-прежнему нет, как нет и конкуренции на рынке медицинских услуг. Несмотря на дальнейшие обсуждения реформы до 2006 года каких-либо реальных изменений в системе не было. В данном году стартовал приоритетный национальный проект «Здоровье». Начиная с 2007 года, в ряде субъектов РФ проводился пилотный проект по наметившимся ранее планам реформирования, сопровождавшийся масштабными вливаниями средств в медицину выбранных регионов (более 8 млрд. рублей из бюджетов разных уровней). Среди субъектов федерации в районах Крайнего Севера в проекте участвовал только Ханты-Мансийский автономный округ. Регионы, в которых проект проводился, показали высокую положительную динамику удовлетворенности населения качеством медицинских услуг.

5. Указ Президента РФ №606 от 7 мая 2012 стал новым программным документом для реформы здравоохранения РФ. Данный указ предписывал системе здравоохранения плановый показатель увеличения ожидаемой продолжительности жизни до 74 лет к 2018 г., что фактически означало бы выход на качественно иной уровень жизни населения, сопоставимый со странами Восточной Европы. В ряде публичных выступлений президентом РФ были озвучены принципы реформы, реализация которых должна привести к успеху: укрупнение медицинских учреждений для повышения их эффективности и увеличения возможностей ведения медико-биологических исследований (усиление связи между здравоохранением и наукой) и смещение акцента со стационарной помощи населению на амбулаторную.

Однако в доле ВВП расходы на систему здравоохранения до сих пор не смогли перешагнуть 3,7%, а для достижения плановых показателей необходимо как минимум в полтора раза больше (по аналогии с членами Евросоюза из Восточной Европы) [7].

В ходе последней энергичной фазы реформирования системы здравоохранения нами была проведена серия экспертных интервью, направленных на выяснение динамики регионального здравоохранения.

*Особенности полевого этапа исследования.* Основным источником информации о состоянии здравоохранения в регионе и его перспективах были результаты интервью с экспертами, занятыми в сфере здравоохранения. Интервью проводились в два этапа с февраля по апрель 2016 года. Первый этап был пилотным. В ходе него мы узнали об основных проблемах регионального здравоохранения с точки зрения занятых в нем специалистов. В дальнейшем мы конкретизировали наши вопросы по выявленным ранее проблемным зонам. Всего было проинтервьюировано 25 человек. Все наши эксперты проработали в данной сфере более пяти лет, кроме одного специалиста, проработавшего три года над информационной инфраструктурой региональной медицины, а также понимают цели и задачи проводимой реформы. Интересно, что часть медиков и ответственных за медицинскую сферу в регионе лиц, услышав общие вопросы о реформе здравоохранения, предпочли тут же закончить интервью, объяснив это опасениями за свою дальнейшую карьеру или вдруг возникшим дефицитом времени. Такая реакция была для нас полной неожиданностью с одной стороны, но с другой она является симптомом напряженных отношений в трудовых коллективах медицинских учреждений. Результатом таких настроений среди занятых в сфере здравоохранения стало явное распределение экспертов на две группы по характеру их ответов. Представители одной группы, которую можно назвать «условно лояльной» проводимым реформам, старались отвечать на поставленные вопросы односложно и шаблонно. Охотно говорили они только на особенно волнующие их темы. Представители другой группы, которую мы назовем «критиками» реформы, не стеснялись в выражениях относительно сути происходящих в отечественной медицине процессов. Из-за этой особенности, наиболее интересную информацию мы получили от представителей второй группы, что создало у нас трудности в последующей формализации первичных данных. Есть и еще один нюанс, который следует учесть в подобных исследованиях среди медицинских работников. Опытные медики, являющиеся профессионалами своего дела, гораздо лучше знают о ситуации в здравоохранении в целом, чем в медучреждениях по соседству, если они не близки им по профилю. Это означает, что развернутые представления о региональной системе здравоохранения путем экспертных интервью необходимо собирать особенно тщательно, уподобляя этот процесс собиранию пазла – вплоть до его полного завершения.

*Результаты исследовательской работы.*

В результате проведенного нами исследования, мы сделали ряд выводов о состоянии и перспективах региональной системы здравоохранения, о применимости общероссийской модели реформы системы здравоохранения в условиях периферии, о том, какой вклад вносит в региональное развитие система здравоохранения.

1. Среди населения все большую популярность приобретают платные услуги. Однозначной причинно-следственной связи между положением дел в бесплатной медицине и повышением популярности платной медицины нет. Платные клиники чаще всего оказывают специфические услуги, которые могут не входить в перечень обязательных, предоставляемых бесплатной системой здравоохранения. Наибольшая доля платных услуг сферы здравоохранения приходится на стоматологию. Тем не менее, существуют и очевидные проблемы, подталкивающие население отказываться от гарантированных бесплатных услуг в пользу платных. Наши эксперты отмечают, что основной такой проблемой являются очереди в регистратурах. Данная логистическая проблема, судя по всему, широко распространена и толкает часть населения к получению платных услуг, зачастую оказываемых теми же медицинскими работниками, которые осуществляют и бесплатную медицинскую помощь. Наличие такой порочной связи между платными и бесплатными медицинскими услугами может создавать провал в мотивации к устранению логистических проблем. Ряд экспертов констатирует нарастающее замещение бесплатных услуг платными, что вызывает их беспокойство, ведь этот процесс ставит под удар в первую очередь наименее защищенные категории граждан.

2. Платная медицина в кадровом отношении паразитирует на бесплатной. Это становится возможным благодаря наличию государственных учреждений здравоохранения, из которых рекрутируются квалифицированные кадры. Бесплатная медицина может прожить без платной, но не наоборот. В свою очередь, специалисты в области здравоохранения оказываются заинтересованными первые годы работать в государственных учреждениях из-за разного рода субсидий или для получения опыта. В то же время, как подчеркивают эксперты, есть и такие специалисты, которые никогда не пойдут в частные клиники из-за специфических особенностей их функционирования. Кадровое обеспечение системы здравоохранения оставляет желать лучшего. В медицину часто идет немотивированная молодежь, текучесть молодых кадров высокая.

3. Наши эксперты практически единогласно выражают мнение, согласно которому реформа системы здравоохранения в постсоветской России была просто необходима, большинство экспертов полагают, что ее необходимо продолжать, несмотря на сопутствующие проблемы. Это мнение особенно интересно, так как оно звучало и от критически настроенных экспертов. Медики подчеркивают положительные изменения в здравоохранении, но при этом отмечают, что самая главная проблема – кадры. В первую очередь модернизации подверглась материально-техническая база системы здравоохранения, о

грамотной же кадровой политике в системе здравоохранения речи пока вообще не идет. Плановое повышение зарплат врачей и среднего медицинского персонала крайне болезненно сказалось на системе здравоохранения в целом, т.к. не предполагало и по-прежнему не предполагает увеличения финансирования из федерального бюджета. Фактически это означает повышение требований к медицинским учреждениям по увеличению доли платных услуг и оптимизации кадров. Последнее особенно болезненно ударило по низшему звену медицинского персонала и нанесло существенный урон системе здравоохранения, как считают эксперты. В то же время, никто из экспертов не выказал радости по поводу повышения своего уровня жизни в связи с реформами. Часть экспертов сетует на падение престижа профессии. Реформы превратили врачебную деятельность из служения обществу в сферу услуг, не компенсировав это существенным повышением уровня оплаты труда. Помимо этого в клиниках уменьшилась доля врачей узких специальностей, новое высокотехнологичное оборудование зачастую остается невостребованным по причине нерационального распределительного механизма либо отсутствия подготовленных кадров.

4. Идеология реформы здравоохранения в Российской Федерации разработана с учетом основных тенденций развития мирового здравоохранения, однако польза от ее реализации в условиях периферийных регионов не очевидна. Концепция реформы здравоохранения сегодня предполагает необходимость укрупнения медицинских центров в целях повышения их эффективности и создания возможностей для проведения на базе этих крупных центров медицинских исследований. Такой подход, вероятно, целесообразен, но в условиях больших пространств Крайнего Севера при ничтожно малой плотности населения может поставить крест на всей социальной инфраструктуре региона. Поселки без квалифицированной медицинской помощи не могут считаться перспективными и привлекательными для трудовых ресурсов, призванных осваивать территорию. Другими словами, калькирование общероссийских и мировых требований к системе здравоохранения в условиях периферийных регионов создает трудности социально-экономического развития. Это частично подтверждает нашу гипотезу, согласно которой прогрессивные элементы парадигмы действующего этапа реформы здравоохранения в России могут иметь негативные последствия для социально-экономического развития отдаленных территорий.

5. Медики, принявшие участие в экспертном опросе, отмечают нарастающий уровень формализма в их работе. Это касается как проводимых реформ – медицинские учреждения просто подгоняют свою работу под плановые показатели, так и в работе с пациентами – увеличение объема «бумажной» работы медика оставляет все меньше времени на работу с пациентом.

6. Реформа обязательного медицинского страхования должна в идеале привести к тому, чтобы появился определенный необходимый минимум услуг, который каждый гражданин сможет получить бесплатно и, более того, на конкурентной основе. В настоящее время в нашем регионе такой результат не может быть обеспечен. Реформа обязательного медицинского страхования привела к тому, что любое назначение врач должен обосновать с экономической точки зрения и результатом становятся очень жесткие алгоритмы лечения конкретных заболеваний. Страховые компании ограничивают врачей в их работе и начинают диктовать свои условия. Если требования страховой компании не совпадают с возможностями лечебного учреждения, это может оборачиваться штрафными санкциями. В результате сеть платных клиник и практикующие частным образом специалисты независимы от ОМС и, зачастую, функционируют в неконкурентной среде, в то время как государственным медицинским учреждениям навязывают рыночные принципы игры.

7. В настоящий момент существует проблема недофинансирования регионального здравоохранения. В первую очередь это касается системы оплаты труда работников здравоохранения. Наши эксперты не видят существенных возможностей для повышения качества медицинских услуг населению без увеличения уровня финансирования регионального здравоохранения.

8. Опираясь на данные Министерства здравоохранения Магаданской области, за последние годы, нам удалось выяснить, что расходы на региональное здравоохранение колеблются возле отметки в 6,5 млрд рублей [8] при ВРП Магаданской области около 90 млрд рублей. Фактически это означает, что доля системы регионального здравоохранения в ВРП Магаданской области примерно вдвое выше, чем в целом по России, не демонстрируя при этом успехов сколько-нибудь более существенных, чем в других регионах Российской Федерации. Это может быть объяснено двумя факторами: бедностью региона и высоким уровнем территориальной дисперсии населения. Это означает, что в настоящий момент система здравоохранения, не получая преференций из федерального бюджета в рамках одноканальной системы финансирования, выполняет скорее деструктивную роль – отягощает регион и блокирует возможности его развития. Сделав такой вывод, можно также порекомендовать правительствам регионов, находящихся в схожих с Магаданской областью условиях, во-первых, планировать принципы социального развития прежде, чем приступать к поиску инвесторов и реализовывать инновационные проекты. Социальная инфраструктура при высоком уровне рассеяния населения будет давить непомерным грузом на экономику региона, снижая его инвестиционную привлекательность, но, не давая

ничего взамен, кроме поддержания минимальных условий для выживания населения. Во-вторых, периферийным регионам следует лоббировать собственные интересы в Правительстве Российской Федерации с целью внедрения особого механизма финансирования социальной инфраструктуры, ориентированной в большей степени на федеральный бюджет, а не на региональные источники.

#### *Список литературы / References*

1. *Балацкий Е.В.* Истощение академической ренты // Мир России, 2014. № 3. С. 150-174.
2. *Барбарук Ю.В.* Проблема взаимоотношений стран Севера и Юга в свете концепции когнитивного капитализма // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики, 2015 № 2 (52). В 2-х ч. Ч. I. С. 26-30.
3. *Бордюгова Т.Г.* Человеческий капитал и самореализация: стратегии адаптации личности в современном обществе // Вісн. Харк. нац. ун-ту ім. В.Н. Каразіна, 2010. № 888. С. 34-39.
4. *Верчеллоне К.* Вопрос о развитии в век когнитивного капитализма // Логос, 2007. № 4 (61). С. 144-167.
5. *Кузнецова С.А., Кузнецов И.Ю., Фещенко А.В.* Факторные структуры миграционных установочных систем старшеклассников Магадана с разными миграционными намерениями // Личность в межкультурном пространстве: Материалы VIII Международной научно-практической конференции: Москва, 14-15 ноября 2013 г. М.: РУДН, 2013. С. 146-151.
6. *Кузнецова С.А., Фещенко А.В.* Факторная структура миграционных установок студентов СВГУ // На перекрестке Севера и Востока (методология и практика регионального развития): материалы I Междунар. науч.-практ. конф., 10-11 июня 2013, г. Магадан: СВГУ, 2013. С. 242- 247.
7. *Кузьмин В.* Бюджет и точка // Российская газета от 22.10.2015 №6811 (240).
8. Министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://minzdrav.49gov.ru/activities/reports/> (дата обращения: 30.11.2017).
9. Официальная статистика Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Магаданской области. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://magadanstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_ts/magadanstat/ru/statistics/population/](http://magadanstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/magadanstat/ru/statistics/population/) (дата обращения: 03.05.2018).
10. *Шумахер Э.Ф.* Малое прекрасно: экономика для человека / пер. с англ. Леонид и Ирина Шарашкины. РСПИ, 2007.