

Стародубцева Ксения Анатольевна, Мерзлякова Ирина Станиславовна

ПРАВОВЫЕ, ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ

В статье рассматриваются правовые, экономические и социальные проблемы, связанные с реформированием системы здравоохранения в современной России. Авторы выявляют плюсы и минусы перехода на страховую медицину, оценивают состояние обязательного медицинского страхования и его результативность, анализируют процесс перехода к автономным медицинским учреждениям. Особое внимание уделяется изучению социальных проблем (бедность населения, борьба с социально значимыми заболеваниями, алкоголизация населения, распространение наркомании), которые существенно влияют на становление системы здравоохранения. Анализируемые экономические, социальные проблемы рассматриваются в контексте правового измерения, позволяющего увидеть актуальные проблемы законодательства в области здравоохранения.

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/3/2015/9-1/45.html

Источник

Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики

Тамбов: Грамота, 2015. № 9 (59): в 2-х ч. Ч. I. С. 165-169. ISSN 1997-292X.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/3.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/3/2015/9-1/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net
Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: hist@gramota.net

8. Кольцова Т. М. Иконы северного Поонежья. М.: Северный паломник, 2005. 352 с.
9. Лидов А. М. Иеротопия. Создание сакральных пространств как вид творчества и предмет исторического исследования [Электронный ресурс]. URL: http://www.hierotopy.ru/tu/?page_id=182 (дата обращения: 29.07.2014).
10. Османкина Г. Ю. Линия «красоты» в искусстве и дизайнерских проектах в стиле модерн // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. Тамбов: Грамота, 2014. № 8 (42). Ч. II. С. 125-128.
11. Преподобный Сергей Радонежский / автор-сост. Н. Чугреева. М.: Панорама, 1992. 271 с.
12. Рыбаков А. А. Вологодская икона: центры художественной культуры земли Вологодской XIII-XVIII вв. М.: Галарт, 1995. 435 с.
13. Скотникова Г. В. Созвучие вечным смыслам бытия. СПб.: Альфарет, 2012. 197 с.
14. Смирнова Э. С. Иконы северо-восточной Руси. М.: Северный паломник, 2004. 508 с.
15. Смирнова Э. С. Смотря на образ древних живописцев. М.: Северный паломник, 2007. 384 с.
16. Толстой М. В. История русской церкви. Издание Спасо-Преображенского Валаамского монастыря, 1991. 734 с.

ICONOGRAPHY OF SERGIUS OF RADONEZH IN ICON-PAINTING OF THE RUSSIAN NORTH: SPECIFICITY OF THE IMAGE AND ARTISTIC HIEROTOPY

Skorobogacheva Ekaterina Aleksandrovna, Ph. D. in Art Criticism
Ilya Glazunov Russian Academy of Painting, Sculpture and Architecture
Skorobogacheva@mail.ru

The article deals with the embodiment of the image of Sergius of Radonezh in the icon-painting of the Russian North. The purpose of the paper is to prove by the example of iconography that in the North works and ideas important on timeless scale are accumulated and diffused. The term “artistic hierotopy” is introduced. The author concludes that the icon-painting patterns emphasize the importance of St. Sergius in several spiritual and historical aspects, allow judging about the syncretic essence of his activity and teaching and they are a part of an integral spiritual system that reflects national self-consciousness.

Key words and phrases: the Russian North; icon-painting; Sergius of Radonezh; artistic hierotopy; traditions; image; iconography; spiritual system; national self-consciousness.

УДК 349.3

Юридические науки

В статье рассматриваются правовые, экономические и социальные проблемы, связанные с реформированием системы здравоохранения в современной России. Авторы выявляют плюсы и минусы перехода на страховую медицину, оценивают состояние обязательного медицинского страхования и его результативность, анализируют процесс перехода к автономным медицинским учреждениям. Особое внимание уделяется изучению социальных проблем (бедность населения, борьба с социально значимыми заболеваниями, алкоголизация населения, распространение наркомании), которые существенно влияют на становление системы здравоохранения. Анализируемые экономические, социальные проблемы рассматриваются в контексте правового измерения, позволяющего увидеть актуальные проблемы законодательства в области здравоохранения.

Ключевые слова и фразы: реформирование; система здравоохранения; обязательное медицинское страхование; автономное медицинское учреждение; врач общей практики; врачебная этика.

Стародубцева Ксения Анатольевна, к. филос. н.

Мерзлякова Ирина Станиславовна, к. культурологии, доцент

Забайкальский государственный университет

star1980@list.ru; irpolia@list.ru

ПРАВОВЫЕ, ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ[©]

Переход России от плановой экономики к рыночной затронул все отрасли отечественного народного хозяйства, в том числе и здравоохранение. Проводимая реформа системы здравоохранения направлена на создание условий, которые позволят осуществлять лечение и профилактику заболеваний, обеспечивать оказание качественной и доступной медицинской помощи, проводить научные исследования и подготовку медицинских и фармацевтических работников, а также поддерживать и развивать материально-техническую базу системы здравоохранения в России. В заявленных целях особый акцент ставится на повышение доступности качественной высокотехнологичной медицинской помощи, на укрупнение медицинских учреждений, оснащенных современной диагностической аппаратурой, на профилактическую направленность здравоохранения.

Начальный процесс реформирования проходил в условиях финансового кризиса, недостатка финансирования, высокого уровня инфляции, сокращения рабочих мест и при недостаточной роли государства в работе всей системы.

[©] Стародубцева К. А., Мерзлякова И. С., 2015

Предшествующий политический строй предполагал монополию государства во всех отраслях, полное управление и директивные методы управления. Со времен Советского Союза больницы и поликлиники финансировались из бюджета. В 1990-х гг. появился фонд ОМС (обязательного медицинского страхования), куда работодатель стал отчислять определенный процент от зарплаты сотрудников, сейчас это – 5,1%. Первоначально решили свести к минимуму вмешательство государства в управление здравоохранением. Переход на страховую медицину должен был обеспечить финансирование здравоохранения за счет застрахованных лиц. Из фонда отчислялись деньги, но со временем выяснилось, что установленные тарифы на врачебные услуги были низкими и не покрывали расходы, перед больницами и поликлиниками встала проблема нехватки финансирования.

Базовый закон об ОМС приняли в 2010 году (Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»). Согласно ст. 3 указанного закона, обязательное медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования [5].

Принятие данного закона предполагало перевод всего здравоохранения на одноканальное финансирование, то есть финансирование только за счет страховых тарифов, без всякого участия бюджета.

Пожалуй, такое решение было первой ошибкой при запуске реформирования. Успешность страховой медицины может быть, во-первых, при адекватно посчитанных тарифах, а, во-вторых, при наличии сильного государства, обеспечивающего стабильный уровень инфляции, экономическое положение без кризисов, четкую правовую и законодательную базу. В силу отсутствия данных условий произошел разлом крупной отрасли, в итоге система разделилась на частную, муниципальную и государственную. Как следствие начали сокращать количество клиник.

В день инаугурации на третий срок президент В. В. Путин подписал указы, согласно которым зарплаты врачам к 2018 г. следовало довести до уровня 200% от среднего заработка по региону. Данные указы вызвали еще одну проблему – рост заработной платы врачей стал основанием сокращений по другим статьям расходов больниц [3].

На сегодняшний день, согласно ст. 82 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов, средства обязательного медицинского страхования, средства организаций и граждан, средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования, и иные незапрещенные законодательством Российской Федерации источники [6].

Но оказание бесплатной медицинской помощи осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах программ обязательного медицинского страхования.

Следует признать, что сложившаяся система обязательного медицинского страхования не обеспечивает существенного влияния на эффективность использования ресурсов здравоохранения. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации не выполняют свои обязательства по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в полном объеме. Отсутствуют действенные рычаги привлечения средств граждан и организаций в систему ОМС. Существенно обострилась проблема неравенства регионов по уровню финансирования здравоохранения [Там же].

Введение системы ОМС оказалось неэффективным, так как государство преувеличило объем гарантированной медицинской помощи, не соизмерив его с реальными возможностями. И основной удар в этой ситуации приходится на простых граждан. В стационарах любой государственной больницы можно ясно видеть качественную разницу больничных палат, обслуживаемых по полюсам ОМС и за счет платных услуг. Присутствует также дискриминация по социальному статусу и материальному достатку: врачи и обслуживающий медицинский персонал уделяют больше внимания «платным» больным. Вполне очевидно, что медицинские учреждения просто обязаны прибегать к платным услугам с целью выживания.

Еще одним элементом структурной реформы здравоохранения является переход к автономным учреждениям. Такой переход предполагает расширение возможностей медицинского учреждения в области работ на основе государственного заказа или задания и платных услуг. Учредителем автономного медицинского учреждения должен выступать муниципалитет, попечительский совет должен осуществлять контроль работы учреждения. Учредитель должен контролировать процессы приватизации и платные услуги. А система ОМС должна адекватно восполнять затраты медицинского учреждения. И при этом складывается цепочка: госзаказ – попечительский совет – муниципалитет – главный врач – и т.д. Не вызывает ли это дополнительную бюрократию? Не увеличивает ли расходы на дополнительные звенья? И не есть ли такой переход – верный твердый шаг к платной медицине?

Повышение структурной эффективности системы здравоохранения предполагает повсеместное введение общей врачебной практики. Данная переориентация подразумевает сокращение узких специалистов. Выпускники сегодняшних медицинских вузов будут сугубо врачами общей практики. Количество узких специалистов сокращается в поликлиниках, их перераспределение происходит в пользу стационарного сектора. Такое перераспределение производится без участия Минздрава индивидуально в каждом субъекте. Данное перераспределение одновременно преследует цель – сокращение финансирования.

Следующим направлением реформы здравоохранения является закрытие медучреждений и сокращение персонала. При формулировании данного направления Минздрав указал на избыточную сеть медицинских

учреждений с низким материально-техническим оснащением; недостаточную приоритетность первичной медико-санитарной помощи; слабое развитие сети специализированных медицинских учреждений профилактической направленности.

Подводя итог результатам реформирования системы здравоохранения в РФ на сегодняшний день, Счетная палата указывает на то, что объем платных медицинских услуг вырос в 2014 г., по сравнению с 2013-м г., на 24%. Ожидаемого роста эффективности и доступности медицинской помощи не произошло. В 2014 г. было сокращено 90 тысяч медиков и реорганизовано 359 медучреждений, 26 из них были ликвидированы.

В 2014-2018 гг. оптимизация коснется в целом по стране 952-х медицинских организаций. Предполагается ликвидировать 41 организацию, остальные – реорганизовать. В результате к концу 2018 г. число больниц сократится на 11,2%, поликлиник – на 7,2%.

Кроме того, до 2018 г. регионы планируют сократить фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, заменив их частично офисами врачей общей практики. По результатам проверки доступности медицинской помощи населению выявлено, что 17,5 тыс. населенных пунктов вообще не имеют медицинской инфраструктуры, из них 11 тыс. расположены более чем в 20 км от ближайшей медицинской организации, где есть врач. При этом 35% населенных пунктов не охвачены общественным транспортом [1].

Стоит отметить, что процесс реформирования системы здравоохранения связан и с ростом социальных проблем, затрагивающих каждого члена российского общества. Как уже отмечалось авторами, система здравоохранения современной России испытывает дефицит государственного финансирования, именно это подтолкнуло её к функционированию на основе оказания платных услуг. При этом ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» четко разграничил понятия «медицинская помощь» и «медицинская услуга», тем самым обеспечив правовые основы для жизнедеятельности платной медицины. Это в свою очередь обострило проблему бедности населения в России. Всё чаще сегодня приходится слышать выражение «медицинская бедность», когда часть населения не может воспользоваться платными медицинскими услугами или получает медицинскую помощь с ярко выраженной окраской социальной дифференциации. По данным Росстата (обновлены 21.01.2015 г.), в 2013 г. численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума составляет 15,5 млн человек [9]. Именно это колоссальное количество людей не способно в полной мере создать материальную базу для поддержания собственного здоровья. А ведь здравоохранение, являясь социальным институтом, должно формировать ответственность активного населения трудоспособного возраста за своё здоровье, за здоровье неработающих членов семьи. В связи с этим, одним из принципов реформирования системы здравоохранения в России должен стать принцип соблюдения баланса частных и публичных интересов в сфере здоровья (для государства – интересов, связанных с общественным здоровьем, а для человека – с личным здоровьем) и принцип конкретизации государственных гарантий медицинской помощи для человека на социально приемлемом уровне [4].

Одной из ключевых социальных проблем системы здравоохранения в условиях её реформирования является борьба с социально значимыми заболеваниями, такими как туберкулез, сахарный диабет, злокачественные новообразования, вирусный гепатит, заболевания инфекциями, передаваемые половым путём, заболевания ВИЧ-инфекцией, артериальная гипертония. Сегодня в России действует государственная программа «Развитие здравоохранения», которая определяет комплекс мероприятий, направленных на предотвращение этих серьёзных заболеваний (утверждена Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294). Реализация Госпрограммы предусмотрена в два этапа: первый этап – с 2013 по 2015 год, второй этап – с 2016 по 2020 год. 11 подпрограмм входит в состав Госпрограммы, целью подпрограммы № 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» является снижение уровня распространения социально значимых заболеваний. Но при этом хотелось бы отметить, что общий объем финансирования федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 гг.)» составлял 957 716 297 руб., а объем бюджетных ассигнований подпрограммы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» в 2015 г. составляет 702 236 303 рублей.

Кроме того, анализ правового регулирования социально значимых заболеваний показывает наличие пробелов в законодательстве. Так ст. 43 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» называется «Медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих». Объединение двух категорий в названии одной статьи свидетельствует о сближении понятий «социально значимые» и «представляющие опасность для окружающих», а значит и о формировании единого (или близкого) правового режима оказания медицинской помощи, наделении пациентов, страдающих такими заболеваниями, схожим или идентичным правовым статусом. При этом сравнительно-правовой анализ данных понятий позволяет многим исследователям сделать вывод о том, что законодательные нормы, касающиеся социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, серьезно не изменились за последние годы (сравнивались ранее действовавшие Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993 г.) и ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (2011 г.)). Одно из объяснений сложившейся ситуации – недостаточное внимание государства к рассмотрению проблем, связанных с данной группой заболеваний. Наличие существенных отличий между данными группами заболеваний предполагает разграничение данных категорий в законодательстве с целью создания оптимальных правовых режимов оказания медицинской помощи лицам, страдающим этими заболеваниями, а также уточнения правового статуса больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, и носителей заболеваний, опасных для окружающих [8].

Одной из задач современной системы здравоохранения является решение социальных проблем, связанных с алкоголизацией населения, с распространением наркомании. Сегодня предлагается комплексный подход в ликвидации указанных проблем, и здравоохранению отводится доминирующая роль (профилактика факторов риска для здоровья граждан, пропаганда здорового образа жизни, психотерапия, психокоррекция, реабилитация и т.д.). Но при этом именно в системе здравоохранения отсутствует единая разработанная стратегия и политика борьбы с этими серьёзными проблемами. Так результатом реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» должно стать снижение потребления алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (литров на душу населения в год) до 10 л в 2020 г., при этом в тексте самой программы нет ни слова о механизмах снижения потребления алкоголя, о способах борьбы с этой болезнью. А ведь в РФ действует Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г., введенная в действие Распоряжением Правительства РФ 30.12.2009 г. № 2128-р. Стоит отметить, что в ряде субъектов РФ приняты законы о профилактике злоупотребления алкогольной продукцией (Республика Саха (Якутия), Камчатский край). Таким образом, монолитная законодательная база, в которую полноправно была бы включена работа системы здравоохранения, в РФ отсутствует.

Политика России в области здравоохранения направлена и на обеспечение отдельных категорий граждан доступными лекарственными средствами, это один из путей реализации права на охрану здоровья. Правовые основы обеспечения населения лекарственными средствами закреплены в ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», в ФЗ от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», в последнем указаны меры государственного регулирования цен на лекарственные препараты. Но реалии таковы, что сегодня в России происходит снижение натуральных объемов производства отечественных лекарственных средств, вырос объём экспорта готовых лекарственных средств, увеличилась зависимость российского производства от импорта основных компонентов для изготовления лекарственных средств, расходы населения на лекарственные средства возросли на 13%. Всё это показатели ещё одной социальной проблемы системы здравоохранения.

По мнению авторов, стержнем перечисленных правовых, экономических и социальных проблем системы здравоохранения современной России являются ценностные основы сознания и мышления россиянина. Ещё в начале XX в. великий мыслитель И. А. Ильин, размышляя о сущности правосознания, отметил: «Недостаточно верно знать свои правовые полномочия, обязанности и запретности; бывают люди, которые отлично знают их и постоянно злоупотребляют этим знанием для того, чтобы превысить свои полномочия, преуменьшить свои обязанности и сложить с себя запретности. Необходимо не только знать все это, но и *признавать* в порядке *самовменения* и, признавая, иметь достаточную силу воли для того, чтобы *соблюдать признанное*. Надо обратиться к своему *инстинкту* и *приучить* его к “законопослушности” или “лояльности”, а это удастся только тому, в ком живет *духовность инстинкта*, достаточно сильная и определенная, чтобы усвоить *духовный смысл права*, его цель и его назначение» [2].

Сегодня слова И. А. Ильина об усвоении духовного смысла (и не только права!) актуальны как никогда. Прежде всего, хочется сказать об образе современного врача, который должен жить и работать только «в порядке самовменения» (принцип И. А. Ильина), к этому его обязывает выбранная профессия. К сожалению, образ современного врача зачастую не соответствует требованиям профессионализма, гуманности, этичности. Объяснений этому достаточно: работники здравоохранения относятся к одной из самых мало оплачиваемых категорий; система и уровень оплаты труда не мотивируют их к качественной и результативной работе. Поставленный в условия формирования платных медицинских услуг врач не всегда готов оказать медицинскую помощь (в статье уже упоминалось о правовом различии понятий «медицинская услуга» и «медицинская помощь») бесплатно. Тогда как ст. 71 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» расшифровывая клятву врача, прямо указывает на всемерную готовность врача к оказанию помощи.

Сегодня в образе врача мы видим отражение всех негативных изменений, происходящих в сфере здравоохранения. Но при этом уникален тот факт, что большинство россиян врачам доверяют, хотя довольно многим приходилось усомниться в диагнозе или назначенном лечении (по данным опроса «Доверие к врачам», проводимом Фондом «Общественное мнение» в 2014 г.). В чём кроется причина доверия: в особой ответственности, которую принимает на себя врач, в клятве, которую он произносит, в устойчивом образе советского врача, сформированном советской системой здравоохранения, в моральных качествах человека, выбравшего эту профессию? Думается, что комплекс причин. Понятно одно: современный врач включен в пространство социокультурных, экономических и политических изменений, происходящих в России. В образе врача нашли отражение не только исторические особенности развития отечественной медицины и врачебной профессии, но и сложные глобальные изменения, связанные с информатизацией и либерализацией современного общества, что изменяет характер врачебной деятельности, её организацию, а самое главное – нравственно-правовое содержание.

В условиях современной российской действительности успешность работы системы здравоохранения зависит от грамотного, экономически обоснованного использования аккумулированных в данной отрасли финансовых, трудовых, материальных и других ресурсов. Основным условием успешного реформирования здравоохранения в настоящее время является внедрение новых медицинских, организационных и управленческих технологий, призванных повысить качество медико-социальной помощи населению. Для успешного решения этой задачи необходимы не только материальная база и финансовое обеспечение, но и рациональная, основанная на нравственных принципах деятельность медицинского персонала.

Список литературы

1. **Белкин А.** Счетная палата раскритиковала реформу системы здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: <http://www.km.ru/v-rossii/2015/04/14/zdravookhranenie-i-meditsina-v-rossii/757451-schetnaya-palata-raskritikovala-ref> (дата обращения: 20.04.2015).
2. **Ильин И. А.** О сущности правосознания. Глава девятая. Основа здорового правосознания [Электронный ресурс]. URL: http://www.odinblago.ru/filosofiya/ilin/o_sushnosti_pravosozn/9/ (дата обращения: 25.04.2015).
3. **Малышева Е., Рейтер С., Забавина Ю.** Расследование РБК: куда завела Россию реформа здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: <http://daily.rbc.ru/investigation/business/26/10/2014/544cfa0acbb20f3b7672b59d> (дата обращения: 16.04.2015).
4. **Найговзина Н. Б.** Проблемы охраны здоровья, здравоохранения и возможные меры их решения [Электронный ресурс]. URL: <http://rosmedstrah.ru/articles.php?id=511&offset=20&show=1&theme=37> (дата обращения: 30.04.2015).
5. **Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации** [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 12.03.2014 г.). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171752/ (дата обращения: 23.06.2015).
6. **Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации** [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. 08.03.2015). URL: http://www.consultant.ru/popular/zdorovia_grazhdan/ (дата обращения: 23.06.2015).
7. **Реформа здравоохранения в России** [Электронный ресурс]. URL: http://newsruss.ru/doc/index.php/Реформа_здравоохранения_в_России (дата обращения: 20.04.2015).
8. **Социально значимые заболевания и заболевания, представляющие опасность для окружающих** [Электронный ресурс]. URL: <http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php?ID=77442> (дата обращения: 22.04.2015).
9. **Уровень жизни** [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/level/# (дата обращения: 29.04.2015).

LEGAL, ECONOMIC AND SOCIAL PROBLEMS OF REFORMATION
OF HEALTH CARE SYSTEM IN THE RUSSIAN FEDERATION

Starodubtseva Kseniya Anatol'evna, Ph. D. in Philosophy
Merzlyakova Irina Stanislavovna, Ph. D. in Culturology, Associate Professor
Trans-Baikal State University
star1980@list.ru; irpolia@list.ru

The article examines legal, economic and social problems associated with the reformation of health care system in modern Russia. The authors identify the advantages and disadvantages of transition to insurance medicine, evaluate the state of obligatory medical insurance and its efficiency, analyze the process of transition to autonomous medical establishments. Special attention is paid to studying social problems (poverty of the population, struggle against socially important diseases, alcoholization of the population, propagation of drug addiction) influencing cardinaly the formation of health care system. The mentioned economic and social problems are considered in the context of legal dimension, which allows identifying the topical problems of legislation in the sphere of health care.

Key words and phrases: reformation; health care system; obligatory medical insurance; autonomous medical establishment; general practitioner; medical ethics.

УДК 303.01

Политология

В статье раскрываются признаки и специфические особенности информационно-пропагандистской деятельности по противодействию экстремизму. Аргументируется, что информационно-пропагандистские кампании антиэкстремистской направленности должны носить спланированный характер и учитывать целевую аудиторию. Анализируется структура информационно-пропагандистских кампаний антиэкстремистской направленности в современной России, формулируются задачи, содержание и особенности реализации отдельных этапов.

Ключевые слова и фразы: противодействие экстремизму; информационно-пропагандистская деятельность; информационно-пропагандистская кампания; потребности; интересы; ценности; информационно-психологическое воздействие; целевые группы.

Суслонов Павел Евгеньевич, к. филос. н., доцент
Институт развития образования, г. Екатеринбург
dr.suslonow2010@yandex.ru

**ИНФОРМАЦИОННО-ПРОПАГАНДИСТСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ
ЭКСТРЕМИЗМУ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ: СУЩНОСТЬ И СТРУКТУРА[©]**

Противодействие экстремизму в Российской Федерации в качестве приоритетного направления включает совокупность профилактических мер, раннее предупреждение экстремистских проявлений. Современные