

ment of the Saratov region on differentiation of powers in the field of the general and professional education from July 2, 1997 of No. 13]. *Kommentarij k zakonu Rossijskoj Federacii «Ob obrazovanii»* [The comment to the law of the Russian Federation «On Education»], otv. red. prof. V.I. Shkatulla. Moscow, 1998, 558 p.

8. *Srednie special'nye uchebnye zavedenija g. Astrahani i Astrahanskoj oblasti: v pomow' abiturientu* [Secondary special educational institutions of Astrakhan and Astrakhan region: for the aid to entrant]. Astrakhan, 1997, Iss. 3, 50 p.

9. *Statisticheskij ezhegodnik Astrahanskoj oblasti* [Statistical year-book of the Astrakhan region]. Astrakhan, 2000, 221 p.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИЛИ СПРАВЕДЛИВОСТЬ?

Джаркамалиева Алия Савитовна, аспирант, ассистент

Астраханский государственный университет
414056, Россия, г. Астрахань, ул. Татищева, д. 20а
E-mail: dzhaliya@mail.ru

В статье рассматривается государственная система финансирования здравоохранения. Высказываются предположения о том, должна ли она быть справедливой или эффективной. Анализируется роль государственных расходов на здравоохранение, а также те факторы, которые препятствуют их эффективному использованию. Помимо этого выявляются преимущества и недостатки бюджетной системы финансирования.

Ключевые слова: здравоохранение, государственное финансирование, эффективность, справедливость, бюджетная медицина, страховая медицина.

STATE FINANCING OF PUBLIC HEALTH: EFFECIENCY OR JUSTICE?

Dzharkamalieva Aliya S., post-graduate student, Assistant

Astrakhan State University
20a Tatishchev st., Astrakhan, 414056, Russia
E-mail: dzhaliya@mail.ru

The paper deals with the state system of financing public health. It is suggested that it should be justice or effective. The role of public costs on public health, as well as the factors that prevent their effective use are analysed. In addition, the advantages and disadvantages of the budget financing system are revealed.

Keywords: Public health, State financing, Efficiency, Justice, Budget medicine, Insurance medicine.

Система здравоохранения играет особую роль в экономике любой страны. Здоровье населения влияет на экономическое развитие, а должное его обеспечение признается государством стратегической задачей. Поэтому очень важно распределить имеющиеся ресурсы эффективно и справедливо, т.е., отдавая приоритет здоровью и рассматривая соответствующие вложения как наилучшее использование средств.

Существуют несколько моделей финансирования здравоохранения. В каждой модели соотношение роли государства и рынка весьма различно. В США, например, сложилась частная система здравоохранения в рамках рыночной экономики. В большинстве развитых стран присутствует смешанная система здравоохранения в рамках рыночной экономики. В Великобритании функционирует государственная система здравоохранения в рамках той же самой рыночной экономики. И наконец, последней формой организации системы здравоохранения является государственная система здравоохранения в рамках государственной экономики. Такая система как раз существовала в СССР.

Сторонники рынка считают, что государственное вмешательство портит рыночную среду, поэтому рынок не может в полной мере показать свои преимущества.

Помимо этого, источник неэффективности государственной системы здравоохранения в рамках рыночной экономики видят в социальном неравенстве.

Можно привести ряд преимуществ и недостатков государственной системы здравоохранения. К плюсам относится, конечно же, микроэффективность. По международным стандартам государственная система относительно дешевле. Унифицированная и интегрированная структура облегчает определение приоритетов [6].

Бюджетная система финансирования позволяет избежать проблем, связанных со страхованием, таких как высокая вероятность лечения, неблагоприятный отбор и моральный риск. К тому же, бесплатное лечение облегчает доступ, способствует ранней диагностике, снижает внешние эффекты и облегчает справедливость. У бюджетных систем больше возможностей по обеспечению взаимодействия врачей и выбора между обслуживанием в больнице или на дому.

К недостаткам можно отнести тот факт, что государство выделяет обычно слишком мало средств, чтобы поддерживать систему на уровне мировых стандартов. Проблемы в распределении ресурсов на здравоохранение возникают при финансировании разных территорий и в контексте помощи различным социально-экономическим группам.

Однако частные системы, в свою очередь, сопряжены с ростом расходов, который очень трудно сдерживать. Поэтому проще выделить больше средств на государственную систему, чем менять ее. Государственная бюрократия в здравоохранении ведет к монополии и к ограничению выбора для потребителя. Однако и в рамках государственного здравоохранения можно выбрать врача или использовать услуги частной медицины (даже в советское время существовали платные поликлиники). Хотя административные расходы высоки, по международным стандартам они относительно меньше, чем в страховых системах.

Отсутствие стимулов к повышению эффективности работы в рамках бюджетной медицины связывается с мотивацией врачей. При этом предполагается, что за заработную плату врачи работают хуже, чем при других схемах оплаты. Однако высокая заработная плата способна решить эту проблему. Отмечается и отсутствие гибкости и ответственности в негосударственном секторе. Государственное медицинское учреждение сложно закрыть, даже если оно оказалось неэффективным с экономической точки зрения; отсутствуют приоритет экономической рациональности и точная оценка стоимости оказываемых услуг.

Отметив ряд преимуществ и недостатков государственной системы здравоохранения, можно задаться вопросом о справедливом способе финансирования здравоохранения. Способ финансирования здравоохранения справедлив, если отношение затрат на здравоохранение к непроизводственным затратам домохозяйства одинаково для всех домохозяйств независимо от дохода, состояния здоровья и использования медицинских услуг. Оплата медицинских услуг может быть несправедливой по двум причинам. С одной стороны, граждане подвергаются риску заболеть неожиданно и будут вынуждены оплачивать расходы за свой счет. С другой стороны, если существует система предварительной оплаты, но она регрессивная, менее платежеспособные будут тратить пропорционально больше, чем более состоятельные. При этом оплата «из кармана» является формой, которую наиболее сложно сделать прогрессивной, в том числе и ввиду увеличивающихся в этом случае административных издержек. Именно поэтому прогрессивность обычно обеспечивается той или иной формой предоплаты. Поскольку в частной системе здравоохранения получение услуги напрямую связано с платежеспособностью, она в наименьшей степени соответствует традиционным идеям социальной справедливости (перераспределение средств от богатых к бедным, от здоровых к больным и от молодых к старым).

В смешанных системах здравоохранения возникают проблемы с определением границ участия государства в обеспечении социальной справедливости. Часто она интерпретируется как обеспечение базового уровня медицинских услуг для всех. Однако этот критерий не дает ответы на многие вопросы. Например, если государство ограничивает такой базовый минимум своими финансовыми возможностями, то под-

разумеается, что все остальное пациенты будут оплачивать самостоятельно. Государство, таким образом, заботится прежде всего о минимизации общественных расходов (обычно включающих бюджетные средства и средства системы обязательного медицинского страхования), в то время как дополнительные финансовые риски остаются на усмотрение граждан.

Государственная система здравоохранения имеет преимущества в реализации принципа социальной справедливости. Во-первых, в ней отсутствуют финансовые ограничения, т.е. получаемая людьми медицинская помощь практически не зависит от их дохода. Во-вторых, распределение медицинских услуг (и здоровья) более равномерное, чем в других системах.

Государственное финансирование оказания услуг ведет к большему равенству в потреблении, создает своего рода общую для всех «здравоохранительную среду обитания» и сферу интересов. Ведь когда более состоятельные граждане получают те же услуги, они заинтересованы в их доступности и качестве. Опыт показывает, что если богатые выходят из общей системы, то происходит снижение качества услуг и общественной поддержки социальных расходов [7]. Чтобы удержать богатых в общей системе, необходимо централизованное оказание услуг. Представление о том, что за плату всегда можно получить более качественные услуги, – миф. Ведь в здравоохранении нет прямой связи между ценой и качеством, которое, в свою очередь, объективно сложно определить.

Очень часто высказывается идея о том, что уровень государственных расходов на здравоохранение должен увеличиться. Однако дополнительное финансирование здравоохранения пока ведет к крайне противоречивым результатам. Во многих регионах России растет заболеваемость, а смертность остается в полтора раза выше европейских показателей. Младенческая смертность в 2011 г. в десяти регионах страны подпрыгнула где на 20 %, где на 40 %, а кое-где и на 60 %. Такие шокирующие данные приведены в последней сводке Росстата. Эксперты объясняют происходящее тем, что душевое финансирование здравоохранения в России почти в четыре раза ниже, чем в Европе. А доля бюджетных расходов на охрану здоровья в структуре ВВП вдвое ниже европейских показателей.

Оказывается, в 2011 г. в стране росла смертность от инфекционных и паразитарных болезней: в том числе от кишечных инфекций смертность выросла в первом полугодии на 50 % по сравнению с тем же периодом прошлого года, а от «других инфекционных и паразитарных болезней» – на 18 %. Смертность от гриппа и острых респираторных заболеваний выросла в полтора раза, а смертность от пневмонии – на 10 % по сравнению с показателями первого полугодия прошлого года [3].

Основная проблема экономики здравоохранения в России состоит в выборе между страховой и бюджетной медициной. В настоящее время вопрос решается в пользу страхования, о чем свидетельствует предложенная в 2008 г. Минздравсоцразвития РФ программа развития российского здравоохранения до 2020 г. Однако такой выбор представляется необоснованным.

Бесплатная медицина преподносится как подачка гражданам от патерналистского государства. Однако когда говорят «бесплатно», подразумевают только то, что граждане не платят в момент получения медицинской услуги. Но они ее оплачивают или через общие налоги, или с помощью страховых механизмов. Кроме того, современные системы здравоохранения в основном построены в соответствии с принципом предварительной оплаты. В экономической теории признается, что социальные налоги, формально выплачиваемые работодателями, также в конечном счете оплачиваются работниками. Поэтому культивируемое сейчас в России представление о государственных услугах как некоей благотворительности со стороны государства представляется неверным. Оно основано на двух мифах: частные организации эффективнее государственных; состоятельные граждане всегда предпочитают платить за услуги, в том числе и медицинские [4].

Фактически бесплатной медицины не существует. Это одна из самых дорогостоящих отраслей современной жизни. Медицинское обслуживание населения стоит

огромных денег. Известным является факт, что наше здравоохранение убыточно и требует постоянных финансовых вливаний. Эти затраты несет наше государство. Которое, по идее, должно быть регулятором в здравоохранении, а не его основным спонсором. И на это есть свои причины. Во-первых, нет в бюджете таких денег, чтобы обеспечить всех без исключения качественной медицинской помощью. Причем сделать это так, чтобы врачам было интересно работать, а дефицит лекарств и оборудования в ЛПУ исчез. Во-вторых, государственные вливания рожают массу злоупотреблений. В-третьих, государственные субсидии лишают медицину главного стимулятора роста – конкуренции. В-четвертых, госдотации делают возможным существование некачественных, низкоэффективных медицинских услуг и клиник. В-пятых, у частных клиник нет и не будет интереса работать по ОМС, так как перерасходы средств покрываются только государственным лечебным учреждениям, а частные будут нести убытки. В-шестых, не будет никакого реформирования системы ОМС, так как государство все равно покроет перерасходы средств. В-седьмых, согласно экономической теории чем больше денег тратит государство, тем инфляция выше. Иначе говоря, пока государство не научится управлять здравоохранением, никаких положительных изменений в нем не будет [1].

Однако сложно привести однозначные эмпирические доказательства того, что государственные организации менее эффективны, чем частные, и оказывают услуги более низкого качества. Сравнительные исследования производительности в государственном и частном секторах затруднены в силу сложности измерения результата работы в здравоохранении или, например, решения вопроса о том, можно ли отнести успех в лечении, обусловленный применением новых лекарств, на счет фармацевтической промышленности или это результат правильного лечения в медицинском учреждении. Другая проблема – качество вспомогательных услуг, которое обычно выше в частном секторе. Однако если посмотреть на их роль собственно в лечении больного, то последний скорее предпочтет положительный результат лечения, чем комфортные условия. Частный сектор имеет возможность выбирать и не рассматривать сложные случаи, в то время как государственные медицинские учреждения должны оказывать помощь любому гражданину.

В российской ситуации проблема третьей стороны ведет к удорожанию системы, так как часть средств отвлекается на обслуживание посреднических операций и возникают стимулы к избыточному потреблению как у пациента, так и у врача, поскольку они непосредственно не участвуют в процессе оплаты. Возникает парадокс: в условиях декларируемого государством недостатка средств на здравоохранение выбирается более затратный вариант.

Возникла и явная путаница в понимании двух возможных моделей медицинского страхования – социальной и частной, которые имеют принципиальные различия. Специфика социального страхования приводит к тому, что возможен и происходит разрыв между страховыми взносами и уровнем риска. Взносы определяются не вероятностью наступления риска, а уровнем дохода плательщика. Поэтому когда утверждают, что ОМС не смогло проявить себя, поскольку не было организовано на страховых принципах, то подразумевают – сознательно или нет – частную модель медицинского страхования.

В последнее время широко обсуждается возможность введения соплатежей населения. Граждане должны будут вносить определенную, обычно фиксированную сумму при получении услуг в государственных учреждениях. Попытки ввести систему соплатежей предпринимались в ряде стран, например в Италии, Германии, Франции. Однако они обычно вводятся на так называемые периферийные услуги (выписка рецептов, изготовление очков, услуги зубных врачей) и неизбежно сопровождаются системой скидок и исключений. При этом следует отметить, что остальные элементы финансирования в странах, введших в разные периоды соплатежи, не изменялись.

Соплатежи могут рассматриваться как источник дополнительных средств для финансирования здравоохранения и как способ ограничения спроса / потребления медицинской услуги. В основе последнего подхода лежит следующая идея: если па-

циент может потреблять бесплатно, то он будет потреблять безответственно. Поэтому к соплатежам обращаются не только, чтобы переложить расходы на плечи потребителя, но и чтобы ограничить потребление.

Однако соплатежи должны быть достаточно высокими и в том числе обеспечивать покрытие административных расходов по их сбору. Это относится и к функции ограничения потребления. Причем чтобы обеспечить доступ к медицинским услугам низкодходных групп населения, нужно вводить для них различные льготы. Услугами государственных медицинских учреждений в России скорее всего будут пользоваться именно малообеспеченные граждане. В результате введение соплатежей отрицательно отразится на превентивных мерах, так как высока вероятность, что люди будут обращаться к врачу на более поздних стадиях заболевания.

Иногда в качестве аргумента в пользу соплатежей приводят возможность улучшить качество услуг. Но этого можно добиться, если полученные средства останутся в самом учреждении и если у его сотрудников будут стимулы их должным образом использовать. Однако повышение качества услуг может оказаться слишком затратным и потребовать серьезных изменений во всем производственном процессе.

Существуют объективные факторы, которые могут вызвать проблемы в развитии системы здравоохранения в России. Вопрос о том, сколько средств следует тратить на здравоохранение, остается открытым. Предлагаемая государством модель ведет к возникновению ловушки роста финансирования. Это означает, что вариант, избираемый в условиях ограниченности ресурсов, которые общество выделяет на здравоохранение, изначально оказывается затратным и ведет в дальнейшем к необходимости увеличить финансирование.

Существуют различные подходы к определению доли расходов на здравоохранение, с том числе и с учетом готовности населения его финансировать. Можно, например, установить нормативы минимальных расходов государства, опираясь на мировой опыт [2, с. 67]. Однако важно не только то, сколько средств расходуется, но и каков механизм финансирования. В России речь идет о хроническом недофинансировании и о необходимости повысить расходы на здравоохранение, в то время как в развитых странах предпринимаются попытки сдерживать рост расходов на здравоохранение. С учетом мировых тенденций нашей стране необходимо изначально выбирать вариант системы финансирования, который позволит повысить эффективность оказания качественной медицинской помощи населению, а не просто наращивать расходы на здравоохранение. В этом государственная система имеет относительное преимущество перед другими методами финансирования [8]. Поэтому проще выделить больше средств на государственную систему, чем менять ее на другую, что неизбежно приведет к росту расходов.

Другая угроза для целостности и соответственно эффективности здравоохранения как системы, действующей в интересах общества, связана с ростом неравенства в сфере здоровья. При этом мировая теория и практика свидетельствуют о том, что такое неравенство является серьезным препятствием для экономического роста.

Одним из важных факторов этого неравенства выступает уровень дохода. При высоком уровне неравенства по доходу, который сейчас наблюдается в России (в 2010 г. коэффициент Джини в среднем по России составил 0,42 [5]), объективно возникают существенные различия в социально-экономическом статусе пациентов. В условиях принципиального расслоения российского общества уже сложно найти «среднего» пациента: богатые и бедные имеют разные запросы и финансовые возможности для получения медицинской помощи. Как отмечалось выше, это приведет к формированию двухступенчатой системы – высококачественная медицинская помощь в частном секторе (для состоятельных) и низкачественное обслуживание в государственной системе, то есть возникнет опасность раскола системы здравоохранения и маргинализации бедных слоев населения.

Пример здравоохранения показывает, что медицинские услуги могут достаточно успешно предоставляться в общественной форме и в рамках рыночной, и в рамках нерыночной системы. При этом общественный успех достигается именно за счет ор-

ганичного объединения соображений эффективности и справедливости, подтверждая, что они оба суть неотъемлемая часть экономического мышления и должны рассматриваться только совместно. Рациональный экономический выбор в современном обществе возможен только с учетом социальных критериев. Экономическая система сама по себе не задает цели – их определяет общество.

В рамках традиционной рыночной парадигмы неудачи рынка предлагается компенсировать вмешательством государства, а неудачи государства – внедрением рынка. При этом, однако, рыночные принципы становятся базовыми, а сократить предлагают государственное регулирование. Но можно ли объективно измерить соотношение недостатков рынка и государства в современной экономике? Здесь возникает проблема соотношения или отождествления государства и общества. Выражает ли государство интересы общества?

С одной стороны, в условиях рыночной экономики и политической демократии возникает множество различных интересов, каждый из которых имеет право на существование, и их объективно довольно сложно согласовать. С другой стороны, такая ситуация создает возможности для манипулирования, когда в результате выигрывают интересы сильнейших, не всегда совпадающие с общественно-государственными интересами. Когда корпоративные интересы превалируют над демократическим процессом достижения консенсуса, ожидать принятия эффективного решения не приходится. В плане защиты своих интересов рынок пока явно имеет преимущества, так как проявляет большую агрессивность. Достаточно упомянуть кампанию против социализации медицины в США, активно поддерживаемую медицинскими страховыми компаниями.

Общество протестует против того, что рынок из экономического механизма превратился в самодовлеющую систему, навязывающую свои ценности во всех сферах жизни. Именно поэтому система, основанная на других ценностях (например, государственное здравоохранение), может достаточно успешно существовать в рамках рыночной экономики.

Государственный сектор в рыночной экономике нельзя определять лишь как антипод рынка. Это существенная сфера общественной жизни, где должным образом реализуются коллективные социальные ценности. Эти ценности формируются в ходе общественного развития и политического процесса на основе учета разнообразия социальных и экономических интересов, а не рынком. Государственные организации финансируются за счет государственных средств, оказывая услуги населению либо бесплатно, либо за плату, которая обычно не превышает себестоимость услуг. Последние могут продаваться и по рыночным ценам, но только в случае принятия соответствующего коллективного решения.

Список литературы

1. Васильев С. Бесплатная медицина – миф / С. Васильев. – Режим доступа: <http://vz.ru/opinions/2011/11/21/540440.html>, свободный. – Загл. с экрана. – Яз. рус.
2. Рубинштейн А. Я. Человек в мире экономики. Социальная проекция программы развития России / А. Я. Рубинштейн. – Москва: ИЭ РАН, 2007. – С. 324.
3. Сергеев М. Статистика указала на провалы здравоохранения / М. Сергеев. – Режим доступа: http://www.ng.ru/economics/2011-08-01/4_stats.html, свободный. – Загл. с экрана. – Яз. рус.
4. Чубарова Т. В. Обеспечение населения медицинскими услугами: экономические проблемы / Т. В. Чубарова // Вопросы прогнозирования. – 2008. – № 6. – С. 33–36.
5. Социальное положение и уровень жизни населения России. 2011: Статистический сборник // Росстат. – Москва, 2011.
6. Barr N. Economics of Welfare State / N. Barr. – Oxford: Oxford University Press, 1993. – 450 p.
7. Ferrera M. The Rise and Fall of Democratic Universalism – Health Care Reform in Italy, 1978–1994 / M. Ferrera // Journal of Health Politics, Policy and Law. – 1995. – Vol. 20, № 2. – P. 275–302.
8. Sanmartin C. Comparing Health and Health Care Use in Canada and the United States / C. Sanmartin, J.-M. Berthelot, K. Murphy et. al. // Health Affairs. – 2006. – Vol. 25, № 4. – P. 1133–1142.

References

1. Vasil'ev S. *Besplatnaja medicina – mif* [Free medicine is myth]. Available at: <http://vz.ru/opinions/2011/11/21/540440.html>.
2. Rubinshtejn A. Ja. *Chelovek v mire jekonomiki. Social'naja proekcija programmy razvitija Rossii* [The person in the economy world. Social projection of the program of Russia development]. Moscow, 2007, p. 324.

3. Sergeev M. *Statistika ukazala na provaly zdravoohraneniya* [The statistics indicated public health failures]. Available at: http://www.ng.ru/economics/2011-08-01/4_stats.html.
4. Chubarova T.V. Obespechenie naseleniya medicinskimi uslugami: jekonomicheskie problemy [Providing population with medical services: economic problems]. *Voprosy prognozirovaniya* [Forecasting Problems]. 2008, no. 6, pp. 33–36.
5. Social'noe polozhenie i uroven' zhizni naselenija Rossii. 2011 [Social status and standard of living of the population of Russia. 2011]. *Rosstat* [Russian Federal Service of State Statistics]. Moscow, 2011.
6. Barr N. *Economics of Welfare State* / N. Barr. – Oxford : Oxford University Press, 1993. – 450 p.
7. Ferrera M. The Rise and Fall of Democratic Universalism – Health Care Reform in Italy, 1978–1994 / M. Ferrera // *Journal of Health Politics, Policy and Law*. – 1995. – Vol. 20, № 2. – P. 275–302.
8. Sanmartin C. Comparing Health and Health Care Use in Canada and the United States / C. Sanmartin, J.-M. Berthelot, K. Murphy et. al. // *Health Affairs*. – 2006. – Vol. 25, № 4. – P. 1133–1142.

ПОЛИТИКА ЦАРИЗМА В БАШКИРИИ ДО 1917 г. И ПОЛОЖЕНИЕ КОРЕННОЙ ЕЕ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Манджиев Джангар Николаевич, аспирант

Калмыцкий государственный университет
358000, Республика Калмыкия, г. Элиста, ул. Пушкина, 11
E-mail elistachess@yandex.ru

В данной статье раскрываются конкретно – исторические факты условий формирования и политической жизни башкирской нации в контексте зарождения и развития национально-этнической консолидации, свидетельствующие о противоречивом характере пребывания башкирского народа в составе царской России, об отсутствии у него национально-государственного строительства, политическом бесправии башкир в различных сферах общественной жизни, в области культуры, языка и т.д.

Ключевые слова: *нация, национально-политическая консолидация, царизм, национальное самоопределение, колонизация, социально-этническая общность.*

THE POLICY OF TSARISM IN BASHKIRIA TILL 1917 AND THE POSITION OF ITS NATIVE NATIONALITY

Mandzhiev Dzhangar N., post-graduate student

Kalmyk State University
11 Pushkin st., Elista, 358000, Republic of Kalmykia
E-mail elistachess@yandex.ru

The paper reveals the historical facts of forming conditions and political life of the Bashkirs in the context of the origin and development of national and ethnic consolidation, which testify a contradictory character of the Bashkirs' stay in Russia, the absence of national and state development, political illegality of the Bashkirs in different spheres of social life, culture, language and so on.

Keywords: *Nation, National and political consolidation, Tsarism, National self-determination, Colonization, Social-ethnic community.*

Национальный вопрос и его разрешение в смысле обеспечения свободного самоопределения и равенства наций отражает политическую сторону проблемы нации, вопроса о национальной консолидации. Речь идет в сущности о соотношении нации и национальной государственности. Пребывание башкирского народа в составе России с момента присоединения к Русскому государству, результатом которого являлось складывание социально-этнической общности башкир, носило как прогрессивное, так и негативное влияние на развитие национально – этнической консолидации у башкирской нации. С одной стороны, присоединение к Русскому государству было общенациональным шагом, заметно поднявшим уровень самосознания башкирской народности, определившим границы и обезопасив их от чужеземных вторжений, с другой – отсутствие политического самоуправления обуславливали ряд причин общей слаборазвитой социально-экономической ситуации к началу XX в. в этом регионе. В историографии нет целенаправленно выполненных, тем более достаточно