

РОССИЯ ГЛАЗАМИ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ

Массовая приватизация и рост смертности в посткоммунистических странах¹

Л. КИНГ, Д. СТАКЛЕР

В процессе перехода к капитализму все посткоммунистические страны (несмотря на значительные внутренние и межстрановые различия) столкнулись с проблемой роста смертности. При всех различиях между посткоммунистическими странами самыми распространенными причинами снижения ожидаемой продолжительности жизни являются алкоголизм и психосоциальные стрессы. Мы пошли дальше подобных интерпретаций и показали, что программа масштабной приватизации, инициированная неолибералами, стала определяющей в снижении продолжительности жизни.

Введение

После распада Советского Союза внимание научного сообщества было преимущественно приковано к последовавшему за ним экономическому кризису. Однако лишь вскользь некоторыми исследователями был затронут наиболее проблемный аспект переходных состояний – взрыв насильственных смертей, эпидемические масштабы сердечнососудистых заболеваний и распространение «внешних» причин смертности, таких как отравление алкоголем, убийства и самоубийства [Всемирный банк 2005, Brainerd, Cutler 2005]. Страны, оказавшиеся в «поясе смертности» от Эстонии на севере до Украины на юге, столкнулись с 6-летним снижением ожидаемой продолжительности жизни за первые пять лет реформ – самый серьезный рост смертности в современной истории, возникший в мирное время². Для сопоставления, устранение всех форм раковых заболеваний повышает ожидаемую продолжительность жизни всего лишь на 3 года, т. е. чуть менее половины снижения данного показателя, зафиксированного в России [Swiss Re 2004]. Согласно данным проекта MONEE ООН, если бы

¹В основе статьи материалы доклада, подготовленного для конференции “Трансформация государственного социализма: изменение системы, революция или нечто иное?” Кембридж, 8–9 сентября 2006 г. Авторы благодарят Silke Aisenbrey, Lawrence Raffalovich, Paul Starr, Bruce Western, Katherine Newman, David Ellerman, Karl Mayer, Ivan Szelenyi, Jim Vreeland, Marcus Kurtz, Andrew Schrank за комментарии и критику при подготовке данного доклада.

² Стоит заметить, что для того, чтобы сердечно-сосудистые заболевания привели к сердечным приступам и ударам, как правило, необходимо несколько десятков лет стрессового состояния.

смертность в начале 1990-х годов сохранилась на уровне 1989 г., то количество зарегистрированных на эти годы смертей было бы меньше на 3,2 млн [UNICEF 2001]. Однако кризисная ситуация не исчерпана; по прошествии 15 лет с начала реформ 11 из 25 посткоммунистических стран не смогли восстановить дореформенные показатели ожидаемой продолжительности жизни³, более того, некоторые эксперты в здравоохранении опасаются очередного всплеска хронических заболеваний, эпидемий СПИДа, а также туберкулеза.

Несмотря на очевидность того, что экономический кризис, или «посткоммунистическая стагнация», способствовал увеличению смертности, его нельзя рассматривать в качестве основного объяснения резкого снижения ожидаемой продолжительности жизни. На начальных этапах реформ 1989–1994 гг. корреляция между прологарифмированным изменением ВВП на душу населения и прологарифмированным изменением ожидаемой продолжительности жизни была значимой ($r = -0,60$). Тем не менее в течение следующих шести лет эта связь значительно снижается ($r = -0,13$). Некоторые страны, включая Россию, демонстрируют небывалое повышение смертности в середине экономического подъема. Другим аспектом аномальной ситуации стало то, что рост смертности коснулся прежде всего мужчин в трудоспособном возрасте, а не детей и пожилых, которые объективно более восприимчивы к резкой экономической дестабилизации. Уровень детской смертности в России, за исключением временного скачка, последовавшего за реформами 1992 г., стабильно снижался на фоне «эпидемических» уровней хронических заболеваний.

Эпидемиологический анализ четко показывает, что всплеск смертности связан прежде всего с ростом сердечно-сосудистых заболеваний и «внешних причин», таких как алкогольное отравление, рост насилия, убийств, самоубийств и несчастных случаев. В свою очередь, это объясняется уровнями психосоциальных стрессов и потребления алкоголя. Однако даже в самых обстоятельных моделях эти факторы не объясняют довольно значительную часть остатков.

Мы же собираемся разработать социологическую теорию посткоммунистической смертности, которая дополнит литературу по проблемам здравоохранения. Мы обнаружили, что, при прочих равных, для стран, в которых неолибералам удалось провести программы массовой приватизации, характерны более низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни, чем для стран, которые выбрали другие способы приватизации. Это объясняет значительную часть вариации, хотя при различных статистических тестах степень тесноты связи и объем объясняемой вариации менялись. Самая консервативная оценка эффекта от массовой приватизации на снижение в ожидаемой продолжительности жизни составляет 0,86 лет, самая же высокая – 5,14 лет.

Данная статья разделена на четыре части. В первой – мы даем обзор результатов, полученных нами в ходе изучения проблем в сфере здравоохранения, и предлагаем возможные объяснения. Во второй части мы обсуждаем неолиберальный анализ и разрабатываем «неоклассическую социологическую» теорию

³ В 2006 г. по показателю ожидаемой продолжительности жизни Россия находилась на 159-м месте в мире, на одно место дальше, чем Гайана, и на 11 мест дальше, чем Бангладеш.

посткоммунистической смертности, после чего будут представлены основные гипотезы. В третьей части обсуждаются методы и данные. В четвертой – будут представлены результаты, и в заключении мы рассмотрим возможные меры в области социальной политики и предложим направления для дальнейших исследований.

Объяснение роста смертности в посткоммунистических странах

Существует несколько объяснений роста смертности в посткоммунистических странах. Одно из них – распад государства. Логично, что развалившаяся система здравоохранения сыграла свою роль в росте смертности [Field, Kotz, Bukman 2000]. Более того, ситуация усугубилась в связи с коммерциализацией медицинских услуг на фоне крайне низкой покупательной способности бедных слоев населения. Аналогичным образом сказались негативные изменения на рынке продовольственных товаров и доступность алкогольных напитков.

Тем не менее наиболее значимыми результатами анализа литературы по проблемам здравоохранения оказались свидетельства о росте психосоциальных стрессов, в свою очередь, влияющих на рост потребления алкоголя и обуславливающих прочие негативные последствия.

Стрессы (тревога, страх), возникающие в условиях, когда человек остается предоставленным самому себе перед лицом радикальных изменений, уже давно ассоциируются с ростом сердечно-сосудистых заболеваний [Labarthe 1998]. Само по себе состояние стресса является довольно органичным, поскольку представляет собой реакцию организмов на изменения, возникающие в окружающей среде, однако в том случае, если стрессовое состояние продолжается достаточно долго, оно начинает наносить ущерб здоровью [Levine, Ursin 1991], поскольку в этом случае организм перестает поддерживать адекватное количество гормона кортизол. Повышенный уровень кортизола связан с замедленной работой мозга, дисфункцией щитовидной железы, дисбалансом сахара в крови, пониженной плотностью костных и мышечных тканей, повышенным кровяным давлением, ослабленной иммунной системой и ожирением (что, в свою очередь, вызывает развитие сердечно-сосудистых заболеваний). Таким образом, психологические и социальные раздражители наносят прямой ущерб здоровью людей и могут стать причиной многих патологий [Kristenson et al. 2004].

Подобный стресс можно также связать с резким скачком самоубийств и насилия в посткоммунистических странах, не говоря уже о развитии склонности к другим формам «рискового» поведения, таким как употребление алкоголя, наркотиков и т. д.

Таким образом, основные результаты анализа литературы по проблемам здоровья населения в связи с ростом смертности в посткоммунистических странах сводятся соответственно к росту стрессовых состояний и потребления алкоголя. Однако, несмотря на это, существенная часть как межстрановой, так и внутристрановой вариации показателя смертности осталась необъясненной данными факторами. Более того, мы задаемся вопросом, что объясняет различия в уровне стрессов и «рискового» поведения как между странами, так и с

течением времени? Мы попробуем ответить на данный вопрос с помощью анализа того, как различные приватизационные программы могут повлиять на уровень смертности.

Таблица 1. Массовая приватизация и ожидаемая продолжительность жизни по странам и регионам

Регион	Страна	Массовая приватизация	Дата	Изменение в ожидае- мой продолжительно- сти жизни (1989–2002) γ
Закавказский	Грузия	Да	1995	1,04 / 1,43%
	Армения	Да	1994	2,81 / 3,89%
	Азербайджан	Нет	-	-5,11 / -7,35%
Балтийский	Литва	Да	1993	1,29 / 1,83%
	Эстония	Нет	-	1,71 / 2,46%
	Латвия	Да	1994	1,53 / 2,21%
Центрально-Азиатский	Киргизия	Да	1994	-3,52 / -5,14%
	Узбекистан	Нет	-	-2,50 / -3,61%
	Казахстан	Да	1994	-6,66 / -9,79%
	Туркменистан	Нет	-	-1,25 / -1,90%
	Таджикистан	Нет	-	-3,99 / -5,68%
Центральный Восточно-Европейский	Чехия	Да	1994	3,50 / 4,88%
	Словения	Нет	-	0,94 / 3,73%
	Словакия	Нет	-	2,73 / 1,30%
	Польша	Нет	-	3,55 / 5,00%
	Венгрия	Нет	-	3,09 / 4,44%
Бывший СССР	Россия	Да	1992	-3,57 / -5,16%
	Украина	Да	1995	-0,59 / -0,86%
	Беларусь	Нет	-	-2,20 / -3,13%
Южный Восточно-Европейский	Румыния	Да	1995	0,56 / 0,80%
	Болгария	Нет	-	0,31 / 0,44%
	Босния	Нет	-	0,96 / 1,31%
	Македония	Нет	-	1,60 / 2,22%
	Хорватия	Нет	-	1,80 / 2,50%
	Албания	Нет	-	1,85 / 2,56%
	Молдова	Да	1994	-0,55 / -0,81%
В целом	Среднее изменение с приватизацией			-0,38 лет / -0,61%
	Среднее изменение без приватизации			+0,23 лет / 0,36%
Среднее изменение ОПЖ с приватизацией – Среднее изменение ОПЖ без при- ватизации				-0,61 лет / -0,97%
Средняя ОПЖ с приватизацией ¹ – Средняя ОПЖ без приватизации				-0,90 лет
^γ – если есть, иначе самая большая доступная разница; ¹ – эквивалент ненормированной оценки эф- фекта от массовой приватизации на ожидаемую продолжительность жизни; коэффициенты корреля- ции: R = –0,29, R _{мужчины} = –0,33, R _{женщины} = –0,20				

Выбор политики и рост смертности

На сегодняшний день пока еще не было дано исчерпывающего ответа, как «переходная политика» может быть связана с посткоммунистическим кризисом

смертности. В качестве такой политики практически повсеместно была выбрана неолиберальная программа «шоковой терапии», включающая в себя ускоренную либерализацию и приватизацию в сочетании с жесткими стабилизационными мерами монетарной политики. Единовременно все элементы данной программы реформ были реализованы только в России, тогда как в остальных странах «шоковая терапия» была реализована частично.

Неолибералы ожидали, что переход от плановой экономики к рыночной ускорит эффект «эпидемиологического перехода», как это некогда имело место в западных обществах. Модернизация должна была привести к повсеместному снижению уровня смертности и его постепенной стабилизации [Omran 1971]. Сакс (1996) предполагал, что «либерализация» приведет к росту ожидаемой продолжительности жизни, тогда как Причетт и Саммерс (1996) были уверены в том, что ее положительный эффект будет достигнут в отношении детского уровня смертности и продолжительности жизни.

Неолибералы не могли предположить, что реализация их программ приведет к кризису в системе здравоохранения. В результате, с их точки зрения, рост смертности имеет волюнтаристское объяснение: люди сами принимают неверные решения в отношении собственного здоровья. Таким образом, политика государства должна заключаться в том, чтобы стимулировать население бережнее относиться к своему здоровью (например, посредством соответствующих образовательных кампаний). Недавнее исследование Всемирного банка по проблемам смертности показывает, что «русским необходимо поменьше налегать на спиртное, меньше курить, следить за диетой и вести более здоровый образ жизни, если они хотят избежать сокращения населения и поддержать экономический рост... Несмотря на то что основной акцент в докладе был сделан на легендарной любви русских к водке, внимание было также обращено на чрезмерное курение, нездоровое питание и недостаточное внимание к собственному физическому состоянию, как факторам, способствующим ухудшению здоровья» [Reuters 2005].

Мы не считаем это объяснением. Оно лишь порождает вопрос, *почему люди на всем посткоммунистическом пространстве склонны к такому выбору и почему в разных странах этот выбор неодинаковый?* Ни в коем случае подобные решения нельзя рассматривать как «рациональные» ни в краткосрочном, ни в долгосрочном периоде – так почему же люди перестают ценить собственное будущее? Что-то должно было произойти в обществе, что вызвало такое поведение со стороны людей. Мы ищем ответы на эти вопросы с помощью социологического анализа одной из наиболее спорных «переходных политик» – массовой, или «шоковой», приватизации [King 2003].

Наша причинная модель обращает внимание на шоки спроса и предложения, возникающие от программ массовой приватизации, которые вызвали снижение экономической активности и рост бартера, и, в свою очередь, серьезно сузили приток государственных доходов. В результате государство потеряло возможность поддерживать средне- и высокотехнологичное производство, в котором занят квалифицированный труд, что породило порочный круг из деградирующих предприятий и слабеющего государства [King, Hamm 2005, King 2002, King 2003, King, Szelenyi 2004]. Общий организационный провал, который

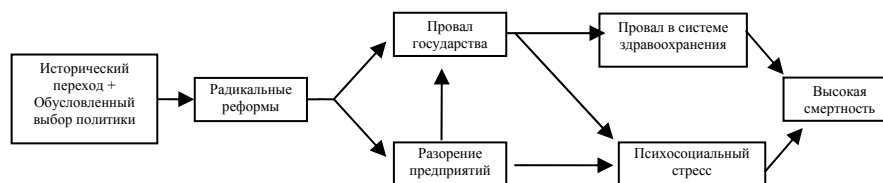
является следствием данных процессов, способствует росту физического и эмоционального стресса у вовлеченных в экономику людей и разрушению институциональной системы, поддерживающей население. Оба этих социальных фактора сочетаются в своем влиянии на рост смертности. Схема 1 иллюстрирует причинные модели согласно экономической и социологической теориям.

Схема 1 (1а и 1б). **Неолиберальная экономическая и новая классическая социологическая теория смерти в посткоммунистических странах**

Схема 1а. Неолиберальная экономическая теория



Схема 1б. Новая классическая социологическая теория



Таким образом, мы можем сформулировать основные гипотезы, которые будут проверены в данной работе.

Гипотеза 1 (социологическая): при прочих равных для стран, в которых была проведена программа массовой приватизации, характерны более значительные снижения в ожидаемой продолжительности жизни, чем для стран, которые выбрали иной путь реформ.

Неолибералы склонны к противоположной точке зрения, даже несмотря на существование временного лага между проведением политики и ее положительным эффектом вследствие необходимости перераспределения ресурсов.

Гипотеза 2 (неолиберальная): при прочих равных страны, в которых была проведена программа массовой приватизации, возможно, с течением времени продемонстрируют больший скачок в ожидаемой продолжительности жизни, чем страны, которые выбрали иной путь реформ.

Поскольку в тяжелой промышленности, в большей степени подвергнувшейся программе массовой приватизации крупных предприятий, доля мужской рабочей силы несравнимо больше женской [Fodor 2003, Einhorn 1993], мы предположили, что именно мужчины должны были испытать более серьезные психосоциальные стрессы, чем женщины. Мы рассматриваем разницу в изменении ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами в качестве основного инструмента проверки. Таким образом, при условии, что первая «социологическая» гипотеза будет подтверждена, мы должны проверить, что:

Гипотеза 3: при прочих равных, программы массовой приватизации должны были оказать больший негативный эффект на ожидаемую продолжительность жизни у мужчин, чем у женщин.

Далее, чтобы подтвердить наше предположение о механизме психосоциальных стрессов, мы сравниваем эффекты от массовой приватизации на распространенность таких явлений, как смерть вследствие алкогольного отравления и самоубийства. Кроме того, мы дополнили этот перечень переменной, отвечающей за рост смертей вследствие ишемической болезни сердца, который, как уже было доказано, в свою очередь, обусловлен ростом эмоциональных расстройств и раздражений [Chang *et al.* 2002].

Гипотеза 4а: при прочих равных, для стран, проводивших программы массовой приватизации, характерен более высокий рост смертности, связанный с употреблением алкоголя, сердечно-сосудистыми заболеваниями и самоубийствами, чем для стран, выбравших иной путь реформ.

Гипотеза 4б: изменение данных показателей среди мужчин будет большим, чем среди женщин.

В «неоклассическом» социологическом понимании рассматриваемой нами проблемы предполагается, что экономический кризис, вызывающий рост психосоциальных стрессов, также напрямую сказывается на деградации государства, и, в частности, определяет его неспособность поддерживать систему здравоохранения, что, в свою очередь, приводит к росту смертности. В своем анализе мы прибегаем к нескольким прокси эффективности⁴ системы здравоохранения (количество врачей, медсестер, больничных коек и приемов на душу населения, доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП и, наконец, логарифм абсолютных значений расходов на здравоохранение).

Гипотеза 5а: при прочих равных, в странах, в которых была проведена программа массовой приватизации, ухудшается медицинское обеспечение (больничные койки, врачи, медсестры, расходы на здравоохранение и т. д.).

Гипотеза 5б: ухудшение медицинского обеспечения приводит к росту смертности.

Эмпирическая база и методы исследования

Мы сконструировали панель с помощью данных о смертности WHO Mortality Database (январь 2005) и European Health for All Mortality Database (январь 2006) для 26 стран Центральной и Восточной Европы, включая балтийские страны, Россию и другие страны бывшего Советского Союза⁵. В своих расчетах мы также использовали данные Всемирного банка [World Development Indicators 2005], Европейского банка реконструкции и развития [EBRD Transition Report 2003], базу данных TransMONEE (2003), а также обследования

⁴ Прокси – переменные, которые не являются прямыми индикаторами эффективности, но могут их заменять.

⁵ Панель не является полной, поскольку не для всех регрессоров имелись данные в одни и те же годы.

World Bank/EBRD Business Environment and Enterprise Performance Survey (1999). Эконометрический анализ был проведен с помощью программ LimDep 8,0 и Stata 9.

Ограничения модели

Наиболее адекватной моделью для объяснения имеющихся данных является модель с постоянными эффектами (fixed-effect model)⁶. Из анализа исключены межстрановые различия в изменениях ожидаемой продолжительности жизни. По существу, это равносильно включению в модель серии бинарных переменных, отвечающих за те или иные страны [Davidson, Mackinnon 1993]. Это позволяет нам изолировать эффект от проводимой политики (массовая приватизация), не беспокоясь о специфических различиях между странами, которые могут оказывать влияние на изменения в общественном здоровье. По большому счету, данное оценивание является самым консервативным из возможных.

Модель

Суть модели заключается в том, что зависимая переменная (ожидаемая продолжительность жизни) объясняется переменными, отвечающими за приватизационную политику, экономический рост, и рядом стандартных переменных, широко используемых в демографии.

$$(1) LE_{it} = \alpha + \beta_1 MPRIV_{it} + \beta_2 GDP_{it} + \beta_3 DEP_{it} + \beta_4 FERT_{it} + \beta_5 URBAN_{it} + \beta_6 EDUC_{it} + \theta\lambda_{it} + \varepsilon_{it}$$

где i соответствует стране, а t – временному периоду; переменная MPRIV принимает значение 0 для лет, предшествующих приватизации (факт которой признавался свершившимся в случае, если как минимум 25% крупных государственных предприятий было приватизировано посредством ваучеров или захватов), и значение 1 для лет, следующих после приватизации (кодировка заимствована из описания стран в EBRD's [Transition Report 1996 и 1999 гг.]). GDP представляет собой логарифм ВВП в расчете на душу населения в приведенных долларах США. DEP – коэффициент иждивенчества (доля детей и стариков в населении). FERT – коэффициент рождаемости. URBAN – доля городского населения.

Основные результаты

Результат основного уравнения представлен моделью 2 в табл. 2⁷. В целом по странам массовая приватизация снижает ожидаемую продолжительность жизни на 0,86 лет. Временные бинарные переменные хотя и не представлены, но не

⁶ Авторы располагают более развернутой статьей, которая включает в себя подробный обзор эконометрических методов, использованных в ходе анализа. Тест Хаусмана показал, что модель с постоянными эффектами в данном случае предпочтительнее, чем модель со случайными эффектами (random-effect model).

⁷ В модели 1 наблюдения для каждой конкретной страны и на каждый конкретный год рассматриваются как независимые.

дают значительных смещений в полученном результате. Как и ожидалось, влияние такого показателя, как «уровень ВВП на душу населения», на зависимую переменную положительно и составляет 1,4 года. Однако для того, чтобы полностью компенсировать негативный эффект от массовой приватизации на ожидаемую продолжительность жизни, необходимо 4,2-кратное увеличение ВВП.

Таблица 2. Влияние массовой приватизации на ожидаемую продолжительность жизни в переходных странах

	Модель 1: POLS	Модель 2: Fixed Effects ^{†,‡}	Модель 3: 2SLS (IV) [†]	Модель 4: Treatment Effects (IV) [‡]	Модель 5: Random Effects (IV) ^{†,‡}	Модель 6: Fixed Effects (IV) ^{†,‡}
Массовая приватизация	-1,79 (0,32)**	-0,86 (0,22)**	-1,17 (0,43)**	-3,34 (0,40)**	-5,14 (0,53)**	-0,91 (0,35)**
ВВП	-0,33 (0,11)**	1,38 (0,24)**	0,08 (0,16)	-0,35 (0,11)**	-0,37 (0,14)**	1,38 (0,24)**
Урбанизация	-0,02 (0,02)	-0,00 (0,07)	-0,04 (0,02)	-0,01 (0,02)	0,00 (0,02)	0,00 (0,07)
Иждивенчество	-0,22 (0,04)**	0,15 (0,04)**	-0,12 (0,04)*	-0,17 (0,04)**	-0,15 (0,05)**	0,15 (0,04)**
Рождаемость	-1,15 (0,60)*	-0,77 (0,32)*	0,22 (0,53)	1,07 (0,54)*	0,35 (0,74)	-0,79 (0,33)*
Либерализация цен	0,48 (0,19)*	-0,02 (0,11)	0,01 (0,12)	0,72 (0,20)**	1,11 (0,26)**	-0,01 (0,13)
Образование	0,03 (0,01)*	0,07 (0,01)**	0,02 (0,01)	0,06 (0,01)**	0,02 (0,02)	0,07 (0,01)**
Λ	-	-	-	1,55 (0,24)**	3,24 (0,33)**	0,04 (0,20)
Количество наблюдений	313	313	313	313	313	313
Количество стран	26	26	26	26	26	26
R ²	0,37	0,93	0,36	0,46	0,62	0,94

Примечание. Хаусман $\chi^2 = 44,27$, $p < 0,001$; предпочтительная модель – fixed-effect; без константы; представлены односторонние постоянные эффекты с различием между странами; временной эффект не влияет на результат; [†] – трансформация Прайс-Винстена для расчета структуры ошибок AR(1); [‡] – нормированные стандартные ошибки; [‡] – массовая приватизация и ВВП значимы при $p < 0,05$, использована ковариационная матрица Уайта; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$ (two-tailed tests)

Мы проверили несколько показателей уровня медицинского обеспечения, чтобы зафиксировать эффект от деградации государственных институтов на взрыв смертности (результаты не приводятся). К нашему удивлению, такие индикаторы, как количество врачей, медсестер, больничных коек, в расчете на душу населения, а также государственные расходы на здравоохранение не дают значимого эффекта.

Тем не менее необходимо осторожно интерпретировать полученный результат. В периоды нестабильности деньги, направляемые на развитие системы здравоохранения, могут и не быть адекватной мерой ее работоспособности, особенно в связи с распространением платной неформальной медицинской практики.

Единственным обнаруженным нами свидетельством того, что ухудшение эффективности системы медицинского обеспечения способствует снижению ожидаемой продолжительности жизни, является значимый эффект от количест-

ва стоматологов на 100,000 человек населения (единичный рост данного показателя увеличивает продолжительность жизни на 0,05 лет). В периоды экономического спада врачи-стоматологи, обладающие довольно универсальными навыками, могут сыграть значительную роль в поддержании общественного здоровья (так, например, известно, что многие военные учреждения стремятся привлекать больше подобных специалистов). Для переходного периода также характерен высокий уровень миграции между странами, в особенно специалистов. Вполне вероятно, что миграционные стимулы оказались более сильными для стоматологов, чем, например, для терапевтов, вследствие более ощутимых выгод от существования в условиях рыночного финансирования здравоохранительных услуг. В любом случае один статистически значимый эффект из восьми показателей не является достаточно весомым и стремится к случайному, что не дает оснований полагаться на его достоверность.

Основной результат модели, который заключается в том, что массовая приватизация негативно сказалась на ожидаемой продолжительности жизни, также подтверждается, когда модель проверяется с помощью включения показателей, отвечающих за качество питания: доступность овощей, фруктов, белков и алкогольной продукции.

Таким образом, проанализировав эффекты от системы здравоохранения и питания, нам остается более детально рассмотреть эффекты от психосоциальных стрессов. Мы провели ряд тестов, проверяющих выдвинутые нами предположения. Во-первых, возвратимся к упомянутому нами тезису о том, что доля мужского населения, занятого в тяжелой промышленности стран, проводивших программу массовой приватизации, должна была подвергнуться более серьезным психосоциальным стрессам, чем доля женского населения. Как видно из табл. 3, массовая приватизация снижает продолжительность жизни у мужчин на 1,99 лет, что намного больше, чем у женщин – 0,7 лет. Уровень урбанизации дает сильный значимый эффект (-0,5 лет), но только для мужчин. Фактор рождаемости также оказывает большее влияние на мужское население, причем соответствующий эффект среди женщин не только меньше в 4 раза, но и незначим. Рождаемость снизилась почти во всех посткоммунистических странах, причем в некоторых из них ситуация приняла катастрофический характер недовоспроизводства населения. В основной спецификации модели мы получили, что массовая приватизация снижает рождаемость на 0,20 родившихся на одну женщину. Масса литературы посвящена анализу воздействия ряда социальных и экономических факторов на уровень рождаемости [Schultz 1969], особенно тех, которые определяют решение домохозяйств относительно планируемого количества детей. Поскольку влияние рождаемости на уровень смертности проявилось только среди мужского населения, мы предположили, что психосоциальное напряжение может также негативно сказываться на рождаемости. Однако природа этой связи не совсем ясна. Анализируя динамику рождаемости, также необходимо оценить влияние институциональных детерминант [Easterlin 1985].

В дополнительном анализе мы использовали лаговые переменные. Переменная, несущая в себе информацию о массовой приватизации, кодировалась значением 1 только в год своего проведения. Следующий год считался первым

лагом и т. д. Подобная спецификация усиливает эффект, полученный в основной модели, и опровергает ожидания неолибералов относительно своего положительного воздействия с течением времени. Однако результат стремится к статистически незначимому, поскольку с каждым следующим шагом в лаговой модели количество наблюдений вынужденно снижается.

Рассмотрим три других переменных, имеющих отношение к психосоциальному стрессу: смертность в связи с употреблением алкоголя, самоубийства и сердечно-сосудистые заболевания (табл. 3).

Таблица 3. Влияние массовой приватизации на насильственную смертность в переходных странах, по полу и заболеваниям[†]

	Модель 19: Male LE	Модель 20: Female LE	Модель 21: Male Alcohol MR	Модель 22: Female Alcohol MR	Модель 23: Male Suicide	Модель 24: Female Suicide	Модель 25: Male IHD	Модель 26: Female IHD
Массовая приватизация	-1,99 (0,33)**	-0,70 (0,25)**	41,19 (11,78)**	6,68 (2,56)**	5,29 (1,08)**	0,25 (0,25)	20,49 (4,33)**	7,24 (1,54)**
ВВП	1,98 (0,36)**	1,16 (0,28)**	-42,16 (13,26)**	-10,74 (2,88)**	-3,97 (1,16)**	-0,30 (0,27)	-37,54 (4,63)**	-10,54 (1,65)**
Урбанизация	-0,51 (0,11)**	-0,04 (0,08)	13,22 (3,63)**	0,02 (0,79)	1,43 (0,34)**	0,08 (0,08)	11,67 (1,35)**	3,67 (0,48)**
Иждивенчество	-0,01 (0,06)	0,08 (0,05)	-2,46 (2,08)	-0,41 (0,45)	0,29 (0,19)	0,02 (0,04)	-1,29 (0,75)	-0,24 (0,27)
Рождаемость	-1,65 (0,59)**	-0,44 (0,45)	42,42 (17,68)*	7,66 (3,84)*	-4,61 (1,66)*	0,07 (0,38)	10,77 (6,62)*	3,94 (2,35)
Либерализация цен	0,18 (0,17)	0,02 (0,13)	-14,42 (5,99)*	-2,26 (1,30)	1,45 (0,56)	0,04 (0,13)	-1,55 (2,23)*	-0,57 (0,79)
Образование	0,04 (0,02)**	0,06 (0,01)**	-0,94 (0,49)	-0,38 (0,11)**	-0,26 (0,05)**	-0,07 (0,01)**	-1,01 (0,18)**	-0,25 (0,07)**
Количество наблюдений	235	235	275	275	297	297	297	297
Количество стран	25	25	24	24	25	25	25	25
R ²	0,93	0,91	0,86	0,92	0,97	0,95	0,93	0,93

Примечание: в моделях 21–26 уровни смертности на 100,000 человек населения; без константы; представлены постоянные эффекты со страновыми различиями, временные эффекты не влияют на результат; трансформация Прайс-Винстена для AR(1).

Массовая приватизация способствует увеличению смертности, связанной с употреблением алкоголя, на 41 на каждые 100 000 мужчин, и на 6,68 на каждые 100 000 женщин (почти шестикратная разница). Этот эффект аналогичен по своей силе воздействию, которое оказывает на улучшение общественного здоровья 10-кратный рост ВВП. Схожие эффекты рождаемости и урбанизации были отмечены в модели 12 и 13. Более высокий уровень образованности населения значительно снижает смертность, связанную с употреблением алкоголя, но только среди женщин.

Переменная массовой приватизации также объясняет 5 самоубийств на 100,000 мужчин, что довольно велико, учитывая, что данный суицид представляет собой в целом довольно редкое явление. Для грубого сравнения заметим, что в США в 1996 г. уровень суицидов составлял 10,8 на 100,000 населения [US Public Health Service 1999]. Для женщин данный эффект оказался незначим и составил лишь 0,25. Массовая приватизация также увеличивает количество сердечных заболеваний на 20,49 у мужчин и 7,24 у женщин. И для тех, и для других данные эффекты оказались сильно значимыми.

Что касается ковариаций, необходимо отметить, что направление эффекта рождаемости меняется, если количество мужских суицидов снижается. Это может быть связано с благоприятными психосоциальными эффектами, возникающими с ростом размера семьи. Возможно, рождение детей является для мужчин своеобразным механизмом компенсации стрессового состояния. Высокий образовательный уровень, по всей видимости, также предотвращает риск самоубийств и сердечно-сосудистых заболеваний – несмотря на то что данный эффект оказывается меньшим среди женщин, он тоже является значимым. Скорее всего, данная переменная содержит в себе информацию о том, что людям с высоким уровнем образования гораздо легче адаптироваться к меняющимся условиям и устраиваться на хорошую работу в частном секторе.

И, наконец, несмотря на то, что выше мы уже показали, что ухудшение системы здравоохранения незначимо влияет на рост смертности, обратимся к эффектам, которые массовая приватизация оказывает на обеспеченность населения медицинскими услугами. Эти эффекты также оказались довольно скромными, но нам все же удалось зафиксировать статистически значимое отрицательное воздействие на количество врачей (-0,15 на 1000 населения), стоматологов (-3,92 на 100 000 населения) и больничных коек (-0,72 на 100 000 населения). На самом деле массовая приватизация увеличивает как относительный, так и абсолютный уровень расходов на здравоохранение. Возможно, это происходит вследствие роста количества платежеспособных потребителей медицинских услуг, которые готовы предъявлять на них спрос. Фактически в странах, проводивших массовую приватизацию, расходы на медицинские услуги в общем объеме ВВП выросли на 0,6%, а рост абсолютных расходов составляет 20%⁸.

Возвращаясь к нашим гипотезам, мы можем смело принять первое из высказанных предположений (при прочих равных для стран, в которых была проведена программа массовой приватизации, характерны более значительные снижения в ожидаемой продолжительности жизни, чем для стран, которые выбрали иной путь реформ) и отклонить неолиберальную гипотезу (при прочих равных страны, в которых была проведена программа массовой приватизации, возможно, с течением времени продемонстрируют больший скачок в ожидаемой продолжительности жизни, чем страны, которые выбрали иной путь реформ).

Нам также удалось найти подтверждение третьей гипотезы (при прочих равных, программы массовой приватизации должны были оказать больший негативный эффект на ожидаемую продолжительность жизни у мужчин, чем у женщин) и обоим предположениям 4а–4б (при прочих равных, для стран, проводивших массовую приватизацию, характерен больший рост смертности, связанный с употреблением алкоголя, сердечно-сосудистыми заболеваниями и самоубийствами, чем для стран, выбравших иной путь реформ; изменение данных показателей среди мужчин больше, чем среди женщин).

Неоднозначные свидетельства были получены в ходе проверки гипотезы 5а [при прочих равных, в странах, проводивших программы массовой приватизации,

⁸ Логарифмирование уровня смертности не меняет значимость и направление данного эффекта.

ухудшается медицинское обеспечение (больничные койки, врачи, медсестры, расходы на здравоохранение и т. д.)). Отмечен лишь слабый негативный эффект в отношении доступности врачей, стоматологов и больничных коек и небольшое положительное воздействие на расходы на медицинские услуги.

К нашему удивлению, очень слабое подтверждение получила гипотеза 5б (ухудшение медицинского обеспечения приводит к росту смертности). Только один из семи показателей (количество стоматологов) дал значимый эффект, и, по всей видимости, в него заложены некоторые миграционные эффекты.

Но мы считаем, что интерпретировать последний результат необходимо с осторожностью. Возможно, это как раз тот случай, когда неформальные сети являются компенсирующим механизмом на фоне наблюдаемого ухудшения системы здравоохранения. Если действительно это так, то оценка здравоохранительных ресурсов в хаотичной и крайне деформализованной посткоммунистической экономике представляется проблематичной, и этим объясняется полученный нами слабый результат. Также вполне вероятно, что даже если «гражданское общество» каким-либо образом нивелировало эффекты от наблюдаемых ухудшений в здравоохранительной сфере, то совсем неочевидно, что в будущем ситуация не усугубится. Например, Россия сегодня стоит на грани эпидемии ВИЧ и туберкулеза. И в случае, если дать этой эпидемии ход, стране понадобятся значительные ресурсы для того, чтобы избежать катастрофы⁹.

Эндогенность

Основным поводом для критики полученных нами результатов является достаточно распространенная в экономике проблема эндогенности. Мы имеем в виду, что помимо рассмотренных нами факторов выбору политики массовой приватизации и росту смертности могло способствовать особое стечение обстоятельств (например, серьезный политический и экономический кризис). Начать хотя бы с того, что самые отсталые страны перед лицом экономических проблем идут на проведение программы массовой приватизации вследствие отчаяния. Однако если бы это было действительно так, то вполне вероятно, что статистическая оценка эффектов от массовой приватизации на ожидаемую продолжительность жизни не имела бы смысла, поскольку последняя снижалась бы независимо от того, какая политика была выбрана.

Можно подойти к этой проблеме с помощью методов статистики¹⁰. В табл. 4 приводятся результаты пробит-модели, объясняющей принятие программ массовой приватизации. Наиболее значимым фактором, определяющим склонность к выбору рассматриваемой политики, является принадлежность к бывшему Советскому Союзу (увеличение вероятности примерно на 79%). То есть при

⁹ Государству придется пожертвовать значительной частью свалившихся на него огромных нефтяных доходов для того, чтобы справиться с ситуацией. Крайне сложно представить себе, откуда найдутся ресурсы у других, более бедных переходных стран.

¹⁰ Можно подойти к данной проблеме с исторической точки зрения и применить политический анализ. Мы верим в то, что такой анализ подтвердит существование нескольких возможных альтернатив массовой приватизации, однако это лежит за рамками нашей работы.

выработке собственной политики страны поступают с оглядкой на своих более влиятельных соседей. Существует также ряд других значимых факторов.

Вторая наиболее многочисленная этническая группа в стране также значительно предопределяет выбор приватизационной политики. Данные поделены на три группы таким образом, что каждая треть (~20%-ная разница) увеличивает вероятность проведения массовой приватизации примерно на 28%. Мы полагаем, что происходящее связано с тем, что новые независимые политические элиты бывшего Советского Союза используют массовую приватизацию с тем, чтобы вытеснить с управляющих позиций в крупных промышленных предприятиях этнических русских, иммигрировавших в «ближнее зарубежье» и заполнивших позиции в новообразованных отраслях¹¹. Таким образом, чем многочисленнее этнические меньшинства, тем выше склонность к проведению программ массовой приватизации.

Либерализация цен, измеряемая по шкале EBRD 1–4,3, повышает вероятность принятия программ массовой приватизации на 27% за каждый полный пункт шкалы. По всей видимости, это отражает общую неолиберальную направленность реформаторов, вырабатывающих политику в этих странах. Любопытно, что в нашей модели уровень внешнего долга, долгосрочные займы, размер кредитов МВФ и отношение кредитов МВФ к уровню внешнего долга значимо не связаны с массовой приватизацией. Таким образом, неочевидно, что существует значимый экономический фактор, который мог бы спровоцировать рост смертности даже в условиях отсутствия «шоковой терапии» и массовой приватизации.

Предсказательной силой обладает также ряд социо-демографических переменных. Более высокий уровень рождаемости соответствует более низкой вероятности проведения массовой приватизации. Если принять рождаемость в качестве прокси развития стран в процессе демографического перехода, то данный результат предполагает, что менее развитые страны (т. е. страны с более высоким уровнем рождаемости) более склонны проводить резкую приватизацию государственных предприятий. Это вполне согласуется с нашей теорией, поскольку межэтническая политическая конкуренция проявляется только в тех странах, которые испытали массивный приток этнических русских, вызванный советской индустриализацией. Более высокий уровень образованности населения также снижает вероятность проведения программ массовой приватизации – каждый процент доли людей с высшим образованием в общей численности населения снижает эту вероятность на 2%. Возможно, это связано с тем, что классу специалистов и профессионалов свойственна поддержка последовательной приватизации компаний с помощью более цивилизованных механизмов, таких, например, как выкуп предприятий его собственными управляющими и рабочими¹².

¹¹ В России происходило нечто похожее – в ходе массовой приватизации вытеснялись нелояльные руководители [Kogut, Spicer 2005].

¹² В моделях случайно урезанных выборок (selection-models) мы использовали все факторы, которые применялись для регрессирования переменной массовой приватизации по ожидаемой продолжительности жизни. Было выявлено несколько статистически значимых факторов, не имеющих содержательного объяснения. Например, 10-кратное увеличение ВВП приводит к увеличе-

Таблица 4. Факторы массовой приватизации

	Пробит [†]	Пробит МЕ [†]
Логарифм объема ВВП	0,43 (0,28)	0,08 (0,06)
Логарифм объема ПИИ***	-0,35 (0,35)	-0,65 (0,61)
Логарифм объема кредитов МВФ	0,03 (0,02)	0,01 (0,00)
Урбанизация	-0,04 (0,05)	-0,01 (0,01)
Иждивенчество	0,09 (0,06)	0,02 (0,01)
Рождаемость	-3,46 (0,99)**	-0,65 (0,25)**
Образование	-0,11 (0,03)**	-0,02 (0,01)**
Индекс политической свободы	-0,35 (0,20)	-0,07 (0,04)
Либерализация цен	1,44 (0,25)**	0,27 (0,10)**
Продолжительность центрального планирования	0,04 (0,04)	0,01 (0,01)
Этнические меньшинства	1,48 (0,46)**	0,28 (0,13)**
Принадлежность к бывшему Советскому Союзу	4,81 (1,10)**	0,79 (0,14)**
Принадлежность к странам Центральной и Восточной Европы	0,77 (0,86)*	0,17 (0,22)
Количество наблюдений	313	313
Количество стран	26	26
χ^2	196,83**	196,83**
Псевдо- R^2	0,56	0,56

Примечание. [†] – сгруппированные стандартные ошибки для межгрупповой корреляции; ^γ – трансформация Прайс-Винстена для автокорреляции 1-го порядка; дискретные предельные эффекты рассчитаны по формуле $\partial F/\partial x = F(x_1 * \beta) - F(x_0 * \beta)$; * = p<0,05; ** = p<0,01

*** ПИИ – прямые иностранные инвестиции.

Приняв в расчет эндогенность, мы обнаружили, что эффект массовой приватизации на самом деле преувеличен. Это означает, что страны, которые провели соответствующие реформы, обладали характеристиками, предполагающими, что в результате проведенных преобразований ожидаемая продолжительность жизни увеличится (модели 3–6 в табл. 1). В модели 5, например, это увеличение достигает 5,14 лет. Параметр λ отражает, что страны, прошедшие через массовую приватизацию, характеризуются лучшим медицинским обеспечением (ожидаемая продолжительность жизни больше на 3,24 года), тогда сам по себе эффект от приватизации вне зависимости от этого является негативным. Наконец, когда мы включаем этот параметр в модель с постоянными эффектами

нию вероятности принятия программ массовой приватизации на 8%. Урбанизация и особенно уровень рождаемости, наоборот, негативно влияют на эту вероятность. К сожалению, каузальность модели не очень надежна вследствие действия временных ограничений. Тем не менее здравый смысл подсказывает, что относительно стабильные в историческом плане факторы, такие как структура этносов, предшествовали, а не следовали за программами массовой приватизации. С другой стороны, либерализация цен и прочие факторы нельзя точно расположить во времени по отношению к проведению массовой приватизации. Однако включение данных факторов в модель обосновано необходимостью адекватной спецификации модели.

(модель 6), величина оценки слегка увеличивается (до 0,91), а соответствующий коэффициент параметра перестает быть значимым. То есть факторы, предопределяющие выбор стран в пользу массовой приватизации, инвариантны по времени: как разностная модель, так и модель с постоянными эффектами нивелируют данное отклонение.

Резюмируем результаты моделей случайно урезанных выборок (*selection-models*). Предпочтение политики массовой приватизации определяется скорее политическими соображениями, нежели экономическими. Более точно, вариация между республиками бывшего Советского Союза во многом объясняется различиями в их исторически заданной этно-национальной структуре, которая складывалась в ходе советской индустриализации. В тех регионах, которые были индустриализованы Советским Союзом, большая доля профессиональных позиций создаваемых предприятий заполнялась этническими русскими. Поэтому страны, выбравшие массовую приватизацию, отличаются высоким удельным весом промышленного сектора. Известно, что в составе развитых в индустриальном отношении стран бедное население не достигает значительных величин, и потому мы бы предположили, что экономический шок не должен приводить в этих странах к ситуации, когда массы людей отказываются от базового уровня потребления (в социальном понимании) с тем, чтобы компенсировать расходы на поддержание здоровья. Кроме того в этих странах достаточно высок уровень образованной рабочей силы, чему соответствует и высокая доля профессионалов, занятых в системе здравоохранения.

Заключение

В целом наше исследование показало, что проведение массовой приватизации значительно снижает ожидаемую продолжительность жизни в результате усиления психосоциальных стрессов. Данная работа выходит за рамки привычного анализа, которым ограничивается современная литература по проблемам экономики и здравоохранения, в которой посткоммунистический кризис смертности представляется как результат распространения нездорового образа жизни (особенно алкоголизма) и психологических стрессов. Нам удалось показать, что, в свою очередь, эти стрессы определяются характером проводимой экономической политики.

С помощью феномена массовой приватизации можно объяснить разницу уровня смертности между странами Центральной и Восточной Европы, а также существование «пояса смертности» в странах бывшего Советского Союза. Исключением из общего правила можно считать лишь Чехию. Однако, несмотря на довольно масштабную программу приватизации в этих странах, она не идет ни в какое сравнение с масштабами аналогичных реформ в России. Количественные [*Hanousek et al 2004; Kocenda, Svejnar 2002*] и качественные [*McDermott 2002*] исследования по данной проблеме свидетельствуют, что предприятия, участвовавшие в массовой приватизации, демонстрируют наименьшую эффективность по сравнению с остальными предприятиями. Вероятно, в Чехии смягчающим обстоятельством при проведении массовой приватизации явились

крайне низкий уровень безработицы и развитая система социального обеспечения [Rutland 1992–1993]¹³.

Альтернативное объяснение полученных результатов предполагает, что массовая приватизация может отражать склонность стран принимать и осуществлять радикальные реформы, а сама по себе программа приватизации не воздействует напрямую на ожидаемую продолжительность жизни. В дальнейшем необходимо операционализировать другие переходные политики и рассмотреть их отдельное и совместное влияние на ожидаемую продолжительность жизни, а также проверить, насколько важной является последовательность реформ. Мы бы хотели акцентировать внимание на том, что это всего лишь первая попытка связать характер экономической политики с демографическими последствиями. Но необходимо сделать гораздо больше: расширить список реформ и добавить в него либерализацию цен, торговли, рынка иностранной валюты, а также стабилизационные программы. Мы уверены, что это поможет еще более точно объяснить причины различий в уровне смертности в посткоммунистических странах и, в частности, резкий рост смертности в России после дефолта и девальвации 1998 г. [(поскольку это было результатом выставленного Международным валютным фондом условия по финансированию государственных расходов с помощью особых облигаций (сверхдоходных ГКО), когда при ослабленной реальной экономике была выстроена огромная финансовая пирамида (финансовый пузырь на рынке ценных бумаг), в сочетании с конвертируемостью средств по операциям текущего платежного баланса)]. Если это послужило действительной причиной роста стрессовых ситуаций у населения, то перечисленные реформы вполне могут иметь последствия, схожие с теми, которыми чревато проведение политики массовой приватизации.

Мы также должны подчеркнуть, что прогнозы неолибералов о том, что поддержка массовой приватизации приведет к торможению трансформационных процессов в стране или их повороту в обратную сторону, безосновательны. Польша и Словакия не стали торопиться с проведением массовой приватизации, однако при этом они никак не пострадали в экономическом плане и не перестали быть «западными». В действительности, эти страны демонстрируют самый высокий экономический рост на всем посткоммунистическом пространстве (за исключением Восточной Азии). Ирония заключается в том, что, способствуя катастрофическому росту психосоциальных стрессов, массовая приватизация, наоборот, наносит больше вреда и подрывает долгосрочные перспективы перехода к капитализму [World Bank 2005]. Массовая приватизация далеко не самый лучший способ передачи государственного имущества в частные руки, как полагали ключевые фигуры Всемирного банка [Kogut, Spicer 2005], и вполне возможно, что это самый худший способ. В результате массовой приватизации самые ценные предприятия страны могут быть переданы «друзьям»

¹³ В Польше программа приватизации затронула небольшой сектор экономики (около 10% мелких и средних предприятий) и проводилась лишь в 1995 г. вследствие сопротивления рабочих. Здесь также было обнаружено, что предприятия, приватизированные массово, менее эффективны [King, Sznajder 2006].

государственных чиновников, готовых продать их за политическую поддержку (вспомним непопулярную программу залоговых аукционов).

Выводы для политики очевидны. Любые макроэкономические и микроэкономические реформы должны учитывать все потенциальные эффекты, которые могут иметь отношение к общественному здоровью. Отсюда наиболее верными представляются два пути. Во-первых, экономические реформы не должны расшатывать существующую организационную основу экономики – новые институты необходимо выстраивать на базе существующих. Совсем необязательно, что этот путь окажется самым медленным – простой выкуп предприятий собственными работниками и управляющими, в ходе которого рядовые сотрудники имеют законный инструмент, позволяющий им сохранить собственные акции (программы участия служащих в прибылях компании), может оказаться быстрее массовой приватизации [Ellerman 2003]. Подобные реформы, обеспечивающие фактические права собственности работников законными основаниями, могут способствовать решению проблем принципал-агента, которые послужили причиной развала большого количества посткоммунистических предприятий [Ibid.].

Во-вторых, если столь разрушительные экономические реформы признаются необходимыми, они обязательно должны сопровождаться социальной политикой, которая способна сберечь здоровье населения от возможных шоков. В этом плане характерными примерами являются Финляндия и Куба. Финская экономика во многом зависела от торговли с Советским Союзом, вследствие чего страна оказалась на грани экономического кризиса, когда внезапно развалилась советская экономика. Тем не менее, последовательная социальная политика помогла практически полностью предотвратить возможный рост смертности [Jantti et al. 2000]. Куба также пострадала от распада Советского Союза и усиления экономических санкций со стороны США, однако развитая система здравоохранения позволила стране справиться с этой ситуацией, предотвратив скачок смертности. В тот период на Кубе не было зарегистрировано резкого роста сердечно-сосудистых заболеваний [Cooper et al. 2006].

Некоторые наверняка задаются вопросом, как финансировать подобные программы. Однако продолжительные споры о том, что они являются слишком дорогими, всего лишь откладывают эти расходы на будущее – ухудшение общественного здоровья рано или поздно скажется на экономике, только в этом случае кроме денег придется заплатить еще и жизнями людей. Если предсказываемая сегодня эпидемия туберкулеза и других болезней неожиданно разразится и затронет весь мир, издержки его спасения несоизмеримо вырастут.

Перевод с англ. Г.А. Ястребова

Литература

- Brainerd E., Cutler D.M. Autopsy on an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union // *Journal of Economic Perspectives*. 2005a. № 19.
Chang P.P., Ford D., Meoni L., Wang N., Klag M. Anger in Young Men and Subsequent Premature Cardiovascular Disease // *Archives Internal Medicine*. 2002. Vol. 163.

- Cooper R., Ordunez P., Ferrer M., Munoz J., Espinosa-Brito A. Cardiovascular Disease and Associated Risk Factors in Cuba: Prospects for Prevention and Control // American Journal of Public Health January. 2006. Vol. 96. № 1.
- Cornia G.A., Panizza R. The Mortality Crisis in Transitional Economies. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- Easterlin R.A., Crimmins E.N. The Fertility Revolution: A Demand-Supply Analysis. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1985.
- EBRD. Transition Report. EBRD: Washington, D.C., 1996, 1999.
- Einhorn B. Cinderella Goes To Market: Citizenship, Gender and Women's Movement in East Central Europe. London: Verso, 1993.
- Field M., Kotz D.M., Bukhman G. Neoliberal Economic Policy, "State desertion", and the Russia Health Crisis // Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor. Monroe, Maine: Common Courage Press, 2000.
- Fodor E. Working Difference: Women's Working Lives in Hungary and Austria, 1945–1995. Durham: Duke University Press, 2003.
- Hanousek J., Kocenda E., Svejnar J. Ownership, Control and Corporate Performance after Large-scale Privatization // William Davidson Institute Working Paper. 2004. № 652.
- Harvard Medical School and Open Society Institute. Review of Tuberculosis Control Programs in Eastern and Central Europe and the Former Soviet Union. Boston: Harvard Medical School and Open Society Institute, 2001.
- Jantti M., Martikainen P., Valkonen T. When the Welfare State Works: Unemployment and Mortality in Finland // The Mortality Crisis in Transitional Economies. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- King L., Hamm P. Privatization & State Capacity in Postcommunist Society // William Davidson Institute. Working Paper. 2005. № 806.
- King L., Sznajder A. The State-Led Transition to Liberal Capitalism: Neoliberal, Organizational, World Systems, and Social Structural Explanations of Poland's Economic Success // American Journal of Sociology. 2006. (November).
- Kocenda E., Svejnar J. The Effect of Ownership forms and Concentration on Firm Performance after Large-scale Privatization // William Davidson Working Paper. 2002. № 471.
- Kogut B., Spicer A. Taking Account of Accountability: Academics, Transition Economics and Russia. INSEAD, Working Paper. 2005.
- Kristenson M., Eriksen H.R., Sluiter J.K. et al. Psychobiological Mechanisms of Socioeconomic Differences in Health // Social Science & Medicine. 2004. № 58.
- Labarthe D.R. Epidemiology and prevention of cardiovascular diseases: A global challenge. Gaithersburg, MD: Aspen, 1998.
- Levine S., Ursin H. What is stress? // Ed. by M.R. Brown, G.F. Koob, C. Rivier. Stress: Neurobiology and Neuroendocrinology. New York: Marcel Dekker, 1991.
- McDermott G.A. Embedded Politics: Industrial Networks and Institutional Change in Postcommunism. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.
- Pritchett L., Summers L.H. Wealthier is Healthier // Journal of Human Resources. 1996. 31:841–68.
- Reuters. Moscow. December 8, 2005.
- Rutland P. Thatcherism, Czech Style: Organized Labor and the Transition to Capitalism in the Czech Republic. Telos, 1992–1993. № 94.
- Sachs J. Reforms in Eastern Europe and the Former Soviet Union in Light of East Asian experiences. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 1996.
- Sartori A.E. An Estimator for Some Binary-outcome Selection Models Without Exclusion Restrictions // Political Analysis. 2003. № 11.

- Swiss Re.* Special Report: Mortality Risk. 2004.
- UNICEF MONEE Project. A Decade of Transition. Florence, Italy: UNICEF, 2001.
- Ursin H., Baade E., Levine S.* Psychobiology of Stress. New York: Academic Press, 1978.
- U.S. Public Health Service. The Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide. Washington, DC, 1999.
- World Bank. Dying too Young: Addressing Premature Mortality and Ill Health Due to Non-communicable Diseases and Injuries in the Russian Federation. 2005.
- World Health Organization. World Health Report. Geneva: World Health Organization, 2003.