

КОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ЗДОРОВЬЕ? СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ДИСКУССИИ И МАССМЕДИЙНЫЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ

В статье представлен авторский анализ здоровья как символической собственности. На основе концепции социального конструктивизма исследуется процесс разгосударствления здоровья. В статье продемонстрированы результаты исследования экспертных оценок, политических документов, текстов масс-медиа, мониторингов общественного мнения, в которых автор выявляет либеральные и патерналистские тенденции в определении субъектов ответственности за здоровье.

Ключевые слова: здоровье, социология здоровья и болезни, медицина, масс-медиа, либерализм, патернализм.

Здоровье является витальной ценностью для человека, однако ее социальный смысл в истории обществ варьируется, как изменяются и представления о субъекте ответственности за здоровье. В рамках социологии здоровья и медицины взгляд социологов традиционно концентрируется на взаимосвязи социально-демографических признаков с уровнем здоровья и его самооценками (Русинова, Панова, Сафронов 2008; Журавлева 2006; Максимова 2005). Нам представляется важным изучение не только традиционных показателей, но и рассмотрение здоровья с социально-конструктивистских позиций, где большее значение придается интерпретативным моделям и субъективным смыслам здоровья и болезни, подчеркивается культурно-историческая относительность того, что считать нормой и патологией в отношении телесных и душевных состояний человека и на каких субъектов возлагать ответственность. Именно в перспективе неклассической социологии мы можем рассматривать здоровье как собственность, подразумевая отношения между людьми по поводу распоряжения, владения и использования данного нематериального объекта. Рассуждая терминах конструкционистов П. Бергера, Т. Лукмана, П. Бурдые, можно сказать, что здоровье является объектом, вокруг которого ведется *символическая борьба за монополию легитимной компетенции*, за право производить экспертное знание о проблеме и давать рекомендации (Бергер, Лукман 1995: 190–199, Бурдые 1994: 195–197), что может быть сопряжено с выгодой от получения ресурсов системы (Бест 2008). Различные агенты конкурируют за

право определения и переопределения ситуаций, связанных со здоровьем, используют различные стратегии самолегитимации, пытаются расширить границы собственного поля, отделить неэкспертов, «вульгарных профанов».

В социологической науке активно обсуждаются вопросы изменения онтологических основ общества, роста недоверия к ключевым социальным институтам Модерна (в том числе науке, медицине, государству), медиатизации реальности (Ваттимо 2003; Бек 2000). Массовые опросы свидетельствуют, что авторитет официальной медицины пошатнулся: по данным Левада-центра, 16 % россиян согласны с утверждением, что нетрадиционная медицина способна лучше решить проблемы со здоровьем, 27 % — отчасти согласны с этим (91 % россиян... 2012); согласно данным ВЦИОМ, в случае наступления болезни значительная часть населения (36 %) занимается самолечением, 1 % — обращается к народным целителям (Инвестиции в здоровье... 2013). Таким образом, интерпретивные схемы объяснения здоровья, причин болезни, субъектов ответственности за проблему могут быть почерпнуты из альтернативных источников, в том числе из средств массовой коммуникации: четверть респондентов (25 %) в качестве формы заботы о здоровье указывают просмотр и чтение СМИ (Здоровье и как мы о нем заботимся... 2013). Действительно, человек через коммуникацию погружается в различные формы понимания мира, а содержащиеся в ней дискурсы здоровья и болезни конституируют способы действия. СМК конструируют образы реальных и потенциальных угроз здоровью, находят причины и «виновников» проблемы, в связи с чем был поставлен исследовательский вопрос о субъектах ответственности за здоровье в образах масс-медиа с учетом социологических и политических контекстов, представленных в научной литературе и политических документах.

Представленные в статье материалы базируются на анализе научной социологической литературы, экспертных докладов, данных опросов общественного мнения, качественном (традиционном, неформализованном) и количественном анализе различных документов, в том числе текстов газет четырех изданий (N=496, сплошной обсчет с 1 ноября 2008 г. по 31 октября 2009 г.). Были изучены публикации в рубриках о здоровье газет «Республика Татарстан» (РТ), «Вечерняя Казань» (ВК), «Российская газета» (РГ) и «Независимая газета» (НГ). Выбор газет обусловлен критерием наличия специальной рубрики о здоровье, массовости и качества издания (широкого охвата аудитории без явной «желтизны»), уровня и вида (республиканский / федеральный, государственный / частный). Смысловой единицей выступала одна публикация.

Анализируя социологический контекст интерпретаций здоровья, следует сделать несколько предварительных замечаний. Несмотря на то, что в социологической науке к середине XIX в. произошло осознание себя в качестве эксперта по социальным проблемам, а рубеж XIX—XX вв. характеризовался институционализацией позиции на обладание исключительным правом вырабатывать научные знания, оценки, рекомендации обществу по их решению (Schwartz 1997), здоровье в силу господства биомедицины долгое время не могло получить развернутой социологической интерпретации. Первоначально социологическое знание о здоровье тесно переплетается с медициной: наука об обществе использует ее понятийно-категориальный аппарат, жесткие методы, патологоцентристские определения здоровья и биомедицинскую парадигму, а социология медицины как отрасль знания относится к здравоохранению (Решетников 2006: 66). Биомедицинская модель настаивает на доминирующей роли биологических факторов заболеваний: «...имеет место преувеличение роли социальных условий для заболевания и уменьшение значения биологических закономерностей и внутренних механизмов заболевания <...> Чем глубже медицина раскроет биологические закономерности человеческого организма, тем успешнее будет ее борьба за укрепление здоровья людей <...> Болезнь человеческого организма — это прежде всего биологический процесс, биологическое явление» (Векуа 1968).

Однако во второй половине XX в. появляется представление о том, что пресс биомедицинской модели выхолащивает социологическое из социологии медицины, в ее лоне не находится места собственно социологическим объяснениям здоровья и болезни. В связи с этим формируется такая отрасль, как социология здоровья и болезни, которая выражает интересы социологической науки и поднимает круг вопросов, которые социология медицины не рассматривала в качестве заслуживающих внимания (Дмитриева 2003). Социальная модель не сводит здоровье к отсутствию патологий, учитывает социально-культурные детерминанты измерения здоровья и болезни, критически осмысливает биомедицину в условиях, когда произошла смена модели заболеваемости с экзогенной на эндогенную. «*Эйфория* от достижений медицины в XIX — первой половине XX в. способствовала во многом необоснованному перераспределению средств в пользу высоких технологий в ущерб “нетехнологичным” и “примитивным”, с точки зрения профессионалов, профилактическим мероприятиям»; последние же, по мнению Л.А. Дартау, являются сегодня единственным действенным средством при решении проблемы хронических неинфекционных заболеваний (Дартау 2008: 101). Социологическое понимание здоровья и болезни происходит на основе «модели социальной системы», в кото-

рой здоровье не может быть понято без учета социального неравенства, а пути решения проблемы следует искать в *радикальной переориентации политики в области здравоохранения к политическим, экономическим, экологическим, культурным и социальным условиям болезни и здоровья* (Штайнкамп 1999). Социологические концепции социального градиента описывают корреляцию между социальным классом (экономическое неравенство) и заболеваемостью (смертностью) его представителей (Штайнкамп 1999; Гурвич 2000: 369; Максимова 2005: 8 и др.) Таким образом, социология становится соперником медицины в праве производства экспертного знания о проблеме здоровья, о факторах, его определяющих, об индивидуальном и общественном измерении здоровья и болезни.

Автономизации социологии здоровья и болезни способствуют и концепции медикализации (Illich 1976; Фуко 2004; Сас 2008; Бек 2000; Шлюмбом, Хагнер, Сироткина 2008), которые интерпретируют медицинский контроль за здоровьем как технологию власти современного общества, сменившей религиозную власть традиционного общества. Авторы обличают негативные последствия ситуации, когда здоровье «принадлежит» медицине: побочные эффекты медикаментозного лечения, легитимация «допустимых» для здоровья загрязнений, разрушение трансцендентальных устоев понимания жизни и смерти, возможность помещения любого индивида в медицинские классификации диагнозов и ограничение его свободы, определение естественных состояний в качестве патологий, требующих медицинского вмешательства, избыточность медикаментозных форм лечения и диагностики, прикрытие наукой узкопрофильных интересов медиков, оправдание жертв ради науки, расширение сфер жизнедеятельности общества и человека, на которые влияет медицина. Доминирование биомедицины на протяжении двух столетий объясняется авторами успешной и низкокзатратной борьбой с инфекционными заболеваниями, позволившей значительно увеличить продолжительность жизни трудоспособного населения, что важно для социальной системы в условиях рынка, где население является ресурсом экономического роста. По емкому выражению Саса, раз *государство вкладывает деньги в народ, значит, тот обязан жить*: «Наши тела — сталеплавильные заводы, они национальное богатство, они принадлежат государству, и, следовательно, мы обязаны как следует заботиться о них» (Сас 2008: 345), а значит, нельзя убивать себя, растрачивая, таким образом, государственное имущество.

Советская система являла собой пример гиперопеки государства за состоянием здоровья граждан посредством систем диспансеризации, вакцинации, регламентации деторождения, тела и внешности, питания, быта и повседневности граждан. В советском прошлом многие совре-

менные социологи видят истоки нынешнего патернализма россиян, их невнимания к собственному здоровью, нежелания брать за него ответственность, по привычке отдавая его на откуп государственному здравоохранению или судьбе (Шилова 2008: 3; Бовина 2008: 13; Келле 2003: 52). Согласно данным Левада-центра, 56 % россиян не согласны с утверждением, что государство должно обеспечивать лишь набор основных медицинских услуг (91 % россиян... 2012), очевидно, желая получать «расширенный пакет» бесплатной медицинской помощи. По данным ФОМ, 33 % россиян по разным причинам (фаталистический мотив, недостаток времени, денег, хорошее здоровье) не предпринимают никаких действий для продления собственной жизни (Забота о здоровье... 2008), результаты опроса ВЦИОМ о действиях в случае болезни демонстрируют, что 5 % россиян «пускают все на самотек» (Инвестиции в здоровье... 2013).

Современный социологический контекст дискуссий о субъектах ответственности за здоровье разнообразен: в нем можно найти либеральные интенции о личной ответственности индивида за здоровье и антилиберальные позиции, исходящие из социально-экономических макропричин нездоровья населения. С этих двух позиций, например, двояко может интерпретироваться факт более высокой заболеваемости среди работников государственного сектора по сравнению с частным: с либеральной точки зрения, это поведение рационального актора в ситуации определения выгоды / убытка, отсюда закономерное снижение иждивенческих установок в негосударственном секторе, с социально ориентированной позиции — это негативное влияние рыночных принципов, которые содействуют инструментализации и эксплуатации здоровья индивидом.

Разделяя первую логику рассуждений, ряд авторов, в частности Л.В. Карцева и С.С. Кошуркина, используют термин «ресурс болезни» (Карцева, Кошуркина 2008: 9–18), указывая на факты, когда нездоровье используется для получения каких-либо социальных или экономических благ, выгод от занятия позиции жертвы. Солидарную точку зрения о наличии в России большой клиентальной группы патерналистски настроенных россиян, объективный статус которых слабо связан с реальной нуждаемостью, о стремлении россиян любыми средствами достичь ранней и высокой пенсии (например, работая на вредных производствах) занимает И.А. Григорьева (Григорьева 2011). Здоровье в данной логике принадлежит индивиду.

Исходя из второй позиции, можно говорить об инструментализации здоровья в условиях рыночной России: здоровье для россиян не является самодостаточной ценностью, а все больше выступает средством для достижения других благ — заработка, карьеры: «главная ценность здо-

ровья <...> состоит сейчас в возможности его эксплуатировать, использовать» (Журавлева 2006: 61). За нездоровье ответственно государство, его политика, создаваемые в нем условия социальной жизни — утверждают социологи, акцентируя внимание на связи здоровья россиян с условиями социальной среды. На здоровье негативным образом воздействуют неблагоприятные экономические условия. Аргументом служит связь ВВП и расходов на здравоохранение с продолжительностью жизни (Гафаров 2002: 10–13) и неравное распределение доходов между слоями населения (Максимова 2005: 225), рыночные отношения (Шилова 2008: 3), неэффективность управления здравоохранением (Вишневыский и др. 2006), недостаточность финансирования социальной сферы (Стародубов и др. 2003: 78).

Расходы на здравоохранение в России в 2000–2005 гг. составляли 2,2–2,9 % от ВВП, в 2008 г. — 3,7 %, в то время как в индустриально развитых странах они примерно в два раза выше на фоне более низкой милитаризации бюджета (Калабеков 2010: 488–489). В 2012 г. расходы на здравоохранение составили 3,6 % от ВВП (Расходы бюджета РФ... 2012). Согласно экспертным оценкам бюджетной политики, сделанным исследователями НИУ-ВШЭ («Основные направления бюджетной политики на 2013 год и плановый период 2014–2015 годов»), финансирование здравоохранения недостаточно, планируемая доля расходов на здравоохранение ВВП ниже заявленной в Стратегии-2020 (3,6 % к 4,2 % от ВВП), на 31 % в номинальном выражении сократятся расходы на здравоохранение федерального бюджета в 2015 г. по сравнению с 2012 г., «изменение структуры источников финансирования в пользу региональных бюджетов повлечет сокращение государственного финансирования здравоохранения в реальном выражении» (Акиндинова и др. 2012: 8).

В условиях «скромного» государственного финансирования российского здравоохранения идеологически верным вариантом интерпретации является тот, который базируется на передаче здоровья на баланс ответственности индивида, его образа жизни и снятия ответственности со структур государственного здравоохранения. Эту идею, например, находим в Программе социально-экономического развития Республики Татарстан на 2005–2010 гг., где в части основных мероприятий по реализации политики в сфере здравоохранения указывается «задействование принципа индивидуальной ответственности за свое здоровье» (Программа ... 2005: 23). В тексте программы предусматривается довольно много мер, свидетельствующих, на наш взгляд, о снижении роли государства в деле решения вопросов здоровья и о переводе ответственности на гражданина: развитие стационарозамещающих технологий и стационаров одного дня, сокращение длительности лечения в стационаре

и продолжительности занятия койко-мест, *развитие службы долечивания на дому* как новой подсистемы здравоохранения; модернизация здравоохранения за счет уменьшения участковых больниц (на 65 %), коек стационаров (на 24 %) и т. п., поскольку сформировалась *избыточная сеть медицинских учреждений*; рост структур частного здравоохранения и развитие института частнопрактикующего врача (Программа ... 2005). Все это, на наш взгляд, свидетельствует о либеральной идеологической подоплеке текста программы, так же, как и фразы программы *о страховании за счет личных средств граждан, соплатежах населения, дальнейшем расширении платных медицинских услуг*, изящно «спрятанные» за позитивной терминологией *«структурная перестройка», «инновации», «приоритет профилактики», «оздоровительные технологии»*. Либеральные интенции документа плохо соотносятся с патерналистским настроением граждан, которые ждут изменений от системы здравоохранения в направлении повышения доступности и бесплатности здравоохранения и медицинских услуг.

Политический контекст по переводу здоровья в зону личной ответственности резонирует с проведенным в период реализации программы исследованием масс-медийной повестки.

В 61 % материалов содержатся указания на источник проблем здоровья. Из них в 53 % речь идет о внешних по отношению к индивиду обстоятельствах, в 21,2 % — о внутренних, субъективных причинах нездоровья, связанных с действием / бездействием индивида (9,3 % — несоблюдение основ ЗОЖ, 4,8 % — вредные привычки, курение, потребление алкоголя, наркотиков). В 25,8 % публикаций упоминается одновременно о внешних и внутренних факторах нездоровья. Таким образом, совокупно в 78,8 % публикаций речь идет о внешних обстоятельствах как источниках нездоровья, что позволяет сделать следующий вывод: информационная повестка акцентирует внимание на независимых от действий человека обстоятельствах нездоровья, что противоречит государственным идиомам; символическая реальность масс-медиа продолжает воспроизводить патерналистскую модель отношения к здоровью, в которой оно мало зависит от поведения и личных усилий индивида.

Государство, политика в качестве причин социальной проблемы выступают в 12,7 % публикаций, экономика — в 17,5 %, медицина и врачи (!) — в 7,7 %, экология — в 1,7 %, генетика — в 2,6 %. Государство как субъект вины за социальную проблему здоровья — излюбленная тема частных изданий. Критика государства, политики чаще звучит именно со страниц ВК и НГ. Обнаружена также статистически значимая связь между признаком «субъект вины» и «название издания»: в ВК источником проблемы здоровья в 58,3 % выступают внешние причины и в 31,7 % публикаций — внутренние. Эти же показатели в РТ составили

соответственно 33,3 % и 46,7 %, в НГ — 46,2 % и 9,2 %, в РГ — 57,8 % и 17 %. Частные издания ВК и НГ как более или менее независимые игроки в поле политики склонны возлагать вину за проблему здоровья на внешние по отношению к индивиду обстоятельства, что более соответствует взглядам патерналистски настроенной читательской аудитории. Объяснимо, что РГ, будучи государственной газетой республики, перераспределяет баланс ответственности в пользу *виновности* самого индивида, снимая ее с органов государственной власти. Противоречивой можно называть информационную политику РГ, которая на своих страницах воспроизводит патерналистскую модель (!) отношения к здоровью. С одной стороны, на эксплицитном уровне в РГ периодически делаются заявления о «*преступно низком внимании наших граждан к собственному здоровью*» (Краснопольская 2009). С другой — контент-анализ показывает тенденции массмедийного дискурса определять здоровье через внешние факторы, во многих статьях говорится о беспомощности человека и роли обстоятельств.

Еще одно интересное наблюдение, которое подлежит более тщательному осмыслению, было получено при сопоставлении источника проблем с оценкой ситуации в сфере здоровья. В тех сообщениях, где говорится об ухудшении ситуации со здоровьем в целом, ответственность за здоровье еще больше перекладывается на внешние факторы здоровья (в отличие от статей, где речь идет об улучшении ситуации). На страницах тех публикаций, где причину бед со здоровьем видят в личностном факторе, можно чаще встретить мнение об улучшении ситуации со здоровьем. Таким образом, тесная взаимосвязь данных признаков рисует фоновую картину медиареальности, в которой при внешних (экономических, политических) источниках бед со здоровьем — *всё плохо*, а при субъективных причинах нездоровья (виновности пациента) — *всё не так уж и страшно*.

Помимо субъектов вины, велся учет субъектов решения проблемы здоровья, а также способов решения проблемы здоровья и болезни. «Лидерами» решения социальной проблемы здоровья и болезни в образах символической реальности масс-медиа в настоящий момент являются государство (46,2 %), «медицина, врачи» (38,7 %), далее следуют варианты «сами граждане, пациенты» (13,8 %), «институты гражданского общества, бизнес» (10,5 %), «другие структуры» (6,9 %). Таким образом, тиражируется модель поведения, где главным игроком в поле охраны здоровья неизменно признается государство, которое решает комплекс проблем, связанных с заболеваниями граждан. Институты гражданского общества и пациенты, на которых, согласно новым неолиберальным приоритетам, должна быть переложена львиная доля ответственности (в форме, например, благотворительности первых и са-

мосохранения вторых), в 3-4 раза реже выступают в образах СМК субъектом деятельности по решению вопросов здоровья. В масс-медийных моделях будущего решение социальной проблемы здоровья также связывается в первую очередь с государством, правда, доля его присутствия менее выражена (32,1 %), на втором месте вновь «медицина, врачи» (22,8 %). В прогностических оценках совокупные журналистские интерпретации того, кто должен в будущем решать социальную проблему здоровья и болезней, еще меньше связываются с индивидом (12,1 %), чуть больше — с гражданским обществом и бизнесом (11,2 %). Модель активных институтов гражданского общества и бизнес-структур упоминается более часто в тех публикациях, где общей тематикой сообщения являются болезни. Кроме того, были получены данные, что речь об этих субъектах идет преимущественно не в отношении болезней вообще, а лишь в отношении онкологических заболеваний (слабая связь с эндокринными болезнями), а также в отношении болезней социально-демографической группы «дети».

Пассивное отношение россиян к здоровью подтверждается данными, извлеченными из баз данных «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения» (18 волна, 2009 г.): 76,8 % населения России не занимаются физкультурой и спортом. Тема физической культуры практически отсутствует и в информационной повестке обследованных нами изданий: в рубриках о здоровье процент публикаций с упоминаниями о физкультуре и спорте составил 1,4 %, о здоровье — 25,8 %, о болезнях — 41,5 %, о профилактике заболеваний — 21,4 % из всей совокупности. Тема платной медицины в изданиях также непопулярна: за избранный период вопрос платности / бесплатности услуг поднимался в 25 % публикаций, из них о платной медицине упоминалось в 4 раза реже, чем о бесплатной.

Таким образом, масс-медийные образы проблемы формируют такую картину социальной реальности, в которой здоровье принадлежит государству и медицине. Частота упоминания индивидуальных причин нездоровья, индивида как субъекта ответственности невелика. Это позволяет говорить об информационной политике масс-медиа, наполненной декларациями о социальной ориентированности государственной политики в сфере здравоохранения, что не соответствует политическому контексту, бюджетной политике, но способствует раздуванию и без того этактистских ожиданий граждан от государственной медицины и поддержке модели фаталистического отношения к здоровью. Непопулярный либеральный подтекст, фиксируемый на уровне политических документов, экспертных оценок о снижении расходов и необходимости перевода здоровья в собственность гражданина, личного *самосохранения* и здоровьесбережения остается в тени.

Литература

- Акиндинова Н.В. и др.* Экспертный доклад НИУ ВШЭ об Основных направлениях бюджетной политики на 2013–2015 гг. // Высшая школа экономики. Новости. 2012. 27 июля. [<http://www.hse.ru/data/2012/07/28/1258200197/onbpr2013-2015.pdf>].
- Бек У.* Общество риска. М.: Прогресс-Традиция, 2000.
- Бергер П., Лукман Т.* Социальное конструирование реальности. М.: Медиум, 1995.
- Бест Дж.* Социальные проблемы // Социальные проблемы. 2008. № 2. [<http://socprob.ru/2008/sotsialnyie-problemyi-best-dzh.html>].
- Бовина И.Б.* Социальная психология здоровья и болезни. М.: Аспект Пресс, 2008.
- Бурдые П.* Начала. М.: Socio-Logos, 1994.
- Ваттимо Дж.* Прозрачное общество. М.: Логос, 2003.
- Векуа Г.Е.* О соотношении биологического и социального в медицине // Вопросы философии. 1968. № 2. С. 58–64. [<http://ecsocman.hse.ru/text/18501778/>].
- Вишневский А.Г., Кузьминов А.И., Шевский В.И., Шишкин С.В. и др.* Российское здравоохранение: как выйти из кризиса // Модернизация экономики и государство: доклады VII Междунар. науч. конф. 4-6 апр. 2006 г. М.: ГУ ВШЭ, 2006.
- Гафаров В.В.* Психология здоровья населения России. Новосибирск: СО РАМН, 2002.
- Григорьева И.А.* Развитие социальной работы в российском обществе потребления // Журнал социологии и социальной антропологии. 2011. Т. XIV. № 5. С. 287–297.
- Гурвич И.Н.* Социально-психологические факторы здоровья // Психология здоровья. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2000.
- Дартау Л.А.* Что можно сказать о здоровье с позиций классической теории управления // Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности. М.: Маска, 2008.
- Дмитриева Е.В.* Еще раз о понятиях. От социологии медицины к социологии здоровья // Социологические исследования. 2003. № 11. [<http://www.isras.ru/files/File/Socis/2003-11/dmitrieva.pdf>].
- Журавлева И.В.* Отношение к здоровью индивида и общества. М.: ИС РАН, 2006.
- Забота о здоровье* // Опрос населения ФОМ от 21.02.2008. [<http://bd.fom.ru/report/map/d080823>].
- Здоровье и как мы о нем заботимся* // Пресс-выпуск ВЦИОМ № 2212. 2013. [<http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=113555>].
- Инвестиции в здоровье: готовы ли россияне тратить на фитнес и платную медицину?* // Пресс-выпуск ВЦИОМ № 2308. 2013. [<http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=114153>].
- Калабеков И.Г.* Российские реформы в цифрах и фактах. М.: Русаки, 2010.
- Карцева Л.В., Кошуркина С.С.* Медицина для бедных: “pro” и “kontra”. Казань: Школа, 2008.
- Келле В.Ж.* Образ жизни и здоровье (методологический аспект) // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М.: ИЧ РАН, 2003.

Краснопольская И. По рецепту министра // Российская газета. 2009. 18 сентября.

Максимова Т.М. Социальный градиент в формировании здоровья населения. М.: Пер Сө, 2005.

Программа социально-экономического развития Республики Татарстан на 2005-2010 годы [http://prav.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_47361.doc].

Расходы бюджета РФ // РБК. 2012. 6 июля. [<http://www.rbc.ru/fnews.frame/20120706180752.shtml>].

Решетников А.В. Социология медицины. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.

Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Социальная стратификация здоровья в Санкт-Петербурге: изменения в период трансформаций // Журнал социологии и социальной антропологии. 2008. Т. XI. № 4.

Сас Т. Фабрика безумия: сравнительное исследование инквизиции и движения за душевное здоровье. Екатеринбург: Ультра. Культура, 2008.

Стародубов В.И. и др. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х гг.: проблемы и перспективы М.: Медицина, 2003.

Фуко М. Ненормальные. СПб.: Наука, 2004.

Штайнкамп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. Т. II. № 1. С. 115–154.

Шилова Л.С. Реформы здравоохранения как источник новых рисков для здоровья // Социологические координаты риска. М.: ИС РАН, 2008.

Шлюббом Ю., Хагнер М., Сироткина И. История медицины: актуальные тенденции и перспективы // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины. СПб.: Алетейя, 2008.

91 % россиян: система здравоохранения страны требует изменений // Пресс-выпуск АНО Левада-центр. 17.01.2012 [<http://www.levada.ru/17-01-2012/91-rossiyan-sistema-zdravookhraneniya-strany-trebuuet-izmenenii>].

Illich I. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. L.: Calder and Boyars, 1976.

Schwartz H. On the origin of the phrase “Social Problems” // Social problems. 1997. Vol. 44. No 2.