

Гюсин

Критика национального проекта “Здоровье”

www.gyusin.ru

2008

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинская помощь	3
Платная и бесплатная медицинская помощь	3
Основные направления	4
Стратегия развития медицинской помощи	7
Демографическая политика	9
Демография и Капитализм	9
Материнский капитал	15
Стратегия положительной популяции народов России.....	17
Выводы	19
Литература	19

Без преувеличения можно утверждать, что от состояния здоровья каждого человека зависит Здоровье всего общества, нации, Государства, да и само их существование. Поэтому данная статья и посвящена рассмотрению данного вопроса и в частности подлежит рассмотрению претворяемый в жизнь национальный проект “Здоровье”

При рассмотрении данного вопроса можно выделить две его основные части, это медицинская помощь и демографическая политика.

Медицинская помощь

Платная и бесплатная медицинская помощь

Экономически медицинскую помощь принято подразделять на “платную” и “бесплатную” медицину. Хотя данное утверждение является не совсем правильным, так как и при “бесплатной”, и при “платной” медицине всё равно происходит оплата труда, оплата материальных средств для оказания медицинской помощи. Поэтому понятие “платной” и “бесплатной” медицины относится только к одному – это кто оплачивает затраты на оказание медицинской помощи, либо сам пациент, либо кто-то другой, в частности Государство. В СССР существовала “бесплатная” государственная медицинская помощь. Это позволяло, практически, обеспечить одинаковый уровень медицинской помощи для всего населения СССР, но уровень данной помощи не имел тенденции к повышению, так как для его повышения требовалось увеличение затрат на оказание медицинской помощи. Государство же являясь собственником средств производства используемых для оказания медицинской помощи, не получало, да и не могло, получить прямую прибыль от своей собственности, а это означало, что у него отсутствовала мотивация в развитии медицинской помощи для населения. При этом и у работников оказывающих медицинскую помощь отсутствовала мотивация к повышению медицинской помощи, так как оплата их труда напрямую не зависела от их труда. Что и привело к постепенному отставанию медицинской помощи в СССР от таких стран как США, ФРГ и т.п.

В этих странах медицинская помощь развивалась на основе “платной” медицины, когда сам человек оплачивал медицинскую помощь. Оплачивая самостоятельно медицинскую помощь, человек стремился получить максимально эффективную и качественную медицинскую помощь, что создавало условия для повышения уровня оказания медицинской помощи и способствовало её развитию. Но данный вид медицинской помощи имеет свои естественные ограничения – это платежеспособность населения, и чем более развитой она становится, тем меньше число людей может ей воспользоваться. Поэтому чтобы уменьшить данное ограничение и расширить количество людей способных воспользоваться данной медицинской помощью и возникло страхование медицинской помощи. Тем самым человек приобретая медицинский страховой полис, обеспечивает себе, при страховом случае, оказание медицинской помощи “бесплатно”. Так как он уже не сам оплачивает данную медицинскую помощь, а страховая компания и соответственно она для него становится “бесплатной”. Но страховая компания, это коммерческая организация и как каждая коммерческая организация она ориентирована на извлечение прибыли. Прибыль же для страховых организаций – это разница между страховыми сборами и выплатами по страховым случаям. Следовательно, они заинтересованы в уменьшении расходов на оказание медицинской помощи, что приводит к различной стоимости страховых полисов, для различных страховых случаев и соответственно к ограничению медицинской помощи для пациентов. Но даже при этих условиях часть людей не в состоянии воспользоваться медицинской помощью, *“ Вы знаете, огромное число – 35, что ли, миллионов американцев – вообще страховки не имеют.*

Они получают по бедности медицинскую помощь, но совсем другую – подожди, год на операцию и так далее” (1). Поэтому Государство вынуждено, для уменьшения социального напряжения в обществе, предоставлять им “бесплатную” медицинскую помощь, но в ограниченном объеме.

После развала СССР, Россия отказалась от сохранения “бесплатной” государственной медицинской помощи и перешла к страховой медицинской помощи. В основу, которой было положена обязательное медицинское страхование (ОМС), сохраняя при этом видимость для человека “бесплатной” медицинской помощи, хотя и в урезанном виде. Но это не остановило деградацию медицинской помощи, что, в конечном счете, и привело к необходимости в разработке и реализации национального проекта “Здоровье”.

Основные направления

В качестве основных направлений было выбрано, “*«Развитие первичной медико-санитарной помощи» и «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью».*” (2)

Для развития первичной медико-санитарной помощи в национальном проекте предлагается, “*повышение уровня квалификации врачей участковой службы (увеличение количества врачей, прошедших подготовку, на 13848); снижение коэффициента совместительства в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, до 1,1; сокращение сроков ожидания диагностических исследований в поликлиниках до одной недели; обновление парка санитарного автотранспорта службы скорой медицинской помощи на 12120 машин; снижение числа заразившихся ВИЧ-инфекцией не менее чем на 1000 человек в год; снижение заболеваемости - гепатитом В не менее чем в 3 раза, краснухой не менее чем в 10 раз, гриппом в период эпидемии и снижение выраженности его проявления у заболевших; ликвидация врожденной краснухи; раннее выявление наследственных болезней не менее чем у 250 детей; снижение материнской смертности до 29 на 100 тысяч родившихся живыми, младенческой смертности до 10,6 на 1000 родившихся живыми; снижение частоты обострений и осложнений хронических заболеваний не менее чем на 30% и снижение временной нетрудоспособности не менее чем на 20%.*” (2)

Для этого в частности предлагается произвести “*Повышение уровня оплаты труда врачей – терапевтов участковых и врачей – педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) и медицинских сестер участковых врачей – терапевтов участковых, медицинских сестер участковых врачей – педиатров участковых, медицинских сестер врачей общей практики (семейной медицины) путем осуществления ежемесячных денежных выплат врачам в размере 10 тыс. рублей и медицинским сестрам - 5,0 тыс. рублей за выполнение ими государственного задания по оказанию медицинской помощи.*”(2)

Что и выполняется, начиная с 2006 году. И к чему это приводит?

“Но когда мы увеличили заработную плату, мы забыли, что в поликлиниках кроме участковых работают узкие специалисты. Во-первых, внутри поликлиники начался раздрай – ты получаешь больше, выдавай. А во-вторых, это очень несправедливо. Часть стало переходить в участковые. Школьные и дошкольные врачи тоже стали переходить в участковые. А в школе и так не хватало, и мы школу сейчас оголяем. Потому что это дело надо делать нормально. Поэтому просто в нескольких выступлениях требовали и требуем сейчас от Правительстве немедленно повысить заработную плату вообще медикам нашим и узким специалистам в поликлинике. Я так по России езжу – в Смоленск поехал и по дороге останавливался в ЦРБ, на ФАПах и так далее. Остановился в одной центральной районной больнице, прихожу – травматологов не хватает, реаниматологов не хватает. За такую заработную плату никто не идет работать. Один травматолог работает – заведующий отделением. Сколько у него заработная плата, ну-ка скажите, в

месяц? 6000. Может, у него там огород, он там картошку сажает, у него руки такие. Но это так можно?!”(1)

Неужели всё это не было ясно, когда принимался национальный проект? Естественно, что Государственной власти Российской Федерации это было абсолютно ясно, так как в условиях, когда менее квалифицированная работа оплачивается выше, чем более квалифицированная, а скажем, реаниматолог является более квалифицированным специалистом, чем участковый, то естественно другого положения дел и не могло быть. Следовательно, Государственная власть Российской Федерации сознательно пошла по пути сокращения оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению России. При этом чтобы это не так бросалось в глаза, она заложила в данный национальный проект направление, “Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью”.

Согласно, национального проекта “Здоровье”, по данному направлению за 2006 и 2007 годы предлагается:

- строительство 15 новых центров высоких медицинских технологий в субъектах Российской Федерации;
- организация подготовки медицинских кадров для новых центров высокотехнологичной медицинской помощи: врачей – 1200 человек, среднего медицинского персонала – 4800;
- оказание высокотехнологичной медицинской помощи на основе государственного задания - 298 тыс. чел.

Т.е. в среднем за год предполагается оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь на основе государственного задания в среднем – 149 тыс. человек. А если учесть, что численность населения России составляет порядка 142 мил. человек, то это означает, что высокотехнологическая медицинская помощь на основе государственного задания может быть оказана только одному из каждой тысячи человек в год.

Неужели в России так мало людей, которым нужна данная медицинская помощь?

Обратимся к статистике.

“9.3. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПО ОСНОВНЫМ КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ в 2000 - 2006 гг.

(зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	<i>Всего, тыс. человек</i>						
<i>Все болезни</i>	106328	104322	106742	107385	106287	105886	108842
<i>в том числе:</i>							
<i>некоторые инфекционные и паразитарные болезни</i>	6448	6350	5939	5414	5505	5312	5327
<i>Новообразования</i>	1226	1239	1295	1287	1375	1357	1418
<i>болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм</i>	551	563	731	626	648	647	765
<i>болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ</i>	1234	1297	1546	1373	1407	1361	1673
<i>болезни нервной системы</i>	2227	2179	2246	2174	2228	2178	2318
<i>болезни глаза и его придаточного аппарата</i>	4638	4701	4836	4722	4871	4778	5107

<i>болезни уха и сосцевидного отростка</i>	3191	3234	3305	3231	3415	3425	3502
<i>болезни системы кровообращения</i>	2483	2605	2805	2954	3146	3278	3787
<i>болезни органов дыхания</i>	46170	43012	43005	44560	41946	41915	42338
<i>болезни органов пищеварения</i>	4698	4841	5149	5063	5079	5034	5024
<i>болезни кожи и подкожной клетчатки</i>	6407	6561	6763	6763	6993	7073	7239
<i>болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани</i>	4452	4583	5059	4818	4875	4746	5040
<i>болезни мочеполовой системы</i>	5470	5627	5880	6035	6523	6560	6967
<i>осложнения беременности, родов и послеродового периода</i>	2085	2181	2386	2512	2468	2471	2519
<i>врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения</i>	214	211	241	236	236	243	257
<i>травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин</i>	12544	12716	12866	12903	12846	12808	12759
	<i>На 1000 человек населения</i>						
<i>Все болезни</i>	730,5	719,7	740,1	748,6	744,9	745,9	763,9
<i>из них:</i>							
<i>некоторые инфекционные и паразитарные болезни</i>	44,3	43,8	41,2	37,7	38,6	37,4	37,4
<i>Новообразования</i>	8,4	8,5	9,0	9,0	9,6	9,6	10,0
<i>болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм</i>	3,8	3,9	5,1	4,4	4,5	4,6	5,4
<i>болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ</i>	8,5	8,9	10,7	9,6	9,9	9,6	11,7
<i>болезни нервной системы</i>	15,3	15,0	15,6	15,2	15,6	15,3	16,3
<i>болезни глаза и его придаточного аппарата</i>	31,9	32,4	33,5	32,9	34,1	33,7	35,8
<i>болезни уха и сосцевидного отростка</i>	21,9	22,3	22,9	22,5	23,9	24,1	24,6
<i>болезни системы кровообращения</i>	17,1	18,0	19,5	20,6	22,1	23,1	26,6
<i>болезни органов дыхания</i>	317,2	296,8	298,2	310,6	294,0	295,3	297,1
<i>болезни органов пищеварения</i>	32,3	33,4	35,7	35,3	35,6	35,5	35,3
<i>болезни кожи и подкожной клетчатки</i>	44,0	45,3	46,9	47,1	49,0	49,8	50,8
<i>болезни костно-мышечной</i>	30,6	31,6	35,1	33,6	34,2	33,4	35,4

<i>системы и соединительной ткани</i>							
<i>болезни мочеполовой системы</i>	37,6	38,8	40,8	42,1	45,7	46,2	48,9
<i>осложнения беременности, родов и послеродового периода¹⁾</i>	52,9	55,1	60,2	63,3	62,4	62,9	64,1
<i>врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения</i>	1,5	1,5	1,7	1,6	1,7	1,7	1,8
<i>травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин</i>	86,2	87,7	89,2	89,9	90,0	90,2	89,5

1) На 1000 женщин в возрасте 15-49 лет.” (3)

Согласно ей в России, за 2006 зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, только по новообразования – 1418 тысяч человек, т.е. 10 человек на 1000 человек. А это означает, что 9 человекам из 10 государство отказывает в оказании медицинской помощи на основе государственного задания и это только по одному заболеванию - новообразованиям.

А другие заболевания? На них уже медицинская помощь на основе государственного задания уже не распространяется – не заложена!

Все это является свидетельством того, что национальный проект “Здоровье”, в части оказания медицинской помощи, направлен на резкое сокращение оказания бесплатной высокотехнологичной государственной медицинской помощи. И при этом устраняется мотивация у медицинских работников к повышению своей квалификации, так как менее квалифицированный труд оплачивает выше, чем высококвалифицированный, что объективно приводит к снижению среднего уровня оказания медицинской помощи во всей стране.

И всё это, в конечном счете, приводит к повышению смертности населения в стране и как следствие этого к сокращению его численности.

Стратегия развития медицинской помощи

Величина среднего уровня оказания медицинской помощи на прямую влияет на продолжительность жизни человека и на его трудоспособность. Чем выше средний уровень оказания медицинской помощи, тем более продолжительна жизнь человека и тем более длительное время он остается трудоспособным, тем самым более высоким становится экономический уровень всего общества (Государства). Но для повышения среднего уровня оказания медицинской помощи необходимо чтобы медицинский персонал имел бы мотивацию к повышению своей квалификации и большую практику, а также, как можно более широкое применение высокотехнологичной медицинской помощи. А для этого необходимы материальные затраты. И по типу возмещения данных затрат медицинскую помощь подразделяют:

- на платную, когда человек сам непосредственно оплачивает оказанную ему медицинскую помощь;
- государственную, когда государство оплачивает медицинскую помощь;
- страховую, когда страховые компании оплачивают медицинскую помощь, которые подпадают под страховой случай.

Наибольший охват медицинской помощи населения, а следовательно, и наибольшую практику для медицинского персонала, обеспечивает государственная медицинская помощь. Но ввиду того, что государство не получает, да и не может

получить, прямой прибыли от этого, то оно мало заинтересовано в повышении уровня медицинской помощи, так как это требует только дополнительные затраты. Следовательно, и средний уровень медицинской помощи не имеет тенденцию к повышению.

Самым заинтересованным в получении высокого уровня медицинской помощи является сам пациент. Поэтому, платя сам за медицинскую помощь, он стремится к тому, чтобы она была наиболее высокого уровня. Тем самым это создает стимул у медицинского персонала к повышению своей квалификации и к использованию высокотехнологичной медицинской помощи. Но огромное большинство населения не в состоянии оплачивать это, следовательно, у медицинского персонала уменьшается практика, что отрицательно сказывается на возможности для повышения их квалификации. И как следствие этого количество высококвалифицированного медицинского персонала резко ограничивается и это, не оказывает ни какого влияния на повышение среднего уровня оказания медицинской помощи.

Страховая медицинская помощь призвана увеличить практику по оказанию высококвалифицированной медицинской помощи, оплачивая за пациента затраты на данную медицинскую помощь. Тем самым она способствует увеличению высококвалифицированного медицинского персонала, а это уже влияет на повышение среднего уровня оказания медицинской помощи. Государство, стремясь избавиться от непроизводительных затрат по оказанию медицинской помощи, также использует страховую медицинскую помощь, перечисляя страховым компаниям часть налогов собранных у населения. Тем самым, создавая систему обязательного медицинского страхования, в отличие от системы добровольного медицинского страхования, когда происходят добровольные отчисления с целью получения высококвалифицированной медицинской помощи.

Но так как любая страховая компания, это в первую очередь коммерческая организация, а основной целью любой коммерческой организации является получение прибыли, то для получения этой прибыли она просто вынуждена ограничивать перечень оказываемой медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования. И эти ограничения касаются в первую очередь высокотехнологичной медицинской помощи, как наиболее затратной. Тем самым передача оплаты по оказанию медицинской помощи от Государства к страховым компаниям объективно понижает средний уровень оказания медицинской помощи населению, так как Государство вынуждено оплачивать любую медицинскую помощь, включая и высокотехнологичную, в отличие от страховых компаний.

Но даже при добровольном медицинском страховании, страховые компании ограничивают пациентов в перечне оказываемой медицинской помощи, и эти ограничения связаны с необходимостью данных компаний в получении коммерческой прибыли.

Исходя из всего этого, можно сделать следующей вывод, что для повышения среднего уровня оказания медицинской помощи необходимо, чтобы оплата медицинской помощи осуществлялась без требования извлечения от этого коммерческой прибыли. А это возможно только при условии, что данная оплата будет производиться некоммерческой организацией, а именно некоммерческим медицинским фондом, который образуется путем отчислений всеми гражданами Российской Федерации части своего дохода. Владельцами данного фонда являются эти же граждане, пропорционально своим отчислениям в этот фонд. Тем самым, по определению, отпадает надобность в получении коммерческой прибыли, но при этом люди фактически своими средствами оплачивают медицинскую помощь, и при этом получают её бесплатно. Это обеспечивает большую практику и стимул для повышения среднего уровня оказания медицинской помощи.

Но большой практики и стимула не достаточно для повышения среднего уровня оказания медицинской помощи, необходима ещё и мотивация медицинских работников в

повышении своей квалификации. А это возможно только при экономической заинтересованности в этом самих медицинских работников. Экономическая же заинтересованность возникает только при одном условии, если человек становится собственником средств производства, а при общественном способе производства, чтобы все медицинские работники стали собственниками средств производства, это, возможно, осуществить только при одном виде собственности на средства производства – это **Индивидуальная собственность на средства производства.** (11) (12) (13)

При данном виде собственности, экономическое благополучие каждого работника пропорционально его труду. Следовательно, чем более высококвалифицированный труд используется для оказания медицинской помощи, тем большее экономическое благополучие имеет соответственно и медицинские работники.

Объективным результатом реализации данной стратегии является повышение среднего уровня оказания медицинской помощи, тем самым это приводит к понижению смертности населения в стране и как следствие этого к повышению его численности.

Демографическая политика

“Демографическая ситуация в России является сегодня одной из самых острых социально-экономических проблем, затрагивающих интересы национальной безопасности. Ежегодно население России сокращается на 700 – 800 тыс. человек.

По данным Всероссийской переписи населения 2002 года только 15% из 41 млн российских семей воспитывают двух несовершеннолетних детей, трех и более несовершеннолетних детей воспитывают менее 3% семей и почти у половины семей в России в составе семьи несовершеннолетних детей нет. С каждым годом растет число неполных семей.

Введение с 1 января 2007 года материнского (семейного) капитала направлено на стимулирование рождаемости в стране, укрепление престижа института семьи. Важно, чтобы каждая женщина, принимая решение о рождении ребенка, ощущала поддержку государства и была спокойна за будущее своей семьи” (4)

На первый взгляд достаточно разумные меры, но так ли это на самом деле? Для определения эффективности предложенных мер Государственной властью Российской Федерации проведем некоторые исследования.

Демография и Капитализм

При анализе мировой демографической ситуации можно заметить, что данная проблема характерна не только для России, но она присутствует и в других странах: *“Проблема уменьшения числа детей, которые появляются на свет, это проблема не только в России. Германия плачет. Франция – проблема с этим делом. Уменьшается численность населения за счет коренного населения. И во всем мире это большая проблема. Но там проблема несколько иного плана – там социальные проблемы решены как бы, а потом идут психологические проблемы – рожать, не рожать.”*(1)

Но данная проблема не всегда присутствовала в мире. До определенного периода развития общества она отсутствовала. Скажем, в России, в XIX веке, наблюдался уверенный естественный рост народонаселения.

*“IV. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСЧИСЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ЗА 1897 - 1914 гг.
Общие результаты наших исчислений сведены в табл. 6.*

Таблица 6. Расчет численности населения России (без Финляндии) за 1897 - 1914 гг.

Годы	Абсолютные данные				Естественный прирост на 100 человек среднего населения	
	Естественный прирост (исправленный)	Внешняя миграция	Численность населения, млн.			
			тыс. человек	на начало года		
1897	2075,7*	-6,9*	125,6**	126,7	1,79	1,70
1898	2010,2	-15,1	127,7	128,7	1,56	
1899	2305,7	-42,8	129,7	130,8	1,76	
1900	2375,2	-66,7	131,9	133,1	1,78	
1901	2184,8	-19,6	134,2	135,3	1,61	
1902	2412,4	-13,7	136,4	137,6	1,75	1,68
1903	2518	-87,2	138,8	140	1,8	
1904	2582,7	-70,7	141,2	142,5	1,81	
1905	1980,6	-228,3	143,7	144,6	1,37	
1906	2502,5	-147,4	145,5	146,7	1,71	
1907	2769,8	-139,1	147,8	149,2	1,86	1,65
1908	2520,4	-46,5	150,5	151,8	1,66	
1909	2375,6	-10,8	153	154,2	1,54	
1910	2266	-105,8	155,3	156,4	1,44	
1911	2779,1	-56	157,5	158,9	1,75	
1912	2823,9	-64,8	160,2	161,6	1,75	...
1913	2754,5	25,1	163	164,4	1,68	...
1914	165,7

* Ввиду того, что итог переписи 1897 г, относится к 28 января, за 1897 г. взят прирост не за весь год, а только за 11 месяцев.

** Наличное население по переписи 1897 г,

Окончательная цифра численности населения Российской империи на начало 1914 г., полученная путем последовательного прибавления к величине наличного населения по переписи 1897 г. ежегодных данных о естественном приросте и передвижениях через границу, составляет, 165,7 млн.

При оценке достоверности этой цифры необходимо учесть, что, несмотря на все поправки, внесенные в непосредственные данные регистрации естественного движения населения, все же возможно, что допущен некоторый недоучет естественного прироста. С другой стороны, допущено некоторое преуменьшение эмиграции за счет недоучета нелегальных переходов границы. Оба эти недоучета действуют в противоположных направлениях, но трудно сказать, компенсируют ли они друг друга полностью.

За 17-летний промежуток времени - от переписи 1897 г. до начала 1914 г. - население России выросло на 40,1 млн. человек, Превышение родившихся над умершими за этот период составляло 41,2 млн. (в среднем за год 2,4 млн. человек). Естественный прирост явился таким образом решающим фактором в формировании населения России в

предреволюционный период. Сальдо внешней миграции незначительно влияло на динамику населения и было отрицательным.

Несмотря на слабую заселенность, большое количество малоосвоенных территорий и исключительные естественные богатства, Россия была, как известно, страной эмиграции. Нищета, хозяйственная отсталость, угнетение национальных меньшинств - все это способствовало выезду людей в другие страны, в первую очередь за океан. За 17 лет Россия потеряла в результате внешней миграции свыше 1 млн. человек. Особенно значителен был отток населения в период русско-японской войны и реакции, последовавшей после первой революции. На три года (1905-1907 гг.) приходится почти половина потери населения за 17-летний промежуток времени (515 тыс. из 1129 тыс.), а на 1905 г. - 20% этих потерь.

Динамика показателей, вычисленных по отношению к населению, показывает снижение прироста населения в течение рассматриваемого периода. Среднегодовой темп естественного прироста за пятилетие (1897 - 1901 гг.) составлял 1,7%, за 1902 - 1906 гг. - 1,68%, 1907 - 1911 гг. - 1,65%. Естественный прирост населения России до войны снижался, таким образом, хотя и медленно, но довольно последовательно. Способ наших расчетов не представляет, к сожалению, возможности проследить, за счет каких именно изменений рождаемости и смертности складывалась эта динамика прироста.” (5)

Но как можно видеть, что “Динамика показателей, вычисленных по отношению к населению, показывает снижение прироста населения в течение рассматриваемого периода. Среднегодовой темп естественного прироста за пятилетие (1897 - 1901 гг.) составлял 1,7%, за 1902 - 1906 гг. - 1,68%, 1907 - 1911 гг. - 1,65%” (5)

Этот же период в России характеризуется бурным развитием капиталистического способа производства, как в промышленности, так и в сельском хозяйстве. И если обратится к данным по губерниям:

“Изменение рождаемости по отдельным губерниям можно проследить при сравнении этих показателей за начальное и конечное пятилетия изучаемого периода. Приводим для этой цели следующую таблицу:

Таблица 125

Рождаемость населения 50 губерний Европейской России за 1861—1865 гг. и 1911—1913 гг.

Губернии	На 1000 населения приходилось родившихся		Увеличение (+) уменьшение (-) с 1851-1865 по 1911-1913 в процентах	Губернии	На 1000 населения приходилось родившихся		Увеличение (+) уменьшение (-) с 1851-1865 по 1911-1913 в процентах
	1861—1865 гг.	1911—1913 гг.			1861—1865 гг.	1911—1913 гг.	
В среднем по 50 губерниям Европейской России . . .	50,7	43,9	-13,4				
В том числе:				Екатеринославская	55,5	47,7	-14,1
Астраханская	50,3	54,1	+7,6	Волынская . .	46,9	39,5	-15,7
Архангельская	41,1	43,5	+5,8	Смоленская	54,1	44,9	-17
Область Войска Донского	48,9	50,5	+3,3	Харьковская	53,1	43,9	-17,3
Вологодская	46	47	+ 2,2	Тверская . . .	48,7	40,1	-17,6
Пермская . .	55,2	55,2	—	Киевская . . .	46,7	37,5	-19,6
Бессарабская	41,4	40,4	- 2,4	Подольская	45,7	36,7	-19,7
Оренбургская	55,3	53,7	- 2,9	Ярославская	45,4	36,4	-20,4
Пензенская . .	51,3	48,7	- 5,0	Московская	50	39,6	-20,8

Самарская . .	58,2	55	-5	Тульская . . .	55,9	44	-21,4
Олонецкая . .	48,5	45,8	- 5,5	Владимирская	52	40,2	-22,7
Уфимская . .	50,6	47,7	- 5,7	Орловская . .	58,1	44,8	-22,8
Симбирская	52,5	49,5	- 5,7	Рязанская . .	52,7	40,6	-23,0
Костромская	48	45,1	- 6,0	Псковская . .	51,1	39,1	-23,3
Вятская . . .	54,9	51,3	- 6,5	Херсонская . .	53,5	39,8	-25,6
Калужская	50	46,5	- 7,0	Могилевская	50,8	36,8	-27,5
Новгородская	45,7	42	- 8,0	Черниговская	54,9	39,7	-27,7
Тамбовская	51,6	47,2	- 8,5	С-Петербургская	41,2	29,3	-28,9
Казанская . .	48	42,8	-10,8	Минская . .	53	37,5	-29,2
Саратовская	54	47,2	-12,6	Витебская . .	48	33,3	-30,6
Нижегородск.	52,7	46	-12,7	Полтавская	53,8	30,5	-32,0
Таврическая	49	42,8	-12,7	Курляндская	36,2	24,6	-32,1
Воронежская	56,3	48,8	-13,3	Гродненская	50,2	32,8	-34,7
Курская . . .	53,5	46,4	-13,3	Ковенская . .	42,3	27,3	-35,4
				Эстляндская	39,1	24,6	-37,6
				Виленская . .	50,2	39,6	-39,0
				Лифляндская	40,6	22,6	-44,3

¹Данные за 1866—1870 гг.

Из этой таблицы видно, что за 50 лет значительно уменьшились показатели рождаемости по группе губерний прибалтийских, западных и столичных. Небольшие изменения показателей имели место в Вологодской, Оренбургской, Бессарабской губерниях и области Войска Донского.” (6)

И принимая во внимание, что “Крупнокапиталистическая промышленность по-прежнему была сосредоточена в 6 районах — Центрально-промышленном, Северо-западном (Петербург), Прибалтийском, Южном, Польском и Уральском, где производилось свыше 75% валовой продукции и концентрировалось до 79% всех фабрично-заводских рабочих (1911). Остальные территории в промышленном отношении были развиты слабо.”(7)

То, исходя из этого, можно утверждать, что уменьшение рождаемости однозначно связано с развитием капиталистического способа хозяйствования. При этом особенно бурный рост развития капиталистического способа хозяйствования в сельском хозяйстве связан с реформами П.А. Столыпина - связанные с разрушением сельскохозяйственной Общины, пришедшие на годы 1907 - 1911. Что и отразилось в увеличении динамики уменьшения среднегодового темпа естественного прироста населения в 1907-1911 относительно 1902-1906 до 0,03% с 0,02% по сравнению с предыдущим периодом 1902-1906 относительно 1897-1901.

“Русская сельская община существует с незапамятного времени, и довольно схожие формы ее можно найти у всех славянских племен. Там, где ее нет, — она пала под германским влиянием. У сербов, болгар и черногорцев она сохранилась в еще более чистом виде, чем в России. Сельская община представляет собой, так сказать, общественную единицу, нравственную личность; государству никогда не следовало посягать на нее; община является собственником и объектом обложения; она ответственна за всех и каждого в отдельности, а потому автономна во всем, что касается ее внутренних дел.

Русская сельская община существует с незапамятного времени, и довольно схожие формы ее можно найти у всех славянских племен. Там, где ее нет, — она пала под германским влиянием. У сербов, болгар и черногорцев она сохранилась в еще более чистом виде, чем в России. Сельская община представляет собой, так сказать, общественную единицу, нравственную личность; государству никогда не следовало посягать на нее; община является собственником и объектом обложения; она ответственна за всех и каждого в отдельности, а потому автономна во всем, что касается ее внутренних дел.

Ее экономический принцип—полная противоположность знаменитому положению Мальтуса¹²⁰: она предоставляет каждому без исключения место за своим столом. Земля

принадлежит общине, а не отдельным ее членам; последние же обладают неотъемлемым правом иметь столько земли, сколько ее имеет каждый другой член той же общины; эта земля предоставлена ему в пожизненное владение, он не может, да и не имеет надобности передавать ее по наследству. Его сын, едва он достигает совершеннолетия, приобретает право, даже при жизни своего отца, потребовать от общины земельный надел. Если у отца много детей — тем лучше, ибо они получают от общины соответственно больший участок земли; по смерти же каждого из членов семьи земля опять переходит к общине.

Часто случается, что глубокие старики возвращают свою землю и тем самым приобретают право не платить податей. Крестьянин, покидающий на время свою общину, не теряет вследствие этого прав на землю; ее можно отнять у него лишь в случае изгнания, и подобная мера может быть применена только при единодушном решении мирского схода. К этому средству, однако, община прибегает лишь в исключительных случаях. Наконец, крестьянин еще тогда теряет это право, когда по собственному желанию он выходит из общины. В этом случае ему разрешается только взять с собой свое движимое имущество: лишь в редких случаях позволяют ему располагать своим домом или перенести его. Вследствие этого сельский пролетариат в России невозможен.

Каждый из владеющих землею в общине, то есть каждый совершеннолетний и обложенный податью, имеет голос в делах общины. Староста и его помощники, избираются миром. Так же поступают при решении тяжбы между разными общинами, при разделе земли и раскладке податей. (Ибо обложению подлежит главным образом земля, а не человек. Правительство ведет счет только по числу душ; община пополняет недоимки в сборе податей по душам при помощи особой раскладки и принимает за податную единицу деятельного работника, т. е. работника, имеющего в своем пользовании землю.) (8)

Следовательно, крестьянская община выступала гарантом нормального функционирования и воспроизводства крестьянской семьи, институтом, который в экстремальных условиях обеспечивал ее физическое выживание, давал возможность противостоять натиску государства, землевладельцев и др. Длительное время крестьянская община в России способствовала поддержанию жизненного уровня крестьянских хозяйств, так как гарантировала равное право на жизнь каждому крестьянину.

При этом как точно заметил А.И. Герцен “Если у отца много детей — тем лучше, ибо они получают от общины соответственно больший участок земли;” (8). А из этого вытекает одно из основополагающих положений, что семья (муж и жена) экономически были заинтересованы в увеличении количества детей своей семьи, так как это повышает благосостояние данной семьи. Если присмотреться более подробнее к самой семье, то можно заметить, что, начиная с определенного возраста, примерно с четырёх – пяти лет дети начинают принимать активное участие в экономической жизни семьи, следя за домашней птицей, собирая ягоды, грибы и т.д. и т.п. Тем самым, принося экономическую пользу семье и, не являясь “обузой” для родителей, а наоборот повышают их экономическое благосостояние. В старости же многочисленным детям проще обеспечить содержание своих престарелых родителей. Всё это сопровождается активной социальной жизнью семьи в общине, как мужчины, так и женщины.

Но в условиях становления капиталистического способа производства, ориентированного на производство товаров для рынка, сельскохозяйственная община превратилась в сдерживающий фактор. Так как она была гарантом функционирования и воспроизводства крестьянской семьи, а не гарантом получения прибыли, являющейся результатом производства товаров для рынка. Поэтому реформа П.А. Столыпина, направленная на увеличение производства товаров, неизбежно приводила к разрушению

сельскохозяйственной общины, как сдерживающего фактора развития крестьянского хозяйствования.

В условиях же капиталистического способа производства, в частности частной собственности на средства производства, отпадает потребность в большой семье, так как для обеспечения экономического благополучия достаточно приобрести на рынке рабочую силу, что позволяет значительно увеличить производство товарной продукции. При этом наличие большого количества детей в семье является даже экономически вредным для частного собственника капитала, так как это со временем приводит к разделу данного капитала между детьми данного собственника, что резко уменьшает эффективность его использования, а это приводит к тому, что для владельца капитала необходим только единственный наследник. А следовательно, семья собственника капитала отказывается от наличия в ней большого количества детей.

У работников наемного труда, собственников рабочей силы, также отсутствует экономический стимул для наличия большого количества детей в семье. Это связано с тем, что дети не приносят экономической выгоды семье, а наоборот требуют экономических затрат для их содержания, что наоборот уменьшает экономическое благополучие семьи. Тем более что капиталу, для получения максимальной прибыли, необходима полная отдача от наёмных работников и для этого он создает все необходимые условия, включая и такие, как пенсионное обеспечение наёмных работников, что уменьшает зависимость родителей от детей в своей старости, или даже сводит её к нулю. Рождение и содержание детей отвлекает наемных работников от работы на капитал и как следствие этого уменьшает прибыль капитала, что обуславливает отрицательную реакцию капитала на большое количество детей в семьях наёмных работников. Это проявляется в ограничениях для женщин на работу, чем больше у женщины детей, тем трудней ей найти адекватную работу, которая необходима ей для содержания её детей.

Всё это приводит к тому, что в условиях капиталистического способа производства происходит объективное снижение рождаемости в стране и как следствие этого, сокращение естественного прироста народонаселения. Количественное сокращение естественного прироста народонаселения определяется естественным желанием женщины иметь хотя бы одного ребенка, в большинстве случаев независимо от пола ребенка. Что обуславливает коэффициент рождаемость порядка 1. При этом статистические данные ряда стран с капиталистическим способом производства имеют следующие показатели – от 2,01 в США до 0,94 в Гонконге. Это обусловлено, как значительной материальной поддержкой рождаемости в ряде стран, таких как США, так и естественным желанием мужчин иметь наследника мужского пола, а если принять во внимание, что вероятность рождения ребенка определенного пола порядка 0,5 - то, следовательно, коэффициент рождаемости возрастает до 1,5. Отклонение данного коэффициента в большую сторону обусловлено наличием благоприятной экономической ситуации в стране и материальной поддержкой рождаемости со стороны государства, что позволяет женщине помимо естественного желания иметь хотя бы одного ребенка, реализовать вторичное её желание иметь ребенка женского пола, что и дает коэффициент рождаемости порядка - 2.

Что и подтверждается ниже приведенными статистическими данными:

“Таблица 1. Суммарный коэффициент рождаемости (СКР) в 2003 году: две группы стран

<i>Группа 1</i>	<i>СКР</i>	<i>Группа 2</i>	<i>СКР</i>
<i>США</i>	<i>2,01</i>	<i>Португалия</i>	<i>1,44</i>
<i>Исландия</i>	<i>1,99</i>	<i>Швейцария</i>	<i>1,41</i>
<i>Ирландия</i>	<i>1,98</i>	<i>Мальта</i>	<i>1,41</i>
<i>Новая Зеландия</i>	<i>1,96</i>	<i>Австрия</i>	<i>1,39</i>

<i>Франция</i>	<i>1,89</i>	<i>Германия</i>	<i>1,34</i>
<i>Норвегия</i>	<i>1,80</i>	<i>Испания</i>	<i>1,29</i>
<i>Дания</i>	<i>1,76</i>	<i>Италия</i>	<i>1,29</i>
<i>Финляндия</i>	<i>1,76</i>	<i>Япония</i>	<i>1,29</i>
<i>Австралия</i>	<i>1,75</i>	<i>Греция</i>	<i>1,27</i>
<i>Нидерланды</i>	<i>1,75</i>	<i>Сингапур</i>	<i>1,26</i>
<i>Швеция</i>	<i>1,71</i>	<i>Южная Корея</i>	<i>1,19</i>
<i>Британия</i>	<i>1,71</i>	<i>Гонконг</i>	<i>0,94</i>
<i>Люксембург</i>	<i>1,63</i>		
<i>Бельгия</i>	<i>1,61</i>		
<i>Канада</i>	<i>1,50</i>		

Источник: Составлено автором на основании различных официальных статистических источников, включая «Евростат» и информацию государственных статистических служб.» (9)

Приведенные данные показывают, что при капиталистическом способе производстве происходит депопуляция народов, это обусловлено экономическими условиями, которые сопровождают капиталистический способ производства. К данному способу производства относится как производство, основанное на частной собственности на средства производства в условиях рыночного хозяйствования, так и производство, основанное на государственной собственности на средства производства при плановой организации хозяйствования.

Поэтому частная и государственная собственность на средства производства, вне зависимости от типа хозяйствования рыночного или планового, объективно приводит к депопуляции народов. Это позволяет утверждать, что при капиталистическом способе производстве в странах, использующих для своего развития данный способ производства, объективно происходит геноцид народов.

Материнский капитал

Проведенные исследования продемонстрировали, что только экономическая заинтересованность семьи в большом количестве детей, какой она была в Русской сельской общине, позволяет иметь положительную популяцию народа, отсутствие её ведет к депопуляции народа и только в самом лучшем случае к её стагнации.

В экономическую основу Русской сельской общины был положен принцип, что, каждый член общины *“обладают неотъемлемым правом иметь столько земли, сколько ее имеет каждый другой член той же общины; эта земля предоставлена ему в пожизненное владение, он не может, да и не имеет надобности передавать ее по наследству”*(8), т.е. каждый член общины имеет такое же количество средств производства, как любой другой член общины и которые находятся в его пожизненном владении. Тем самым в Русской сельской общине был заложен экономический принцип расширенного воспроизводства общины, так как чем больше детей в семье, тем больше средств производства имела во владении данная семья и тем более экономически благополучнее она становилась и тем больше становилась сама община. Т.е. в основу расширенного воспроизводства самой общины был заложен экономический принцип увеличения экономического благополучия, за счет увеличения количества владения средствами производства пропорционально увеличения количества душ. Тем самым ставилось в прямую зависимость экономическое благополучие семьи от количества детей

в данной семье, чем больше детей в ней, тем более экономически благополучна, будет данная семья, при прочих равных условиях.

Следующим не мало важным фактором являлось то, что дети с раннего возраста участвовали в экономической жизни семьи и соответственно не требовали дополнительных затрат на своё содержание. А также то, что экономически большой семье значительно легче содержать своих престарелых родителей. При этом женщина всегда оставалась в социальной среде общины.

Все эти факторы, способствовали значительному приросту населения в России конца XIX века.

В начале XXI века, для увеличения рождаемости Государственная власть Российской Федерации ввела с 1 января 2007 года материнский (семейный) капитал, который согласно федеральному закону «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» (14) могут получить:

- женщина, родившая (усыновившая) второго ребенка начиная с 1 января 2007 года;
- женщина, родившая (усыновившая) третьего ребенка или последующих детей начиная с 1 января 2007 года, если ранее они не воспользовались правом на материнский капитал;
- мужчина, являющийся единственным усыновителем второго, третьего или последующих детей, ранее не воспользовавшимся правом на материнский (семейный) капитал, если решение суда об усыновлении вступило в законную силу с 1 января 2007 года.

И эти средства они могут потратить только на:

- приобретение или строительство жилья на территории России (в том числе на взнос по ипотечному кредиту),
- оплату расходов, связанных с получением образования любым из детей, возраст которых на дату начала обучения по соответствующей образовательной программе не превышает 25 лет (перечень таких расходов устанавливается Правительством Российской Федерации),
- формирование накопительной части трудовой пенсии.

Но как было выяснено, что для положительного естественного прироста народонаселения необходимо, чтобы были соблюдены следующие экономические и социальные условия:

- увеличение владения (собственности) средствами производства, пропорционально увеличению количеству детей в семье;
- уменьшение затрат семьи на содержание детей, либо даже увеличение экономического благополучия семьи при увеличении количества детей в ней;
- увеличение экономического благополучия родителей в старости, в зависимости от количества детей в семье;
- участие женщины в социальной жизни общества, вне зависимости от количества у неё детей.

А как можно заметить, что Государственная власть Российской Федерации предлагает семье (женщине) практически только одно – это увеличение для неё пенсии. Так как на содержание второго ребенка может быть затрачено средств даже больше чем сам материнский капитал, не говоря уже о том, что оплата расходов, связанных с получением образования любым из детей, не повышает благополучие родителей, а наоборот может способствовать возникновению негативных последствий для семьи. При этом даже увеличение её пенсии ограничено только вторым ребенком.

Следовательно, предложенные Государственной властью Российской Федерации меры не способствуют повышению экономического благополучия семьи.

При этом продолжают действовать объективные причины свойственные капиталистическому способу производства, а именно:

- снижения экономического благополучия семьи при её увеличении;
- отсутствие увеличения благополучия всех родителей (мужчины и женщины) в старости в зависимости от количества детей в семье;
- более выраженное отстранение женщины от социальной жизни общества с увеличением у неё количества детей, что сказывается на экономическом благополучии семьи.

А это означает, что данные меры не способны существенно изменить положения с рождаемостью в Российской Федерации и математическое ожидание коэффициента рождаемости объективно не превысит – 1,5, что наряду с показателями предыдущих лет свидетельствует, что в Российской Федерации будут продолжаться депопуляция её населяющих народов.

“Таблица 2.16. Итоговая (суммарная) рождаемость на одну женщину, Россия, 1980, 1990—2005 гг.

<i>Год</i>	<i>Все население</i>	<i>Городское население</i>	<i>Сельское население</i>
1980	1,89	1,70	2,51
1990	1,89	1,70	2,60
1991	1,73	1,53	2,45
1992	1,55	1,36	2,26
1993	1,37	1,20	1,95
1994	1,39	1,24	1,91
1995	1,34	1,19	1,81
1996	1,27	1,14	1,70
1997	1,22	1,10	1,62
1998	1,23	1,11	1,64
1999	1,16	1,04	1,53
2000	1,19	1,09	1,55
2001	1,22	1,12	1,56
2002	1,28	1,19	1,61
2003	1,32	1,22	1,67
2004	1,34	1,25	1,66
2005	1,29	1,20	1,59

Примечание. Рассчитано на основе однопольных возрастных коэффициентов. В 1993—2003 гг. — без Чеченской Республики.”(10)

Стратегия положительной популяции народов России

В результате проведенного исследования было определено, что положительная популяции народов в Российской Федерации объективно возможна только при экономической заинтересованности семьи в большом количестве детей, а это в свою очередь объективно возможно, только если пропорционально увеличению количеству детей в семье увеличивается и владение (собственность) средствами производства семьи.

В условиях капиталистического способа производства этого добиться невозможно, так как при частной собственности на средства производства, собственность на средства производства принадлежит всему Капиталу, а не его частям. Дробление же Капитала является экономически неэффективно. При Государственной же собственности на средства производства, собственником средств производства является Государство, которое ими и владеет, и по определению не может передать данное право частным лицам.

Поэтому единственная возможность, при общественном производстве, обеспечить выполнение данного требования – это **Индивидуальная собственность на средства**

производства. (11) (12) (13) При которой общественная собственность на средства производства формируется из Индивидуальных собственности работников. Тем самым присутствуют необходимые условия для создания экономически благоприятной среды для увеличения рождаемости, только при которой становится возможной положительная популяция народов.

При Индивидуальной собственности на средства производства общество (Государство), предоставляет семье во владение семейную индивидуальную собственность, размер которой зависит от количества детей в семье. Тем самым создается экономическая мотивация для увеличения количества детей в семье. И таким образом Индивидуальная собственность родителей воспитывающих детей состоит из двух частей:

- трудовая индивидуальна собственность, образуемая благодаря труду данного человека, а также в результате наследного права;
- семейная индивидуальная собственность, предоставляемая обществом (Государством) во владения данной семьёй на воспитания детей.

Амортизационные отчисления от использования данной семейной индивидуальной собственности, перечисляемые семье, повышают экономическое благополучие семьи и соответственно компенсируют её затраты на содержание детей.

При достижении ребенком совершеннолетия, семейная Индивидуальная собственность, предоставленная семье во владение на данного ребенка, перечисляется в пенсионный фонд для этой семьи. Что повышает экономическое благополучие родителей после выхода их на пенсию. А после того как последний из родителей умирает, их семейная Индивидуальная собственность возвращается обществу (Государству), в отличие от их трудовой Индивидуальной собственности, которая передается наследникам, согласно наследного права.

Наличие семейной индивидуальной собственности в индивидуальной собственности работника, создаёт экономическую привлекательность данных работников для обществ индивидуальных собственников (предприятий), так как это увеличивает общественную собственность данных обществ (предприятий) и тем самым обеспечивает более высокое экономическое благополучие этих обществ (предприятий). Что в частности обеспечивает благоприятную среду участия женщин в социальной жизни общества.

Тем самым в условиях общества основанного на принципах Индивидуальной собственности в отличие от обществ, основанных на Частной и Государственной собственности, создаются условия для расширенного воспроизводства народонаселения и, следовательно, становится возможным положительная популяция всех народов.

Так как в условиях Индивидуальной собственности на средства производства, становится возможным воссоздание экономических условий, которые в прошлом способствовали народам иметь положительную популяцию, а именно:

- увеличения владения (собственности) средствами производства, пропорционально увеличению количеству детей в семье;
- уменьшение затрат семьи на содержание детей, либо даже увеличение экономического благополучия семьи при увеличении количества детей в ней;
- увеличение экономического благополучия родителей в старости, в зависимости от количества детей в семье;
- участие женщины в социальной жизни общества, вне зависимости от количества у неё детей.

Но при этом используется прогрессивная система общественного производства.

Выводы

Проведенное исследование национального проекта “Здоровье”, в области оказания медицинской помощи, объективно свидетельствуют, что Государственная власть в Российской Федерации проводит политику, направленную на уменьшения среднего уровня оказания медицинской помощи для населения Российской Федерации. А это объективно ведет к сокращению средней продолжительности жизни населения в Российской Федерации.

Экономическая политика, проводимая Государственной властью Российской Федерации основанная на капиталистическом способе производства и в частности на частной собственности на средства производства, объективно способствует депопуляции народов Российской Федерации. Предлагаемые меры, заложенные в национальный проект “Здоровье”, не способны устранить объективные причины снижения рождаемости в Российской Федерации, объективно характерные для капиталистического способа производства и в частности для частной собственности на средства производства.

Тем самым можно сделать однозначный вывод, что политика, проводимая Государственной властью Российской Федерации – это политика геноцида народов Российской Федерации, сам же национальный проект “Здоровье” является прикрытием данного геноцида.

Объективно, единственная возможность, в условиях общественного производства, остановить геноцид и прекратить депопуляцию народов Российской Федерации – это дальнейшее развитие собственности на средства производства и переход её на более высокий уровень, на уровень **Индивидуальной собственности**.

Литература

1. Л. Рошаль “Эхо Москвы / Передачи / Народ против... / Четверг, 15.05.2008: Леонид Рошаль, Владислав Карелин, Дмитрий Савченко, Нелли Танчук, Илья Данилкин, Ольга Узлова, Елена Новикова, Евгений Романов”
<http://www.echo.msk.ru/programs/opponent/513971-echo.phtml>
2. Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта "Здоровье"
<http://www.rost.ru/projects/health/p05/docs.shtml>
3. Федеральная служба государственной статистики
http://www.gks.ru/bgd/regl/b08_11/IssWWW.exe/Stg/d01/09-03.htm
4. Современное здравоохранение, приоритетный национальный проект “Здоровье”
<http://www.rost.ru/projects/health/p07/p71/a71.shtml>
5. Р.И. Сифман “ДИНАМИКА ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ за 1897-1914 гг.” http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/polka/gold_fund05.html
6. А.Г. Рашин “Население России за 100 лет (1811-1913 гг.)” Государственное статистическое издательство, Москва 1956, с. 169-170
<http://demoscope.ru/weekly/knigi/rashyn/rashyn.html>
7. Большая Советская Энциклопедия
8. А.И.Герцен - "О социализме" Москва, Наука, 1974 с 228-230
9. Питер Макдональд “Низкая рождаемость и государство: эффективность политики” <http://demoscope.ru/weekly/2007/0285/analit01.php>
10. НАСЕЛЕНИЕ РОССИИ 2005. Тринадцатый ежегодный демографический доклад Ответственный редактор А.Г. Вишневский ГОСУДАРСТВЕННЫЙ

УНИВЕРСИТЕТ ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ Москва – 2007

http://demoscope.ru/weekly/knigi/ns_r05/sod_r.html

11. Гюсин “О собственности при Социализме”
<http://www.gyusin.ru/article/Property/Article1.html>
12. Гюсин “Индивидуальная собственность”
<http://www.gyusin.ru/article/Property/Article2.html>
13. Гюсин “Закон Отрицание отрицания”
http://www.gyusin.ru/question_answer/answer/Answer1.html
14. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2006 года № 256-ФЗ
<http://document.kremlin.ru/doc.asp?ID=037205>