

DOI: 10.12731/2218-7405-2015-5-8

УДК 316.443

## ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ КАК ПРЕДМЕТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Гоголева Е.А.

*Исследование социального неравенства, характеризующее положение семей, воспитывающих детей-инвалидов, имеет актуальное практическое и теоретическое значение. Одна из характеристик неравного положения этой социальной группы связана с реализацией потребности в поддержании и укреплении здоровья ребенка-инвалида. Ведущим показателем проявления данного неравенства выступает доступность медицинской помощи детям-инвалидам, тем семьям, в которых они воспитываются. Дети-инвалиды в современном российском обществе не всегда могут реализовать свое право на получение доступной медицинской помощи в связи с усиливающейся социальной дифференциацией семей с детьми и теми изменениями, которые претерпевает современная организация медицинского обслуживания.*

*В статье представлен анализ основных социологических подходов к исследованию доступности медицинской помощи, прослежена их эволюция, начиная с классической социологии до современных представлений об условиях и факторах, влияющих на доступность. В результате проведенного анализа предложен подход к изучению проблемы доступности, акцентирующий внимание не только на факторах внешней среды и поведении индивида, нуждающегося в медицинской помощи. Современное изучение доступности медицинской помощи, по мнению автора, должно включать показатели, характеризующие те эффекты, изменения, достигнутые в ходе предоставления медицинской помощи, что предполагает оценку удовлетворенности получателей медицинской помощи, а также и специалистов организующих и оказывающих эту помощь. Последнее предполагает исследование внутренней среды медицинского учреждения: организационной культуры, моделей взаимодействия врача с пациентом, удовлетворенности медицинского персонала условиями деятельности в медицинском учреждении, их ориентированностью на клиента.*

**Ключевые слова:** дети-инвалиды; доступность медицинской помощи; система здравоохранения; организационная модель; контекстуальная модель; социальное неравенство; структурно-функциональный подход.

## AVAILABILITY OF MEDICAL CARE FOR DISABLED CHILDREN AS A SUBJECT OF SOCIOLOGICAL ANALYSIS

Gogoleva E.A.

*Research of a social inequality that characterizes provision of families with disabled children has actual practical and theoretical importance. One of the characteristics of unequal position of this social group is connected with realization of need to maintenance and intensification disabled child's health. The leading indicator of manifestation this inequality is availability of medical help for disabled children and those families where they are raised. Children with disabilities not always can exercise the right to get available medical care in modern Russian society because of strengthening social differentiation of families with children and because of changes that the modern organization of medical care undergoes.*

*The article presents an analysis of the main sociological approaches to researching availability of medical help. It traces their evolution beginning from classical sociology to modern representations about the conditions and the factors which influence on availability. As a result of the analysis the approach to studying of the problem of availability was offered. It focuses attention not only on factors of environment and behavior of the individual who needs in medical care. The modern studying of availability of medical help, according to the author, should include indicators that characterize effects and changes which were reached during providing medical care. It means an assessment of satisfaction of recipients of medical care and experts who organize and give this help. It includes research of the internal environment of the medical organization: organizational culture, the models of interaction between the doctor and the patient, satisfaction of the medical personnel of activity conditions in medical organization, their focus on the client.*

**Keywords:** disabled children; availability of medical care; health care system; the organizational model; the contextual model; social inequality; the structurally functional approach.

Для современной российской системы здравоохранения характерна высокая степень неравенства в распределении ресурсов на поддержание здоровья, как между отдельными гражданами, так и целыми социальными группами, что обусловливается углубляющимся социальным расслоением, дифференциацией положения индивидов и групп в социальной структуре общества. Дети-инвалиды образуют такую социальную группу, которая подвержена риску оказаться в наименее выгодной ситуации, в частности, в сфере медицинского обслуживания. Этому положению способствуют различные условия, среди которых выделяются социально-экономические характеристики семьи ребенка-инвалида, характеристики региона и территории, в котором проживает семья, уровень развития социальной политики, работа учреждений образования, культуры, здравоохранения.

Социологи констатируют факт, что для России значительные различия в возможностях получения медицинской помощи были характерны в разные исторические периоды и на всем протяжении формирования системы здравоохранения. Этому способствовало возникновение систем ведомственного здравоохранения, параллельных сети общих для всего населения медицинских учреждений, децентрализация государственного финансирования, различия в экономических возможностях разных территорий; рост неравенства и углубляющаяся разница в доходах между различными социальными и территориальными группами [18], а также все больше набирающее силу распространение платных медицинских услуг.

Среди многообразия социологических подходов особое место занимает структурно-функциональный анализ проблемы доступности. В рамках данного подхода под здравоохранением понимается система взаимосвязанных элементов, накладывающих определенные ограничения на возможности удовлетворения потребности в медицинской помощи. Кроме основной функции поддержания, сохранения и укрепления здоровья индивидов институт здравоохранения все чаще начинает выполнять функцию дифференциации пациентов, с целью оптимизации использования дефицитных ресурсов. Основной тезис структурно-функционального анализа заключается в том, что, несмотря на позитивную установку на заботу о собственном здоровье, люди, имеющие определенный набор социально-статусных характеристик, просто лишены возможности получить необходимую медицинскую помощь.

Вопросы социальной дифференциации, как правило, относятся к проблемному полю теорий социальной структуры общества. Критерии, которые были разработаны в трудах классиков социологии (К. Маркс, М. Вебер, Т. Парсонс, П. Сорокин), применимы для исследования социального неравенства в системе здравоохранения. Еще Ф. Энгельс в работе, посвященной положению рабочего класса в Англии, впервые обратил внимание на невозможность прибе-

гать к помощи врачей и приобретать необходимые лекарства как один из факторов наряду с условиями труда, быта, неудовлетворительным состоянием здоровья трудящихся в странах капиталистического строя. «Другая причина физических страданий рабочего класса заключается в невозможности в случае болезни пользоваться помощью искусных врачей... Английские врачи требуют высоких гонораров, а рабочие не в состоянии их оплачивать» [19]. Уже в это время внимание было уделено отсутствию равных возможностей среди представителей разных слоев общества в получении медицинской помощи.

М. Вебер выделил три компонента социального неравенства: власть, статус и имущественное неравенство. В основе социального неравенства лежит не только владение собственностью, но, в первую очередь, неравенство социальных статусов, которые позволяют выполнять роли в обществе и обеспечивают достижение определенного положения [2]. При таком подходе в качестве основных условий, определяющих здоровье, выделяются социальные условия.

Э. Дюркгейм исследовал социальные условия и механизмы, влияющие на изменение здоровья индивида [6]. П. Сорокин установил связь между стратификацией общества и дифференциацией здоровья его членов: при переходе от высших классов к низшим наблюдается снижение уровня здоровья людей, у представителей низших и высших социальных слоев имеются различия в продолжительности жизни, и, одновременно, они отличаются по уровню развития своего здоровья [12].

В дальнейшем в рамках структурно-функционального подхода к изучению здравоохранения Т. Парсонс рассматривал общественную роль медицинской практики в системе взаимодействия «врач-пациент», которая направлена на возвращение заболевшего в социальную систему для восстановления равновесия [10].

Детальное изучение российских и зарубежных литературных источников позволяет определить, что проблема доступности медицинской помощи находится в центре внимания социологического сообщества. Однако, несмотря на раннее обращение социологов к проблеме исследования доступа к услугам здравоохранения, само понятие доступности и его критерии в классических работах не получили необходимого развития.

В отечественной социологической науке изучение доступности медицинской помощи также длительное время не имело развитых исследовательских традиций [11]. Во времена СССР, из-за наличия определенных идеологических ограничений в общественных науках, не было возможности поставить вопрос о существовании социального неравенства в тех сферах, где было объявлено всеобщее равенство, в частности, в сфере оказания медицинской помощи. Но

последнее десятилетие характеризуется появлением работ, посвященных анализу отдельных проблем доступности медицинской помощи. В современной мировой социологической науке изучение проблемы доступности услуг сферы здравоохранения также представляет собой все-сторонний анализ широкого круга факторов, где финансово-экономическая составляющая – это лишь одна из множества исследуемых переменных.

Представление о доступности медицинской помощи различным общественным группам и отдельным людям прошло путь от определения в качестве первичного доступа к обслуживанию до современной социологической категории. Традиционно тема изучения неравных условий и возможностей в системе здравоохранения и медицинской помощи получила широкое развитие в период становления социологии медицины – в западных странах (Германии, Великобритании, США) в 60-е годы XX века.

Теоретико-методологические проблемы исследования доступности медицинской помощи нашли наиболее последовательное отражение в работах Р.М.Андерсена. Их основой является представление о факторах, объясняющих применение медицинских услуг людьми, и оценка уровня доступности этих услуг.

Данный подход обозначается как *поведенческая* модель, в рамках которой использование медицинской помощи рассматривается в качестве результата действия и/или взаимодействия трех групп факторов:

- факторы предрасположенности субъекта: демографические характеристики индивида (пол, возраст, образование, профессия); условия трудовой деятельности, которые оказывают существенное влияние на здоровье; и ценностные представления человека о здоровье (знания о возможностях медицины и о процессе использования медицинских услуг для укрепления своего здоровья). Индивидуальные характеристики показывают, каким образом социальные факторы определяют возможности и способности человека удовлетворять медицинские потребности;
- выраженность потребностей в медицинской помощи при профессиональной оценке здоровья, т.е. насколько человеку важно получить квалифицированную медицинскую помощь, и насколько заинтересован в положительном состоянии своего здоровья (уровень обеспокоенности по поводу симптомов, осознаваемый статус здоровья и пр.);
- условия, при которых человек прибегает к применению услуг: индивидуальные и общественные ресурсы, обеспечивающие доступ к услугам здравоохранения, способность оплатить услуги из собственных средств, временные затраты на получение услуги, и параллельно с этим – обеспеченность региона проживания человека медицинской ин-

фраструктурой. Иначе говоря, эти условия рассматриваются в качестве контекстных характеристик – внешних условий, отражающих возможность или невозможность в получении медицинской помощи.

Разнообразие интерпретационных возможностей модели Р.М. Андерсена обусловило ориентацию современных социологических исследований, посвященных изучению доступа, на данную концепцию в качестве основополагающей. В частности, немецкие социологи используют поведенческую модель при исследовании доступности медицинской помощи детям, проживающим в странах Азии и Африки [1].

Таким образом, поведенческий подход является ключевым на протяжении последних десятилетий в понимании и анализе доступности медицинских услуг. Инструменты, предложенные Р.М. Андерсеном, являются универсальными в трактовке понимания доступности.

Однако критики поведенческой концепции отмечали, что она не отражает всей сложности структуры и содержания современной системы оказания медицинской помощи, как следствие, не является достаточной для анализа на эмпирическом уровне.

Переход к следующему этапу изучения доступности происходил за счет расширения показателей – включения переменных, характеризующих саму систему здравоохранения, как на глобальном уровне (государства), так и на уровне определенного учреждения (частота обращения за услугой, место расположения учреждения и др.).

Как следствие, основным результатом развития поведенческой концепции можно считать переход к определению доступности как системы детерминант политической, экономической, социальной сфер общества по отношению к системе здравоохранения, которые определяют ее функциональные возможности и влияют и на пациента. Трансформация условий жизни общества обусловила переход от *поведенческой* модели доступности к модели *контекстуальной* или *организационной*, исследующей доступность медицинских услуг с точки зрения анализа двух групп факторов: системы здравоохранения – её внутренней и внешней среды – и факторов, зависящих от поставщика услуг, – конкретного специалиста.

К первой группе относятся экономическое состояние региона проживания индивида, существующие в обществе нормы, уровень благополучия населения, отдельных социальных групп и другие факторы, зависящие от конкретного объекта изучения. Среди показателей второй группы впервые были выделены в качестве самостоятельных медицинская инфраструктура, характеристики самих профессионалов-врачей, обеспеченность медицинскими кадрами и параметры взаимодействия с пациентами.

Таким образом, изучение доступности медицинской помощи берет начало в классической социологии с момента констатации факта неравенства в доступе к помощи врачей для различных социальных и профессиональных групп. Но следует уточнить, что в качестве признанного исследователями понятие доступности начинает рассматриваться в конце 80-х годов XX века, хотя предметом изучения как ключевого критерия сферы здравоохранения становится еще в 1960-е годы. Тенденции социологических исследований обозначенной проблемы развиваются в рамках двух утвердившихся подходов: поведенческого и контекстуального, первый из которых акцентирует внимание на способностях индивида удовлетворять потребности медицинского характера, в рамках второго рассматриваются не только его возможности, но и возможности всей системы учреждений медицинской сферы.

Мы исходим из того, что помимо обозначенных выше позиций, раскрывающих принципиальные характеристики доступности, условия и факторы, от которых она зависит, необходимо принимать во внимание совокупность актуальных вопросов, исследование которых позволяет получить более полное представление о проблеме и возможностях ее эмпирического изучения.

К ним относятся, в первую очередь, исследование личности врача, начало которых можно обнаружить еще в работах Т. Парсонса. Данный аспект нацелен на изучение факторов, связанных с желанием и готовностью пациента обращаться за медицинской помощью к определенному специалисту. Изучению подлежат условия, которые создает врач при взаимодействии с пациентом, делающие удобным получение услуги для пациента, влияние предыдущего опыта взаимодействия врача и пациента.. Особый исследовательский интерес представляют вопросы о необходимости доплат за услуги – несмотря на то, что стоимость и расценки услуг зависят от медицинского учреждения, именно врач сообщает о необходимости проведения дополнительных услуг пациенту и, следовательно, о затратах.

Характеристики специалиста, как показывают проведенные исследования, оказывают прямое влияние на использование услуг здравоохранения и, следовательно, на их доступность. Уже сам факт обращения к врачу является признанием пациентом собственной неспособности решить проблему, связанную со здоровьем, и веру в компетентность врача. Взаимодействие врача и пациента всегда направлено на решение общей задачи – возвращение заболевшего в социальную систему [14]. В ряде исследований подтверждено, что различия в уровне предоставления медицинских услуг в значительной мере зависят от пола специалиста, уровня его профессиональной подготовки, того факта, каким образом врач принимает решения в процессе лечения заболевания, привлекает ли пациента к совместной выработке стратегии. Также выделяется понятие профессионального барьера, когда оказывающие помощь медицинские

работники используют медицинские термины, не позволяющие пациенту осознать степень своего заболевания, возможные и доступные способы лечения, последствия заболевания. В ряде исследований этот критерий обозначается как информационная доступность.

Такие критерии, как наличие условий и ресурсов удовлетворения потребности в медицинской помощи, ценовая приемлемость, высокий уровень качества, своевременность оказания, означают географическую или пространственную доступность [4, 13].

Следующий подход основывается на оценке доступности как фактора, зависящего напрямую от организаторов здравоохранения [16]. Важными показателями является сбалансированность объемов медицинской помощи населению; наличие условий для свободного выбора пациентом врача и медицинской организации; уровень квалификации медицинских кадров; обеспеченность территорий необходимыми медицинскими технологиями; организация медицинской помощи на всех этапах ее оказания; стоимость медицинских услуг; уровень образованности населения о правилах сохранения и укрепления здоровья, профилактике заболеваний.

Ряд авторов, выделяя среди ведущих проблем здравоохранения в России проблему недостаточной доступности наряду с меканизацией и поздней обращаемостью населения за медицинской помощью [8], в качестве важной характеристики проблемы доступности выделяют оценку того, что происходит с человеком внутри системы. Они подчеркивают необходимость изучения мнения пациента, насколько он получает адекватную своим потребностям медицинскую помощь, насколько помощь качественная, и каковы реальные эффекты от использования медицинских услуг.

Исследование платности медицинских услуг как своеобразный барьер в их доступности представляет особую актуальность для российского общества, население которого в течение длительного времени пользовалось услугами здравоохранения бесплатно. Доступность медицинской помощи для граждан является ключевым показателем их социальной защищенности, особенно в условиях обострения социальных противоречий и устойчивых негативных демографических тенденций [15]. Необходимость оплачивать медицинские услуги выступает фактором, ограничивающим доступность медицинской помощи для населения: начиная от неформальных платежей и заканчивая легальными платежами населения за медицинское обслуживание.

В этих условиях поиск ресурсов доступности диктует необходимость обращения к изучению внутренней среды медицинских учреждений. Внутриорганизационные резервы повышения качества и доступности медицинского обслуживания еще недостаточно изучены в аспекте

доступности и редко используются в практике работы медицинских учреждений [7]. Организационная культура выступает показателем доступности помощи, поскольку организация деятельности медицинского персонала, ориентированность специалистов на потребителей их услуг, мониторинг удовлетворенности пациентов, выявление оценки ими организации работы медицинских учреждений, их ожиданий и результатов характеризуют открытость медицинских организаций потребителям их услуг, нацеленность на более полное удовлетворение их потребностей в сохранении здоровья. Не случайно в современных исследованиях утверждается подход, в соответствии с которым под доступностью медицинской помощи необходимо понимать степень адаптации института здравоохранения к потребностям населения, а также возможность общества и отдельного человека использовать ресурсы с целью удовлетворения потребности в здоровье в социальном поле профессиональной медицинской практики [4].

Наметившийся подход смещает акценты в исследованиях с критериев доступности медицинской помощи на изучение оценки ее эффектов, которые достигаются вследствие обращения за медицинской помощью. Показателем для измерения выступает удовлетворенность пациента и изменения в статусе его здоровья [11]. В удовлетворенности выражена степень совпадения ожиданий клиента лечебно-профилактического учреждения с полученными результатами.

Таким образом, доступность медицинской помощи представляет собой активное взаимодействие различных показателей (в частности, потребителей медицинской помощи и системы здравоохранения) в постоянно изменяющемся социальном контексте.

Проведенный анализ позволяет обозначить основные аспекты социологического исследования проблемы доступности медицинской помощи детям-инвалидам и их семьям. Во-первых, доступность медицинской помощи данной группе семей в рамках социологического подхода предполагает анализ их возможностей в получении необходимых медицинских услуг в зависимости от ряда имеющихся характеристик: социального статуса, уровня благосостояния, социально-экономического развития региона, места и типа проживания и др.

Несмотря на то, что в России дети-инвалиды уравниваются в правах на медицинскую помощь с другими детьми, и зачастую имеют определенные преимущества в сфере медицинского обслуживания, проблема неравенства может проявиться уже на этапе первичного доступа, когда семья в силу различного рода причин не может обратиться в медицинское учреждение. На этот процесс могут оказывать влияние культура семьи, ее информированность о деятельности реабилитационных учреждений для детей-инвалидов, отсутствие финансовых и материальных возможностей. Особое значение имеет транспортная доступность (наличие остановок, рейсовых маршрутов, парковочных мест). Как отмечается в ряде исследований, доступность

социального пространства для инвалидов зависит от возможности свободно использовать городскую инфраструктуру [9], пользоваться реабилитационными приспособлениями для обеспечения самостоятельности и независимости.

Во-вторых, доступность как возможность ребенка получить необходимую медицинскую помощь в соответствии с потребностями, что также определяется экономическими, территориальными, культурными и другими факторами. Особое внимание обращают на себя наличие адекватного предложения, отсутствие финансовых барьеров в получении медицинской помощи и дискриминации по социальным и социально-демографическим характеристикам.

Для семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, немаловажным в процессе реабилитации является ресурс времени. Современный темп жизни диктует новые условия для организации и ведения домашнего хозяйства. Планирование рабочего времени родителей и посещений учреждений здравоохранения, расписание занятий с ребенком – всё это является условиями, влияющими на доступность ребенку и его семьи возможностей современной помощи.

В-третьих, доступность как процесс прохождения ребенком всех стадий медицинской помощи – от момента вступления во взаимодействие с врачом до получения конечного результата в виде реальных изменений в состоянии его здоровья.

Характеристикой доступности услуг для ребенка выступает удовлетворенность семей предоставленной ребенку медицинской помощи. На удовлетворенность семей, воспитывающих детей-инвалидов, медицинским обслуживанием помимо основных показателей влияет и сам факт заболевания ребенка, его тяжесть, социально-психологический климат в семье.

Важным фактором доступности является характеристика самих медицинских услуг: организация предоставления в учреждении, характер коммуникации врача с ребенком и родителями, отношение со стороны специалистов и т.п.

В настоящее время доступность медицинской помощи детям-инвалидам обусловлена не только возможностью посещения врача и приобретения необходимого лекарственного средства, но и возможностью проведения специализированных процедур. К примеру, детям-инвалидам часто требуется высокотехнологичная помощь, которая не входит в перечень услуг, предоставляемых бесплатно. Родители не всегда могут позволить себе оплатить дополнительные услуги, что существенно препятствует доступу к качественным услугам медицинской помощи.

Наконец, доступность определяется поведением самих родителей, которое зависит от их установок на поддержание и восстановление здоровья ребенка, ценностных ориентаций,

представлениях о факторах, влияющих на выздоровление и развитие ребенка, мотивации на достижение результатов реабилитации, интерес к информации о том, как можно справиться с заболеванием, обусловившим инвалидность ребенка.

В заключении следует подчеркнуть, что изучение мнения специалистов медицинских учреждений о том, насколько их услуги востребованы детьми-инвалидами, и что может сделать их более эффективными, углубляя предмет исследования, может внести существенный вклад в решение обсуждаемой проблемы.

### Список литературы

1. Leder J.S. Zugang zur Gesundheitsversorgung für Kinder in Mumbai/Indien. 2010 [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://kups.ub.uni-koeln.de/5366/> (дата обращения 01.05.2015 г.).
2. Вебер М. Избранные произведения / М. Вебер; пер. Ю.Н. Давыдова. – М.: Прогресс. 1990. 808 с.
3. Вялых Н.А. Социологическая диагностика доступности медицинской помощи в России / Н.А. Вялых // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2015. №1 (29). С. 40-47.
4. Вялых Н.А. Стратегии потребления медицинской помощи: социологический анализ: Монография / Н.А. Вялых. – Ростов-на-Дону: Издательство Южного федерального университета. 2015. 288 с.
5. Гоголева Е.А. Эволюция теоретико-методологических подходов к трактовке доступности медицинских услуг в социологии / Е.А. Гоголева // Системная интеграция в здравоохранении. 2012. №4(18). С. 17-29.
6. Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение / Э. Дюркгейм. – М.: Канон, 1995. 352 с.
7. Лапина Т.А. Корпоративная культура: Учебно-методическое пособие / Т.А. Лапина. – Омск: Изд-во ОмГУ, 2005. 96 с.
8. Лебедева-Несевря Н.А. Социология здоровья. Н.А. Лебедева-Несевря, С.С. Гордеева; Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Пермь, 2011. 238 с.
9. Наберушкина Э. Социальная работа с инвалидами / Э. Наберушкина, Е.Р. Ярская-Смирнова. 2004. 320 с.
10. Парсонс Т. Функциональная теория изменения / Т. Парсонс // Американская социологическая мысль. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1994. 679 с.

11. Русинова Н.Л. Доступ к услугам здравоохранения: методологические подходы и методы измерения / Н.Л. Русинова, Л.В. Панова // Журнал социологии и социальной антропологии. 2002. Т. V. № 4. С. 147-163.
12. Сорокин П.А. Социальная мобильность / П.А. Сорокин. – М.: Academia, 2005. 588 с.
13. Струков Д.Р. Пространственный метод анализа доступности медицинской помощи детям на примере Санкт-Петербурга / Д.Р. Струков, А.С. Чигинева // Geomatics. 2014. №3. С. 51-55.
14. Судьин С.А. Модели терапевтических отношений в социологических парадигмах / Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского: Серия Социальные науки. Вып. 1(5). – Н.Новгород: Изд-во ННГУ, 2006. С. 366-371.
15. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика. – Вологда, 2010. 408 с.
16. Шарабичев Ю.Т. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха / Ю.Т. Шарабичев, Т.В. Дудина // Медицинские новости. 2009. №12. С. 6-12.
17. Шиняева О.В. Социальное неравенство и здоровье нового поколения россиян / О.В. Шиняева, А.Б. Падиарова. – Ульяновск: УлГТУ, 2010. 168 с.
18. Шишкин С.В. Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России [Электронный ресурс] – Режим доступа: [http://www.socpol.ru/research\\_projects/proj25.shtml](http://www.socpol.ru/research_projects/proj25.shtml) (дата обращения 18.04.2011).
19. Энгельс Ф. Положение рабочего класса в Англии [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.marxists.org/russkij/marx/cw/t02.pdf> (дата обращения 12.03.2015).

### References

1. Leder J.S. Zugang zur Gesundheitsversorgung für Kinder in Mumbai/Indien. 2010 <http://kups.ub.uni-koeln.de/5366/> (accessed May 1, 2015).
2. Veber M. Izbrannye proizvedenija [Selected Works]. – Moscow. 1990. 808 p.
3. Vjalyh N.A. Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofija. Sociologija. Politologija [Bulletin of Tomsk State University. Philosophy. Sociology. Politics]. 2015, no.1 (29). Pp. 40-47.
4. Vjalyh N.A. Strategii potreblenija medicinskoj pomoshhi: sociologicheskij analiz [Strategies for consumption of health care: sociological analysis]. – Rostov-on-Don: Publisher of the Southern Federal University. 2015. 288 p.

5. Gogoleva E.A. Sistemnaja integracija v zdravooohranenii [System integration in healthcare]. 2012, no 4(18). Pp. 17-29.
6. Djurkgejm Je. Sociologija. Ee predmet, metod, prednaznachenie [Sociology. Its subject matter, method, purpose]. – Moscow: Canon, 1995. 352 p.
7. Lapina T.A. Korporativnaja kul'tura [Corporate culture]. – Omsk: Publishing Omsk State University, 2005. 96 p.
8. Lebedeva-Nesevrja, S.S. Gordeeva Sociologija zdorov'ja [Sociology of health]. – Perm. Perm State Research Institute. 2011. 238 p.
9. Naberushkina Je., E.R. Jarskaja-Smirnova Social'naja rabota s invalidami [Social work with people with disabilities]. 2004. 320 p.
10. Parsons T. Funkcional'naja teorija izmenenija. Amerikanskaja sociologičeskaja mysl' [Functional Theory changes]. – Moscow. 1994. 679 p.
11. Rusinova N.L., Panova L.V. Zhurnal sociologii i social'noj antropologii [Journal of Sociology and Social Anthropology]. 2002. Vol. V. no.4. Pp. 147-163.
12. Sorokin P.A. Social'naja mobil'nost' [Social mobility]. – Moscow: Academia, 2005. 588 p.
13. Strukov D.R. Geomatics [Geomatics]. 2014, no.3. Pp. 51-55.
14. Sud'in S.A. Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N.I. Lobachevskogo: Serija Social'nye nauki [Bulletin of the Nizhny Novgorod University. NILobachevsky: Series Social Sciences]. Iss. 1 (5). – Nizhny Novgorod: Publishing NNSU. 2006. Pp. 366-371.
15. Shabunova A.A. Zdorov'e naselenija v Rossii: sostojanie i dinamika [Public health in Russia: state and dynamics]. – Vologda, 2010. 408 p.
16. Sharabichev Ju.T., Dudina T.V. Medicinskie novosti [Medical News]. 2009. №12. Pp. 6-12.
17. Shinjaeva O.V., Padiarova A.B Social'noe neravenstvo i zdorov'e novogo pokolenija rossijan [Social inequality and health of a new generation of Russians]. – Ulyanovsk: USTU. 2010. 168 p.
18. Shishkin S.V. Analiz razlichij v dostupnosti medicinskoj pomoshhi dlja naselenija Rossii [An analysis of differences in access to health care for the population of Russia] [http://www.socpol.ru/research\\_projects/proj25.shtml](http://www.socpol.ru/research_projects/proj25.shtml) (accessed April 18, 2011).
19. Jengel's F. Polozhenie rabocheho klassa v Anglii [Condition of the Working Class in England] <https://www.marxists.org/russkij/marx/cw/t02.pdf> (accessed March 12, 2015).

#### **ДАнные ОБ АВТОРЕ**

**Гоголева Екатерина Александровна**, ассистент, аспирант кафедры социальной работы

*Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина  
ул. Ленина, 51, г. Екатеринбург, Свердловская область, 620083, Россия  
e-mail: 21120904@mail.ru  
SPIN-код в SCIENCE INDEX: 5721-2838*

**DATA ABOUT THE AUTHOR**

**Gogoleva Ekaterina Aleksandrovna**, graduate student of the Department of Social Work  
*Ural Federal University named after the first President of Russia B.N. Yeltsin  
st. Lenina 51, Yekaterinburg, Sverdlovsk Region, 620083, Russia  
e-mail: 21120904@mail.ru*