УДК 316:61

ГОРИН Д.Г.

Социально-управленческие проблемы распространения предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины

В статье рассматриваются социально-управленческие проблемы распространения предуктивно-превентивной и персонализированной медицины. Анализу подвергаются возможности и риски распространения новых медико-генетических подходов в решении проблем, вызванных неравенством шансов на здоровье, старением населения, противоречиями в реализации принципов справедливости.

Ключевые слова: управление сферой здравоохранения, предуктивно-превентивная и персонализированная медицина, равенство шансов на здоровье, старение населения, “обратный закон здравоохранения”, справедливость.

Предиктивно-превентивная и персонифицированная медицина получила развитие в связи с новыми достижениями в области медицинской генетики и технологическим развитием целого ряда сфер жизни общества. Она основывается на принципах “4П”: предиктивности (прогнозирование заболеваний на основе генетических исследований), превентивности (предотвращение вероятного с точки зрения генетических особенностей заболевания путем его досимптоматической профилактики), персонализации (индивидуальный подход к пациенту, включая создание индивидуализированных препаратов), партисипативности (партнерство между медицинским специалистом и потребителем медицинских услуг). Переориентация медицины с лечения болезни на досимптоматическое сохранение здоровья является привлекательной и будет способствовать повышению эффективности всей системы здравоохранения. Однако следует помнить, что здоровье представляет собой общественный феномен, интегрирующий не только уровень развития медицинской науки и технологий, но также социально-управленческие и социологические параметры, отражающие системные характеристики общества.

В условиях социальных и культурных трансформаций, радикально меняющих образ жизни, отношения между человеком, обществом и государством, соотношение территориальных и экстерриториальных параметров жизненных траекторий людей, их взаимодействий друг с другом, требуется анализ влияния происходящих изменений на возникновение общественных потребностей в предиктивно-превентивной и персонифицированной медицине. Экономические кризисы и “старение” населения в целом ряде государств обостряют проблему повышения эффективности медицины, выражающуюся в достижении более очевидных результатов в сохранении здоровья при меньших затратах. Перспективы внедрения предиктивно-превентивных и персонифицированных подходов в клиническую практику будут связаны также с общественно-политической волей, направленной на достижение социальной справедливости в вопросах получения медицинской помощи, защиту прав потребителей медицинских услуг. Цель настоящей статьи состоит в проблематизации ряда социально-управленческих и социологических аспектов распространения медицины “4П”.

Проблема социального неравенства и распространение предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины. Современные общества характеризуются высокой степенью неравенства в распределении шансов на здоровье, которое сопровождается кризисом государственной политики в области здравоохранения. Внедрение предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины в клиническую практику должно способствовать снижению социального неравенства в отношении здоровья, а не его росту. Поэтому требуется понимание основных факторов неравенства и возможных путей противодействия его росту в условиях распространения новых медико-генетических методов и технологий.

Зависимость между социальным статусом и здоровьем имеет два основных объяснения. Первое состоит в том, что люди с низкими доходами и невысоким уровнем образования испытывают недостаток ресурсов для удовлетворения базовых потребностей и полноценного доступа к медицинским услугам. Неудовлетворенность индивида своей позицией в социальной иерархии, несбалансированное питание, стрессы, более частое употребление алкоголя – характерные особенности образа жизни представителей низших слоев, порождающие ухудшение здоровья. Второе объяснение исходит из представлений о здоровье как о ресурсе, который позволяет человеку повышать свой социальный статус. Поэтому люди с хорошим здоровьем чаще улучшают свои социальные позиции, совершая восходящую социальную мобильность.

Здоровье в современном обществе все более зависит от человеческого и социального капитала – уровня образования, культурного кругозора, ценностных ориентаций, социального окружения и социальных связей. Это отражает особенности современного общества, где факторы, определяющие социальное неравенство, из экономической сферы переносятся в сферу символическую. В исследованиях П. Бурдье рассматривается роль символического капитала и культурной идентичности в формировании статусной иерархии и неравенства, обусловленного ценностными представлениями, уровнем образования, доступом к информации и символическим ресурсам. Он показывает, каким образом повседневная практика и отношение к здоровью обусловлены совокупностью установок и ориентаций, распространенных в определенной социальной группе[1].

Одним из первых связь между стратификацией общества и "стратификацией здоровья" обосновал П. Сорокин. Он утверждал, что, "переходя от высших классов к низшим, мы наблюдаем у представителей этих классов снижение общего уровня здоровья", отражающееся в том числе и на продолжительности жизни[2]. Именно эти различия, обусловленные не биологическими, а социально-стратификационными предпосылками, считаются несправедливыми, и если известны факторы, определяющие эти различия, то они должны нивелироваться. Например, вряд ли можно считать биологически предзаданным тот факт, что, например, во Франции разница в ожидаемой продолжительности жизни между 35-летним работником неквалифицированного физического труда и служащим того же возраста составляет около 9 лет. Работники, занимающиеся неквалифицированным физическим трудом, во Франции умирают преждевременно от диабета в 4 раза чаще, чем служащие[3].

Различия становятся еще более впечатляющими в переходных обществах или обществах, переживающих кризис. Так, уменьшение ожидаемой продолжительности жизни в России в условиях кризиса 1990-х гг. затронуло не все слои в одинаковой степени. Шансы на сохранение здоровья и выживание мужчин из групп с наиболее низким уровнем образования были хуже, чем в 1970-е гг. При этом показатели смертности лиц с университетским образованием были сопоставимы с аналогичными показателями западных стран[4].

Сегодня, когда существует достаточно большой поток платежеспособных пациентов, желающих получить высококачественное медицинское обслуживание, возникает спрос на дорогостоящее лечение. Такой спрос играет весьма важную роль в стимулировании внедрения новых подходов и способов лечения. Однако, если внедряемые инновации ориентируются исключительно

на платежеспособных пациентов, неравенство в шансах на здоровье возрастает. При внедрении предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины в клиническую практику важно соблюдать принцип справедливости и содействовать снижению социальных различий, влияющих на доступ к новым медико-генетическим услугам.

Распространение предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины должно учитывать так называемый "обратный закон здравоохранения", сформулированный Т. Хартом в следующем виде: доступность качественной медицинской помощи изменяется в обратной зависимости от потребности в ней[5]. Именно те группы, которые больше других нуждаются в медицинской помощи, часто лишены доступа к медицинским услугам. Т. Харт сформулировал этот тезис в результате исследования районов угольных шахт в Уэльсе. Доступность и качество медицинских услуг в более бедных районах, где проживали шахтеры, страдающие профессиональными заболеваниями, были значительно хуже, чем в благополучных городах. "Обратный закон здравоохранения" может проявить себя и в случае распространения предиктивно-превентивных и персонифицированных медицинских услуг. В России, например, как показывают социологические исследования, развитие наследственных заболеваний зависит не только от генетической предрасположенности, но также от уровня доходов семьи и наследуемого образа жизни. В семьях с уровнем дохода средним и выше среднего более активно предпринимаются меры по профилактике наследственных заболеваний[6]. В частности, в российском обществе частота и интенсивность проявления целого ряда наследственных заболеваний снижается по мере повышения уровня доходов семьи. Среди молодых представителей состоятельных и средних слоев населения уровень заболеваемости сердечно-сосудистой системы, органов зрения и слуха в 4 раза ниже, чем у родителей, имеющих подобные проблемы. А среди молодых представителей малообеспеченных слоев населения – лишь в 2 раза ниже, чем у родителей[7].

Распространение предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины в этих условиях способно как содействовать решению назревших проблем, так и создать новые факторы неравенства в распределении шансов на здоровье. Если пациент находится в неблагоприятных социальных условиях, сталкивается с трудностями в обеспеченности жильем или необходимыми продуктами питания, он вряд ли будет задумываться о возможных будущих рисках его здоровью или здоровью его детей. Вероятность того, что он станет тратить свои ресурсы для прогнозирования и минимизации этих рисков, еще меньше.

Проблема доступности услуг предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины имеет значение не только в экономическом плане, но также и в плане доступности с точки зрения культуры, образования, социальной инфраструктуры. Социальное неравенство охватывает все стороны жизнедеятельности человека: имущественное положение напрямую связано с доступностью медицинских и образовательных услуг, качеством питания, характером досуга, жизненных стилей и жизненных шансов. В российском обществе неравенство шансов на здоровье определяется еще и территориальным неравенством, которое отражает неравномерный уровень развития регионов и населенных пунктов.

Минимизация неравенства в распределении шансов на здоровье потребует значительных усилий и политической воли. Решение этой проблемы возможно при условии разрешения противоречий между новыми медико-генетическими возможностями и этическими принципами профессиональной практики, между соотношением стоимости новых медицинских услуг, их качества и доступности. На предиктивно-превентивную и персонифицированную медицину возлагаются надежды на снижение неравенства шансов на здоровье, поскольку с ее внедрением связана перспектива снижения затрат на систему здравоохранения и повышения ее эффективности. Возможно, эта перспектива приведет к оптимизации отношений между государством, учреждениями здравоохранения, страховыми компаниями, потребителями медицинских услуг.

Однако в отсутствие политической воли, направленной на снижение неравенства шансов на здоровье, у многих представителей социально не защищенных слоев попрежнему будет сохраняться ограниченный доступ к эффективной медицинской помощи и, следовательно, будет отсутствовать мотивация в досимптоматическом прогнозировании рисков для здоровья.

Внедрение предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины в клиническую и общественную практику должно сопровождаться публичным обсуждением и конкретизацией принципов и норм справедливости в предоставлении и потреблении медицинских услуг, не допускающих нежелательную степень неравенства в распределении шансов на здоровье.

Распространение предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины и проблема старения населения. Одним из существенных факторов, влияющих как на образ жизни, так и на отношение человека к своему здоровью, является значительное увеличение доли пожилых людей в структуре населения. Человечество вступает в эпоху старения населения неравномерно по странам и континентам. Однако в перспективе этот процесс будет распространяться и на те государства, которые сегодня демонстрируют ускоренный рост численности населения. Первыми с проблемой старения сталкиваются страны Европы, Россия и те территории, которые населены в основном выходцами из Европы (Северная Америка, Австралия и Новая Зеландия). Медианный возраст здесь составляет от 35 до 41 года и демонстрирует тенденцию к росту. В Восточной Азии медианный возраст составляет 35 лет, а в остальной части Азии, в большинстве стран Латинской Америки, Ближнего Востока, Магриба этот показатель – от 23 до 28 лет. Значительная часть Африки к югу от Сахары населена более молодыми людьми, где медианный возраст – от 16 до 18 лет[8]. Но и там уже проявляются первые признаки старения населения. В ближайшее время процесс старения будет происходить ускоренными темпами. Согласно прогнозам, к 2030 г. в развитых странах доля людей в возрасте старше 65 лет будет составлять от 33% в Австралии до 50% в Германии. Более того, доля тех, кого называют “седыми стариками” (старше 85 лет), увеличивается быстрее, чем число “молодых стариков”. Этот процесс уже получил название “старения стариков”[9].

Процесс старения населения ставит перед современным обществом целый ряд проблем. Одна из них состоит в увеличении так называемого “коэффициента иждивенчества”, отражающего рост доли неработающего населения. Это означает, в частности, что резко возрастает нагрузка на систему пенсионного обеспечения и социальные службы. В связи со старением населения существенно возрастает нагрузка и на сферу здравоохранения, от которой будет требоваться более очевидная результативность при меньших затратах. Система здравоохранения должна быть готова к тому, что феномен старения связан с трудно совместимыми тенденциями снижения достатка у пожилых людей при росте их потребности в медицинской помощи и уходе. Старение населения ведет к существенным сдвигам в структуре заболеваемости в сторону увеличения количества и доли хронических неинфекционных болезней. В частности, только за последнее десятилетие XX века заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них выросли в мире более чем на 23%, а в России с 1992 по 2001 г. количество онкозаболеваний выросло с 271,8 до 313,9 случая на 100 тыс. человек, или более чем на 16%[10]. Поскольку онкозаболевания чаще фиксируются у представителей старших возрастных групп, то такой прирост в значительной степени связан со старением населения.

Этот пример свидетельствует о том, что в ближайшее время еще более остро проявит себя необходимость поиска дополнительных ресурсов для обеспечения медицинской помощи неуклонно возрастающему количеству больных. Поскольку тренд увеличения количества больных хроническими неинфекционными заболеваниями по мере старения населения имеет тенденцию к росту, ограниченные возможности системы здравоохранения могут оказаться недостаточными для

удовлетворения существенно растущей потребности в оказании медицинской помощи пожилым пациентам. Распространение предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины будет способствовать предупреждению развития целого ряда хронических неинфекционных заболеваний, что позволит сделать систему здравоохранения более эффективной и подготовить ее к возрастающим в условиях старения населения нагрузкам.

Старение населения сопровождается снижением надежности и стабильности социального положения пожилых. Если в традиционных обществах преклонный возраст был связан с престижем, участием во власти и важными функциями в общине и семье, то в современных обществах положение стариков меняется. В условиях быстрых изменений опыт пожилых оказывается невостребованным, а с ростом доли пенсионеров при незавершенности пенсионной реформы снижается надежность их социальной защищенности. В этих условиях в различных странах наблюдается тенденция к увеличению возраста выхода на пенсию. Более того, в некоторых сферах деятельности, которые оцениваются как особо значимые, принято работать до глубокой старости. К таким сферам относятся, например, искусство, наука, политика, юриспруденция.

Поэтому растет доля людей, которые понимают, что им необходимо прилагать усилия для того, чтобы как можно дольше продлить активную фазу жизни, избежать болезней, сохранить здоровье и привлекательность. В противном случае они рискуют столкнуться с проблемами снижения уровня и качества жизни. Страх перед возможностью утраты здоровья и способности обслуживать себя в старости представляет сегодня весьма мощный фактор, заставляющий многих создавать себе своеобразные "подушки безопасности" на этот случай. К таким "подушкам безопасности" могут быть отнесены не только личные пенсионные накопления, дополняющие государственные пенсии, но и превентивные инвестиции в собственное здоровье. Ориентированная на заблаговременное решение проблем здоровья предиктивно-превентивная и персонифицированная медицина отвечает на эти общественные запросы и представляет для потребителей медицинских услуг своеобразную форму инвестиций в свое будущее, позволяя предупреждать нежелательные формы болезней.

Востребованность предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины в условиях старения населения будет расти также и по мере изменения отношения к старости. Вряд ли пожилые люди смогут вернуть себе тот же престиж, какой у них был в традиционных обществах, но в последние годы в отношении к этой возрастной группе наметились некоторые позитивные перемены. По мере того, как доля пожилых в структуре населения будет увеличиваться, будет расти их культурное и политическое влияние. Уже сегодня в различных странах появляются объединения, цель которых – борьба с "эйджизмом" и утверждение позитивного образа старости. Ряд социологов прогнозирует наступление "безвозрастного" общества, в котором дискриминация по возрасту станет столь же недопустима, как и расовая дискриминация. Переосмысление роли пожилых могло бы способствовать росту уровня общей терпимости и более справедливому распределению социальных благ. В современной культуре появляются относительно новые и весьма привлекательные образы активной старости. Описанные тенденции создают потребности в превентивной заботе о собственном здоровье не только в среде пожилых, но и в среде представителей более молодых возрастных групп. В их картине мира образ пожилого человека также будет меняться, что неизбежно повлияет на переосмысление молодыми собственных перспектив. Таким образом, при условии целенаправленной просветительской работы, повышения уровня медицинской грамотности населения и распространения знаний о предиктивно-превентивной и персонифицированной медицине потребности в прогнозировании рисков заболеваемости и досимптоматической заботе о здоровье будут расти.

Принцип социальной справедливости в распространении предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины. Внедрение предиктивно-превентивной и

персонифицированной медицины в клиническую практику должно быть построено на принципах социальной справедливости. Это означает, что медицинские работники не должны руководствоваться мотивами извлечения прибыли и использовать пациентов для ее получения. Предиктивно-превентивная и персонифицированная медицина ориентируется на потребности пациентов, а не на их платежеспособность, стремясь к одинаково высокому стандарту медико-генетических услуг, предоставляемых каждому пациенту без различий в социальном положении.

Справедливость в отношении здоровья тесно связана с основными правами человека и содержится во всех важнейших документах ВОЗ. В Уставе ВОЗ говорится: "Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения"[11]. Здоровье является уникальным ресурсом для достижения жизненных целей человека, что обеспечивает его свободу. Поэтому внедрение методов предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины должно сопровождаться усилиями по обеспечению социальной справедливости в отношении здоровья, созданию возможностей для достижения наивысшего возможного уровня здоровья для всех. Справедливый доступ к новым возможностям медицины будет способствовать постепенному сокращению систематических различий в состоянии здоровья между различными социальными слоями и группами.

Принцип социальной справедливости в современных обществах обретает весьма сложные, многослойные и неунифицированные трактовки. Можно выделить три основных подхода к определению справедливости, которые часто с трудом согласуются между собой.

Первый связан с либеральными принципами, основанными на логике самообеспечения потребления медицинских услуг. Логика справедливости здесь вполне прозрачна: тот, кто больше работает, должен иметь не только более высокий доход, но и более разнообразный доступ к платным услугам. Однако столь же очевидным является и эрозия этой логики справедливости в обществах, в которых либерализация рынка сочетается с государственным патернализмом в социальной сфере. В этом случае неизбежными становятся размывание "правил игры" и рост несправедливости в доступе к услугам.

Второй подход основан на государственном регулировании потребностей в медицинских услугах. Он требует поддержания высокой роли государства не только в регулировании оказания медицинских услуг, но и в их финансировании, что становится все более проблематичным в условиях экономических кризисов, старения населения и роста числа хронических больных.

И третий подход основан на представлениях о том, что неравенство на рынке услуг будет справедливо в среднесрочной перспективе, поскольку оно в конечном итоге не только стимулирует развитие этого рынка, но и максимизирует благосостояние для всех.

Действительно, социологические исследования показывают, что неравенство на рынке услуг способно привести к итоговому благосостоянию для всех и, соответственно, к более справедливому распределению шансов на здоровье в будущем, однако в краткосрочной перспективе такое неравенство вызывает, как правило, острую критику. И, наоборот, повышение роли государства в регуляции потребностей в области здравоохранения ведет к унификации этих потребностей на относительно низком, неэффективном уровне и либо сдерживает развитие всей отрасли, либо обеспечивает это развитие за счет неформальных норм, нарушающих формальное равенство (как, например, в России, где распространены практики, когда формально бесплатные услуги на деле оказываются не только платными, но и некачественными).

В российском обществе представления о справедливости весьма противоречивы, что объясняется сосуществованием инерции советского стиля регуляции сферы здравоохранения и вторжением рыночной логики. Слаборесурсные и низкостатусные слои, которые в российском обществе составляют весьма существенную долю населения,

зависимы от государственной системы здравоохранения. Часто к этим слоям относятся пожилые люди, жители моногородов и неблагополучных малых населенных пунктов. Многие из них в силу обстоятельств (например, инвалидности или возраста) не могут самостоятельно обеспечивать свои потребности в медицинских услугах. Сильноресурсные слои, напротив, сориентированы на высококачественные и дорогие медицинские услуги, которые часто оказываются в частных клиниках.

Очевидно, что внедрение предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины в российских условиях должно учитывать существующие противоречия в понимании справедливости. С одной стороны, новые медицинские практики должны быть ориентированы на достижение равенства шансов на здоровье, в том числе и в отношении слаборесурсных слоев населения. Иначе распространение медико-генетических практик будет способствовать не снижению, а углублению неравенства и социальной напряженности в обществе. Социально-статусные признаки неравенства будут дополняться и генетически предопределенным неравенством, что создаст весьма опасный прецедент. Но, с другой стороны, именно либеральная логика равенства на рынке услуг, а не уравнительная логика в удовлетворении потребностей способна стимулировать возникновение новых услуг и таким образом повысить в будущем уровень медицинской помощи для всех.

В этой связи распространение предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины ставит весьма сложный вопрос относительно того, какие именно новые методы и услуги должны быть доступны всем и распространяться при поддержке государства, а какие могут быть коммерциализированы. Поскольку обсуждение этого вопроса способно вызвать острые споры даже в среде профессионалов, поиски ответа на него должны быть публичными и основываться на динамичном балансе интересов различных социальных слоев.

В развитых демократиях вопросы социальной справедливости решаются, как правило, на основании принципов солидарности в распределении шансов на здоровье. Забота о незащищенных группах населения, пожилых и инвалидах является условием для формирования качественной и эффективной политики в сфере здравоохранения. Распространение предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины должно соотноситься с важнейшими принципами социального государства. Это не означает, что такое государство должно брать на себя патерналистскую заботу о здоровье своих граждан. Но проводить политику, направленную на перераспределение ресурсов и выравнивание шансов на здоровье, социально ориентированное государство обязано. Распространение предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины должно учитывать способности потребителей медицинских услуг самостоятельно справляться с различными рисками и, соответственно, ту степень, в которой эти потребители нуждаются в солидарной системе помощи. Только в этом случае можно рассчитывать на полноценное общественное доверие к предиктивно-превентивной и персонифицированной медицине.

Имущественное расслоение населения на фоне экономического кризиса, который вынуждает ряд правительств сокращать государственные расходы на здравоохранение, ставит новые проблемы в обеспечении справедливости. Ответственность за сохранение и укрепление здоровья все более возлагается на ответственного гражданина, который самостоятельно принимает решение о потреблении медицинских услуг. Однако в тех странах, где сфере здравоохранения делегировалась патерналистская забота о здоровье населения, наблюдается, как правило, дефицит личной ответственности и неготовность граждан к сознательному и ответственному поведению в отношении к своему здоровью.

Снижение уровня жизни в условиях экономических кризисов отражается и на здоровье. Экономическое благосостояние стран и регионов напрямую связано с возможностями инвестиций в человека, социальную инфраструктуру, а следовательно, и с условиями поддержания здоровья населения. Внедрение предиктивно-превентивной и персонифицированной

медицины в клиническую и общественную практику при определенных условиях могло бы способствовать снижению расходов на медицинские услуги. Это также имеет значение в выравнивания шансов на здоровье. Например, даже в относительно благополучной Бельгии пациенты с хроническими болезнями в среднем тратят на медицинскую помощь 23% от потребляемого дохода. Треть бельгийского населения заявила, что испытывает трудности с оплатой медицинских услуг, а 8% откладывали обращение за медико-санитарной помощью из-за ее стоимости[12]. При условии повышения уровня медико-генетической грамотности населения распространение предиктивно-превентивных и персонифицированных методов позволит избежать подобных экономических ловушек системы здравоохранения.

Распространение предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины требует, таким образом, объединения усилий медиков, социологов и философов в исследовании весьма сложных и актуальных вопросов управленческого воздействия на факторы здоровья в контексте современной дифференциации общества, особенностей влияния разных видов неравенства на физическое и психическое здоровье и реализации принципа социальной справедливости в меняющихся условиях.

[1] Бурдье П. Социальное пространство и символическая власть. М.: Наука, 1994. С. 43–56, 193–194.

[2] Сорокин П.А. Социальная мобильность. Пер. с англ. М.: Academia, 2005. С. 240.

[3] Whitehead M., Dahlgren G. Концепция и принципы преодоления социального неравенства в отношении здоровья. Восходящее выравнивание. Часть 1. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008. С. 6.

[4] Там же. С. 7.

[5] Hart J.T. The Inverse Health Care Law // Lancet, 1971, 297(7696). P. 405-412; Йенсен Т. Э. Обратный закон здравоохранения Харта: о распределении ресурсов для здравоохранения // Теория и методы в социальных науках. М., 2004. С. 183–205.

[6] Максимова Т., Белов В., Лушкина Н. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России. М.: ПЕР СЭ, 2008. С. 127.

[7] Шиняева О. В., Падиарова А.Б. Социальное неравенство и здоровье молодого поколения россиян. Ульяновск: УлГТУ, 2010. С. 69.

[8] Атлас 2010. Le Monde diplomatique. М.: Центр исследований постиндустриального общества, 2010. С. 14–15.

[9] Гидденс Э. Социология. Пер. с англ. М.: УРСС, 2005. С. 149.

[10] Напалков Н.П. Рак и демографический переход // Вопросы онкологии, 2004. Т. 50. № 2. С. 127–144.

[11] Constitution of the World Health Organization // http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf. (На русском языке: Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения._http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf).

[12] Louckx F. Patient Cost Sharing and Access to Care // Mackenbach J., Bakker M. (eds.). Reducing Inequalities in Health: a European Perspective. London, Routledge, 2002. P. 188–198.