

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

В.П. Васильев, канд. эконом. наук, доц., зав. кафедрой социологии государственного управления социологического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова*

СОЦИАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ И ИНСТИТУТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

V.P. Vasiliev, candidate of economic sciences, associate professor, head of sociology Department of public administration Faculty of sociology, Lomonosov Moscow State University, e-mail: gos.ypravlenie@mail.ru

SOCIAL VALUES AND INSTITUTES OF HEALTH

В статье анализируются ценностные аспекты системы здравоохранения, сопоставляются современные социальные практики и институты регулирования с точки зрения реализации потребностей человека. Дана характеристика особенностей сферы здравоохранения, детерминированность ее развития как отрасли формирования социального и человеческого капитала. С этих позиций выявлены негативные феномены здравоохранения, требующие устранения в складывающейся системе стратегического планирования. Однако принципы гуманизма, сострадания, справедливости, провозглашенные и закрепленные в социальных нормах, нередко не находят подтверждения и реализации в социальных практиках. В работе систематизированы недостатки деятельности как органов власти, так и системы обязательного медицинского страхования. Не всегда учитываются социальные особенности заболевших групп населения. Мотив финансовой оптимизации, минимизация стандартов программ государственных гарантий в области здравоохранения нарушают принцип комплексной диагностики и лечения человека. Особое внимание уделено проявлению неравенства в данной сфере, текущих и будущих противоречий, обусловленных социальной дифференциацией. Автором предложены меры по изменению механизма финансирования системы здравоохранения. Поставлен вопрос о необходимости корректировки контрольных функций государства и системы обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: система здравоохранения, моральные ценности, институциональное регулирование, качество лечения, социальное неравенство, система обязательного медицинского страхования, социальный контроль.

The article examines the value aspects of the health care system, compares modern social practices and institutions of regulation from the point of view of realization of human needs. The characteristic features of the health sector, the determinism of its development as a field of formation of social and human capi-

* **Васильев Владимир Петрович**, e-mail: gos.ypravlenie@mail.ru

tal. From this perspective, the identification of negative phenomena of health to be overcome in developing the strategic planning system. However, the principles of humanism, compassion, justice, proclaimed and enshrined in social norms, often can not be confirmed and implemented in social practices. The paper systematizes the weaknesses of the work of authorities and the system of compulsory medical insurance. Not always taken into account the social characteristics of diseased populations. Motive financial optimization, minimization of the standards of programs of state guarantees in the field of health violates the principle of complex diagnostics and treatment of humans. Special attention is paid to the manifestation of inequality in this sphere, current and future contradictions caused by social differentiation. The author suggests measures to change the financing mechanism of the healthcare system. The question was raised about the need to adjust the control functions of the state and for the system.

Keywords: *healthcare system, moral values, institutional regulation, quality of care, social inequalities, the system of compulsory medical insurance, social control.*

Состояние здоровья населения страны в концентрированной степени выражает уровень качества жизни и материальных возможностей государства. Вместе с тем система здравоохранения, ее результативность во многом зависят от сложившихся социальных отношений, справедливости и равенства в том, что касается доступности медицинских услуг. Особую роль играют государство как субъект социальной политики, институциональные нормы и принципы социального государства.

В общем виде по определению Всемирной организации здравоохранения социальные детерминанты здоровья населения можно классифицировать на три группы: 1) содержательные составляющие — условия всего жизненного цикла человека (материальные, социальные, экологические и т.п.) и собственно система здравоохранения, 2) институты воздействия — социальная политика, деньги, власть, ресурсы, 3) следствия — существующая несправедливость, не являющаяся неизбежной и которую можно предотвратить¹.

В РФ институциональное регулирование здравоохранения выстраивается на основе конституционных норм, закрепленных в статье 41 Конституции РФ, Федеральных законов “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (2011) и “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” (2011), а также стратегическими программами социально-экономического развития и принятой в 2014 г. отраслевой программой “Здравоохранение”.

¹ См.: Всемирная организация здравоохранения. Программа “Социальные детерминанты здоровья”. URL: http://www.who.int/social_determinants/ru/

Принятые государством меры социальной политики в области здравоохранения в последние пять—семь лет несколько улучшили ситуацию, интегрально выражающуюся в увеличении средней продолжительности предстоящей жизни, снижении младенческой смертности. Однако в целом, несмотря на проведение ряда организационно-экономических реформ и провозглашения в законодательном поле социально одобряемых принципов, область здравоохранения находится в сложной ситуации: увеличилась смертность населения, качеством медицины не удовлетворена значительная часть населения, постоянно ощущается недостаток финансирования.

Меры социальной политики в области здравоохранения дают некоторый прирост значений удовлетворенности населения этой сферы, однако, за последние пять лет прирост составил всего 4,7 пп. Но главный вывод, который был сделан в ходе социологических опросов, заключается в том, что почти 60% населения не удовлетворены медицинской помощью².

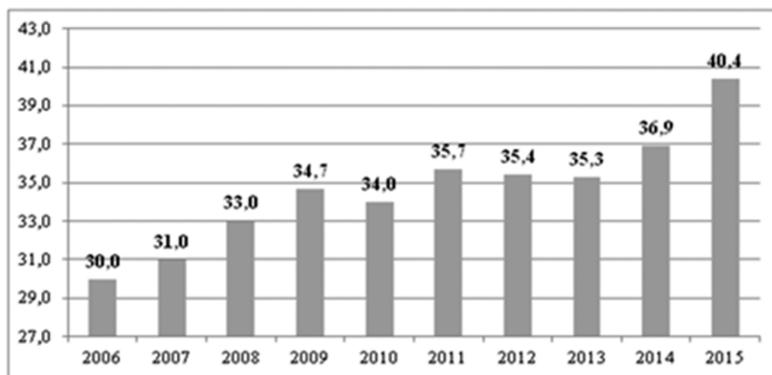


Рис. Динамика удовлетворенности населения Российской Федерации медицинской помощью (в %)

Такой результат ставит вопрос о системных корректировках в здравоохранении об учете негативных социальных практик при разработке новых программ в системе стратегического планирования, формирующейся в РФ.

Субъективное мнение о “болезнях” российского здравоохранения сводится к трем главным проблемам, каждая из которых многоаспектна — качество, профессионализм, материальная база. Опрос населения ВЦИОМ дал следующие результаты (см. табл. 1)³.

² Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения. Минздрав РФ, 2015. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/>

³ Оценка населением качества медицинских услуг. Всероссийский опрос ВЦИОМ проведен 18–19 июля 2015 г.

Как вы считаете, какие проблемы российской системы здравоохранения требуют улучшения в первую очередь (закрытый вопрос, не более трех ответов)

Варианты ответов	Количество выбравших данный вариант ответа (в %)
Необходимость повышения качества медицинских услуг в целом	50
Недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей	49
Недостаточная оснащенность учреждений современным оборудованием	39

Новый подход к разработке стратегического планирования в сфере здравоохранения должен основываться на базовых принципах, характеризующих особенности здравоохранения как отрасли деятельности. Прежде всего речь идет о часто не учитываемых социальных характеристиках отрасли.

Во-первых, здравоохранение непосредственно формирует социальный капитал общества. Широкий диапазон взаимосвязей, формируемых взаимным доверием между людьми в сфере здравоохранения, складывается положительным или отрицательным образом: между пациентом и врачом, пациентом и персоналом, пациентом и страховым фондом, пациентом и властью, так как в собственности власти находятся стационары, поликлиники и службы скорой помощи. Особый социальный капитал либо приумножается, либо уменьшается во взаимоотношениях больного человека с семьей, друзьями, сослуживцами. Система здравоохранения должна основываться на морально-нравственных принципах взаимоуважения и помощи.

Во-вторых, сфера здравоохранения формирует человеческий капитал как индивидуальный, так и общественный. Спасение человеческих жизней, возвращение к полноценной деятельности — не только проблема морали общества, но и непосредственный фактор экономической динамики. Такой подход снимает вопрос о “затратном” характере здравоохранения. Финансирование сферы здравоохранения — это инвестиции, дающие прямой экономический эффект, рост валового внутреннего продукта в масштабе государства. Поэтому бюджетное финансирование здравоохранения нельзя осуществлять по остаточному принципу, оно должно стать приоритетным.

Ответственность государства за развитие медицины в стране, особенность этой отрасли связаны с тем, что здравоохранение имеет

дело не с механизмами и продуктами питания, а с Человеком во всем многообразии психофизических и моральных свойств, сохраняя его главную ценность — жизнь. Кроме того, любой недуг человека — это отклонение от его стабильного, привычного состояния, что требует повышенного внимания и заботы. Общемировая тенденция старения населения ведет к тому, что и российское здравоохранение все чаще имеет дело с пожилыми людьми, и это требует особых подходов и в лечении, и в обслуживании пациентов с акцентом на психологические методы “врачевания”.

Материальная база здравоохранения находится в сложном положении вследствие долговременного невнимания властей к сфере здравоохранения. Статистические данные показывают отсталость больничных и поликлинических основных фондов (см. табл. 2)⁴.

Таблица 2

Техническое состояние и благоустройство зданий лечебно-профилактических организаций здравоохранения

Годы	2000	2005	2010	2011	2012
Больничные организации					
Всего зданий, тыс.	24,8	23,8	18,8	18,8	18,8
из них по техническому состоянию, в %:					
требуют капитального ремонта	29,6	28,5	32,9	31,7	31,5
Отсутствуют (в %) от общего числа зданий:					
горячее водоснабжение	35,5	33,1	24,9	24,5	22,5
канализация	13,2	12,2	8,3	7,6	6,5
телефонная связь	9,9	7,7	5,8	6,3	5,5
Амбулаторно-поликлинические организации					
Всего зданий, тыс.	19,9	20,0	19,2	18,8	18,8
Из них в %:					
требуют капитального ремонта	25,0	24,0	25,7	24,6	23,3
Удельный вес числа зданий, в которых отсутствуют (в %):					
горячее водоснабжение	42,9	42,3	31,8	31,8	30,9
телефонная связь	8,7	9,8	5,8	5,1	5,9

⁴ Здравоохранение в России. 2015. С. 88.

Как следует из представленных данных за 2000–2010 гг., а это годы экономического роста, число больниц и поликлиник, в которых требовался капитальный ремонт, не уменьшилось, а возросло. Отсутствие горячего водоснабжения, канализации и телефонной связи характеризует общий уровень системы здравоохранения и незамедлительного ресурсного обеспечения.

Вместе с тем обеспеченность населения лечебными местами уменьшается вследствие принятия стратегического решения об “оптимизации больничных коек”. Такому решению предшествовало два обстоятельства. Во-первых, согласно статистическим данным в России было значительно больше больничных коек, чем в высокоразвитых странах. Во-вторых, по модели других стран предполагалось сосредоточить долечивание больных на поликлиническом уровне. В результате предполагалась значительная экономия средств на здравоохранение. Однако практика показала, что поликлинический уровень совершенно не готов к новым функциям, а больничных коек не хватает, так как заболеваемость населения не снизилась. “Оптимизация” привела к сокращению коек в стационарах, закрытию больниц (см. табл. 3)⁵.

Таблица 3

“Оптимизация” больничных коек

Годы	2000	2005	2010	2011	2012
Всего больничных коек, тыс.	1671,6	1575,4	1339,5	1347,1	1332,3
Из них:					
терапевтического профиля	394,8	329,7	296,1	299,2	302,8
хирургического профиля	306,0	279,7	257,2	259,5	256,4
онкологических	38,2	38,3	39,7	40,4	42,8
гинекологических	98,1	81,7	68,8	66,9	64,6
туберкулезных	89,3	84,3	84,0	91,0	93,2
инфекционных	103,4	84,6	70,5	71,1	70,2
офтальмологических	29,2	26,3	25,8	25,4	23,7
отоларингологических	29,6	24,5	20,3	20,9	20,2
дермато-венерологических	30,0	21,6	16,4	16,5	16,0
психиатрических	173,3	167,0	153,4	153,2	149,4

⁵ Здравоохранение в России. 2015. С. 96.

Годы	2000	2005	2010	2011	2012
наркологических	29,6	29,3	26,3	26,3	25,5
неврологических	91,5	86,3	83,5	84,7	86,0
для беременных женщин и рожениц	90,7	81,9	80,3	79,2	77,4
Из всего числа коек — койки для детей	228,6	200,3	179,0	178,4	177,9

Как следует из приведенных данных, за 12 лет в РФ сокращено около 340 тыс. больничных коек, в том числе стационарные места лечения для детей и хирургического профиля, при незначительном увеличении коек онкологического и туберкулезного профиля.

Наряду с этим имеющий коечный фонд во многих случаях не соответствует современным санитарно-гигиеническим нормам, а место “в коридоре” не перестало быть экзотикой для российских больниц. Условия пребывания и питания больных, а также отношение персонала должны соответствовать достоинству человека, которое является непреходящей ценностью.

Изношенность материально-технической базы всех структур здравоохранения, дороговизна качественных лекарств, необходимость перехода к нормальному питанию, повышению оплаты труда медиков и многое другое требуют нового подхода к экономическим вопросам. В условиях затяжного кризиса, который в сфере здравоохранения привел к росту стоимости лекарств и медицинских материалов, увеличению стоимости питания в медицинских учреждениях и ряда других затрат, изменение налоговой (страховой) нагрузки на высокодоходные группы населения может стать единственным фактором выполнения гарантированных медицинских программ и одновременно механизмом некоторого выравнивания дифференциации населения по доходам.

У государства имеются два ресурсных источника, обеспечивающих систему здравоохранения — консолидированный бюджет (сумма федерального и региональных бюджетов) и бюджет Фонда обязательного медицинского страхования (государственный внебюджетный фонд). Поэтому увеличение финансирования системы здравоохранения непосредственно связано с величиной бюджетных назначений и величиной страховых платежей работодателей. По доле бюджетного финансирования здравоохранения РФ в 1,5–2 раза уступает развитым странам, что видно из следующих статистических данных (см. табл. 4)⁶.

⁶ Россия и страны мира. 2014.

Государственные расходы на здравоохранение (в % к ВВП)

Страна	Год	Расходы на здравоохранение
Россия	2013	3,5
Германия	2012	8,6
Соединенное Королевство (Великобритания)	2012	7,8
Финляндия	2012	6,9
Франция	2012	9,0
Чешская Республика	2012	6,5
Швейцария	2012	7,0
Швеция	2012	7,9
Израиль	2012	4,6
Япония	2012	8,3
США	2012	8,3

Вариантов увеличения финансирования здравоохранения из названных источников немного. Увеличить общую налоговую нагрузку на бизнес весьма проблематично, так как это приведет к сокращению инвестиций. Общего роста налогообложения личных доходов, восстановления прогрессивной шкалы взимания налогов также не произойдет в ближайшее время, поскольку это увеличит количество “безбилетников”. Одним из реальных инструментов является перераспределение расходов внутри бюджета. Обратимся к экономической структуре консолидированного бюджета РФ (см. табл. 5)⁷.

Стрелы критики последние годы обращены на значительный удельный вес военных расходов. Однако здесь Россия не самая первая, а масштабная программа перевооружения российской армии имеет срок выполнения и, если не произойдут чрезвычайные события в глобальном масштабе, то можно ожидать сокращения военных расходов. Но очевидное первенство структура российского бюджета занимает по статье “Услуги органов государственного управления”, в которой заложено финансирование содержания органов власти. Громоздкость и неповоротливость системы власти РФ об-

⁷ Финансы России. 2014.

Таблица 5

Структура расходов государственного (консолидированного) бюджета (в %)

Страна	Год	Услуги органов государственного управления	Оборона, общественный порядок и безопасность	Экономические услуги	Здравоохранение	Образование	Социальная защита
Россия	2012	23,6	14,2	9,1	8,4	9,5	29,7
Германия	2012	13,7	5,9	7,7	15,7	9,7	43,3
Италия	2012	18,0	6,6	6,7	14,5	8,2	41,5
Великобритания	2012	12,0	9,9	5,8	16,6	12,6	37,5
США	2009	11,5	17,1	10,1	20,5	15,8	21,1
Франция	2012	10,5	6,5	6,5	14,6	10,8	43,1
Япония	2009	12,3	5,9	11,3	19,9	10,0	34,9

шепризнана, очевидна необходимость устранения дублирующих функций, реорганизации служб и агентств и сокращения избыточных структур, реального сокращения всего государственного аппарата.

Целевые инвестиции на развитие лечебной материально-технической базы должны стать функцией Фонда будущих поколений по определению этого фонда. Именно здесь необходим задел на будущее через современность. Использование нефтегазовых доходов, полученных от эксплуатации государственной собственности, логичнее и справедливее направлять не на Трансиб и автодорогу вокруг Москвы, а на строительство современных больниц и поликлиник, оснащая их современным оборудованием.

С 2015 г. единственным источником финансирования текущей деятельности медицинских учреждений стали средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования на основе региональных Программ государственных гарантий оказания российским гражданам бесплатной медицинской помощи.

Ожидания граждан от системы здравоохранения в России завышены. Они основаны на имеющихся конституционных нормах. Однако на практике государство в рамках гарантированных программ исходит из минимальных гарантий, которые не тождественны социетально приемлемым социальным потребностям. Это минимальные гарантии; нормативно зафиксированный минимум зависит от объема планируемых средств, собираемых страховой системой. Увеличить финансирование можно лишь изменив механизм страховой системы.

Страховой механизм в РФ охватывает пенсионную систему, систему здравоохранения и социального страхования, последняя определенным образом связана с здравоохранением (оплата по временной нетрудоспособности, несчастных случаев, демографические выплаты). По определенным страховым ставкам выплаты осуществляются работодателем в зависимости от фонда оплаты труда (см. табл. 6).

Отметим два обстоятельства: 1) в отличие от многих других стран в РФ взносы осуществляет работодатель из своей выручки, сам работник отчислений не производит, 2) величина страховых взносов начисляется на издержки и в большинстве случаев компенсируется через цены.

Если помнить о нерешаемости в РФ вопросов перехода к подоходным налогам, введения налогов на роскошь, неприкосновенности низкой налоговой ставки на дивиденды (9%), то, не забывая о социальной справедливости и исходя из здравого смысла, можно прийти к выводу о необходимости взимания страховых платежей с высокодоходных групп населения. Безусловно, необходимо вве-

сти четкие критерии и учитывать только реально высокие доходы, что позволит не ущемить интересы среднего класса.

Таблица 6

Тарифы страховых взносов

Фонд	В %	Предельная база
Пенсионный фонд	22	711 000 руб. (>10%)
Фонд социального страхования	2,9	670 000 руб.
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	5,1	Лимит отменен

Социальное неравенство довольно четко проявляется в заболеваемости населения и в системе здравоохранения. Низкодоходные группы населения чаще болеют, больше вынуждены пользоваться услугами медицинских учреждений, им менее доступны современные, как правило, дорогостоящие методы лечения и лекарства. Обратимся к выборочному исследованию Росстата (см. табл. 7)⁸.

Таблица 7

Заболеваемость в группах с разным уровнем доходов (в %)

Виды заболеваний	Уровень доходов			
	Высокий	Средний	Низкий	Всего
А	1	2	3	4
Остеохондроз	14,4	25,0	33,1	24,8
Гипертоническая болезнь и/или ишемическая болезнь сердца	16,6	22,8	44,3	24,3
Артрит	5,3	9,2	18,5	9,8
Холецистит	3,6	6,4	10,9	6,6
Бронхит	3,3	4,8	9,1	5,2
Патология щитовидной железы	2,9	5,1	7,6	5,1
Язва желудка и/или двенадцатиперстной кишки	3,8	6,3	10,8	6,5

⁸ См.: Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения. URL: <http://www.gks.ru/>

Виды заболеваний	Уровень доходов			
	Высокий	Средний	Низкий	Всего
Мочекаменная болезнь	3,2	4,3	7,6	4,5
Диабет	2,3	4,0	12,9	4,7
Астма	1,6	2,0	4,0	2,2
Другие заболевания	10,7	13,9	18,9	14,1
Нет никаких недугований (болезней)	52,6	37,5	18,6	36,9
Затрудняюсь ответить	4,5	4,2	4,1	4,3

Низкая по доходам группа населения на 6,2 пп. больше подвержена гипертонии и ишемической болезни сердца (группа болезней с самым большим летальным исходом в РФ), высокодоходная группа более, чем на 15 пп. не обнаружила никаких болезней.

Расслоение в РФ в области здравоохранения существует по “закрепленности” медицинских учреждений и выводу ряда категорий населения из системы ОМС. Вся система госслужбы получила доступ к бюджетному финансированию дополнительного медицинского страхования, военные и силовые органы располагают медицинскими учреждениями в своей структуре, сохранились ведомственные структуры, в том числе коммерческих организаций (РЖД, Газпром и др.). Крупный и отчасти средний бизнес в рамках соцпакетов оплачивает своим сотрудникам дополнительное медицинское страхование, наконец, высокодоходные слои населения имеют материальную возможность консультаций и лечения в зарубежных центрах. В системе ОМС, с ее минимальными возможностями, остаются малооплачиваемые сотрудники бюджетных организаций, пенсионеры, безработные, мигранты, наемные работники малого бизнеса. Выравнивание качества и комфорта пребывания пациентов в системе ОМС и вне ее, осуществление принципа равенства и справедливости — процессы длительные и зависят от возможностей финансирования.

Грядущий переход к новому технологическому укладу с приоритетом био- и нанотехнологий предполагает широкое использование в медицине принципиально новых технологий, лекарственных средств, новых технологий искусственных органов, наконец, генную инженерию, что приведет к новому качеству жизни и долголетию. Поскольку большинство инноваций имеют высокую стои-

мость, новации в медицине окажутся доступны не всем членам общества. Расслоение будет объективно вести к социальным противоречиям. “Ремонт” и новое качество жизни на основе новых технологий не должны привести к формированию закрытых каст. Общество должно позаботиться о доступности медицинских благ человеческой цивилизации вне подоходных критериев.

В систему институционального регулирования сферой здравоохранения заложены важные принципы. Так, в ФЗ “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” определены приоритеты интересов пациента при оказании медицинской помощи. Это:

1) соблюдение этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации;

2) оказание медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента;

3) обеспечение ухода при оказании медицинской помощи;

4) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени;

5) установление требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях.

Однако недовольство граждан сферой здравоохранения свидетельствует о провозглашении, а не о реализации Закона в социальных практиках. Как и по ряду других направлений социальной политики государства, введение в практику законодательных норм и принципов реализуется посредством участия в этом процессе гражданского общества, а также различных форм социального контроля.

Можно выделить три института контроля в сфере здравоохранения. Это Федеральная служба по контролю в сфере здравоохранения (структура исполнительной власти), Общественный совет при соответствующих министерствах (членство некоммерческих организаций) и фонды обязательного медицинского страхования.

Главная проблема социального контроля в медицине — отсутствие утвержденных стандартов качества лечения. Сегодня по сути существует один параметр стандарта — количество дней нахождения в стационаре в зависимости от заболевания и время пребывания у врача в поликлинике. Эти периоды выстроены под ОМС и контролируются этими фондами. Критерием качества работы медицинских учреждений становится выполнение норм пребывания в стационаре. Одной из стратегических ошибок реформы стал от-

ход от известного принципа мировой медицины — комплексный подход к человеку и его заболеваниям, исследование и лечение не только основного, но и сопутствующего недуга. Переход на финансирование по ОМС практически исключает возможность консультаций и лечения не по профилю поступления больного. Время нахождения в стационаре, а не результат лечения стало главным стандартом здравоохранения.

Недоразумением можно назвать законодательную норму, определившую фонды, выступающие как расчетно-кассовые структуры, субъектом проверки качества лечения. Более того, практика показала, что контроль основан на изучении историй болезни и амбулаторных карт пациентов. Возникает очень серьезная проблема сохранения врачебной тайны и ее гарантированности в соответствии с законом. Общественные советы проверяют доступность и качество лечения на сайтах поликлиник и больниц, на которых размещены вопросы для интерактивного голосования. Зная контингент государственных учреждений здравоохранения, можно усомниться в репрезентативности таких опросов и в их пользе. Представляется необходимой работа общественных советов с профессиональными социологами, что даст реальную картину работы исследуемых больниц, поликлиник, станций скорой помощи и позволит поставить достоверный “диагноз” и отдельным структурам, и системе здравоохранения в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Васильев В.П., Деханова Н.Г., Лось Н.А., Холоденко Ю.А. Государственное и муниципальное управление. М., 2014.

Гидденс Э. Судьба, риск и безопасность // THESIS. 1994. Вып. 5.

Гонтмахер Е.Ш. Здравоохранение и социальное обеспечение в поисках баланса интересов // Журнал новой экономической ассоциации. 2015. № 2 (26).

Государственная программа Российской Федерации “Развитие здравоохранения”. URL: www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info
Здравоохранение в России, 2015. М., 2015.

Иванова А.Е. Потребность населения в долголетьи и степень ее реализации // Социологические исследования. 2013. № 2.

Инновации в социально-экономическом развитии: государство, фирма, менеджмент / Под ред. В.П. Васильева. М., 2007.

Конституция Российской Федерации. М., 2016.

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. URL: economy.gov.ru/mines/activity/sections/strategicPlanning/concept/indexdocs

Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М., 2012.

Назарова И.Б. Здоровье и качество жизни жителей России // Социологические исследования. 2014. № 9.

Прогноз долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года. М., 2013.

Решетников А.В. Эволюция социологии медицины // Социология медицины. 2012. № 2 (20).

Россия и страны мира, 2014. М., 2014.

Рудовска И. Непрерывность оказания помощи в комплексном медицинском обслуживании // Социологические исследования. 2014. № 9.

Синельников А.Б. Влияние семейного и демографического статуса на состояние здоровья и его самооценку // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. № 6.

Сорокин П.А. Система социологии. М., 2008.

Указ Президента Российской Федерации от 7.05.2012 № 598 “О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения” // Российская газета. Столичный выпуск. 2012. 9 мая. № 5775 (102). URL: <https://rg.ru/2012/05/09/zdorovje-dok.html>

Федеральный закон “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” // Российская газета. Федеральный выпуск. 2010. 3 дек. № 5353 (274). URL: <https://rg.ru/2010/12/03/oms-dok.html>

Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” // Российская газета. Федеральный выпуск. 2011. 23 нояб. № 5639 (263). URL: <https://rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>

Финансы России, 2014. М., 2014.

REFERENCES

Federal'nyi zakon “Ob obyazatel'nom meditsinskom strakhovanii v Rossii-skoi Federatsii” // Rossiiskaya gazeta. Federal'nyi vypusk. 2010. 3 dek. N 5353 (274). URL: <https://rg.ru/2010/12/03/oms-dok.html>

Federal'nyi zakon “Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiiskoi Federatsii” // Rossiiskaya gazeta. Federal'nyi vypusk. 2011. 23 noyab. N 5639 (263). URL: <https://rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>

Finansi Rossii, 2014. М., 2014.

Giddens E. Sud'ba risk i bezopasnost // THESIS. 1994. Vyp. 5.

Gontmaher E.Sh. Zdravoohranenie i socialnoe obespechenie v poiskah balansa interesov// Jurnal novoi ekonomicheskoi associacii. 2015. N 2 (26).

Gosudarstvennaya programma Rossiiskoi Federacii “Razvitie zdavoohraneniya”. URL: www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info

Ivanova A.E. Potrebnost naseleniya v dolgoletii i stepen ee realizacii // Sociologicheskie issledovaniya. 2013. N 2.

Innovacii v socialno-ekonomicheskom razvitii: gosudarstvo, firma, menedjment / Pod red. V.P. Vasilyeva. М., 2007.

Koncepciya dolgosrochnogo socialno-ekonomicheskogo razvitiya Rossiiskoi Federacii na period do 2020 goda. URL: economy.gov.ru/minec/activity/sections/strategicPlanning/concept/indexdocs

Konstituciya Rossiiskoi Federacii. М., 2016.

Medik V.A., Osipov A.M. Obschestvennoe zdorove i zdravooхранenie: medico-sociologicheskii analiz. M., 2012.

Nazarova I.B. Zdorove i kachestvo jizni jitelei Rossii // Sociologicheskie issledovaniya. 2014. N 9.

Pierson C. Beyond the welfare state? The new political economy of welfare. Cambridge, 2006.

Prognoz dolgosrochnogo socialno-ekonomicheskogo razvitiya Rossiiskoi Federacii na period do 2030 goda. M., 2013.

Reshetnikov A.V. Evolyuciya sociologii medicini // Sociologiya medicini. 2012. N 2 (20).

Rossiya i strani mira, 2014. M., 2014.

Rudovska I. Neprerivnost okazaniya pomoschi v kompleksnom medicinskom obslujivanii // Sociologicheskie issledovaniya. 2014. N 9.

Sinelnikov A.B. Vliyanie semeinogo i demograficheskogo statusa na sostoyanie zdorovya i ego samooценku // Socialnie aspekti zdorovya naseleniya. 2012. N 6.

Sorokin P.A. Sistema sociologii. M., 2008.

The European health report 2015. Targets and beyond — Reaching new frontiers in evidence. URL: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015/ehr2015>

The sociology of health and illness: critical perspectives / Ed. by P. Conrad. N.Y., 2009.

Ukaz Prezidenta Rossiiskoi Federatsii ot 7.05.2012 N 598 “O sovershenstvovanii gosudarstvennoi politiki v sfere zdravookhraneniya” // Rossiiskaya gazeta. Stolichnyi vypusk. 2012. 9 maya. N 5775 (102). URL: <https://rg.ru/2012/05/09/zdorovje-dok.html>

Vasilev V.P., Dehanova N.G., Los' N.A., Holodenko Yu.A. Gosudarstvennoe i municipalnoe upravlenie. M., 2014.

World Health Statistics. 2013 (2014). URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/7/9789244564585_rus.pdf?ua=1

Zdravooхранenie v Rossii, 2015. M., 2015.

Zola I. Medicine as an Institution of Social Control // The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives / Ed. by P. Conrad. N.Y., 2009.