

---

## СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСБАЛАНСА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕДИЦИНЫ И НАСЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Т.В. Семина

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева  
*Рублевское шоссе, 135, Москва, Россия, 121552*

В статье анализируются социологические аспекты одной из наиболее сложных и актуальных проблем современного российского общества — нарастающего дисбаланса социальных взаимоотношений пациента и врача. Несомненно, в медицине каждая из сторон — как врач, так и пациент — включена в единую и плохо структурируемую социальную связь, является неотъемлемым элементом любых типов взаимодействий и отношений в ходе профилактики и лечения различных заболеваний. Данная система институционализована и сложна сама по себе, однако социально-экономические процессы в обществе могут как усложнять, так и облегчать ее функционирование. К сожалению, нарастание социальной дифференциации в российском обществе последних десятилетий негативно отразилось на всех сферах его жизнедеятельности, в том числе и на здравоохранении. Каждая из групп — как врачи, так и пациенты — в заданных условиях и тенденциях развития системы социальной стратификации выработала свои ценностные ориентации как некую профессионально и личностно значимую квинтэссенцию современных фундаментальных ценностей. В частности, неудовлетворенность материальным положением в свете трудовых затрат и высокого уровня образования вызывает у врача осознание неадекватности собственного социального статуса в обществе и толкает его к удовлетворению своих материальных нужд и достижению своих интересов, в том числе, и незаконными средствами. Автор предлагает ряд мер по снижению дисбаланса взаимоотношений медицины и населения в современном российском обществе, которые предполагают изменение традиционных для сферы здравоохранения моделей управления и разрешения конфликтных ситуаций, в том числе, посредством продуманного целенаправленного воздействия на субъекта и объекта дисбаланса взаимоотношений.

**Ключевые слова:** современное российское общество; дисбаланс взаимоотношений; медицина; население; глобализация; социальное взаимодействие; социальная дифференциация; социальная роль; социальный статус.

Современные взаимоотношения медицины и населения в условиях реформирования российского здравоохранения требуют нового, инновационного подхода для достижения главной цели — оказания качественной медицинской помощи населению в полном соответствии с требованиями международных и национальных стандартов новейшего времени: XXI век оказался ознаменован крупномасштабными событиями и процессами глобализации, экономическими реформами и стремительными изменениями интересов и ценностей людей, породив невиданные прежде причины и форматы социальной напряженности и противоречий в обществе. Стремительно развивающийся технологический прогресс принес человечеству не только блага — он кардинальным образом изменил культурно-нравственные основания социального взаимодействия, оказав негативное воздействие, в частности, на взаимоотношения медицины и населения в современном российском обществе. Речь идет о том, что объективно фиксируемые общественные трансформации неизбежно меняют мировоззренческие доминанты массового сознания россиян, их представления о силах, которые управляют миром, о зако-

номерностях его развития и логике формирования и поддержания социальных отношений, хотя подобные представления нередко все еще носят в нашем обществе размытый, случайный, несистемный, иррациональный и даже антигуманный характер [1. С. 213].

Одна из главных задач государства и общества — обеспечение и сохранение жизни и здоровья граждан, гарантии их достойного существования и развития, что является основным критерием социально-ориентированной политики государства. В решении этой задачи важная роль принадлежит медицинским кадрам, их профессиональной деятельности, в которой сегодня все возрастает значение нравственно-этических позиций медицинских работников. К сожалению, нередко «исполняемые» ими в рамках собственного социально-профессионального статуса роли оказываются своеобразным «ответом», реакцией на общую неудовлетворенность врача своим материальным положением, особенно с учетом его ожиданий и уровня реальных экономических интересов и потребностей современного общества. Этот «ответ» не может не быть детерминирован и общим кризисом нравственно-духовных ценностей современного врача, который вынужден думать о материальной подоплеке лечения больных людей. Все это, несомненно, «дистанцировало» врача от пациента в рамках их социального взаимодействия в ходе профилактики и лечения заболеваний и получения медицинской помощи.

Нельзя не согласиться с Ж.Т. Тощенко, согласно которому социологию в профессиональной деятельности людей интересует, прежде всего, органическое единство трудового сознания и поведения субъектов производственной среды [13. С. 48]. Соответственно, выполнение профессиональных обязанностей врача в условиях глобальной информатизации и особой чувствительности общества к воздействию средств массовой информации оказалось подвержено массе стереотипов социального, морального и материального порядка. Безусловно, проблемы сегодняшнего здравоохранения привлекают широкий и зачастую резонансный общественный интерес благодаря телепередачам и информационным сообщениям о некачественном лечении, что порождает в массовом российском сознании массу негативных стереотипов и вызывает откровенно девиантные формы поведения по отношению к медицинским работникам и собственному здоровью: нередко российские граждане придерживаются крайне негативных оценок профессионализма и деятельности врачей и состояния отечественной медицины, даже потенциальные пациенты заранее предугадывают опасности там, где их нет и быть не может по определению, что порождает серьезные коммуникативные сбои и дисбалансы во взаимодействии всех субъектов в сфере здравоохранения.

Зарубежной и отечественной социологией накоплены огромные массивы эмпирических данных, наглядно и убедительно показывающих тесные взаимосвязи между поведением потребителя информации и оказываемым на него информационным воздействием (в частности, сознание аудитории средств массовой коммуникации трактуется как «мишень» для последнего). По сути, подавляющая часть социологических исследований аудитории массмедиа и общественного мнения посвящена как раз тем факторам, которые обуславливают выбор источников информации, восприятие фрагментов содержания, реакцию на них индивидов и групп и т.д. [14. С. 298]. Применительно к сфере здравоохранения мы можем

наблюдать отчетливый дисбаланс во взаимоотношениях включенных в нее социальных субъектов вследствие негативизации имиджа врача и акцентирования негативных сторон и конфликтных противоречий в сфере медицины, что в итоге приводит к утрате врачом этического фундамента своей профессии, а пациентом — желания обращаться к официальной медицине и замене ее разнообразными формами самолечения.

Наращение социальной дифференциации в обществе не могло не повлиять на социальные позиции и статус врача — это вполне естественные и неизбежные явления в любом меняющемся социуме, которые в России трансформировали содержание и формальные характеристики профессиональной занятости врача, его социально-психологические навыки и трактовки собственной ответственности, его приверженность этическим принципам своей профессии в ходе выполнения своих непосредственных трудовых обязанностей. В результате больной человек сегодня далеко не всегда получает качественную и квалифицированную медицинскую помощь и видит внимательное и доброжелательное отношение врача — как следствие, возникают противоречия и конфликты, под которыми в медицине сегодня понимаются проблемные ситуации, обусловленные субъективной уверенностью больного человека в наличии реальной угрозы его здоровью, а в отдельных случаях и его жизни. Подобные конфликты отчасти стимулирует и осознание нынешними пациентами своей возросшей значимости во взаимоотношениях с медицинской организацией и врачом, поэтому в вышестоящие организации поступает все больше жалоб, обращений и заявлений от пациентов и их родственников о нарушениях медицинской этики, причем часто совершенно оправдано — увеличилось количество профессиональных правонарушений и небрежных действий медицинских работников (оглянувшись вокруг, мы вряд ли легко найдем в своем окружении человека, полностью удовлетворенного современной медициной).

Несомненно, для целей социологического анализа противоречий во взаимодействии медицины и населения наиболее оптимален деятельностный подход — он позволяет «увидеть» и оценить важнейшие элементы любых социальных конфликтов — потребности, интересы, мотивы, ценности и поведенческие паттерны их субъектов [3. С. 41]. Чтобы обеспечить баланс интересов «потребителей» и «исполнителей» медицинских услуг, необходимы эмпирические социологические исследования ключевых факторов социального дисбаланса во взаимоотношениях медицины и населения, вся совокупность которых представлена на рис. 1).

Затянувшийся кризис системы здравоохранения Российской Федерации, обусловленный радикальным снижением финансовых возможностей государства и нарастанием бюджетного дефицита, послужил исходным фактором социальной напряженности во взаимоотношениях врача и пациента.

Социальное взаимодействие врача (медицинской организации) и пациента (населения) имеет объективную и субъективную стороны: объективная представлена общими нормами и правилами оказания медицинской помощи, которые не зависят от воли и желаний пациента (населения), но опосредуют и контролируют содержание и характер его взаимодействий с врачом (медицинской организацией); субъективная сторона — это осознанное отношение врача к пациенту, выражающееся в соответствующем поведении и результатах лечения больного человека.

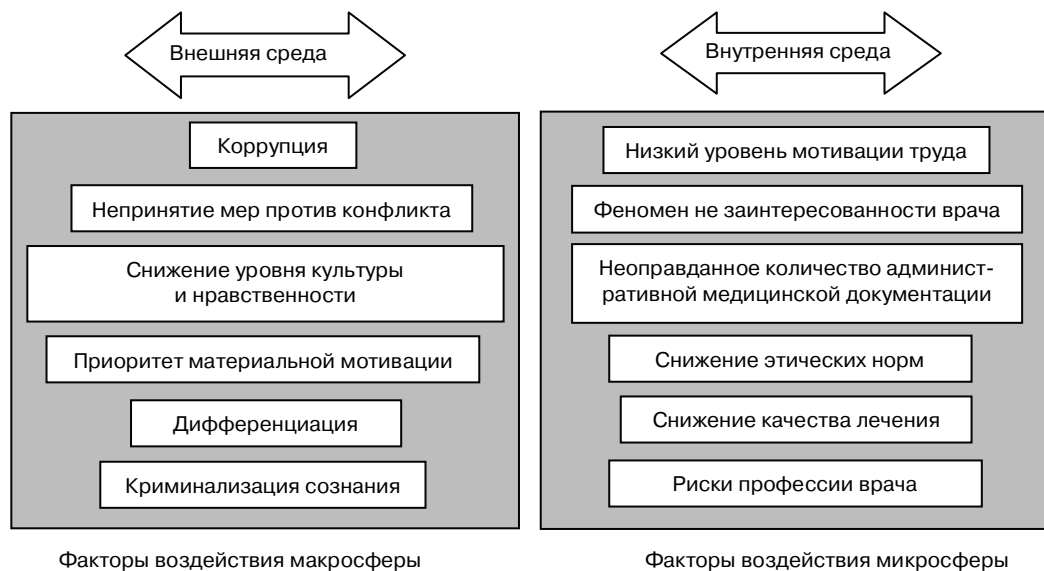


Рис. 1. Факторы дисбаланса взаимоотношений медицины и общества

Экономические реформы (их результаты и последствия) стали одним из важнейших факторов, оказавших негативизирующий эффект на взаимодействие врача и пациента и породивших дисбаланс взаимоотношений в сфере здравоохранения, выразившийся во все усиливающемся недовольстве и недоверии населения к официальной медицине и составляющим ее социальным институтам [4. С. 125]. В частности, усилению конфликтных настроений по отношению к реформе здравоохранения способствует перевод все большего числа прежде бесплатных для населения медицинских услуг в разряд платных. Здравоохранение — сложная отрасль, в которой каждое звено имеет свои специфические и общие цели и проблемы, и в предупреждении последних кроется источник социального единства, поэтому, когда медицина оказалась в критическом состоянии в 1990-е годы, а зарплата врачей упала до уровня прожиточного минимума, воспринимать ситуацию следовало не как кризис отдельной отрасли, а как всеобщее несчастье, непосредственно затронувшее каждого члена общества, так как качество лечения больных резко снизилось [9. С. 16].

Каков же потенциал социологии в изучении дисбаланса общественных ожиданий и возможностей медицины: прежде всего, социологи могут провести комплексную управленческую оценку профессионального и личностного потенциала работника медицинской сферы, взаимоотношений в медицинских коллективах, факторов внешней и внутренней среды, влияющих на взаимоотношения пациента и врача в обществе и способствующих или, наоборот, препятствующих их адаптации к условиям глобализирующихся социальных и культурных процессов современного мира. «Долг врача» — не только некая красивая метафора, но и реальное отражение сути профессиональной деятельности в рамках медицинской отрасли независимо от конкретного времени и места, поскольку в любой социальной системе пациент (больной человек) рассчитывает на заботу и помощь врача. Не только профессиональные, но и личные качества врача имеют исключительно важное значение для больных людей, ожидающих от него помощи, поэтому, чтобы

с честью нести возлагаемую на него обществом высокую ответственность, врач должен обладать не только прекрасными профессиональными знаниями и навыками по специальности, но и безупречными нравственно-этическими принципами.

Исходя из мультикативной связи между ожиданием и валентностью результатов действий [4. С. 67], врач определяет меру усилий, которые должен приложить для решения стоящих перед ним сложных задач, помня о высокой ответственности за здоровье и жизнь человека. Если он высоко субъективно оценивает шансы, что его трудовые усилия не будут достойно вознаграждены (зароботная плата), а потому в обществе он по определению будет занимать низшую статусную ступень среди беднейших слоев населения, то он неизбежно переосмыслит свою роль в профессиональной деятельности и не будет стремиться работать с полной отдачей. Именно это и произошло в 1990—2000-е годы, когда в результате длительного неприятия государством мер по выводу сферы здравоохранения из затянувшегося кризиса и состояния постоянного неэффективного реформирования, сформировался устойчивый феномен профессиональной и личной незаинтересованности врача в физическом и психологическом здоровье пациента в результате собственной трудовой деятельности (рис. 2).

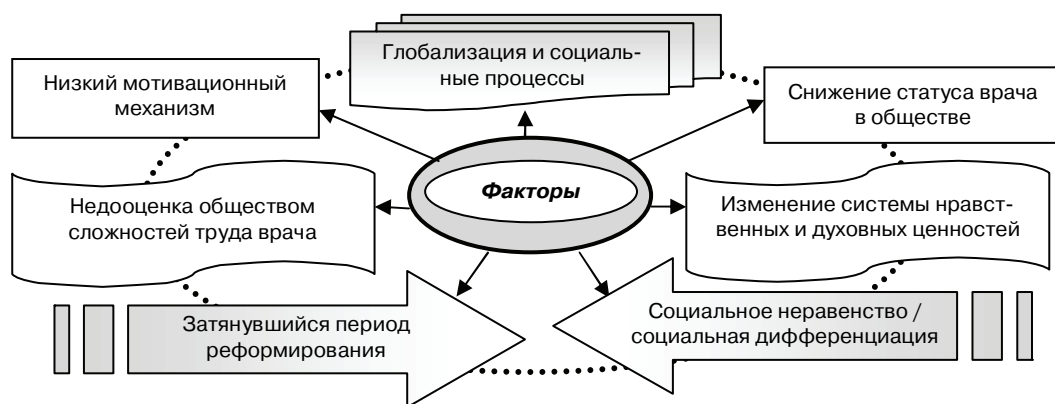


Рис. 2. Факторы неудовлетворенности врача

Несомненно, в обществе, где новые интерпретации понятия «социальная справедливость» еще не сформировались/институционализировались, а прежние уже не «работают», возникший «пробел» заполняет старейший социальный суррогат — деньги — как единственный/основной критерий общественной полезности, успешности и справедливости. В подобной ситуации общество начинает считать, что тот, кто умеет зарабатывать/добывать деньги — полезный член общества, а тот, кто не умеет, — бездельник, отживающий класс, пройденный этап социальной эволюции, неудачник, не сумевший адаптироваться к новым социально-экономическим реалиям, причем для такой «маркировки» не имеют ни малейшего значения ни образование, ни профессиональные достижения, ни возраст, ни статус. Иными словами, важная социальная особенность любого переходного этапа в жизни общества — резкая поляризация понятий «успешный» и «не успешный» вокруг единственного объединяющего их критерия — денег [7]. Вот почему нельзя утверждать, что в последние десятилетия изменились поведенческие паттерны и морально-нравственные установки только врача по отношению к больному/паци-

енту — и у последнего, а также его ближнего социального круга существенно трансформировались ожидания, установки и модели социального действия (например, сегодня распространенным явлением стали судебные тяжбы, посредством которых родственники хотят получить от врачей или медицинских учреждений денежную компенсацию за жизнь и/или утрату здоровья близким человеком, хотя таковые нельзя «измерить» деньгами или восполнить даже крупным банковским счетом).

Постсоветская модель социальной стратификации радикально увеличила социальную дифференциацию в российском обществе: в сложившейся иерархической системе богатые занимают высшие социальные уровни и обладают значительной (финансово подкрепленной) властью, поэтому позволяют себе проявлять по отношению к врачу пренебрежение, обращаются с ним как с низшим обслуживающим персоналом, не выполняют его назначения, что негативно сказывается на их здоровье и, соответственно, порождает конфликты. Пациенты из беднейших слоев, наоборот, оказались не готовы к стремительному проникновению рыночных отношений (денежных обменов) в сферу здравоохранения — к назначению при амбулаторном лечении дорогостоящих медикаментов, а в стационаре — дополнительных обследований, к нехватке медикаментов и необходимости за свой счет покупать лекарства и импортные расходные материалы, к неспособности оплатить, хотя бы частично, улучшенные (качественные) медицинские услуги — все это порождает ощущение беспомощности и озлобленности на государство, на медицинскую организацию, и, в конечном счете, на врача, порождая разнообразные формы конфликтного поведения у пациентов, усугубляемые болезненным состоянием человека, обратившегося за медицинской помощью.

Безусловно, в современную эпоху и в связи с экономическими реформами в сфере здравоохранения подобные проблемы возникают отнюдь не только в российской медицине, порождая все новые правовые и этические коллизии, которые напрямую затрагивают и пациентов, и врачей, и носят противоречивый характер. Так, у врачей, кроме материальных трудностей, могут наблюдаться проблемы с профессиональной мотивацией к труду вследствие недостаточного их социального признания пациентами, коллегами и обществом в целом. Нередко исследователи отмечают и важность такого мотива в профессиональной деятельности врача, как ощущение собственного превосходства и персональной власти как атрибутов образа «спасающего жизни», осознание (и социальное признание) добродетельности профессиональных деяний (возможность облегчать страдания людей от физических недугов и дарить им радость выздоровления) на грани «божественного дарования» (к которому приравнивается умение правильно ставить диагноз и назначать эффективное лечение) — в массовом сознании с медициной все еще ассоциируется некая волшебная сила, которая частично производна от высокоспециализированной природы знаний и умений, а частично — от человеческой потребности верить в силу, способную защитить от болезней и смерти [5. С. 36—37].

С другой стороны, несмотря на прогресс медицинской науки и техники, риски в работе врача, как и прежде, достаточно велики. Прежде всего, речь идет о том, что медицинская практика не может исключить риска использования нестандартных методов диагностики и лечения по медицинским показаниям или индивиду-

альному анатомическому строению человека, что может привести, по независящим от врача причинам, к ухудшению здоровья пациента. Случаи причинения медицинскими работниками вреда здоровью пациентов (вплоть до летальных исходов) вызывают настолько неадекватно большой резонанс в обществе, что заставляют юристов усомниться в возможности обеспечить социальную справедливость посредством применения к виновным норм действующего законодательства. Тем не менее, реформирование системы отечественного здравоохранения с использованием современных моделей управления и технологий должно включать в себя и введение принципа неотвратимости наказания за преступления в сфере медицинской деятельности.

В целом нынешние меры по реформированию системы российского здравоохранения должны повлечь позитивные изменения благодаря обновлению системы оплаты труда и ориентации на улучшение результатов профессиональной деятельности врача. Один из ключевых документов, закладывающих основы совершенствования оплаты труда в отрасли, — утвержденная Правительством Российской Федерации государственная программа развития здравоохранения на 2012—2018 годы [10], согласно которой в области модернизации здравоохранения будут реализованы следующие приоритетные меры: повышение квалификации, проведение аттестации и аккредитации медицинских работников, создание необходимых механизмов мотивации к непрерывному повышению профессиональной подготовки в рамках перехода к системе «эффективного контракта», изменение системы оплаты труда врача и руководителей медицинских организаций с тем, чтобы не только финансовый, но и мотивационные факторы повышали удовлетворенность работой (суть материального стимулирования состоит в том, чтобы у врача формировалась мотивация на эффективное профессиональное поведение и высокую результативность действий при оказании медицинских услуг населению).

Все эти и другие меры призваны повысить и социальный статус профессии врача в обществе: его профессиональное кредо и призвание — посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека — издревле гарантировали врачу высокий социальный статус и общественное уважение, которые в последние годы в российском обществе оказались существенно снижены. Это вредит не только престижу медицинских профессий и снижает приток в отрасль молодых кадров — общеизвестно, что эффективность лечения во многом зависит от веры больного в выздоровление, которая, в свою очередь, определяется степенью его доверия к конкретному врачу и в целом к медицинскому персоналу [15. С. 62]. В профессионально-ролевом смысле врач — лицо, наделенное полномочиями по оказанию медицинской помощи и спасению жизни людей, поэтому в группу качеств, необходимых для повышения статуса врача в обществе, следует включить призвание к профессии и общую мотивационную направленность личности, которая проявляется в осознании себя в статусно-ролевой деятельности во всем многообразии своих профессиональных качеств в рамках исполнения долга служения (больным) людям. Соответственно, этический комплекс врача во многом определяет качество его работы и эффективность лечения — как некий суммарный результат различных социальных отношений, формирующихся и воспроизводящихся в реальных врачебных практиках [11. С. 287].

Соотношение профессионального и частного/личного в профессии врача варьирует, но всегда есть определенная мера того и другого (соответствующие степени отстраненности и заинтересованности в излечении больного, установлении своевременного и правильного диагноза и т.д.), которая задает профессионально-статусные позиции врача, обеспечивает признание государством и обществом его важной роли в социуме и сложности его труда, гарантирует адекватные требования общества к профессиональным обязанностям и рискам медицинской деятельности. Недооценка обществом сложности и рискованности содержания и условий труда врача, которая выражается, в частности, в низком уровне оплаты труда, вызывает у врача неудовлетворенность своим статусом в обществе и, как следствие, незаинтересованность в качественном оказании медицинской помощи, бездушные и безразличные к пациенту [12. С. 222].

Концепция конструктивного влияния на социальные взаимоотношения медицины и населения должна базироваться на координационных и интеграционных механизмах, на современных принципах профилактики и урегулирования конфликтных ситуаций посредством развития коллегиальных моделей взаимодействия врача и пациента на основе взаимного доверия и взаимных интересов по снижению уровня социальной напряженности в обществе (рис. 3).

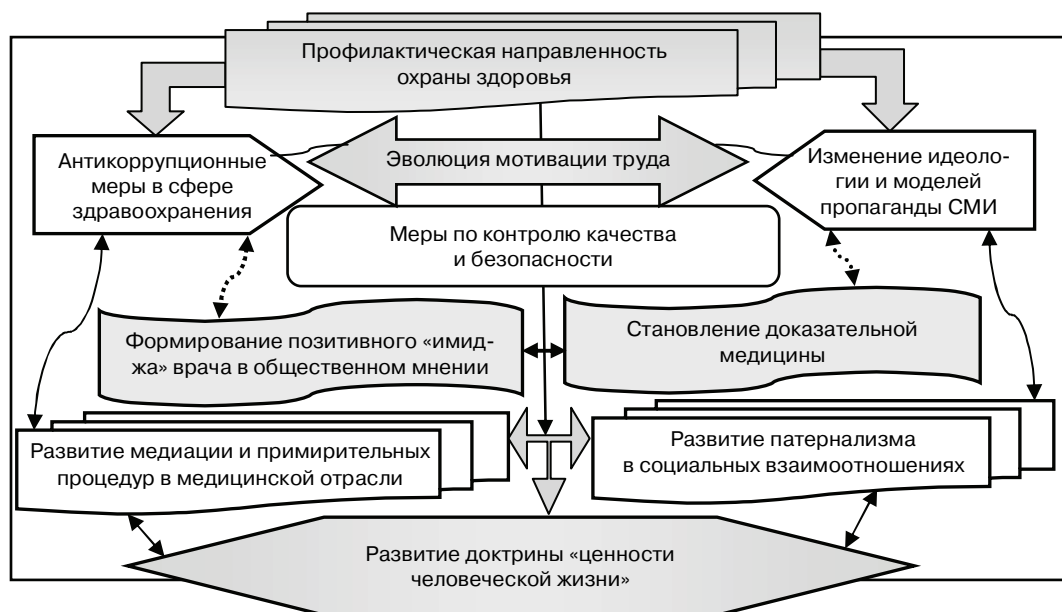


Рис. 3. Меры по снижению дисбаланса взаимоотношений медицины и населения

Иными словами, любой социальный конфликт (в латентной и открытой формах своего проявления) — управляемый процесс, если в его основе лежат социально-консолидирующие идеи и он протекает в «цивилизованном» русле.

В настоящее время Правительство Российской Федерации прилагает массу усилий по реформированию системы здравоохранения в русле доктрины «ценности человеческой жизни», пытаясь восстановить в общественном сознании россиян в принципе утраченную в постперестроечные годы иерархию ценностей,



основанную на приоритете понятий искренности, долга, сострадания и патриотизма как неизменно встроенных в любую социально значимую профессиональную деятельность. Несомненно, по крайней мере пока, результаты многих государственных решений и шагов неоднозначны, однако общая идеология реформирования отрасли здравоохранения явно призвана способствовать устранению устойчивого дисбаланса во взаимоотношениях населения и медицины.

#### ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Гиллер Ю.И.* Социология самостоятельной личности. М.: Академический проспект; Гаудеамус, 2006.
- [2] *Дмитриев А.В.* Социальный конфликт: общее и особенное. М.: Гардарики, 2002.
- [3] *Кильмашкина Т.Н.* Конфликтология. Социальные конфликты. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2009.
- [4] *Кирхлер Э., Родлер К.* Мотивация в организациях. Т. 1 / Пер. с нем. М.: Изд-во «Гуманитарный центр», 2008.
- [5] *Кэмбелл А., Джиллет Г., Джонс Г.* Медицинская этика / Пер. с англ.; под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
- [6] *Лицук В.А., Мосткова Е.В.* Технология повышения личного здоровья / Под ред. В.И. Покровского. М.: Медицина, 1999.
- [7] *Набоков А.* Социальная роль врача в постсоветском обществе. URL: <http://forum-msk.org/material/economic/2962236.html>.
- [8] *Нартов Н.А.* Социология. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2005.
- [9] *Рапопорт Ж.Ж.* Врач — пациент — общество: мифы и реальность // Первая краевая газета. 2008. № 31.
- [10] Распоряжение Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р: Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012—2018 годы.
- [11] *Решетников А.В.* Медико-социологический мониторинг: Руководство. М.: Медицина. 2003.
- [12] *Соколов С.В.* Социология. М.: ФОРУМ, 2013.
- [13] *Тощенко Ж.Т.* Социология труда. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2008.
- [14] *Фомичева И.Д.* Социология СМИ. М.: Аспект Пресс, 2007.
- [15] *Харди И.* Врач, сестра, больной. Будапешт, 1988.

## SOCIOLOGICAL ASPECTS OF MEDICINE AND POPULATION UNBALANCED RELATIONSHIPS IN CONTEMPORARY RUSSIA

T.V. Semina

A.N. Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery  
*Rublevskoe shosse, 135, Moscow, Russia, 121552*

The article considers sociological aspects of one of the most complex and urgent problems of the contemporary Russian society — the growing imbalance of social relationships between patients and doctors. Undoubtedly, in medicine each group — doctors and patients — is an element of poorly structured social network and an integral part of all types of interaction in the prevention and treatment of various diseases. This system of relationships is institutionalized and complex in itself, but social and economic processes

can complicate or facilitate its functioning. Unfortunately, the growth of social differentiation in the Russian society in the last decades had a negative impact on all spheres of life including healthcare. Under given conditions and social stratification trends each group — doctors and patients — has developed specific value orientations as a kind of professional and personal quintessence of the current fundamental values. In particular, dissatisfaction with the financial situation in the light of work efforts and high level of education explains why doctors consider their social status inadequate and are forced to satisfy their material needs with the help of illegal means. The author proposes some measures to reduce the imbalance of medicine and society relationships in the contemporary Russian society, which suggest changing traditional models of healthcare and conflict management through the purposeful influence on the subject and object of the unbalanced relationships.

**Key words:** contemporary Russian society; unbalanced relationships; medicine; population; globalization; social interaction; social differentiation; social role; social status.

## REFERENCES

- [1] *Guiller Ju.I.* Sociologija samostojatelnoj lichnosti [Sociology of an Independent Individual]. M.: Akademicheskij Prospekt; Gaudeamus, 2006.
- [2] *Dmitriev A.V.* Socialnyj konflikt: obshhee i osobennoe [Social Conflict: General and Special Features]. M.: Gardariki, 2002.
- [3] *Kil'mashkina T.N.* Konfliktologija. Socialnye konflikty [Conflict Management. Social Conflicts]. M.: JuNITI-DANA, 2009.
- [4] *Kirhler E., Rodler C.* Motivacija v organizacijah [Motivation in Organizations]. T. 1 / Per. s nem. M.: Izd-vo «Guma-nitarnyj centr», 2008.
- [5] *Campbell A., Gillett G., Jones G.* Medicinskaja etika [Medical Ethics] / Per. s angl.; pod red. Ju.M. Lopuhina, B.G. Judina. M.: GJeOTAR-Media, 2010.
- [6] *Lishhuk V.A., Mostkova E.V.* Tehnologija povyshenija lichnogo zdorovja [Technologies to Improve Personal Health] / Pod red. V.I. Pokrovskogo. M.: Meditsina, 1999.
- [7] *Nabokov A.* Socialnaja rol' vracha v postsovetском obshhestve [Social role of the doctor in the post-Soviet society]. URL: <http://forum-msk.org/material/economic/2962236.html>.
- [8] *Nartov N.A.* Sociologija [Sociology]. M.: JuNITI-DANA, 2005.
- [9] *Rapoport Zh. Zh.* Vrach — patsient — obshhestvo: mify i realnost' [Doctor — patient — society: myths and reality] // Pervaja kraevaja gazeta. 2008. № 31.
- [10] Rasporjazhenie Pravitelstva RF ot 26.11.2012 № 2190-r: Programma poetapnogo so-vershenstvovanija sistemy oplaty truda v gosudarstvennyh (municipalnyh) uchrezh-denijah na 2012—2018 gody [Government Decree “Program of the gradual improvement of the wage system in state (municipal) institutions in 2012—2018”].
- [11] *Reshetnikov A.V.* Mediko-sociologicheskij monitoring: Rukovodstvo [Medical-Sociological Monitoring: Guide]. M.: Medicina, 2003.
- [12] *Sokolov S.V.* Sociologija [Sociology]. M.: FORUM, 2013.
- [13] *Toshhenko Zh.T.* Sociologija truda [Sociology of Labor]. M.: JuNITI-DANA, 2008.
- [14] *Fomicheva I.D.* Sociologija SMI [Sociology of Media]. M.: Aspekt Press, 2007.
- [15] *Hardy I.* Vrach, sestra, bol'noj [Doctor, nurse, patient]. Budapesht, 1988.