

СОЦИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА И СОЦИАЛЬНЫЕ  
ИНСТИТУТЫ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

---

УДК 316.334:61

© 2015 г.



*Н.А. Вялых*

СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ  
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ  
(НА ПРИМЕРЕ Г. РОСТОВА-НА-ДОНУ)

---

**Вялых Никита Андреевич** – кандидат социологических наук, старший преподаватель Института социологии и регионоведения Южного федерального университета, e-mail: sociology4.1@yandex.ru

---

**Аннотация.** В статье анализируются эмпирические данные социологического опроса, проведенного в апреле – июне 2014 г. среди жителей г. Ростова-на-Дону как потенциальных пациентов. Целью статьи являются определение и описание социальных детерминант и специфических особенностей медицинской активности в условиях городской среды. В статье показано, что в настоящее время существуют значительные экономические и организационные барьеры в доступе к медицинской помощи в г. Ростове-на-Дону. Автор приходит к выводу о том, что платная медицинская помощь, чересчур длительное ожидание помощи и недостаточная осведомленность о системе здравоохранения провоцируют отрицательные формы медицинской активности горожан.

**Ключевые слова:** медицинская активность, медицинская помощь, доступность медицинской помощи, официальные и неформальные платежи, поведение больного, самолечение.

Как показывают социологические исследования, здоровье входит в тройку наиболее популярных объектов для мечтаний по России в целом, а в Ростовской области грезы о хорошем здоровье и вовсе лидируют [1, с. 338, 341]. Однако желаемое и действительное зачастую далеки друг от друга, а если говорить о такой социально относительной ценно-

сти, как здоровье, то и вовсе находятся на разных полюсах. Подобная ситуация обусловлена рядом таких неблагоприятных факторов, как агрессивная внешняя среда, рост наследственных и хронических заболеваний, несовершенная материально-техническая база системы медицинского обеспечения. Но, пожалуй, самое главное – поведение человека, а точнее его медицинская активность как совокупность практик, направленных на сохранение, укрепление и улучшение здоровья, либо отсутствие таковых. Проблемное поле социологического исследования детерминант медицинской активности произрастает из противоречия между институциональными нормами, которые регламентируют порядок оказания медицинской помощи (преимущественно в рамках обязательного медицинского страхования) и сложившейся практикой медико-социального поведения потенциальных и состоявшихся пациентов.

Целью данной статьи является социологическая индикация социальных детерминант медицинской активности ростовчан. Но перед тем как перейти к анализу первичной социологической информации, необходимо концептуализировать понятие медицинской активности и осуществить экспресс-анализ проблемного фона медицинского обеспечения в Ростовской области для того, чтобы социологические данные не казались вырванными из контекста региональных процессов.

Современный автор Ю.П. Лисицын полагает, что медицинская активность есть «деятельность людей в области охраны, улучшения индивидуального и общественного здоровья, зависящая от социально-экономической, политической обстановки и в конечном счете от общественных отношений, общественного производства. Ее важным элементом следует считать гигиеническое поведение, слагающееся из отношения к своему здоровью и здоровью других людей, выполнения медицинских предписаний и назначений, посещений лечебно-профилактических учреждений» [2, с. 54]. Б.Н. Чумаков добавляет к этому «поведение при лечении, профилактике, реабилитации, в том числе самолечении, других медицинских мерах... преодоление вредных привычек, традиций, обычаев...» [3, с. 35].

Таким образом, медицинскую активность принято рассматривать как часть образа жизни человека и общества, как комплекс мероприятий и действий по охране и улучшению индивидуального и общественного здоровья. Представляется, что в указанных выше дефинициях речь идет не столько о медицинской, сколько о здравоохранительной активности, т. е. о любой форме социального и индивидуального поведения, имеющего целью сохранение и улучшение здоровья.

В данной статье под медицинской активностью подразумеваются индивидуально-типические формы поведения, направленные на сохранение, поддержание и улучшение здоровья посредством взаимодействия с профессиональными провайдерами медицинской помощи (врачами, медицинскими организациями). Этого определения было бы достаточно с валеологической точки зрения, но не с социологической, поскольку медицинская активность бывает положительной, т. е. приводящей к позитивным сдвигам в индивидуальном и общественном здоровье, отрицательной (потенциально опасной для здоровья) либо нулевой (неэффективной).

Сознательное или слаборефлексируемое «привычное» уклонение от взаимодействия с системой медицинского обеспечения – это тоже активность. Руководствуясь положениями теории социального взаимодействия П. Сорокина, считаем, что бездействие или отрицательное действие, например, отсутствие взаимодействия врача и пациента «лицом к лицу» представляет собой форму самосохранительной (или самодеструктивной) активности, по крайней мере с позиции социолога-наблюдателя. Независимо от того, имеем ли мы дело с актами «воздержания» или «терпения», различаемыми П. Сорокиным, воздержание от обращения к медикам либо терпение боли, симптомов, дискомфорта суть акты «неделания» как разновидности поведения [4, с. 52].

Предполагаем, что выбор человеком стратегии медицинской активности детерминируется, прежде всего, самооценкой здоровья (ведь должна произойти индикация потребности), социальным окружением (например, семья заболевшего может оказать значительное влияние на процесс совладания с симптомами), доступностью медицинской помощи, социальными ожиданиями и характером потребности. Если происходит адекватная индикация «ненормального» состояния здоровья, требующая, по мнению человека, медицинского вмешательства, то начинается поиск путей и способов удовлетворения потребности в «профессиональном», по А. Клейнману, секторе медицины [5].

Постановлением Правительства Ростовской области от 25.09.2013 № 593 утверждена государственная программа Ростовской области «Развитие здравоохранения» (сроки реализации: 2014–2020 гг.) [6]. Особенность региональной программы здравоохранения состоит в том, что основными причинами, формирующими недостаточную положительную динамику здоровья населения области, по мнению разработчиков, являются поведенческие факторы рисков и угроз (низкая мотивация населения на соблюдение здорового образа жизни, вредные привычки, несвоевременное обращение за медицинской помощью). Второй эшелон фак-

торов составляют несовершенства организации системы медицинского обеспечения (низкая профилактическая активность в работе первичного звена здравоохранения, несбалансированность коечного фонда и недостаточно эффективное его использование, неполное внедрение порядков и стандартов оказания медицинской помощи и пр.) [6].

Как показывают данные опроса, проведенного Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ростовской области (за 6 мес. 2014 г. было опрошено 42216 граждан), 61,4 % граждан удовлетворены оказанной им медицинской помощью, 8,0 – удовлетворены не в полной мере, 14,6 – больше удовлетворены, чем не удовлетворены, 10,9 – не удовлетворены и 5,1 % граждан затруднились ответить. Более всего граждане не удовлетворены амбулаторно-поликлинической помощью (13,3 %) [7]. Подобные замеры общественного настроения, безусловно, нужны и интересны, но остается неясным, что именно стоит за удовлетворенностью или неудовлетворенностью застрахованных граждан? Дело в том, что опросы, проводимые организаторами здравоохранения, как правило, лишены социологической основы и, следовательно, не могут быть надежным инструментом изучения общественного мнения, если мы допускаем его существование.

До сих пор в регионе остро стоит проблема кадрового обеспечения отрасли. Средняя численность врачей на 10 тыс. человек населения в РФ – 49,12 (по состоянию на 2012 г.), а в Ростовской области – 40,3 (по Южному федеральному округу – 43,9) [8]. Численность среднего медицинского персонала на 10 тыс. человек населения – 106,1 (по России), а в Ростовской области – 92,9 (по Южному федеральному округу – 95,4). Ниже только в Северо-Кавказском федеральном округе – 90,5. В 2012 г. Ростовская область заняла 63-е место в рейтинге по численности врачей и 74-е по численности среднего медицинского персонала среди субъектов РФ, поднявшись за три года всего на одну ступень вверх в этом рейтинге [9].

С каждым годом ситуация несколько выправляется, но цифры говорят о том, что Ростовская область (и г. Ростов-на-Дону), несмотря на большое количество медицинских организаций, наличие институтов высшего и среднего профессионального медицинского образования, не может пока претендовать на статус региона-локомотива российского здравоохранения. Обращает на себя внимание сравнительно невысокая мощность амбулаторно-поликлинического звена региона (посещений в смену на 10 тыс. человек, на конец года) – 235,8. К примеру, средний

по России показатель равен 263,7, в Кировской области – 273,2, в Магаданской области – 411,8, в Чукотском автономном округе – 497,6 [9].

21 марта 2013 г. первый заместитель генерального директора Всероссийского центра изучения общественного мнения К. В. Абрамов провел пресс-конференцию в «Интерфакс-Юг» на тему «Социально-политические предпочтения населения России и Ростовской области» [10]. На ней были проанализированы основные проблемы, которые волнуют россиян и жителей Ростовской области, образующие так называемый проблемный фон. Опрос проводился 23–24 февраля 2013 г. в 31 городском округе и муниципальном районе Ростовской области методом личного формализованного интервью. Согласно полученным данным, ситуация в здравоохранении занимает третье место среди наиболее важных для Ростовской области в целом проблем (50 % опрошенных указали данный вариант) и четвертое – в донской столице (37 %). В целом по стране ситуация в здравоохранении замыкает пятерку проблемного фона (42 %).

В то же время усилиями правительства Ростовской области и муниципальных образований региона создана база для модернизации системы оказания медицинской помощи. Об этом свидетельствуют широкое внедрение единой информационной системы (например, сейчас можно записаться на прием к врачам большинства медицинских организаций через Интернет), наличие высших и среднеспециальных образовательных учреждений, ориентированных на подготовку и повышение квалификации медицинских кадров, отработанная практика согласованного взаимодействия всех ветвей власти и бюджетов всех уровней по вопросам медицинского обеспечения. В последние годы удалось снизить смертность населения трудоспособного возраста с 527,5 (на 100 тыс. чел.) в 2012 г. до 485,3 в 2013 г. В 2014 г. планируется улучшить данный показателя до 485,2 на 100 тыс. чел. и удерживать на этом уровне до 2017 г. [11].

Для измерения контекстуальных и поведенческих параметров медицинской активности ростовчан с апреля по июнь 2014 г. нами был проведен социологический опрос методом анкетирования. Выборка составила 766 чел., проживающих постоянно или временно (не менее трех месяцев в году) в г. Ростове-на-Дону. В составе изученного контингента – 54,2 % женщин, 45,8 % мужчин. Распределение участников анкетирования по возрасту выглядит следующим образом: 18–30 лет – 23,4 %, 31–45 лет – 31,6 %, 46–60 лет – 25,3 %, 60 лет и старше – 19,7 %. Способ отбора – квотная нерандомизированная выборка с отбором типичных объектов. В ходе сбора социологической информации

мы стремились соблюсти пропорциональное представительство половозрастных групп, а также групп пенсионеров, учащихся и трудящихся с учетом статистических сведений о генеральной совокупности. Социологические данные обрабатывались в программном комплексе SPSS 19.0. Пользуясь случаем, хочется выразить благодарность студентам (направление: «социология», факультет социологии и политологии Южного федерального университета, 2014 г.), внесшим значительный вклад в исследование на этапах сбора и компьютерного ввода социологической информации в рамках практических занятий.

Мы получили большой массив ценной социологической информации. В данной статье обсудим самые важные результаты исследования.

Болевой точкой как российской, так и ростовской экономики здравоохранения является неконтролируемое распространение платных медицинских услуг, особенно практик неофициальной оплаты. Согласно полученным данным, за календарный год подавляющая доля респондентов (82,8 %) прибегала к оплате лечения и/или обследования в поликлиниках, центрах реабилитации, больницах, специализированных клиниках города (исключая покупку лекарств и услуги стоматолога). Предсказуемым явился тот факт, что объем затрат положительно коррелирует с уровнем дохода пациента. Представители относительно высокодоходных групп (с доходами свыше 35 тыс. руб.) тратят большие суммы по сравнению с участниками опроса, располагающими меньшими финансовыми возможностями (группы с доходами до 25 тыс. руб.).

Основными мотивами и причинами обращения к платной медицинской помощи являются (можно было указать до трех вариантов ответа) отсутствие необходимых специалистов, технологий и оборудования для бесплатного лечения, диагностики (44 %); сложность записи на бесплатный прием к врачу (34,1 %); недоверие к бесплатной медицинской помощи (23,2 %); получение медицинской помощи без очереди (23,2 %); получение дополнительной консультации или информации (20,8 %); обслуживание на дому врачом или медицинской сестрой (13,5 %).

Вышеперечисленные причины уже говорят об основных проблемах оказания бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством, прежде всего о сокращении возможностей лечения и диагностики в рамках системы обязательного медицинского страхования, и об ограничении доступа к «телу» врача из-за больших очных и заочных очередей. Получается, что потребители платят дважды: первый раз – опосредованно через налоговые и страховые взносы, второй раз – непосредственно перед получением медицинской помощи. Почти половина опрошенных (43,7 %) в течение года была вынуждена частично

или полностью отказываться от лечения или диагностики в медицинских организациях из-за отсутствия денежных средств. Если верить цифрам, отказываться от медицинской помощи приходилось респондентам из всех доходных групп, но, разумеется, основная доля отказников (67,2 %) – горожане с доходами до 35 тыс. руб. Причем сравнительно чаще отказываться от медицинской помощи по финансовым основаниям приходится ростовчанам старше 60 лет.

Региональные постановления, как и нормативные акты федерального уровня, не содержат детального описания конкретных видов медицинского вмешательства, финансируемых из фонда обязательного медицинского страхования или областного/федерального бюджетов. Так, в территориальной программе просто обозначены группы заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно [12, с. 7–12]. Вообще слово «бесплатно» в различных сочетаниях употребляется в этом 79-страничном документе 45 раз, т. е. в среднем на каждой второй странице. Расчетная стоимость территориальной программы на одно застрахованное лицо в год составляет 9485,47 руб. [12, с. 75]. Наверное, амбулаторной и скорой медицинской помощью на эти деньги еще можно обеспечить население, но можно ли судить о способности фонда обязательного медицинского страхования покрыть расходы на высокотехнологическую и паллиативную медицинскую помощь? Уверенности в этом нет.

Заслуживают внимания данные о распространенности и мотивах неофициальных платежей. Согласно результатам опроса, почти каждый второй респондент (42,6 %) прибегал к теневой оплате медицинской помощи. Справедливости ради нужно сказать, что треть респондентов (30,3 %), оплачивающих медицинскую помощь неформально, делали это по собственной инициативе. Для четверти опрошенных (24,7 %) инициатором прямых платежей был сотрудник медицинской организации (лечащий врач). Почти каждый пятый платил также по собственной инициативе, но руководствуясь советами других пациентов (18,2 %) или советами близких, знакомых людей (17,7 %). В 9,1 % случаев неформальные платежи совершались с подачи сотрудников медицинских организаций, не являющихся непосредственными провайдерами (например, лечащими врачами), но выступающих, по всей видимости, в роли посредников.

Причины и мотивы неофициальных платежей разнообразны (можно было выбрать несколько вариантов ответа): 36,3 % рассчитывали на более внимательное отношение медперсонала и эффективное лечение, 26,6 % опрошенных отметили, что иначе нужно было долго ждать необ-

ходимых услуг, 26,1 % хотели таким образом отблагодарить медицинского работника. Среди прочих причин назывались: «Иначе было трудно или невозможно попасть к нужному врачу» (21,4 %), «Иначе вообще нельзя было получить необходимые услуги» (20,9 %), «Иначе было трудно или невозможно попасть в медицинское учреждение» (14,9 %).

Принимая во внимание вышесказанное, с уверенностью можно утверждать, что пациенты путем неформальной оплаты компенсируют технологические и организационные издержки производства и оказания медицинской помощи, включая несправедливо низкое вознаграждение труда медицинских работников, покупая подобным образом расположение, время и внимание сотрудников медицинских организаций.

Опрос показал, что одна из самых острых проблем – длительные очереди на прием к врачам. 37,3 % участников опроса отметили, что к врачу можно попасть сразу, в день записи, в порядке живой очереди. В то же время 16,1 % опрошенных говорят о том, что ждать нужно минимум один день, 13,7 % говорили о двух-трех днях. 9 и 8 % опрошенных утверждают, что ждать приема врача приходится от трех дней до недели и более недели соответственно. 15,9 % затруднились ответить, вероятно, из-за отсутствия регулярной практики взаимодействия с медицинскими организациями. Уточним, что речь идет об ожидании приема от начала регистрационной записи в поликлиниках по месту жительства, в которые, как правило, обращаются горожане в случае необходимости.

Важным для модернизации регионального здравоохранения является развитие института семейного доктора – более-менее постоянного для пациента врача общей практики, который фокусированно решает медицинские проблемы своих подопечных. Однако данные свидетельствуют о том, что более половины респондентов (54,6 %) не имеют постоянного врача в поликлинике по месту жительства, с которым они могут советоваться по всем или многим вопросам своего здоровья. К тому же наличие/отсутствие постоянного врача совсем не зависит от того, есть ли у респондентов хронические заболевания, подтвержденные врачебным диагнозом, или нет.

Еще одно направление модернизации системы медицинского обеспечения – информатизация, в частности внедрение электронной записи на прием к врачу посредством телекоммуникационной сети Интернет. Мы спросили респондентов: «Используете ли вы лично интернет-ресурсы для записи на прием к врачам?». Выяснилось, что большинство ростовчан (76,9 %) не пользуется данной государственной услугой. И это несмотря на постоянно расширяющийся в последние два-три года список доступных для записи медицинских организа-



ций г. Ростова-на-Дону. Вполне закономерным является преимущество респондентов до 45 лет в доступе к информационным ресурсам системы медицинского обеспечения: треть респондентов в возрасте до 45 лет (29,7 %) записываются на прием к врачам через специальные интернет-порталы, лишь каждый пятый респондент (19,1 %) в возрасте от 46 до 60 лет и каждый десятый (9,9 %) ростовчанин старше 60 лет используют лично интернет-ресурсы электронной регистратуры.

Чтобы определить доминирующие практики реагирования на возникновение заболевания или недомогания, задавался вопрос «Что вы обычно делаете, когда болеете?». Выяснилось, что 42,8 % обращаются в поликлинику, больницу по месту жительства; 35,6 % ростовчан указали, что лечатся самостоятельно, не обращаясь к врачам; 12,4 % опрошенных обращаются, как правило, в платную клинику и/или к частнопрактикующим врачам. Народные целители, нетрадиционная медицина оказались не очень востребованными – всего 4,4 % анкетированных прибегают к ним за помощью, а 4,7 % респондентов ничего не предпринимают в ситуации заболевания, пуская все на самотек.

Важно отметить, что большинство горожан (61,4 %) в течение года ни разу не обращались за медицинской помощью (консультацией врача, вакцинацией, процедурами, обследованием) с профилактической целью, не испытывая каких-либо симптомов заболевания или недомогания. Поразительно, но связь между наличием хронического заболевания и профилактической активностью отсутствует. Люди, которые достоверно знают (имея врачебное заключение) о том, что у них есть хотя бы одно хроническое заболевание (таких – 51,2 %), ничуть не чаще более здоровых горожан пытаются предупредить появление новых или обострение имеющихся болезней.

Таким образом, в целом ростовчанам приходится контактировать с провайдерами медицинской помощи эпизодически, в случае крайней необходимости.

Как и в эпоху советского здравоохранения, значимую роль играет социальный капитал пациента, поскольку финансовая возможность оплатить медицинскую помощь еще не гарантирует приемлемое качество и положительный исход. По данным проведенного анализа, 58,2 % опрошенных, включая членов их семей, приходилось в течение года использовать знакомства, личные связи с целью получения необходимой медицинской помощи.

Среди ростовчан популярна практика самостоятельного лечения без предварительной консультации врача или профессиональной помощи медицинских работников. По нашим подсчетам, подавляющее боль-

шинство респондентов (77,2 %) хотя бы один-два раза за последний год прибегали к самолечению. Разумеется, заболевания и дисфункциональные состояния организма бывают разными: легкими и тяжелыми, доброкачественными и злокачественными, эпизодическими и патологическими. Однако какой-либо значимой корреляции самолечения с наличием хронических заболеваний или уровнем самооценки здоровья не выявлено.

Подводя итоги разведывательного социологического исследования, можно говорить о том, что детерминантами медицинской активности ростовчан являются готовность и возможность населения платить за медицинскую помощь, организационная эффективность системы медицинского обеспечения (наличие медицинских ресурсов, адекватных потребностям социально-территориальной общности), осведомленность населения о деятельности системы медицинского обеспечения, знание своих прав и обязанностей, медицинская грамотность.

Стихийно формирующиеся стратегии медицинской активности не в состоянии преодолеть системные аномалии медицинского обеспечения из-за парадоксального и неоднозначного, заложенного в российской ментальности восприятия здоровья и болезни, поскольку необходимость о здоровье заботиться, лечиться в случае заболевания имеет скорее декларативный характер на фоне реального осознания здоровья как высшей ценности. С другой стороны, информационный вакуум, одностороннее привнесение формообразующих инноваций в систему оказания медицинской помощи, изменение «правил игры» по ходу самой игры приводят к росту недоверия российского общества к государству и профессиональному сектору медицины, продуцируя спонтанные, зачастую неэффективные и опасные формы медицинской активности.

#### Литература

1. Волков Ю.Г., Барбашин М.Ю., Барков Ф.А., Верещагина А.В., Посухова О.Ю., Сериков А.В., Черноус В.В. О чём мечтают россияне и жители Ростовской области: сравнительный анализ // Россия реформирующаяся. Вып. 11: ежегодник / отв. ред. М.К. Горшков. М., 2012.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2010.
3. Чумаков Б.Н. Валеология. М., 2001.
4. Сорокин П.А. Человек. Цивилизация. М., 1992.
5. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley, 1980.

#### References

1. Volkov Ju.G., Barbashin M.Ju., Barkov F.A., Vereshhagina A.V., Posuhova O.Ju., Serikov A.V., Chernous V.V. O chjom mechtajut rossijane i zhiteli Rostovskoj oblasti: sravnitel'nyj analiz // Rossiya reformirujushhajasja. Vyp. 11: ezhegodnik / отв. red. M.K. Gorshkov. M., 2012.
2. Lisicyn Ju.P. Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie. M., 2010.
3. Chumakov B.N. Valeologija. M., 2001.
4. Sorokin P.A. Chelovek. Civilizacija. M., 1992.
5. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley, 1980.

6. Государственная программа Ростовской области «Развитие здравоохранения» // Официальный сайт правительства Ростовской области [Электронный ресурс]. URL: <http://www.donland.ru/Donland/Pages/View.aspx?pageid=75189&mid=128186&itemId=143> (дата обращения: 11.10.2014).

7. Информационно-аналитическая справка о состоянии защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС Ростовской области за 6 мес. 2014 г. [Электронный ресурс] // Официальный сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области. URL: <http://www.rostov-tfoms.ru/insurance-companies/zaschita-smo-prav-zastrahovannyh> (дата обращения: 12.11.2014).

8. Здравоохранение в России. 2013: стат. сб. / Росстат. М., 2013.

9. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2013: стат. сб. / Росстат. М., 2013.

10. Общественное мнение жителей Ростовской области о ситуации в стране и регионе: социальные настроения, проблемный фон и одобрение деятельности органов власти [Электронный ресурс] // Официальный сайт Всероссийского центра изучения общественного мнения. URL: <http://wciom.ru/index.php?id=270&uid=113789> (дата обращения: 10.10.2014).

11. Доклад о результатах за 2013 год и основных направлениях деятельности на 2014 – 2017 годы министерства здравоохранения Ростовской области [Электронный ресурс] // Официальный сайт министерства здравоохранения Ростовской области. URL: <http://minzdrav.donland.ru/Default.aspx?pageid=112820> (дата обращения: 13.12.2014).

12. О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ростовской области на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов [Электронный ресурс] // Официальный сайт министерства здравоохранения Ростовской области. URL: <http://minzdrav.donland.ru/Default.aspx?pageid=52198> (дата обращения: 15.12.2014).

6. Gosudarstvennaja programma Rostovskoj oblasti «Razvitie zdavoohranenija» // Oficial'nyj sajt pravitel'stva Rostovskoj oblasti [elektronnyj resurs]. URL: <http://www.donland.ru/Donland/Pages/View.aspx?pageid=75189&mid=128186&itemId=143> (data obrashhenija: 11.10.2014).

7. Informacionno-analiticheskaja spravka o sostojanii zashhity prav zastrahovannyh lic v sfere OMS Rostovskoj oblasti za 6 mes. 2014 g. [Elektronnyj resurs] // Oficial'nyj sajt Territorial'nogo fonda objazatel'nogo medicinskogo strahovanija Rotovskoj oblasti. URL: <http://www.rostovtfoms.ru/insurance-companies/zaschita-smo-prav-zastrahovannyh> (data obrashhenija: 12.11.2014).

8. Zdravoohranenie v Rossii. 2013: stat. sb. / Rosstat. M., 2013.

9. Regiony Rossii. Social'no-jeconomicheskie pokazateli. 2013: stat. sb. / Rosstat. M., 2013.

10. Obshhestvennoe mnenie zhitelej Rostovskoj oblasti o situacii v strane i regione: social'nye nastroyenija, problemnyj fon i odobrenie dejatel'nosti organov vlasti [Elektronnyj resurs] // Oficial'nyj sajt Vserossijskogo centra izuchenija obshhestvennogo mnenija. URL: <http://wciom.ru/index.php?id=270&uid=113789> (data obrashhenija: 10.10.2014).

11. Doklad o rezultatah za 2013 god i osnovnyh napravlenijah dejatel'nosti na 2014 – 2017 gody Ministerstva zdavoohranenija Rostovskoj oblasti [jelektronnyj resurs] // Oficial'nyj sajt Ministerstva zdavoohranenija Rostovskoj oblasti. URL: <http://minzdrav.donland.ru/Default.aspx?pageid=112820> (data obrashhenija: 13.12.2014).

12. O territorial'noj programme gosudarstvennyh garantij besplatnogo okazanija grazhdanam medicinskoj pomoshhi v Rostovskoj oblasti na 2014 god i na planovyj period 2015 i 2016 godov [elektronnyj resurs] // Oficial'nyj sajt Ministerstva zdavoohranenija Rostovskoj oblasti. URL: <http://minzdrav.donland.ru/Default.aspx?pageid=52198> (data obrashhenija: 15.12.2014).