

## Зачем открывать закрытое здравоохранение?

Балашов А. И.<sup>1\*</sup>, Захаренко Г. А.<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (Северо-Западный институт управления РАНХиГС), Санкт-Петербург, Российская Федерация; \*aleksey.i.balashov@gmail.com

<sup>2</sup>Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

### РЕФЕРАТ

В статье рассмотрены современные аспекты коммуникационной политики в сфере здравоохранения. Описана классическая патерналистская и новая рыночная (партнерская) модель взаимодействия в системе «врач — пациент». Выдвинута гипотеза о том, что кризис взаимоотношений между врачебным и пациентским сообществом является результатом смены парадигмы поведения, вызванной экономическими преобразованиями в государстве. Для укрепления режима доверия граждан к национальной системе здравоохранения обоснована необходимость активизации коммуникационных кампаний Минздрава России в ответ на недобросовестное одностороннее информационное освещение СМИ ситуации в российской медицине.

*Ключевые слова:* государственная политика в сфере здравоохранения, открытость, коммуникации в сфере здравоохранения, средства массовой информации, коммуникационная безопасность

### Why to open the closed health care?

Balashov A. I.<sup>a\*</sup>, Zakharenko G. A.<sup>a, b</sup>

<sup>a</sup>Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (North-West Institute of Management of RANEPa), Saint-Petersburg, Russian Federation; \*aleksey.i.balashov@gmail.com

<sup>b</sup>Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

### ABSTRACT

The article deals with modern aspects of the communication policy in the field of public health. A classic paternalistic and new market (partner) model of interaction in the «doctor-patient» system is described. A hypothesis has been put forward that the crisis of the relationship between the medical and patient communities is the result of a change in the paradigm of behavior caused by economic transformations in the state. To strengthen the regime of citizens' trust in the national health care system, the necessity of intensifying the communication campaigns of the Ministry of Health of Russia in response to the unfair unilateral information coverage of the media situation in Russian medicine is justified.

*Keywords:* public policy in the field of health care, openness, communication in the healthcare sector, the media, communication security

Медицина — это эмпирическое врачевание, подвергнувшееся теоретическому преобразованию. В ходе своего исторического развития она заняла особое и обособленное положение в структуре науки. Гносеологический феномен медицины связан с уникальностью изучаемого ею объекта (организма человека), высокой вариативностью типов взаимодействия исследователя и исследуемого объекта, а также широким набором индивидуальных особенностей самого исследователя (ученого и/или практикующего специалиста).

Пациент, а именно он является целью приложения физических и интеллектуальных сил основной группы специальностей врачей, наделен разумом (за исключением людей, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями и признанных в уста-

новленном законом порядке судом недееспособными), интеллектом (за исключением детей раннего возраста, лиц пожилого и старческого возраста, пораженных группой специфических неврологических и/или сосудистых заболеваний, и других категорий граждан с объективно установленным сниженным коэффициентом интеллекта), а также сознанием (за исключением лиц, находящихся в патологической или медикаментозной коме, состоянии наркотического или иного токсического опьянения, других причин). Высокий уровень развития когнитивных функций, обуславливающий эволюционное превосходство человека над другими биологическими видами, затрудняет его самопостижение, а также всеобъемлющее постижение его другими людьми.

Идеи обособления высших нервных процессов человека от других физиологических, с целью более объективного медицинского познания, уже предпринимались учеными [6]. Более того, именно эти идеи легли в основу классической европейской лечебной парадигмы «врач — механик», которая сегодня может быть использована современным здравоохранением лишь для ограниченного круга медицинских специальностей<sup>1</sup>.

В классических моделях взаимодействия одушевленных предметов, систем «врач — пациент», именно пациент чаще всего становится заказчиком, получателем и контролером качества оказываемой медицинской услуги [5]. Однако даже в таком, кажущемся простым, взаимодействии мы можем столкнуться с целым рядом морально-правовых проблем. Например: каким образом юридическими нормами можно закрепить волеизъявление пациента, находящегося в коме? При оказании медицинской помощи такому человеку врачи следуют своду негласных профессионально-этических правил. Каким нормам следуют при этом родственники пациента, опекуны которых наступают естественным образом, а их волеизъявление может отличаться от желаний самого пациента, остается только предполагать.

Оценка механизма взаимодействия в системе «врач — пациент» является сложным гносеологическим процессом. Ответ на вопрос «Что такое медицина — наука, искусство или ремесло?» остается семантической дилеммой и в XXI в. Широкое использование в процессе диагностики и лечения передовых технических средств, а также глубокое погружение в доказательную медицину сложного математического аппарата все больше приближает медицину к классическим наукам. Однако несовершенство эмпирического метода лечения, наличие референсных значений лабораторных и инструментальных методов исследования, невозможность гарантированного получения нужного результата при равенстве исходных данных не позволяет ей окончательно получить этот статус [2].

Искусство медицины заключено в индивидуальности восприятия врачом множества критериев и параметров хода лечения, субъективности его оценки диагностических и лечебных результатов, выраженной значимости интуиции и профессионального опыта, финансовой заинтересованности.

Медицина, как ремесло, обусловлена рутинностью проведения ряда сложных, в том числе высокотехнологических манипуляций, при их ежедневном повторении. Быстрым формированием привычки, обусловленным четкой регламентацией этапов проведения операций, отклонение от которых жестко пресекается не только профессиональным сообществом, но и контрольно-надзорными и правоохранительными органами.

И наконец, третий элемент системы — сам субъект, оказывающий медицинскую помощь. Врач — это в первую очередь человек, со всеми его достоинствами и не-

<sup>1</sup> Речь идет в первую очередь о врачах-патологоанатомах и врачах-судмедэкспертах. Однако специалистам этих областей медицины также необходимо помнить о правилах этики и деонтологии при работе с исследуемыми биологическими объектами.

достатками. Он не лишен эмоций, чувств, ощущений. Как и всем людям, ему свойственна психологическая индивидуальность, которая может помочь или, наоборот, помешать в работе.

Представленный анализ трехкомпонентной системы (пациент — процесс лечения — врач), на наш взгляд, демонстрирует наличие у медицины большого количества особенностей, не свойственных другим видам человеческой деятельности. Отметим, что эти «истины» были известны еще задолго до появления необходимости их пристального и детального изучения. Врачевание в древних культурах (вавилонской, египетской, иудейской, персидской, индийской, греческой) являлось делом жрецов, магов, брахманов и прорицателей. Знание его основ тщательно скрывалось и передавалось от поколения к поколению.

Медицина Древней Руси также носила закрытый, храмовый характер. Создание Аптекарского приказа Иваном IV Грозным и приглашения иностранных леццов в корне не изменили сложившуюся ситуацию. Для ограничения свободного доступа к медицинским знаниям, подчеркивая их элитарность, многие фундаментальные и прикладные дисциплины долгое время преподавались исключительно на латинском языке, а позже латинском и немецком языках. Только человек мужского пола, обладающий выраженными гуманитарными способностями, высоким уровнем образования и финансово независимый мог позволить себе стать лекарем. Женщины получили возможность учиться в медицине лишь во второй половине XIX в. [9].

Большая часть представленных ограничений актуальна и в современной России. Латинский язык продолжает оставаться непонятной для граждан лингвистической основой профессиональной терминологии, аномально высокий уровень баллов ЕГЭ в медицинские вузы — залогом успешного поступления, но отнюдь не успешного образования, а недоступность для большинства населения платной формы обучения — дополнительным барьером для абитуриента. Таким образом, снобизм и закрытость медицины остаются атавизмами современной науки, не характерными для других интеллектуальных сфер жизни общества.

Искусственная элитарность медицинского знания, помноженная на консерватизм методологии преподавания, позволила профессиональному сообществу выстроить и логически обосновать классическую, патерналистскую модель взаимодействия «врач — пациент». Для данной модели характерна следующая особенность: человек, обратившийся за медицинской помощью, автоматически попадает в категорию зависимого, подавляемого субъекта. Врач — напротив, занимает доминирующую, главенствующую роль в процессе лечения. Патерналистская модель была характерна для российской системы здравоохранения на протяжении многих столетий [8; 11].

Ее характерные особенности по-прежнему актуальны, так как врач действительно гораздо лучше знает процессы, протекающие в здоровом или больном организме. Годы, потраченные на получение среднего и/или высшего медицинского образования, возможность предвидения результата лечения, а также ответственность за принимаемые решения логически обосновывают и даже дают право специалисту-медику на общение в повелительном тоне («сядьте», «встаньте», «дышите», «не дышите», «послушайте», «запишите» и т. д.). Более того, обладание узкоспециализированным знанием, обеспечивающим доступ к самому главному — человеческому телу, а также возможность осознанно вмешиваться в естественные процессы, протекающие внутри организма, с получением реально ощутимых изменений его состояния, формируют у многих, еще не до конца сформировавшихся специалистов, вчерашних выпускников, комплекс «бога», позволяющий субъективно оправдать любую форму высокомерия, а то и открытого хамства.

Финансовая достаточность системы здравоохранения, характерная для эпохи социализма и определяемая прямыми субвенциями из союзного бюджета, прочно укрепила патерналистскую модель. Отсутствие конкуренции со стороны коммерческой и народной медицины, лишение пациентов возможности принимать участие в оценке качества лечения — все это позволило абсолютизировать роль врача в процессе принятия клинического решения, минимизируя при этом его ответственность [4].

Резкий переход государства к совершенно иной экономической модели, бурная и нерегулируемая капиталистическая экспансия вывели здравоохранение на иной, рыночный уровень. Появление четвертого элемента системы — страхового фонда, основной целью которого является реализация и закрепление рыночных механизмов в медицине, кардинально изменило социальные роли.

Принятие в 2011 г. Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>1</sup>, закрепляющего понятие медицинской услуги, уязвило самолюбие медиков и напротив — создало у пациентов и их родственников иллюзию возможности принятия ими реальных клинических решений. Теперь «открытость» становится главным принципом взаимоотношений врача и пациента. Ряд статей данного Федерального закона (стт. 20, 22, 64 и др.) позволяют пациенту и/или его законному представителю беспрепятственно получать информацию о состоянии здоровья, оценивать результаты оказываемого лечения, в том числе с помощью привлечения сторонних специалистов, а также экспертов страховых компаний. Пациент получил право отказаться от лечения (за исключением редких случаев, возникающих в психиатрической практике и системе пенитенциарной медицины). Родители перестают прививать детей, манипулируя нормами права и не имея представления о текущих и потенциальных рисках принятого решения [1].

Растущая зависимость от финансирования страховых компаний, а также необходимость оказывать «медицинские услуги» привела к фундаментальной переоценке ценностей и специальности отрасли. Крах патерналистской модели и ее подмена западными типами: «совещательным», «информационным», «техническим», «контрактным» — вынудил многих специалистов уйти из профессии из-за невозможности адаптации к новым рыночным условиям. Другая часть должна была пересмотреть свои профессионально-этические принципы, включив процесс оказания медицинской помощи в стоимостную модель функционирования современных учреждений здравоохранения [12]. Оставшиеся были вынуждены найти компромисс между желанием заработать и желанием помочь.

Беспрепятственный доступ населения к медицинской информации, а также ее профанация популяризаторами и откровенными шарлатанами создала в обществе иллюзию реального, активного участия в процессе лечения. Желание пациента навязать врачу партнерские отношения, построенные не на доверии и уважении, а на псевдомедицинской интеллектуальности, дало обратный эффект. Причиной противоречий стало естественное стремление врача компенсировать 6–8 лет, потраченных на учебу, и обесцененных уравниванием его профессиональных компетенций с домыслами и догадками пациента, а также желанием пациента апеллировать к своим гражданским правам. В результате эскалация конфликта вышла за пределы норм морали и права.

Количество нападений на врачей, особенно первичного звена, настолько велико, что для защиты их жизней Министерство здравоохранения РФ выступило с законодательной инициативой об ужесточении ответственности за нападение на медицин-

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. 07.03.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // «Российская газета», № 263, 23.11.2011.

ских работников<sup>1</sup>. Убийства врачей пациентами и убийства врачами пациентов на своих рабочих местах приобрело системный характер<sup>2</sup>. Отмечен неуклонный рост количества судебных исков к врачам и медицинским организациям. Правоохранительные органы, рассматривающие ятрогенные преступления<sup>3</sup>, все чаще инкриминируют медицинским работникам составы ст. 109 ч. 2 «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей», ст. 118 ч. 2 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей», ст. 124 ч. 2 «Неоказание помощи больному, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью», ст. 238 «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности», ст. 239 «Халатность» Уголовного кодекса Российской Федерации.

В оптимизации уголовного преследования в отношении спецсубъектов — работников медицинских организаций Следственный комитет Российской Федерации предложил дополнить Уголовный кодекс Российской Федерации отдельным составом, предусматривающим уголовную ответственность за врачебные ошибки<sup>4</sup>.

Все эти события не могли и не остались незамеченными СМИ. Год от года увеличивается объем эмоционально окрашенной негативной информации, посвященной системе здравоохранения России. В погоне за рейтингами, не понимая или не желая понимать всю ответственность за совершаемые информационные кампании, федеральные и региональные электронные массмедиа подменяют нейтральную трансляцию событий ее субъективной оценкой или, что еще хуже, навязыванием этой оценки гражданам [7; 10].

Десятилетиями отечественное здравоохранение во главе с профильным министерством отвечало на агрессивные коммуникационные выпады нейтральными комментариями или не отвечало вовсе [3]. Однако непрекращающийся негативный поток новостей вынудил ведомство перейти к тщательной работе со СМИ. Важным этапом данного взаимодействия стало формирование в структуре Минздрава РФ отдельного профильного департамента — Департамента общественного здоровья и коммуникаций, одной из задач которого стало обеспечение взаимодействия Министерства со средствами массовой информации в целях информирования населения по вопросам здравоохранения, включая информирование о деятельности Минздрава РФ<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Минздравом России размещено для общественного обсуждения уведомление о разработке проекта федерального закона об ужесточении ответственности за нападения на медицинских работников // Официальный интернет-сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/09/08/3144-minzdravom-rossii-razmescheno-dlya-obshchestvennogo-obsuzhdeniya-vedomlenie-o-razrabotke-proekta-federalnogo-zakona-ob-uzhestochenii-otvetstvennosti-za-napadeniya-na-meditsinskih-rabotnikov> (дата обращения: 23.05.2018).

<sup>2</sup> Врач, пострадавший в результате стрельбы в больнице Петербурга, скончался // Официальный интернет-сайт ТАСС [Электронный ресурс]. URL: <http://tass.ru/proisshestviya/2243661> (дата обращения: 23.05.2018); За смерть избитого пациента хирург получил 9 лет и 2 месяца строгого режима // Российская газета. 2016. № 6931.

<sup>3</sup> Ятрогенные преступления — преступления против жизни и здоровья, совершаемые медицинскими работниками при оказании медицинской помощи.

<sup>4</sup> СК предложил ввести в УК статью, предусматривающую ответственность за врачебные ошибки // Официальный интернет-сайт ТАСС [Электронный ресурс]. URL: <http://tass.ru/proisshestviya/4616631> (дата обращения: 23.05.2018).

<sup>5</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2015 г. № 401 «Об утверждении Положения о Департаменте общественного здоровья и коммуникаций Министерства здравоохранения Российской Федерации» [Электронный ресурс] Справочно-правовая система «ГАРАНТ». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71025468>. (дата обращения: 23.05.2018).

В структуру Департамента вошло четыре отдела: отдел пресс-службы и информации, отдел общественного здоровья, отдел коммуникационных проектов и отдел по связям с институтами гражданского общества. Формирование у населения позитивного отношения к национальной системе здравоохранения является весьма непростой задачей. Департамент выполняет двойной объем работы, не только объективно освещая успехи отечественных специалистов, но и отражая натиск некомпетентных, а подчас и ангажированных СМИ. Информации, полученной впервые, люди доверяют больше, таким образом, развенчивание «черного пиара», усердно формируемого вокруг медицинского сообщества, стало еще одной задачей Департамента.

Например, оказанная пассажиру на борту самолета министром здравоохранения РФ В.И. Скворцовой медицинская помощь, была с подачи СМИ расценена, как личный PR<sup>1</sup>. Мало кому известно, что высокопоставленные лица просили не освещать это событие в массмедиа. Негативную окраску получил также инцидент, произошедший 19 октября 2017 г. на борту самолета Москва—Иркутск, когда, напротив, по объективным причинам не была оказана помощь пассажиру оказавшимся на борту министром здравоохранения Иркутской области<sup>2</sup>. Два взаимоисключающих события получили абсолютно одинаковую, эмоционально окрашенную, негативную оценку у журналистов и, как следствие, у населения.

Ключевым событием, всколыхнувшим все медицинское сообщество, стало решение суда по уголовному делу врача-онколога Е. Н. Мисюриной<sup>3</sup>. Беспрецедентная по своим масштабам информационная кампания, а также натиск со стороны правоохранительных органов настолько возмутили и консолидировали профессиональное медицинское сообщество, что врачам, выступившим единым фронтом, удалось добиться пересмотра дела. Можно предположить, что это лишь «первая ласточка» фортификации медиков. Чувствуя свою незащищенность перед страховыми компаниями, администрацией лечебно-профилактических учреждений, силовых структур, а в последнее время и пациентских сообществ, медики пришли к выводу о необходимости самозащиты, а также страхования своей профессиональной деятельности и развития профильной адвокатуры.

В попытках проникнуть во все медицинские структуры и абсолютизировать открытость здравоохранения, граждане снимают «завесы тайн» с тех областей, которые веками были для них недоступны. Одной из последних общественных инициатив стало желание населения беспрепятственно посещать реанимационные отделения стационаров<sup>4</sup>. Без детальной проработки и обсуждения с медицинским сообществом, без консультаций и запуска «пилотных проектов», найдя широкую поддержку в уже упомянутых СМИ, родственники пациентов в очередной раз настаивают на выполнении их просьб, ответственность за выполнение которых ляжет

<sup>1</sup> Мнимая защита министра Скворцовой / Медицинское информационное агентство MedRussia // [Электронный ресурс]. URL: <https://medrussia.org/1984-zashhita-ministra-skvorcovojj> (дата обращения: 23.05.2018).

<sup>2</sup> Министр проспал ЧП в самолете / Газета.RU [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gazeta.ru/social/2017/10/19/10950308.shtml> (дата обращения: 23.05.2018).

<sup>3</sup> В Москве врач-гематолог признан виновным в оказании услуг, не отвечающих требованиям безопасности, повлекших смерть пациента // Официальный интернет-сайт Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по городу Москве [Электронный ресурс]. URL: <http://moscow.sledcom.ru/news/item/1197867/> (дата обращения: 23.05.2018).

<sup>4</sup> Законопроект № 359335-7 «О внесении изменения в часть 1 статьи 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в части посещения пациентов в отделении медицинской организации, оказывающем реанимационные мероприятия)» // Официальный интернет-сайт Государственной Думы Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <http://sozd.parlament.gov.ru/bill/359335-7> (дата обращения: 23.05.2018).

на врачей. Чем обернется поток людей, желающих посмотреть на последние минуты уходящей жизни близких, а также незнакомых людей, лежащих на соседних кроватях, есть ли в этом польза или какой-либо смысл — еще один возникший и не до конца проработанный вопрос.

В заключение приведем еще один пример, актуальный для растущей «информационной открытости». Увольнение руководства рязанского кардиологического диспансера после широкого освещения в СМИ факта празднования Дня рождения одного из сотрудников<sup>1</sup>. Нет логического обоснования последовавшему за увольнением сбору подписей для отмены данного решения<sup>2</sup>. Отметим, что подобные информационные «качели» лишь создают иллюзию гражданского общества в России.

Растущая коммуникационная активность российского здравоохранения имеет оппозиционный характер. Попытка замалчивания конфликтов и отсутствие адекватного ответа на постоянную агрессию СМИ, из уважения, свойственного многим медикам, не принесла результата, а желание сделать из очередного трагического случая, как в отношении врача, так и в отношении пациента «горячую новость» лишь подчеркнуло беспринципность нового поколения журналистов.

## Литература

1. Антонова Н. А., Ерицян К. Ю., Дубровский Р. Г. и др. Отказ от вакцинации: качественный анализ библиографических интервью // Теория и практика общественного развития. 2014. № 20. С. 208–211.
2. Григорьева Н. С. Реформа здравоохранения в России: политика и управление // Государственное управление. Электронный вестник. 2012. № 30. С. 1.
3. Дьякова Е. Г., Трахтенберг А. Д. Как работать с кнопками? Информатизация здравоохранения и проблема организационного сопротивления // Информационное общество. 2015. Вып. 1. С. 30–36.
4. Егоренков Д. А. Эффективность государственного управления сферой здравоохранения // Власть. 2012. № 6. С. 111–115.
5. Калмыкова Е. А. Особенности политики модернизации социальной сферы в современном обществе (на примере развития здравоохранения в России и Великобритании) // Теория и практика общественного развития. 2014. № 1. С. 118–120.
6. Ламетри О. Ж. Сочинения. М. : Мысль, 1983.
7. Овсянников В. В. Особенности и возможности применения инструментов коммуникации в государственной политике здравоохранения // Управление здравоохранением. 2015. № 2 (44). С. 46–58.
8. Силюянова И. В. Избранные. О призвании врача. М. : Форма Т, 2008.
9. Сорокина Т. С. История медицины: учебник для студентов высших медицинских учебных заведений. М. : Издательский центр «Академия», 2009.
10. Тетеричева Т. В. Особенности коммуникационной политики правительства Тульской области в сфере здравоохранения // Управление здравоохранением. 2015. № 2 (44). С. 68–82.
11. Хасанов Ф. З. Современные проблемы политики государства в области здравоохранения // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. 2011. Т. 11. № 2. С. 113–115.
12. Щербо А. П., Аверьянова В. В. Анализ государственной политики в сфере обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности // Управленческое консультирование. 2016. № 5 (89). С. 35–41.

<sup>1</sup> Руководителей рязанского кардиодиспансера уволили из-за видео с новогодним застольем // Официальный интернет-сайт ТАСС [Электронный ресурс]. URL: <http://tass.ru/proisshestviya/4866993> (дата обращения: 23.05.2018).

<sup>2</sup> Петиция, адресованная Губернатору Рязанской области Н. В. Любимову, с просьбой восстановить в должности заведующую отделением Г. Н. Лазареву [Электронный ресурс]. URL: <https://www.change.org/p/восстановить-в-должности-заведующую-отделением-лазареву-галину-николаевну/> (дата обращения: 23.05.2018).

**Об авторах:**

**Балашов Алексей Игоревич**, заведующий кафедрой государственного и муниципального управления Северо-Западного института управления РАНХиГС (Санкт-Петербург, Российская Федерация), доктор экономических наук, доцент; aleksey.i.balashov@gmail.com

**Захаренко Глеб Александрович**, ведущий советник отдела коммуникационных проектов Департамента общественного здоровья и коммуникаций Министерства здравоохранения Российской Федерации (Москва, Российская Федерация); аспирант кафедры государственного и муниципального управления Северо-Западного института управления РАНХиГС; gleb\_zakharenko@mail.ru

**References**

1. Antonova N. A., Eritsyayn K. Yu., Dubrovsky R. G., etc. Refusal of vaccination: qualitative analysis of bibliographic interviews // Theory and practice of social development [Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya]. 2014. N 20. P. 208–211. (In rus)
2. Grigorieva N. S. Reform of health care in Russia: policy and management // Public administration. Electronic messenger [Gosudarstvennoe upravlenie. Elektronnyi vestnik]. 2012. N 30. P. 1. (In rus)
3. Dyakova E. G., Trakhtenberg A. D. How to work with buttons? Informatization of health care and problem of organizational resistance // Information society [Informatsionnoe obshchestvo]. 2015. Issue 1. P. 30–36. (In rus)
4. Egorenkov D. A. Efficiency of public administration of health sector // Power [Vlast']. 2012. N 6. P. 111–115. (In rus)
5. Kalmykova E. A. Features of modernization policy of the social sphere in modern society (on the example of development of health care in Russia and Great Britain) // Theory and practice of social development [Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya]. 2014. N 1. P. 118–120. (In rus)
6. La Mettrie O. J. Compositions. M. : Thought, 1983. 511 p. (In rus)
7. Ovsyannikov V. V. Features and possibilities of use of instruments of communication in state policy of health care // Management of health care [Upravlenie zdravookhraneniem]. 2015. N 2(44). P. 46–58. (In rus)
8. Siluyanova I. V. Elite. About calling of the doctor. M. : Form T, 2008. 256 p. (In rus)
9. Sorokina T. S. Medicine history: the textbook for students of the medical higher educational institutions. M.: Publishing center "Academy", 2009. 560 p. (In rus)
10. Tetericheva T. V. Features of communication policy of the government of Tula region in health sector // Management of health care [Upravlenie zdravookhraneniem]. 2015. N 2(44). P. 68–82. (In rus)
11. Khasanov F. Z. Modern problems of policy of the state in the field of health care // News of the Saratov University. New series. Series: Sociology. Political science [Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya: Sotsiologiya. Politologiya]. 2011. V. 11. N 2. P. 113–115. (In rus)
12. Shcherbo A. P., Averyanova V. V. An analysis of the state policy in the sphere of Medical Activity Quality and Safety // Administrative consulting [Upravlencheskoe konsul'tirovanie]. 2016. N 5(89). P. 35–41. (In rus)

**About the authors:**

**Aleksei I. Balashov**, Head of the Chair of State and Municipal Management of North-West institute of management of RANEP (St. Petersburg, Russian Federation), Doctor of Science (Economy) Professor; aleksey.i.balashov@gmail.com

**Gleb A. Zakharenko**, Leading Adviser of the Communication Projects Department of the Department of Public Health and Communications of the Ministry of Health of the Russian Federation (Moscow, Russian Federation); Graduate student of the Chair of State and Municipal Management of North-West institute of management of RANEP (St. Petersburg, Russian Federation); gleb\_zakharenko@mail.ru