



УДК 316.33

© И. А. Гареева, 2012

## СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАТУС ВРАЧА В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Гареева И. А.* – канд. соц. наук, докторант, доц. кафедры «Социальная работа и психология», gar\_ia@mail.ru (ТОГУ)

В статье представлены данные социологического исследования, проведенного с целью изучения социально-экономического положения врачей в системе здравоохранения. Изучена кадровая динамика и тенденции в современной системе здравоохранения и профессиональном врачебном сообществе. Составлен социальный портрет современного врача, даны характеристики деятельности врачей в представлениях населения. Выявлены зависимости ожиданий населения в системе здравоохранения и социально-экономического положения современных врачей.

The analysis of sociological studies describing the socio-economic status of doctors in the health care system is offered in the article. The personnel dynamic and tendencies in the modern health system and professional doctors community are considered. The description of doctor social state and characteristics of doctors activities in the in terms of population opinion are offered. The relations between population expectations in the health system and the socio-economic status of today's doctors are identified.

*Ключевые слова:* система здравоохранения, кадровая политика, социальный портрет врача, социально-экономическое положение врача, социальные изменения, протестные настроения.

Исследуя современные тенденции в здравоохранении, следует предположить, что развитие отечественного здравоохранения наряду с прочими характеристиками определяется изменением сути социального положения врача в обществе и в самой системе. Эти отношения все в большей степени наполняются экономическими составляющими.

Работниками здравоохранения являются «все люди, занимающиеся деятельностью, основным предназначением которой является укрепление здоровья» [1]. В их число входят те, кто оказывает медицинскую помощь, и те, кто управляет и поддерживает системы доставки услуг. Помимо классических определений, врач, как специалист, помогающий при потере физического и психического здоровья, принимающий роды и продлевающий жизнь, облегчающий страдания страждущих



щих – в современный период выступает, в большей либо в меньшей степени, как производитель медицинских услуг и продавец своего труда и его результатов. Целевая функция врачебной медицинской деятельности всегда обладает общественной полезностью, если представляет объективную пользу для отдельного лица, т.е. индивидуально полезна для его личного здоровья, а потому полезна для здоровья общественного.

Во всем мире насчитывается 59,8 миллиона работников здравоохранения. По заключению ВОЗ, страна, где на 10 000 жителей приходится менее 23 врачей, медицинских сестер и акушерок, испытывает критический недостаток трудовых ресурсов здравоохранения. По оценкам ВОЗ, увеличение числа работников здравоохранения к 2015 году будет в среднем стоить 447 миллионов долларов США в год на одну страну [2]. Для достижения своих целей на национальном и международном уровне системам здравоохранения необходимо усилить все свои ресурсы, но в первую очередь, трудовые. Развитая и устойчивая инфраструктура системы здравоохранения является основой для заполнения сегодняшних пробелов между обещаниями в отношении здоровья и реальным положением дел, а также для своевременного определения основных проблем в области здравоохранения.

С 90-х годов прошлого столетия отечественная система здравоохранения подвергается коренным изменениям, связанных с переустройством социально-экономических основ общества. Ослабление роли государства и переход от административных форм управления к либеральным методам регулирования жизнедеятельности социальных систем, по существу, внесли коренное изменение в производственные отношения субъектов таких систем [1].

В Российской Федерации вопросы кадрового обеспечения в течение многих лет являются неотъемлемой частью государственной политики в области здравоохранения, медицинские кадры рассматриваются в качестве главного его ресурса.

В динамике врачебных кадров с 2000 года отмечаются тенденции к росту. Так по данным Росстата в Российской Федерации в 2000 году общая численность врачей составляла 680 200 человек, а к концу 2009 года возросла до 711 300, работающих в учреждениях здравоохранения подчинения Минздравсоцразвития России [3]. Показатель обеспеченности населения врачами всех специальностей составлял в 2000 году 46,8 и в 2009 – 50,1 (в среднем по стране 44,1) на 10 тыс. населения. Ориентируясь на стандарты рекомендованные ВОЗ, ситуация с обеспеченностью врачами в Российской Федерации выглядит вполне благополучно, но следует отметить, что региональные различия в обеспеченности врачами российского населения достигают 30 %. Так, усредненный российский показатель коэффициента совместительства составил в 2010, как и в 2009 году - 1,5, что отражает несоответствие числа штатных должностей количеству работающих физических лиц врачебного персонала. Анализ уровня укомплектованности врачебным персоналом больничных учреждений показал, что врачебные должности заполнены на 92,5% (в целом по больницам, включая совмещенные с ними поликлиники) при коэффициенте совместительства, равном 1,5, в стационарах сельской местности составляет 88,1% при совмещении должностей - 1,5.



В больницах федерального подчинения укомплектованность врачами достигает 86,9% при совместительстве 1,2, в учреждениях подчинения субъекта Российской Федерации - 92,4% (коэффициент совместительства – 1,5), в муниципальных стационарах – 92,8% (при коэффициенте совместительства 1,6). Укомплектованность учреждений здравоохранения врачебными должностями в Дальневосточном регионе в сравнении с российскими показателями выглядит достаточно благополучно и составила в Российской Федерации за 2010 год свыше 90%.

В 2010 году численность участковых терапевтов составила 37 833 человек или 6 % от числа врачей всех специальностей. По отношению к 2009 году произошло уменьшение численности почти на 1000 физических лиц при прежней обеспеченности кадрами (2,7 на 10 тыс. населения). Только на отдельных территориях (Центральном, Сибирском, Дальневосточном федеральных округах) показатель обеспеченность участковыми терапевтами превышает российский. Численность участковых врачей с 2009 года убывала, в той или иной степени, по всем российским округам и многим ее субъектам. Коэффициент совместительства участковыми врачами по Российской Федерации составил, в среднем, 1,2.

За 2010 год более чем на 400 физических лиц (1,5%) уменьшилась численность работающих участковых педиатров при обеспеченности ими -10,3 (2009 г. – 10,4 на 10 тыс. населения). Самая высокая обеспеченность участковыми педиатрами наблюдается в Дальневосточном ФО – 11,2 (2009 г. – 11,3 на 10 тыс. населения). Различия в обеспеченности участковыми педиатрами субъектов Российской Федерации достигают 69 %.

Показатель аттестации врачебных кадров всех специальностей в 2010 году составил 52,1%. В сельской местности доля врачей, имеющих квалификационную категорию, достигла 42,1%.

Поскольку значимость совершенствования кадровой политики в развитии здравоохранения признана на всех уровнях управления системой, в перечень ведущих задач и мер по повышению доступности и качества медицинской помощи в Российской Федерации включена задача укрепления кадрового потенциала.

При этом, как отмечается в отчете ВОЗ по здравоохранению в мире «растущие ожидания населения всегда опережают финансовые возможности системы здравоохранения, накладывают на всю систему здравоохранения весьма строгие требования, что создает потребность в поиске оптимальных путей развития системы здравоохранения в рамках ограниченных ресурсов» [4]. Для того чтобы справиться с широко распространенными и все более острыми проблемами кадровых ресурсов нужны такие системы здравоохранения, которые могут быстро адаптироваться к меняющимся реальностям, используя комплексные механизмы регулирования.

Крайне важным требованием, без которого будущее здравоохранения подвержено высокому риску кризиса, стала разработка государственной стратегии, «которая должна обеспечить достаточную численность работников здравоохранения с соответствующими навыками, адекватным образом распределенных по типу, уровню и локализации служб и находящихся в такой рабочей среде, которая мотивирует их к эффективной работе» [4]. Подчеркивалось, что «ликвидация дис-



баланса между предложением и спросом на кадры здравоохранения занимает гораздо больше времени – до 10 лет для некоторых специальностей», а «традиционные подходы к планированию, подготовке, распределению кадров здравоохранения и управлению ими более не отвечают требованиям для удовлетворения потребностей в кадрах», поскольку динамика развития международного и внутреннего рынка рабочей силы равно как спрос, так и предложение постоянно меняются [4]. При этом в ходе формирования стратегии указывалось на необходимость:

- постоянной оценки меняющихся медико-санитарных потребностей населения и стандартов предоставления услуг;
- расчета потребностей в кадровых ресурсах для удовлетворения этих потребностей и соответствия стандартам, позволяющим достичь желаемого уровня укомплектования штатов, профессиональной структуры занятости, географического распределения и производительности труда;
- понимания меняющейся динамики кадрового предложения и спроса как внутри стран, так и на региональном/международном уровнях, в условиях постоянно усиливающейся глобализации, характеризующейся более свободным движением в мире услуг и рабочей силы».

Для обеспечения достижения вышеизложенных целей требуется решение ряда задач, которые в сокращенном изложении представляют следующие виды мероприятий:

- определение оптимального соотношения численности работников здравоохранения различного профиля и уровня квалификации», в период, «когда услуги здравоохранения становятся все в большей мере ориентированными на пациента и предоставляются и координируются большим числом работников здравоохранения;
- обеспечение сбалансированного географического распределения кадров здравоохранения» для обеспечения удаленных, сельских и бедных районов, что должно осуществляться с учетом факторов времени и условий;
- составление «полного представления о динамике национальных кадровых ресурсов здравоохранения - включая всех работников, активно функционирующих на рынке труда, вне зависимости от их трудовой занятости в настоящий момент», – что зависит от движения кадров, поступающих на рынок и покидающих его (мигранты, пенсионеры, выпускники национальных учебных заведений);
- наличие оперативных и достоверных данных о численности, уровне подготовки, распределении и профессионально-квалификационной структуре кадров здравоохранения, а также хорошего понимания факторов, которые влияют на их мобильность и эффективность деятельности». Недостаток оперативных данных по таким показателям, как возрастно-половой состав, методики подготовки кадров, производительность, оплата труда, институциональное и географическое распределение является общей проблемой, не позволяющей проводить достоверный анализ и прогнозирование потребности в кадрах.

В Декларации, принятой в Риме 8 июля 2009 г. лидерами стран Группы G8, озаглавленной «Ответственное руководство в интересах обеспечения устойчивого развития», было подчеркнuto, что «для достижения целей всеобщего доступа к



услугам здравоохранения, особенно в сфере первичного медико-санитарного обслуживания, необходимо укреплять системы здравоохранения за счет улучшения условий труда медицинского персонала, к которому относятся как специалисты-медики, так и работники общинных служб здравоохранения, и совершенствовать системы финансирования сектора здравоохранения, включая систему социальной защиты, с уделением особого внимания наиболее уязвимым группам [5].

Концептуальные подходы к укреплению социальной сферы ориентированы, прежде всего, на оптимизацию кадровых ресурсов здравоохранения, чьи знания, профессиональные навыки и мотивация, являются базовой основой, определяющей итоговые результаты и целостность проводимых преобразований [6]. Опыт реформирования здравоохранения в течение последних лет свидетельствует о недостаточном учете и неиспользовании столь значимого фактора.

Потребности населения в медицинских кадрах относятся к той части потребностей, которые нуждаются в общественном воспроизводстве на основе верификации экономической и производственной нужды в кадровых ресурсах, которая в значительной степени поддается управлению.

Состояние кадровых ресурсов системы здравоохранения характеризуется сохраняющейся непропорциональностью обеспечения врачебным и сестринским персоналом, несбалансированностью их подготовки, серьезными проблемами в оказании врачебной помощи, отсутствием, в ряде случаев, необходимой квалификации кадров, а также - региональной дисгармоничностью в распределении ресурсов.

Врачи, как часть социального слоя интеллигенции, относятся к статусным группам, по М. Веберу, имеющим схожий стиль жизни, моральные ценности, общий язык и культуру. Эти общие черты подразумевают наличие внутренней солидарности и деятельности, предпринимаемой для защиты своих интересов и расширения социальных возможностей [7]. Современные исследователи рассматривают социальный статус как место или позицию индивида, соотносимое с положением других людей; это место индивида в иерархически организованной общественной структуре, его объективная позиция в нём; это неисчерпаемый человеческий ресурс, дающий человеку возможность влиять на общество и получать посредством него привилегированные позиции в системе власти и распределения материальных благ [8].

В связи с нестабильным социальным положением врача в обществе и развитием и приоритетностью рыночных отношений субъектов системы здравоохранения и с целью определения социально-экономического статуса врача, с сентября 2010 по июнь 2011г. проводилось социологическое исследование, в котором участвовали врачи лечебно-профилактических медицинских учреждений края (n). Социальный статус следует изучать на основе замеров ресурсов группы в трех (и более) измерениях: экономическом, информационно-культурном, властно-силовом. В нашем исследовании приоритетным был экономический ресурс.

Краткий социологический портрет участников опроса выглядит следующим образом. Женщины составляют основную численность врачей медицинских учреждений края (79%), соответственно 21 % - это мужчины. В возрастном соста-

ве преобладают врачи в возрасте от 30 до 60 лет, что составляет 74 % от числа всех опрошенных и 26 % в возрасте до 30 лет.. Возрастные группы представлены – от 31-40 лет – 23 %, от 41-50 лет – 25 %, от 51 – 60 лет – 26 %. Стаж деятельности от 10 лет и свыше в учреждениях здравоохранения отметили 70 % от числа всех респондентов. Из 30 % опрошенных, стаж их профессиональной деятельности составляет менее 3 лет (6 %) и менее 10 лет (24 %). По представленным данным можно предположить, что имеющаяся в стране разница в обеспечении врачебными должностями населения в различных регионах страны (по статистическим сведениям наблюдается дефицит врачебных кадров), будет только усугубляться, так как полного восполнения молодыми врачебными кадрами, более возрастных, не ожидается. В муниципальных медицинских учреждениях работают 56 % респондентов, 36 % - в государственных и федеральных, в частных 7 %, и 11% опрошенных совмещают свою деятельность в медицинских лечебно-профилактических учреждениях или в медицинских образовательных учреждениях (общий процент ответов на этот вопрос превысил 100%). Большая часть респондентов работает на 1 ставку, 27 % - работают на 1,5 ставки, при этом большинство совмещает свою деятельность в одном медицинском учреждении, 19 % работают на 1,5 ставки и более.

Исследование социальных установок врачей, показало, что для многих из них важна профессиональная идеология, и 65 % респондентов своими ответами подтвердили удовлетворенность своей профессиональной деятельностью, 23 % разочарованы своей профессией, но продолжают работать в сфере здравоохранения, 12 % затруднились дать ответ. На вопрос о престижности профессии врача, утвердительно ответили только 44 %, 43 % считают, что профессия врача не обладает престижностью, 13 % не смогли дать ответ на поставленный вопрос. Престиж - авторитет, влияние, уважение в обществе, на которые может рассчитывать врач и степень которых соответствует профессиональному социальному статусу. Престиж – явление неосознанное, нечто подразумеваемое. Однако в повседневной жизни человек обычно стремится придать престижу осязаемость – присваивает титулы, соблюдает ритуалы уважения, выдает почетные степени, демонстрирует свое «умение жить». Престиж входит в экономическую составляющую социального статуса. Известно, что профессия врача в России не входит в перечень высокодоходных профессий. Поэтому, сопоставляя ответы на вопросы о престижности и удовлетворенности в профессии, мы пришли к выводу, что свыше 40 % опрошенных врачей в своей деятельности делают акцент на альтруизм в профессии и служении обществу. В то же время результаты опросов всероссийского общественного мнения (ВЦИОМ) свидетельствуют, что доля респондентов (56%), убежденных, что большинство российских врачей относятся к своим пациентам невнимательно и равнодушно. Только 34% респондентов были довольны уровнем профессиональной подготовки врачей и 30% – отношением с их стороны. Вероятно, российские врачи нереалистично оценивают уровень собственной профессиональной подготовки, в связи с тем, что стремятся сохранить позитивный публичный образ профессии, несмотря на низкий социально-экономический статус и ограниченную профессиональную автономию. Следует рассмотреть и следующее измерение со-



циального статуса – власть. Власть определяет, какие именно люди или группы смогут воплотить свои предпочтения в реальность социальной жизни. Власть – это способность отдельных лиц и социальных групп навязывать свою волю другим и мобилизовывать имеющиеся ресурсы для достижения цели. Амос Холи заметил: «Каждый социальный акт есть проявление власти, каждое социальное взаимоотношение – это уравнение власти, и каждая социальная группа или система – это организация власти». Основы власти подразделяются на три категории ресурсов: принуждение, побуждение (мотивы), убеждение. Под влиянием убеждения, базирующегося на репутации, мудрости, личном обаянии или контроле над окружающими, отдельные индивиды или социальные группы начинают выступать за те же цели, которым отдает предпочтение человек, обладающий властью. В социологической литературе ряд авторов отмечает самоуверенное и высокомерное отношение представителей медицинской профессии к представителям других профессий, ее веру в неограниченность своих возможностей в вопросах сохранения здоровья человека. Данный факт, возможно, объясняется тем, что медицина является одной из самых интеллектуально насыщенных сфер профессиональной деятельности. П. Стронг назвал это явление чувством «медицинского империализма». Зола И.К. обращает внимание на проблему медиализации современного общества, на возрастание роли медицинских знаний, мышления и практик в повседневной жизни людей, зависимости от медицины общества и отдельных индивидов, политического влияния врачей и медицины, особенно в вопросах, выходящих за рамки их компетенции, и это тоже можно рассматривать как властное поведение.. С позиции концепта «власти-знания» рассматривает феномен медицины М. Фуко. Он полагает, что современная власть реализуется неразрывно со знанием. Знания и власть пронизывают друг друга, организуя и конструируя пространство понятий, смыслов и значений. Здесь следует обратить внимание еще на одно измерение социального статуса - культурно-информационный ресурс. Культурно-информационные ресурсы не всегда имеют приоритет над экономическими, социальными и силовыми ресурсами, однако тенденция повышения их значимости как источника власти проявляется в современном мире достаточно отчетливо, в связи с ускоренным развитием медицинских технологий.

Свой профессиональный уровень периодически (раз в пять лет) повышают 96 % респондентов. Наличие в краевом центре Института повышения квалификации медицинских кадров обеспечивает региональную систему здравоохранения квалифицированными специалистами по всем специальностям. Такая благополучная ситуация складывается не во всех регионах. Так, по опросам ВЦИОМа практически половина всех россиян (45%) отметила, что современные российские врачи обладают низким уровнем квалификации и профессиональными знаниями [9].

Уровень своего дохода от основного вида деятельности врачи края оценивают следующим образом: высокий уровень дохода не отметил ни один респондент, выше среднего – 5 %, средний – 41 % низкий – 33 %, и ниже среднего – 19 %. Сопоставляя данные опроса, мы пришли к выводу, что в категорию с уровнем дохода «ниже среднего» и «низкого» отнесли себя врачи в возрасте до 30 лет и стажем работы до 10 лет. Такие результаты опроса подтверждают наше предположение

положения кризисности по замещению врачебных кадров возрастных групп на более молодые. В анкете мы не ставили цель представить респондентам определенную шкалу уровня дохода, но ориентировались на дополнительное мнение респондентов по данному исследованию, многие из опрошенных указывали самостоятельно уровень дохода который бы они хотели иметь. Эта цифра варьировала от 30 000 до 50 000 рублей. По всей видимости, у большинства респондентов уровень дохода составляет менее 30 000 рублей, хотя по официальной краевой статистике средняя заработная плата в учреждениях здравоохранения составляет – 32 060 рублей. В каждой профессии есть свои «отягчающие обстоятельства». Данные о заработной плате врачей по другим странам свидетельствуют следующее. Врачи в Бельгии, Швеции, Португалии зарабатывают в среднем 60 тыс. дол. США в год или в месяц порядка – 5 000 дол. США. В Австралии 90 тыс. дол. в год или в месяц с средним – 7 500 дол. США. Канада, Дания: 110 тыс. дол. в год или в месяц в среднем – 9 000 дол. Швейцария, Великобритания, Нидерланды - 120 тыс. дол. в год или в месяц с средним – 10 000 дол. В США – 160-170 тыс. дол. в год или в месяц с средним – 14-15 000 дол.

Оценивая современное состояние регионального здравоохранения, только 20 % считают что ситуация стабильна с тенденцией к улучшению, 69 % оценивают как близкую к кризисному положению с дальнейшей тенденцией к ухудшению, 11 % не смогли точно оценить сложившуюся ситуацию или не захотели. Большой проблемой кадровой политики для регионального здравоохранения является укомплектованность врачебными кадрами в сельской местности. Так, из более чем, 8000 врачей работающих в Хабаровском крае, в сельской местности в 2010 году работало 86 врачей. Отдаленность большинства территорий от краевого центра, плохие условия жизни и труда, низкий уровень заработной платы – все это делает малопривлекательной профессию врача в сельской местности. Так, вакансии на врачебные должности в Ванинском районе составляют 40 единиц, в Тугуро-Чумиканском районе - 6. Поэтому укомплектованность врачебными кадрами в Хабаровском крае на 90 % характерна для г. Хабаровска и г. Комсомольска.

При постановке следующего вопроса мы попытались детализировать сложившуюся ситуацию в здравоохранении, а также оценить роль и положение врача, как в самой системе, так и обществе в целом. Так по результатам ответов современная региональная система здравоохранения выглядит следующим образом – это система, в которой врач обладает высокой ответственностью перед пациентом (76 %), с готовностью удовлетворять потребности и желания пациентов в сфере здоровья (45 %), заинтересованный в увеличении численности здорового населения (54 %) и числа платежеспособных граждан (66 %), со средним уровнем информированности по вопросам профессиональной деятельности (46 %). По мнению респондентов, современное состояние здравоохранения характеризуется низкой технической оснащенностью отрасли (69 %), низким уровнем доступности медицинской помощи для всего населения (78 %), отсутствием справедливости в распределении ресурсов необходимых для нормального функционирования системы здравоохранения (78%), отсутствием справедливости в удовлетворении необходимых медицинских потребностей населения (78%) и с низким качеством



обслуживания (65 %). Состояние несправедливости в системе здравоохранения (неравенство) порождает, по мнению опрошенных респондентов, и неравенство в возможностях укрепления здоровья для населения (75 %). Для врачей это выливается в отсутствии возможности для профилактической работы в системе здравоохранения (70%), в среднем уровне выраженности профессиональной солидарности (41 %, а ее наличие на бескорыстной основе отметили 40 % респондентов), для пациентов - низким уровнем доступности и качества системы здравоохранения. Основными причинами сложившейся ситуации в системе здравоохранения респонденты видят - низкий уровень финансирования (65 %) и большое количество посредников в движении финансовых средств в отрасли (67 %). Такое положение дел в системе ведет к снижению доверия у населения (или его отсутствию) к системе здравоохранения (82 %) и формированию протестного настроения в сфере здравоохранения как у врачей так и у населения (67 %).

Система обязательного медицинского страхования призванная обеспечивать систему здравоохранения дополнительными финансовыми средствами, не реализовала себя в этом направлении. Долгий период времени финансирование отрасли осуществлялось по остаточному принципу. В научной литературе широко обсуждался вопрос введения соплатежей пациентов при получении ими медицинской помощи. Неупорядоченность (в том числе и правовая) в источниках финансирования системы здравоохранения до сих пор присутствует и в представлении врачей, 33 % респондентов не знают из каких источников финансируется система здравоохранения, указывая только или государственный бюджет или страхование. Невысокий уровень информированности врачебного сообщества, как в вопросах профессиональной деятельности, так и в вопросах правового обеспечения, подтвердили ответы на вопросы о знаниях врачей законодательства РФ в сфере здравоохранения, только 57 % респондентов ориентируются в вопросах законодательного обеспечения системы здравоохранения. Такая неуверенность в ответах по нашему мнению, может иметь негативное отражение в реальной жизни и деятельности врачей. Это может иметь проявление в вопросах взаимоотношений между субъектами системы здравоохранения (врачом и пациентом), и в частности в определенной степени может способствовать формированию у медицинского работника убеждений и мотиваций на адекватное материальное вознаграждение своего труда и не совсем честным способом, т.е. посредством «теневых отношений» между субъектами.. Так наличие «теневых» отношений между врачом и пациентом отметили 23 % респондентов.

Более половины (53 %) из всего числа респондентов считают, что пациент непосредственно должен участвовать в организации и предоставлении ему медицинской помощи в виде индивидуального страхования. По мнению 48 % опрошенных респондентов уровень заработной платы врача должен устанавливаться и регулироваться только государственными органами. В организационном отношении -индивидуальное страхование является добровольным видом страхования. Приходя к мнению о необходимости индивидуального медицинского страхования, врачи предполагают, что будет дополнительный источник финансирования их заработной платы, но появляется и еще один дополнительный посредник в

движении финансовых средств, а для населения кратность оплаты услуг системы здравоохранения будет увеличиваться в «геометрической прогрессии».

Таким образом, обобщая результаты проведенного исследования, можно утверждать, что врачи, оценивая сложившуюся систему здравоохранения, подтверждают происходящие изменения в ней. Социально-экономическое положение врачей и их статус в обществе, в связи с происходящими изменениями, существенно не меняется. Принимая тот факт, что система здравоохранения финансируется государственным бюджетом и системой обязательного медицинского страхования, они не отрицают и принимают факт финансирования системы здравоохранения, а также непосредственно медицинских работников со стороны пациентов, допуская при этом не всегда легальные способы. В то же время такие отношения не улучшают социально-экономическое положение врача, а лишь усугубляют сложившееся положение в здравоохранении снижением доверия со стороны населения к системе здравоохранения и ростом протестного настроения как среди пациентов, так и среди самих врачей. Таким образом, решая вопросы укрепления кадрового потенциала в системе здравоохранения, в первую очередь следует обратить внимание на усиление экономических составляющих деятельности врачей, изменения их социального статуса в обществе, изменения взаимоотношений врача и пациента. Большая часть поставленных вопросов может быть решена только в рамках социальной политики страны.

### Библиографические ссылки

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_08ru.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_08ru.pdf). / - Дата обращения: 20.08.2012.
2. Мировая статистика здравоохранения. 2011. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int> / - Дата обращения: 20.08.2012.
3. Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/> / - Дата обращения: 20.08.2012.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2006г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/wkr/previous/ru/> / - Дата обращения: 20.08.2012.
5. Декларация «Ответственное руководство в интересах обеспечения устойчивого развития». – [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [gia.ru/trend/summit\\_Aquila\\_08072009/](http://gia.ru/trend/summit_Aquila_08072009/) - Дата обращения: 06.12.2010.
6. Артемова В.О. Управленческий потенциал здравоохранения как условие эффективной модернизации отрасли// Здравоохранение. 2011 . № 9.
7. Вебер М. Протестантская этика и дух капитализма. М.: Прогресс. 1990г.
8. Шкаратан О.И. Социология неравенства. Теория и реальность. М. «Высшая школа», 2012. – 526.
9. Пресс-выпуск № 1912 «Состояние здоровья россиян: мониторинг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.wciom.ru/> / - Дата обращения: 20.08.2012.
10. Гареева И.А. Мнение населения о системе здравоохранения в период социальных изменений. // Вестник Тихоокеанского государственного университета. - № 4 (23). -2010.