

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ СО СЛОЖНЫМИ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ

В статье изложены результаты социологической оценки организации медицинской деятельности в Турочакском районе Республики Алтай. В ходе анкетирования получена информация об отношении местных жителей к качеству медицинских услуг. Выявлены проблемы, которые влияют на деятельность лечебных учреждений. Предложена модель организации системы здравоохранения на территориях со сложными климатогеографическими условиями, которая учитывает не только специфику профессиональной деятельности, но и социальные аспекты существующих отношений между медицинским персоналом и пациентами. Дополнительно получена информация об оценке респондентами своего здоровья. Установлены факторы риска, которые, по их мнению, провоцируют заболевания. Определен рацион питания, степень зависимости от употребления алкоголя и курения. В ходе анкетирования осуществлялся сбор сведений о причинах склонности отдельных представителей местной этнической группы к суициду. Социально-экономический статус респондентов устанавливался с помощью таких показателей, как образование, род деятельности, вид занятости, источник и средний размер ежемесячного личного дохода. При определении степени социальной поддержки респондентов учитывалось их семейное положение и оказывается ли со стороны родственников в период лечения и реабилитации помощь больному. Проанализирована статистика заболеваний на территории, которая обслуживается участковой больницей.

Ключевые слова: Республика Алтай, качество медицинских услуг, система здравоохранения.

В последние годы проблемы в экономике привели к значительному снижению платежеспособности населения и одновременному повышению стоимости лекарственных препаратов. В лечебных учреждениях сохранился кадровый дефицит медицинского персонала и увеличился документооборот. Проведенные социологические исследования свидетельствуют о том, что тренд на коммерциализацию медицинских услуг и упрощенческий подход, который наблю-

Кожевников Андрей Александрович — кандидат социологических наук, проректор по общим вопросам Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей (nvkz2004@rambler.ru)

Andrey Kozhevnikov — Candidate of Sciences (Sociology), Vice President, Novokuznetsk Medical Training Institute (nvkz2004@rambler.ru)

дается в организации системы здравоохранения, в сельской местности могут значительно ограничить доступность медицинской помощи и сказаться на ее качестве. В совокупности с негативными, антропогенными факторами данный процесс приведет к существенному нарушению функциональной устойчивости основных компонентов системы жизнеобеспечения и может послужить причиной для обострения на региональном уровне социальных проблем. Применительно к системе здравоохранения в настоящее время необходимо определить мероприятия, которые будут способствовать формированию эффективной организационной структуры, отвечающей запросам населения и обеспечивающей снижение предотвратимой смертности по критерию «здоровье», на территориях с климатогеографическими контрастами. В рамках проведенного исследования изучалась взаимосвязь качества медицинских услуг с организацией системы здравоохранения.

Материалы и методы

В сентябре 2015 г. для жителей сел Артыбаш, Иогач, Новотроицк и Яйлю Турочакского района Республики Алтай по согласованию с республиканским Министерством здравоохранения проводились мероприятия, связанные с оказанием медицинской помощи путем применения аппарата мезодиэнцефальной модуляции ЭсГМТ «Медаптон» МДМК-4 в комплексе с социологическим опросом.

Сбор сведений в рамках социологического исследования осуществлялся по вопросам, подготовленным с учетом особенностей социальной, культурно-языковой (этнолингвистической) среды изучения. В результате была получена информация, связанная с социальной характеристикой респондентов, а также с их оценкой своего здоровья и качества оказываемой им медицинской помощи. Дополнительно были установлены факторы риска, которые, по их мнению, провоцируют заболевания. На основании антропометрических данных рассчитывалась масса тела (индекс Кетле), используемая в качестве показателя предрасположенности к различным болезням. Определялся рацион питания, степень зависимости от употребления алкоголя и курения, а также осуществлялся сбор сведений о причинах склонности отдельных людей к суициду. Социально-экономический статус опрошенных лиц устанавливался с помощью таких показателей, как образование, род деятельности, вид занятости, источник и средний размер ежемесячного личного дохода. При определении степени социальной поддержки учитывалось семейное положение респондентов и оказывается ли со стороны родственников в период лечения и реабилитации помощь больному. Дополнительно была проанализирована статистика заболеваний на территории, которая обслуживается участковой больницей.

Социологическое исследование проводилось в рамках научно-исследовательской работы ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения России по теме: «Горная Шория и Алтай — экология человека средней Сибири, присущая высокогорью других частей света и являющаяся особо суровой для жизни и трудовой деятельности в регионе, подвергшемся воздействию радиации и токсикантов остатков ракетного топлива» (Регистрационный номер № 01201053211

от 01.03.2010 г.). Актуальность исследования обусловлена необходимостью получения объективных данных, характеризующих степень удовлетворенности населением системой здравоохранения, осуществляющей деятельность на региональном уровне. Исследования такого рода обычно включают в себя сравнение отношений, возникающих при получении пациентом и оказании медработником медицинской помощи, в зависимости от того, каковы их контексты, исходя из деятельности и функций различных организаций, наличия различных кадровых ресурсов, разных типов и видов медицинских технологий и существующих договоренностей между медицинскими учреждениями (Решетников 2010: 122).

Результаты и обсуждение

В соответствии с Всероссийской переписью населения 2010 г., численность Артыбашского сельского поселения составляет 2082 человек, из которых в с. Артыбаш зарегистрировано 560 человек, в с. Иогач — 1289 чел., в с. Ново-Троицк — 46 чел., с. Яйлю — 187 чел. Следует отметить, что села Артыбаш и Иогач расположены в непосредственной близости друг от друга. Их разделяет река Бия, вытекающая из Телецкого озера. На учете в БУЗ «Иогачская участковая больница» по данному поселению числится 1567 человек, из них 739 мужчин и 828 женщин. В частности, в с. Артыбаш и с. Иогач — 1403 чел., в с. Ново-Троицк — 23 чел., в с. Яйлю — 134 чел. Обращает на себя внимание тот факт, что, учитывая сведения переписи 2010 г., 515 человек не состоят на учете в лечебном учреждении. Со слов медицинского персонала, это якобы та часть населения, которая сезонно проживает в данном поселении.

В рамках экспедиции сотрудников НГИУВа в течение 10 дней медицинская помощь путем применения аппарата МДМК-4 была оказана 41 человеку. Проведено было 312 человек. В результате исследования установлено, что по половому признаку опрошенная группа распределилась в соотношении 63,2 % — женщины, 36,8 % — мужчины. По возрасту в группу от 60 до 69 лет вошло 32 % от общего числа опрошенных, от 40 до 49 лет — 22,0 %, от 50 до 59 лет — 20 %, от 20 до 29 лет — 13%, от 30 до 39 — 13% (рис.1).

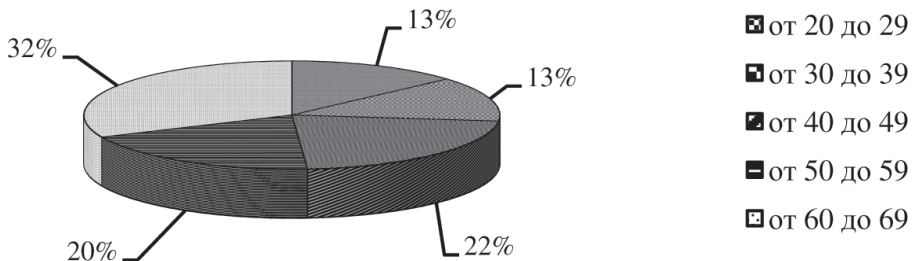


Рис. 1. Возрастные группы респондентов

По национальности данная группа распределилась в следующем соотношении: 53,7% (168/312) — тубалары, 43,9% (144/312) — русские. Следует отметить, что всего в Артыбашском сельском поселении численность тубаларов, состоящих на учете в участковой больнице, составляла около 23,5 % (330/1403 человек).

В процессе исследования основное внимание было уделено анализу социологических сведений, характеризующих такую этническую общность, как тубалары. В частности, было установлено, что 41,8 % респондентов из числа тубаларов имеют среднее образование, 38% — средне-техническое, неполное среднее у 10,2 % и высшее образование у 9,8 %. Из бесед с ними выяснено, что профессиональная подготовка местных жителей старшего поколения соответствовала тем требованиям, которые в советское время предъявлялись к трудоспособной части населения. Это было обусловлено необходимостью решать прежде всего хозяйственные задачи. В современных условиях образование молодежи слабо ориентировано на практическую деятельность. У местных властей нет четкого понимания того, каким образом трудоустроить выпускников учебных учреждений на данной территории. Деятельность по лесозаготовке и осуществлению различного рода промыслов (охота, рыбная ловля, сбор ягод и кедрового ореха) ведется стихийно, что, по мнению населения, приводит к истощению биоресурсов и влияет на уровень жизнеобеспечения жителей. Проблемы с трудоустройством существуют и в туристической сфере, когда услуги отдыхающим на Телецком озере оказывают преимущественно частные лица без гарантии предоставления потерпевшим при несчастном случае квалифицированной медицинской помощи. Основная причина заключается в отсутствии медицинской инфраструктуры, ориентированной на экстремальную специфику данного региона. Проблемы трудоустройства и поиска средств к существованию непосредственным образом связаны не только с качественным состоянием трудоспособной части населения, но и с теми социальными институтами, которые обеспечивают его формирование и развитие. Специфика данного региона заключается в том, что, несмотря на серьезные проблемы в сфере экономики, семья как социальный институт в настоящее время на данной территории продолжает сохранять свою функциональную устойчивость. Так, 73,2 % респондентов из числа тубаларов состоят в браке, 13,8 % — разведены, а 12,2 % указали, что они вдовы (вдовцы).

В социальном плане тубалары распределились по следующим группам — 36,6 % были пенсионерами, 24,4 % — служащие, включая работающих пенсионеров. 21,1% были наемными работниками и 9,9 % безработные, 8 % — предприниматели (рис. 2).

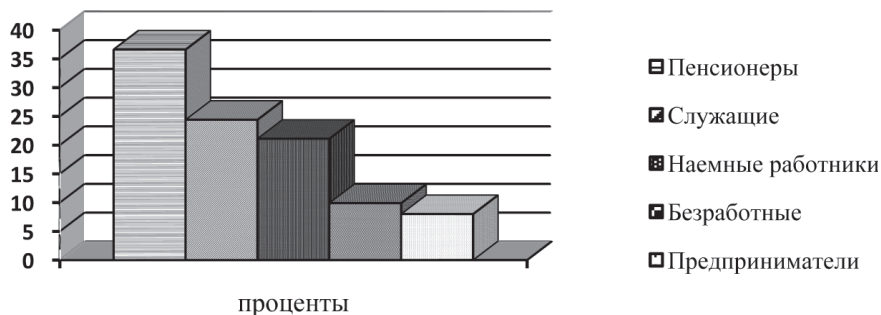


Рис. 2. Социальные группы

В качестве основного источника дохода 41,5 % указали пенсию, 39 % — заработную плату. Доход от предпринимательской деятельности получали 7,4 %. Доходы от периодической реализации мяса, рыбы, в том числе добытой в ходе промысловой деятельности, имели 12,1 %. Совместно доходы получали всего 7,3 % от общего числа опрошенных (рис. 3).

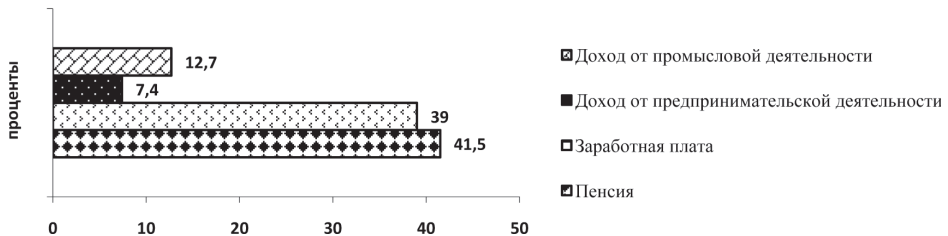


Рис. 3. Доходы респондентов

Размер ежемесячного дохода у 39 % находится в интервале от 5000 до 9999 руб. От 10000 до 19999 руб. у 33 %. 7,3 % респондентов также указали, что их доход свыше 20 000 руб. У остальных 20,7 % доход ежемесячно составляет менее 5000 руб. (рис. 4).

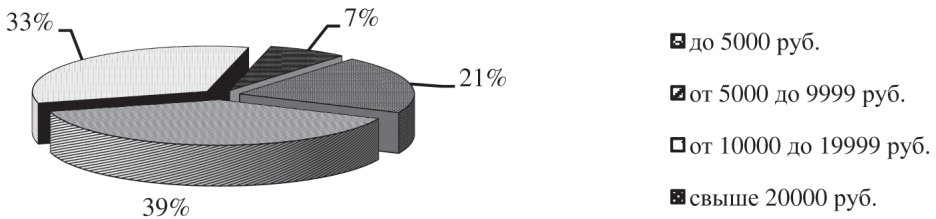


Рис. 4. Ежемесячный доход респондентов

Для сравнения, по информации Росстата, среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в целом по РФ за июнь 2015 г. составила 35 395 руб. При этом минимальный размер оплаты труда в 2015 г. равняется 5965 руб. Прожиточный минимум в целом по России за II квартал 2015 г. для трудоспособного населения составляет 10792 руб, для ребенка — 9806 руб. (Постановление... 2015). Численность населения России с денежными доходами ниже прожиточного минимума в первом полугодии 2015 г. составила 21,7 млн. человек — 15,1 % от общего числа жителей страны. Об этом свидетельствуют данные Росстата, опубликованные 8 сентября 2015 г. Таким образом, количество граждан страны, живущих в бедности, выросло на 2,8 млн. человек или на 14,8 % (Количество бедных... 2015).

На территории, где проводилось исследование, у 59,7 % опрошенных лиц доход ниже прожиточного минимума. Несмотря на это, 58,5 % сообщили о том, что уровень их материального благосостояния — средний, когда денег хватает только на питание и товары первой необходимости. По мнению 22 %, уровень их благосостояния — низкий, позволяет приобретать лишь скромное питание.

Остальные 17 % отметили хороший уровень благосостояния, дающий возможность совершать необходимые покупки, но без роскоши. Полученные данные свидетельствуют о низком уровне платежеспособности у 80,5 % опрошенных граждан, что существенно сказывается на их возможности оплаты услуг, в том числе и медицинских.

В ходе исследования социологическая оценка по критерию «здоровье» осуществлялась по ряду параметров. В частности, было определено *среднее значение по росту* 160,9 см (95 % ДИ 157,8 — 164,02 см). *Среднее значение по весу* составило 75,6 кг (95 % ДИ 70 — 81,2 кг). В результате среднее значение ИМТ (индекс массы тела) группы опрошенных лиц составило 29,5 (95 % ДИ 27,5 — 31,5), свидетельствуя тем самым о преобладании повышенного веса и веса, находящегося на грани индекса, т. е. указывающего на ожирение. Связанные с данным состоянием организма болезни преимущественно являются предотвратимыми, т. к. обусловлены нарушением питания и образа их жизни. Так, в ежедневный рацион мясо входит у 40,1 % опрошенных, 36,9 % едят мясо один раз в неделю и 23 % — раз в месяц. Употребление свежих фруктов распределилось в следующем порядке: ежедневно — 41,5 %, 1 раз в неделю — 31,7 %; 1 раз в месяц — 12,2 %, реже, чем 1 раз в месяц — 14,6%. Свежие овощи ежедневно употребляли 63,4 %, 1 раз в неделю — 14,6 %, 1 раз в месяц — 9,8 %, реже, чем 1 раз в месяц — 12,2 %. Молоко и молочные продукты: ежедневно — 34,1 %, 1 раз в неделю — 26,8 %, 1 раз в месяц — 11,3 %, реже, чем 1 раз в месяц — 27,8 % (рис. 5).

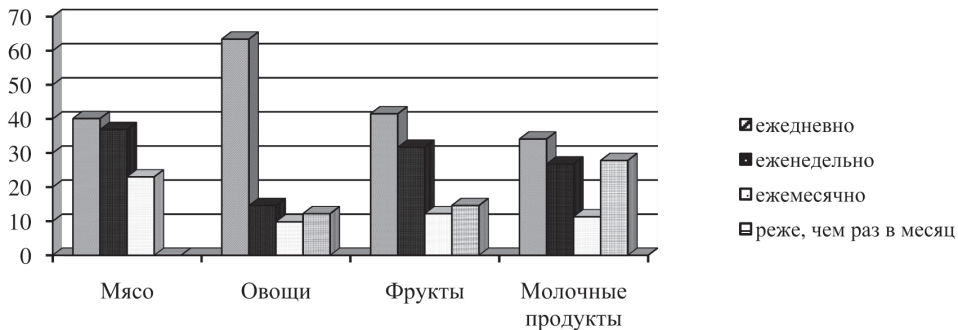


Рис. 5. Рацион респондентов

Таким образом, структура и рацион питания свидетельствует о том, что, как минимум, у 1/3 опрошенных граждан отмечаются значительные нарушения норм физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах, что повышает вероятность формирования у них болезней, связанных с данным фактором. К ним можно отнести болезни, обусловленные нарушением гормонального фона, иммунитета и появлением дефицита ферментов по причине того, что ограниченное поступление пищевых и биологически активных веществ препятствует оптимальной реализации физиолого-биохимических процессов, закрепленных в генотипе человека. Основанием для такого вывода послужили сведения, которые содержатся в методической рекомендации «МР 2.3.1.2432-08.

Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации», утвержденные в 2008 г. Роспотребнадзором.

Количество некурящих составляет 61 %, курящих 26,8 %. Курили, но бросили 12,2 %. В ходе анкетирования были получены сведения о том, что спиртное употребляют 71,1 %, пили, но бросили — 17,1 %, никогда не пили — 11,8 %.

Особого внимания заслуживает субъективная оценка респондентами своего физического и психического состояния. Так, 73,2 % оценивают свое физическое состояние как «удовлетворительное», 12,2 % — «хорошее», 9,8 % — «плохое». Психическое состояние 65,9 % оценивают как «удовлетворительное», 29,3% как «хорошее», остальные как «плохое». Дополнительно опрашиваемые указали свои возможности по преодолению нагрузок. В частности, 53,7 % физические нагрузки переносят «удовлетворительно», 19,5 % — «хорошо». Обращает на себя внимание тот факт, что 17,1 % справляются с этим «плохо». Лишь 9,7 % отметили, что они способны это делать «отлично». При этом в части оценки переносимости психоэмоциональной нагрузки, несмотря на то, что 53,7 % отметили ее «удовлетворительно», 31,7 % считают, что они плохо переносят данную нагрузку (рис. 6).



Рис. 6. Оценка респондентами своего физического и психического состояния

Таким образом, преобладание «удовлетворительных» оценок физического и психо-эмоционального состояния свидетельствует о необходимости повышения адаптационных свойств организма опрашиваемых лиц. Тем более что 48,8 %, по их утверждению, нуждаются в медицинской помощи, а 22 % не знают, нужна ли она им. При этом 14,6 % сообщили, что в ней у них нет потребности, а 14,6 % вообще затруднились ответить на поставленный вопрос.

Дополнительно респондентам было предложено распределить факторы внешней среды по степени влияния на состояние их здоровья. В результате, руководствуясь субъективным мнением, 22 % от общего числа опрашиваемых указали стресс, далее в порядке убывания: 19,5 % — возраст и низкое качество медицинских услуг, нехватку денежных средств, 17,1 % — болезни, 14,6 % — смерть членов семьи, 12,2 % — избыточную массу тела, 9,8 % — наследственность и плохую экологическую обстановку, 7,8 % — социально-политические события, 7,3 % — плохое настроение и несоблюдение режима дня, а также низ-

кую физическую активность; курение, профессиональную деятельность, потерю работы, плохие бытовые условия, отсутствие собственного жилья (рис. 7). Исходя из указанной систематизации, населением в первую очередь выделены факторы, которые связаны с проблемами социально-психологической направленности.

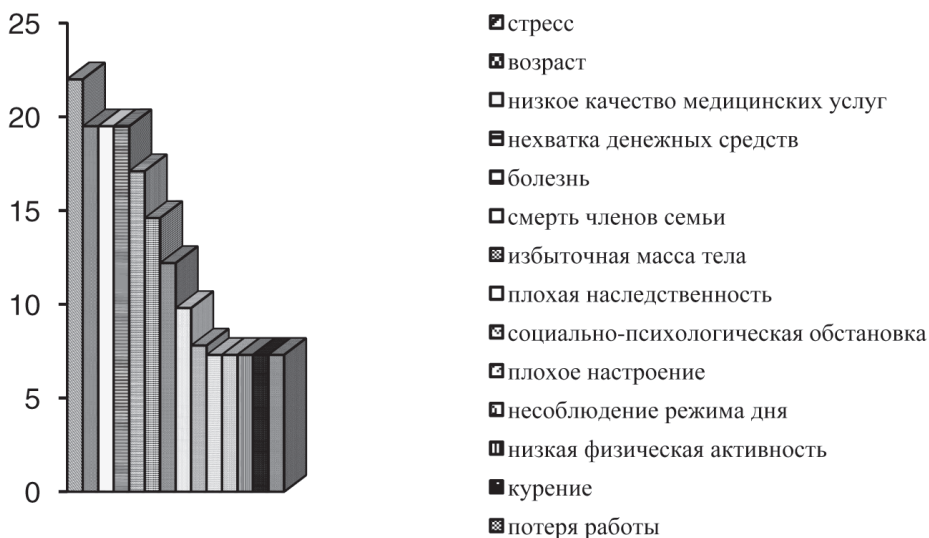


Рис. 7. Факторы, влияющие на состояние здоровья респондентов

По утверждению респондентов, в лечебное учреждение в течение последних 12 месяцев не обращались 28,8 %. Наряду с этим, 21,9 % посетили его 1 раз, 28,8 % — от 2 до 5 раз, свыше этого — 20,5 %. В районной больнице лечатся 70,7 %, 17,1 % обращаются в фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), 12,2 % никуда не обращаются. В случае заболевания 68,3 % от числа опрошенных рассчитывают на поддержку семьи (жена, муж, дети), 17,1 % — на помощь близких родственников, а 14,6 % — ни на кого не надеются. При данном опросе социальная служба вообще не прозвучала в качестве структуры, которая должна заботиться о больных, оказывая им помощь не только в период лечения, но и при их реабилитации.

Численность пациентов по заболеваниям, предусмотренным МКБ-10, в БУЗ «Йогачская участковая больница», распределилась в порядке, указанном в табл. 1.

В результате штат медицинских работников участковой больницы как минимум должен учитывать вышеуказанную специфику заболеваний, которые фиксируются на данной территории. Несмотря на это, из числа врачей на момент исследования был только педиатр, а терапевт находился в отпуске по уходу за ребенком вместо жены, которая вышла на работу. В лечебном учреждении нет скорой помощи, несмотря на высокий уровень заболеваний сердца у жителей и высокий уровень травматизма, особенно у туристов, сплавляющихся по горным рекам, совершающих восхождение и путешествующих по Телецкому

**Численность пациентов, состоящих на учете в БУЗ
«Июгачская участковая больница», по заболеваниям**

| № п/п | Наименование заболевания (МКБ-10) | Численность, всего | Мужчины, человек | Женщины, человек |
|-------|---|--------------------|------------------|------------------|
| 1 | Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь сердца с преимущественным поражением сердца) (I11) | 213 | 84 | 129 |
| 2 | Ишемическая болезнь сердца (I20-I25) | 41 | 23 | 18 |
| 3 | Сахарный диабет (E10-E14) | 36 | 7 | 29 |
| 4 | Новообразования (C00-D48) | 26 | 10 | 16 |
| 5 | Язва желудка (K25) | 23 | 18 | 5 |
| 6 | Хроническая обструктивная легочная болезнь (J44) | 12 | 7 | 5 |
| 7 | Астма (J45) | 12 | 5 | 7 |
| 8 | Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99) | 6 | 2 | 4 |
| 9 | Бронхит, не уточненный как острый или хронический (J40); Простой и слизистогнойный хронический бронхит (J41); Хронический бронхит, неуточненный (J42) | 4 | 0 | 4 |
| 10 | Ревматизм (M79.1) | 3 | 1 | 2 |
| | Итого: | 376 | 157 | 219 |

озеру. В экстренных случаях до БУЗ РА «Турочакская РБ» (расстояние до которой составляет более 70 км) больные должны добираться самостоятельно, т. к. в участковой больнице нет рентгеновского аппарата, диагностического оборудования и соответствующих специалистов. По информации, размещенной на официальном сайте БУЗ РА «Турочакская РБ», на сентябрь 2015 г. в данном лечебном учреждении не хватало 20 % от общего числа таких врачей, как врач-педиатр участковый, врач-терапевт участковый, врач общей практики, провизор и т. д. На ситуацию не влияет даже возможность получения определенного социального бонуса в форме места в общежитии и земельного участка под строительство дома. При этом низкий уровень материального обеспечения побуждает персонал быть в определенной степени даже заинтересованным в кадровом дефиците, поскольку это позволяет перераспределять свободные ставки, несмотря на увеличение нагрузки на работающих сотрудников ФАП и больниц. В результате на уровне сельских поселений степень доступности специализированной медицинской помощи значительно ограничена и ее качество не удовлетворяет местное население. Это сказывается на их отношении к системе здравоохранения. Например, по утверждению медицинского персонала, в последнее время все сложнее провести диспансеризацию, т. к., несмотря на уговоры, местные жители неохотно посещают районную больницу для того, чтобы сдать анализы и пройти обследование.

В процессе анкетирования респонденты в порядке убывания указали также причины, которые, по их мнению, оказывают негативное влияние на качество медицинской помощи. В частности, по степени негативного влияния, 65,9 % от общего числа опрошенных местных жителей указали на отсутствие квалифицированных медицинских специалистов в участковой больнице. 36,6 % отметили отсутствие медицинского оборудования. Дополнительно 34,1 %, совмещая с другими причинами, сослались на то, что в настоящее время лекарственные средства приобретаются за собственные деньги. Далее следовали такие причины, как большое расстояние до лечебного учреждения, очередь ожидания приема у врачей, низкий уровень квалификации медицинских специалистов.

Несколько снимает остроту дефицита кадров организация медицинской помощи путем направления специалистов, республиканских лечебных учреждений и районной больницы в командировку в села. Данная практика приобрела устойчивый характер. Однако значительно снижает эффект от ее применения недостаточный уровень технического оснащения данных выездных групп и слабая мотивация медицинского персонала на качественное выполнение услуг. Наряду с этим было установлено, что медицинское обслуживание сельских жителей, в том числе коренного населения, обуславливает необходимость сохранения государственной поддержки мероприятий, проводимых в данном направлении, т. к. низкая платежеспособность пациентов не позволит коммерческим лечебным учреждениям за счет получаемой прибыли поддерживать медицинские услуги на должном уровне. Осуществление деятельности частными структурами за счет средств ОМС, которые по сути являются средствами налогоплательщиков, в свою очередь, уменьшает финансирование государственных лечебных учреждений, тем самым подрывая их материально-техническое и кадровое обеспечение, а также приводит к децентрализации структуры социальной помощи. При этом господдержка не должна быть преимущественно связана с продолжением формирования сети фельдшерско-акушерских пунктов, которые не пользуются у населения популярностью в силу ограниченности их возможностей по оказанию услуг, а также с организацией и осуществлением деятельности выездных групп специалистов. Учитывая то, что ФАПы исчерпали свои функциональные возможности, целесообразно их преобразовать в участковые центры медицинской помощи. В них, помимо фельдшера, должен быть как минимум участковый врач либо врач общей практики (семейный врач), прошедший специальную многопрофильную подготовку по специальности «семейная медицина», которая позволит ему консультировать в области ЛОР, ортопедии, хирургии, офтальмологии, гастроэнтерологии, неврологии и др. Существенно то, что семейный врач может оказывать профилактическую, лечебную и реабилитационную помощь всем членам семьи, независимо от их пола и возраста, прибегая к помощи и консультациям узких специалистов лишь в исключительных случаях. Данные участковые центры медицинской помощи должны в обязательном порядке оснащаться современным диагностическим оборудованием, транспортом и средствами коммуникации для возможности обмена информацией с центральными районными больницами и получения при необходимости консультаций у специалистов, находящихся на территории

региона и вне его. Дополнительно в ходе проведения интервью с медицинским персоналом ФАПов было выяснено, что специфика региона, обусловленная контрастными погодными условиями и сложным рельефом, существенным образом влияет на возможность по оказанию помощи больным. Поэтому для временного размещения пациентов, в том числе поступающих из труднодоступных районов, необходимо иметь коечный фонд. Однако проводимые в настоящее время мероприятия по его сокращению, якобы с целью экономии средств, значительно затруднили возможность по оказанию реальной медицинской помощи тем больным, которым транспортировка противопоказана либо их лечение предполагает постоянное наблюдение за ними. При этом нахождение в привычной социальной среде пациентов, особенно из числа коренного населения, устраняет у них стресс, как правило, появляющийся в результате резкой смены условий пребывания и утраты контакта с родными, что повышает лечебный эффект.

Учитывая вышеизложенное, изменить ситуацию в позитивном направлении могут объединенные в локальные сети участковые центры медицинской помощи, в которых будет работать персонал, получающий достойную заработную плату, обеспеченный бесплатным служебным жильем и иными социальными преференциями от государства, чтобы тем самым и за счет повышения его социального статуса значительно улучшить качество услуг, оказываемых местному населению. Дополнительно, учитывая специфику региона, где туристическая деятельность определена как приоритетное направление, логично было бы создать на данной территории представительство Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Литература и источники

Количество бедных в России составило 21,7 млн человек, *Ведомости*, 08 сентября 2015. [<http://www.vedomosti.ru/economics/news/2015/09/08/607981-kolichestvo-bednih-v-rossii-sostavilo-217-milliona-chelovek>]. Дата доступа 11 декабря 2015.

Постановление Правительства РФ от 28 августа 2015 г. № 902 «Об установлении величины прожиточного минимума на душу населения и по основным социально-демографическим группам населения в целом по Российской Федерации за II квартал 2015 г.».

Решетников А.В. *Социология медицины: руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.