

## ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

© ЖУРАВЛЕВА И.В., 2017  
УДК 614.2:316.42

*Журавлева И.В.*

### АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ

ФГБУ Институт социологии Российской академии наук, 119121, г. Москва

В статье рассмотрены возможные изменения в социальной политике, которые способствовали бы улучшению здоровья населения. Прежде всего это изменение ориентации Стратегии охраны здоровья с про-медицинской на другую, которая направлена на здоровье здоровых людей. Это потребует создания единого рабочего координирующего органа. Данные меры дадут возможность обоснованно влиять на различные аспекты, формирующие неравенства в сфере здоровья. Эффективность социальной политики невозможна без адекватного восприятия населением ее мероприятий. Введение системы обучения заботе о здоровье является основой такого восприятия и повышает общую культуру здоровья населения.

**Ключевые слова:** *социальная политика; идеология здоровья; неравенства в здоровье; обучение здо-ровью.*

**Для цитирования:** Журавлева И.В. Актуальные проблемы социальной политики в сфере здоровья. *Социология медицины.* 2017; 16 (1): 4—9. DOI 10.18821/1728-2810-2017-16-1-4-9

**Для корреспонденции:** Журавлева Ирина Владимировна, д-р социологических наук, главный научный сотрудник, заведующая сектором социальных проблем здоровья Института социологии РАН, e-mail: zhuriv@mail.ru

*Juravleva I.V.*

### THE ACTUAL PROBLEMS OF SOCIAL POLICY IN HEALTH SPHERE

The institute of sociology of the Russian academy of sciences, 119121 Moscow, Russia

The article considers possible alterations in social policy supporting amelioration of population health. First of all, it is an alteration of orientation of the health care Strategy from pro-medical to another one targeting health of healthy people. This process requires development of unified working coordinating organ. These measures will provide an opportunity to validly impact various aspects developing inequities in health sphere. The efficiency of social policy is impossible without adequate perception of its activities by population. The introduction of system of education of health caring is a basis of such a perception increasing general culture of population health.

**Key words:** *social policy; health ideology; inequity in health; education of health*

**For citation:** Juravleva I.V. The actual problems of social policy in health sphere. *Sociologia meditsini.* 2017; 16 (1): 4—9. DOI 10.18821/1728-2810-2017-16-1-4-9

**For correspondence:** Juravleva I.V, doctor of sociological sciences, chief researcher, head of sector of social problems of health. e-mail: zhuriv@mail.ru

**Conflict of interest.** The authors declare absence of conflict of interest.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 20.10.2016  
Accepted 05.04.2017

Социальная политика государства в сфере здоровья основывается на том, что здоровье — это высшее неотчуждаемое право человека, без которого теряют значение другие ценности. В последние десятилетия происходит изменение отношения к здоровью в масштабах России и в мире в целом. Здоровье все в большей степени начинает восприниматься как важный фактор глобального развития. Не случайно в 2000 г. Организация Объединенных Наций приняла Декларацию тысячелетия, на основании которой были сформулированы 8 основных Целей развития тысячелетия. «Здоровье составляет основу Целей развития тысячелетия, оно признано центральным элементом глобальной повестки дня, посвященной сокращению масштабов нищеты,

а также важным мерилom человеческого благосостояния» [1].

В России реализация принципов Декларации нашла отражение в соответствующем документе «Цели развития тысячелетия и национальные проекты — стратегический выбор России» [2], по которому в стране начали осуществляться национальные проекты, направленные на сокращение бедности, повышение образования, улучшение условий жизни, здоровья.

Обращение к другим документам ВОЗ показывает, что при постановке задач в сфере охраны здоровья во всех странах мира ВОЗ возлагает ответственность за здоровье народа не на органы здравоохранения, а на правительство в целом при активном участии на-

селения. При этом ВОЗ изменила основной критерий успешности социальной политики с ориентации на расходы, выделяемые на нужды здравоохранения, на ориентацию на здоровье конкретного человека (популяции) [3].

В Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан сказано, что охрана здоровья граждан — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, т. е. здоровье зависит от всего перечня сфер жизни, а не только от здравоохранения, как принято думать.

Состояние здоровья населения является главным показателем эффективности социальной политики в сфере здоровья [4]. В 2014 г. в России был побит абсолютный рекорд средней продолжительности жизни женщин за всю историю страны, включая советское время. Средняя продолжительность жизни женщин в России составила 77,2 года, мужчин 65,6 года при средней продолжительности жизни 71 год.

Растет рождаемость, сокращается смертность, в том числе младенческая. Показатель младенческой смертности в 2014 г. составил 7,4 на 1 тыс. родившихся живыми, что в 1,5 раза ниже, чем в 2005 г. Аналогичная тенденция характерна и для материнской смертности (сокращение в 1,8 раза за тот же период). Однако эти показатели еще далеки от среднеевропейских [5].

Сравнительный анализ заболеваемости различных возрастных групп населения России за 2000—2013 гг. показал, что увеличение заболеваемости произошло во всех группах заболеваний, кроме одной. Это касается и населения в целом, и детей (0—14 лет), и подростков. При этом наибольшие негативные изменения характерны для детей и подростков. У взрослого населения общая заболеваемость возросла на 9,4%, у детей 0—14 лет на 27,7%, а у подростков 15—17 лет за тот же период на 61,7%, т. е. темпы заболеваемости детей оказались в 3 раза, а подростков в 7 раз выше, чем у взрослых [5, 6]. На 10% увеличилось число детей-инвалидов за последние 5 лет. Кроме того, Россия сегодня вышла на первое место в Европе по абсолютному (на 100 тыс. детей и подростков) числу детских и подростковых суицидов, число которых, вместе с попытками самоубийства, за последние годы возросло на 35—37% [Основные положения Стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013—2020 гг. URL <http://www.diacatalog.ru/dev/editorPics/img514785ea517b3.pdf>/(дата обращения 01.06.2016)].

В 2014 г. доля смертей, приходящихся на внешние причины (травмы, отравления, убийства, самоубийства), составила у подростков 10—14 лет более 50% (55% у девушек и 58% у юношей) всех причин смерти. А у 15—19-летних подростков эти показатели еще выше (65 и 75% соответственно), что указывает на высокую значимость поведенческой компоненты в причинах смертности подростков [7].

Увеличилась заболеваемость злокачественными новообразованиями (вторая по значимости причина смертности) в 2000—2013 гг. среди пациентов с впер-

вые установленным диагнозом в 1,2 раза, а число стоящих на учете по этому заболеванию возросло в 1,5 раза, в 6 раз возросла доля зарегистрированных пациентов с ВИЧ-инфекцией [6].

Видимо, не случайно в 2015 г. специальная комиссия Счетной палаты РФ признала реформу здравоохранения «провальной»: она не только не улучшила качество оказываемых населению медицинских услуг, но сделала их для населения менее доступными, на 24% увеличился объем платных услуг, сокращено более 33 тыс. больничных коек, закрыто 29 больниц, При этом смертность в больницах в целом по стране выросла на 2,6%, а в 49 регионах на 3,7%. Несмотря на эти выводы, сделанные аудиторами, «оптимизация» здравоохранения России, начатая в 2014 г., продолжается. В 2015 г. подлежала ликвидации 41 больница, а за 4 года общее число больниц планируется сократить на 11%, поликлиник на 7%. Доступность медицинской помощи для россиян снизилась по ряду факторов, особенно на селе, где обеспеченность врачами в 3,5 раза ниже, чем в городе, а смертность по итогам 2014 г. на 15% опередила городскую [8].

Известно, что из числа факторов, влияющих на здоровье, на здравоохранение приходится лишь 10—15%. По-видимому, не только здравоохранение «виновато» в плохом здоровье россиян. Возможно, все дело в социальной политике? Рассмотрим ее основные проблемы.

1. Исторически и традиционно здоровье ассоциируется со здравоохранением. Оно было успешным, когда структура причин смерти и заболеваний носила преимущественно инфекционный характер. Его эффективность в те годы определялась в значительной степени не суммой выделяемых средств, а четкой концепцией и социальной политикой здравоохранения. Но наступил момент, когда эта политика перестала соответствовать условиям жизни и структуре заболеваемости, а новая концепция здравоохранения так и не была разработана. Здравоохранение сегодня, как и раньше в течение многих лет, ориентировано исключительно на больных людей, адресуя им почти все социальные и медицинские ресурсы. А социальная политика в сфере здоровья направлена в основном на улучшение качества медицинского обслуживания, а не на формирование санитарно-гигиенической культуры населения, самосохранительного сознания, включая экологическое, не на создание условий для оптимального взаимодействия личности и социальных институтов (семьи, образования, бытового обслуживания, отдыха и т. п.) в сфере здоровья.

В 2003 г. была принята «Концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации». Правовой документ, включающий словосочетание «здоровье здоровых», впервые появился в отечественной законодательческой практике. Суть концепции — в недопущении болезненного состояния человека за счет мобилизации его психофизиологических резервов, обеспечивающих равновесие организма с окружающей средой, оптимальную адаптацию и противодействие экстремальным факторам. В центре внимания концепции — здоровые мать и отец, здоровый ребенок, здоровый образ жизни, полноценная трудовая деятельность и обеспеченная старость.

Отдавая должное факту появления подобной концепции, нельзя не обратить внимание на то, что в обосновании доминирует экономическая эффективность от реализации концепции, тогда как основным результатом должны стать не экономические достижения, а изменение поведения людей. Главный же недостаток в том, что не обозначен механизм управления процессом охраны здоровья здоровых.

Отсутствует механизм реализации осуществления задач, связанных со здоровым образом жизни, и в последующих законодательных документах. 1 ноября 2011 года принят Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Здесь социальным аспектам здоровья уделено небольшое внимание, едва ли не впервые в правовых документах обращается внимание на то, что формирование общественного здоровья осуществляется не только медицинскими организациями, но и органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, общественными объединениями, образовательными и физкультурно-спортивными организациями.

Попытки разработать национальную Стратегию охраны и укрепления здоровья предпринимались в России неоднократно. Так, в 1997 г. Правительство РФ утвердило Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки до 2005 г., которая предполагала: обеспечить население качественным питанием и водоснабжением, улучшить экологические и жилищно-коммунальные условия, предусмотреть меры по обеспечению безопасности граждан, занятости детей и подростков и снижению уровня бедности среди населения. Разработке концепции предшествовал анализ политик здравоохранения в различных странах и их рекомендаций по оптимальному развитию сферы здоровья. В результате были подготовлены два программных документа «К здоровой России» 1994 и 1997 гг. Ведущие российские и зарубежные специалисты в области здравоохранения признали, что неблагоприятные показатели заболеваемости и смертности в России не поддаются корректировке с помощью лечебных мероприятий. «Только проведение широких мер профилактики сердечно-сосудистых и неинфекционных заболеваний, резкое снижение уровня риска этих заболеваний у населения, общие меры укрепления здоровья могут переломить ситуацию. Эта работа возможна только при скоординированности действий различных организаций и учреждений, включая правительственные» [9].

В документах детально, поэтапно представлены меры по реализации политики и стратегии укрепления здоровья и профилактики основных неинфекционных заболеваний в контексте реформ здравоохранения. В этих документах есть все: характеристика современной ситуации, прошлый опыт, оценка существующих потребностей населения и общества, значение образования в сфере здоровья, роль медицинских работников, семьи, школы, СМИ, особенности воздействия на различные социально-демографические группы населения и т. п. Результаты социологических исследований, проведенных в процессе подготовки этих документов, выступают в качестве аргументов, подтверждающих

высказываемые предложения, и основы для разработки структуры и мероприятий по содержательным блокам. Однако эта Стратегия осталась нереализованной. В последующие годы было принято немало правовых документов различного уровня, разработано множество программ, направленных на изменение ситуации в сфере общественного здоровья, но ситуация менялась преимущественно в негативном направлении.

Очередная последняя попытка создания стратегии была предпринята в 2013 г. — Стратегия охраны здоровья населения РФ на период 2013—2020 гг. Особенность ее состоит в том, что, хотя она на 90% посвящена вопросам здравоохранения, в ней упоминается комплекс мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья населения в целом, тех самых, которые планировались в 1997 г. Опять приводится опыт разных стран, где охрана здоровья выходит за рамки медицинских аспектов и включает все сферы жизни, влияющие на здоровье населения. Но в целом этой стратегии свойственна промедицинская направленность, хотя прошедшие десятилетия свидетельствуют о непродуктивности такого подхода и необходимости его изменения.

Сегодня в России объектом социальной политики в сфере общественного здоровья являются массовые заболевания и группы людей, подверженные им. Здоровый человек и здоровое население находятся вне сферы внимания здравоохранения до тех пор, пока у них не появятся заболевания. Чем серьезнее и тяжелее будут заболевания, тем больший интерес, экономический и научный, они будут представлять для здравоохранения, поскольку деньги выделяются только на лечение больных и на изучение болезней. Между тем основное внимание необходимо сосредоточить на поддержании здоровья здоровых людей и создании идеологии здоровья, т. е. нужен принципиально иной взгляд на общественное здоровье. Это выражается не только в характере юридического обоснования социальной политики в сфере здоровья, но также в финансировании всех сфер жизни, связанных со здоровьем населения (здравоохранение, образование, досуг, физкультура и спорт и др.) и практической реализации принятых решений.

2. Реализация подобной стратегии с позиции комплексного подхода невозможна без единого координирующего органа. Формирование его могло бы вестись по принципу отбора основных направлений, связанных с формированием и охраной здоровья. К числу таких направлений относятся трудовая деятельность, жилищно-бытовые условия, питание, занятия физкультурой и спортом, организация досуга, окружающая среда. Каждое из направлений представляет собой отрасль народного хозяйства, которые ответственны за решение проблем, связанных со здоровьем. Все эти отрасли в той или иной степени должны войти в единый координирующий орган. С созданием такого нового формирования социальная политика в сфере здоровья получит возможность аргументированно расширить зону своего воздействия на все аспекты, связанные со здоровьем населения, независимо от их ведомственного подчинения. Российская академия медицинских наук и Министерство здравоохранения, претендующие на

эти координирующие функции сегодня, справляются не очень успешно.

Только за последние 20 лет «существенно возросло число случаев заболеваний, приводящих к смерти. Число случаев заболеваний системы кровообращения увеличилось в 2 раза, онкологических — на 60%. Число болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, приводящих к инвалидности, возросло в 2 раза». Так в Государственной программе «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» аргументируется актуальность данной работы. Анализ сложившейся ситуации позволил авторам Государственной программы прийти к выводу о том, что в соответствии с рекомендациями ВОЗ «выполнение этих задач в рамках только системы здравоохранения невозможно и требует широкого межсекторального многоуровневого взаимодействия» [Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» URL <http://innovation.gov.ru/sites/default/files/documents/2016/11073/2951.pdf> (дата обращения 01.06.2016)]. Разумный вывод, хоть и сделанный с десятилетним опозданием. Действительно, заниматься здоровьем нации должны все ведомства, имеющие к этому отношение, а не только медицина.

Целесообразно было бы создание межведомственной структуры на правительственном уровне, призванной преодолеть ведомственную разобщенность. В ряде стран имеется опыт создания таких управленческих структур.

В России Правительственные комиссии по охране здоровья граждан существуют с 1999 г., но их координирующая роль малоизвестна. В октябре 2012 г. была создана Правительственная комиссия по охране здоровья граждан во главе с Председателем Правительства РФ. В ее состав вошли 15 министров, 20 президентов, председателей, руководителей самого высокого ранга различных ведомств, государственных и общественных организаций и 4 главы религиозных конфессий. Конечно, столь представительной комиссии доступно все, кроме повседневной работы по сохранению здоровья населения. Для этого нужен рабочий координирующий орган, для которого формирование и охрана здоровья населения было бы основной работой. С созданием такого нового формирования социальная политика в сфере здоровья получила бы инструмент воздействия на все сферы, связанные со здоровьем населения, независимо от их ведомственного подчинения.

3. В последние десятилетия в России обостряется проблема неравенства в здоровье различных слоев населения. Проблема эта имеет интернациональный характер, она отражена в стратегии ВОЗ и является объектом пристального внимания даже в экономически благополучных западных странах. По мнению ВОЗ, для претворения в жизнь политики, направленной на сокращение неравенства в вопросах здоровья, необходимы специальные организационные структуры. Доминирующим концептом при этом является то, что такие структуры, чтобы быть эффективными, должны иметь межведомственный характер на правительственном уровне. Их нельзя отдать полностью в ведение тому или иному министерству или ведомству (например, здравоохранению). Сложность состоит также в том,

что здоровье редко бывает первостепенным соображением при принятии решений, касающихся политики в области экономики, промышленности или жилья. Поэтому необходимы компромиссы между приоритетами, чтобы обеспечить сохранение здравоохранительной политики.

Есть страны, где эта проблема успешно решается на государственном уровне. Например, парламент Швеции утвердил в 1991 г. закон, по которому все национальные государственные и общественные организации, учреждения и органы власти обязаны докладывать парламенту о конкретных действиях по сокращению проявлений социально-экономического неравенства в сфере здоровья, а также должны анализировать последствия своих действий для здоровья населения. Учрежден Институт общественного здравоохранения, в задачу которого входит разработка официальных механизмов и способов планирования, мониторинга и информирования о мерах, предпринимаемых для уменьшения неравенства в сфере здоровья. В нашей стране нет такой структуры, и проблема неравенства в здоровье продолжает обостряться.

Существует 3 группы факторов, формирующих ситуацию неравенства в сфере здоровья:

Первую группу составляют факторы, связанные с экономическими ресурсами, физической и социальной средами, в которых людям приходится жить и работать. Многократно доказана тесная взаимосвязь между уровнем доходов и состоянием здоровья. Причем здоровье улучшается и идет по восходящей от групп с низкими доходами к группам со средними и высокими доходами до тех пор, пока не достигаются очень высокие доходы, где названная взаимозависимость исчезает. Последнее для России пока не актуально.

Вторая группа факторов связана с индивидуальными особенностями поведения людей. Это, с одной стороны, социально неодобряемые виды поведения (курение, алкоголь, наркотики), с другой — различные виды самосохранительного поведения (рациональное питание, физическая активность, использование профилактических возможностей для себя и своих детей и т. п.). Неравенства в сфере поведения людей неизбежны, но степень их изменения в позитивном направлении в значительной мере зависит от наличия обучения заботе о здоровье в семье, школе, средствах массовой информации.

Третья группа факторов имеет отношение к системе здравоохранения, которое предоставляет разные по качеству возможности и услуги для разных категорий населения. Эти возможности обуславливаются экономической, географической и культурологической доступностями.

Сегодня ситуация такова, что программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи не обеспечена в полном объеме финансовыми средствами. Дефицит средств по программе составляет 30—40% от потребности. Существенны диспропорции в объемах финансирования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (20—30 и 70—80% всех расходов на здравоохранение соответственно). Это приводит к увеличению доли стационарного лечения, удорожанию медицинской по-

мощи в целом. Особую тревогу вызывает состояние материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений. Степень износа основных фондов в здравоохранении в 2014 г. составила 54,7%. Не решена проблема равнодоступности медицинской помощи для жителей различных территорий страны, а также сельского и городского населения. Расходы бюджетов и средств ОМС отдельных районов и городов регионов на одного жителя различаются в десятки раз, что нарушает принципы социальной справедливости. Расходы населения на лекарственные средства, медицинские и оздоровительные услуги постоянно растут: за период 2005—2014 гг. они увеличились на медицинские услуги в 5,1 раза, на санаторно-оздоровительные в 3,4 раза, на физкультурно-спортивные в 6,8 раза [5].

4. Недостаточно осуществить те или иные меры социальной политики, нужно, чтобы они были адекватно восприняты населением. Россиянин должен быть соответствующим образом подготовлен, чтобы при наличии реальных возможностей пойти к врачу с профилактической целью, выбрать здоровую еду в магазине или поучаствовать в физкультурном празднике. Важно не только разработать эффективную систему профилактики, но еще и обеспечить ее внедрение в повседневную жизнь россиян. Для этого в стране должна быть система воспитания, обучения заботе о здоровье. Поскольку процесс формирования потребностей в здоровом образе жизни весьма сложный и длительный, целесообразно говорить о нем в связи с детьми и подростками, тем более что их состояние здоровья характеризуется крайне негативными тенденциями на протяжении нескольких десятилетий. В школе нет предмета, обучающего заботе о здоровье. Современная школа не имеет концепции сохранения и укрепления здоровья детей, воспитания осознанного отношения к собственному здоровью. Педагоги по различным школьным предметам говорят детям о здоровье детей, но ни для кого это не является отчетным показателем работы, потому и нет результатов.

Достаточно распространенным является мнение о том, что обучать навыкам здоровья должна семья. Проблема в том, как воспитать грамотных родителей. Трудно винить семью в отсутствии подобных сведений — это показатель низкой гигиенической культуры. Воспитание грамотных родителей эффективнее всего осуществлять в общеобразовательной школе путем систематического преподавания предмета «Здоровье». Причем вести этот предмет должен специально подготовленный педагог (а не наспех переученный военрук) с широким кругозором, эрудицией, осознающий место и роль человека в природе, обществе. Индивид будет нести ответственность за свое здоровье только после получения необходимой для этого информации (оптимально — в системе дошкольного, школьного и вузовского образования) и материально-технических возможностей для реализации потребностей в здоровом образе жизни.

Разработки программ обучения здоровью делались неоднократно. Например, в упоминавшемся документе «К здоровой России» 1997 г. [9] в разделе «Дети и школьники» представлена современная модель такой школьной программы.

Основная ее задача состоит в переориентации не только школьной программы, но и социальной, экологической, гигиенической школьной среды, всей инфраструктуры внутри школы и вокруг нее на укрепление здоровья детей, их полноценное развитие и благополучие. Проблема при этом состоит в объединении ресурсов и усилий в этом направлении различных служб и структур. Центральная идея программы — работа со здоровыми детьми с целью выработки у них ценностей, знаний и привычек здорового образа жизни. Собственно образовательная программа включает в себя последовательное обучение здоровому образу жизни учащихся каждой возрастной группы, начиная с детского сада и кончая 11-м классом. Она преподается учителями, подготовленными для преподавания данного предмета, объединяет усилия родителей, сотрудников органов здравоохранения, представителей общественности. В этой программе должны активно участвовать высшие учебные заведения, которые обеспечивают первоначальную подготовку и постдипломное образование. Впоследствии аналогичные попытки разработать концепцию школьного обучения здоровью предпринимались неоднократно, но реализовать их пока не удалось.

### Заключение

Завершая рассмотрение основных проблем в сфере охраны здоровья, хотелось бы подчеркнуть прежде всего их не медицинский, а социальный характер, а также возможность решения только на государственном уровне. При этом хочется отметить важность создания идеологии здоровья, направленной на здоровье здорового человека. Реорганизацией нынешней системы охраны здоровья должна заниматься руководящая структура, объединяющая представителей всех отраслей и ведомств, связанных со здоровьем населения, и направленная на максимальное уменьшение неравенства в этой сфере. Залог успешности такой работы в росте культуры здоровья населения в результате соответствующего обучения.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. ЦРТ. Здоровье и Цели тысячелетия в области развития. ВОЗ; Женева: 2005. URL: [www.whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/66.htm/1](http://www.whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/66.htm/1) (дата обращения 03.06.2016).
2. Цели развития тысячелетия и национальные проекты — стратегический выбор России. 2006. URL [http://www.undp.ru/publications/mdg\\_rus.pdf](http://www.undp.ru/publications/mdg_rus.pdf) (дата обращения 03.06.2016).
3. Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы. (Европейская серия «Здоровье для всех», № 4). Копенгаген: ЕРБ. ВОЗ; 1991.
4. Решетников А.В. *Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство*. М.: Медицина; 2002.
5. Здравоохранение в России 2015. Статистический сборник. М.; 2015: 73, 143, 165. URL [http://www.gks.ru/free\\_doc/doc\\_2015/zdrav15.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf) (дата обращения 10.03.2016).
6. Российский статистический ежегодник - 2014. М.; 2014: Таб. 8.17, 8.19, 8.20, 8.33. URL [http://www.gks.ru/bgd/regl/b14\\_13/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b14_13/Main.htm); (дата обращения 01.06.2016)
7. Российская база данных по рождаемости и смертности. Центр демографических исследований Российской экономической школы, Москва (Россия). URL [http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr\\_indicat/data](http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data) (дата обращения 03.06.2016).

8. Счетная палата раскритиковала реформу системы здравоохранения. URL <https://lenta.ru/news/2015/04/14/medicine/> (дата обращения 17.05.2016).
9. К здоровой России. Политика и стратегия профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в контексте реформ здравоохранения в России: Руководство по разработке. М.: ГНИЦ профилактической медицины; 1997: 99—106.

Поступила 20.10.2016

Принята в печать 05.04.2017

#### REFERENCES

1. ADM. The Health and Aims of Millennium in Area of Development. [TsRT. Zdorov'e i Tseli tysyacheletiya v oblasti razvitiya]. Geneva: WHO; 2005. URL: [www.whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/66.htm/1](http://www.whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/66.htm/1) (data obrasheniya 03.06.2016). (in Russian)
2. The Millennium Development Goals and National Projects — a Strategic Choice of Russia. [Tseli razvitiya tysyacheletiya i natsional'nye proekty — strategicheskiy vybor Rossii]. 2006. URL [http://www.undp.ru/publications/mdg\\_rus.pdf](http://www.undp.ru/publications/mdg_rus.pdf) (data obrasheniya 03.06.2016). (in Russian)
3. Targets for Health for All. Health Policy for Europe. (European Series «Health for All», № 4). [Zadachi po dostizheniyu zdorov'ya dlya vseh. Politika zdavoohraneniya dlya Evropy. Evropeyskaya seriya «Zdorov'e dlya vseh», № 4]. Copenhagen: Regional Office for Europe. WHO; 1991. (in Russian)
4. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine (Introduction to Scientific Discipline): Manual*. [Sotsiologiya meditsiny (vvedenie v nauchnyu distsiplinu): Rukovodstvo]. Moscow: Meditsina; 2002. (in Russian)
5. Healthcare in Russia 2015: Russian Statistical Yearbook. [Zdravookhranenie v Rossii 2015: Statisticheskiy sbornik]. Moscow: 2015: 73, 143, 165. URL [http://www.gks.ru/free\\_doc/doc\\_2015/zdrav15.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf) (data obrasheniya 10.03.2016). (in Russian)
6. Statistical Yearbook of Russia — 2014. [Rossiyskiy statisticheskiy ezhegodnik — 2014]. Moscow; 2014: Tab. 8.17, 8.19, 8.20, 8.33. URL [http://www.gks.ru/bgd/regl/b14\\_13/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b14_13/Main.htm); (data obrasheniya 01.06.2016). (in Russian)
7. The Russian base on the fertility and mortality data. Center for Demographic Research of the Russian Economic School, Moscow (Russia). URL [http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr\\_indicat/data](http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data) (data obrasheniya 03.06.2016). (in Russian)
8. The Audit Chamber has criticized the health care system reform. URL <https://lenta.ru/news/2015/04/14/medicine/> (data obrasheniya 17.05.2016). (in Russian)
9. To a Healthy Russia. Policy and Strategy for the Prevention Cardiovascular and Other Non-communicable Diseases in the Context of Health Care Reforms in Russia: The Guide for Elaboration. [K zdorovoy Rossii. Politika i strategiya profilaktiki serdechno-sosudistykh i drugikh neinfektsionnykh zabolovaniy v kontekste reform zdavoohraneniya v Rossii: Rukovodstvo po razrabotke]. Moscow; 1997: 99—106. (in Russian)