

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М.В. ЛОМОНОСОВА
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

На правах рукописи

Семина Татьяна Васильевна

**Солидарность и конфликт в социальной системе «врач – пациент» в
современном российском обществе**

Специальность - 22.00.04 – Социальная структура, социальные институты
и процессы

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
доктора социологических наук

Научный консультант:
доктор социологических наук,
профессор Н.Г. Осипова

Москва – 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ПЕРВАЯ ГЛАВА. СОЦИАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ И ПОДСИСТЕМЫ СОВРЕМЕННЫХ ИНСТИТУТОВ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ...	25
1.1. Медицина, здравоохранение и общество: фокусы исследовательских подходов.....	25
1.2. Диверсификация социальных систем и социальных отношений в сфере здравоохранения.....	55
1.3. Модели социальных отношений в социальной системе «врач – пациент» и векторы их трансформации.....	74
ВТОРАЯ ГЛАВА. ГЕНЕЗИС КОНФЛИКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СОЦИАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ».....	99
2.1. Теоретико-методологические основы социологического анализа солидарных и конфликтных социальных отношений.....	99
2.2. Природа, структура и динамика конфликтных противостояний в социальной системе «врач – пациент».....	120
2.3. Деструктивная роль СМИ в генезисе конфликта в социальной системе «врач-пациент».....	142
ТРЕТЬЯ ГЛАВА. ОБЪЕКТИВНЫЕ ОСНОВЫ И СУБЪЕКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНОГО КОНФЛИКТА В СИСТЕМЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ».....	170
3.1. Дисфункции института отечественного здравоохранения в современном российском обществе.....	170
3.2. Социальная девальвация профессиональной деятельности и статуса врача.....	194

3.3. Эмоциональное выгорание и профессиональные деформации личности врача.....	224

3.4. Феномен незаинтересованности врачей в выздоровлении пациентов.....	241

ЧЕТВЕРТАЯ ГЛАВА. СУЩНОСТЬ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	267

4.1. Диверсификация и операционализация понятий, связанных с дефектами медицинской помощи.....	267

4.2. Ненадлежащая врачебная практика как глобальная социальная проблема.....	290

4.3. Судебные иски пациентов к врачебному сообществу: причины и тенденции.....	306

ПЯТАЯ ГЛАВА. УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫМ КОНФЛИКТОМ В СОЦИАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ».....	327

5.1. Макросоциальные предпосылки снятия конфликтной напряженности в системе «врач – пациент».....	327

5.2. Нормативное регулирование социально-правовой защищенности врачей и пациентов.....	349

5.3. Механизмы и методы управления социальным конфликтом в системе «врач – пациент» в медицинской организации.....	366

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	393

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	415

ПРИЛОЖЕНИЯ	450

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертационного исследования

На рубеже XX–XXI веков «глобализация экономики породила ряд негативных социальных реалий, которые социология не может обойти молчанием»¹. Одной из них является деградация физического и социального здоровья людей.

Радикальное либеральное реформирование России в конце прошлого столетия обусловило ускоренную трансформацию всех сфер общественной жизни, в том числе и здравоохранения. Однако на протяжении всего реформенного периода наибольшее внимание уделялось управленческим и экономическим нововведениям в медицине, а многие содержательные аспекты профессиональной медицинской деятельности были оставлены без внимания.

В настоящее время отечественное здравоохранение находится в системном кризисе, обусловленном множеством проблем, которые связаны как со стремительной интеграцией нашей страны в глобальное сообщество, так и с сопутствующей ей модернизацией традиционных социальных институтов и социальных отношений.

С одной стороны, внедрение рыночного регулирования в сферу охраны здоровья граждан вызвало острую конкуренцию между медицинскими учреждениями, вынудив их искать всевозможные способы увеличения источников дохода. И хотя это привело к существенному расширению спектра медицинских услуг населению, бесплатные медицинские услуги, гарантированные государством, неправомерно подменялись платными медицинскими услугами, что в известной степени нивелировало возможность граждан выбирать между платной и бесплатной медициной. При этом россияне

¹ Осипов Г.В. Российская социология в XXI веке: доклад на II Всероссийском социологическом конгрессе. М., 2003. С. 6.

гораздо чаще стали низко оценивать качество медицинского обслуживания и доступность высококвалифицированной врачебной помощи, соблюдение медицинскими работниками норм этики и деонтологии. Особую тревогу у населения вызывает некомпетентность врачей, их фамильярность и равнодушие к больному человеку. Серьезно усугубляет обозначенную проблему массированное и деструктивное воздействие на граждан некоторых СМИ, которые инициируют откровенно скандальные передачи, где на суд зрителей выносятся именно неудачные случаи лечения пациентов, муссируется непрофессионализм врачей с позиций журналистов, не имеющих медицинских знаний.

С другой стороны, слабое материальное стимулирование труда врача в течение нескольких десятилетий не способствовало его профессиональному росту, а лишь снижало самооценку. Имея высшее образование и крайне низкую зарплату, врач не имел возможности влиться в социальные слои с должным уровнем престижа и материального достатка. Неудовлетворенность медицинских работников своим материальным положением наряду с физическими и психическими издержками профессии провоцировала их на действия, нацеленные прежде всего на удовлетворение материальных интересов незаконными средствами.

«Либеральная глобализация обусловила сдвиг в структуре личности общественно значимых интересов и усилила роль и значение индивидуалистических установок, часто корыстного толка. Если говорить о личности врача, то абсолютизация в ней ценности индивидуализма приводит к отчуждению его от пациента, обрекает медика на особый интерес к деньгам, который, в свою очередь, приводит к деградации профессионального врачебного сообщества и здравоохранения в целом»². Если вести речь о личности пациента, то развитие гражданского общества и повышение

² Осипова Н.Г., Семина Т.В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2017. Т. 23. № 3. С. 7.

юридической грамотности населения вызвали рост активности пациентов в сфере защиты своих прав. Результатом стало разрушение многовековой социальной солидарности медицины и общества, а социальные отношения в системе «врач–пациент», традиционно основанные на доверии, приобрели выраженный конфликтный характер.

Таким образом, в настоящее время все большую актуальность приобретает поиск путей и методов научно обоснованного анализа конфликта «врач–пациент», а также способов инновационного социального управления этим конфликтом, которыми, безусловно, располагает социология. Как отмечает А.В. Решетников, «современные методы социологии дают возможность изучать процессы формирования общественного мнения о медико-социальных явлениях и тем самым получать информацию не только в форме субъективных оценок, но и в виде объективных показателей функционирования системы здравоохранения в целом»³. Именно социологическое знание помогает решать социальные проблемы, возникающие на уровне всего общества и в отдельных его группах. При этом одним из перспективных направлений в социологии является анализ сферы социальных процессов и отношений, затрагивающих как медицину (особенно в социальной системе «врач–пациент»), так и все общество, а также различных тенденций, связанных с общественным здоровьем, и эффективности мероприятий, направленных на его сохранение.

Состояние и степень научной разработанности темы исследования

Проблемы, связанные со здоровьем населения, социальными институтами и организациями, его обеспечивающими, традиционно находятся в центре внимания исследователей различного профиля. В настоящее время научная литература располагает множеством интересных монографических работ на

³ Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. М.: Медицина, 2003. С. 15.

данную тему, авторы которых получили широкую известность. В их числе такие отечественные ученые, как Ю.П. Лисицин, А.В. Решетников, О.С. Белоусов, И.В. Богорад, А.П. Зильбер, А.А. Мохов, А.Л. Пиддэ, А.В. Петров, Ю.Д. Сергеев, В.И. Стародубов, И.В. Силуянова, М.Я. Яровинский, В.И. Ясько⁴, а также зарубежные исследователи – А. Кэмбелл, Г. Джиллег, Г. Джонс, И. Харди, М. Бергнер, М. Ротман, А. Гротьян, Ф. Крейгель, Х. Лейман, Б. Перлман, Е. Хартман, Г. Розен, Д. Рослер и ряд других⁵.

В целом как в отечественной, так и в зарубежной научной литературе выделяются уровни макро- и микроанализа социальных проблем социального института здравоохранения, в русле которых группируются научные направления.

К первому направлению макроуровня относятся труды ученых, посвященные анализу различных вопросов организации здравоохранения, оказания медицинской помощи населению, деятельности медицинских организаций⁶. Второе объединяет работы правоведов, которые рассматривают

⁴ См.: Белорусов О.С., Бочков Н.П., Бутянян А.А. Деонтология в медицине. В 2 т. Т.1: Общая деонтология / Под ред. Б.В. Петровского. М.: Медицина, 1988; Богорад И.В. Больной и врач. М.: Знание, 1982; Мохов А.А. К вопросу о кодификации законодательства об охране здоровья граждан // Право и политика. 2002. № 7; Бударин Г.Ю. Медицинские нормы и медицинские законы. М.: ООО Издательская группа «Юрист», 2012; Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики М.: МЕД-пресс-информ, 2008; Наумова Р.Л. Врачи и пациенты. Московская финансово-промышленная академия. М., 2011; Лисицын Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф. Медицина и гуманизм М., 1984; Пиддэ А.Л. Социология и здравоохранение. Иваново, 2000; Решетников А.В. Социология медицины: Руководство. М.: Медицина, 2002; Сергеев Ю.Д. Медицинское право. В 3 т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008; Силуянова И.В. Избранные. О призвании врача. М.: Форма Т, 2008; Харди И. Врач, сестра, больной. Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1988; Яровинский М.Я. Медицинская этика / Под ред. А.М. Сточика. М.: Медицина, 2006; Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: Курс лекций. Ростов-на-Дону: Феникс, 2005.

⁵ См.: Кэмбелл А., Джиллег Г., Джонс Г. Медицинская этика: Учебное пособие / Пер. с англ. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; Bergner M., Rothman M.L. Health status measures: An overview and guide for selection // Annual Review of Public Health. 1987. Vol. 8; Perlman B., Hartman E.A. Burnout: summary and future and research // Human Relations. 1982. Vol. 35 (4); Rosen G. The evolution of social medicine // H. Freeman, S. Levine, L. Reeder (eds.). Handbook of medical sociology, 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc., 1979; Rosler D., Szewczyk H. Medizinische psychologie. Berlin: VEB Verlag und Gesundheit, 1987; Rumsfeld J. Health status and clinical practice – when will they meet? // Circulation. 2002. Vol. 106.

⁶ См.: Гадаборшев М.И., Левкевич М.М., Рудлицкая Н.В. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи. М.: ИНФРА-М., 2014; Малышев М.Л., Варламова С.Н. Обращение россиян за медицинской помощью // Вестник Института социологии. 2013. № 6;

социально-правовые аспекты медицинской практики⁷. Третье представляют исследования обществоведов, обращающихся к этическим и нравственным нормам медицины и здравоохранения, а также широкой проблематике здоровья⁸. Четвертое образуют труды социологов – специалистов по общим и частным проблемам таких дисциплинарных отраслей социологии, как медицинская социология и социология здоровья⁹.

Труды микроуровня посвящены: анализу различных личностных аспектов профессиональной деятельности врача¹⁰; феноменам, связанным с деформацией структурных компонентов личности врача¹¹; субъективным факторам, ведущим к врачебным ошибкам и различным злоупотреблениям¹². К этому уровню

Смирнова М.А. Технологии формирования доверия пациентов государственным медицинским учреждениям // Научное обозрение. Серия 2. Гуманитарные науки. 2011. № 5.

⁷ См.: Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. Киев, 1987; Брехман И.И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопросы философии. 1982. № 2; Канунникова Л.В., Бабенко А.И., Мураховский А.Г., Татаурова Е.А. Некоторые аспекты правового регулирования медицинской деятельности специалистов общей врачебной практики // Медицинское право. 2010. № 1; Мазин П.В., Битеев В.Х. Правовой статус врача в Российской Федерации // Вятский медицинский вестник. 1999. № 2; Сергеев Ю.Д., Ломакина И.Г., Канунникова Л.В. Гражданско-правовая ответственность при медицинском вмешательстве // Медицинское право. 2005. № 4; Соколова Н.А. Качество медицинской помощи как критерий компенсации социального риска: проблемы правоприменения // Социальное и пенсионное право. 2012. № 4; Шамшури В.И., Танковский В.Э. Правовые взаимоотношения между врачом и пациентом // Здравоохранение. 1998. № 6.

⁸ См.: Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине / Под ред. Е. Здравомысловой и А. Темкиной. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009; Морозов Г.В., Царегородцева Г.И. Медицинская этика и деонтология / Совместное издание СССР–НРБ–ГДР–ЧССР–СРР. М.: Медицина, 1983.

⁹ См.: Анохин А.М. Медицинская социология и проблемы человека // Вестник АМН СССР. 1980. № 4; Баранов А.В. О социальной парадигме здоровья // Петербургская социология. 1997. № 1; Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникативные программы. М.: Центр, 2002; Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. London: Sage Publications Ltd, 2004; McIntire C. The importance of the study of medical sociology // Bulletin of the American Academy of Medicine, 1894. Vol. I; Rosen G. The evolution of social medicine // H. Freeman, S. Levine, L. Reeder (eds.). Handbook of medical sociology, 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc., 1979.

¹⁰ См.: Ефименко С.А. Социальный портрет участкового врача-терапевта. Монография. М.: Здоровье и общество, 2005; Манулик В.А. Проблема коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности врача (теоретический аспект) // Инновационные образовательные технологии. 2013. 31 (33); Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: Курс лекций. Ростов-на-Дону: Феникс, 2005.

¹¹ Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Синдром эмоционального «выгорания» у медработников // Психология в медицине. М.: Кафедра-М, 1998.

¹² См.: Габай П.Г. К вопросу о детерминации неосторожных преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Российский следователь. 2014. № 2; Мохов А.А., Мохова И.Н. Еще раз к вопросу о врачебной ошибке как медицинском и социально-правовом феномене // Юрист. 2004. № 2; Мурзанов М.М., Хасанов А.Г., Халиков А.А. Хирургические ошибки /

следует отнести и работы, связанные с исследованиями различных поведенческих аспектов медицинского сообщества¹³.

В последнее время в специализированных периодических изданиях регулярно публикуются оригинальные статьи по широкому спектру социальных проблем, связанных со здоровьем российской нации¹⁴. Существенно увеличилось количество исследований, связанных с научной экспертизой действующего медицинского законодательства, выросло число авторитетных научных форумов по злободневным проблемам здоровья населения, укрепилось международное сотрудничество в данном направлении.

С конца прошлого века медицинская тематика, всесторонний анализ социальных отношений в сфере здравоохранения стали приоритетным объектом деятельности общественных ассоциаций и фондов, в числе которых Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения, Общероссийская общественная

Под ред. М.М. Мурзанова. Уфа, 2009; Мыльникова И.С. Существуют ли врачебные ошибки? // Главный врач. 2012. № 1; Сергеев Ю.Д., Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; Сучков А.В. Анализ дефиниций понятия «врачебная ошибка» с целью формулирования определения «профессиональные преступления медицинских работников» // Медицинское право. 2010. № 5; Тимофеев И.В., Леонтьев О.В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты. СПб.: ДНК, 2002.

¹³ См.: Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 3; Бобров О.Е. Медицинские преступления: правда и ложь / Петрозаводск: ИнтелТек, 2003; Жарова М.Н. Моральная ответственность в профессиональной деятельности медицинских работников // ГлавВрач. 2011. № 1; Магазаник Н.А. Врачевание и психология. М.: Медкнига, 2007; Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; Решетников А.В., Ефименко С.А. Социология пациента. М.: Здоровье и общество, 2008.

¹⁴ См.: Григорьев Ю.И., Григорьев И.Ю. Организационно-правовые проблемы повышения эффективности деятельности в сфере охраны здоровья населения // Медицинское право. 2005. № 3; Даньшина Н.А. Тенденции изменений в сфере государственного контроля над жизнью и деятельностью общества // История государства и права. 2012. № 1; Жукова М.В. Формирование социальной модели здравоохранения и перспективы развития добровольного медицинского страхования // Экономист лечебного учреждения. 2007. № 2; Мажаренко В.А., Приз Е.В. К вопросу о социальной защищенности врача в современной России // Медицинское право. 2011. № 2; Мохов А.А. К вопросу о кодификации законодательства об охране здоровья граждан // Право и политика. 2002. № 7; Мохов А.А., Мохова И.Н. Еще раз к вопросу о врачебной ошибке как медицинском и социально-правовом феномене // Юрист. 2004. № 2; Ольховский А.Б., Тихонов С.М. Здравоохранение России – двадцать лет реформ, которых не было. СПб: Нестор–История, 2010; Пивень Д.В., Кицул И.С. Вокруг саморегулирования в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. 2011. № 3; Пискун А.И. Информационно-деонтологические нарушения как основной повод обращения пациентов в суд // Медицинское право. 2005. № 2.

организация «Лига защитников пациентов», Всероссийский союз пациентов, Координационный совет по консолидации медицинского и юридического профессиональных сообществ и т. п.

Научные публикации по всем обозначенным направлениям, в которых разработаны интересные теоретико-методологические подходы к широкому кругу социальных проблем, непосредственно связанных с медициной и здравоохранением, свидетельствуют о серьезном внимании отечественных и зарубежных исследователей к проблеме консолидации медицины и общества, а также имеют принципиальное значение для ее дальнейшего изучения. Однако анализ опубликованных научных статей и монографий, материалов конгрессов и конференций позволяет сделать следующие обобщения.

Во-первых, многие труды социально-медицинской направленности, которые принадлежат биологам, медикам или правоведам, только косвенно затрагивают широкие социальные аспекты взаимодействия общества и медицины. Достаточно редко анализ современной медицины и здравоохранения дается через призму социальных отношений на всех уровнях социальной реальности, социально-политических и социально-экономических целей, тенденций развития современного российского социума.

Во-вторых, еще очень мало проводится социологических исследований, которые систематизированно затрагивают важнейшие аспекты охраны здоровья российских граждан в широком контексте всех связей и отношений современной социальной реальности.

В-третьих, представляется недостаточно разработанным и четко операционализированным понятийный аппарат, связанный с междисциплинарной проблематикой, образованной на стыке медицины, юриспруденции и социологии, особенно в отношении ненадлежащей врачебной деятельности.

В-четвертых, несмотря на то что в отечественной и зарубежной литературе существуют различные теоретико-методологические подходы к

анализу социальных конфликтов и той роли, которую они играют в жизни общества, а многие ученые ищут пути решения и управления ими, трудов именно по проблемам социального конфликта «врач–пациент», его генезиса и профилактики еще явно недостаточно.

Ввиду изложенного выше проведение комплексного научного исследования на данную тему представляется актуальным, теоретически и практически значимым.

Объект и предмет диссертационного исследования

Объектом диссертационного исследования служит совокупность социальных отношений, обусловленных спецификой функционирования социальных институтов медицины и здравоохранения в современном российском обществе. **Предметом диссертационного исследования** являются генезис и сущность солидарных и конфликтных отношений в социальной системе «врач–пациент» современного российского общества, а также факторы, предопределяющие их динамику.

Цель и задачи диссертационного исследования

Цель диссертационного исследования – путем проведения комплексного социологического анализа солидарных и конфликтных социальных отношений в социальной системе «врач–пациент» современного российского общества определить ключевые факторы и тенденции их развития, а также разработать целостную концепцию социального управления социальным конфликтом «врач–пациент», включающую систему мероприятий, способствующих его институционализации. **Цель диссертационного исследования конкретизировалась в следующих задачах:**

- выделить исторические этапы и проанализировать социально-исторические тенденции взаимодействия медицины и общества;
- провести комплексный анализ структуры, функций и дисфункций социальных институтов медицины и здравоохранения в современном российском обществе;
- определить теоретический фундамент социологических исследований социальных отношений, сложившихся в рамках институтов медицины и здравоохранения, выявить факторы, обуславливающие их диверсификацию;
- доказать одновременность существования солидарных и конфликтных типов социальных отношений в системе «врач–пациент» современного российского общества и показать их динамику;
- выявить причины трансформации традиционных моделей солидарных отношений в социальной системе «врач–пациент» в конфликтные отношения, а также генезис и сущность подобной трансформации;
- определить объективные факторы, способствующие инициации и интенсификации социальных конфликтов в социальной системе «врач–пациент»;
- доказать деструктивную роль средств массовой информации в эскалации социального конфликта в системе «врач–пациент»;
- установить причины социальной девальвации статуса и профессиональной деятельности врача в современном обществе;
- сконструировать идеальный тип, обосновать возникновение феноменов эмоционального выгорания и профессиональных деформаций личности врача;
- обозначить тенденции в изменении медицинской этики и деонтологии в профессиональной деятельности врачебного сообщества;
- обосновать феномен незаинтересованности врача в выздоровлении пациента;
- социологически операционализировать систему понятий, связанных с дефектами оказания медицинской помощи;

- изучить ненадлежащую медицинскую практику в качестве глобальной социальной проблемы;
- обосновать макросоциальные предпосылки снижения конфликтной напряженности в социальной системе «врач–пациент»;
- разработать правовые основы социальной защищенности врачей и пациентов с целью уменьшения риска возникновения социального конфликта «врач–пациент»;
- обосновать эффективные механизмы и разработать конкретные методы социального управления конфликтом «врач–пациент» на макро-, мезо- и микроуровнях социальных отношений в российском социуме.

Теоретико-методологические основы диссертационного исследования

Теоретической базой диссертации послужили классические труды социологов¹⁵, а также исследования ведущих современных ученых – обществоведов и медиков по всем аспектам данной работы, положения и выводы, содержащиеся в них¹⁶.

¹⁵ В их числе: Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальност. Трактат по социологии знания. М.: Медиум, 1995; Гурвич Г.Д. Философия и социология права. Избранные сочинения / Пер. М.В. Антонова, Л.В. Ворониной. Санкт-Петербургский государственный университет, 2004; Дарендорф Р. Современный социальный конфликт. Очерк политики свободы / Пер. с нем. Л.Ю. Пантиной. М.: РОССПЭН, 2002; Козер Л. Функции социального конфликта / Пер. с англ. О.А. Назаровой. М.: Идея-Пресс, Дом интеллектуальной книги, 2000; Коллинз Р. Четыре социологических традиции / Пер. с англ. В. Россмана. М.: Территория будущего, 2009.

¹⁶ В их числе: Гидденс Э., Саттон Ф. Основные понятия социологии / Пер. с англ. Е. Рождественской, С. Гавриленко. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2018; Добринская Д.Е., Мартыненко Т.С. Перспективы российского информационного общества: уровни цифрового разрыва // Вестник РУДН. Серия: Социология. Т. 19. № 1. 2019; Зражевская Т.Д., Косолапов А.В. Платные медицинские услуги в бюджетных медицинских организациях в системе гарантий конституционного права на охрану здоровья // Медицинское право. 2016. № 6; Информация и общественное мнение: От репортажа в СМИ к реальным переменам / Под ред. И. Румин; Пер. с англ. М.: Альпина Паблишер, 2018; Козырев Г.И. Основы конфликтологии. М.: ИД «Форум», 2007; Лайченкова Н.Н., Нефедова С.А. Проблемы становления института государственно-частного партнерства в системе здравоохранения Российской Федерации // Ленинградский юридический журнал. 2017. № 1; Лядова А.В. Особенности становления социологии медицины как отрасли социологической науки // Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2019. № 1; Мониторинг социально-трудовых конфликтов в России: теория, методика, технологии / Науч. ред. А.С. Запесоцкий. СПб.: СПбГУП, 2017; Общая социология. Основы современной социологической теории / Под ред. Н.Г. Осиповой. М.: Канон+РООИ «Реабилитация», 2017; Осипов Г.В. Социологическая наука в условиях становления

Автор опирался на конструктивные предложения, которые содержатся в материалах научных форумов и дискуссий, развернувшихся в последние годы в печати, электронных СМИ и посвященных сфере здравоохранения.

В работе были использованы законодательные акты РФ и нормативные документы, базы данных Министерства здравоохранения РФ, Следственного комитета РФ, материалы из судебной практики и жалобы пациентов в Минздрав России, Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения.

Методологическую основу диссертационного исследования составил общенаучный принцип социально-исторического детерминизма, комплексный, формальный и содержательный, а также структурно-функциональный и деятельностный подходы к изучению взаимодействия медицины и общества, сущности социальных отношений в системе «врач–пациент».

В диссертации применялись общенаучные методы познания сложных социальных явлений и процессов – сравнительно-исторический и генетический, дедукции и индукции, классификаций, группировок и сравнения, позволяющие понять генезис и суть социальных отношений в сфере здравоохранения, определить их место в сложной цепи модернизации российского общества. Широко использовалась комбинация количественных – массового (врачей, пациентов) и экспертного (врача-ученого, врача-ординатора, врача-аспиранта) опросов – и качественных (анализ случаев, контент-анализ) методов социологического исследования.

Эмпирическая база диссертационного исследования

Эмпирическую базу диссертационного исследования составили данные, полученные в результате:

– социологического мониторинга под руководством автора в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, в состав которого входят четыре института: Институт кардиохирургии им. В.И. Бураковского, Институт коронарной и сосудистой хирургии, Реабилитационный центр для детей с пороками сердца и Институт повышения квалификации высших кадров (в мониторинге, который проводился методом анкетного опроса с 2013 по 2017 г., приняли участие 1793 медицинских работника, в том числе 298 врачей-специалистов, 425 врачей-ученых, 185 врачей-ординаторов, 113 врачей-аспирантов, 772 медицинских работника среднего звена, а также 9220 пациентов, в том числе 3150 пациентов стационарного лечения, 5150 пациентов поликлинических услуг, 920 опекунов несовершеннолетних пациентов);

– комплексного межрегионального социологического исследования, проведенного автором в конце 2018 – начале 2019 года методом анкетного опроса (в анкетировании приняли участие 1368 врачей, 155 ординаторов и аспирантов из федеральных и областных медицинских учреждений Москвы, Белгорода и Белгородской области, Пензы, Махачкалы, Кирова, Воронежа, Волгограда, Перми, Кемерова, Томска, Санкт-Петербурга; также были опрошены 1500 пациентов из всех субъектов Российской Федерации).

Количественный анализ данных был выполнен с помощью программы IBM SPSS Statistics, применяемой для обработки социологической информации. При статистической обработке данных использовалась вероятностно-математически обоснованная методика. Также применялись методы выборочного оценивания. Случайная ошибка выборки по совокупности не превышает 5% с предельной вероятностью 95%.

В диссертационной работе использованы данные, полученные в эмпирических исследованиях Е.В. Дмитриевой, А.В. Кузнецова, М.Е.

Волчанского, Г.Ф. Ромашкиной, А.В. Решетникова, И.В. Силуяновой и других ученых, а также материалы официальной статистики.

Достоверность результатов диссертационного исследования обусловлена исходными непротиворечивыми теоретико-методологическими предпосылками, корректным применением основ общей социологической теории в сочетании с положениями социологии медицины и здравоохранения, социологии управления и социологии права, использованием стандартных методов социологического анализа и процедур проведения социологических исследований, адекватных предмету и задачам исследования.

Научная новизна диссертационного исследования

Исходя из актуальных задач социологической науки, социальной и медицинской практики, в диссертационном исследовании разработаны теоретико-методологические основы комплексного социологического анализа социальных отношений в системе «врач–пациент» современного российского общества, выделены и раскрыты объективные и субъективные факторы, приведшие к трансформации традиционно солидарной модели социальных отношений в системе «врач–пациент» в конфликтную модель. Кроме того, в настоящей работе:

- систематизированы и исследованы внешние и внутренние причины, предопределяющие генезис конфликтных отношений в социальной системе «врач–пациент»;

- представлены результаты социологического мониторинга и комплексного межрегионального социологического исследования по широкому кругу злободневных социальных проблем, обуславливающих конфликтный характер социальных отношений между врачами и пациентами;

- доказано несовершенство неолиберального подхода к реформе здравоохранения и обоснована необходимость его пересмотра на качественно новом уровне;
- конкретизирован и четко социологически операционализирован понятийный аппарат, связанный с дефектами медицинской помощи населению;
- всесторонне исследованы и дифференцированы процессы эмоционального выгорания и профессиональных деформаций личности врача в современном социуме, показано их влияние на социальное здоровье российского общества;
- научно обоснован и раскрыт феномен незаинтересованности современных медицинских работников в физическом и психическом здоровье пациентов;
- предложен комплекс мер и методики, способствующие повышению дисциплинарной ответственности врача за нарушения норм этики и деонтологии;
- доказаны позитивные результаты профилактики и медиации как основных методов регулирования социального конфликта в системе «врач–пациент»;
- разработаны методология и процедуры нормализации социальных отношений в сфере здравоохранения, а также представлены макеты нормативных документов, способствующих социально-правовому управлению конфликтом в социальной системе «врач–пациент».

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Рост интереса современных медиков и социологов к социально-медицинской проблематике обусловлен рядом моментов, которые во многом повлияли на активное развитие социологии медицины. В то же время сегодня социология медицины, как и многие другие научные гибриды, сталкивается с

целым рядом теоретико-методологических трудностей. Важнейшей из них представляется многогранность и известная размытость предметного поля, которая предопределяет множественность названий этой достаточно конкретной сферы научных исследований. Так, в современной социологии существует несколько обозначений по сути единой предметной области, занимающейся анализом социальных аспектов взаимоотношений здравоохранения, медицины и общества, состояния здоровья различных социальных групп населения: «социология медицины», «социология медицины и здравоохранения», «медицинская социология», «социология в медицине», «социология здоровья».

2. Для анализа сущности социальных отношений в сфере здравоохранения наиболее научно обоснованным, широким и перспективным представляется интегративный подход, обозначенный как «социологический анализ медицины и здравоохранения». В его основе лежит интерпретация медицины и здравоохранения как социальных систем и социальных институтов, рассматриваемых в рамках общей социологической теории. С точки зрения структурно-функционального подхода современные институты медицины и здравоохранения представляют собой особые функциональные социальные системы, разделенные, в свою очередь, на подсистемы, каждая из которых несет конкретную функциональную нагрузку. Научное представление о системе, структуре, функциях и дисфункциях института здравоохранения дает необходимые ориентиры при проведении социологических исследований, анализе основных объектов и их системных взаимосвязей.

3. Основу структуры института здравоохранения составляют лечебные учреждения, в которых реализуется основная функция медицины и здравоохранения – охрана здоровья граждан. В системе здравоохранения существует ряд функциональных систем, которые считаются вторичными по отношению к его организационно-учрежденческой «лечебной» структуре. Все эти подсистемы института здравоохранения носят организованный характер и

связаны между собой сложной сетью социальных связей и отношений. Данные отношения основаны на солидарности, но они также могут носить ярко выраженный конфликтный характер. Совокупность подобных социальных отношений охватывает все медицинское сообщество, однако главным структурным компонентом социально-медицинского сообщества являются медицинские работники (врачи) и пациенты. Таким образом, ключевым фактором для социологического анализа системы здравоохранения выступает взаимодействие в сфере охраны здоровья, имеющее место в подсистеме «врач–пациент». Именно эта подсистема очень важна для социологического анализа трансформации моделей конкретных социальных отношений в ней в условиях современных социальных реалий.

4. Поспешные реформы в сфере здравоохранения привели к социально-негативным результатам, главным из которых стала трансформация традиционной солидарной модели социальных отношений в системе «врач–пациент» в конфликтную модель, что повлекло за собой снижение доверия населения к врачам, отказ больных людей от своевременной медицинской помощи в пользу самолечения, общее снижение уровня здоровья российской нации. Данная тенденция обусловлена как объективными, так и субъективными факторами. К объективным относятся либерализация социальных институтов медицины и здравоохранения, их дисфункции, которые привели к девальвации социального статуса и профессиональной деятельности врача. Особую деструктивную роль в трансформации солидарных социальных отношений в сторону конфликтности, в инициации социального конфликта в социальной системе «врач–пациент» играют СМИ. Субъективные факторы связаны с профессиональными особенностями личности врача, отклонениями профессионального здоровья современного врача от идеального типа, которые проявляются в синдроме эмоционального выгорания и профессиональных деформациях личности врача, феномене незаинтересованности врачей в лечении и выздоровлении пациентов.

5. Ведущим фактором генерирования конфликтных социальных отношений в системе «врач–пациент» являются дефекты медицинской помощи (ненадлежащая медицинская практика), которые стали глобальной социальной проблемой. Дефекты медицинской помощи, включающие целый ряд деяний врачебного сообщества, от непредвиденного результата врачебного вмешательства и врачебной ошибки до врачебной халатности и преступления, имеют множественные причины не только медицинского, но также социального и правового характера. Однако последствия являются общими для всех их разновидностей – это снижение доверия населения к врачам, рост числа судебных исков к медикам и отказ последних от потенциально опасных в этом отношении врачебных специальностей.

6. В современную эпоху успешное функционирование организаций здравоохранения предполагает постоянную гармонизацию социальных отношений врачей и пациентов, адаптацию этических и деонтологических норм врачебной деятельности к экономическим, политическим, правовым и социальным реалиям XXI века. Развитие гармоничных социальных отношений медицины и общества с точки зрения социологической науки должно протекать на основе коллегиального подхода и приоритета принципа конечного результата врачебной помощи, который выявляется путем комплексной оценки составляющих его компонентов – состояния здоровья пациента, качества процесса лечения и моральной удовлетворенности его результатом.

Для этого должны быть переопределены принципы и цели социального управления здравоохранением на государственном уровне, преобразованы структура и содержание формальных и неформальных связей в медицинском коллективе. В конечном счете вся идеология медицинского учреждения должна быть направлена на пересмотр существующей системы оказания медицинской помощи населению, что влечет за собой серьезную переработку стратегии и тактики врачебной практики, ряда ее ключевых моральных и юридических норм.

Особую роль в данном процессе призван играть постоянный социологический мониторинг с целью анализа эволюции мотивации профессионального труда в здравоохранении, поскольку механизмы общественного стимулирования труда врача должны быть направлены на преодоление порога его безразличия по отношению к пациенту.

Научная значимость и практическая ценность результатов диссертационного исследования

Научная значимость результатов диссертации состоит в возможности использования основных ее теоретических положений в дальнейшей разработке актуальных проблем современной социологической теории, социологии медицины и социологии здоровья, социологии управления. Выводы, полученные автором, способствуют углублению и расширению имеющихся в современной социологической науке представлений о трансформации социального института здравоохранения и существующих в нем социальных отношениях.

Практическая ценность диссертационного исследования определяется его направленностью на совершенствование государственной политики в области охраны и сбережения здоровья населения, решение важных задач в области социального управления сферой здравоохранения, улучшение социальных взаимоотношений между субъектами и объектами управления (врач–пациент), профилактику конфликтов.

Фактологический материал, собранный и структурированный автором, может быть применен в процессе преподавания учебных дисциплин профильной направленности, для разработки программ магистратуры и дополнительного образования, а также для подготовки аналитических записок, научных отчетов, докладов и выступлений.

Апробация результатов диссертационного исследования

Основные результаты диссертационного исследования были изложены автором на ежегодных общероссийских и международных научных форумах и опубликованы в их сборниках. В их числе:

– XVII, XIX, XX, XXII и XXIII Всероссийские съезды сердечно-сосудистых хирургов¹⁷, XVII, XIX, XXI и XXII Ежегодные сессии Национального научно-практического центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева Минздрава России с Всероссийской конференцией молодых ученых¹⁸;

¹⁷ Семина Т.В. Нормативно-правовое обеспечение информатизации в организациях здравоохранения / XVII Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. Москва, 27–30 ноября 2011 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. Приложение. 2011. Т. 12. № 6. С. 274; Семина Т.В. Этика и деонтология сестринской деятельности / XIX Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. Москва, 27–30 ноября 2013 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. Приложение. 2013. Т. 14. № 6. С. 264; Семина Т.В. Судебные иски пациентов / XX Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. Москва, 23–26 ноября 2014 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. Приложение. 2014. Т. 15. № 6. С. 298; Семина Т.В., Елисеев М.Б. Факторы внешней среды по возникновению конфликта в медицине / XX Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. Москва, 23–26 ноября 2014 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. Приложение. 2014. Т. 15. № 6. С. 302; Семина Т.В. Анализ судебных исков по «врачебным ошибкам» в современном здравоохранении / XXII Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. Москва, 27–30 ноября 2016 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. Приложение. 2016. Т. 17. № 6. С. 258.

¹⁸ Семина Т.В. Теоретический анализ юридической ответственности медсестры / XVII Ежегодная сессия Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с Всероссийской конференцией молодых ученых. Москва, 19–21 мая 2013 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2013. Т. 14. № 3. С. 159; Крупянко С.М., Бокерия Л.А., Милюевская Е.Б., Семина Т.В., Манерова О.А. Штатные нормативы реабилитационного центра для детей с врожденными пороками сердца / XIX Ежегодная сессия Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с Всероссийской конференцией молодых ученых. Москва, 18–20 мая 2015 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2015. Т. 16. № 3. С. 170; Семина Т.В. Тенденции современного здравоохранения: выгорание врача – сердечно-сосудистого хирурга / XXII Ежегодная сессия Национального научно-практического центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с Всероссийской конференцией молодых ученых. Москва, 21–23 мая 2017 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2017. Т. 18. № 3. С. 178; Семина Т.В., Мулов Б.В. Социально-значимый проект «Центр медико-правовой поддержки медицинских работников»: цели и задачи / XXII Ежегодная сессия Национального научно-практического центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с Всероссийской конференцией молодых ученых. Москва, 21–23 мая 2017 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2017. Т. 18. № 3. С. 183; Семина Т.В., Чеботарь Е.А. Медицинская активность населения как фактор здоровьесберегающего поведения // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2018. Т. 19. С. 267.

– X, XI и XII Международные научные конференции «Сорокинские чтения»¹⁹ и Научная конференция «Ломоносовские чтения» 2016, 2017, 2018 и 2019 годов²⁰;

– Международная научно-практическая конференция «Организационно-правовое регулирование безопасности жизнедеятельности в современном мире»²¹.

Ряд аспектов диссертации нашел отражение в материалах, подготовленных диссертантом по запросу Комитета Государственной Думы по охране здоровья²².

Положения и выводы диссертационного исследования внедрены в научно-проектную деятельность по теме «Современные тенденции развития социологии медицины (2013–2014 гг.)» Научно-внедренческого центра Международного исследовательского института, а также нашли практическое применение в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр

¹⁹ Семина Т.В. Социология конфликта медицины и общества / Сб. материалов X Международной научной конференции «Сорокинские чтения» «Здоровье российского общества в XXI веке: социологические, психологические и медицинские аспекты». Москва, 17–18 февраля 2016 г. М.: Издательство Московского университета, 2016. С. 179–181; Семина Т.В. Современные тенденции междисциплинарного образования в сфере здравоохранения. / Сб. материалов XI Международной научной конференции «Сорокинские чтения» «Университет в глобальном мире: новый статус и миссия». Москва, 21–22 февраля 2017 г. М.: МАКС Пресс, 2017. С. 502–503; Семина Т.В. Социальная несправедливость в сфере здравоохранения // Сб. материалов XII Международной научной конференции «Сорокинские чтения» «Социальная несправедливость в социологическом измерении: вызовы современного мира». 19–20 февраля 2018 г. М.: МАКС Пресс, 2018. С. 105–107.

²⁰ Семина Т.В. Парадигма конфликтности в сфере здравоохранения в условиях культурно-нравственных трансформаций / Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова. Научная конференция «Ломоносовские чтения». Апрель 2016 г. Программа. Секция социологии; Семина Т.В. Развитие междисциплинарного образования в сфере здравоохранения / Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова. Научная конференция «Ломоносовские чтения». Апрель 2017 г. Программа. Секция социологии; Семина Т.В. Факторы профессионального выгорания врача в современном обществе / Ломоносовские чтения – 2018. Секция «Социология». Москва, МГУ им. М.В. Ломоносова, 18–25 апреля 2018 г.; Семина Т.В. Социальные конфликты в сфере охраны здоровья населения / Ломоносовские чтения – 2019. Секция «Социология», Москва, МГУ им. М.В. Ломоносова, 15–25 апреля 2019 г.

²¹ Семина Т.В. Обоснованный риск в профессии врача // Организационно-правовое регулирование безопасности жизнедеятельности в современном мире. Сборник материалов научно-практической конференции. 18–20 мая 2016 г. СПб., 2016. С. 184–187.

²² Семина Т.В. Парадигма взаимоотношений врача и пациента // Безопасность и этические аспекты деятельности медицинских работников. Правовое обеспечение. Управление библиотечных фондов (Парламентская библиотека). М.: Библиодосье, 2016. С. 12–16; Семина Т.В. СМИ и медицина: Проблемы реализации правовой защиты престижа профессии врача в современной России // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева. 2019; Т. 20. № 5. Приложение. С. 174.

сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения РФ. Они также использовались в практической работе автора в качестве члена «Общероссийского народного фронта» (далее – ОНФ) и эксперта подгруппы ОНФ «Политика в сфере здравоохранения».

По материалам диссертационного исследования опубликовано около 100 печатных работ общим объемом 75 авторских листов, в том числе 3 монографии, а также 21 статья в ведущих научных журналах из перечня, рекомендованного Министерством образования и науки РФ и утвержденного Ученым советом МГУ имени М.В. Ломоносова для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, 5 глав (включающих 16 параграфов), заключения, списка литературы и 16 приложений. Объем текста диссертационной работы (без приложений) составляет 449 страниц, список литературы содержит 487 наименования.

ГЛАВА ПЕРВАЯ. СОЦИАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ СОВРЕМЕННЫХ ИНСТИТУТОВ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. Медицина, здравоохранение и общество: фокусы исследовательских подходов

Одной из глобальных социальных проблем, вызывающих озабоченность и всего мирового сообщества, и отдельных государств, является здоровье населения.

Здоровье населения – «комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, в котором интегрируются биологические, демографические и социальные процессы, происходящие в человеческом обществе, отражается уровень экономического и культурного развития последнего, состояние медицинской помощи»²³.

В социологии под здоровьем населения или общественным здоровьем понимается «характеристика состояния здоровья членов социальной общности, измеряемая комплексом социально-демографических показателей: рождаемостью, смертностью, средней продолжительностью жизни, заболеваемостью, уровнем физического развития»²⁴.

Общественное здоровье – это «интегрированное выражение динамики индивидуальных уровней здоровья всех членов общества. С одной стороны, оно отражает степень вероятности для каждого человека достижения максимального уровня здоровья и творческой работоспособности на протяжении максимально продленной индивидуальной жизни. С другой стороны - характеризует жизнеспособность всего общества как социального организма и его возможности гармоничного роста и социально-экономического

²³ Соломенцева Г.П. Социология здоровья / Социологическая энциклопедия в 2-х Т. / Руководитель научного проекта Г.Ю. Семигин. М.: Мысль, 2003. Т. 2. С. 524.

²⁴ Здоровье населения // Социологический энциклопедический словарь. На русском, английском, немецком, французском и чешском языках / Ред.-координатор Г.В. Осипов. М.: Издательская группа ИНФРА М – НОРМА, 1998. С. 87.

развития»²⁵. Общественное здоровье традиционно связано с такими важнейшими системными элементами социальной сферы жизнедеятельности общества как медицина и здравоохранение.

Медицина – (от лат. *medicina* - врачебный, лечебный) – «область научной и практической деятельности, направленная на сохранение и укрепление здоровья, распознавание, лечение и предупреждение болезней, продление жизни»²⁶.

Здравоохранение – «система социально-экономических и медицинских мероприятий, а также социальных институтов, деятельность которых направлена на сохранение и повышение уровня здоровья населения»²⁷. Функционирование этой системы обеспечивается наличием кадров, материально-технической базы, определенной организационной структуры, соответствующих технологий и развитием медицинской науки. Термин «здравоохранение» также «относится к различным институтам, осуществляющим функции охраны и поддержания здоровья, и может быть связан со здравоохранительной деятельностью в сфере семьи, образования, труда, религии, права, экологии и т.д.»²⁸

Очевидно, что категории «медицины» и «здравоохранения» близки по смыслу и взаимосвязаны. Но, как отмечают исследователи, «если рассуждать в понятиях «шире – уже», то нетрудно заметить, что здравоохранение вбирает в себя медицину. Медицина – не просто подсистема здравоохранения, а

²⁵ Осипова Н.Г. Социальное конструирование общественного здоровья // Вестник московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2016. № 4. С. 123.

²⁶ Медицина // Социологический энциклопедический словарь. На русском, английском, немецком, французском и чешском языках / Ред.-координатор Г.В. Осипов. М.: Издательская группа ИНФРА М – НОРМА, 1998. С. 174.

²⁷ Здравоохранение // Социологический энциклопедический словарь. На русском, английском, немецком, французском и чешском языках / Ред.-координатор Г.В. Осипов. М.: Издательская группа ИНФРА М – НОРМА, 1998. С. 174.

²⁸ Шухатович В.Р. Социология медицины и здравоохранения // Социология: Энциклопедия / Сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелкин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный Дом, 2003. С. 1035.

основополагающий инструмент сохранения и укрепления общественного и индивидуального здоровья»²⁹.

Здоровье населения является одним из приоритетов государственной политики, именно поэтому «система здравоохранения призвана решать крупные стратегические задачи развития страны, и прежде всего, укреплять физическое и социальное благополучие граждан и удовлетворять растущие потребности населения в медицинской помощи. Здравоохранение призвано внести свой вклад в формирование производственного потенциала общества, обеспечивая необходимое воспроизводство трудовых ресурсов»³⁰.

Не вызывает сомнения то, что здоровье – это состояние, которое ценно само по себе. Для улучшения здоровья люди используют, в том числе систему здравоохранения. Но, в отличие от здоровья, система здравоохранения является ценной не сама по себе, а лишь как средство для достижения наилучшего здоровья, в том числе путем предоставления медицинской помощи³¹. В данной связи «взаимодействие людей со здравоохранением можно рассматривать в качестве важной стороны самосохранительного поведения – существенного элемента всей социальной жизнедеятельности»³².

Проблемы сохранности индивидуального и общественного здоровья, взаимодействия с медициной и здравоохранением различных социальных групп общества, служили предметом разностороннего анализа с древнейших времен. Изучение индивидуального здоровья началось почти две тысячи лет назад и восходит к медицине Древней Греции, а возникновение концепций общественного здоровья относят к Новому времени. Постепенно эти проблемы стали фокусом широкого круга социальных обследований, проводившихся в странах Западной Европы.

²⁹ Вялых Н.А. Стратегии потребления медицинской помощи: социологический анализ. Ростов-на-Дону: Изд-во Южного Федерального университета, 2015. С. 9.

³⁰ Гусейнов Р.А., Семенихина В.А. Экономическая теория. М.: Изд-во «Омега-Л», 2010. С. 439.

³¹ Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения. 2-е изд., перераб. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2014. С. 24.

³² Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М.: РИОР; Инфра-М, 2012. С. 299.

Например, в Великобритании социальные обследования по проблемам труда и быта различных социальных групп, имевшие прагматическую и эмпирическую ориентацию, проводились политическими арифметиками, а также в рамках работы Лондонского статистического общества, парламентских комиссий, различных докторов и инспекторов.

К одному из наиболее ранних трудов, посвященных изучению социальной обусловленности здоровья и болезни, относится трактат от 1663 г. «Естественные и политические наблюдения, сделанные на основании записей о смертности» английского политического арифметика Джона Граунта. В этом трактате ученый, используя статистические методы, попытался выявить влияние социальных факторов на распространение эпидемии бубонной чумы в Лондоне и создать систему ее предупреждения³³.

В Италии, на рубеже XVII – начале XVIII столетий врач Бернардино Рамаццини в трактате «О болезнях ремесленников», написанном в 1700 году, установил взаимосвязь между условиями труда ремесленников Модены и Падуи и наиболее распространенными в рабочей среде заболеваниями³⁴.

Однако своеобразный «бум» подобных медико-социальных обследований начался почти полтора века спустя – с конца 30-х гг. XIX столетия. Именно с этого времени в житейском и научном обороте закрепился новый термин «социальное» или «общественное», а затем и наука об обществе – социология получила ряд импульсов для своего развития.

Так, «начиная с 1835 г. в Англии появляются первые книги и брошюры, анализирующие состояние дел по результатам проведенных социальных обследований. К ним, например, относят труды доктора Уэйда «История среднего и рабочего классов» и П. Гаскелла «Промышленное население Англии, его моральное, социальное и физическое положение, и изменения,

³³ Graunt J. Natural and Political Observations Made upon the Bills of Mortality / Edited with an Introduction by Walter F. Willicox. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1939.

³⁴ Ramazzini B. De Morbis Artificum Diatriba (Diseases of Workers) // American Journal of Public Health. 2001. September. V. 91 (9). P. 1380 - 1382.

обусловленные применением паровых машин; с обследованием детского труда», а также доклад доктора Алисона «Попечительство о бедных в Шотландии», прочитанный им в октябре 1844 г. на пленуме «Британской ассоциации содействия развитию науки»³⁵.

По результатам отчетов медиков, или в дополнение к ним, «в английской прессе регулярно публиковались официальные таблицы «смертности». Например, в газете «Манчестер Гардиан» от 31 июля 1844 года были опубликованы «официальные таблицы смертности». Согласно данным, приведенным в таблицах, смертность в некоторых больших городах, например, в Манчестере, выражалась в соотношении 1:32,72.

Новейшие на то время данные по смертности опубликовал манчестерский врач П.Г. Холланд. Этот медик, обследовав предместье Манчестера – Чорлтонон он Медлок, разбил дома и улицы на три категории (в зависимости от благополучия их обитателей). Из представленных им таблиц очевидно, что смертность на улицах второй и на улицах третьей категории оказалась на категории существенно выше (на 18% и 68% соответственно), чем на улицах первой категории. Кроме того, смертность на грязных улицах после их очистки уменьшилась на 25%»³⁶.

В 1847 г. увидела свет книга немецкого врача Саломона Нейманна «Общественное здравоохранение и собственность»³⁷, в которой исследовалось состояние здоровья различных слоев населения в зависимости от их социально-экономического положения. В 1848 году другой немецкий врач - Рудольф Вирхов, по итогам своих наблюдений, опубликовал «Сообщения о распространении эпидемии тифа в Верхней Силезии»³⁸. В них Р. Вирхов, в частности, утверждал, что «медицина – в сущности, социальная наука, поэтому

³⁵ См.: Алтунина О.В. Становление социологии в Великобритании. Дисс. уч. ст. канд. соц. н. М.: ИСПИ РАН, 2003. С. 19 – 31.

³⁶ См.: Алтунина О.В. Становление социологии в Великобритании. Дисс. уч. ст. канд. соц. н. М.: ИСПИ РАН, 2003. С. 19 – 31.

³⁷ Neumann S. Die Oeffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum. Berlin, 1847.

³⁸ Virchow R. Mittheilungen. Mittheilungen Über die in Oberschlesien Herrschende Typhus-Epidemie. In German. Berlin: G. Reimer, 1848.

недостаточно выявить болезнь, необходимо найти и устранить те факторы, которые оказывают влияние на возникновение и распространение заболевания»³⁹.

В 1848 г. французский врач Жюль Рене Герен в «Газете медицинского сообщества Парижа» опубликовал обращение, в котором «призвал создать новую, социальную медицину, сочетающую в себе знания медицинской практики и социальных аспектов здоровья, что, по его мнению, способствовало бы наиболее эффективному решению существующих проблем общественного здравоохранения»⁴⁰.

Однако преимущественной целью данных социально-медицинских обследований оставался сбор чистых фактов без какого-либо научного анализа. Одним из немногих исключений стала книга выдающегося английского мыслителя Ф. Энгельса «Положение рабочего класса в Англии», основанная на их глубоком обобщении и фундаментальном теоретическом осмыслении.

В этой книге Ф. Энгельс предпринял детальное исследование того положения, в котором находится неимущий (*рабочий – T.C.*) класс, «какое жилище, какую одежду и пищу общество дает рабочим в уплату за их работу, какое существование оно обеспечивает тем, кто более всего способствует существованию общества»⁴¹. При этом особого внимания заслуживает факт, что в результате своего исследования ученый обосновал причины потери общественного здоровья анализируемой им социальной группой.

Так, описание быта рабочих Ф. Энгельс начал с Лондона, а затем - других больших городов Соединенного Королевства - Дублина, Манчестера, Лидса, Эдинбурга. Его вывод - трущобы, в которых проживали английские рабочие, везде, в общем, одинаковы. Это «самые отвратительные дома в самой скверной части города, чаще всего вереницы двухэтажных или одноэтажных кирпичных

³⁹ Лядова А.В. Особенности становления социологии медицины как отрасли социологической науки // Вестник московского университета. Серия 18: социология и политология. 2019. № 1. С. 46.

⁴⁰ Лядова А.В. Особенности становления социологии медицины как отрасли социологической науки // Вестник московского университета. Серия 18: социология и политология. 2019. № 1. С. 47.

⁴¹ Энгельс Ф. Положение рабочего класса в Англии. Маркс К., Энгельс Ф. Об Англии. М., 1952. С. 49.

зданий, почти всегда расположенных в беспорядке, с жилыми подвалами во многих из них. Эти домики, состоящие из трех-четырех комнат и кухни, называются коттеджами и составляют во всей Англии, за исключением некоторых частей Лондона, обычные жилища рабочего. Улицы здесь обычно не мощеные, грязные, с ухабами, покрыты растительными и животными отбросами, без водостоков и сточных канав, но зато со стоячими зловонными лужами. Неправильная, беспорядочная застройка таких частей города мешает вентиляции, а так как множество людей живет здесь на небольшом пространстве, то легко представить себе, какой воздух стоит в этих рабочих районах»⁴².

В качестве подтверждения своему обобщению Ф. Энгельс привел данные журнала Статистического общества, опубликованные в 1840 году.

«...5 366 рабочих семейств в Вестминстере (Лондон) занимали 5 294 квартиры, если это можно назвать «квартирами»; мужчины, женщины и дети, всего 26 830 человек, были скучены, невзирая на возраст и пол, и из этих семейств три четверти имели лишь по одной комнате. Но самый крупный рабочий район лежит к востоку от Тауэра в Уайтчепле и Бетнал-грине, где сконцентрирована главная масса лондонских рабочих. ...Здесь имеется 1400 домов, в которых живет 2795 семейств, около 12 тыс. человек. Пространство, на котором размещается это многочисленное население, имеет в общей сложности меньше 400 ярдов (1 200 футов) в квадрате, и при такой тесноте нередко муж, жена, четверо-пятеро детей, а иногда и бабушка, и дедушка ютятся в одной комнате в 10 - 12 квадратных футов и здесь работают, едят и спят. Во всей округе едва ли найдется один отец семейства из десяти, у которого есть другая одежда, кроме рабочего костюма, да и тот состоит из одних лохмотьев; многие из них не имеют ничего, чем покрыться ночью, кроме этих же лохмотьев, а постелью им служит лишь мешок с соломой или стружками»⁴³. Согласно Ф.

⁴² Энгельс Ф. Положение рабочего класса в Англии. Маркс К., Энгельс Ф. Об Англии. М., 1952. С. 55.

⁴³ Энгельс Ф. Положение рабочего класса в Англии. Маркс К., Энгельс Ф. Об Англии. М., 1952. С. 56.

Энгельсу, то, «как удовлетворяется потребность в жилье, может служить мерилom того, как удовлетворяются все остальные потребности рабочих»⁴⁴.

Ф. Энгельс, детально изучив условия, в которых жили рабочие британской промышленности, доказал что «<...> английское общество поставило рабочих в положение, в котором они не могут ни сохранить здоровье, ни долго просуществовать; что оно, таким образом, неуклонно, по частям подтачивает организм рабочих и преждевременно сводит их в могилу»⁴⁵.

«Прежде всего, классу людей, живущих в описанных выше условиях и так скудно обеспеченных самыми необходимыми средствами существования, не может быть свойственно *крепкое здоровье и долголетие* (курсив наш – Т.С.) - это ясно само собой. Мы находим со всех сторон подтверждение того, что рабочие жилища, расположенные в худших частях города, в сочетании с общими условиями жизни рабочих, являются причиной множества болезней. Судя по годовому отчету д-ра Саутвуда Смита, в лондонской больнице для горячечных перебивало в 1843 г. 1462 больных, на 418 больше, чем в любой из прежних годов. Эта болезнь особенно свирепствовала в сырых и грязных частях восточных, северных и южных районов Лондона. Значительную часть больных составляли рабочие, которые недавно прибыли из деревни, претерпели в пути и уже в самом Лондоне жестокие лишения, валялись на улицах раздетые и голодные, не нашли работы и в конце концов пали жертвой горячки. И если принять во внимание, что медицинская помощь заболевшим крайне недостаточна, что многие совершенно лишены медицинских советов и незнакомы с самыми обыкновенными предписаниями диеты, то смертность покажется еще незначительной. Ряд других болезней имеет своей непосредственной причиной не столько жилища, сколько питание рабочих»⁴⁶.

⁴⁴ Энгельс Ф. Положение рабочего класса в Англии. Маркс К., Энгельс Ф. Об Англии. М., 1952. С. 56.

⁴⁵ Энгельс Ф. Положение рабочего класса в Англии. Маркс К., Энгельс Ф. Об Англии. М., 1952. С. 106.

⁴⁶ Энгельс Ф. Положение рабочего класса в Англии. Маркс К., Энгельс Ф. Об Англии. М., 1952. С. 140 - 146.

Результатом всего этого, согласно Ф. Энгельсу, является общая физическая слабость рабочих. «Редко встретишь среди них сильных, хорошо сложенных и здоровых людей, по крайней мере, среди промышленных рабочих, работающих большей частью в закрытых помещениях, а у нас ведь речь идет только о них. Почти все они слабы, с угловатым, но не крепким скелетом, худы, бледны, со слабо развитыми мышцами, кроме разве тех мышц, которые особенно напрягаются при работе. Почти все болеют несварением желудка и вследствие этого более или менее страдают ипохондрией и вообще бывают мрачны и неприветливы. В связи с этим они рано стареют и умирают в молодых летах»⁴⁷.

Если говорить о России, то известно, что одним из первых привлек внимание к социальным аспектам здоровья крепостных крестьян М.В. Ломоносов, который отмечал негативное влияние на состояние здоровья русского народа таких социальных факторов как условия жизни, качество питания, отсутствие общественного здравоохранения в городах и деревнях, системы подготовки медицинских кадров⁴⁸.

В конце XIX – начале XX века началось изучение общественного здоровья по показателям заболеваемости и смертности в отдельных группах населения в ряду сплошных обследований силами земских санитарных статистиков сначала в Московской губернии, а затем – по всей России. Затем развернулись систематические исследования причин смертности и факторов отдельных заболеваний в рамках коммунальной гигиены, географической медицины и медицинской демографии.

К первым медико-социальным исследованиям относят те, которые проводились с 1907 г. русским врачом-гигиенистом А.И. Шингаревым, который в работе «Вымирающая деревня. Опыт санитарно-эпидемиологического

⁴⁷ Энгельс Ф. Положение рабочего класса в Англии. Маркс К., Энгельс Ф. Об Англии. М., 1952. С. 140 - 146.

⁴⁸ Ломоносов М.В. О размножении и сохранении русского народа // Ломоносов М.В. Избранные философские произведения. Москва, 1950. С. 598 - 614.

исследования двух селений Воронежского уезда»⁴⁹ проанализировал медико-санитарное неблагополучие в крестьян в России при помощи «подворной карты». «Эта карта включала сведения о возрастном составе семьи, промыслах, заработке ее членов, размере земледельческих операций, количестве употребляемых продуктов питания, травматизме, заболеваемости, рождаемости, брачности, смертности, образе жизни и т.д. Данный исследователь, сгруппировав крестьянские семьи по величине земельного надела, пришел к выводу о зависимости здоровья от социально-экономического положения населения»⁵⁰.

Однако на протяжении довольно длительного периода социальные аспекты медицины и здравоохранения были растворены в социальной статистике, социальной гигиене и эпидемиологии, а затем - в социальной работе. Основу социальной работы составила не только помощь больным людям, но и профилактика так называемых социальных болезней⁵¹.

Тесная связь медицины и здравоохранения с точки зрения дисциплинарного обособления в рамках социологии была вынесена на научную «повестку дня» лишь в конце XIX - начале XX века.

Так, общеизвестным в среде исследователей является факт, что в 1894 г. американский исследователь Чарли МакИнтайр в статье «Важность изучения медицинской социологии»⁵², опубликованной в «Бюллетене Американской академии медицины», обосновал необходимость создания особой отрасли социологической науки – «медицинской социологии» и достаточно полно определил ее предметную область.

⁴⁹ Шингарев А.И. Вымирающая деревня. Опыт санитарно-эпидемиологического исследования двух селений Воронежского уезда. 2-е изд. СПб., 1907.

⁵⁰ Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 36.

⁵¹ Туберкулеза, венерических заболеваний, гепатита, сахарного диабета и т.п., возникновение и распространение которых в определяющей степени зависит от неблагоприятных условий социально-экономического строя, а также таких социальных факторов как материальное состояние народа, плотность населения, культурные навыки, характер питания и водоснабжения. (Прим. автора).

⁵² McIntire C. The Importance of the Study of Medical Sociology // Bulletin of the American Academy of Medicine, 1894. № 19. February. P. 425 - 434.

В данной статье этот ученый, ссылаясь на определение социологии как «науки о социальных феноменах, которая занимается законами, регулирующими человеческое общество ...» из «Словаря века»,⁵³ задавался следующими вопросами: «Может ли существовать в качестве частного (особенного) отдел социологии, заслуживающий название “медицинская социология”?»⁵⁴ «Есть ли какие-либо характерные черты у феномена, сопутствующего членам медицинской профессии, отличающие их от феноменов окружающей их жизни другой части людей, стоящих вне этой профессии?»⁵⁵.

Согласно Ч. МакИнтайру, «медицинская социология имеет два аспекта. Это наука о социальных феноменах в среде самих врачей как отдельного и изолированного класса; и наука, которая исследует законы, регулирующие отношения между медицинской профессией и человеческим обществом как целостностью: исследующая структуру обеих, то, откуда это общественное положение произошло, какой прогресс в этом отношении совершила цивилизация, и вообще все, связанное с этим предметом»⁵⁶. И далее: «поскольку медицинская социология имеет своим предназначением изучение самого врача, то она включает множество областей интересных исследований. Но есть все же более широкая область: врач существует потому, что есть те, которые не являются врачами, кто в своем индивидуальном и коллективном опыте нуждается в помощи такого вариативного человеческого сообщества для собственного благополучия. В этой занятой “нами” многосторонней цивилизации врач вступает в контакт практически с каждой ее стороной и

⁵³ Словарь века (Century Dictionary) представляет собой один из наиболее объемных толковых словарей английского языка. Первое издание этого словаря, на которое, в частности, ссылается Ч. МакИнтайр, увидело свет в 1889 – 1891 гг. (*Прим. автора*).

⁵⁴ McIntire C. The Importance of the Study of Medical Sociology // Bulletin of the American Academy of Medicine, 1894. № 19. February. P. 425.

⁵⁵ McIntire C. The Importance of the Study of Medical Sociology // Bulletin of the American Academy of Medicine, 1894. № 19. February. P. 425.

⁵⁶ McIntire C. The Importance of the Study of Medical Sociology // Bulletin of the American Academy of Medicine, 1894. № 19, February. P. 425 - 426.

“углом”, <...> которые неизбежно «одновременно отражают социальные факторы и собственно социальные проблемы»⁵⁷.

В 1902 г. Элизабет Блэкуэлл, первая женщина, получившая степень доктора медицины в Америке, написала «Эссе по медицинской социологии»⁵⁸. В 1909 г. исследователь Джеймс Уорбейс опубликовал учебник «Медицинская социология», а в 1914 году увидела свет его статья «Социализация медицины»⁵⁹. Он же основал социологическую секцию Американской ассоциации общественного здравоохранения⁶⁰.

В целом все эти авторы акцентировали внимание врачебного сообщества на социальных аспектах медицинской деятельности, указывали на необходимость исследования социальных факторов, влияющих на улучшение общественного здоровья.

В России в 1920-е гг. видные организаторы советского здравоохранения, выдающиеся врачи - А.И. Винокуров, С.И. Мицкевич, Н.А. Семашко, Э.П. Соловьёв и многие другие заложили основы социологического анализа медицины и здравоохранения, обратив внимание на необходимость решения не только медицинских, но и социальных проблем в этих областях.

Тем не менее, очевидно, что на первых этапах инициаторами проведения социологических исследований в области общественного здоровья, медицины и здравоохранения – медицинской социологии - являлись именно врачи. В систему собственно социологического знания проблемы медицины и здравоохранения были включены относительно недавно, в 1950-е гг., когда назрела необходимость теоретико-социологического осмысления роли и места медицины в обществе, социализации системы здравоохранения, изучения

⁵⁷ McIntire C. The Importance of the Study of Medical Sociology // Bulletin of the American Academy of Medicine, 1894. № 19, February. P. 429.

⁵⁸ Blackwell E. Essays in Medical Sociology. London, 1902.

⁵⁹ Warbasse J.P. The Socialization of Medicine // Journal of American Medical Association. 1914. №.63. P. 264 - 266.

⁶⁰ Rosen G. The Evolution of Social Medicine // Handbook of Medical Sociology: 3-rd ed., / eds. H. Freeman, S. Levine, L. Reeder. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc., 1979. P. 37.

ролевого поведения врачей и пациентов в конкретных социально-экономических условиях.

В этот же период также имел место интенсивный процесс дифференциации социологического знания, который привел к концептуальному оформлению ее дисциплинарной матрицы в виде совокупности отраслевых социологий - отдельных сфер социологического знания. Эти сферы имеют «предметом изучения относительно самостоятельные, специфические подсистемы общественного целого и социальных процессов. В их рамках та или иная сфера жизнедеятельности общества рассматривается как относительно самостоятельная система с общими и специфическими связями, универсальными и частными характеристиками, общими и особенными условиями происхождения, функционирования и развития»⁶¹.

Одной из таких сфер стала медицина, а за соответствующей отраслью социологии закрепилось название «социологии медицины», «изучающей состояние здоровья населения, его социальную обусловленность и роль в развитии общества, организационную структуру и эффективность медицинских учреждений, систему здравоохранения»⁶².

Следует отметить, что на процесс развития социологии медицины за рубежом повлиял целый ряд фундаментальных социологических работ, важнейшими в ряду которых стали «Врач и пациент как социальная система» Л. Хендерсона⁶³, а также «Социальная система» Т. Парсонса, в котором представлена социологическая интерпретация сугубо медицинского понятия

⁶¹ Осипова Н.Г. Структура и дисциплинарная матрица социологии // Общая социология. Основы современной социологической теории / Под общ. ред. Н.Г. Осиповой. М.: Канон +РООИ Реабилитация, 2017. С. 68.

⁶² Социология медицины // Социологический энциклопедический словарь. На русском, английском, немецком, французском и чешском языках. Ред.-координатор Г.В. Осипов. М.: Издательская группа ИНФРА М – НОРМА, 1998. С. 333.

⁶³ Henderson L.J. Physician and Patient as a Social System // The New England Journal of Medicine. 1935. V. 2. № 212. P. 819 - 823.

«болезни» с позиции структурного функционализма⁶⁴, «Студент-медик» Р. Мертона⁶⁵, «Социальный класс и психическое здоровье: исследование взаимосвязи» Э. Холингшеда и Ф. Редлиха⁶⁶, «Приюты: Очерки о социальном положении психических пациентов и других заключенных» Э. Гоффмана⁶⁷, а «Мальчики в белом: студенческая культура в медицинской школе» Г. Беккера, Б. Гри, Э. Хьюза и А. Страуса⁶⁸.

В 1960-70-е гг. социологический подход к изучению медико-социальных вопросов активно разрабатывается многими отечественными исследователями. Появились фундаментальные теоретические работы в области социологии медицины - Ю.П. Лисицына, Г.И. Царегородцева, Е.М. Изуткина, И.В. Давыдовского, В.П. Петленко, Г.Х. Шингарова и др.⁶⁹

Следует отметить, что некоторые социально-медицинские аспекты, например, «медико-педагогическую деятельность, направленную на физическое и духовное развитие человека», А. М. Изуткин и Г.И. Царегородцев включали в структуру социалистического образа жизни⁷⁰.

Объектом социологии медицины, по мнению А.М. Изуткина, В.П. Петленко, Г.И. Царегородцева, служило «исследование специфики общественных отношений и ценностных ориентации в медицине как особой отрасли человековедения»⁷¹. В центре внимания этих ученых находились философские основы социальных проблем медицины, объект и предмет

⁶⁴ Parsons T. The Social System. New York: The Free Press, 1951. Парсонс Т. Социальная система. М.: Академический проект, 2018.

⁶⁵ Merton R., Reader G., Kendall P. The Student Physician. Cambridge, Harvard University Press, 1957.

⁶⁶ Hollingshead A., Redlich F. Social Class and Mental Illness: a Community Study. New York, John Wiley, 1958.

⁶⁷ Goffman E.: Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates. Doubleday Anchor, New York, 1961.

⁶⁸ Becker H., Greer B., Hughes E., Strauss A. Boys in White: Student Culture in Medical School. Chicago, University of Chicago Press, 1961.

⁶⁹ Решетников А. В. Эволюция социологии медицины // Социология медицины. 2012. № 2 (21). С. 7.

⁷⁰ Изуткин А.М., Царегородцев Г.И. Социалистический образ жизни. М., 1977. С. 189.

⁷¹ См.: Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И. Социология медицины. Киев: Здоров'я, 1981.

социологии медицины, место медицины в системе общественных отношений и ее социально-мировоззренческие функции⁷².

Однако процесс институционализации социологии медицины в нашей стране относится к более позднему периоду, - 90-м годам XX века, что связано с влиянием тех общественно-политических трансформаций, которые произошли в этот период.

На наш взгляд, в целом рост интереса современных медиков и социологов к социально-медицинской проблематике обусловлен следующими основными моментами.

Во-первых, здоровье и жизнь людей стали признаваться высшими социальными ценностями.

Во-вторых, в обществе усилилось понимание того, что в основе многих проблем, связанных с индивидуальным здоровьем людей, лежат причины социального генеза.

В-третьих, наблюдалось повышенное внимание к изучению социальных факторов, влияющих течение заболеваний и ход их лечения.

В-четвертых, была осознана необходимость социологических исследований в рамках лечебных учреждений и соответствующего социологического образования медицинских работников⁷³.

Обозначенные моменты во многом повлияли на активное развитие специального междисциплинарного научного направления – социологии медицины, «изучающей состояние здоровья населения, его социальную обусловленность и роль в развитии общества, организационную структуру и эффективность медицинских учреждений, систему здравоохранения»⁷⁴.

⁷² См.: Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И. Социология медицины. Киев: Здоровь'я, 1981.

⁷³ Шухатович В.Р. Социология медицины и здравоохранения // Социология: Энциклопедия / Сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелкин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный Дом, 2003. С. 1035.

⁷⁴ Социология медицины // Социологический энциклопедический словарь. На русском, английском, немецком, французском и чешском языках. Ред.-координатор Г.В. Осипов. М.: Издательская группа ИНФРА М – НОРМА, 1998. С. 333.

Социология медицины «раскрывает взаимодействие медицины как социального явления с обществом, различными социальными институтами»⁷⁵.

Безусловно, социология медицины – междисциплинарный гибрид, образованный на стыке двух наук, – медицины и социологии, обладает широким спектром не только эвристических, но и диагностических, а также прогностических возможностей, поскольку дает возможность реализовать комплексный подход к анализу механизмов социального взаимодействия в сфере здравоохранения.

Как отмечает А.В. Решетников, «современные методы исследования социологии медицины дают возможность изучать процессы формирования общественного мнения о медико-социальных явлениях и тем самым получать информацию не только в форме субъективных оценок осуществляемых мер, но и объективных показателей результатов функционирования системы здравоохранения»⁷⁶.

«Мониторинг, проводимый с помощью методов социологии медицины, дает возможность своевременно выявлять зоны конфликтной напряженности, существующих противоречий, оценивать эффективность взаимодействия всех субъектов медицины, их влияние на лечебный процесс и психологический климат в медицинской организации и, в конечном итоге, на состояние общественного здоровья»⁷⁷.

Развитие социологии медицины позволило переоценить многие подходы, по-новому интерпретировать политические и культурные изменения в системе охраны здоровья.

Как и любые сферы научного знания, социология и медицина динамично реагируют на происходящие изменения структуры и институтов социальной реальности, вследствие чего происходит расширение исследовательского поля

⁷⁵ Соломенцева Г.П. Социология здоровья / Социологическая энциклопедия в 2-х Т. / Руководитель научного проекта Г.Ю. Семигин. М.: Мысль, 2003. Т. 2. С. 524.

⁷⁶ Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. М.: Медицина. 2003. С. 15.

⁷⁷ Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине: дис. ... док-ра соц. наук. Волгоград, 2008С. 8.

социологического анализа медицины. Среди актуальных направлений исследователи в частности выделяют «социальное неравенство в отношении здоровья, особенности развития цифрового здравоохранения, трансформацию ценности здоровья в обществе, фармацетикализацию, и целый ряд других»⁷⁸.

При этом, несмотря на то, что большинство исследований в социологии медицины остается ориентированными на решение практических задач, достаточно часто они опираются на социологическую теорию⁷⁹. В области социологии медицины «наблюдается появление работ, сочетающих и прикладной, и теоретический аспект, а теория все больше выступает в роли инструмента для объяснения или предсказания поведения человека, страдающего тем или иным заболеванием»⁸⁰.

В то же время сегодня «социология медицины», как и многие другие подобные научные гибриды, сталкивается с целым рядом теоретико-методологических трудностей.

Первой трудностью является очевидная многогранность и известная размытость предметного поля, которая предопределила множественность названий этой, достаточно конкретной сферы научных исследований. Так, в современной отечественной социологической литературе существует несколько обозначений по сути единой предметной области, связанной с изучением социальных аспектов медицины и здравоохранения: «социология медицины», «социология здравоохранения», «социология медицины и здравоохранения», «медицинская социология», «социология в медицине», «социология здоровья и болезней» и т.п.

На наш взгляд, дифференциация этих понятий, на самом деле обозначающих определенные научно-исследовательские подходы социологов к

⁷⁸ Лядова А.В. Особенности становления социологии медицины как отрасли социологической науки // Вестник московского университета. Серия 18: социология и политология. 2019. № 1. С. 57.

⁷⁹ Смотри, например, Вялых Н.А. Стратегии потребления медицинской помощи: социологический анализ. Ростов-на-Дону: Изд-во Южного Федерального университета, 2015; Дмитриева Е.В. Социология здоровья: Методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002.

⁸⁰ Решетников А.В. Социология медицины. Руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 14.

анализу медицины и здравоохранения, но претендующие на дисциплинарную автономию, представляется аналитически полезной.

Сегодня наиболее устоявшимся и, соответственно, часто встречающимся в научном обиходе профессиональных социологов и медиков понятием, служит «социология медицины», хотя первоначально это же самое по своей сути направление чаще определялось как «медицинское социология». Однако формулировки предметного поля данного междисциплинарного направления у различных исследователей, несмотря на их смысловую схожесть, существенно варьируют.

Например, один из новаторов данного направления А. Титмонас считает, что предмет данной науки - «медицина как специфическое общественное явление»⁸¹, при этом «социология медицины имеет два объекта исследования: 1) здоровье и заболевания человека в социальном аспекте; 2) саму медицину как определенный институт»⁸².

Авторы одноименной монографии А.М. Изуткин, В.П. Петленко и Г.И. Царегородцев утверждают, что «объектом социологии медицины является исследование специфики общественных отношений и ценностных ориентаций в медицине как особой отрасли человековедения»⁸³. Задача социологии медицины состоит, по их мнению, «в анализе взаимодействия медицины с обществом, с различными социальными институтами, а также в познании законов развития и функционирования здравоохранения как социального феномена»⁸⁴.

⁸¹ Титмонас А. К вопросу о предмете социологии медицины // Социологические проблемы взаимодействия личности и социальных групп в условиях развитого социалистического общества. Вильнюс, 1977. С. 65

⁸² Титмонас А. К вопросу о предмете социологии медицины // Социологические проблемы взаимодействия личности и социальных групп в условиях развитого социалистического общества. Вильнюс, 1977. С. 66.

⁸³ Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И. Социология медицины. Киев: Здоровье, 1981. С. 25

⁸⁴ Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И. Социология медицины. Киев: Здоровье, 1981. С. 25

А.В. Решетников считает социологию медицины наукой «о медицине как о социальном институте, функционировании и развитии этого института через его составные элементы, изучающей социальные процессы, протекающие в данном институте»⁸⁵.

Согласно Е.В. Дмитриевой, «наиболее полное определение социологии медицины в отечественной литературе дано Н. Добронравовым - социология медицины — это “отрасль социологии, изучающая социальные проблемы, связанные со здоровьем, болезнями и медицинским обслуживанием, с ролью здоровья и трудоспособности населения в социальном развитии”»⁸⁶.

Несмотря на то, что точки зрения этих авторов существенно отличаются в зависимости от степени охвата явлений, относящихся к компетенции социологии медицины, в них неизменно «подчеркивается важность изучения социальных факторов, влияющих на состояние здоровья и болезни, а также необходимость комплексного анализа системы здравоохранения»⁸⁷.

В данной связи в авторитетных энциклопедических социологических изданиях фокус исследовательского анализа смещается к социологии медицины и здравоохранения как отрасли социологии, которая «изучает широкий спектр проблем, связанных с ролью здравоохранения и медицины в современном обществе»⁸⁸. В них утверждается, что «когда некоторые учёные⁸⁹ ограничивают эту отрасль социологии социальными проблемами медицины, это является не вполне правомерным, поскольку медицина представляет собой лишь одну из

⁸⁵ Решетников А.В. Эволюция и проблемы современной медицины // Экономика здравоохранения. 2000. №№ 5,6/45. С. 64 - 66.

⁸⁶ Дмитриева Е.В. Социология здоровья: Методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 49.

⁸⁷ Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 49.

⁸⁸ Шухатович В.Р. Социология медицины и здравоохранения // Социология: Энциклопедия / Сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелкин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный Дом, 2003. С. 1034.

⁸⁹ Приводится в качестве примера монография: Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И. Социология медицины. Киев: Здоровье, 1981. С. 40.

подсистем сферы здравоохранения, хотя и наиболее значимую, которая в свою очередь является одной из отраслей социальной сферы»⁹⁰.

По мнению В.Р. Шухатовича, «изучающую её социологическую теорию вернее было бы назвать социологией здравоохранения, но термин «социология медицины» закрепился в научной практике. Поэтому, считаясь с установившимся фактом, но расширив охват социальных процессов и явлений до полного объёма в этой отрасли социальной жизни, целесообразно именовать эту специальную социологическую теорию «социологией медицины и здравоохранения». Она призвана изучать процессы и явления во всей сфере здравоохранения, а не только проблемы, связанные с медицинской деятельностью»⁹¹.

В частности, согласно И.Я. Писаренко, «социология медицины и здравоохранения - это отрасль социологии, объединяющая исследования, направленные на изучение социальных явлений и фактов, социальных проблем и закономерностей, всего комплекса социальных процессов и социальных отношений, характеризующих особенности сферы медицинского обслуживания и охраны здоровья людей»⁹².

Достаточно, на первый взгляд, близким по содержанию к понятию «социология медицины» является словосочетание «медицинская социология».

Ю.П. Лисицын и Л.П. Семенова считают, что «медицинская социология изучает влияние социальных факторов на отдельные заболевания»⁹³. А.М. Анохин утверждает, что медицинская социология — «отрасль, занимающаяся социологическими аспектами профилактики, лечения и социально-трудовой

⁹⁰ Шухатович В.Р. Социология медицины и здравоохранения // Социология: Энциклопедия / Сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелкин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный Дом, 2003. С. 1034.

⁹¹ Шухатович В.Р. Социология медицины и здравоохранения // Социология: Энциклопедия / Сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелкин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный Дом, 2003. С. 1034.

⁹² Цитируется по: Шухатович В.Р. Социология медицины и здравоохранения // Социология: Энциклопедия / Сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелкин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный Дом, 2003. С. 1034.

⁹³ См.: Лисицын Ю.П., Семенова Л.П. К вопросу о медицинской социологии // Советское здравоохранение. 1983. № 6.

реабилитации больных. Она изучает социологические особенности взаимоотношения больного с врачами, медицинскими сестрами, другими больными лечебного учреждения, семьей, друзьями; влияние социальных факторов на здоровье, в том числе и психическое, является элементом целостного понимания этих проблем»⁹⁴.

К.Н. Хабибуллин утверждает, что медицинская социология изучает «социогенные образования», играет роль «социологической эпидемиологии»⁹⁵. «Медицинская социология должна изучать социальные факторы, которые приводят к заболеванию, определять характер влияния социальной структуры на индивида. В результате она может дать прогноз индивидуального поведения, щадящего или ущемляющего здоровье»⁹⁶.

На самом деле, соотношение данных отраслей идентично трактовке в социологической теории подобных им версий междисциплинарных словосочетаний – «социология политики» и «политическая социология», «социология экономики» и «экономическая социология» и т.п.

Предметом первых является отдельная, институционализированная сфера социальной деятельности (политика, экономика и т.п.), которая изучается в широком социальном контексте, в тесном соотношении и взаимодействии с другими структурными элементами социетального целого, а именно – социальной реальности. Предметом вторых выступает совокупность явлений и процессов, обуславливающих их внутренний, осуществляемый в рамках конкретной области социальной жизни, достаточно детальный анализ.

К сожалению, далеко не все исследователи понимают специфику подобного внутри дисциплинарного деления социологического поля, что часто приводит к терминологической путанице, ведущей к серьезной логической ошибке – «подмене понятия».

⁹⁴ Анохин А.М. Медицинская социология и проблемы человека // Вестник АМН СССР, 1980. № 4. С. 18.

⁹⁵ Хабибуллин К.Н. Медицинская социология. СПб.: СПбГУ, 2000. С. 11.

⁹⁶ Хабибуллин К.Н. Медицинская социология. СПб.: СПбГУ, 2000. С. 9.

Относительно недавно исследователями была предпринята попытка конструирования новой автономной области социологии – социологии здоровья, которая, тем не менее, остается на этапе институционализации. Дело в том, что определения ее объекта и предмета долго оставались довольно размытыми, не отражая сущностные характеристики изучаемого социального феномена – здоровья.

Так, исследователь А.В. Сахно относил социологию здоровья к разряду специальных социологических теорий – отраслей социологии медицины, предметом которой выступает «здоровье различных социальных групп населения в целом»⁹⁷. И.В. Журавлева задачей социологии здоровья предлагала считать «изучение механизмов социальной обусловленности» общественного здоровья, анализ «его места в системе социокультурных ценностей, регулирующих отношение человека к здоровью»⁹⁸. В.М. Димов утверждал, что «социология здоровья» - это «наука о связи физического, психосоциокультурного здоровья человека со средой его обитания. В ней исследуется комплекс факторов, связанных с трудом, бытом, отдыхом, образом жизни, которые способствуют укреплению или разрушению здоровья индивида, социально-профессионального слоя, этноса, общества, всего человечества»⁹⁹¹⁰⁰.

Современные исследователи, в частности, В.В. Корченков определяет социологию здоровья как «дисциплину, изучающую причинно-следственный комплекс формирования и утверждения здорового образа жизни, совокупность соответствующих социально-контролируемых факторов»¹⁰¹. Г.П. Соломенцева

⁹⁷ Сахно А.В. Социология медицины и общественного здоровья. М.: Знание, 1984. Цитируется по: Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 55.

⁹⁸ Журавлева И.В. Здоровье населения как междисциплинарная проблема. Становление социологии здоровья // Социология в России. М.: Институт социологии РАН, 1998. С. 55.

⁹⁹ Димов В.М. Социология и философия здоровья. Курс лекций. Алматы, 1998. Цитируется по: Дмитриева Е.В. Социология здоровья: Методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 55.

¹⁰⁰ См.: Дмитриева Е.В. Социология здоровья: Методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 54 – 56.

¹⁰¹ Корченков В.В. Социальное регулирование в сфере девиантного поведения. Авт. дисс. ... д-ра соц. наук. М., 2000.

отмечает, что «в ее рамках общественное здоровье изучается с целью понимания механизмов, социально обуславливающих здоровье, его место в системе социокультурных ценностей, а также факторов, регулирующих отношение самого человека к здоровью (выражение потребности в здоровье, мотивы заботы о здоровье и пр.)»¹⁰². При этом «особый интерес для изучения представляют факторы риска, определяющие «нормы здоровья», механизмы поддержания уровня здоровья, его ресурсы и пути формирования оптимальной нормы в отдельности для каждой категории населения»¹⁰³.

В целом, считает Е.В. Дмитриева, «на сегодняшний день социология здоровья в России находится на этапе институционализации. <...> Однако проведенный социологами анализ роли медицины в обществе позволяет утверждать, что, играя важную роль в поддержании и сохранении здоровья человека, медицина, тем не менее, не определяет отношение человека к здоровью и состояние здоровья населения в целом»¹⁰⁴.

Как заключает эта исследовательница, «здоровье население изучалось преимущественно через показатели не здоровья, а болезни»¹⁰⁵, следовательно, «объектом социологии здоровья должно стать многообразие реальных проявлений жизнедеятельности индивида и коллективов, проявлений, обеспечивающих поддержание и воспроизводство здоровья»¹⁰⁶.

«Социология в медицине» представляет собой отдельное, отличное от «социологии медицины» направление анализа той же сферы социальной жизни.

Если строго говорить о «социологии в медицине», которая изначально получила развитие в Великобритании, то это направление не является

¹⁰² Соломенцева Г.П. Социология здоровья / Социологическая энциклопедия в 2-х Т. / Руководитель научного проекта Г.Ю. Семигин. М.: Мысль, 2003. Т. 2. С. 524 - 525.

¹⁰³ Соломенцева Г.П. Социология здоровья / Социологическая энциклопедия в 2-х Т. / Руководитель научного проекта Г.Ю. Семигин. М.: Мысль, 2003. Т. 2. С. 525.

¹⁰⁴ Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 77.

¹⁰⁵ Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 77.

¹⁰⁶ Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 77.

отдельной отраслью социологического знания, поскольку предполагает только применение теоретических и конкретно-социологических методов исследования в самой медицине. Данный термин также обозначают социологическое образование для медицинских кадров, включая и врачей, и медицинских сестер. Знание социологии позволяет медицинским работникам расширить представления о социально значимых факторах (семейных и религиозных традициях, уровне и качестве жизни), существенно влияющих как на клиническую картину и протекание болезни, так и на результаты его лечения. При этом исследователями признается факт, что «работа социологов в медицине носит просветительский характер и лишь способствует формированию у врачей видения социальных аспектов заболеваний и социальных основ функционирования медицины»¹⁰⁷.

К сожалению, несмотря на обозначенные очевидные различия, ряд исследователей считают синонимами «социологии медицины» такие названия как «социология здоровья», «медицинская социология». Они утверждают, что это одна наука, которая изучает здоровье населения с социологических позиций, исследует «закономерности формирования и сохранения здоровья человека с учетом условий его труда и быта, функционирования разнообразных условий и факторов, влияющих на здоровье различных социально-демографических и профессиональных групп населения; а также деятельность по охране здоровья людей»¹⁰⁸.

Вторая теоретико-методологическая трудность связана с ускоренной дивергенцией отраслевой матрицы социологического знания, ведущей к так называемому «кризису дивергенции».

По мнению Н.Г. Осиповой, «кризис дивергенции отраслевой матрицы социологии — это интенсивный процесс горизонтального дробления

¹⁰⁷ Шухатович В.Р. Социология медицины и здравоохранения // Социология: Энциклопедия / Сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелкин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный Дом, 2003. С. 1036.

¹⁰⁸ Лупандин В.М. Социология медицины // Энциклопедический социологический словарь. М.: ИСПИ РАН, 1995. С. 726

предметного поля социологии. Характерной чертой кризиса дивергенции отраслевой матрицы социологии является искусственное присоединение слова социология к актуальным, «находящимся на слуху» масштабным и многоаспектным феноменам, которые требуют детального междисциплинарного изучения. При этом не принимается во внимание тот факт, что их научный анализ вполне может получить адекватный социологический ракурс без искусственной привязки к нему слова социология»¹⁰⁹.

Этот кризис, имеющий серьезные последствия для всего социологического сообщества, не мог не затронуть исследователей, работающих в области социальных аспектов медицины и здравоохранения. Об этом свидетельствует существование множества других, кроме обозначенных выше, названий субдисциплин. Так, в научных источниках встречаются: «социология здоровья и медицины», «социология здоровья и болезней», «социальная медицина», «социальная эпидемиология» и т.п.¹¹⁰

Кроме того, активно идет процесс собственного дробления этого научного направления, когда дисциплинарно обособляются его подотрасли (например, социология конфликта в медицине¹¹¹, социология пациента). При этом каждый из исследователей, делая акцент именно на междисциплинарности собственного научного поиска, апеллирует не только к социологии, медицине и их отдельным отраслям, но и к психологии, социальной антропологии, конфликтологии, юриспруденции, этике и т.п. Так, например С.А. Ефименко утверждает, что «предметная область социологии пациента находится на пересечении предметных областей социологии личности и социологии медицины, в этой теории, как в никакой другой, нашли отражение роль

¹⁰⁹ См.: Осипова Н.Г. Отраслевая матрица современной социологии: кризис дивергенции // Вестник московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2013. № 2. С. 37 – 59.

¹¹⁰ Решетников А.В. Эволюция и проблемы современной социологии медицины. URL: <http://medi.ru/doc/8200517.htm> (Дата обращения: 12.03.2019).

¹¹¹ Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине: авт. Дисс. ... д-ра соц. наук. Волгоград, 2008.

общественного, группового и индивидуального сознания, формы, пути и методы реализации их в социальном поведении и влияние макро-, мезо- и микроусловий на процесс функционирования личности»¹¹². В дальнейшем социология пациента представляется авторами «как раздел социологии медицины», которая может рассматриваться и как «составная часть социологии личности»¹¹³. Тем самым, «выступая в качестве специальной социологической дисциплины социология пациента исследует пациента как социально-типическое и одновременно индивидуальное воплощение его взаимоотношений с прочими субъектами системы охраны и укрепления здоровья и как социально-типичного субъекта этих отношений». И далее – «предметную область социологии пациента составляет изучение социально-исторических и социально-культурных типов пациента, который как социально-типический субъект взаимодействует с организациями, группами и субъектами системы охраны и укрепления здоровья»¹¹⁴.

Очевидно социальные проблемы, которые призвана решить эта «новая область социологии» размышляются в неопределенных конструктах – «социально-типичный субъект», «социально-исторический тип пациента» и т.п., а их сущность или слишком заужена, или просто выхолощена. При этом заявленная узкая проблематика остается в рамках или единственного, или весьма ограниченного числа исследований, сведенных к проведению мониторингов и их примитивному с точки зрения социологии анализу.

Более того, поскольку многие труды социально-медицинской направленности принадлежат биологам, медикам, правоведам, они лишь в очень небольшой степени затрагивают проблемы общественного здоровья в широком контексте современной социальной реальности, в тесной связи со всей системой социальных связей и отношений, ценностей и норм,

¹¹² Ефименко С.А. Социология пациента. Автореферат докторской диссертации. URL: www.dissercat.com/content/sotsiologiya-patsienta#ixzz3OaqRrcCQ. (Дата обращения: 12.03.2019).

¹¹³ Решетников А. В., Ефименко С.А. Социология пациента. М.: Здоровье и общество, 2008. С. 16.

¹¹⁴ Решетников А. В., Ефименко С.А. Социология пациента. М.: Здоровье и общество, 2008. С. 16.

воплощенных в деятельности ключевых социальных институтов российского общества.

Третья методологическая трудность касается понятийного аппарата, необходимого для подобных междисциплинарных научных исследований.

Как отмечает Н.Г. Осипова, «в настоящее время актуальными, востребованными наукой и практически значимыми являются междисциплинарные исследования на стыке социологии, юриспруденции и здравоохранения. Несмотря на то, что в общий научный оборот все активнее включаются такие понятия как “здоровый образ жизни”, “ятрогенция”, “медицинская власть”, “врачебный риск”, “врачебная ошибка”, “ненадлежащая врачебная практика”, “профессиональное здоровье врача”, “эмоциональное выгорание врача”, “профессиональная деформация личности врача” и целый ряд других, однозначной и адекватной интерпретации, как и четко обозначенных точек пересечения, они до сих пор не имеют»¹¹⁵. Таким образом, «любые «междисциплинарные исследования должны опираться на систему однозначных категорий, посредством которых достигаются релевантные результаты, обосновываются валидные выводы и делаются достоверные прогнозы»¹¹⁶.

Следует согласиться с тем, что «неверный научный результат может быть вызван как отсутствием в категориальном аппарате этой специальной, связанной с медициной и здравоохранением, социологической теории таких понятий, которые адекватны по сложности решаемым проблемам, так и некорректно сформулированным конструктом или выбором невалидных и ненадёжных индикаторов. Пренебрежение информацией о надёжности индикаторов приводит к существенному искажению параметров модели. Валидное и надёжное измерение в социологии медицины и здравоохранения

¹¹⁵ Осипова Н.Г. Социология, юриспруденция и здравоохранение: становление междисциплинарного категориального аппарата // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2018. № 17. С. 258.

¹¹⁶ Осипова Н.Г. Социология, юриспруденция и здравоохранение: становление междисциплинарного категориального аппарата // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2018. № 17. С. 258.

осложняется тем, что здесь используются конструкты, разработанные в разных дисциплинах и в разных традициях»¹¹⁷. Обозначенная теоретико-методологическая трудность усугубляется тем, что фактически отсутствуют специалисты, одинаково компетентные в обеих областях – и в социологии, и в медицине.

На наш взгляд, в известной степени нивелировать обозначенные выше теоретико-методологические трудности может интегративный подход, обозначенный исследователями как «социологический анализ медицины и здравоохранения», который представляется одновременно наиболее научно обоснованным, широким и перспективным. В его основе должна лежать интерпретация медицины и здравоохранения как социальных систем и социальных институтов, рассматриваемых в рамках общей социологической теории. Они могут считаться таковыми, поскольку «представляют собой устойчивые типы и формы социальной практики, посредством которых организуется жизнь, обеспечивается устойчивость связей и отношений в рамках социальной организации общества»¹¹⁸ по поводу удовлетворения потребности в сохранении здоровья.

В частности, институциональная структура здравоохранения определяется особенностями данной сферы и специфическими характеристиками медицинской деятельности, качества медицинской помощи¹¹⁹. Современная медицина – это сложившийся социальный институт, занимающий особое место в обществе и связанный со всеми другими социальными институтами общества. Оба эти института не являются автономными образованиями, а входят в число институциональных систем

¹¹⁷ Шухатович В.Р. Социология медицины и здравоохранения // Социология: Энциклопедия / Сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелкин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный Дом, 2003. С. 1036.

¹¹⁸ Осипова Н.Г. Социальные институты. Принципы классификации социальных институтов // Общая социологии. Основы современной социологической теории. / Под общ. Ред. Н.Г. Осиповой. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2017. С. 133 – 134.

¹¹⁹ Гадаборшев М.И., Левкевич М.М., Рудлицкая Н.В. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи. Монография. М.: ИНФРА-М, 2014. С. 33.

социальной реальности как «аналитически вычленяемой из всех явлений, охватывающих жизнедеятельность людей, системы действий и взаимодействий между людьми»¹²⁰, «развивающейся по особым законам»¹²¹.

Соответственно они не могут рассматриваться в отрыве от тех внешних процессов и явлений, которые во многом определяют их внутреннее функционирование и развитие. Другими словами, с одной стороны, на их функционирование и развитие влияет общество, но с другой стороны - они также во многом определяют общественные процессы.

Обычно в рамках социологического анализа медицины и здравоохранения ученые выделяют «три ключевых направления исследований:

- 1) изучение здравоохранения как части социальной сферы общества;
- 2) изучение медицины как социального института;
- 3) исследование здоровья и отношения к здоровью как социально-культурных феноменов»¹²².

В свою очередь, каждое из выделенных направлений охватывает широкий круг специальных проблем, которые служат фокусом социологических измерений и основой для формирования соответствующих объективных и субъективных социальных показателей.

Например, к основным социологическим измерениям здравоохранения относят: условия сохранения здоровья и медицинского обслуживания населения; права граждан на получение качественной медицинской помощи, ее доступность отдельным категориям населения; социальный контроль над здравоохранением; социальные потребности и интересы социальных субъектов в сфере здравоохранения. Важнейшими социологическими измерениями медицины как социального института являются: структура и функции института медицины, а также формы его внутренней организации; статусы и

¹²⁰ Осипов Г.В. Введение в социологическую науку. М.: Наука, Вече, 2010. С. 96.

¹²¹ Осипов Г.В. Введение в социологическую науку. М.: Наука, Вече, 2010. С. 96 - 97.

¹²² Шухатович В.Р. Социология медицины и здравоохранения // Социология: Энциклопедия / Сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелкин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный Дом, 2003. С. 1035.

роли в медицине; ценности (цели, принципы, кодексы) медицинского сообщества, степень их согласованности с ценностями общества. В число основных социологических измерений здоровья и отношения к здоровью включают: изучение социальных факторов, обуславливающих здоровье и болезни; отношения к здоровью на всех уровнях социальной системы, субъективные оценки здоровья и факторы их детерминации¹²³.

Подобную совокупность социологических измерений выделенных направлений социологического анализа медицины и здравоохранения целесообразно рассматривать с теоретических позиций ключевых общетеоретических направлений и школ, сложившихся в рамках академической социологии – структурного функционализма и постструктурализма, символического интеракционизма, теорий социального конфликта, психоанализа, феноменологии и т.п.

Так, в частности, структурный функционализм позволяет исследовать поведенческие, культурные и социальные детерминанты систем медицины и здравоохранения в их взаимосвязи и целостности, а также их структуру и функции отдельных ее элементов. Конфликтологический подход позволяет вскрыть глубинные причины разнонаправленности интересов и функций субъектов, наполняющих данные системы, выявить механизмы регулирования возникающих в них конфликтов и определить пути их урегулирования. Конструктивистский структурализм и постструктурализм способствуют описанию типических схем восприятия и мышления, интериоризированных взаимодействующими в этих социальных структурах (институтах) субъектами и найти способы конструирования нового типа социальных отношений, обуславливающих их продуктивное функционирование и развития в условиях современной социальной реальности.

¹²³ Смотри подробнее: Шухатович В.Р. Социология медицины и здравоохранения // Социология: Энциклопедия / Сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелкин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный Дом, 2003. С. 1035.

На наш взгляд, особое место среди обозначенных направлений занимает структурно-функциональный подход, представители которого уделяли достаточное внимание проблемам различного рода социальных отношений, возникающих в институциональных структурах медицины и здравоохранения. С точки зрения данного подхода современные институты медицины и здравоохранения представляют собой особые функциональные социальные системы, разделенные, в свою очередь, на подсистемы, каждая из которых несет конкретную функциональную нагрузку.

1.2. Диверсификация социальных систем и социальных отношений в сфере здравоохранения

Осознание обществом проблем, которые возникают в сфере охраны здоровья и, соответственно, влияют на приоритеты в организации системы здравоохранения, приходит не сразу. Именно поэтому «уже на стадии формирования целей здравоохранения и поиска способов их достижения, требуется тщательный анализ различных его элементов, сопровождаемый максимальным учетом ресурсов и факторов внешней среды»¹²⁴.

Согласно представлениям, принятым в современной социологической теории, любой элемент социальной реальности, которая сама предстает как система, рассматривается в качестве системно-организованной целостности. В основе этих представлений лежат ключевые тезисы структурного функционализма, сформулированные Т. Парсонсом. Согласно этим тезисам, все социальные явления и процессы, независимо от того, воплощены ли они в личности, социальных действиях, институтах или даже во всей культуре общества, представляют собой социальные системы. Под социальной системой Т. Парсонс понимал «любой устойчивый комплекс повторяющихся и взаимосвязанных социальных действий – взаимодействий индивидов.

¹²⁴ Пиддэ А.Л. Социология и здравоохранение. Иваново. 2000. С.62.

Элементы этих систем определенным образом связаны друг с другом, то есть образуют структуру. При этом к структуре ученый относил лишь «те элементы системы, которые независимы от кратковременных колебаний отношений системы и окружающей среды»¹²⁵.

Связь элементов как отдельных систем между собой, так и внутри самих этих систем Т. Парсонс считал целостными, общими и упорядоченными. Соответственно, первостепенное значение имеет анализ упорядоченной структуры какой-либо системы. Как сама система, так и ее отдельные структурные элементы находятся в функциональных отношениях. Каждому элементу, как правило, свойственна конкретная функция, - та роль, которую он играет в обеспечении деятельности системы и сохранении ее целостности. Соединение функций этих отдельных элементов, в конечном счете, обеспечивает жизнеспособность системы¹²⁶.

Следует отметить, что в общей структуре социального действия этот исследователь выделял четыре подсистемы – культурную, социальную, личностную и поведенческую (поведенческий организм), которые выполняют четыре строго закрепленных за ними функции – сохранения образца, интеграции, достижения цели и адаптации. В свою очередь, каждая из них подразделяется еще на четыре под системы, наделенных соответствующим набором из тех же функций.

Т. Парсонс утверждал, что «социология занимается анализом социальных систем, уделяя особое, но отнюдь не исключительное внимание типу социальной системы, именуемому обществом»¹²⁷. По его мнению, «внимание социологии должно быть сосредоточено на социальной системе, как таковой, то есть на системе процессов и отношений, образуемой взаимодействием

¹²⁵ Парсонс Т. К общей теории действия. Теоретические основания социальных наук // Парсонс Т. О структуре социального действия // М.: Академический Проект, 2000. С. 676.

¹²⁶ См. Осипова Н.Г. Структурный функционализм Толкотта Парсонса // Осипова Н.Г. Западная социология в XX столетии: ключевые фигуры, направления и школы. М.: Канон+ РООИ 2 «Реабилитация», 2018. С. 122 – 155.

¹²⁷ Парсонс Т. Общий обзор // Американская социология. Перспективы, проблемы, методы / Пер. с англ. В.В.Воронина и Е.В. Зиньковского. М.: Издательство «Прогресс», 1972. С. 362.

множества - зачастую поистине огромного количества - отдельных людей»¹²⁸. При этом данная наука должна «заниматься широким кругом черт, факторов и последствий «интегративных состояний» социальных систем самых разных уровней, начиная с семьи и других малых групп, через многие промежуточные уровни типа локальных сообществ и формальных организаций и кончая обществами, как таковыми, и даже системами обществ»¹²⁹.

На наш взгляд, если использовать базовые положения и логику структурно-функционального подхода, заложенного Т. Парсонсом, то, прежде всего, в центре социологического анализа социальной реальности должны быть социальные институты как обособленные социальные системы, а также их структурные элементы.

Действительно, если обратиться к одному из основоположников структурно-функционального анализа в социологии - Б. Малиновскому, то «организация каждого из заведений, созданных людьми, будь то дом, общежитие или исправительное учреждение, базируется на некотором законном основании, на системе ценностей и соглашений. Каждое заведение отвечает каким-то потребностям своих обитателей и общества в целом и тем самым выполняет свою функцию. Если речь идет не о монастыре или тюрьме, то человек, проснувшись, производит необходимые санитарные и гигиенические процедуры, завтракает и уходит. Он направляется к месту своих занятий, или идет за покупками, или каким-то образом пытается реализовать свои товары или идеи»¹³⁰. Эту единицу организации в человеческом обществе, которая также вполне может выступать базовой единицей функционального анализа, Б. Малиновский предложил назвать «институтом». Под этим понятием он подразумевал «соглашение (*хартию* – Т.С.) по поводу некоторого ряда

¹²⁸ Парсонс Т. Общий обзор // Американская социология. Перспективы, проблемы, методы / Пер. с англ. В.В.Воронина и Е.В. Зиньковского. М.: Издательство «Прогресс», 1972. С. 362.

¹²⁹ Парсонс Т. Введение // Американская социология. Перспективы, проблемы, методы / Пер. с англ. В.В.Воронина и Е.В. Зиньковского. М.: Издательство «Прогресс», 1972. С. 27.

¹³⁰ Малиновский Б. Научная теория культуры / Пер. с англ. И.В.Утехина. 2-е изд. М.: ОГИ, 2005. С. 48 – 49.

традиционных ценностей, которые объединяют группу людей»¹³¹ Эти люди «будучи организованы в соответствии с хартией и сотрудничая в рамках этой организации, следуя правилам некоторого специфического рода занятий и используя имеющийся в их распоряжении материальный аппарат, <...> включаются в деятельность, ради которой они и организовались в группу»¹³².

Таким образом, и здравоохранение, если руководствоваться признаками социального института Б. Малиновского, можно рассматривать «в качестве конкретной институционализированной системно-структурной целостности, в которой имеется “материальный субстрат”, то есть некоторая специально выделенная доля материальных средств и орудий, а также часть материальных благ - плодов согласованной деятельности»¹³³.

Эта целостность организована в соответствии с «системой ценностей, ради которых люди организуют группу, или вступают в уже организованные группы»¹³⁴. Она «состоит из “участников” - групп людей, организованной в соответствии с определенными принципами власти, разделения функций, распределения привилегий и обязанностей. В ее рамках существуют понятия “правил” или “норм”, которые указывают на технические приобретаемые навыки, привычки, правовые нормы и этические обязательства, которые принимаются членами группы или им предписываются»¹³⁵.

Как отмечают исследователи, «научное представление о структуре и функциях института здравоохранения дает необходимые ориентиры при проведении социологических исследований, анализе основных объектов и их

¹³¹ Малиновский Б. Научная теория культуры / Пер. с англ. И.В.Утехина. 2-е изд. М.: ОГИ, 2005. С. 43.

¹³² Малиновский Б. Научная теория культуры / Пер. с англ. И.В.Утехина. 2-е изд. М.: ОГИ, 2005. С. 53.

¹³³ Малиновский Б. Научная теория культуры / Пер. с англ. И.В.Утехина. 2-е изд. М.: ОГИ, 2005. С. 52 – 53.

¹³⁴ Малиновский Б. Научная теория культуры / Пер. с англ. И.В.Утехина. 2-е изд. М.: ОГИ, 2005. С. 52.

¹³⁵ Малиновский Б. Научная теория культуры / Пер. с англ. И.В. Утехина. 2-е изд. М.: ОГИ, 2005. С. 52.

системных взаимосвязей»¹³⁶. Социальной функцией данного социального института служит охрана здоровья граждан - совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

В качестве системы сфера здравоохранения охватывает группы разнородных элементов, количественные и качественные характеристики которых могут быть измерены эмпирически и которые в совокупности образуют структуру. Эта структура, в свою очередь, аналитически разделяется на целый ряд формальных и неформальных подструктур, - управленческую, организационную, ценностно-нормативную, поведенческую, ресурсную, которые могут служить объектом всевозможных исследований.

Безусловно, основу структуры здравоохранения составляют лечебные (медицинские) учреждения, в которых реализуется основная функция медицины и здравоохранения – охрана здоровья граждан. В данной связи в центре структурно-функционального анализа здравоохранения находятся наиболее крупные его элементы в виде комплекса учреждений, совокупность которых образует так называемую «учрежденческую структуру здравоохранения».

Управление системой здравоохранения осуществляется специальными организациями (органами управления здравоохранением), функционирующими на различных уровнях – от администрации медицинского учреждения - до Министерства здравоохранения Российской Федерации.

¹³⁶ Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М.: РИОР; ИНФРА-М, 2012. С. 50.

В зависимости от уровня управления и компетенций, органы управления здравоохранением разделяются на местные (краевые, областные, городские, районные) и центральные (республиканские).

Например, Министерство здравоохранения Московской области является центральным исполнительным органом государственной власти Московской области специальной компетенции, осуществляющим исполнительно-распорядительную деятельность на территории Московской области в сфере охраны здоровья населения Московской области, проводящим государственную политику, осуществляющим межотраслевое управление и координирующим деятельность в указанной сфере иных центральных и территориальных исполнительных органов государственной власти Московской области, государственных органов Московской области и государственных учреждений Московской области, образованных для реализации отдельных функций государственного управления Московской областью¹³⁷.

Органом исполнительной власти, реализующим государственную политику в сфере охраны здоровья граждан, является Министерство Здравоохранения Российской Федерации.

Функциями Министерства здравоохранения РФ являются:

- во-первых, разработка программ и законов, направленных на эффективное предоставление гражданам России услуг в сфере охраны здоровья, социально-медицинской помощи, реабилитационных мероприятий;
- во-вторых, регулирование различных направлений, связанных с организацией охраны здоровья граждан.

К функциям Министерства здравоохранения РФ также относятся: «медико-биологическая оценка воздействия на организм человека особо опасных факторов физической и химической природы; проведение судебно-

¹³⁷ Министерство здравоохранения Московской области. Официальный сайт. URL: <http://mz.mosreg.ru> (Дата обращения 01.04.2019).

медицинских и судебно-психиатрических экспертиз; организация среднего, высшего, послевузовского и дополнительного медицинского и фармацевтического образования»¹³⁸.

Министерству здравоохранения подчиняются подведомственные органы исполнительной власти, государственные фонды и организации. В числе подведомственных органов исполнительной власти - Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) и Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА России).

Функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), учрежденная Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 323.

Сферами контролирующей и надзорной деятельности или функциями Росздравнадзора являются:

- организация государственного контроля качества (стандартов и безопасности) оказания медицинской помощи населению;
- организация государственного контроля качества медицинской продукции (лекарственных средств, клинических исследований);
- лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности, производства и обслуживания медицинской техники, контроля соблюдения обязательных требований в сфере обращения медицинских изделий и т.п.;
- управление контролем над реализацией государственных программ в сфере здравоохранения;
- профилактика коррупционных и иных нарушений в сфере здравоохранения.

Среди подведомственных Росздравнадзору организаций – ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы», ФГБУ «Информационно-

¹³⁸ Министерство здравоохранения Московской области. Официальный сайт. URL: <http://mz.mosreg.ru> (Дата обращения 01.04.2019).

методический центр по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения», а также «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники».

Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА России) выполняет функции:

- контроля и надзора в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий:

- оказания государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере медико-санитарного обеспечения работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий выполняет федеральный орган исполнительной власти¹³⁹.

Подведомственным государственным фондом Минздрава РФ является Федеральный фонд обязательного медицинского страхования РФ (ФОМС). Это один из государственных внебюджетных фондов, созданный Постановлением Верховного Совета РФ № 4543-1 24 февраля 1993 года для финансирования медицинского обслуживания граждан России. Среди основных функций фонда – выравнивание условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования по обеспечению финансирования программ обязательного медицинского страхования; финансирование целевых программ в рамках обязательного медицинского страхования, контроль над целевым использованием финансовых средств системы обязательного медицинского страхования¹⁴⁰.

Подведомственные организации Минздрава РФ представлены:

¹³⁹ Министерство здравоохранения Московской области. Официальный сайт. URL: <http://mz.mosreg.ru> (Дата обращения 01.04.2019).

¹⁴⁰ Министерство здравоохранения Московской области. Официальный сайт. URL: <http://mz.mosreg.ru> (Дата обращения 01.04.2019).

- образовательными учреждениями, в числе которых медицинские университеты в различных городах страны. В их числе: Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова; Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. Академика И.П. Павлова, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова и т.п.;

- учреждениями науки, среди которых – Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева, Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко, Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева и др.

- иными учреждениями, к которым относятся Российский центр судебно-медицинской экспертизы, федеральный санаторий опорнодвигательного лечения «Ока» и санаторий «Прилесье».

В этих подсистемах института здравоохранения вырабатываются стандарты медицинской деятельности, а также реализуются функции контроля над ней. Многие из обозначенных подсистем специфическим образом связывают здравоохранение с другими институтами и сферами жизнедеятельности общества.

Относительно самостоятельную структуру в рамках системы здравоохранения образуют медицинские учреждения¹⁴¹. Они, в свою очередь, официально структурируются по следующим основаниям.

¹⁴¹ Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М.: РИОР; ИНФРА-М, 2012. С. 50 – 51.

Во-первых, по форме собственности (государственные, муниципальные, частные и имеющие статус иных форм собственности).

Во-вторых, по территориально-административной подчиненности (федеральные и муниципальные лечебные учреждения).

В-третьих, по ведомственной принадлежности (системы Министерства здравоохранения РФ, Министерства обороны РФ, Министерства внутренних дел РФ, Министерства юстиции РФ и др.)

Кроме того, выделяют медицинские учреждения: 1) по месту расположения учреждений (городские и сельские); 2) по организационно-функциональной структуре (объединенные и необъединенные); 3) по специализации (многопрофильные и специализированные); 4) по возрастному признаку (детские, взрослые, гериатрические и др.); 5) по степени интенсивности лечения (интенсивного, восстановительного, паллиативного и др.)¹⁴²

Существуют и другие характеристики, по которым типологизируют организации здравоохранения. Каждая из типологий включает в себя несколько признаков, соотносящихся с решаемыми задачами или с той или иной номенклатурной группой учреждений здравоохранения.

В соответствии с номенклатурой учреждений здравоохранения существуют следующие их виды:

- лечебно-профилактические учреждения (амбулатории, поликлиники, больницы, диспансеры, учреждения по охране материнства и детства, учреждения скорой и неотложной помощи, санаторно-курортные учреждения);
- санитарно-противоэпидемические учреждения (центры ГСЭН);
- учреждения судебно-медицинской экспертизы;
- аптечные учреждения.

¹⁴² Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М.: РИОР; ИНФРА-М, 2012. С. 51.

Если рассматривать медицинские учреждения по вертикальной иерархии, то их можно распределить по уровню оказания лечебно-профилактической помощи.

Первый уровень занимают учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению в районах города и сельской местности. Второй уровень составляют учреждения, обслуживающие население всего города или района. Третий уровень образуют региональные медицинские учреждения республиканского, краевого, областного значения. На четвертом уровне находятся учреждения федерального и межрегионального значения, оказывающие наиболее сложные виды медицинской помощи.

В системе здравоохранения существует ряд функциональных систем, которые считаются вторичными по отношению к его организационно-учрежденческой «лечебной» структуре. Среди них:

- система ресурсного обеспечения (включающая капитальное строительство, обеспечение учреждений здравоохранения финансовыми ресурсами, медицинским оборудованием, лекарственными средствами, лечебным питанием и др.);

- система, отвечающая за разработку и внедрение научных достижений (отраслевые НИИ, кафедры, диссертационные и экспертные советы, методические объединения врачей, профессиональные периодические издания и издательства, библиотеки медицинской литературы и т.п.);

- система профессиональной подготовки и переподготовки кадров для учреждений здравоохранения (медицинские колледжи, вузы, учреждения системы послевузовского профессионального образования врачей и др.).

В систему здравоохранения входят также общественные (формальные и иные) объединения, участвующие в развитии системы здравоохранения (профессиональные союзы медицинских работников, попечительские советы и т.п.), а также:

- система обеспечения профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощью (клинические отделения, диагностические лаборатории, отделения восстановительного лечения, школы больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, и др.);
- система социально-культурного развития и рекреации (ведомственные музеи истории медицины, социально-бытовые и рекреационные зоны внутри медицинских учреждений и др.)¹⁴³.

Обозначенные выше системы оформлены в формальные организации, «имеют внутренние горизонтальные и вертикальные связи (внутреннюю структуру) и в совокупности образуют широкую сеть медицинских учреждений или подразделений внутри этих них»¹⁴⁴. Безусловно, все эти подсистемы института здравоохранения носят организованный характер и связаны между собой сложной сетью социальных связей и отношений.

Известно, что в социологии под термином «социальные связи» понимается «вся совокупность факторов, обуславливающих совместную деятельность людей в конкретных условиях места и времени во имя достижения конкретных целей»¹⁴⁵. Социальные связи обеспечивают реализацию функциональной роли социальной сферы как области непосредственного производства человека-индивида и личности.

Социальные связи – это фундаментальный базис общественной жизни. Они выступают одним из специфических классов общественных (социетальных) связей, наряду с другими функциональными классами связей - экономическими, политическими, духовными. Исходным моментом для возникновения социальных связей является взаимодействие индивидов или их групп для удовлетворения тех или иных потребностей. Поэтому социальные

¹⁴³ Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М.: РИОР; ИНФРА-М, 2012. С. 50.

¹⁴⁴ Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М.: РИОР; ИНФРА-М, 2012. С. 50.

¹⁴⁵ Социология. Основы общей теории: Учебник для вузов / Отв. ред. Г.В. Осипов, Л.Н. Москвичев. М.: Издательство НОРМА, М., 2002. С. 126.

связи — это связи взаимодействия индивидов или групп индивидов, преследующих определенные социальные цели в конкретных условиях места и времени.

Устойчивая система социальных связей индивидов, сложившаяся в процессе их взаимодействия друг с другом в условиях данного общества, определяется социологами как социальные отношения. Так, «социальные отношения — это относительно устойчивые связи между индивидами (вследствие чего они объединяются в социальные группы) и социальными группами, как постоянными носителями качественных видов деятельности, различающимися по социальным статусам и ролям в общественных структурах»¹⁴⁶.

Социальные отношения по своей природе объективны, независимы от воли и сознания людей и преломляются через внутреннее содержание или состояние человека и выражаются в его деятельности как личное отношение к окружающей действительности.

По мере развития представлений о том, что человек стал «социальным существом» и воплотил в себе «совокупность общественных отношений», диапазон использования самого понятия, с одной стороны, расширился, а с другой - стал приобретать значение научной категории. Фундаментальный вклад в теорию социальных отношений внес К. Маркс, который обосновал родовую сущность человека через сложную систему связей и отношений: «Но сущность человека не есть абстракт, присущий отдельному индивиду. В своей действительности она есть совокупность всех общественных отношений»¹⁴⁷.

Эти отношения строятся как на базе согласия (солидарности), так и могут носить и ярко выраженный конфликтный характер. Как отмечал известный социолог XX столетия Р. Дарендорф, «...равновесная модель общества, ... постулирует относительно стабильную систему, состоящую из частей, чьи

¹⁴⁶ Социология. Основы общей теории: Учебник для вузов / Отв. ред. Г.В.Осипов, Л.Н.Москвичев. М.: Издательство НОРМА, М., 2002. С. 130.

¹⁴⁷ Маркс К. Тезисы о Фейербахе // Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. Т. 3. С. 3.

функции определяются соотношением с системой»¹⁴⁸. «Однако для того, чтобы разрешить динамические проблемы на уровне систем социальных, необходимо не опровергнуть, а дополнить ее- предложить другую, конфликтную модель общества¹⁴⁹. С точки зрения этой модели общество спланируется не посредством консенсуса, а с помощью принуждения, не через всеобщее согласие, а путем контроля одних над другими <...> и подобно тому, как конфликт ускоряет изменения, можно считать, что принуждение поддерживает конфликты. Конфликт вездесущ, поскольку насилие встречается повсюду, где люди объединены в общество»¹⁵⁰.

Именно посредством выстраивания специфических солидарно-конфликтных отношений, основанных на общепринятых социальных нормах и ценностях, в системе здравоохранения формируются различные социальные общности. Через них в институты медицины и здравоохранения включаются отдельные индивиды, профессиональные группы и «социально-медицинские сообщества», которые также систематизируются по целому ряду оснований.

Современные исследователи пытаются обосновать необходимость новой категории в понятийном поле социологического анализа медицины и здравоохранения, - «социально-медицинского сообщества». При этом они отмечают, что «эта совокупность охватывает не только пациентов и медработников, но и все заинтересованные социальные группы, так или иначе (прямо или опосредованно, положительно или негативно) влияющие на функционирование и развитие системы здравоохранения в современном социуме»¹⁵¹.

¹⁴⁸ Дарендорф Р. Тропы из утопии. Работы по теории и истории социологии / Пер. с нем. Б.М. Скуратова, В.Л. Лизнекова. М.: Праксис, 2002. С. 327.

¹⁴⁹ Дарендорф Р. Тропы из утопии. Работы по теории и истории социологии / Пер. с нем. Б.М. Скуратова, В.Л. Лизнекова. М.: Праксис, 2002. С. 324.

¹⁵⁰ Дарендорф Р. Тропы из утопии. Работы по теории и истории социологии / Пер. с нем. Б.М. Скуратова, В.Л. Лизнекова. М.: Праксис, 2002. С. 358.

¹⁵¹ Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М.: РИОР; ИНФРА-М, 2012. С. 50.

Следует согласиться с В.А. Медиком и А.М. Осиповым в том, что «роль социально-медицинских общностей объективно возрастает по мере развития и усложнения инфраструктуры и технологий здравоохранения, в связи с усилением инновационного характера собственно профессиональной медицинской деятельности. При этом структура медицинского профессионального сообщества, в зависимости от распределения статусов и ролей, в настоящее время является достаточно сложной и разнородной. В ней выделяются разнородные слои, несущие далеко неодинаковую ответственность в процессах функционирования и развития конкретного медицинского учреждения»¹⁵². Так, профессиональные общности в здравоохранении могут выделяться по ряду оснований – должностным позициям, профессиональным группам, ролевым отношениям, ценностно-нормативному поведению по отношению к здоровью и т.п. В социально-медицинские общности также включают лидеров общественного мнения по данной проблеме, представителей определенных профессиональных групп, связанных с воспроизводством потенциала общественного здоровья, общественные организации, а также средства массовой информации, освещающие проблемы медицины и здравоохранения

Подобная точка зрения, согласно которой медицинское сообщество охватывает большое число социальных общностей и групп, безусловно, является справедливой. Однако очевидно то, что главным структурным компонентом социально-медицинского сообщества являются медицинские работники (врачи) и пациенты. В данной связи уместно вспомнить основателя медицинской социологии Ч. Мак-Интайра, который основывал выделение этой специальной области необходимостью исследования «законов, регулирующих отношения между медицинской профессией и человеческим обществом как

¹⁵² Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М.: РИОР; ИНФРА-М, 2012. С. 50 - 51.

целостностью»¹⁵³, и фактически разграничивал врачебное сообщество и остальных членов общества, которые неизбежно становятся пациентами. Тем самым, ключевым для социологического анализа системы здравоохранения выступает взаимодействие в сфере охраны здоровья, имеющее место в подсистеме «врач – пациент». Это ее «скелет», который был заложен с глубокой древности, пока сама система не обросла целой сетью всевозможных социальных связей и отношений.

Таким образом, в рамках сложно и многослойно организованной системе здравоохранения ведущее место занимает социальная подсистема «врач – пациент». При этом и врачи, и пациенты, наделены конкретными, институционализированными социальными ролями и соответствующими им социальными статусами в системе здравоохранения.

Действительно, врачи и их профессиональная деятельность с древнейших времен находились в центре внимания общества. «Вряд ли найдется еще профессия, которой бы так повезло, как врачебной, с точки зрения внимания к ней со стороны общества. Это и понятно. Ведь на руках врача человек рождается, на его руках уходит в небытие»¹⁵⁴.

Согласно русской медицинской традиции, «деятельность врача есть дело служения, а не дело дохода; а в обхождении с больными это есть не обобщающее, а индивидуализирующее рассмотрение; и в диагнозе - мы призваны не к отвлеченной «конструкции» болезни, а к созерцанию ее своеобразия»¹⁵⁵. Именно врачи отвечают перед обществом за физическое и моральное состояние больного человека, а их основная деятельность заключается в обеспечении, сохранении, и укреплении общественного здоровья. В то же время врачи наделены безусловной властью.

¹⁵³ McIntire C. The Importance of the Study of Medical Sociology // Bulletin of the American Academy of Medicine, 1894. № 19, February. P. 425 - 426.

¹⁵⁴ Богорад И.В. Больной и врач. М.: Знание, 1982. С. 25.

¹⁵⁵ Силуянова И.В. Избранные. О призвании врача. М.: Изд-во ООО «Форма Т», 2008. С. 11.

Так, согласно М. Фуко, «врач – это тот, кто появляется как только больной доставлен в лечебницу <...> он обладает качествами, которые могут оказывать на больных благотворное влияние. Темные или седые от возраста волосы, уверенный взгляд, величавая осанка, дышащие силой и здоровьем конечности и грудная клетка, крупные черты лица, сильный и выразительный голос...»¹⁵⁶. «Персонаж врача начинает функционировать с первого взгляда на него. Причем в этом первом взгляде, <...>, врач есть по сути своей тело – или, точнее, некоторая физика, набор характеристик, вполне определенная морфология, подразумевающая какую-то мышечную силу, ширину груди, цвет волос и т.д. И это физическое качество, функционирующее как условие абсолютной асимметрии в регулярном порядке лечебницы, как раз и выступает причиной того, что лечебница не является, <...>, институтом, работающим по определенным правилам; лечебница – это поле, фактически поляризованное сущностной асимметрией власти, которая обретает свою форму, свою внешность, свое физическое воплощение в самом теле врача»¹⁵⁷.

В монографии Т. Парсонса «Социальная система», увидевшей свет в 1951 г., также особое внимание было уделено анализу взаимодействия между врачами и пациентами, определению соотношения роли больного и роли врача, встраиванию их в структурно-функциональную модель социальной системы общества.

Согласно Т. Парсонсу, «болезнь в нашем обществе, безусловно, является в высокой степени мотивированной и поэтому может законно рассматриваться как тип девиантного поведения»¹⁵⁸. Роль и соответствующее ей поведение врача Т. Парсонс описывал с помощью «эталонных переменных», - своеобразных универсалий, из комбинации которых выстраивается свободный выбор индивидом (в данном случае – врачом) определенного поведения. Это: 1)

¹⁵⁶ Фуко М. Психиатрическая власть. Курс лекций, прочитанный в Коллеж де Франс в 1973 - 1974 учебном году / Пер. с франц. А.В. Шестакова. СПб.: Наука, 2007. С. 16 – 17.

¹⁵⁷ Фуко М. Психиатрическая власть. Курс лекций, прочитанный в Коллеж де Франс в 1973- 1974 учебном году / Пер. с франц. А.В. Шестакова. СПб.: Наука, 2007. С. 17.

¹⁵⁸ Парсонс Т. Социальная система. М.: Академический проект, 2018. С. 261.

аффективность – аффективная нейтральность, (включающая субдилемму – ориентацию на себя или ориентацию на коллектив); 2) универсализм – партикуляризм; 3) качество – результативность (предопределенное – достигнутое); 4) специфичность – диффузность¹⁵⁹.

«Свободный выбор» врача как индивида все предопределен системой существующих норм и отношений. Он сводится к тому, что: во-первых, врач должен быть «аффективно нейтральным», то есть «объективным и беспристрастным во взаимоотношениях с пациентом»; во-вторых, он также должен быть «ориентирован на коллектив», то есть, «лечить пациента в соответствии с требованиями и ожиданиями общества, а не своими личными предпочтениями»; в-третьих, он должен быть «универсален», а именно, подчиняться общим, предъявляемым ко всем больным правилам, а не требованиям конкретного пациента; в-четвертых, врач должен быть «функционально специфичен», то есть, «будучи специалистом в области здоровья и болезни, применять свои знания к лечению заболеваний, продвижению здоровья и здорового образа жизни»¹⁶⁰.

Ситуация выбора неизбежно включает не только общепринятые нормы и ценности, но и другие моменты, которые предопределяют выбор целей и средств. Например, «врач-гинеколог, исповедующий католицизм, не станет специализироваться на абортах, даже если он вполне легально может их практиковать»¹⁶¹.

Как отмечают исследователи, «если роль больного Т. Парсонс рассматривал в связи с экономической продуктивностью западного общества, то позиция врача, его отношение к пациенту должны быть основаны

¹⁵⁹ См. об этом: Парсонс Т. К общей теории действия. Теоретические основания социальных наук // Парсонс Т. О структуре социального действия. М.: Академический проект, 2000. С. 498; Парсонс Т. Еще раз о стандартных переменных: ответ Роберту Дубину // Парсонс Т. О структуре социального действия. М.: Академический проект, 2000. С. 644 – 645.

¹⁶⁰ Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 17.

¹⁶¹ Craib I. Modern Social Theory. From Parsons to Habermas. Second edition. Eastbourne: Antony Rowe Ltd, 1992. P. 41.

исключительно на профессиональных побуждениях, а не материальной выгоде, то есть на принципах деонтологии. Задача экспертов врачебного сообщества – вернуть индивида в социум к исполнению его роли, чтобы обеспечить дальнейшее стабильное функционирование общества»¹⁶². «Разграничение ролей в системе врач-пациент необходимо для достижений этой общей цели. Поэтому в случае некомплаентности пациента, то есть не обращения за помощью к врачам или несоблюдения их предписаний, его поведение оценивается негативно как девиантное. Но именно врачи решают, может или не может работать человек, оценивают состояние его здоровья и профессиональную пригодность»¹⁶³.

В данной связи появились концепции, которые рассматривают профессию врача не только как деятельность, представители которой помогают индивидам, но и как профессию, монополизировавшую контроль над здоровьем и болезнью¹⁶⁴.

В современном обществе, безусловно, происходит известная трансформация взаимоотношений врачей и пациентов, прежде всего, с точки зрения перераспределения их традиционных социальных ролей. Так, развиваются различные поведенческие стратегии населения в области потребления медицинских услуг и появляются группы населения, откровенно игнорирующие профессиональную врачебную помощь.

В настоящее время взаимоотношения врача и пациента усложняются за счет роста обширными социальных связей индивидов, опосредованных информационными и технологическими факторами, а также в виду расширения институциональных связей здравоохранения и вовлечения в него субъектов, не относящихся формально ни к пациентам, ни к медработникам. В данной связи

¹⁶² Лядова А.В. Особенности становления социологии медицины как отрасли социологической науки // Вестник московского университета. Серия 18: социология и политология. 2019. № 1. С. 51.

¹⁶³ Лядова А.В. Особенности становления социологии медицины как отрасли социологической науки // Вестник московского университета. Серия 18: социология и политология. 2019. № 1. С. 51.

¹⁶⁴ См., напр. Freidson E. Profession of Medicine. A Study of the Sociology Applied Knowledge. New York, Dodd, Mead and Co, 1970.

мнение о том, что «дихотомическое деление социально-медицинских общностей, условно сводящее всех индивидов к одной из двух категорий: «медработники» (врачи) и «пациенты», для глубокого и детального медико-социологического исследования явно недостаточно»¹⁶⁵, в известной степени справедливо. Однако, несмотря на все обозначенные выше моменты, эта система очень важна с точки зрения социологического анализа трансформации моделей конкретных социальных отношений в ней в условиях современных социальных реалий.

1.3. Модели социальных отношений в системе «врач-пациент» и векторы их трансформации

Врач и пациент, безусловно, могут находиться в самых различных формах социального взаимодействия в сфере здравоохранения, которые не только предопределены их традиционными социальными ролями, но и многими другими факторами. Так, по мнению Т. Шаца и М. Холлендера, «характеристика отношений врач - пациент во многом зависит от характера заболеваемости пациента, а С. Блюм делает акцент на влиянии социального окружения (семьи), классовой принадлежности, национальности и религии»¹⁶⁶.

Тем не менее, и в истории медицины, и в современной медицинской практике обозначен целый ряд моделей, в соответствии с которыми формируются эти отношения. В данной связи представляется целесообразным выделить наиболее распространенные модели социальных отношений в системе «врач – пациент», раскрыть их содержание, показать распределение в них властных полномочий участвующих сторон, а также и определить их

¹⁶⁵ Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М.: РИОР; ИНФРА-М, 2012. С. 54.

¹⁶⁶ Ефименко С.А. Социология пациента: автореф. дис. ... д-ра социол. наук. Волгоград: ВолгГМУ, 2007.С. 49

потенциальные возможности в сохранении здоровья каждого члена общества и населения в целом.

Классической моделью отношений между врачом и пациентом считается патернализм. В рамках данной модели основой врачевания является высокая профессиональная квалификация и личная ответственность лечащего врача, который фактически управляет здоровьем пациента. При этом врач проявляет к пациенту «сочувствие, внимание, терпимость, сострадание, искренность, деликатность, постоянную готовность прийти на помощь и многие другие положительные качества»¹⁶⁷, которые всегда были основой врачевания и служат базой данной модели.

По мнению отечественного исследователя И.В. Силуяновой, эта модель «фиксировалась со времен Гиппократов в корне понятия - слове "pater" (лат. - отец) и пользовалась в профессиональной врачебной этике абсолютным признанием на протяжении более 20 столетий»¹⁶⁸. Пациент целиком полагался на компетентность врача, доверял ему как отцу и следовал всем его указаниям. К патернализму близка модель сакрального типа – одна из четырех моделей, обозначенных американским специалистом в области медицинской этики и философии Р. Витчем¹⁶⁹, которая опирается на межличностные отношения, подобные отношениям родителя и ребенка, наставника и подопечного.

В рамках патерналистской модели врач «часто наделяется божественным авторитетом, а веру в его способность правильно ставить диагноз и назначить эффективное лечение можно считать важным компонентом исцеления. С медициной все еще ассоциируется сила, которая частично производна от высококвалифицированной природы знаний, необходимых для занятия ею, а

¹⁶⁷ Магазаник Н.А. Врачевание и психология. М.: Изд-во Медкнига, 2007. С. 6.

¹⁶⁸ Силуянова И.В. Патернализм и информированное согласие: проблема совместимости // Главный врач, 2006. № 3. С. 5.

¹⁶⁹ Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 25 - 34.

частично – от человеческой потребности найти какую-то силу, способную защитить от болезни»¹⁷⁰.

Следует отметить, что патерналистская модель достаточно долго сохранялась в нашей стране. Так и в имперский, и в советский периоды отечественной истории считалось, что врачи действуют исключительно в интересах больного, даже если скрывают от него неприятную правду (например, об онкологическом заболевании). Пациенту же отводилась относительно пассивная, по сути - подчиненная роль, поскольку он был избавлен от сомнений и неуверенности так как врач брал на себя полную заботу о нем.

По мнению исследователей, патернализм имеет как положительные, так и отрицательные стороны. К его положительным сторонам, безусловно относится то, что образ врача наделяется в общественном сознании определенными, родительскими чертами, что соответствует традиционным представлениям о роли и задачах целителя. Однако, патерналистское решение, опирающееся на профессионализм врача по принципу «доктор лучше знает то, что является благом для пациента» <...> ставит две проблемы:

- во-первых, проблему моральной оправданности такого решения (примерами служат злоупотребления с душевно больными, преступления нацистских врачей);

- во-вторых, атрибуции этого решения как подлинно патерналистского¹⁷¹.

В связи с тем, что пациент является пассивным субъектом и не принимает никаких решений относительно процесса лечения, модель патернализма позволяет оправдывать принуждение пациентов, или сокрытие от них информации. Следовательно, главным недостатком патерналистского подхода к лечению признается тот факт, что современный пациент должен быть в

¹⁷⁰ Кэмбелл А., Джиллег Г., Джонс Г. Медицинская этика: учебное пособие; пер. с англ. / под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина.- 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 36.

¹⁷¹ Жукова Е.А., Мещерякова Т.В. Философско-методологические аспекты биоэтической проблематики автономии пациента. Вестник ТГПУ (TSPU Bulletin). 2012. 2 (117). С. 209.

доступной форме информированным о диагнозе, предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, вариантах терапии и связанных с ним рисках.

По мере развития демократических институтов и соответствующего им мышления «в медицинском сообществе стали набирать силу антипатерналистические тенденции, а суждения о “крахе патернализма” стали появляться все чаще»¹⁷². При этом в связи с ростом осведомленности пациентов возникла необходимость в обсуждении с ними диагнозов и возможных планов лечения¹⁷³.

Тогда, в противовес патерналистской модели, была выстроена так называемая коллегиальная (партнерская или равноправная) модель. Суть этой модели состоит в том, что взаимоотношения врача и пациента диалектически связаны системой субъектно-объектных отношений сотрудничества во имя достижения общей цели, обусловленной болезненным состоянием человека. Этой целью может выступать, например, скорейшее выздоровление, ослабление страданий, взаимное согласие партнеров относительно медицинских или здоровьесберегающих рекомендаций. Так, согласно Р. Витчу, «в рамках коллегиальной модели врач сообщает больному правдивую информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания, а пациент участвует в ее обсуждении»¹⁷⁴. Тем самым в ней превалирует принцип равноправия врача и пациента, реализуется право последнего на свободу выбора¹⁷⁵.

В целом коллегиальная модель отношений врача и пациента основана на принципе сотрудничества. Как отмечает И. Харди, «врачу не только следует выслушать больного с вниманием, но и пережить все то, чем он живет, понять,

¹⁷² Силуянова И.В. Избранные. О призвании врача- М.: Изд-во «Форма «Г», 2008.С.146 - 149.

¹⁷³ Михальченко Д.В., Михальченко А.В. Необходимость дополнительной подготовки врача по вопросам взаимоотношений с пациентом. // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2014. № 2. С. 43.

¹⁷⁴ См.: Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 25 - 34.

¹⁷⁵ См.: Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 25 - 34.

что происходит в его душе мыслях, и реакция должна быть резонансом на услышанное»¹⁷⁶. Эта модель предполагает известную автономию пациента, когда «благодеяния врача» вопреки воле и желанию пациента считаются недопустимыми. Тем самым, в рамках взаимоотношений врач-пациент последний наделяется определенными правами.

С одной стороны, данная модель в ее проекции на коммуникативную сферу вписывается в общие представления об идеальных человеческих отношениях. Обращенность пациента к собственному пониманию сложившейся медицинской ситуации, равно как и ожидаемое «равенство» партнеров, как бы призваны уравнивать шансы и права обеих сторон в выстраивании единой стратегии и тактики¹⁷⁷.

С другой стороны, определенная ограниченность в возможности реализовать данную модель в практической медицине служит предметом постоянных споров в профессиональном медицинском сообществе.

Одни ученые, в частности, Е.В. Ушакова, делают акцент на преимуществе данной модели, которое состоит «в придании медицине цивилизованного характера, так как процесс лечения становится открытым и исключаются весьма возможные в этой сфере злоупотребления»¹⁷⁸. К очевидным достоинствам коллегиальной модели они относят:

- установление доверительных отношений врачей с пациентами, что создает благоприятные предпосылки для процесса лечения. При этом доверие пациента к врачу базируется на его вере в безопасность и надежность данного сотрудничества в оказании качественной медицинской помощи;
- индивидуальный подход к пациенту и его болезни;

¹⁷⁶ Харди И. Врач, сестра, больной / Пер. с венгерского М. Алекса. – 5-е изд. Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1988. С. 51.

¹⁷⁷ Изуткин Д.А. Этика взаимодействия врача и пациента в различных моделях их отношений. // Медицинский альманах. № 5(24). С. 215.

¹⁷⁸ Ушаков Е.В. Права и гарантии в системе медицинской помощи. М.: ТК Велби, КноРус, 2004. С. 7 - 8.

- общее стремление участников отношений к борьбе за сохранение жизни, здоровья, облегчению страданий больного.

Другие ученые утверждают, что так называемая новая равноправная (коллегиальная) модель отношений врач-пациент – это миф, поскольку пациент не может быть равноправным участником взаимодействия.

Отсутствие у современного пациента медицинских знаний при наличии большого потока псевдонаучной или рекламной информации из Интернета вводит его в заблуждение. Возросшая переоценка собственных познаний в медицине, в совокупности со склонностью к самолечению и к позитивному восприятию ненаучных методов диагностики, боязнью медицинских процедур и недоверию к результатам обследований, фактически искажает роль больного, превращая его в своеобразного контролера врача, что порождает конфликтную ситуацию.

Врач, в целях избегания конфликта и защиты своих прав, обычно ищет конструктивный выход из сложившейся ситуации, соглашаясь признать за пациентом право искать любые источники информации относительно лечения. Однако вольная интерпретация последним противоположного мнения расценивается врачом как исключительно деструктивное явление.

Все эти обстоятельства приводят к утрате доверительных отношений между врачом и пациентом, к нежеланию договариваться, что, в конечном счёте, противоречит самой коллегиальной модели.

Таким образом, следует согласиться с тем, что коллегиальная модель является привлекательной лишь с моральной точки зрения, поскольку в современном обществе, в силу целого ряда причин, прежде всего, в силу утраты доверия к самим институтам медицины и здравоохранения, невозможно выстроить доверительные отношения в социальной системе «врач – пациент».

В известной степени близкой к коллегиальной модели, но не совсем идентичной ей, является так называемая информационная модель. Необходимо отметить, что эта модель получила развитие благодаря деятельности

Американской ассоциации больниц, которая развернулась в конце 60-х – начале 70-х гг. прошлого столетия. Эта организация стала активно обсуждать вопросы прав пациентов, среди которых первостепенное значение имело право на информацию, необходимую для информированного согласия¹⁷⁹.

Информационная модель основана на концепции автономии пациента, получившей обоснование в трудах таких ученых как Е. Эсмануэль и Л. Эсмануэль, а также Р. Витч. Эта концепция заключается в том, что больной имеет возможность выбора метода лечения на основе детального рассмотрения с врачом всех альтернативных вариантов и определения оптимального решения по лечению¹⁸⁰.

Близка как к коллегиальной, так и к информационной модели, так называемая либерационная модель, описанная А.П. Зильбером. Согласно этой модели, «врач сообщает больному о сути патологии и методах ее устранения, оставляя выбор конкретного метода за самим больным»¹⁸¹. Главное достоинство такой модели, по мнению А.П. Зильбера, «стимуляция активного участия больного в своем лечении, а главный недостаток - сомнения больного, недостаточно грамотного в медицине, что нередко заставляет его обращаться к другим врачам. При всех недостатках патерналистской модели она все же предпочтительнее либерационной, свидетельствующей об откровенной незаинтересованности врача в результатах своей работы, а чаще - о равнодушии как характерологической особенности врача»¹⁸².

В соответствии с информационной моделью, от врача требуется предоставление больному всей существенной информации, касающейся его заболевания. Будучи в некоторой степени уравнен в отношении информированности с медиками, пациент становится в состоянии принимать

¹⁷⁹ Силуянова И.В. Патернализм и информированное согласие: проблема совместимости // Главный врач, 2006. № 3. С. 5.

¹⁸⁰ Emanuel E.J., Emanuel L.J. Four models of the physician-patient relationship // JAMA. 1992. Vol. 276, № 16. P. 2221 – 2226.

¹⁸¹ Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики М.: МЕД-пресс-информ, 2008. С. 31.

¹⁸² Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики М.: МЕД-пресс-информ, 2008. С. 31.

участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения, и, по сути, действует как коллега лечащего врача, что, в свою очередь, обуславливает сходство данной модели с коллегиальной. Однако в рамках данной модели основополагающим моментом является наличие информированного согласия пациента.

Так, перед тем как врач приступит к диагностике, а затем к лечению, больной должен подписать специальный документ – информированное согласие, в котором он выражает согласие на медицинское вмешательство, определенное врачом.

Следует отметить, что в действующем законодательстве РФ права граждан на информацию по вопросам здоровья и медицинской помощи сформулированы достаточно четко. Так, «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» предусматривают «право граждан на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство» (ст. 32), «на отказ от медицинского вмешательства (обязательно с документальным подтверждением, то есть, за подписью пациента» (ст. 33), «на информацию о состоянии своего здоровья» (ст. 31), «на сохранение информации приватного характера в тайне» (ст. 30, п. 6), «на получение информации о своих правах, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии здоровья пациента» (ст. 30, ч. 9)¹⁸³.

Фактически информированное согласие является нормативно закреплённым принятием предложенных врачом условий сделки между пациентом и врачом.

Опыт применения информационной модели, получившей широкое распространение в западных странах, был заимствован отечественным здравоохранением - с 1993 г. в нашей стране подписание информированного

¹⁸³ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48, ст. 6724.

добровольного согласия является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства¹⁸⁴.

Информированное добровольное согласие пациента – это единственное правовое основание для оказания медицинской помощи пациенту, без его получения медицинское вмешательство недопустимо по закону. С учетом такого важного фактора, влияющего на сознание пациента, можно однозначно констатировать, что автономия воли пациента существует лишь номинально и что пациент, если и подписывает согласие, то не всегда по своему волеизъявлению.

Однако, как показала практика, информационная модель существенным образом влияет на переход традиционно солидарных социальных отношений в системе врач – пациент в конфликтные. На наш взгляд, причина этого заключается в том, что норма о закреплении обязательной письменной формы добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство - это слишком широкая норма, которая служит поводом для злоупотреблений со стороны врачебного сообщества и признаком отсутствия цивилизованных и уважительных отношений к пациенту.

Если больной, состояние которого позволяет выразить свою волю, отказывается от предложенного ему обследования или лечения, то врач обязан согласиться с этим отказом, сообщив перед этим больному о его последствиях. Однако следует учитывать тот факт, что пациент не является специалистом в области медицины и не в состоянии принять взвешенное решение. И даже получив необходимую информацию о последствиях, рисках и возможных альтернативных методах лечения, поскольку он не может их объективно оценить, также как и вероятность наступления неблагоприятного исхода для своей жизни или здоровья в результате медицинского вмешательства. Следовательно, получается, что, подписав информированное добровольное

¹⁸⁴ Михальченко Д.В., Михальченко А.В., Жидовинов В.Н., Наумова А.В. Необходимость дополнительной подготовки врача по вопросам взаимоотношений с пациентом // Волгоградский научно-медицинский журнал 2014. № 2. С. 43.

согласие, больной априори согласен на все риски, осложнения, и даже на летальный исход, а врач не гарантирует положительный стопроцентный результат, как в ближайшем, так и в отдалённом периоде. Однако согласие пациента на смертельно опасное медицинское вмешательство вовсе не означает его согласие умереть с помощью врача и не освобождает последнего от юридической ответственности в случае неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи.

В то же время в современных российских реалиях невозможно отказаться от информационной модели взаимоотношений «врач-пациент», так как отказ от информированного согласия лишает врача правовой защиты от профессиональных рисков, которая особенно необходима в новых социально-экономических и правовых условиях, а пациента – достоверной информации о состоянии его здоровья.

В качестве своеобразного развития информационной модели можно рассматривать контрактную модель, выделенную в свое время Р. Витчем и получившую широкое практическое применение в последнее время.

В рамках контрактной модели взаимодействие врача и пациента осуществляется на принципах правового договора. Пациенты заключают договор на медицинское обслуживание с конкретным лечебным учреждением или со страховой компанией. Контрактная модель считается более реалистичной, чем коллегиальная, поскольку учитывает возможность равенства врача и пациента, но в ней присутствует «неизбежность наличия «вертикальных» отношений зависимости. Эта зависимость, однако, устанавливается на вполне определенных условиях. Если условия не соблюдаются, то пациент вправе считать для себя договор недействительным, лишит врача тех полномочий, которые последний получил в силу договора»¹⁸⁵.

¹⁸⁵ Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 25 - 34.

Таким образом, основой данной модели является гражданско-правовой договор на оказание медицинских услуг, формирование гражданско-правовых отношений между исполнителем и потребителем медицинских услуг.

Следует отметить, что практическое применение одной из самых распространенных в настоящее время модели – модели контрактного типа, в России имеет существенное отличие от общемировой практики.

Сегодня в России модели контрактного типа распространяются не только на медицину, а на все сферы общественной деятельности (например, образование). Заключение контракта (договора) российский пациент, с одной стороны, демонстрирует свое равноправие в отношениях «врач – пациент», с другой стороны, сознательно, договором стремится узаконить патерналистские отношения с врачом¹⁸⁶. По мнению В.В. Николаевой, контрактные взаимоотношения психологически оправданы и для врача, и для пациента. Первому они позволяют сохранять личностную нейтральность¹⁸⁷, а второму предоставляют право на выбор или смену врача и в медицинской организации.

Однако реализация этой модели на практике подтверждает утверждения исследователей о том, что «отношения между врачом и пациентом в начале XXI в. наиболее точно характеризуются метафорой: “пациенты становятся клиентами, а врачи – поставщиками медицинских услуг”»¹⁸⁸. На этих отношениях врачей и пациентов как поставщиков и потребителей медицинских услуг, коренным образом отличных от партнерских, как раз и базируется контрактная модель. Но, к сожалению, в настоящее время соотношение

¹⁸⁶ Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 3. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 15.04.2018).

¹⁸⁷ Николаева, В.В., Первичко Е.И., Загорец Т.П. Особенности отношений в диаде «врач-пациент» при соматоформных расстройствах. URL: https://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya_693/nikolaeva-pervichko-zagorets-osobennosti-16119.html (Дата обращения 15.01.2018).

¹⁸⁸ Heritage J., Maynard D.W. After 30 Years, Problems and Prospects in the Study of Doctor-Patient Interaction // Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing / eds.: B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers. Ch. 17. N. Y., 2011. P. 323 – 343.

содержаний понятий медицинская помощь и медицинская услуга и ее отличие от прочих видов услуг, еще недостаточно исследовано¹⁸⁹.

Так, Е.В. Полянская считает, что медицинская помощь является более обширной категорией, которая включает в себя все меры медицинского характера, в том числе оказание медицинских услуг, направленные на поддержание и восстановление здоровья населения. Разграничение рассматриваемых понятий заключается в том, что медицинская услуга является категорией рыночных отношений, нематериальным товаром, результат от оказания которой оценивают с точки зрения соотношения прибыли и затрат.

Однако несовпадение выделяемых государственных средств на здравоохранения с реальными потребностями отрасли привело к тому, что помимо государственных расходов на здравоохранение широкое распространение получило частное финансирование медицинских услуг. Медицинские услуги характеризуются большим разнообразием, и данное обстоятельство определяет большое число подходов к классификации медицинских услуг. Прежде всего, необходимо отметить что, по условиям оплаты для населения медицинские услуги принято делить на платные и бесплатные¹⁹⁰.

В.Н. Соловьев утверждает, что «с развитием гражданского общества и юридической мысли введение в гражданское законодательство понятия “услуги”, вопреки ожиданиям, не только не сняло остроты проблемы, а, наоборот, породило новые разногласия, вызванные главным образом тем обстоятельством, что термины “медицинская помощь” и “медицинские услуги” в правовых актах нередко стали употребляться одновременно. Отношения между учреждениями и пациентами при оказании помощи по Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации

¹⁸⁹ Сырейщикова И.А. Основания возникновения правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи // Юрист. 2008. № 11. С. 51 - 53.

¹⁹⁰ Полянская Е.В. Понятие «медицинская услуга» и основные подходы к её классификации // Молодой ученый. 2010. №1-2. Т. 1. С. 244 - 247. URL <https://moluch.ru/archive/13/1179/> (Дата обращения: 25.02.2019).

бесплатной медицинской помощью, в том числе по программе обязательного медицинского страхования, не отвечают требованиям населения, в первую очередь, с точки зрения их качества»¹⁹¹.

В Федеральном Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ качество медицинской помощи понимается как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи¹⁹².

Однако очевидно, что по большинству видов услуг отсутствуют обязательные требования к их качеству, а действующее законодательство не в полной мере отражает этот аспект. Кроме того, недостаточное финансирование системы отечественного здравоохранения имеет такие последствия как дефицит медицинских кадров, износ основных средств и нового современного оборудования, низкий уровень квалификации отдельных специалистов.

В частности, И.Г. Ломакина считает, что «в области медицинского обслуживания институт гражданско-правовой ответственности не достигает

¹⁹¹ Соловьев В.Н. Медицина и гражданское право // Материалы конференции «Медицина, этика, религия и право». М., 2000. С. 35.

¹⁹² Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.

своей непосредственной цели - восстановления имущественных и неимущественных прав потерпевшей стороны (пациента). Это связано с тем, что его субъектам, которые не обладают специальными сугубо профессиональными познаниями в области медицины, крайне затруднительно доказывать причинную связь между действиями исполнителя и наступившими вредоносными для пациента последствиями в результате оказания медицинской услуги»¹⁹³.

Обращение за медицинской помощью естественно предполагает получение качественной услуги, оказываемой квалифицированным врачом-специалистом в области конкретного заболевания с применением высокотехнологичного современного медицинского оборудования. Но, к сожалению, как показывает практика, есть случаи оказания неквалифицированной помощи, приводящие в результате не только к безрезультативному лечению, но в дальнейшем к ухудшению здоровья пациента, что предполагает привлечение виновного медицинского работника к ответственности. В то же время, особенности применения гражданско-правовых механизмов защиты прав врачей и пациентов обусловлены особенностями правового регулирования медицинской деятельности в Российской Федерации, а также спецификой правового статуса его субъектов.

Для того, чтобы добиться качественного подхода к реализации практического вопроса улучшения гражданско-правового статуса врачей и пациентов, необходимо развитие правовой культуры, которая представляет собой разновидность общей культуры, состоящей из духовных и материальных ценностей населения в целом. При этом правовая культура включает в себя лишь то, что в правовых явлениях можно считать прогрессивным, социально полезным и ценным. Так как социальные права в области охраны здоровья

¹⁹³ Ломакина И.Г. Гражданско-правовое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг в Российской Федерации: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. М., 2006. Библиотека юридических наук Law Theses: сайт. URL: <http://lawtheses.com/grazhdansko-pravovoe-regulirovanie-otnosheniy-po-okazaniyu-meditsinskih-uslug-v-rossiyskoy-federatsii> (Дата обращения: 30.12.2018).

связаны с социальными обязательствами, по обеспечению населения медицинской помощью. Необходимо добиться высокого уровня правосознания и правовой культуры, государственных служащих в надзорных органах, судей, врачей и самих граждан России в целом.

Вместе с тем специфика медицинских услуг состоит в том, что они поддаются регламентации нормативно закрепленными правилами в меньшей степени, чем другие услуги. И хотя в этой сфере также существует немало нормативных предписаний, очевидно, что они не охватывают, да и не могут охватить всего разнообразия действий при медицинских вмешательствах. В связи с этим логично предположить, что понятие «профессиональные требования и стандарты» включает в себя не только нормы, содержащиеся в актах законодательства, но и иные правила, в том числе неписанные.

Следует отметить, что модель стандартов оказания медицинских услуг, разработанная в 2010 году, по существу представляет собой усредненный для каждого заболевания «план» диагностики и лечения, соотнесенный со среднестатистической востребованностью пациентов в той или иной медицинской услуге, в том или ином лекарстве или изделии.

Так, «если в стандарте около услуги, лекарства или изделия стоит коэффициент востребованности 0,7 - это означает, что этот компонент лечения применяется у 70% больных, страдающих данным заболеванием. Таким образом, стандарт не предназначен для использования врачом для принятия каких-либо решений по лечению конкретного больного. Индивидуальные особенности течения заболевания, разные схемы и тактики лечения он не учитывает. Их возможность лишь подразумевается по вариабельности потребностей в отдельных компонентах лечения, поскольку по стандарту невозможно оценить по стандарту качество медицинской помощи, оказанной конкретному больному. Так, по стандарту невозможно сказать, относился больной к 30 или 70%, то есть, требовал он или нет конкретного компонента лечения. Кроме того, при наличии у больного сопутствующих заболеваний или

присоединении в ходе болезни осложнений, стандарт становится просто недостаточным и требует дополнений»¹⁹⁴.

Таким образом, контрактная модель, по сути, представляет отступление от ориентированных на пациента отношений в сфере здравоохранения и содержит риски развития социально-правового конфликта при оказании медицинской услуги.

В настоящее время исследователи отмечают подъем биомедицины, который имеет место одновременно с развитием научных методов, на которых она базируется¹⁹⁵. Согласно позициям биомедицины, «заболевание стало определяться в терминах объективно распознаваемых по их местонахождению, а не по субъективным симптомам, испытываемых пациентом. Формальный медицинский уход, осуществляемый специально подготовленным персоналом, является ныне общепринятым способом лечения и физических, и психических заболеваний»¹⁹⁶.

Биомедицинская модель имеет несколько основополагающих аспектов. В ней, как отмечают Э. Гидденс и Ф. Саттон, «болезнь рассматривается как нарушение “поломка” - в теле человека, которое отклоняет его от нормального состояния здоровья. Для восстановления состояния здоровья тела причина заболевания должна быть изолирована, подвергнута воздействию и в конечном счете устранена. Биомедицина работает с телом и ментальными состояниями человека по отдельности, поэтому медики воспринимают его как больное тело, а не как целостного индивида. Акцент делается на лечении его заболевания, которое можно исследовать и подвергать воздействию, отвлекаясь от всех личностных особенностей пациента»¹⁹⁷.

¹⁹⁴ Невинная И. Министра вызывали? Шесть ответов главы Минздрава Вероники Скворцовой читателям «РГ». URL: <https://rg.ru/2014/09/11/skvortsova.html> (Дата обращения: 06.05.2018).

¹⁹⁵ Mizrachi N., Shuval J.T., Gross S. Boundary at Work. *Alternative Medicine in Biometrical Setting // Sociology of Health and Illness*. 2005. Vol. 27. № 1. P. 20 – 43.

¹⁹⁶ Гидденс Э., Саттон Ф. Основные понятия социологии / Пер. с англ. Е. Рождественской, С. Гавриленко. М.: изд. Дом Высшей школы экономики, 2018. С. 242.

¹⁹⁷ Гидденс Э., Саттон Ф. Основные понятия социологии / Пер. с англ. Е. Рождественской, С. Гавриленко. М.: изд. Дом Высшей школы экономики, 2018. С. 242 – 243.

Таким образом, «лечение осуществляется в нейтральной, свободной от ценностной нагрузки манере, информация о пациенте собирается и накапливается в личной карте больного»¹⁹⁸, а «прошедшие должную медицинскую подготовку специалисты рассматриваются как единственные эксперты в лечении болезни»¹⁹⁹.

На наш взгляд, в общие рамки биомедицинской модели достаточно хорошо вписывается так называемая техническая модель, обозначенная, в частности, Р. Витчем и другими исследователями. Главным принципом социальных отношений в рамках технической модели является технократический подход врача к пациенту. Врачи – узкие специалисты (рентгенологи, врачи лабораторной диагностики и др.) при взаимодействии с пациентом выполняют чисто технические функции. При этом никакой заботы о пациенте они не проявляют, поскольку внимание уделяется только техническо-процедурной стороне самого исследования. Примером тому служит рентгенологическая диагностика — распознавание заболеваний различных органов и систем на основе данных рентгенологического исследования. Рентгенодиагностику обычно делят на общую (техника, методика) и частную (рентгенодиагностика заболеваний определенных органов или систем органов (костей и суставов, легких, сердца, желудочно-кишечного тракта и т. д.), рентгенодиагностику в специальных разделах медицины (фтизиатрия, гастроэнтерология, профессиональные заболевания и т. д.). Также врач-лаборант, занимающийся клинической лабораторной диагностикой (КЛД), проводит лабораторный анализ биологических продуктов и жидкостей продуктов жизнедеятельности человека. Практически во всех видах подобных обследований исключается личное общение с пациентом.

¹⁹⁸ Гидденс Э., Саттон Ф. Основные понятия социологии / Пер. с англ. Е. Рождественской, С. Гавриленко. М.: изд. Дом Высшей школы экономики, 2018. С. 243.

¹⁹⁹ Гидденс Э., Саттон Ф. Основные понятия социологии / Пер. с англ. Е. Рождественской, С. Гавриленко. М.: изд. Дом Высшей школы экономики, 2018. С. 243.

Достаточно часто эта модель рассматривается как исследовательская, которая используется врачом, при проведении биохимических, биофизических, рентгенологических и др. исследований, когда пациент еще не участвует в обсуждении процесса лечения²⁰⁰. Однако в последнее время именно на ней основан подход, который фактически нивелирует важность непосредственного взаимодействия врача и пациента. При этом диагноз устанавливается исключительно на базе объективных данных, отраженных в результатах диагностических исследований, а клинической картине (анамнезу) заболевания никакого внимания не уделяется.

С одной стороны, появление данной технической модели отношений «врач-пациент» обусловлено расширением и углублением технологий, порожденных новейшими достижениями биомедицинской науки в сфере здравоохранения. С другой стороны, и это служит основным недостатком технического типа социальных отношений в системе врач – пациент, диагностический подход к пациенту препятствует созданию атмосферы взаимопонимания. Любое медицинское обследование складывается из анализа субъективных и объективных данных, а большинство существующих электронных методов диагностики состояния пациента по биологически активным точкам основаны на амплитудных методах.

Объектом критики этой, как и биологизаторской модели, служит то, что в технической модели, безусловно, доминирует власть врача-специалиста, основанная на его возможности по-своему интерпретировать результаты обследований. При этом критики обращают внимание на следующие моменты.

Во-первых, эффективное лечение возможно лишь в том случае, если пациент воспринимается как мыслящий субъект, способный к адекватному осмыслению своего состояния. Барьер между врачом и пациентом, связанный с биологизаторским подходом, приводит к недопониманию и утрате доверия, а

²⁰⁰ Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 25 - 34.

подобные социальные факторы способны привести к неправильному диагнозу и соответственно неверному лечению.

Во-вторых, в настоящее время все более распространенными становятся хронические заболевания, которые требуют скорее управления, нежели лечения, и при которых в отношениях между врачом и пациентом мнение и опыт последнего становятся решающими факторами в режимах лечения, а сам пациент - активным и «целостным» существом.

В-третьих, адекватный подход к хроническим заболеваниям, и, особенно, к инвалидности, требует учета сложных взаимоотношений между биологическим, хроническим и социальным²⁰¹.

На наш взгляд, в настоящее время необходимы новые подходы к анализу и конструированию моделей социальных отношений в системе «врач – пациент», которые не просто отражали ключевые тенденции в современном здравоохранении, но и отвечали бы актуальным потребностям всех членов общества. При этом необходимо учитывать тот важный факт, что социальное взаимодействие врача и пациента в современном обществе - сложное социальное и социально-психологическое явление, поэтому единой общепринятой классификации моделей взаимоотношений врача и пациента не существует, а сами обозначенные выше модели носят достаточно условный (аналитический) характер. В каждом конкретном случае взаимоотношения врача и пациента складываются индивидуально, в зависимости от ценностных ориентиров личности пациента и врача, от особенностей заболеваний индивидуального пациента. Развитие социальных отношений в рамках этой системы детерминируется определенными факторами и осуществляется по определенным закономерностям, связанных с актуальными социальными, экономическими, правовыми и политическими процессами.

²⁰¹ Гидденс Э., Саттон Ф. Основные понятия социологии / Пер. с англ. Е. Рождественской, С. Гавриленко. М.: Изд. Дом Высшей школы экономики, 2018. С. 243.

По нашему мнению, коллегиальная модель представляется социально оправданной, поскольку в целом она ориентирована на улучшение взаимоотношений в сфере медицины - результирующим условием построения субъектной коммуникации в коллегиальной модели является доверие, сотрудничество, ответственность всех субъектов. Посредством реализации данной модели возможно исключение формализации и бюрократизации со стороны государственной системы, исключение правовых коллизий, повышение правовой культуры врача и пациента, что приведет к действенным совместным усилиям для борьбы с болезнью.

Одновременно нельзя не учитывать тот факт, что процессы глобализации и развития цифровых технологий заставляют трансформироваться медицину, меняют ценностные ориентиры, социальные роли и статусы людей, так или иначе связанных с ней.

С одной стороны, ускоренная «цифровизация социума»²⁰² приводит к недооценке традиционно высокого статуса «живого врача», отдавая предпочтение высокотехнологичной, но при этом чисто инструментальной диагностике, что порождает тревожные тенденции. Так, в докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сделанном на Третьем глобальном форуме по кадровым ресурсам здравоохранения в ноябре 2013 года, отмечено, что в 2035 году в мире будет не хватать 12,9 миллионов работников здравоохранения; на сегодняшний день нехватка исчисляется в 7,2 миллиона человек²⁰³.

С другой стороны, медиализация «как форма социального контроля, когда пациенты попадают под надзор медицинских работников»²⁰⁴,

²⁰² Смотри об этом: Осипов Г.В. Социологическая наука в условиях становления цифровой цивилизации. СПб.: СПбГУ, 2016; Добринская Д.Е., Мартыненко Т.С. Перспективы российского информационного общества: уровни цифрового разрыва // Вестник РУДН. Серия: Социология. Т. 19. № 1. 2019. С. 108 – 120.

²⁰³ См. Савинкина Л.А., Шепелова Т.С. Проблемы дефицита медицинских кадров и пути ее решения // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6.

²⁰⁴ Гидденс Э., Саттон Ф. Основные понятия социологии / Пер. с англ. Е. Рождественской, С. Гавриленко. М.: Изд. Дом Высшей школы экономики, 2018. С. 247.

существенным образом нарушает устоявшиеся практики взаимодействия врачей и пациентов, основанные на социальной солидарности. В результате возникает дилемма: пациент стремится активно участвовать в процессе лечения, уверенный в своих возможностях помочь «медицине», а врач, негативно настроенный на дилетантское «всезнание» пациента, предпочитает технологичное и авторитарное взаимодействие с ним. При этом пациент требует эмпатии и эмоционального отклика, уважения к собственной личности, то есть того, что в малой степени обеспечивает ему социум²⁰⁵.

В конечном счете, имеет место трансформация солидарных моделей социальных отношений в системе «врач – пациент» (и патерналистской, и коллегиальной) в модель конфликтную, основанную на открытом конфликтном противостоянии взаимодействующих сторон.

ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ

1. Общественное здоровье как интегрированное выражение динамики индивидуальных уровней здоровья всех членов общества традиционно связано с такими важнейшими системными элементами социальной сферы жизнедеятельности общества как медицина и здравоохранение. Проблемы сохранности индивидуального и общественного здоровья, взаимодействия с медициной и здравоохранением различных социальных групп общества, служили предметом разностороннего анализа с древнейших времен. Постепенно эти проблемы стали фокусом широкого круга социальных исследований, проводившихся не только в странах Западной Европы, но и в России. Однако преимущественной целью данных социально-медицинских исследований оставался сбор чистых фактов без какого-либо научного анализа. Тесная связь медицины и здравоохранения с точки зрения дисциплинарного

²⁰⁵ Сокольчик В. Н. Анализ реализации моделей взаимодействия врач-пациент Р. Витча в эпоху медиализации общества // Научные труды республиканского института высшей школы (Минск) 2016. № 15. С. 249 – 250.

обособления в рамках социологии была вынесена на научную «повестку дня» лишь в конце XIX - начале XX века, когда американский исследователь Чарли МакИнтайр обосновал необходимость создания особой отрасли социологической науки – медицинской социологии.

2. На первых этапах инициаторами проведения социологических исследований в области общественного здоровья, медицины и здравоохранения – медицинской социологии - являлись именно врачи. В систему собственно социологического знания проблемы медицины и здравоохранения были включены в 1950-е гг., когда назрела необходимость теоретико-социологического осмысления роли и места медицины в обществе, социализации системы здравоохранения, изучения ролевого поведения врачей и пациентов в конкретных социально-экономических условиях. Именно в этот период имел место интенсивный процесс дифференциации социологического знания, который привел к концептуальному оформлению ее дисциплинарной матрицы в виде совокупности отдельных сфер социологического знания, одной из которых стала социология медицины.

3. В целом рост интереса современных медиков и социологов к социально-медицинской проблематике обусловлен следующими основными моментами: 1) здоровье и жизнь людей стали признаваться высшими социальными ценностями; 2) в обществе усилилось понимание того, что многие проблемы, связанные со здоровьем, имеют социальную природу; 3) наблюдалось повышенное внимание к изучению социальных факторов, влияющих течение заболеваний и ход их лечения; 4) была осознана необходимость социологических исследований в рамках лечебных учреждений и соответствующего социологического образования медицинских работников. Эти моменты во многом повлияли на активное развитие социологии медицины, изучающей состояние здоровья населения, его социальную обусловленность и роль в развитии общества, организационную структуру и эффективность медицинских учреждений, систему здравоохранения.

4. Безусловно, социология медицины – междисциплинарный гибрид, образованный на стыке двух наук, – медицины и социологии, обладает широким спектром не только эвристических, но и диагностических, а также прогностических возможностей. В то же время сегодня социология медицины, как и многие другие подобные научные гибриды, сталкивается с целым рядом теоретико-методологических трудностей. Важнейшей из них представляется многогранность и размытость предметного поля, которая предопределяет множественность названий этой, достаточно конкретной сферы научных исследований. Так, в современной отечественной социологической литературе существует несколько обозначений предметной области, связанной с изучением социальных аспектов здоровья и болезней, здравоохранения и медицины: «социология медицины», «медицинская социология», «социология медицины и здравоохранения», «социология болезней и здоровья», «социология в медицине» и т.п. Дифференциация этих понятий, на самом деле обозначающих определенные научно-исследовательские подходы социологов к анализу медицины и здравоохранения, но претендующие на дисциплинарную автономию, представляется аналитически полезной.

5. Нивелировать проанализированные в главе теоретико-методологические трудности может интегративный подход, обозначенный исследователями как «социологический анализ медицины и здравоохранения», который представляется одновременно наиболее научно обоснованным, широким и перспективным. В его основе должна лежать интерпретация медицины и здравоохранения как социальных систем и социальных институтов, рассматриваемых в рамках общей социологической теории. С точки зрения структурно-функционального подхода современные институты медицины и здравоохранения представляют собой особые функциональные социальные системы, разделенные, в свою очередь, на подсистемы, каждая из которых несет конкретную функциональную нагрузку. Научное представление о структуре и функциях института здравоохранения задает важные векторы

социологических исследований всей совокупности связанных с ним социальных отношений, его основных объектов и системных взаимосвязей между ними

6. Основу структуры здравоохранения составляют лечебные (медицинские) учреждения, в которых реализуется основная функция медицины и здравоохранения – охрана здоровья граждан. В системе здравоохранения существует ряд функциональных систем, которые считаются вторичными по отношению к его организационно-учрежденческой «лечебной» структуре. Все эти подсистемы института здравоохранения носят организованный характер и связаны между собой сложной сетью социальных связей и отношений. Эти отношения строятся как на базе согласия (солидарности), так и могут носить и ярко выраженный конфликтный характер. Совокупность подобных социальных отношений охватывает все медицинское сообщество, однако очевидно то, что главным структурным компонентом социально-медицинского сообщества являются медицинские работники (врачи) и пациенты. Тем самым, ключевым для социологического анализа системы здравоохранения выступает взаимодействие, имеющее место в подсистеме «врач – пациент», представляющее важность для социологического анализа трансформации моделей конкретных социальных отношений в ней в условиях современных социальных реалий.

7. В современной медицинской практике обозначен целый ряд моделей, в соответствии с которыми формируются социальные отношения в системе «врач – пациент». Классической моделью отношений между врачом и пациентом считается патернализм. Однако в связи с тем, что пациент является пассивным субъектом и не принимает никаких решений относительно процесса лечения, модель патернализма позволяет оправдывать принуждение пациентов, или сокрытие от них информации. В противовес патерналистской модели, была выстроена так называемая коллегиальная (партнерская или равноправная) модель. Ее суть состоит в том, что взаимоотношения врача и пациента

диалектически связаны системой субъектно-объектных отношений сотрудничества во имя достижения общей цели, обусловленной болезненным состоянием человека.

8. В современном обществе наиболее распространенной является информационная модель, которая основана на концепции автономии пациента. Эта концепция заключается в том, что больной имеет возможность выбора метода лечения на основе детального рассмотрения с врачом всех альтернативных вариантов и определения оптимального решения по лечению. Однако как показала практика, информационная модель существенным образом влияет на переход традиционно солидарных социальных отношений в системе врач – пациент в конфликтные. Причина этого заключается в том, что норма о закреплении обязательной письменной формы добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство - это слишком широкая норма, которая служит поводом для злоупотреблений со стороны врачебного сообщества и признаком отсутствия цивилизованных и уважительных отношений к пациенту.

9. В качестве своеобразного развития информационной модели можно рассматривать контрактную модель, также получившую широкое практическое применение в последнее время. В рамках контрактной модели взаимодействие врача и пациента осуществляется на принципах социально-правового договора между его субъектами, с помощью которого «пациенты становятся клиентами, а врачи – поставщиками медицинских услуг». Однако практическая реализация информационной и контрактной моделей приводит к тому, что происходит трансформация солидарных социальных отношений в системе «врач – пациент» в конфликтные, основанные на открытом конфликтном противостоянии взаимодействующих сторон.

ВТОРАЯ ГЛАВА. ГЕНЕЗИС КОНФЛИКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СОЦИАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»

2.1. Теоретико-методологические основы социологического анализа солидарных и конфликтных социальных отношений

В настоящее время ученые констатируют недостаточность фундаментальных оснований для проработки проблем и методов, связанных с мониторингом социальных ситуаций, в которых находит отражение реальная совокупность и динамика социальных процессов и отношений. В данной связи представляется целесообразным осмысление и интегрирование ключевых положений ведущих социологических теорий о сущности солидарных и конфликтных социальных отношений, а также тех факторах, которые определяют состояние сплоченности или конфликтного противостояния на разных уровнях существования социума.

Не подлежит сомнению то, что в основе организации любой формы общественной жизни лежит солидарность. В широком смысле солидарность – это «особое состояние группового, корпоративного, коллективного сознания – ощущения взаимосвязи, чувство «мы», основанное на реальном положении данного сообщества во взаимодействиях с другими сообществами»²⁰⁶. Под солидарностью также понимают «состояние готовности данной группы (социального слоя, этнической или иной общности) к совместным акциям для утверждения собственных интересов»²⁰⁷.

Основатели социологии рассматривали солидарность как «естественное состояние общества, возникшее в силу разделения общественного труда, когда люди объективно нуждаются друг в друге»²⁰⁸. Так, Э. Дюркгейм отмечал, что «<...> наиболее поразительное следствие разделения труда состоит не в том,

²⁰⁶ Ядов В.А. Солидарность // Социологическая энциклопедия: в 2-х т. М.: Мысль, 2003. Т. 2. С. 439.

²⁰⁷ Ядов В.А. Солидарность // Социологическая энциклопедия: в 2-х т. М.: Мысль, 2003. Т. 2. С. 439.

²⁰⁸ Ядов В.А. Солидарность // Социологическая энциклопедия: в 2-х т. М.: Мысль, 2003. Т. 2. С. 439.

что оно увеличивает производительность разделенных функций, но в том, что оно делает их солидарными. Роль его во всех этих случаях не просто в том, чтобы украшать или улучшать существование общества, но в том, чтобы сделать возможными общества, которые без него не существовали бы»²⁰⁹.

Проблема социальной солидарности, обеспечивающей стабильное состояние общества, которой занимались многие основоположники социологической науки, легла в основу особого направления в социологической теории, основанного на согласии (консенсусе). Понятием «социальный консенсус» - от латинского слова «consensus» - согласие, согласованность, соучастие - обозначали «согласие в обществе в целом или какой-либо его части относительно ценностей и целей деятельности. Социальный консенсус, как правило, достигается на основе согласования и взаимных уступок субъектов (групп, общностей, институтов, государств)»²¹⁰. Та или иная степень согласия в понимании целей обществ, развития и средств их достижения, как и согласованность в реальных достижениях, считалась необходимым условием успешного социального взаимодействия, сотрудничества и консолидации²¹¹.

В соответствии с представлениями классиков социологии, социальная солидарность и разделение труда неизбежно предполагают кооперацию - сотрудничество нескольких индивидов для решения общей задачи. Кооперация может проявляться во множестве конкретных взаимоотношений между людьми, будь то дружба, деловое партнерство, политический союз между партиями, сотрудничество между фирмами.

Отличительными чертами кооперации являются заинтересованность, выгода взаимодействия участвующих в ней сторон; возможная

²⁰⁹ Дюркгейм Э. О разделении общественного труда // Пер. с франц. А.Б. Гофмана, примечания В.В. Сапова. М.: Канон, 1996. С. 67.

²¹⁰ Иванов В.Н. Консенсус социальный // Социологический словарь / Отв. ред. Г.В. Осипов, Л.Н. Москвичев. М.: Норма-Инфра-М, 2010. С. 190.

²¹¹ Иванов В.Н. Консенсус социальный // Социологический словарь / Отв. ред. Г.В. Осипов, Л.Н. Москвичев. М.: Норма-Инфра-М, 2010. С. 190.

направленность этого взаимодействия на достижение возникающей совместной цели, что способствует укреплению гарантий кооперации; подкрепление длительного взаимовыгодного сотрудничества или кооперации такими средствами обмена как верность, признательность, уважение, поддержка.

В процесс социального взаимодействия в рамках кооперации могут возникнуть отношения соперничества или конкуренции. Известно, что конкуренция – это соперничество двух или более социальных субъектов за обладание дефицитными благами, то есть ценностями, которые не могут быть поделены поровну. При наличии конкуренции соперники пытаются просто опередить друг друга (предложить более качественный или более дешевый товар, убедить избирателей, что предлагаемая им политическая программа более соответствует их интересам и т.д.). Однако некоторые конкуренты могут пренебречь правилами конкуренции и прибегнуть к прямому воздействию на конкурента, чтобы оттеснить его от объекта конкурентной борьбы, - тогда конкуренция перерастает в конфликт.

В широком смысле конфликт (от латинского – *conflictus* – столкновение, борьба) – «столкновение интересов, целей, потребностей в процессе социального взаимодействия сторон»²¹². Под социальным конфликтом также понимается «форма отношений между субъектами социального взаимодействия, детерминированная противоположностью их интересов. Последние, в свою очередь, обусловлены определенной системой ценностей, идеалов и потребностей, имманентных (разделяемых) социальной группой»²¹³.

В социологии направление мысли, которое подчеркивает значимость социального конфликта в истории общества, получило название «традиция конфликта». Особенность этого направления заключается не просто в том, что «общество состоит из конфликтов», а в том, что «даже происходящее вне открытого конфликта включает в себя элементы господства. Это видение

²¹² Глухова А.В. Конфликт // Социологическая энциклопедия: в 2-х Т. М.: Мысль, 2003. Т. 1. С. 482.

²¹³ Иванов В.Н. Конфликт социальный // Социологический словарь / Отв. ред. Г.В. Осипов, Л.Н. Москвичев. М.: Норма-Инфра-М, 2010. С. 196.

социального порядка, которое предполагает наличие доминирующих и подчиненных групп индивидуумов, пытающихся продвинуть свои собственные интересы за счет других; в процессе борьбы за преимущества могут происходить открытые столкновения»²¹⁴.

Ряд зарубежных и отечественных исследователей к основоположникам теории социального конфликта в социологии относит К. Маркса, поскольку ему «удалось объединить различные направления анализа конфликта, которые существовали в его время»²¹⁵. Так, «этот мыслитель опирался на философию Гегеля»; в трудах Томаса Мальтуса и Давида Рикардо он нашел готовое видение ужасающего экономического конфликта»²¹⁶ и «после долгих поисков и синтезов различных идей Маркс создал ту систему, которую искал»²¹⁷. «Социологический уклон этой системе придал Ф. Энгельс, вклад которого в Марксову теорию конфликта во многих отношениях был фундированным и жизнеспособным»²¹⁸.

На самом деле, как заключает Н.Г. Осипова, «концепции классов и классовой борьбы, политического конфликта, идеологии и пролетарской революции К. Маркса, которые часто отождествляются с теорией конфликта, являлись у этого мыслителя лишь элементами его общей теории общества - исторического материализма»²¹⁹.

Необходимо отметить, что в концепции исторического материализма вопросы социальной солидарности также рассматривались. Солидарность понималась К. Марксом как «класс в себе», как единение некой социальной

²¹⁴ Коллинз Р. Четыре социологических традиции / Пер. с англ. В. Россмана. М.: Издательский Дом «Территория будущего», 2009. С. 61.

²¹⁵ Коллинз Р. Четыре социологических традиции / Пер. с англ. В. Россмана. М.: Издательский Дом «Территория будущего», 2009. С. 64.

²¹⁶ Коллинз Р. Четыре социологических традиции / Пер. с англ. В. Россмана. М.: Издательский Дом «Территория будущего», 2009. С. 68.

²¹⁷ Коллинз Р. Четыре социологических традиции / Пер. с англ. В. Россмана. М.: Издательский Дом «Территория будущего», 2009. С. 68.

²¹⁸ Коллинз Р. Четыре социологических традиции / Пер. с англ. В. Россмана. М.: Издательский Дом «Территория будущего», 2009. С. 70.

²¹⁹ Осипова Н.Г. Западная социология в XX столетии: ключевые фигуры, направления и школы. М.: Издательство КАНОН+ РООИ «Реабилитация», 2018. С. 180.

общности, которое возникает на основе объективно существующего особого интереса и превращается в мобилизационную силу коллективного действия социально-исторического субъекта (по К. Марксу, «класс для себя»). Этот мыслитель использовал данное понятие для обозначения состояния коллективной сплоченности пролетариата в его революционных действиях (пролетарской солидарности). В таком смысле термин, использовался, в частности, при анализе современных массовых движений, которым присущ «дух солидарности»²²⁰. Тем не менее, теория К. Маркса «драматизирует конфликт более, чем какая бы то ни было другая»²²¹.

Основоположник социологии М. Вебер также включал категории социальной солидарности и конфликта в свою концепцию понимающей социологии. Согласно этому ученому, «существуют комплексы общностных действий, которые без каких-либо целерационально принятых по совместному соглашению установлений, тем не менее, носят такой характер, будто подобные установления существуют; во-вторых, их специфический характер в известной степени обусловлен и видом смысловой отнесенности действий каждого отдельного человека»²²². Этот вид общностных действий М. Вебер назвал согласием.

Под согласием М. Вебер понимал «действия, ориентированные на ожидание определенного поведения других, которые имеют вследствие этого эмпирически значимый шанс на то, что ожидания оправдаются, так как объективно существует вероятность того, что эти другие, несмотря на отсутствие какой-либо договоренности, практически отнесутся к таким ожиданиям как к «значимым» по своему смыслу для их поведения. Мотивы, исходя из которых можно ждать подобного поведения других, в

²²⁰ Ядов В.А. Солидарность. Социологическая энциклопедия: в 2-х Т. М.: Мысль, 2003. Т. 2. С. 439.

²²¹ Коллинз Р. Четыре социологических традиции / Пер. с англ. В. Россмана. М.: Издательский Дом «Территория будущего», 2009. С. 63.

²²² Вебер М. О некоторых категориях понимающей социологии // Вебер М. Избранные произведения: Пер. с нем. / Сост., общ. Ред. И послесловие Ю.Н. Давыдова; Предисл. П.П. Гайденко. М.: Прогресс, 1990. С. 522.

концептуальном аспекте безразличны. Общностные действия, характер которых обусловлен – и в той мере, в какой он обусловлен, ориентацией на шансы подобного «согласия», он называл действиями, основанными на согласии»²²³.

Тем не менее, М. Вебер «в фундаментальном смысле принадлежит к теоретикам социального конфликта»²²⁴. Как отмечает Р. Коллинз, «данный исследователь видел историю как запутанный многосторонний процесс конфликта на нескольких фронтах, а ключ к пониманию его сложной системы дает известная веберовская трехмерная модель стратификации «класс», «статус» и «партия». Все эти три категории представляют разновидности заинтересованных групп, которые могут противостоять как друг другу, так и интересам конкурирующих групп внутри себя. В отличие от К. Маркса, М. Вебер построил свою классовую теорию на экономических конфликтах, в тех сферах, где они наиболее реальны: в борьбе за контроль за место на рынке. Те классы, которые не имеют монополии и должны соревноваться на открытом рынке, являются предметом нивелирующих сил монополий»²²⁵.

Значительный вклад в формирование социологических представлений о социальных конфликтах внес Г. Зиммель. Этот ученый в своей фундаментальной работе «Социология»²²⁶ специальную главу посвятил «спору» как одной из форм обобществления индивидов, подлежащей социологическому анализу²²⁷. В этой главе, изданной позднее в США в виде отдельной работы под названием «Конфликт»²²⁸ и которая, по мнению Л. Козера, «представляет собой один из самых плодотворных анализов

²²³ Вебер М. О некоторых категориях понимающей социологии // Вебер М. Избранные произведения: Пер. с нем. / Сост., общ. Ред. И послесловие Ю.Н. Давыдова; Предисл. П.П. Гайденко. М.: Прогресс, 1990. С. 526.

²²⁴ Weber M. Economy and Society. An Outline of Interpretative Sociology. Vol. 1. New York: Bedminster Press, 1968. P. 38.

²²⁵ Коллинз Р. Четыре социологических традиции / Пер. с англ. В. Россмана. М.: Издательский Дом «Территория будущего», 2009. С. 103.

²²⁶ Simmel G. Soziologie. Untersuchungen uber die formen der Vergesellschaftung. Leipzig: Dunkel & Humbolt, 1908.

²²⁷ В данной главе он назвал конфликт «спором» - «der Streit» (в пер. с нем. яз. – спор).

²²⁸ Simmel G. Conflict. Trans. Wolff K. H. Glencoe, III: The Free Press, 1955.

социального конфликта в целом»²²⁹, речь шла о неизбежности конфликтного противостояния в обществе.

С одной стороны, Г. Зиммель считал солидарность основополагающим социальным фактом общественной жизни. С другой стороны, он видел обобществление также и в борьбе – состязании, споре, вражде, конкуренции, имеющих общественную значимость и обеспечивающих социальную сплоченность. Согласно Г. Зиммелю, «определенный уровень конфликта отнюдь не обязательно дисфункционален, он является существенной составляющей, как процесса становления группы, так и ее устойчивого существования. Конфликт может приводить к социальной интеграции, обеспечивать выход враждебным чувствам и усиливать социальную солидарность»²³⁰.

Как пишет Дж. Тёрнер, сравнивая представления о конфликтах К. Маркса и Г. Зиммеля: «Маркс подчеркивал антагонистический характер конфликтов, а Зиммель, его интегративные последствия <...> Маркс обращает внимание, при каких условиях возможно разрешение конфликта, а Зиммеля интересует, при каких условиях изменится острота конфликта. Зиммель стремится сосредоточить свое внимание на формах и последствиях только что начавшегося конфликта, Маркса интересуют социально-структурные причины конфликта»²³¹.

Следует отметить, что взгляды на природу и сущность социального конфликта К. Маркса и Г. Зиммеля задали два вектора дальнейших исследований этого феномена с точки зрения его функциональности.

Как ключевой фактор в развитии человеческого общества рассматривал специализацию и разделение труда, ведущее к социальной солидарности Г.

²²⁹ Козер Л. Функции социального конфликта / Пер. с англ. О.А. Назаровой. М.: Идея – Пресс, Дом интеллектуальной книги, 2000. С. 49.

²³⁰ Добренков В.И., Осипова Н.Г. История западной социологии (20 – 60-е гг. XX в. М.: Академический проект, 2012. С. 262.

²³¹ Тернер Дж. Структура социологических теорий / Пер. с англ. О.С. Гавриш, З.В. Каганова, В.Г. Осипова и др. М.: Прогресс, 1989. С. 139.

Спенсер. Так, рассуждая об «общественных отправлениях», этот ученый отмечал: «с процессом организации каждая часть, делаясь более ограниченной в своих обязанностях, выполняет их с большим совершенством и ... при этом возрастает та общая сумма деятельности, которую мы зовем жизнью как индивидуальной, так и социальной»²³². Согласно Г. Спенсеру, «как только отдельные индивиды соединяют свои усилия для общего дела, то неизбежно между ними возникает разделение труда так естественно, что даже один человек, если ему предстоят более или менее значительные работы, устраивает нечто вроде разделения труда»²³³. В то же время, конкуренцию и конфликты Г. Спенсер также считал важными факторами и стимулами социального развития. Вслед за ним первые американские социологи - У. Самнер, Л. Уорд, А. Смолл и Ф. Гиддингс рассматривали солидарность и конфликты как основополагающие элементы социальной организации.

Например, У. Самнер полагал, что «отношения товарищества и мира в своей группе и отношения враждебности и войны по отношению к другим группам коррелятивны»²³⁴. А. Смолл утверждал, что «<...> по форме социальный процесс представляет собой непрестанное реагирование индивидов, движимых интересами, которые частично конфликтуют с интересами их сограждан, а частично совпадают с ними»²³⁵.

Тем не менее, как уже было отмечено выше в отношении К. Маркса, социальные конфликты являлись лишь одним из элементов широкомасштабных общесоциологических теорий, созданных основоположниками социологии. К ним относятся теории исторического материализма К. Маркса и Ф. Энгельса, теории социального действия и взаимодействия М. Вебера, чистая (формальная) социология Г. Зиммеля, концепции общей и социальной

²³² Спенсер Г. Основания социологии // Синтетическая философия Герберта Спенсера в сокращенном изложении Говарда Коллинза. Киев: «Ника-Центр» «Вист-С», 1997. С. 291.

²³³ Спенсер Г. Основания социологии // Синтетическая философия Герберта Спенсера в сокращенном изложении Говарда Коллинза. Киев: «Ника-Центр» «Вист-С», 1997. С. 394.

²³⁴ Sumner W.G. Folkways. N.-Y. and Boston: Ginn & Co., 1906. P. 12.

²³⁵ Small A.W. General Sociology. Chicago: University of Chicago Press, 1905. P. 205.

эволюции Г. Спенсера и эволюционистские воззрения первых американских социологов²³⁶.

Эта точка зрения представляется справедливой и для дореволюционной России, в которой проблемы борьбы и социальных конфликтов рассматривались в рамках органицистского и натуралистического направлений в социологии (А.И. Стронин, П.Ф. Лилиенфельд-Тоаль)²³⁷, а также субъективной школы (П.Л. Лавров, Н.К. Михайловский)^{238, 239}. В рамках исторического материализма марксистская интерпретация социального конфликта нашла отражение в трудах Г.В. Плеханова, Н.И. Бухарина²⁴⁰, а также В.И. Ленина.

Особый интерес представляет диалектика социальной солидарности и конфликта («борьбы») как форм взаимодействия индивидов, отраженная в первом монографическом произведении П. Сорокина «Преступление и кара, подвиг и награда» (1913, 1914 г.),

Согласно П. Сорокину, «преступный акт вызывает оскорбление, оскорбление переходит в неприязнь по отношению к преступнику, а иногда во вражду и ненависть, которые затем «разряжаются» в ряд карательных актов. Эти акты направлены не только на воздаяние и возмездие, но и на недопущение и уничтожение преступных посягательств. Взаимодействие двух лиц принимает

²³⁶ Осипова Н.Г. Западная социология в XX столетии: ключевые фигуры, направления и школы. М.: Издательство КАНОН+ РООИ «Реабилитация», 2018. С. 181.

²³⁷ См.: Стронин А.И. История общественности. СПб.: Типография Министерства путей сообщения, 1885; Лилиенфельд-Тоаль П.Ф. Мысли о социальной науке будущего. Человеческое общество как реальный организм. М.: Либроком, 2012.

²³⁸ Лавров П.Л. Философия и социология. Избр. произв.: В 2-х тт. М.: Мысль, 1965. Т. 2; Михайловский Н.К. Полное собрание сочинений. СПб.: Типография М. М. Стасюлевича 1911. Т. 1., 1914. Т. 8.

²³⁹ Соломатина Е.Н. Современные социологические теории конфликта // Современная социология: ключевые направления и векторы развития М.: Изд-во КАНОН+ РООИ «Реабилитация», 2018. С. 158.

²⁴⁰ Плеханов Г.В. Основные вопросы марксизма. М.: Рипол Классик, 2013. 190 с.; Бухарин Н.И. Теория исторического материализма: Популярный учебник марксистской социологии / Н. И. Бухарин. 5-е изд. М.; Л.: Гос. изд-во, 1928.

в этом случае конфликтный характер, их поведение сталкивается и получает ту форму, которая известна под именем борьбы»²⁴¹.

Так, П.А. Сорокин писал: «...стоит только вступить в общение двум или большему числу лиц, из которых каждый понимает по-своему разряд должного, а соответственно и рекомендованного и запрещенного поведения, и конфликт или борьба между ними будет неизбежной»²⁴².

Этот ученый утверждал, что «различное понимание должного, рекомендованного и запрещенного поведения ведет к борьбе, одинаковое – к миру и взаимному consensus'у (*согласию – Т.С.*). А отсюда в свою очередь следует вывод: Если в какой-нибудь социальной группе наблюдаются конфликты взаимного поведения ее членов, проявляющиеся в той или иной форме борьбы, - значит понимание должных, рекомендованных и запрещенных шаблонов поведения различными членами группы далеко от единства и тождественности»²⁴³.

В отношении траектории развития представлений о социальных конфликтах в западной социологии первой трети XX столетия можно согласиться с Р. Коллинзом, что «XX век смешал идеи Маркса и Вебера»²⁴⁴, между которыми «было множество пересечений»²⁴⁵.

Как отмечал Л. Козер, «к середине XX столетия интересы социологического сообщества сместились к проблеме сохранения существующих структур, а также способам и средствам обеспечения их спокойного функционирования»²⁴⁶, а в конечном счете, «сохранения

²⁴¹ Сорокин П.А. Преступление и кара, подвиг и награда: социологический этюд об основных формах общественного поведения и морали. М.: Астрель, 2006. С. 273.

²⁴² Сорокин П.А. Преступление и кара, подвиг и награда: социологический этюд об основных формах общественного поведения и морали. М.: Астрель, 2006. С. 274.

²⁴³ Сорокин П.А. Преступление и кара, подвиг и награда: социологический этюд об основных формах общественного поведения и морали. М.: Астрель, 2006. С. 276.

²⁴⁴ Коллинз Р. Четыре социологических традиции / Пер. с англ. В. Россмана. М.: Издательский Дом «Территория будущего», 2009. С. 108.

²⁴⁵ Коллинз Р. Четыре социологических традиции / Пер. с англ. В. Россмана. М.: Издательский Дом «Территория будущего», 2009. С. 108.

²⁴⁶ Козер Л. Функции социального конфликта / Пер. с англ. О.А. Назаровой. М.: Идея – Пресс, Дом интеллектуальной книги, 2000. С. 31.

существующего институционального порядка»²⁴⁷. Этот период вошел в историю социологии как «золотой век» структурного функционализма, который задавал тон всем социологическим дискуссиям. Ведущий представитель данного направления Т. Парсонс в фокус своего анализа поставил общую систему социального действия, одной из четырех подсистем которого стали социальные системы с закрепленной за ними функцией интеграции. Соответственно общество (как разновидность социальных подсистем) рассматривалось как равновесная структура, всегда состоящая из четырех компонентов, отвечающих за ее баланс. В ряду функциональных нагрузок для каждой из подсистем общества первое место Т. Парсонс отводил функции интеграции, обеспечивающей социальную солидарность и порядок обществе²⁴⁸.

Соответственно, под влиянием структурного функционализма Т. Парсонса, многие ученые рассматривали общество как в первую очередь гармоничную систему, основанную на социальной солидарности. Тем не менее, как отмечает Р. Коллинз, «социология конфликта не умерла, но на нее больше не обращали внимания. Однако она успешно развивалась на эмпирическом фронте - в области исследований по политике власти в организациях и в области социальной стратификации»²⁴⁹.

Несмотря на то, что в 50-е гг. XX столетия западная социальная мысль имела явную реформаторскую направленность, общественная потребность в понимании причин социальных волнений сделала конфликтное противостояние

²⁴⁷ Здесь Л. Козер ссылается на работу: Merton R.K., Lemer D. Social Scientists and Research Policy // The Policy Sciences. Palo Alto: Stanford University Press, 1951. P. 293.

²⁴⁸ См. подробнее: Осипова Н.Г. Золотой век структурного функционализма // Западная социология в XX столетии: ключевые фигуры, направления и школы. М.: Издательство КАНОН+ РООИ «Реабилитация», 2018. С. 89 - 178.

²⁴⁹ Коллинз Р. Четыре социологических традиции / Пер. с англ. В. Россмана. М.: Издательский Дом «Территория будущего», 2009. С. 112.

различных социальных групп новым предметом представителей западной социологической науки²⁵⁰.

Так, к концу 50-х гг. в западной социологии получило развитие своеобразное ответвление структурного функционализма – функциональная теория социального конфликта, разработанная Льюисом Козером²⁵¹.

Л. Козер, а вслед за ним – авторы других теорий социального конфликта (в первую очередь, Ральф Дарендорф) «поставили под сомнение релевантность господствующих представлений о стабильности социальной системы и ее основных элементов и попытались привлечь внимание научной общественности к проблематике социального конфликта, которая на время вышла из поля социологического анализа. Они акцентировали внимание на конфликте как важнейшем структурном элементе социальной жизни, его причинах, формах и фазах развития, а также тех средствах, которые используют конфликтующие стороны в борьбе за реализацию своих разноплановых интересов»²⁵².

Л. Козер определил социальный конфликт как «борьбу за ценности и притязания на статус, власть и ресурсы, в ходе которой оппоненты нейтрализуют, наносят ущерб или устраняют своих соперников»²⁵³. Он подчеркивал, что «конфликт может возникнуть только во взаимодействии между субъектом и объектом; он всегда предполагает отношение»²⁵⁴.

Данный социолог разделил социальные конфликты на реалистические и нереалистические конфликты. Согласно Л. Козеру, «реалистические конфликты - это средства достижения определенного результата. Они возникают тогда, когда люди сталкиваются с препятствиями в реализации своих требований,

²⁵⁰ Джиджян А.Р. Социальный конфликт и общая теория его регулирования / Отв. ред., д.ф.н., проф. Р.З. Джиджян. Ереван: Изд-во Ноян Тапан, 2009. С. 41 – 42.

²⁵¹ Coser L.A. The Functions of Social Conflict. New York, 1956.

²⁵² Добренков В.И., Осипова Н.Г. История западной социологии (20 – 60-е гг. XX в. М.: Академический проект, 2012. С. 307.

²⁵³ Козер Л. Функции социального конфликта / Пер. с англ. О.А. Назаровой. М.: Идея – Пресс, Дом интеллектуальной книги, 2000. С. 32.

²⁵⁴ Козер Л. Функции социального конфликта / Пер. с англ. О.А. Назаровой. М.: Идея – Пресс, Дом интеллектуальной книги, 2000. С. 84.

когда их запросы не удовлетворяются, а надежды терпят крушение»²⁵⁵. Эти конфликты «всегда направлены на предполагаемый фрустрирующий объект»²⁵⁶. Нереалистические конфликты «являются целью сами по себе и просто вызваны необходимостью снятия напряжения у одной или обеих сторон»²⁵⁷, независимо от объекта.

Л. Козер неоднократно подчеркивал, что «социальный конфликт может выполнять ряд конструктивных функций - объединять группы людей, связывать их в ассоциации и коалиции, способствовать групповой сплоченности, поддержанию групповых границ, а также структурировать социум. Однако эту позитивную функцию выполняют не все конфликты, а лишь те, которые относятся к целям, ценностям или интересам, не затрагивающим основ на которых строятся отношения»²⁵⁸.

Согласно Р. Дарендорфу, новейшие (*современные ему* – Т.С.) теоретические подходы фактически предполагают «утопический образ общества, в виде неподвижной структуры, обладающей вечной устойчивостью. В этой утопической модели патологически особыми случаями социальной жизни являются не конфликт и изменение, а стабильность и порядок»²⁵⁹. Эту утопическую модель необходимо дополнить моделью реалистичной, а именно – конфликтной.

Конфликтная модель для Р. Дарендорфа та, «в которой конфликт по поводу принципов какой-либо наличной и рассматриваемой как эвристическая конструкция структуры, постулируется в качестве правила, а положение

²⁵⁵ Козер Л. Функции социального конфликта / Пер. с англ. О.А.Назаровой. М.: Идея – Пресс, Дом интеллектуальной книги, 2000. С. 78.

²⁵⁶ Козер Л. Функции социального конфликта / Пер. с англ. О.А. Назаровой. М.: Идея – Пресс, Дом интеллектуальной книги, 2000./ Пер. с англ. О.А. Назаровой. М.: Идея – Пресс, Дом интеллектуальной книги, 2000. С. 183.

²⁵⁷ Козер Л. Функции социального конфликта / Пер. с англ. О.А. Назаровой. М.: Идея – Пресс, Дом интеллектуальной книги, 2000. С. 184.

²⁵⁸ См.: Добренков В.И., Осипова Н.Г. История западной социологии (20 – 60-е гг. XX в. М.: Академический проект, 2012. С. 267 – 273.

²⁵⁹ Дарендорф Р. Тропы из утопии. Работы по теории и истории социологии / Пер. с нем. Б.М. Скуратова, В.Л. Лизнекова. М.: Праксис, 2002. С. 328.

отдельных феноменов определяется не только в соответствии с системой, но и с принципами, расположенными по ту сторону систем»²⁶⁰.

С точки зрения конфликтной модели «общество спланируется не посредством консенсуса, а с помощью принуждения, не через всеобщее согласие, а путем контроля одних над другими... и подобно тому, как конфликт ускоряет изменения, можно считать, что принуждение поддерживает конфликты. Конфликт вездесущ, поскольку насилие встречается повсюду, где люди объединены в общество»²⁶¹.

Согласно Р. Дарендорфу, конфликты имеют «структурное происхождение», которое следует искать «в распределении социальных ролей, наделенных ожиданиями доминирования и подчинения»²⁶². Смысл и следствие социальных конфликтов заключаются в том, чтобы «поддерживать изменения в стабильных обществах и их частях и способствовать этим изменениям»²⁶³.

Непосредственному анализу конфликтных социальных отношений посвятили свои труды такие видные исследователи – разработчики собственных теорий конфликта как Льюис Крисберг, Рэндалл Коллинз, Йохан Галтунг, Кеннет Боулдинг и ряд других.

Американский социолог Льюис Крисберг, автор монографии «Социология социального конфликта»²⁶⁴ также как Л. Козер и Р. Дарендорф, рассматривал конфликты «как неизбежные события, составляющие неотъемлемую часть социальной жизни. Согласно Л. Крисбергу, «конфликт представляет собой отношение между двумя и более сторонами, которые уверены в том, что имеют несовместимые цели»²⁶⁵. Конфликты могут вестись

²⁶⁰ Дарендорф Р. Тропы из утопии. Работы по теории и истории социологии / Пер. с нем. Б.М. Скуратова, В.Л. Лизнекова. М.: Праксис, 2002. С. 327.

²⁶¹ Дарендорф Р. Тропы из утопии. Работы по теории и истории социологии / Пер. с нем. Б.М. Скуратова, В.Л. Лизнекова. М.: Праксис, 2002. С. 358.

²⁶² Dahrendorf R. Class and Class Conflict in Industrial Society. Stanford, California; Stanford University Press, 1959. P. 165.

²⁶³ Дарендорф Р. Тропы из утопии. Работы по теории и истории социологии / Пер. с нем. Б.М. Скуратова, В.Л. Лизнекова. М.: Праксис, 2002. С. 370.

²⁶⁴ Krisberg L. Sociology of Social Conflict. New Jersey, Prentice Hall, 1973.

²⁶⁵ Krisberg L. Sociology of Social Conflict. New Jersey, Prentice Hall, 1973. P. 17.

самыми разными способами, необязательно с помощью насилия и принуждения. Конфликты – это «сложное явление, включающее множество спорных вопросов и сторон, и каждая сторона вовлечена одновременно во множество конфликтов»²⁶⁶.

Этот ученый систематизировал основные закономерности конфликтных противостояний, суть которых можно свести к следующему.

Социальные конфликты, как правило, развиваются в достаточно сложной системе взаимоотношений, где наряду с ними существуют сотрудничество и партнерство²⁶⁷. Возникновение, развитие и завершение конфликта определяется, прежде всего, рациональным взаимодействием конфликтующих сторон, которые оформляют свои интересы в виде определенных целей, выбирают пути их достижения и т.п. Центральным процессом в современной области разрешения конфликтов является трансформация конфликтов²⁶⁸. Это процесс качественного преобразования взаимоотношений, интересов, дискурсов, а в особых случаях – структурных преобразований всего общества в условиях глобализирующегося мира²⁶⁹.

Попытка создания интеграционной теории конфликта, объединяющей макросоциологическую перспективу с микросоциологическим анализом данного феномена, принадлежит Р. Коллинзу. Сущность подхода Р. Коллинза, нашедшего отражение в монографии «Социология конфликта: к объяснительной науке», заключалась в исследовании социальной стратификации как института, затрагивающего чрезвычайно много сторон социальной жизни, в том числе «благополучие, политику, карьеру, семью, клубы, сообщества, стили жизни», а для продуктивного социологического

²⁶⁶ Крисберг Л. Мирозидание, мирозохранение и разрешение конфликтов // Социологические исследования. 1990. № 11. С. 29 – 30.

²⁶⁷ Krisberg L. Sociology of Social Conflict. New Jersey, Prentice Hall, 1973. P. 273 - 276.

²⁶⁸ Kriesberg L. The Evolution of Conflict Resolution // Sage Handbook of Conflict Resolution / J. Bercovitch, V. Kremenjuk, W. Zartman (eds.). London, 2009. P. 26.

²⁶⁹ Соломатина Е.Н. Современные социологические теории конфликта // Современная социология: ключевые направления и векторы развития М.: Изд-во КАНОН+ РООИ «Реабилитация», 2018. С. 168.

анализа конфликта необходим учет объективных и субъективных факторов конфликтного противостояния²⁷⁰.

Современные дискуссии в среде западных социологов выстраиваются вокруг определения понятия, структуры и функций социальных конфликтов, а также путей их урегулирования²⁷¹. При этом, если говорить о дефинициях конфликтов, то до сих пор ни одно из предложенных определений не получило всеобщего признания, хотя многие из них охватывают отдельные, существенные черты конфликтов.

Например, согласно Дж. Пену, «Конфликт существует тогда, когда чье-либо решение портит, препятствует, ухудшает доход другого»²⁷². Д. Сендол определяет конфликт как «ситуацию, в которой, по крайней мере, два действующих лица или их представители стараются продвигать свое восприятие несовместимых целей путем прямого или косвенного подрыва возможностей другой стороны»²⁷³. Джеймс Лейн подчеркивает ресурсный характер конфликта и утверждает, что конфликт «можно определить как эскалацию естественного соревнования между двумя или более сторонами вокруг недостаточных ресурсов, власти и престижа»²⁷⁴.

В целом, как полагают исследователи, в современной зарубежной социологии превалирует функциональный подход к определению социального конфликта, когда акцент переносится на их положительную роль в регулировании общественной жизни. Этот, ставший широко распространенным взгляд на полезность социальных конфликтов выражает известный современный конфликтолог Арнольд Шерман: «сегодня мы признаем, что

²⁷⁰ Соломатина Е.Н. Современные социологические теории конфликта // Современная социология: ключевые направления и векторы развития М.: Изд-во КАНОН+ РООИ «Реабилитация», 2018. С. 169 – 170.

²⁷¹ Соломатина Е.Н. Современные социологические теории конфликта // Современная социология: ключевые направления и векторы развития М.: Изд-во КАНОН+ РООИ «Реабилитация», 2018. С. 170 – 182.

²⁷² Pen J. Harmony and Conflict in Modern Society. London: McGraw – Hill Publishing Co, 1966. P. 12.

²⁷³ Sandole D. Introduction // Conflict Management and Problem Solving / D. Sandole, I. Sandole (eds.). London: Staroste, 1987. P. 3.

²⁷⁴ Lane J. The Emergence and Institutionalisation of The Third Party Role in Conflict // Conflict Management and Problem Solving / D. Sandole, I. Sandole (eds.). London: Staroste, 1987. P. 17.

некоторые конфликты полезны для общества, другие же конфликты следовало бы исключить из жизни общества»²⁷⁵.

В отечественном обществоведении советского периода социальный конфликт длительное время не рассматривался, хотя с конца 1950-х – начала 1960-х гг. он занял одно из приоритетных направлений в науке. Однако в СССР исследователи лишь развивали положения марксизма-ленинизма о «диалектических противоречиях», ведущих к конфликтам²⁷⁶.

В 1960-1970-е гг. «советские ученые перешли к исследованию механизмов конфликтного взаимодействия, а также анализу конфликтов в трудовых коллективах. Со второй половины 1980-х – начала 1990-х гг. возникла объективная необходимость всестороннего исследования феномена социального конфликта, различных причин его появления, условий, порождающих социальную напряженность как в обществе в целом, так и в его отдельных подсистемах»²⁷⁷.

В отношении определения социального конфликта мнения отечественных исследователей расходятся, при этом «понятие конфликт современные российские исследователи трактуют неоднозначно»²⁷⁸. Достаточно распространенной в социологии является широкая трактовка социального конфликта А.Г. Здравомыслова, согласно которой социальный конфликт – это «один из видов социальных отношений; состояние противостояния, борьбы между индивидами или группами людей, пронизывающего все области общественных отношений и сферы человеческой деятельности»²⁷⁹. Более конкретным и обоснованным представляется социологическое видение

²⁷⁵ Sherman A. Continuing Issues in Management of Conflict // Conflict Management and Problem Solving / D. Sandole, I. Sandole (eds.). London: Staroste, 1987. P. 34.

²⁷⁶ См.: Нечипоренко Л.А. Буржуазная социология конфликта. М., 1982; Руткевич М.Н. Диалектика и социология. М., 1980.

²⁷⁷ Мониторинг социально-трудовых конфликтов в России: теория, методика, технологии / науч. Ред. А.С. Запесоцкий. СПб.: СПбГУП, 2017. С. 8.

²⁷⁸ Козырев Г.И. Жертва в социально-политическом конфликте: Монография. М.: Эквilibрис-Пресс, 2008. С. 6 = 7.

²⁷⁹ Здравомыслов А.Г. Конфликт социальный // Новая философская энциклопедия: В 4 т. М., 2010. Т. II. С. 301.

социального конфликта Г.И. Козыревым: «социальный конфликт – это открытое противоборство, столкновение двух и более субъектов (сторон) социального взаимодействия, причинами которого являются несовместимые потребности, интересы и ценности»²⁸⁰.

В современной российской социологии можно выделить несколько направлений в исследовании конфликтной проблематики.

Представители первого направления (А.Г. Здравомыслов, А.В. Дмитриев, С.А. Митрохин, Э.Р. Тагиров, Л.С. Тронов, С.В. Пронин, А.П. Давыдов, С.Л. Прошанов и другие) занимаются разработкой теоретико-методологических основ социологического анализа социальных конфликтов, что нашло отражение в их известных монографических трудах²⁸¹.

В центре внимания ученых второго направления (З. Видовича, З.Т. Голенковой, Е.И. Степанова, С.В. Фролова и других) находились источники социальных конфликтов и их классификация²⁸².

К третьему направлению относятся исследователи (Е.М. Акимкин, Н.М. Котов, В.И. Андреев, Ф.М. Бородкин, Н.Н. Васильев, И.Я., Герасименко, И.Б. Гоптарев, Н.С. Данакин, Л.Я. Дятченко, В.И. Сперанский, О.А. Митрошенков, Ю.П. Пономарев, Е.И. Степанов, Т.С. Сулимова, А.Н. Чумикова²⁸³), которые

²⁸⁰ Козырев Г.И. Жертва в социально-политическом конфликте: Монография. М.: Эквilibрис-Пресс, 2008. С. 14.

²⁸¹ См., например: Дмитриев А.В. Социальный конфликт: общее и особенное. М., 2002; Желтухин А.И. Социологическая концепция конфликта. // Социологические исследования. 1994. № 4; Зайцев А.К. Социальный конфликт / Калужский ин-т социологии. М., 2000; Здравомыслов А.Г. Социология конфликтов. М.: Аспект-пресс, 1996; Здравомыслов А.Г. Социология российского кризиса. М., 1999; Митрохина С.А. Социальный конфликт как объект научной мысли: опыт социологического исследования: Дис. ... канд. социол. наук. М., 1999; Пронин С.В., Давыдов А.П. и др. Социальные конфликты в современном обществе. М., 1993; Прошанов С.Л. Социология конфликта в России: история, теория, современность. М., 2008; Степанов Е.И. Актуальные проблемы методологического обеспечения конфликтологических исследований // Конфликтология – теория и практика. 2004. № 3; Тагиров Э.Р., Тронова Л.С. Конфликты в обществе: от противостояния к согласию. Казань. 1996; Фролов С.В. Социология: сотрудничество и конфликты: Учеб. пособие. М., 1997.

²⁸² Видоевич З., Голенкова З.Т. Социальные конфликты в трансформирующихся обществах. // Социс. 1997. № 12;

²⁸³ См.: Андреев В.И. Конфликтология: искусство спора, ведения переговоров, разрешения конфликтов. Казань, 1992; Васильев Н.Н. Тренинг преодоления конфликтов. СПб., 2003; Гоптарева И.Б. О возможных механизмах разрешения конфликта. // Полис, 1998. № 6; Данакин Н.С. Дятченко Л.Я. Сперанский В.И. Конфликты и технологии их предупреждения. Белгород, 1996; Сперанский В.И. Управление и самоменеджмент в конфликтных ситуациях. // СПЖ, 1997. №№ 1,2; Степанов Е.И.

фокусируют внимание на поиске способов разрешения конфликтов или путей управления ими²⁸⁴.

Таким образом, социальный конфликт как один из основных элементов социальной реальности, выступающий непосредственным источником и механизмом ее изменений, был и остается в центре внимания зарубежных и отечественных исследователей. Внимание социологов к проблемам социальных конфликтов, выделение их в отдельную область исследования обусловлено социальной природой конфликта, важностью данного вида социального взаимодействия в общественной жизни.

В настоящее время исследования конфликтов ведутся не только социологией, но и в рамках военных наук, истории, педагогики, политологии, правоведения, психологии, философии и экономики. Именно этим обстоятельством обусловлена дифференциация следующих исследовательских направлений в изучении конфликтной проблематики.

Во-первых, получило активное развитие специальное междисциплинарное направление под общим названием «конфликтология».

По мнению Г.Г. Силласте, «к XXI в. социология конфликтов как частная социологическая теория стала рассматриваться шире, а именно: как социальная конфликтология – самостоятельное научное направление социологической науки – область знания, связанная с изучением конфликтов в конкретном социуме, обусловленных развитием социальных отношений, интересов и способов их реализации в различных сферах жизнедеятельности общества»²⁸⁵.

Широко известно, что конфликтология – это отрасль науки (дисциплина), изучающая закономерности зарождения, возникновения, развития и завершения любого уровня. Объектом конфликтологии являются конфликты в целом, а

Современная конфликтология: Общие подходы к моделированию, мониторингу и менеджменту социальных конфликтов: Учебное пособие. М., 2008; Сулимова Т.С. Социальная работа и конструктивное разрешение конфликтов: Учеб. пособие для студентов. М., 1997.

²⁸⁴ Соломатина Е.Н. Теоретико-методологические подходы к исследованию социального конфликта // Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2012. № 4. С. 70 - 85.

²⁸⁵ Силласте Г.Г. Социальная конфликтология в сфере экономики и финансов: учебное пособие. М.: КНОРУС, 2016. С. 50.

предметом – общие особенности их возникновения, развития и завершения. Данную отрасль интересуют два типа конфликтов – с участием человека (внутриличностные и социальные) и без него (зооконфликты). Предметом конфликтологии считаются те закономерности, стороны, характеристики конфликтов, которые в состоянии исследовать наука на данном этапе своего развития²⁸⁶.

А.Я. Анцупов и А.И. Шипилов – авторы учебника «Конфликтология» еще в 2000 г. отмечали, что «российская конфликтология находится на завершающей стадии формирования в самостоятельную науку. Прошедшие годы внесли коррективы в это утверждение. Разнообразие сфер применения конфликтологии столь велико и многогранно, что частные конфликтологические науки будут постоянно обогащаться новыми направлениями. Сегодня выделяют 11 отраслей конфликтологии»²⁸⁷.

В то же время, как считает В.А. Светлов, автор «единой теории конфликта», «современная конфликтология не отвечает ни одному требованию, предъявляемому к научным теориям. Она исследует понятие конфликта на уровне здравого смысла, ее выводы умозрительны и большей частью не общезначимы. Она замкнута исключительно на проведении переговоров и посредничестве, игнорирует существующие социально-психологические концепции, анализирующие конфликты в специальных терминах»²⁸⁸.

²⁸⁶ См.: Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология: Учебник для вузов. М., 2002; Бабосов Е.М. Основы конфликтологии. Минск, 1997; Ворожейкин И.Е., Кибанов А.Я., Захаров Д.К. Конфликтология: Учебник. М., 2002; Громова О.Н. Конфликтология: Курс лекций. М., 2000; Дмитриев А.В. Конфликтология: Учеб. пособие для студентов вузов. М., 2002; Дмитриев А.В., Кудрявцев В.Н., Кудрявцев С.В. Введение в общую теорию конфликтов. М., 1993; Запрудский Ю.Г. Конфликтология: Учеб. пособие для вузов. Ростов н/Д., 2001; Зеркин Д.П. Основы конфликтологии: курс лекций. Ростов н/Д., 1998; Кильмашкина Т.Н. Конфликтология: социальные конфликты. М., 2004; Козырев Г.И. Основы конфликтологии: учебник. М., 2007; Соколов С.В. Социальная конфликтология: Учеб. пособие для вузов. М., 2001; Уткин Э.А. Конфликтология: Теория и практика. М., 2000.

²⁸⁷ Силласте Г.Г. Социальная конфликтология в сфере экономики и финансов: учебное пособие. М.: КНОРУС, 2016. С. 49.

²⁸⁸ См. Светлов В.А. Аналитика конфликта. СПб.: Росток, 2001; Светлов В.А. Введение в единую теорию анализа и разрешения конфликтов. М.: Либроком. 2-е изд. 2013; Светлов В.А. От диалектической концепции развития к единой теории конфликта // www.sword.com.ua (Дата доступа 22.06.2019).

Во-вторых, «имеет место отказ от объективизма при рассмотрении конфликтных ситуаций, интерпретация конфликтов как специфического вида интерперсонального или межгруппового взаимодействия. Субъекты конфликта рассматриваются в непосредственной связи со средой, выступающей как набор факторов, определяющих свойства конфликта, однако основная его сущность проявляется в области социальных практик человека»²⁸⁹. Тем самым, ракурс анализа социальных конфликтов смещается с общего на средний и даже микроуровень уровня социальных отношений, то есть налицо существенная психологизация конфликтного противостояния.

В-третьих, основное проблемное поле теоретического интереса российских исследователей сместилось в сторону детального анализа отдельных типов конфликтов. В поле зрения социологов попадают конфликты, возникающие, в первую очередь, в отдельных сферах социальной жизни и конкретных областях социальных отношений.

Так, рассмотрение наиболее актуальных проблем межнациональных, этнических конфликтов, их предупреждение и регулирование связано с трудами Н.Р. Маликова, Г.Т. Галиева, Л.С. Рубан, В.А. Михайлова²⁹⁰. Трудовые и экономические конфликты активно изучали, в частности, Е.В. Александрова и В.Н. Шаленко²⁹¹, а социально-политические конфликты - А.В. Глухова, М.М. Лебедева, Г.И. Козырев, В.Ф. Нэх, Л.Н. Тимофеева и Д.М. Фельдман²⁹²;

²⁸⁹ Мониторинг социально-трудовых конфликтов в России: теория, методика, технологии / науч. Ред. А.С. Запесоцкий. СПб.: СПбГУП, 2017. С. 26.

²⁹⁰ См.: Галиев Г.Т. Проблемы социальной технологии преодоления межнациональных конфликтов и гармонизации межнациональных отношений: Дис. ... д-ра социол. наук. Уфа, 1997; Маликова Н.Р. Межнациональное общение: взаимодействие в согласии и конфликте (этносоциологический анализ на материалах Азербайджана): Дис. ... д-ра социол. наук. М., 1992; Михайлов В.А. Принцип «воронки», или механизм развертывания межэтнического конфликта. // Социс. 1993. № 5; Рубан Л.С. Развитие конфликта – консенсуса в полиэтнических регионах: Дис. ... д-ра социол. наук. М., 1997.

²⁹¹ См.: Александрова Е.В. Социально-трудовые конфликты: пути разрешения. М., 1993; Шаленко В.Н. Конфликты в трудовых коллективах. М., 1992; Шаленко В.Н. Управление трудовыми конфликтами на российских предприятиях в условиях становления социального партнерства: Дис. ... д-ра социол. наук. М., 2001.

²⁹² См.: Глухова А.В. Политические конфликты: Основания, типология, динамика: теоретико-методологический анализ. М., 2000; Лебедева М.М. Политическое урегулирование конфликтов: подходы, решения, технологии. М., 1997; Козырев Г.И. Политическая конфликтология: учебное пособие. М., 2008; Нэх В.Ф. Политический конфликт, технология инициирования, регулирования,

Конфликтами в педагогическом процессе занимался В.И. Журавлев²⁹³, а конфликтами в молодежной среде Т.В. Черкасова²⁹⁴. Конфликты в сфере межличностных взаимодействий изучала Гришина Н.В.²⁹⁵

При этом следует констатировать, что относительно малоизученным остается социальный конфликт в рамках особой системы социального взаимодействия – а именно в социальной системе – «врач – пациент». На наш взгляд, ключевые положения классиков социологической науки и современных ученых, проанализированные выше, позволяют не только операционализировать ключевые понятия, но также показать сущность и рациональное зерно, выделить элементы и динамику процесса конфликтного противостояния в обозначенной социальной системе.

2.2. Природа, структура и динамика конфликтных противостояний в социальной системе «врач – пациент»

В общественных науках термином конфликт – (от лат. «conflictus» – столкновение) – обозначают «процесс развития и разрешения противоречивости целей, отношений и действий людей, детерминированный объективными и субъективными причинами и протекающий в двух диалектически взаимосвязанных формах – противоречивых психологических состояний и открытых противоречивых действий сторон на индивидуальном и групповом уровнях»²⁹⁶.

В социологии – конфликт – это «вид социальных отношений, которые характеризуются существенным рассогласованием интересов,

разрешения. // Вестник Московского университета, серия 12. Политические науки. 1995. № 5; Тимофеева Л.Н. Политическая конфликтология. М., 1996; Фельдман Д.М. Политология конфликта. М., 1998.

²⁹³ Журавлев В.И. Основы педагогической конфликтологии. М., 1995.

²⁹⁴ Черкасова Т.В. Управление конфликтами молодежи как социальная проблема: Дис. ... д-ра социол. наук. М., 2004.

²⁹⁵ Гришина Н.В. Психология конфликта. СПб., 2000.

²⁹⁶ Соснин В.А. Конфликт // Российская социологическая энциклопедия / Под общ. Ред. Г.В. Осипова. М.: НОРМА-ИНФРА М, 1998. С. 214.

неудовлетворенностью потребностей их участников, что находит выражение в специфических формах поведения (борьбе)»²⁹⁷.

На наш взгляд, оба эти определения правомерны для анализа природы, структуры и динамики конфликтных противостояний в социальной системе «врач – пациент».

При анализе природы и сущности конфликта в социальной системе «врач – пациент» целесообразно опираться на следующие положения, разработанные в классической и современной социологии.

Во-первых, социальные конфликты между врачами и пациентами всегда предполагают взаимодействие. Однако это взаимодействие особого рода, поскольку в данном случае изначально социальные отношения возникают по поводу здоровья пациента, которое обладает чрезвычайно высокой как индивидуальной, так и социальной ценностью. Эти конфликты, вполне могут быть как реалистическими, так и нереалистическими. Реалистические конфликты в рассматриваемой нами системе возникают, когда запросы больных людей не удовлетворяются, а их надежды на выздоровление терпят крушение. Но при этом они далеко не всегда направлены на конкретный фрустрирующий объект в лице врача, а могут быть гораздо шире, когда пациент отстаивает свое право на здоровье в рамках более общих социальных прав и пытается добиться абстрактной социальной справедливости.

Нереалистические конфликты в социальной системе «врач – пациент», которые часто связаны с необходимостью снятия напряжения или просто «выпуска пара» у одной из взаимодействующих сторон, хотя и вызываются целым рядом как объективных факторов, больше обусловлены другими субъективными обстоятельствами.

Во-вторых, социальные конфликты между врачами и пациентами чреваты серьезными социальными последствиями и, безусловно, могут выполнять

²⁹⁷ Мониторинг социально-трудовых конфликтов в России: теория, методика, технологии / науч. ред. А.С. Запесоцкий. СПб.: СПбГУП, 2017. С. 54.

дестабилизирующие функции. Но они также могут иметь и конструктивное значение, поскольку ставят достаточно острые социальные вопросы, решение которых требует принятия неотложных мер экономического, правового или морально-этического характера.

В-третьих, эти конфликты имеют как объективные основы, так и субъективные причины. В то же время многие из них проходят далеко не все те стадии, которые характерны для конфликтного взаимодействия в целом, поскольку часто обусловлены конкретной ситуацией, обычно поддающейся различного рода регулированию.

В-четвертых, хотя подобные конфликты в современном социуме уже носят перманентный характер, а их динамические показатели характеризуются увеличением частоты, масштабности и интенсивности, они вполне подлежат урегулированию, прежде всего, с помощью мер системного характера.

Следует особо подчеркнуть, что конфликты, которые разворачиваются в социальной системе «врач – пациент», это именно социальные конфликты, поскольку взаимодействием в данной системе охвачены как все представители врачебного сообщества, так и практически все члены общества, каждый из которых, так или иначе, становится пациентом. Данные конфликты имеют общие характеристики и элементы, свойственные всем социальным конфликтам в целом. Однако их также отличают специфические черты, которые обусловлены всеми теми сложными и неоднозначными факторами, которые определяют особый характер взаимодействия общества с социальными институтами медицины и здравоохранения.

Целесообразно рассмотреть эти специфические черты с помощью концептуальных построений и понятийного аппарата, разработанного в рамках современной социологической теории.

К основным характеристикам конфликтных отношений в целом социологи относят:

- присутствие противоборствующих субъектов в определенной сфере общественной жизнедеятельности;
- наличие противоположных интересов субъектов;
- восприятие субъектами своих интересов в области охраны здоровья - как чрезвычайно важных;
- инициирование и осуществление конфликтных действий;
- апеллирование к различным специализированным структурам для защиты прав и интересов.

Наиболее релевантными для социологического анализа конфликтных противостояний в социальной системе «врач – пациент», на наш взгляд, являются:

- 1) присутствие противоборствующих субъектов в такой сфере общественной жизнедеятельности как охрана здоровья людей;
- 2) восприятие субъектами своих интересов в области сохранности здоровья как жизненно важных;
- 3) обращение к различным специализированным структурам для защиты своих прав и интересов.

При этом нельзя говорить об изначальном наличии противоположных интересов у субъектов данного типа конфликта, поскольку врач и больной солидарно вступают в осознанное социальное взаимодействие по поводу сбережения здоровья одного из них - пациента. Необходимо подчеркнуть, что инициирование и осуществление конфликтных действий в рамках обозначенного взаимодействия далеко не всегда имеет место. Конфликт случается, когда интересы взаимодействующих сторон или переводятся в другое, отличное от непосредственного сбережения здоровья русло, или когда возникают специфические обстоятельства социального, экономического, юридического, психологического толка.

На наш взгляд, два методологических подхода к анализу социальных конфликтов в целом - структурно-функциональный и динамический вполне

применимы и для исследования структуры и динамики конфликтных отношений в социальной системе «врач – пациент».

Представители первого – структурно-функционального – подхода определяют основные – крупные структурные элементы конфликта и дают характеристику выполняемым им функциям. Как отмечает конфликтолог Я. Беркович, «не разобравшись в структуре конфликтов, мы не можем думать об их регулировании»²⁹⁸.

Под структурой социального конфликта большинством исследователей понимается «совокупность взаимосвязанных устойчивых элементов конфликта, организующих конфликт в целостную социальную систему и процесс»²⁹⁹. Важными элементами структуры любого социального конфликта являются: конфликтная ситуация и конфликтное взаимодействие. Конфликтная ситуация выступает субъектно-объектной базой конфликта и представляет собой совокупность условий, создающих социальную напряженность. Конфликтную ситуацию определяют как «состояние конфронтации двух или более социальных объектов по поводу существующих между ними реальных или мнимых противоречий, потенциальная готовность к конфликтным действиям»³⁰⁰.

Конфликтная ситуация представлена системой следующих понятий:

- стороны (участники) конфликта (в том числе и конфликтующие субъекты);
- объект конфликта (в рамках которого выделяется предмет конфликта);
- условия формирования конфликтной ситуации (факторы среды)³⁰¹.

²⁹⁸ Bercovitch J. Social Conflict and Third Parties. Boulder: Colorado, USA, 1984. P. 7.

²⁹⁹ Соломатина Е.Н. Сущность и функции социальных конфликтов // Общая социология. Основы современной социологической теории. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2017. С. 274.

³⁰⁰ Козырев Г.И. Конфликтология: учебник. М. ИД «ФОРУМ» ИНФРА-М, 2007. С. 308.

³⁰¹ См.: Козырев Г.И. Об особенностях политического конфликта // Вестник московского университета. Серия 12. Политические науки. 2007. № 4; Соломатина Е.Н. Сущность и функции социальных конфликтов // Общая социология. Основы современной социологической теории. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2017.

Конфликтное взаимодействие – это совокупность способов и приемов противоборства участников конфликта, их конкретные действия, направленные на усугубление или разрешение конфликтной ситуации, в ходе которых они испытывают негативные эмоции по отношению друг к другу. Практически все исследователи утверждают, что «предпосылкой, а затем - основой конфликтного взаимодействия выступает наличие единого неделимого объекта. Так, «объектом социального конфликта может выступать любой реально существующий элемент социальной реальности, на который претендуют конфликтующие субъекты. Например, К. Маркс полагал, что в основе социального (классового) конфликта лежат отношения собственности на средства производства, Л. Козер – дефицит ресурсов, а Р. Дарендорф – власть»³⁰².

Однако в случае социального конфликта в системе «врач – пациент» вряд ли здоровье можно считать «единым и неделимым объектом». Здоровье для субъектов данного конфликта действительно представляет важную духовную ценность, однако гораздо чаще конфликт возникает по поводу прав и обязанностей, а также распределения власти у взаимодействующих сторон.

Следует отметить, что пациент сам выбирает, куда ему обратиться за защитой своих нарушенных прав в досудебном порядке. Он может обратиться к администрации медицинской организации, чаще всего используется такой досудебный способ решения конфликтных ситуаций, и пациенту удобнее всего обратиться в саму организацию для восстановления справедливости. Но если справедливость не восстановлена, то в этом случае пациент может обратиться к Государственному уполномоченному по правам пациентов. Чаще всего пациенты обращаются в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Минздрав, страховые медицинские организации ФФОМС и в Общественную организацию «Лигу пациентов».

³⁰² Соломатина Е.Н. Сущность и функции социальных конфликтов // Общая социология. Основы современной социологической теории. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2017. С. 275.

В действительности количество жалоб пациентов увеличивается с каждым годом в различные надзорные инстанции, открыты многочисленные сайты, где крайне часто появляются анонимные жалобы, неясного характера, и они возможны в конкурентной борьбе от коллег недоброжелателей. По нашему мнению, анонимные жалобы лишь отвлекают из-за перегруженности огромного потока надзорные органы от жалоб, которые объективны и подлежат тщательному рассмотрению.

Известно, что социальные конфликты всегда возникают по поводу какого-либо объекта, но их сущность выражается в предмете конфликта. Предмет социального конфликта – это «противоречие, которое будучи обнаруженным, осознанным и манифестированным, лежит в основании того или иного конфликта. При этом существует возможность трансформации предмета по ходу развития самого конфликта»³⁰³.

Неотъемлемым элементом структуры социального конфликта являются его субъекты и участники.

Субъектом социального конфликта считают личность, организацию или общественную группу, способную создать конфликтную ситуацию, то есть прочно и относительно самостоятельно влиять на ход конфликта в соответствии со своими интересами, оказывать влияние на положение и поведение участников конфликта, вызывать изменения в социальных отношениях.

В социальных конфликтах в системе «врач – пациент» субъектами конфликтного взаимодействия могут выступать как врачи, так и пациенты. С одной стороны, грубое, халатное поведение врача, нарушение им норм этики и деонтологии, безусловно, являются одной из важнейших причин создания конфликтной ситуации, которая, как правило, перерастает в конфликт. С другой стороны, ученые выделили типы пациентов – неврастенический,

³⁰³ Мониторинг социально-трудовых конфликтов в России: теория, методика, технологии / Науч. ред. А.С. Запесоцкий. СПб.: СПбГУП, 2017. С. 27.

астенический и паранойяльный, которые изначально имеют склонность к провоцированию конфликта.

Например, Н.В. Середина и Д.А. Шкуренок считают, что «неврастенический и астенический тип реагирования пациента является наиболее распространенным и неспецифическим ответом организма и личности на заболевание. Существует тип конфликтного пациента паранойяльный, когда у пациента присутствует уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Подозрительность к лекарственным процедурам, стремление приписывать лечению возможные осложнения, обвинять в халатности и даже злом умысле врачей и весь обслуживающий медицинский персонал»³⁰⁴.

На наш взгляд, определенный интерес представляет описание социального портрета субъектов конфликтных ситуаций по результатам формализованных интервью и анализа документов (журналов регистрации письменных обращений граждан).

Так, по результатам опроса пациентов города Волгограда, проведенного М.Е. Волчанским, установлено, что «в 78,4% случаев субъектом конфликтных ситуаций является женщина 50-60 летнего возраста (75,6% респондентов) со средним специальным образованием (85,0%), находящаяся в разводе или являющаяся вдовой (53,5%), имеющая двух взрослых детей (42,5%), с доходом на члена семьи на уровне реального, а не номинального прожиточного минимума (92,9%), проживающая в отдельном доме (89,8%), не имеющая отдельной комнаты для личных целей (68,5)»³⁰⁵.

«Если носителем конфликта становился пациент-мужчина (21,6% случаев), то ему было 60 лет (80%). Он являлся не работающим пенсионером (100% респондентов), преимущественно со средним специальным

³⁰⁴ Середина Н.В., Шкуренок Д.А. Основы медицинской психологии. Ростов н/ Д: Феникс, 2003. С. 347.

³⁰⁵ Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине: дис. ... док-ра соц. наук. Волгоград, 2008 С. 98 – 99.

образованием (54,3%), состоящим в зарегистрированном браке (88,6%), имеющим двух взрослых детей (60%), с доходом на члена семьи менее 2000 рублей (57,1%), живущем в многоэтажном доме (94,3%), не имеющим отдельной комнаты в квартире (88,6%)»³⁰⁶.

По мнению М.Е. Волчанского «показателен также тот факт, что в 82,9% случаев эти лица оценивали свое самочувствие на момент конфликта как неудовлетворительное»³⁰⁷.

Опрос этим ученым сотрудников лечебно-профилактических учреждений города Волгограда при изучении социального портрета противоположной стороны конфликта – медицинских работников позволил установить следующее. «Это, как правило, женщина (91,1% опрошенных), в возрасте 40 – 55 лет (80,4%), живущая в зарегистрированном браке (71,6%), имеющая одного (34,4%) или двух детей (29,4%). В 92,6% это врач, имеющий первую (39,3%) или высшую квалификационную категорию (44,8%) со стажем работы от 10 до 20 лет (77,3%). Одинаково часто участниками конфликта становились представители терапевтических (47,9%) и хирургических (52,1%) специальностей»³⁰⁸.

Исследование также показало, что обычно «эти субъекты не отказываются от своего участия в эскалации конфликта «врач – пациент», однако его инициатором считают противоположную сторону. Так, 96,3% пациентов считали конфликтогенами врачей, а 89,9% врачей считали конфликтогенами пациентов»³⁰⁹.

В рамках анализа конфликтных взаимодействий ученые также выделяют, кроме субъектов, участников конфликта, которым может оказаться лицо или

³⁰⁶ Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине: дис. ... док-ра соц. наук. Волгоград, 2008 С. 99.

³⁰⁷ Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине: дис. ... док-ра соц. наук. Волгоград, 2008 С. 99.

³⁰⁸ Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине: дис. ... док-ра соц. наук. Волгоград, 2008 С. 99 – 100.

³⁰⁹ Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине: дис. ... док-ра соц. наук. Волгоград, 2008 С. 100.

группа лиц, не имеющие в нем собственного интереса и вовлеченные в конфликт помимо своей воли быть вовлеченными в конфликт («жертвы»).

Однако участниками конфликта также считаются те субъекты, которые преследуют в предполагаемом или реальном конфликтном взаимодействии свои личные интересы. Они могут провоцировать конфликт и способствовать его развитию, содействовать уменьшению интенсивности конфликта или полному его прекращению («третья сторона»), поддерживать ту или иную сторону конфликта или обе стороны одновременно³¹⁰.

В социальном конфликте «врач – пациент» такими участниками часто выступают родственники пациента, а также недобросовестные юристы и адвокаты, различные организации по защите прав пациента, стремящиеся извлечь выгоду из конфликтной ситуации.

Функция социального конфликта – это роль, которую он выполняет по отношению к различным структурным элементам социальной системы. Различают явные и скрытые (латентные) функции социального конфликта.

Явные функции конфликта характеризуются тем, что его последствия совпадают с целями, которые провозглашали и преследовали субъекты конфликта. Скрытые (латентные) функции конфликта, его последствия обнаруживаются лишь с течением времени и в определенной степени отличаются от намерений, ранее провозглашенных субъектами конфликта. Социальный конфликт в системе «врач – пациент» выполняет как явные, так и скрытые функции, которые будут рассмотрены ниже.

Функции социального конфликта по своему смыслу, значению и роли можно разделить на две группы: конструктивные (положительные) функции конфликта и деструктивные (отрицательные) функции конфликта.

В настоящее время, как отмечает М.Е. Волчанский, «в диаде “медработник – пациент” зарождается межличностный конфликт с

³¹⁰ См.: Соломатина Е.Н. Сущность и функции социальных конфликтов // Общая социология. Основы современной социологической теории. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2017. С. 277.

преобладанием деструктивных функций между субъектами медицинской деятельности и социальных отношений в системе здравоохранения, который при достижении наивысшей точки напряженности и активного противостояния, закономерно перерастает в негативный конфликт социального масштаба, в системно-институциональный конфликт дисфункционального характера <...>³¹¹.

Второй, динамический подход к анализу конфликтов концентрирует внимание на конфликтогенезе – «процессе возникновения, развития и разрешения конфликта, эволюция конфликтной ситуации на всех стадиях ее протекания»³¹², или динамике конфликта. «Динамика социального конфликта представляет собой процесс последовательного развития социального конфликта во времени, его институциональное изменение, вызванное внутренними механизмами конфликтного взаимодействия, а также внешними факторами и условиями среды»³¹³.

В частности, конфликтолог М. Дейч выделил наиболее важные факторы, определяющие характер разворачивания социального конфликта. К ним он относил «характеристики конфликтующих сторон, природу конфликтных вопросов, используемые конфликтующими сторонами тактические методы и стратегические линии, наличие третьей стороны в качестве посредника между конфликтующими сторонами и степень активного вмешательства третьей стороны в ход регулирования конфликта»³¹⁴.

В рамках динамического подхода исследователями разработано несколько моделей, охватывающие стадии разворачивания социального конфликта. Наиболее известная из них, предложенная Л. Крисбергом, включает: 1) объективное основание конфликта; 2) его осознание

³¹¹ Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине: дис. ... док-ра соц. наук. Волгоград, 2008 С. 97.

³¹² Силласте Г.Г. Социальная конфликтология в сфере экономики и финансов: учебное пособие. М.: КНОРУС, 2016. С. 73.

³¹³ Соломатина Е.Н. Сущность и функции социальных конфликтов // Общая социология. Основы современной социологической теории. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2017. С. 278.

³¹⁴ Смотри: Deutsch M. The Resolution of Conflict. New Haven, Gale University Press, 1973.

конфликтующими сторонами; 3) формирование конфликтной ситуации и ее конкретной формы; 4) эскалацию конфликта; 5) деэскалацию конфликта; 6) формирование способа завершения конфликта; 7) процесс завершения конфликта; 8) результат конфликта³¹⁵.

Отечественная исследовательница Г.Г. Силласте выделяет шесть стадий конфликтогенеза, которые применяет к финансовой сфере, но которые вполне применимы и к сфере здравоохранения. В их числе: 1) зарождение социальных разногласий; 2) предконфликтная ситуация; 3) собственно конфликтная ситуация; 4) экстремальная ситуация (экстремаль конфликта); 5) разрешение конфликта; 6) угасание конфликта³¹⁶.

По мнению большинства исследователей, динамика (процесс развертывания) любого социального конфликта закономерно проходит через последовательное развитие (смену) четырех основных периодов: предконфликтный период, собственно конфликт (открытое конфликтное взаимодействие), завершение конфликта и послеконфликтный период.

Для первого, предконфликтного периода, характерно наличие социальной напряженности, которая «выражает и отражает определенное духовное состояние индивидов и социальных групп, подчас весьма значительных эмоций, неудовлетворенность существующим положением, отношение к происходящим событиям и к другим индивидам и группам, от которых в существенной мере зависят мотивы общественного поведения»³¹⁷.

На наш взгляд, главной причиной конфликтной напряженности, а затем и возникновения социального конфликта врача и пациента является усиливающаяся неудовлетворенность членов общества качеством оказания медицинской помощи.

³¹⁵ Kreiesberg L. The Sociology of Social Conflicts. Engleword Cliffs, Prentice Hall, 1973. P. 19.

³¹⁶ Силласте Г.Г. Социальная конфликтология в сфере экономики и финансов: учебное пособие. М.: КНОРУС, 2016. С. 73.

³¹⁷ Соломатина Е.Н. Сущность и функции социальных конфликтов // Общая социология. Основы современной социологической теории. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2017. С. 280.

Как показали результаты социологического исследования (конец 2018 - начало 2019 гг.), проведенного лично автором, меньше половины (40,8%) пациентов в значительной степени удовлетворены процессом лечения в целом. Примерно столько же пациентов (42,8%) процессом лечения пациентов удовлетворены в не очень значительной степени, а 14,6% пациентов удовлетворены в слабой степени. Лишь у 1,8% пациентов совсем отсутствует удовлетворенность процессом лечения в целом. Данное исследование подтверждает тот факт, что все же имеет место снижение качества оказываемых медицинских услуг населению, что препятствует эффективному выполнению государством приоритетной функции по обеспечению здоровья граждан³¹⁸ (См. Рис. 60, Приложение 2).

Развитие гражданского общества и рост юридической грамотности населения привели к нарастающей активности пациентов в сфере защиты своих прав. Сообщество больных людей спланируется определенным и одинаковым пониманием значимости сохранения своего здоровья, а в отдельных случаях и жизни, поскольку именно «здоровье занимает самую верхнюю ступеньку на иерархической лестнице ценностей и в системе категорий человеческого бытия - среди интересов, идеалов, гармонии, смысла и счастья жизни, творческого труда, программы и ритма жизнедеятельности»³¹⁹.

Эти ценности не могут быть сравнимы с имущественными интересами, которые не представляют никакой ценности для члена общества при утрате им жизни или значительном повреждении здоровья. «Сознательно и добровольно вверяя медицинским работникам самое дорогое, что дается Богом и природой, - свое здоровье и жизнь, больной вправе рассчитывать на надлежащие оказание помощи»³²⁰, которую он часто не получает.

³¹⁸ Семина Т.В. Социологическое исследование. Исследование проводилось в конце 2018 - начало 2019 гг. в нескольких федеральных и областных медицинских учреждениях на территории Российской Федерации (См. подробнее: Приложение 2)

³¹⁹ Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград, 2001. С. 28.

³²⁰ Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 8.

Нарушение самого процесса социального взаимодействия, кризис моральных (нравственных) ценностей и девальвация этических стандартов поведения людей служат серьезной причиной конфликтной напряженности, в том числе, и в социальной системе «врач – пациент».

Дело в том, что в условиях ломки устоявшихся ценностных приоритетов врачебное сообщество демонстрирует не только снижение уровня профессионализма, но и более равнодушное отношение к больным людям, не желают поддерживать контакт, тратить свое время на общение с пациентами. Одним из пусковых механизмов служит, дефицит рабочего времени - это сокращенное время на прием пациента и увеличенный объем бюрократии по заполнению медицинской документации.

Анализ проведенного автором социологического исследования (конец 2018 - начало 2019 гг.) показал, что абсолютное большинство врачей (56,4%) согласны или скорее согласны, чем не согласны с тем, что врачу требуется лишь определить состояние пациента и назначить ему лечения, не тратя время на лишние разговоры. В то время как абсолютное большинство ординаторов (67,8%) и пациентов (58,7%) считают наоборот - они не согласны или скорее не согласны, чем согласны с тем, что врачу требуется лишь определить состояние пациента и назначить ему лечения, не тратя время на лишние разговоры. При этом абсолютное большинство пациентов (82,6%) не согласны или скорее не согласны, чем согласны с тем, что нет смысла для врача что-то объяснять пациенту по поводу лечения, так как у него нет необходимых для понимания знаний³²¹ (См. Рис. 118, Приложение 2).

Тем самым профессиональная этика врача теряет свое гуманистическое начало, которое должно служить обязательным ориентиром, формирующим общую духовную жизнь медицинских работников.

³²¹ Семина Т.В. Социологическое исследование. Исследование проводилось в конце 2018 - начало 2019 гг. в нескольких федеральных и областных медицинских учреждениях на территории Российской Федерации (См. подробнее: Приложение 2)

Безусловно, на нравственное самосознание врача большое влияние оказывают ценности профессиональной этики, которую можно определить как «традиционную систему обязательств и установок, которую принимает медицинское сообщество»³²².

В широком смысле медицинская этика рассматривает « всю совокупность моральных факторов, которыми руководствуются работники здравоохранения во всех сферах материальной и духовной деятельности, направленной на удовлетворение потребности общества и человека в сохранении и укреплении здоровья »³²³. В узкой трактовке – это «раздел профессиональной этики о роли нравственных начал в деятельности врача, о его высокогуманном отношении к больному как необходимом условии успешного лечения и укрепления здоровья человека»³²⁴.

В современном медицинском обиходе, с медицинской этикой, отождествляются такие понятия как «биоэтика», «медицинская деонтология», что не является грубой ошибкой. Однако с научной точки зрения операционализация и разграничение этих понятий представляется аналитически полезной.

Основное отличие биоэтики от традиционной, гиппократовской этики заключается в том, что она носит сугубо корпоративный характер. Первая рассматривает врача в качестве единственного морального субъекта, выполняющего долг перед пациентом, который пассивен и не принимает участия в выработке жизненно важного для него решения, поскольку пребывает в роли страдающего индивида. Вторая (биоэтика) исходит из идеи «активного пациента», который, будучи моральным субъектом, вступает в сложные диалогические (а подчас и конкурентные) отношения с другими субъектами – врачами и учеными. Биоэтика также понимается как «принцип уважения прав и

³²² Силуянова И. В. Избранные. О призвании врача. М.: Изд-во «Форма «Г», 2008. С. 183.

³²³ См. подробнее: Лисицын Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф. Медицина и гуманизм. М.: Медицина, 1984

³²⁴ См., в частности: Изуткин А.М. Методологические проблемы медицинской психологии, этики и эстетики. М.: Медицина, 1968.

достоинства человека», как учение о законах, принципах и правилах регулирования профессионального поведения медицинского работника в условиях использования новых медицинских технологий»³²⁵.

Термин деонтология (от греч. δέον - должное) был введен в XIX в. английским ученым юристом и философом Джемери Бентамом для обозначения теории нравственности как науки о морали³²⁶. Деонтология рассматривает вопросы, связанные с соблюдением врачебной тайны и мерой ответственности врача за жизнь и здоровье больного, а также вопросы взаимоотношения врачей между собой и т.д. В России в научный обиход понятие «деонтология» ввел Н.Н. Петров, после чего этот термин получил широкое распространение.

По мнению А.П. Зильбера, этика состоит из базиса – аксиологии (моральные ценности) и надстройки – деонтологии (следствие этих ценностей). Человек поступает должным образом не по составленным кем-то инструкциям и правилам (тогда это «чистая» деонтология), а в силу своего внутреннего морального базиса, достигаемого воспитанием. «Этика – это реализация морально-нравственных правил, сформировавшихся на общепринятых принципах, нормах поведения. Деонтология ближе к закону, тогда как мораль (соответственно аксиология) – более подвижная категория, чем закон»³²⁷.

По мнению исследователей, «понятия медицинская этика и деонтология органически связаны, так как касаются моральных и нравственных норм и основанных на них принципов и правил поведения медицинских работников, выполняющих свой профессиональный долг. В реальной жизни соблюдение деонтологических правил обязательно дополняется определенным нравственно-этическим содержанием»³²⁸. Следует отметить, что невозможно себе

³²⁵ См.: Канунникова Л.В., Сидорова Т.А. Биоэтика: от нормализации к норме // Медицинское право. 2014. № 5.

³²⁶ Петровский Б.В. Деонтология в медицине. М.: Медицина, 1988. С. 15.

³²⁷ Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики М.: МЕД-пресс-информ, 2008. С. 64.

³²⁸ Медик В.А. Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. - 2-ое издание. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. С. 562.

представить, что морально-этические нормы, правила и требования к врачу, не вплетались бы в сложную канву взаимоотношений врача, пациента, его родственников, коллег и старшего поколения «учителей». Кроме того, существует неразрывная связь деонтологии с морально-этическими нормами и правовым регулированием в медицинской деятельности. Так, если не построены доверительные отношения врача с пациентом, то качество лечения ухудшается. Если врач не выслушивает пациента, то и пациент в свою очередь не доверит все симптомы своего заболевания, значит, и диагностика будет назначена не та, которая необходима пациенту, и как следствие не будет установлен правильный диагноз и назначено лечение, а это, безусловно, спровоцирует конфликт.

Несоблюдение работниками современного здравоохранения медицинской этики и норм деонтологии вызывает большую тревогу не только у всего общества, но и у Минздрава, Росздравнадзора, так как шквал жалоб на медицинских работников в связи с нарушением ими норм медицинской этики и деонтологии стал обрушиваться именно в их адрес. В большинстве жалоб недовольных пациентов указываются требования необходимости устранения сложившейся ситуации, принятия незамедлительных мер³²⁹.

Первоначальный акт, то есть действие одной из сторон, провоцирующее и вызывающее ответную реакцию другой стороны, называется инцидентом.

Второй период – открытое конфликтное столкновение или собственно конфликт. Развитие конфликта - это «процесс, который включает качественные изменения субъектов и основы конфликта, усложнение форм противоборства, нарастание его интенсивности, расширение поля конфликта и масштабности конфликтной борьбы. В частности, конфликт является неполным или неполномасштабным, когда интересы субъектов были плохо структурированы, идентичность конфликтующих групп была неполной, характер противоборства

³²⁹ Минздрав озабочен числом жалоб на нарушение этики медработниками. URL: <http://ria.ru/society/20121005/766927624.html#ixzz2Y3mzg5s5> (Дата обращения: 10.05.2019).

был немассовым. Полномасштабный конфликт - это такой конфликт, в котором интересы сторон манифестируются, субъекты полностью выявлены, отчетливо выражен предмет конфликта и его массовый характер, в основном сложились стратегия и тактика противостоящих сторон»³³⁰.

На третьем этапе - завершения социального конфликта «осуществляется переход от конфликтного противодействия к поиску решения проблемы и прекращению конфликта. В основном поиск направлен на изменение самой конфликтной ситуации либо путем воздействия на участников конфликта, либо путем изменения характеристики объекта конфликта. В результате происходит постепенное затухание социальных конфликтов; переход социальных конфликтов в совершенно другие, новые конфликты; механическое, силовое уничтожение, подавление социальных конфликтов; разрешение социальных конфликтов (решение проблемы, снятие противоречия»³³¹.

На наш взгляд, обозначенные этапы вполне характерны для социального конфликта в системе «врач – пациент», однако следует отметить, что достаточно часто конфликтное противостояние переносится в нормативно-юридическую плоскость, когда пациенты или их родственники напрямую обращаются в следственные органы или судебные инстанции.

В настоящее время при анализе социальных конфликтов исследователи различают такие понятия как «разрешение социальных конфликтов» и «урегулирование социальных конфликтов».

Разрешение социальных конфликтов – «социальный процесс, обусловленный поступательным преобразованием системы конфликтных отношений социальных субъектов в качественно новое неконфликтное состояние, характеризуемое добровольным осознанным признанием

³³⁰ См.: Соломатина Е.Н. Сущность и функции социальных конфликтов // Общая социология. Основы современной социологической теории. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2017. С. 281.

³³¹ См.: Соломатина Е.Н. Сущность и функции социальных конфликтов // Общая социология. Основы современной социологической теории. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2017. С. 284.

субъектами и основными участниками конфликтного взаимодействия полного и окончательного его прекращения»³³².

Регулирование социального конфликта направлено в первую очередь на снятие непосредственной враждебности и насилия путем выработки соглашений или процедур, улучшающих и оптимизирующих отношения участников социального конфликта. Процесс урегулирования конфликта является сложным и многосоставным, цель которого может быть направлена на прекращение, разрешение или трансформацию конфликта. Такое разное концептуальное видение целевой составляющей дает основания для выделения ряда методологических подходов к урегулированию конфликтов³³³.

Важность познания причин социальных конфликтов подчеркивают многие современные ученые. Так, в частности, выделяют макро, мезо и микропричины, они же - факторы возникновения конфликтов или их движущие силы.

Макропричины социальных конфликтов или макрофакторы детерминации конфликтного взаимодействия, имеют глобальный исторический характер и являются в полной мере неподконтрольными как участникам конфликта, так и правительству территории, где данные конфликты разворачиваются. Их причинами служат глобализация, революции, катастрофы и войны.

Мезопричины социальных конфликтов или мезофакторы детерминации конфликтного взаимодействия, являются конкретными социальными и правовыми условиями развития конфликта, неподконтрольными (во всяком

³³² Соломатина Е.Н. Сущность и функции социальных конфликтов // *Общая социология. Основы современной социологической теории*. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2017. С. 284.

³³³ См.: Bercovitch J. *Social Conflicts and Third Parties: Strategies of Conflict Resolution*. Boulder; CO: Westview. 1984; Bercovitch J. *The Structure and Diversity of Mediation in International Relations* // *Mediation in International Relations. Multiple Approaches to Conflict Management*. London: St. Martin's Press. 1992; Bercovitch J. (ed.) *Resolving International Conflicts: The Theory and Practice of Mediation*. Boulder; CO: 1996. Zartman I.W., Rasmussen J.L. *Peacemaking in International Conflict. Methods and Techniques*. Washington / DC: United States Institute for Peace, 1997; Fisher R.J. *Third Party Consultation: A Method for the Study and Resolution of Conflict* // *Journal of Conflict Resolution*. 1972. Vol. 16. P. 67–94.

случае напрямую) субъектам конфликта, но находящимся в сфере регулирования государства.

Микропричины социальных конфликтов или микрофакторы детерминации конфликтного взаимодействия, служат непосредственными причинами конфликта. Данные причины подконтрольны его субъектам³³⁴.

В отношении макропричин социального конфликта в системе «врач – пациент» можно утверждать, что одной из них, безусловно, выступает глобализация, предопределяющая общий характер развития мирового сообщества, властно вторгающаяся в судьбы живущих в нем людей. Новые, глобальные социальные отношения приводят к трансформации и, в известной степени, унификации национальных социальных институтов медицины и здравоохранения, которая не всегда происходит в интересах их субъектов, как врачей, так и пациентов.

Среди мезопричин необходимо назвать радикальные рыночные реформы в России, приведшие к слому сложившейся системы медицинской помощи ее населению, не всегда дальновидную политику государство в сфере здравоохранения, серьезную реорганизацию его правовой основы.

Микропричиной конфликта в социальной системе «врач - пациент» может выступать как конкретная ситуация, в которую попал отдельный больной человек, так и характер поведения врача по отношению к нему, на которое влияют всевозможные субъективные обстоятельства.

Однако, на наш взгляд, более продуктивным для социологического анализа социальных конфликтов в системе «врач – пациент» является разделение на объективные и субъективные факторы, вызывающие социальные конфликты, принятое в социологии. К объективным факторам внешние, независимые от взаимодействующих индивидов факторы. Как отмечает Л. Крисберг, «объективное основание конфликта отражает те социальные

³³⁴ Мониторинг социально-трудовых конфликтов в России: теория, методика, технологии / науч. Ред. А.С. Запесоцкий. СПб.: СПбГУП, 2017. С. 27.

отношения и интересы, сложившиеся между индивидами, социальными группами или обществами, которые, ввиду своей несовместимости или даже противоположности, служат объективным основанием, источником развертываемого конфликта. Но в собственном смысле конфликт нельзя считать сформировавшимся, пока соответствующие индивиды или группы индивидов не осознают ущемление своих интересов, не зарядятся решимостью бороться с господствующей несправедливостью»³³⁵.

В свою очередь, объективные факторы подразделяются на две группы:

1) внутренние факторы, связанные, например, с политической или экономической ситуацией в стране, ее законодательной базой, социальной структурой и социальной стратификацией населения, территориальными особенностями и т.п.;

2) внешние факторы, обусловленные глобализацией, внешнеполитической ситуацией, действиями субъектов международного финансового рынка и т.п.

Субъективные факторы отражают специфические моменты, обусловленные личностными характеристиками или индивидуальными обстоятельствами. В их числе: «1) социально-психологический настрой в обществе; 2) отношение к реформам, оценка уровня жизни своей семьи, ее материального положения; 3) мнение об экономической и политической ситуации в обществе; 4) доверие к властям; 5) поведенческие установки, степень социальной адаптации к жизни в конкретных условиях; 6) готовность к риску; 7) интерес к СМИ; 8) специфическая мотивация действия и поведения»³³⁶.

Объективные факторы носят внешний по отношению к непосредственной реализации профессиональной врачебной деятельности характер. К ним

³³⁵ Джиджян А.Р. Социальный конфликт и общая теория его регулирования. Ереван: Изд-во Ноян Тапан, 2009. С. 80.

³³⁶ См. также: Силласте Г.Г. Социальная конфликтология в сфере экономики и финансов: учебное пособие. М.: КНОРУС, 2016. С. 85.

относятся: несовершенство существующей нормативной базы в области здравоохранения, дисбаланс в иерархии управления медицинскими учреждениями, низкое качество медицинского образования у будущих медицинских работников, расширение спектра платных медицинских услуг.

Субъективные факторы конфликта в социальной системе «врач – пациент» непосредственно связаны со спецификой профессии врача и особенностями ее реализации в последние годы. В их числе: эмоциональное выгорание и профессиональная деформация личности врача, низкая мотивация труда врача, его незаинтересованность в излечении больного, приводящая к врачебным ошибкам, имеющим порой фатальное значение для пациента.

Безусловно, все обозначенные внутренние и внешние, как объективные, так и субъективные факторы, имеют непосредственное отношение к анализируемой разновидности социального конфликта.

Однако самым существенным из них представляется новая социальная структура российского общества, с ее достаточно жесткой дифференциацией на богатых и бедных людей, вопиюще неравных с точки зрения доступа к платным социальным благам, одним из которых стало здравоохранение. Новая социальная стратификация повлекла за собой особую форму социальной эксклюзии, когда значительная часть отечественного социума, в том числе и врачи, оказавшись за чертой бедности, в силу этого потеряв свой некогда очень высокий социальный статус, были вынуждены выживать, используя отнюдь не добросовестные рыночные механизмы.

Дефицит ресурсов, неравномерное распределение властных полномочий и неравенство статусных позиций, имеющих место и в современном российском обществе, признается постоянным источником социальных конфликтов. К этому добавляется неоднородность материальных запросов, разноплановость политических предпочтений и ценностных ориентаций различных социальных и социально-профессиональных групп.

Все эти факторы вносят свой вклад в причины и сущность социальных конфликтов в социальной системе «врач – пациент», порождая несовместимые интересы и ценности, разрывая чувства солидарности и вызывая ощущение отчужденности, с сопутствующими ему отношениями и эмоциями. При этом во многом провоцирует конфликт в социальной системе «врач – пациент» деструктивная деятельность СМИ, провоцирующая и «разогревающая» конфликтное противостояние.

2.3. Деструктивная роль СМИ в генезисе социального конфликта в системе «врач-пациент»

В третьем тысячелетии средства массовой информации стали не просто неотъемлемой частью повседневной жизни индивида и общества, но и главным инструментом, воздействующим и на общественное сознание, и на процесс реформирования социальных институтов, среди которых особенно следует отметить здравоохранение.

Массированное, а порой агрессивное воздействие СМИ, включая телекоммуникации и информационно-компьютерные технологии, на восприятие аудиторией современного здравоохранения не вызывает сомнений. Неконтролируемая подача «квазимедицинской» информации, негативные репортажи о состоянии сферы здравоохранения служат провокатором стрессовых ситуаций для больших групп людей, вызывают ухудшение состояния больных, а, в конечном счете, пагубно сказываются на доверии к врачебному сообществу и медицине в целом.

Широко известно, что средства массовой информации выступают одним из субъектов манипулирования общественным сознанием. Путем различных приемов манипулирования, осуществляемых с помощью СМИ, в сознание людей внедряются идеи, ассоциации и стереотипы, которые способны полностью, причем незаметно, не просто повлиять на отношение к

определенному явлению, но даже изменить картину мира у большинства представителей определенного социума. Искажение действительности, тенденциозность и необъективность могут проявляться как в представлении аудитории заведомо ложной информации, так в воздействии на ассоциативное мышление человека посредством создания эмоционально-нагруженного контекста³³⁷.

Например, телевидение искажает информацию, сопровождая ее показом самых тенденциозных, оторванных от общего контекста «новостных» событий с целью формирования заранее заданного отношения к ним зрителей. Тем самым оно оказывает деструктивное влияние на намерения и последующие действия людей, дестабилизирует их поведение и вызывает напряженность в обществе.

На самом деле, «вид мужественного журналиста, снимающего бой в самом его разгаре, просто является сценической декорацией, когда некоторые бойцы воинственного вида за сигареты и алкоголь немного стреляли на фоне развалин сгоревшего дома, который еще раз слегка поливали бензином и поджигали специально, для пущего эффекта»³³⁸.

Так, «съемочные группы, работавшие от Афганистана до Анголы, от обоих Конго до Ирака и Ирана, в погоне за эффектными кадрами возили с собой канистры с бензином, поджигали найденные ими далеко от мест боев остовы давно сгоревших военных автомобилей и разыгрывали на фоне этих декораций своеобразные спектакли»³³⁹, - пишет У. Ульфкотте.

Как отмечают Н.Г. Осипова и Е.И. Юрченко, «закономерности развития коммуникативных процессов в обществе и деятельности социальных институтов, производящих и распространяющих массовую информацию

³³⁷ Данилова А.А. Манипулирование словом в средствах массовой информации. 3-е изд. М.: «Добросвет», Издательство КДУ, 2014. С. 12 - 13.

³³⁸ Ульфкотте У. Продажные журналисты. Любая правда за Ваши деньги / Пер. с немецкого. М.: Эксмо, 2015. С. 133.

³³⁹ Ульфкотте У. Продажные журналисты. Любая правда за Ваши деньги / Пер. с немецкого. М.: Эксмо, 2015. С. 135.

посредством технических средств (СМИ), является одной из традиционных тем социологии»³⁴⁰.

СМИ, которые сегодня проникают во все сферы человеческой жизнедеятельности - не только один из самых важных и значительных источников получения людьми знания о ситуации в современном мире, но и главный фактор формирования общественного мнения, культуры и мировоззрения. В данной связи «характер восприятия массовой аудиторией, сопоставимой с параметрами общества, сообщений средств массовой информации, и, соответственно, то влияние, которое они на нее оказывают, постоянно находится в центре внимания социологов»³⁴¹.

В 20 – 40-е гг. XX века в теориях влияния СМИ, разработанных социологами, превалировал постулат о прямом, молниеносном и повсеместном воздействии СМИ на общественное сознание. В 40 - 60-е гг. этого столетия ученые уже опровергли факт значительного влияния СМИ на общество, а с 60-х гг. можно констатировать отсутствие единого мнения ученых относительно процесса влияния средств массовой информации на общественное сознание. Однако с начала нового столетия стала вновь превалировать точка зрения об активном, целеустремленном и эффективном воздействии СМИ на аудиторию с помощью широкого набора технологий явно манипулятивного характера³⁴².

Так, основательница Алленбахского института по изучению общественного мнения Э. Нёлле-Нойман сказала одному журналисту во время посещения редакции «Франкфуртер альгемайне цайтунг»: «То, что Вы сегодня находите в головах людей, является отражением не подлинной реальности, а искусственно сконструированной, изготовленной средствами массовой

³⁴⁰ Осипова Н.Г., Юрченко Е.И. Средства массовой информации в современном обществе: теоретико-методологический анализ базовых подходов // Вестник московского университета: серия 18. 2010. № 1. С. 64.

³⁴¹ Осипова Н.Г., Юрченко Е.И. Средства массовой информации в современном обществе: теоретико-методологический анализ базовых подходов // Вестник московского университета: серия 18. 2010. № 1. С. 64.

³⁴² Осипова Н.Г. Теории влияния СМИ // Эффективная коммуникация: история, теория, практика: Словарь справочник / Отв. Ред. М.И. Панов. М.: ООО «Агентство КРПА Олимп», 2005. С. 679.

информации»³⁴³. «Тем самым она осмелилась произнести вслух то, что считалось в Германии запретной темой - крайне незначительное меньшинство журналистов систематически оказывало влияние на массовое сознание, управляя массами людей»³⁴⁴.

Ситуацию, в которой средства массовой информации публично представляют мнение меньшинства, мнением большинства, а люди не осмеливаются возражать из страха оказаться в социальной изоляции, и потому просто молчат, Э. Нёлле-Нойман назвала «спиралью молчания»³⁴⁵.

Как отмечает У. Ульфкотте, ««спираль молчания»», сформулированная в качестве научной теории еще в 1970-е гг., за прошедшие с тех пор десятилетия превратилась в гораздо более могущественного и зловредного демона, который круглые сутки держит на руках. Он манипулирует нами»³⁴⁶.

В среде отечественных ученых также ведутся активные дискуссии, прежде всего, по поводу трансформации сущности и функций СМИ под двояким влиянием глобализационных процессов.

С одной стороны, глобальная эпоха «задала сообществу планеты Земля новые направления развития, поэтому необходимо вникнуть в суть тех перемен, которые касаются профессиональных сообществ. В результате глобализации и информатизации, мир стал более связанным и более зависимым от всех его субъектов — в целом. Средства массовой информации в данном процессе являются как фактором, влияющим на него, так и основным каналом, по которому передаются информационные потоки, формирующие систему

³⁴³ Ульфкотте У. Продажные журналисты. Любая правда за Ваши деньги / Пер. с немецкого. М.: Эксмо, 2015. С. 132.

³⁴⁴ Ульфкотте У. Продажные журналисты. Любая правда за Ваши деньги / Пер. с немецкого. М.: Эксмо, 2015. С. 132.

³⁴⁵ Ульфкотте У. Продажные журналисты. Любая правда за Ваши деньги / Пер. с немецкого. М.: Эксмо, 2015. С. 133.

³⁴⁶ Ульфкотте У. Продажные журналисты. Любая правда за Ваши деньги / Пер. с немецкого. М.: Эксмо, 2015. С. 133.

взаимосвязанности всего мира»³⁴⁷. Как, в частности, отмечает В.Ф. Зыков, «уже сейчас можно констатировать, что глобализация породила совершенно новое информационное пространство — интерактивные конвергированные социальные медиа, которые оказывают конкретное влияние на солидные традиционные и интернет-СМИ. Все это требует исследования процессов их влияния как на различные сферы деятельности, так и на общественное сознание»³⁴⁸.

В настоящее время «под воздействием новых информационных технологий формируется единое коммуникативное пространство, что является основополагающим аспектом глобализации, позволяющим говорить о тенденции объединения обществ в некую целостную систему на базе свободного доступа к информации. Формирование глобального информационного пространства и, как следствие, расширение коммуникативных возможностей обуславливают подвижность границ глобального общества, где коммуникация разрушает территориальные границы и формирует единое пространство, дифференциация которого возможна лишь по функциональному принципу»³⁴⁹.

Цифровые средства массовой информации, среди которых особенно важен Интернет, «позволяют действительно очень глубоко и разносторонне представлять картину мира в развитии»³⁵⁰. «Мгновенная электронная связь и расширение коммуникативных возможностей изменяет жизнь человека коренным образом, прежде всего, устраняя пределы коммуникации и

³⁴⁷ Винская Л.А. Особенности и тенденции развития СМИ в эпоху глобализации // В мире науки и искусства: вопросы филологии, искусствоведения и культурологии: сб. ст. по матер. VIII междунар. науч.-практ. конф. Часть II. – Новосибирск: СибАК, 2012. С. 135.

³⁴⁸ Зыков В.Ф. Журналистика в 2015 году. Информационный потенциал общества и ресурсы медиасистемы. Сборник материалов международной научно-практической конференции. М.: МедиаМир; Факультет журналистики МГУ имени М.В. Ломоносова, 2016. С. 297.

³⁴⁹ Манакова И.Ю. Сущность и перспективы глобализационных процессов // Вестник ВГУ: серия философия. 2010. № 2. С. 63.

³⁵⁰ Засурский Я.Н. Качественная пресса в медийных структурах. М.: Издательство ИКАР, 2017. С. 7.

трансформируя традиционное ощущение пространственно-временных координат»³⁵¹.

С другой стороны, имеет место очевидный кризис «новых масс-медиа», который выражается в глобальном «распространении массовой потребительской культуры и увеличению силы массовидных механизмов влияния»³⁵².

Новые социальные и политические реалии, связанные с глобальной либерализацией, сопровождающиеся изменениями в общественной жизни, принесли множество изменений в культуру и нравственность российского общества, обусловили серьезные негативные явления, связанные с деятельностью СМИ. К ним относятся экономическая корыстная заинтересованность владельцев СМИ (медиа-магнатов), создание и преподнесение публике телепередач и новостей, выгодных лишь экономически, а также осознанная и неосознанная откровенно ложная информация или интерпретация освещаемых событий.

Как отмечает У. Ульфкотте, «раньше мир СМИ был обозримым и четко структурируемым. Существовали пиар-агентства, занимавшиеся лоббированием, и существовали журналисты, обязанные соблюдать определенные принципы. Сегодня существующие между ними границы все больше размываются, а возможно, уже давно исчезли»³⁵³. «В настоящее время журналисты якобы совершенно независимы от людей и вещей, о которых они сообщают. Они якобы обязаны сообщать объективную истину. Но это чистая иллюзия, искусство обмана чувств, когда имеет место воспроизведение действительности не такой, какой она является на самом деле, которой в совершенстве владеют СМИ. Они всего лишь симулируют плюрализм мнений,

³⁵¹ Манакова И.Ю. Сущность и перспективы глобализационных процессов // Вестник ВГУ: серия философия. 2010. № 2. С. 63.

³⁵² Андреева А.А. Журналистика в 2015 году. Информационный потенциал общества и ресурсы медиасистемы // Сборник материалов международной научно-практической конференции. М.: МедиаМир; Факультет журналистики МГУ имени М.В. Ломоносова, 2016. С. 168.

³⁵³ Ульфкотте У. Продажные журналисты. Любая правда за Ваши деньги / Пер. с немецкого. М.: Эксмо, 2015. С. 308.

независимость и правдивую подачу информации. В действительности же СМИ манипулируют простыми гражданами, дезинформируют их и направляют их в желательном для политиков направлении»³⁵⁴.

В результате подобной манипуляции, утверждает Д. Стринати, «уверенность и фиксированные стандарты постепенно заменяются неизвестностью и скептицизмом, а образы, создаваемые СМИ, подстрекают людей к поверхностному восприятию вещей, а не к познанию их сути, к цинизму, а не к вере, к жажде постоянных перемен, а не к соблюдению традиций, к ощущению сиюминутности бытия и отрицанию исторических закономерностей»³⁵⁵.

Глобализация современного мира привела к появлению глобальных СМИ, в том числе, печатных. Несмотря на то, что их мало, они играют важную роль в медиасообществе. Журналы «Уолл Стрит» (Wall Street Journal) «Финаншэл Таймс» (Financial Times) «США сегодня» (USA Today), «Джеральд Трибьюн» (International Herald Tribune) «не просто газеты-гиганты, это мировые бренды, которые «говорят с миром на английском языке»³⁵⁶ и задают весьма прагматичный тон всевозможным дискурсам.

Так, А.П. Ситников и М.В. Гундарин обосновывают стратегию и тактику медийной системы будущего и вводят в научный обиход понятие «прагматическая коммуникация». Под «прагматической коммуникацией» они понимают «процессы направленной передачи информации, жестко ориентированные на получение адекватного (заданного) эффекта»³⁵⁷.

По утверждению В.Ф. Зыкова «при первичной оценке роли СМИ в формировании ценностных предпочтений потребителей информации наблюдается четко выраженный парадокс. Медиаландшафт российских

³⁵⁴ Ульфкотте У. Продажные журналисты. Любая правда за Ваши деньги / Пер. с немецкого. М.: Эксмо, 2015. С. 144.

³⁵⁵ Strinati D. Postmodernism and Popular culture // Sociology Review. 1992. April. P. 3.

³⁵⁶ Дубин Б. В. Масс-медиа и коммуникативный мир жителей России // Вестник общественного мнения. 2009. № 3. С. 24.

³⁵⁷ Ситников А.П., Гундарин М.В. Победа без победителей: Очерки теории прагматических коммуникаций. М., Консалтинг. группа "ИМИДЖ-Контакт". 2003. С. 15.

регионов создается при ускорении процессов информирования социума, появлении разнообразных источников и способов трансляции информации, установлении новых возможностей взаимодействия с аудиторией, то есть ресурсы обогащения информационного потенциала, ценностного ориентирования личности, различных социальных групп возрастают, а на "выходе" доминирует пропагандистский продукт заданного представления о настоящем и будущем общества»³⁵⁸.

Не остается в стороне от этих процессов, поразивших западные СМИ, и Россия. По мнению Е.Л. Вартановой, «сегодня становится все более очевидным, что в России едва ли возможно говорить о трансформации постсоветской медиасистемы как о линейном процессе, приближающем ее к неким идеальным моделям. Однако если учесть, что единой "западной" модели не существует, то придется допустить, что в самом начале трансформационных процессов в СМИ на постсоциалистическом пространстве все-таки возникло определенное заблуждение воплотить в медиасистемах опыт наиболее развитых рыночных демократий - США, Великобритании, Германии, Франции». Хотя характер политической и культурной жизни в России существенно отличается от западноевропейских и североамериканских ценностей»³⁵⁹.

Отечественные СМИ, также как и зарубежные, ежедневно информируют население о том, что современный мир сотрясают войны, межгосударственные и локальные конфликты, уносящие тысячи жизней и сопровождаемые неисчислимыми бедствиями.

В данной связи важной проблемой последствия воздействия современных СМИ на российских граждан служит трансформация ментальности россиян в сторону антигуманности и иррациональности. Телевизионные передачи,

³⁵⁸ Зыков В.Ф. Журналистика в 2015 году. Информационный потенциал общества и ресурсы медиасистемы. Сборник материалов международной научно-практической конференции. М.: МедиаМир; Факультет журналистики МГУ имени М.В. Ломоносова, 2016. С. 297.

³⁵⁹ Вартанова Е.Л. Постсоветские трансформации российских СМИ и журналистики / Серия: Академические монографии / 2-ое издание., испр. М.: МедиаМир, 2014. С. 42.

посредством показа чудовищных явлений, убийств и ужасов, способствуют обесцениванию человеческой жизни в глазах населения, тем самым серьезно воздействуют на здоровье граждан, способствуя деформации структуры личности, в рамках которой возникают локальные очаги конфликтности. Традиционные социальные ценности и нормы, предписывающие определенное человеческое поведение, перестают действовать с прежней очевидностью, нарушая сложившийся социальный порядок, а действия людей становятся менее предсказуемыми.

Следует отметить, что многочисленные социологические исследования, посвященные проблемам реакции индивидов на различные источники информации, подтвердили тот факт, что «восприятие стереотипов, созданных СМИ различными категориями людей носит особенный характер»³⁶⁰.

Любая информация, которая поступает из СМИ, оставляет свой след в сознании, а также подсознании человека, положительная информация снимает напряженность в обществе, создает более благоприятные условия для овладения широким кругом информации, влияет на развитие общества, посредством выявления возможного потенциала самого общества. Современному обществу необходимо освещать различные актуальные общественные вопросы, наличие в государстве свободных от цензуры СМИ является признаком демократии.

Но в данном случае речь идет о лживой и недостоверной информации, которая наносит вред обществу и каждому индивиду в отдельности. Кроме того необходимо учитывать природу воздействия средств массовой информации непосредственно на конкретные социальные группы в различных сферах социальной жизни, особенно, на аудиторию больных людей.

Например, категория больных людей более восприимчива именно к негативным моментам, которые производят на болеющего человека сильное

³⁶⁰ Смотри: Осипова Н.Г. СМИ и насилие; Осипова Н.Г. Этнические меньшинства в СМИ; Осипова Н.Г. Женщины в СМИ // Эффективная коммуникация: история, теория, практика: Словарь справочник / Отв. Ред. М.И. Панов. М.: ООО «Агентство КРПА Олимп», 2005. С. 691 - 694.

впечатление, обостряют у него чувство безнадежности и способствуют развитию стресса или депрессивного состояния. Тем самым усложняется тесная неразделимая социальная взаимосвязь между пациентом и врачом, которая является неотъемлемой частью, определяющей процесс их социального взаимодействия. Кроме того, ввиду подачи негативной информации в сознании населения создается негативный образ врача, понижается его социальный статус, формируется недоверие к медицине, провоцирующее факты массового уклонения от профессиональной медицинской помощи³⁶¹.

Так, использование негативной информации в заголовках СМИ, например: «Врачи убийцы»; «Мой ребенок находится в заложниках у врачей», является явным перекосом, который подвергает психоэмоциональному стрессу миллионы людей.

Показатели социального мониторинга, проведенного (в 2013-2017 г.г.) лично автором убедительно доказывают отрицательное влияние на сознание негативной информации в СМИ как на врача, так и пациента³⁶².

Так, при ответе на вопрос: «Каким образом, по Вашему мнению, СМИ (включая Интернет и популярные телепередачи), разбирая неудачные случаи лечения, влияют на врачей и пациентов?» согласилось с тем, что СМИ «негативно влияют и на врача, и на пациента» подавляющее большинство опрошенных (86,2%). На то, что СМИ, в первую очередь, негативно воздействуют на врача таким образом, что у него «утрачивается чувство удовлетворенности профессией» указало больше половины респондентов (54,8%). Примерно треть врачей (31,4%) считают, что СМИ негативно влияют на пациента, так, что у него «теряется вера во врача».

³⁶¹ См. подробнее: Семина Т.В. Социология труда врача в эпоху глобализации. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2015.

³⁶² Исследование проводилось с 2013 по 2017 г.г. в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (См. подробнее: Приложение 1).

Только 13,8% считают, что «ни на пациента, ни на врача СМИ не оказывают влияния». При этом самый большой процент лиц (55%), которые полагают, что СМИ не оказывает никакого влияния, из возрастной группы респондентов от 30 до 39 лет. Это объясняется тем, что данное поколение росло в эпоху ускоренной глобализации и информатизации, изменений телевизионного пространства, не обремененных задачами защиты общественных интересов и удовлетворения высоких духовных запросов зрителя. Соответственно их мнения и суждения отличаются от мнений и суждений других возрастных групп в «либеральную сторону» (См. Табл. 5, Рис. 6 Приложение 1).

Анализ результатов ответов пациентов на вопрос: «Каким образом, по Вашему мнению, СМИ (включая Интернет и популярные телепередачи), разбирая неудачные случаи лечения, влияют на врачей и пациентов?» показал, что, по мнению абсолютного большинства из них, средства массовой информации (телевидение, Интернет, газеты и журналы) отрицательно влияют на взаимоотношения врача и пациента. На то, что они «инициируют конфликты между пациентом и врачом» - указало 29,2% пациентов стационара и 22,6% законных представителей несовершеннолетних пациентов. 20,6% пациентов, воспользовавшихся поликлиническими услугами, также считают, что взаимоотношения пациента и врача из-за негативных передач, транслируемых СМИ, существенно ухудшаются.

В то же время 58,4% пациентов, воспользовавшихся поликлиническими услугами, утверждают, что они «стали грамотнее, и могут указать врачу на ошибку» именно благодаря СМИ. 35% пациентов стационара полагают, что за счет СМИ повысилась их правовая грамотность. Следует отметить, что с данными утверждениями согласно только 8,7% законных представителей несовершеннолетних пациентов. При этом более двух третей респондентов из данной группы утверждают, что СМИ понижают статус врача в обществе. Подобным образом считают 35,8% пациентов стационара и 21% пациентов,

воспользовавшихся услугами поликлиники (См. Табл. 26, Рис. 25 Приложения 1).

Таким образом, результаты специального социологического мониторинга подтвердили тот факт, что особо негативное влияние СМИ оказывают именно на больных людей, и, прежде всего на тех, которые просмотрели передачу о врачебной ошибке. Дело в том, что мировоззрение больного человека отличается от такового у здорового, поскольку в структуре его сознания непроизвольно культивируется страх смерти, а инстинкт самосохранения утрачивается. Также пагубно на сознание родителей воздействуют передачи, в которых разбираются случаи смерти маленьких детей.

Результаты социологического исследования (конец 2018 – начало 2019 гг.), проведенного автором также показали, что абсолютное большинство врачей (68,8%) и пациентов (82,2%) считают, что из-за СМИ, сети Интернет, популярных телепередач, разбирающих неудачные случаи лечения и, тем самым, влияющих на общественное мнение, очень сильно увеличивается количество больных людей, занимающихся самолечением, не прибегая к услугам профессиональных медиков. (См. Рис. 16, 50, 141, 142, 143 Приложение 2).

Данные еще одного социологического опроса, проведенного на тему доверия пациентов медицинской информации, транслируемой через СМИ, показали, что число людей, доверяющих информации о медицине и врачах отличается незначительно - доверяющих (49%), а не доверяющих (39%)³⁶³.

Безусловно, сегодня СМИ играют решающую роль в поставке информации для принятия решений индивидом и обществом. Однако проблема состоит в том, что до тех пор, пока средства массовой информации способны

³⁶³ Кузнецов А.В. Социальные взаимоотношения врачей, пациентов и СМИ в процессе медиализации: автореферат диссертации кандидата социологических наук. Волгоград, 2009. С. 6.

играть эту роль, «их побудительные мотивы могут идти вразрез с интересами общества»³⁶⁴.

Очевидно, что в отношении медицины СМИ часто играют антисоциальную роль, транслируя скандальные телепередачи, где на суд зрителей выносятся неудачные случаи лечения пациентов с позиции недобросовестных отдельных журналистов, адвокатов, конкурентов, коммерчески заинтересованных лиц, которые не имеют ничего общего с медициной. Популярны телепередачи в СМИ, в которых знаменитые ведущие, совместно с аудиторией, выражая возмущение непрофессиональными действиями или бездействиями врачей с помощью непроверенной информации, на самом деле пороча честь и достоинство целой клиники, существенно снижают социальный статус врача в общественном сознании.

Так, результаты социологического мониторинга (в 2013 году) показали, что все опрошенные врачи (100%) утвердительно ответили на вопрос «Воздействуют ли современные СМИ на мировоззрение врача?» Из них большинство (64,5%), считают, что СМИ оказывают огромное негативное влияние на личность врача, пятая часть (19,6%) респондентов утверждают, что СМИ формируют определенные эмоции и поведение врача, а 15,9% убеждены в том, что СМИ способствуют потере у личности ценностных ориентиров, ведущих к недооценке значимости человеческой жизни. Действительно, демонстрационный показ жертв ураганов, смерчей и вооруженных конфликтов трансформирует сознание людей, в том числе и врачей так, что из него постепенно исчезает нравственная компонента. Таким образом, вред от такой деятельности СМИ очевиден, - больные люди в последующем, возможно, вообще откажутся от медицинских услуг и станут заниматься самолечением. (См. Табл. 26, Рис. 25, Приложение 1).

³⁶⁴ Информация и общественное мнение: От репортажа в СМИ к реальным переменам / Под ред. И. Румин; Пер. с англ. М.: Альпина Паблишер, 2018. С. 194.

В то же время, результаты проведенного социологического исследования (конец 2018 – начало 2019 гг.) свидетельствуют о том, что все же мировоззрение врачей, также как и их профессиональные навыки, являются относительно устойчивыми по отношению к воздействию СМИ.

В частности, абсолютное большинство врачей (51%) и большинство пациентов (44,4%) считают, что из-за СМИ, сети Интернет, популярных телепередач, разбирающих неудачные случаи лечения и, тем самым, влияющих на общественное мнение, не очень сильно формируются фобии у врача, способствующие их психологической дестабилизации, следовательно, могущие провоцировать врачебные ошибки.

Кроме того, большинство пациентов (58%) и меньше половины врачей (48,4%) считают, что недостоверное и непроверенное освещение в СМИ медицинских проблем с поиском скандального сюжета не очень сильно вызывает у врачей защитную ответную реакцию. Но все же при этом примерно каждый пятый пациент (19,6%) и каждый четвертый врач (24,8%) считают данную реакцию очень сильной. (См. Рис. 16, 50, 141, 142, 143 Приложение 2).

Какие тенденции во взаимоотношениях аудитории больных и СМИ особенно характерны для последнего времени?

Во-первых, характер воздействия СМИ становится все более массированным, но, как правило, односторонним, не опосредованным значимой обратной связью. От этого особенно страдает население пожилого возраста, привыкшее воспринимать информацию не как искаженную, а как реальную, соответствующую действительности, что и определяет их дальнейшее поведение по отношению к собственному здоровью, к медицинской организации или врачу. Откровенная манипуляция сознанием пожилого больного человека, приводя к отказу пойти на прием к врачу, оказывает не только существенное влияние на качество его жизни, но порой, при отсутствии своевременного квалифицированного лечения, приводит к летальному исходу.

Так, результаты проведенного социологического исследования (конец 2018 – начало 2019 гг.) показали, что абсолютное большинство врачей (68,8%) и пациентов (82,2%) считают, что из-за СМИ, сети Интернет, популярных телепередач, разбирающих неудачные случаи лечения и, тем самым, влияющих на общественное мнение, очень сильно увеличивается количество больных людей, занимающихся самолечением, не прибегая к услугам профессиональных медиков. (См. Рис. 139 Приложение 2).

Так, согласно данным социологического исследования, абсолютное большинство врачей (76,1%) и большинство пациентов (48%) считают, что СМИ, сети Интернет, популярные телепередачи, разбирающие неудачные случаи лечения и, тем самым, влияющие на общественное мнение, очень сильно влияют на формирование негативного образа врача в общественном мнении, из-за чего происходит утрата значения важной миссии врача в современном обществе. (См. Рис. 141, Приложение 2).

Во-вторых, новые социальные реалии обусловили следующую особенность сосуществования традиционных СМИ и Интернет: «Интернет продолжает наступать» - человек все глубже погружается во всемирную паутину, а информационные системы все больше оказываются задействованными в процессе его жизнедеятельности. Так, «аудитория большинства ведущих телеканалов РФ сократилась, в то время как аудитория ведущих сайтов получила солидное пополнение»³⁶⁵.

В сети Интернет не просто можно найти абсолютно любые сведения о болезнях и их симптомах, размещенные на специализированных сайтах для врачей. На самом деле, этот информационный ресурс просто насыщен агрессивной и вредной информацией, которая сопровождает буквально каждую ссылку и которая, как утверждают врачи-эксперты, не только недостоверна, но и наносит вред больному человеку, поскольку формирует фобии по поводу его

³⁶⁵ Мартынов М. Ю. О предмете социологии массовой коммуникации // Социологические исследования. 2009. № 12. С. 12.

здоровья. Более того человек, не имеющий медицинского образования, поставив себе заведомо ложный диагноз без обращения к врачу и предприняв «рекомендованное лечение», существенно подрывает свое здоровье.

В европейских странах эксперты все чаще ставят своим мнительным пациентам диагноз «киберхондрия» (cyberchondria), который означает психическое расстройство, выражающееся в стремлении самостоятельной постановки диагноза на основе симптомов заболеваний, описанных на сайтах Интернет. Автором термина «киберхондрия» является профессор Колумбийского университета Брайан Фаллон. Этот ученый предложил относить к киберхондрикам практически всех ипохондриков, поскольку сегодня подобный тип людей, почувствовав тревожные симптомы, обращаются именно к Интернет-ресурсам для поиска информации о них³⁶⁶.

В-третьих, в деятельности современных СМИ явно присутствуют признаки экономической заинтересованности, а сам процесс распространения информации все больше приобретает прагматичный и корыстный характер. Главным источником дохода для средств массовой информации стала реклама, особенно лекарственных и фармацевтических препаратов. Различные компании рекламируют свою продукцию, а средства массовой информации не только окупают материально-технические затраты, но и получают солидную прибыль. Рекламная индустрия - это «топорная попытка распространить принципы автоматизации во все стороны общества. В идеале реклама нацелена на достижение запрограммированной гармонии между всеми человеческими импульсами, устремлениями и дерзаниями»³⁶⁷.

Рекламные отделы медийных предприятий предлагают своим клиентам в ходе секретных переговоров оказывать, за деньги, влияние на объем и тематику

³⁶⁶ Usborne S. Cyberchondria: The Perils of Internet Self-diagnosis (It's All Too Easy to Consult Dr Google When We're Feeling Under the Weather – and All Too Easy to Convince Ourselves. Электронный ресурс: URL: <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/features/cyberchondria-the-perils-of-internet-self-diagnosis-1623649.html> (Дата обращения: 06.08.2018).

³⁶⁷ Маклюэн Г.М. Понимание Медиа: Внешние расширения человека / Пер. с англ. В. Николаева; закл. ст. М. Вавилова. – 4-е изд. М.: Кучково поле, 2014. С. 258.

публикаций. Таким образом, «различие между журналистикой и рекламным бизнесом во многих случаях – чистая фикция»³⁶⁸.

Рекламное предпринимательство, которое затрагивает лекарственные препараты и прочие медикаменты, вызывает особую тревогу, поскольку использует глубинный метод стремительного гипнотического воздействия на сознание людей³⁶⁹.

Следует отметить, что именно реклама является одним из важнейших инструментов рынка. Действие рекламы реализуется путем влияния на психологию человека, вследствие чего она принимает активное участие в формировании психологических установок человека, а также является своеобразным пусковым механизмом для самолечения различных заболеваний, даже не существующих, поскольку установлено, что посредством рекламы у некоторых индивидов формируются фобии всевозможных заболеваний.

В настоящее время существует общественная озабоченность последствиями рекламной деятельности в отношении применения широко рекламируемых фармацевтических препаратов, ввиду отсутствия предупреждения о наличии противопоказаний к их применению, о необходимости получения консультации врача-специалиста. Так, имеется множество способов агрессивной рекламы лекарственных препаратов в средствах массовой информации (СМИ). В их числе рекламные объявления в прессе (газетах и журналах), в сети Интернет, по радио, посредством наружной рекламы - с использованием плакатов, раздачей листовок и т.п.

Однако, на наш взгляд, самыми эффективными по воздействию на аудиторию являются ролики, рекламирующие лекарственные препараты на телевидении. Ролики в рекламных блоках на телевидении внезапно прерывают сюжет фильма или телепередачи, которые просматривают миллионы зрителей,

³⁶⁸ Ульфкотте У. Продажные журналисты. Любая правда за Ваши деньги / Пер. с немецкого. М.: Эксмо, 2015. С. 307.

³⁶⁹ Маклюэн Г.М. Понимание Медиа: Внешние расширения человека / Пер. с англ. В. Николаева; Зкл. ст. М. Вавилова. – 4-е изд. М.: Кучково поле, 2014. С. 258.

и воздействуют на них за счёт ярких, «постановочных» картинок и сюжетов, сопровождаемых увеличением звука, повышающего индекса внимания.

Так автором был проведен детальный анализ рекламы лекарственных препаратов на основе данных 2 телеканалов - телеканала РОССИЯ 1 и 5-го канала ТВ, посредством анализа информации во время рекламных пауз на каналах. Время проведения исследования было разделено на два временных интервала: 09:00-18:00 и 12:00-20:00.

При исследовании рекламы на телевидении в обозначенные отрезки времени учитывалось, что у экранов находится больше зрителей, и, соответственно, аудитория значительно больше. Анализу подвергались:

- 1) количество рекламных роликов лекарственных и фармацевтических препаратов;
- 2) распределение их частоты по времени;
- 3) названия лекарственных препаратов, в отношении которых составлялись подробные описания по применению.

Проведенное исследование показало, что на Телеканале Россия 1 реклама лекарственных препаратов осуществлялась очень интенсивно – практически каждые полчаса (24 раза) с 12 до 20 часов. При этом наряду с относительно безобидными препаратами, таким, как например, белый уголь, активно рекламировались препараты, которые имеют серьезные побочные эффекты и требуют специальных врачебных назначений (де-нол, одестон, лиотон и др.). (См. Приложение 16.)

Проведенное исследование показало, что на 5 канале реклама лекарственных препаратов также осуществлялась крайне интенсивно – 81 раз с 9 до 18 часов. Широко рекламируемыми (дорогостоящими) препаратами являлись: венотонизирующие (флебодиа – 8 раз, венарус – 4 раза), антимикробные (мирамистин – 4 раза, гексорал – 2 раза, банеоцин – 2 раза), противогрибковые (экзодерил – 7 раз, микодерил – 4 раза, лоцерил 2 раза),

желудочные (эссенциале форте – 3 раза, гевискон – 3 раза, мезим-форте -5 раз) препараты. (См. Приложение 16).

В целом проведенный анализ показал, что подобная частота показа рекламных роликов, так и способы их подачи, не может не воздействовать на аудиторию и серьезно подталкивает зрителей человека к самостоятельному назначению себе того или иного, далеко небезопасного лекарственного препарата.

Более того, уже доказано, что реклама фармацевтических препаратов провоцирует человека на активное занятие самолечением. Многие фармацевтические компании, стремясь донести информацию о препаратах именно до пациентов, обращаются к содержащемуся исключению в Федеральном законе «О рекламе» № 38-ФЗ от 13.03.2006 (в ред. от 31.12.2017). Это исключение, согласно которому «справочно-информационные и аналитические материалы не являются рекламой»³⁷⁰, позволяет различным производителям и продавцам действовать двояко.

Первые (производители), с помощью рекламы, пытаются донести до пациентов больше знаний о болезнях, развеять сложившиеся мифы о тех или иных способах лечения, а также акцентировать внимание на тех вопросах, которые следует обсудить с врачом. Вторые (продавцы), под видом справочной информации просто продвигают свои препараты, подталкивая пациента к самолечению, что, как правило, вызывает серьезные негативные последствия. К сожалению, «торговцев» становится все больше, и они используют достаточно хитрые приемы, чтобы обойти закон³⁷¹.

Следует отметить, что за барьером законодательного регулирования находится и довольно широкий набор инструментов по продвижению, будь то в медицинской печати или на конференциях, лекарственных средств через так

³⁷⁰ О рекламе: Федеральный закон № 38-ФЗ от 13.03.2006 (ред. от 01.05.2019) // Российская газета. № 51 от 15.03.2006.

³⁷¹ Мамаева А. А. Где заканчивается информация и начинается реклама? Методы фармацевтических компаний по продвижению рецептурных препаратов // Конкуренция и право. 2015. № 4. URL: <http://www.cljournal.ru/ann2/129/?print> (Дата обращения: 06.05.2019).

называемых «лидеров мнений», что во многих странах является объектом жесткого регулирования³⁷². Тем не менее, зарубежной прессе было немало публикаций о врачах, которых фармацевтические фирмы отправляли в дорогостоящие туристические поездки³⁷³.

Например, С.Б. Пашутин считает, что при этом «еще и незаслуженно пострадает как репутация производителя, так и используемый препарат, который будет надолго скомпрометирован в глазах широкого потребителя. Поэтому чтобы не провоцировать на покупку фармацевтических препаратов, на самолечение заболеваний, предусматривающих применение серьезных рецептурных фармацевтических препаратов, плохо осведомленных потребителей, их прямая реклама на телевидении, радиостанциях и в печатных СМИ должна быть запрещена»³⁷⁴.

Нельзя не отметить потенциальную опасность для жизни и здоровья людей бездумного рекламирования БАДов, позиционирующихся СМИ в качестве лечебного средства от конкретных заболеваний. Так, самим пациентом, без какой-либо профессиональной диагностики, устанавливается диагноз, и назначается самолечение с помощью БАД на основании лишь содержания передаваемой информации. При этом информационные материалы о многих БАД не содержат полных сведений о составе входящих в них ингредиентов, противопоказаниях к назначению и нередко несут заведомо ложное утверждение³⁷⁵, а производители и информаторы обогащаются, но ответственности никакой не несут.

В-четвертых, имеет место явно ангажированная деятельность СМИ, направленная против всего медицинского сообщества. Как правило, СМИ

³⁷² Милушин М.И. Проблемы правового регулирования рекламы лекарственных средств // Медицинское право. 2003. № 4. С. 23

³⁷³ Ульфкотте У. Продажные журналисты. Любая правда за Ваши деньги / Пер. с немецкого. М.: Эксмо, 2015. С. 306.

³⁷⁴ Пашутин С.Б. Специфический рынок: как продвигать рецептурные лекарства // Московские аптеки. 2004. № 9. URL: <https://www.lawmix.ru/medlaw/22658> (Дата обращения: 06.09.2018).

³⁷⁵ Селезнев Е.Ф., Чайцев В.Г. Медико-фармацевтические, информационно-образовательные проблемы биоэтики (окончание) // Экономический вестник фармации. 2005. № 3. URL: <https://www.lawmix.ru/med/2880> (дата обращения: 23.07.2019).

преподносят факты оказания медицинской помощи, при этом чаще всего выносят на суд общественности неудачные результаты сложных случаев лечения. Общепринятой практикой является анализ конкретных конфликтных случаев, неблагоприятных исходов лечения по непроверенным и не доказанным фактам. Часто выдвигаются конкретные обвинения в адрес врача(ей), при этом игнорируется тот факт, что данными вопросами уже занимается Следственный комитет, а согласно «презумпции невиновности», только суд может обвинить виновного и вынести ему законное обвинение. Но аудитория, не имеющая ничего общего с медициной, вместе с ведущими телевизионных передач, не располагая фактами и документами, в буквальном смысле слова выносит публичный «приговор», врач - «виновен».

Кроме того, популярные телепередачи, рассчитанные на самую большую аудиторию, представляют информацию о следственном расследовании, когда еще не установлены факты, не предоставлены доказательства по делу о том, что послужило поводом к его возбуждению. Смерть или инвалидность пациента, смерть ребенка, особенно негативно и мощно воздействуют на аудиторию и вызывают агрессию у граждан, и, что особенно асоциально, отрицательно влияют на больного человека.

Так, по результатам мониторинга анализ ответов врачей на вопрос: «Какое влияние оказывают на пациента публицистические псевдонаучные материалы о лечении заболеваний, распространяемые в СМИ?», показал, что 59% из числа респондентов-врачей различных возрастных категорий считают, что реклама через СМИ или Интернет, публицистических и псевдонаучных материалов о лечении заболеваний оказывают отрицательное воздействие на пациентов - они начинают заниматься самолечением и болезнь запускается.

При этом 38,6% врачей полагают, что при таких обстоятельствах «пациент игнорирует назначения врача, считает, что он обладает медицинскими познаниями в полном объеме, и это порождает конфликт интересов». Конфликт в данном случае обусловлен психологическими доминантами поведения

больного человека, его ориентирами и мотивами по сохранению собственного здоровья.

Следует отметить, что расхождение личностных смыслов и мотивов не только является одной из основных причин конфликтов, но и определяет линию поведения в конфликте каждой из сторон. Только 2,4% из числа опрошенных различных возрастных категорий считают, что реклама через СМИ, Интернет, публицистические и псевдонаучные материалы о лечении заболеваний не оказывают отрицательного воздействия, ни на пациента, ни на врача. (См. Табл. 6, Рис. 7 Приложение 1).

Таким образом, медицина в последние десятилетия особенно страдает от «несправедливой и недостоверной пропаганды СМИ»³⁷⁶. За счет нечестных журналистов теряется авторитет и статус врача в обществе, а у пациента ослабляется инстинкт самосохранения. В результате имеет место моральное разложение людей, оказывающее негативное влияние на развитие общества. Следствием такого положения дел является разрушение общественной солидарности, снижение статуса врача и российской медицины в целом в общественном сознании, что, безусловно, приводит к конфликтам. Однако конфликты в социальной системе «врач – пациент» не связаны исключительно с деструктивной деятельностью СМИ. В первую очередь, они имеют объективные основы, включающие всю совокупность назревших проблем внутри самой системы здравоохранения, а также субъективные факторы, что требует специального анализа.

ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ

1. В настоящее время ученые констатируют недостаточность фундаментальных оснований для проработки проблем и методов, связанных с

³⁷⁶ Верховская А. И. СМИ в процессах массовизации и формировании гражданского общества. Теория и социология СМИ. Ежегодник 2010 / Сост. М.Е. Аникина. Часть 1.– М.: Факультет журналистики МГУ имени М.В. Ломоносова, 2010. С. 60

мониторингом социальных ситуаций, в которых находит отражение реальная совокупность и динамика социальных процессов и отношений. В данной связи представляется целесообразным осмысление и интегрирование ключевых положений ведущих социологических теорий о сущности солидарных и конфликтных социальных отношений, а также тех факторах, которые определяют состояние сплоченности или конфликтного противостояния на разных уровнях существования социума.

В основе организации любой формы общественной жизни лежит солидарность, которую основатели социологии рассматривали как естественное состояние общества, возникшее в силу разделения общественного труда, когда люди объективно нуждаются друг в друге. В соответствии с представлениями классиков социологии, социальная солидарность и разделение труда неизбежно предполагают кооперацию, а в процессе социального взаимодействия в рамках кооперации могут возникнуть отношения соперничества или конкуренции, которая нередко перерастает в конфликт.

2. Социальный конфликт как один из основных элементов социальной реальности, выступающий непосредственным источником и механизмом ее изменений, был и остается в центре внимания зарубежных и отечественных исследователей. Внимание социологов к проблемам социальных конфликтов, выделение их в отдельную область исследования обусловлено социальной природой конфликта, важностью данного вида социального взаимодействия в общественной жизни. В последнее время основное проблемное поле теоретического интереса российских исследователей сместилось в сторону детального анализа отдельных типов конфликтов, а в поле зрения социологов попадают конфликты, возникающие, в первую очередь, в отдельных сферах социальной жизни и конкретных областях социальных отношений. При этом относительно малоизученным остается социальный конфликт в рамках особой системы социального взаимодействия – а именно в социальной системе – «врач – пациент».

3. Ключевые положения классиков социологической науки и современных ученых позволяют не только операционализировать ключевые понятия, но также показать сущность и рациональное зерно, выделить элементы и динамику процесса конфликтного противостояния в обозначенной социальной системе. При анализе природы и сущности конфликта в социальной системе «врач – пациент» целесообразно опираться положения, разработанные в классической и современной социологии, но при этом учитывать их специфику. Эти конфликты имеют общие характеристики и элементы, свойственные всем социальным конфликтам в целом. Однако их также отличают специфические черты, которые обусловлены всеми теми сложными и неоднозначными факторами, которые определяют особый характер взаимодействия общества с социальными институтами медицины и здравоохранения.

4. Во-первых, социальные конфликты между врачами и пациентами всегда предполагают взаимодействие особого рода, поскольку в данном случае изначально социальные отношения возникают по поводу здоровья пациента, которое обладает чрезвычайно высокой как индивидуальной, так и социальной ценностью. Эти конфликты, вполне могут быть как реалистическими, так и нереалистическими. Реалистические конфликты далеко не всегда направлены на конкретный фрустрирующий объект в лице врача, а могут быть гораздо шире, когда пациент отстаивает свое право на здоровье в рамках более общих социальных прав и пытается добиться абстрактной социальной справедливости. Нереалистические конфликты в социальной системе «врач – пациент», которые часто обусловлены одной или обеих сторон снять напряжение, хотя и вызываются целым рядом как объективных факторов, больше связаны с субъективными обстоятельствами.

Во-вторых, социальные конфликты между врачами и пациентами чреваты серьезными социальными последствиями и, безусловно, могут выполнять дестабилизирующие функции. Но они также могут иметь и конструктивное

значение, поскольку ставят достаточно острые социальные вопросы, решение которых требует принятия неотложных мер экономического, правового или морально-этического характера.

В-третьих, эти конфликты имеют как объективные основы, так и субъективные причины. В то же время многие из них проходят далеко не все те стадии, которые характерны для конфликтного взаимодействия в целом, поскольку часто обусловлены конкретной ситуацией, обычно поддающейся различного рода регулированию.

В-четвертых, хотя подобные конфликты в современном социуме уже носят перманентный характер, а их динамические показатели характеризуются увеличением частоты, масштабности и интенсивности, они вполне подлежат урегулированию, прежде всего, с помощью мер системного характера.

5. Конфликты, которые разворачиваются в социальной системе «врач – пациент», это именно социальные конфликты, поскольку взаимодействием в данной системе охвачены как все представители врачебного сообщества, так и практически все члены общества, каждый из которых, так или иначе, становится пациентом. Наиболее релевантными для социологического анализа конфликтных противостояний в социальной системе «врач – пациент» являются: 1) присутствие противоборствующих субъектов в такой сфере общественной жизнедеятельности как охрана здоровья людей; 2) восприятие субъектами своих интересов в области сохранности здоровья как жизненно важных; 3) обращение к различным специализированным структурам для защиты своих прав и интересов. При этом нельзя говорить об изначальном наличии противоположных интересов у субъектов данного типа конфликта, поскольку врач и больной солидарно вступают в осознанное социальное взаимодействие по поводу сбережения здоровья одного из них - пациента.

Инициирование и осуществление конфликтных действий в рамках обозначенного взаимодействия далеко не всегда имеет место. Конфликт случается, когда интересы взаимодействующих сторон или переводятся в

другое, отличное от непосредственного сбережения здоровья русло, или когда возникают специфические обстоятельства социального, экономического, юридического, психологического толка.

6. Практически все исследователи утверждают, что предпосылкой, а затем - основой конфликтного взаимодействия выступает наличие единого неделимого объекта. Однако в случае социального конфликта в системе «врач – пациент» вряд ли здоровье можно считать «единым и неделимым объектом». Здоровье для субъектов данного конфликта действительно представляет важную духовную ценность, однако гораздо чаще конфликт возникает по поводу прав и обязанностей, а также распределения власти у взаимодействующих сторон. В социальных конфликтах в системе «врач – пациент» субъектами конфликтного взаимодействия могут выступать как врачи, так и пациенты, а участниками конфликтного столкновения часто выступают родственники пациента, а также недобросовестные юристы и адвокаты, различные организации по защите прав пациента, стремящиеся извлечь выгоду из конфликтной ситуации.

7. Главной причиной конфликтной напряженности, а затем и возникновения социального конфликта врача и пациента является усиливающаяся неудовлетворенность членов общества качеством оказания медицинской помощи. Нарушение самого процесса социального взаимодействия, кризис моральных (нравственных) ценностей и девальвация этических стандартов поведения людей служат серьезной причиной конфликтной напряженности, в том числе, и в социальной системе «врач – пациент». Достаточно часто конфликтное противостояние переносится в нормативно-юридическую плоскость, когда пациенты или их родственники напрямую обращаются в следственные органы или судебные инстанции.

В отношении макропричин социального конфликта в системе «врач – пациент» можно утверждать, что одной из них, безусловно, выступает глобализация, предопределяющая общий характер развития мирового

сообщества, властно вторгающаяся в судьбы живущих в нем людей. Новые, глобальные социальные отношения приводят к трансформации и, в известной степени, унификации национальных социальных институтов медицины и здравоохранения, которая не всегда происходит в интересах их субъектов, как врачей, так и пациентов.

Среди мезопричин необходимо назвать радикальные рыночные реформы в России, приведшие к слому сложившейся системы медицинской помощи ее населению, не всегда дальновидную политику государства в сфере здравоохранения, серьезную реорганизацию его правовой основы. Микропричинами конфликта в социальной системе «врач - пациент» может выступать как конкретная ситуация, в которую попал отдельный больной человек, так и характер поведения врача по отношению к нему, на которое влияют всевозможные субъективные обстоятельства.

8. Наиболее продуктивным для социологического анализа социальных конфликтов в системе «врач – пациент» является разделение на объективные и субъективные факторы, вызывающие социальные конфликты, принятые в социологии.

Объективные факторы носят внешний по отношению к непосредственной реализации профессиональной врачебной деятельности характер. К ним относятся: несовершенство существующей нормативной базы в области здравоохранения, дисбаланс в иерархии управления медицинскими учреждениями, низкое качество медицинского образования у будущих медицинских работников, расширение спектра платных медицинских услуг.

Субъективные факторы конфликта непосредственно связаны со спецификой профессии врача и особенностями ее реализации в последние годы. В их числе: эмоциональное выгорание и профессиональная деформация личности врача, низкая мотивация труда врача, его незаинтересованность в излечении больного, приводящая к врачебным ошибкам, имеющим порой фатальное значение для пациента.

9. Безусловно, все обозначенные внутренние и внешние, как объективные, так и субъективные факторы, имеют непосредственное отношение к анализируемой разновидности социального конфликта. Однако самым существенным из них представляется новая социальная структура российского общества, с ее достаточно жесткой дифференциацией на богатых и бедных людей, вопиюще неравных с точки зрения доступа к платным социальным благам, одним из которых стало здравоохранение. Новая социальная стратификация повлекла за собой особую форму социальной эксклюзии, когда значительная часть отечественного социума, в том числе и врачи, оказавшись за чертой бедности, в силу этого потеряв свой некогда очень высокий социальный статус, были вынуждены выживать, используя отнюдь не добросовестные рыночные механизмы.

10. В последние десятилетия особенно страдает от несправедливой и недостоверной пропаганды СМИ. За счет нечестных журналистов теряется авторитет и статус врача в обществе, а у пациента ослабляется инстинкт самосохранения. Следствием такого положения дел является разрушение общественной солидарности, снижение статуса врача и российской медицины в целом в общественном сознании, что, безусловно, приводит к конфликтам. Однако конфликты в социальной системе «врач – пациент» не связаны исключительно с деструктивной деятельностью СМИ. В первую очередь, они имеют объективные основы, включающие всю совокупность назревших проблем внутри самой системы здравоохранения, а также субъективные факторы, которые требуют специального анализа.

ТРЕТЬЯ ГЛАВА. ОБЪЕКТИВНЫЕ ОСНОВЫ И СУБЪЕКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ КОНФЛИКТА В СОЦИАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»

3.1. Дисфункции института отечественного здравоохранения в современном российском обществе

Здравоохранение, как и любой другой социальный институт, «характеризуется наличием цели деятельности, а также конкретными функциями, обеспечивающими ее достижение»³⁷⁷.

В социологии функцией социального института также считают ту пользу, которую он приносит обществу. Деятельность социального института рассматривается как функциональная, если она способствует сохранению стабильности и интеграции общества. Первой и важнейшей функцией всех социальных институтов является удовлетворение жизненных потребностей общества, то есть того, без чего общество не может существовать как таковое. В числе универсальных, или присущих всем социальным институтам функций, - закрепление и воспроизводство общественных отношений, а также регулятивная, интегративная, транслирующая и коммуникативная функции.

Наряду с универсальными функциями, социальные институты имеют и специфические функции, которые присущи одним институтам и не свойственны другим. Если институт помимо пользы приносит обществу вред, то такое действие называют дисфункцией. Деятельность социального института рассматривается как дисфункциональная, если она препятствует сохранению стабильности и интеграции общества или осуществлению деятельности другого социального института³⁷⁸.

³⁷⁷ Осипов Г.В., Коваленко Ю.П., Щипанов Н.И., Яновский Р.Г. Социология. М.: Мысль, 1990. С. 64.

³⁷⁸ Осипова Н.Г. Социальные институты. Принципы классификации социальных институтов // Общая социология. Основы современной социологической теории / Учебное пособие для Вузов. М.: Канон+ РООи «Реабилитация», 2017. С. 143 – 144.

Не вызывает сомнения факт, что сфера здравоохранения является одной из наиболее значимых областей социальной жизни. Действительно, социальное значение института здравоохранения трудно переоценить. В данной связи нельзя не отметить ряд позитивных сдвигов в этой области, которые связаны с активизацией политики российского государства в сфере охраны здоровья граждан и которые способствуют выполнению данным социальным институтом своей главной функции – удовлетворения потребности общества в сохранении индивидуального и социального здоровья.

Во-первых, государственное финансирование здравоохранения выросло в период 2000 - 2012 гг. в 2,3 раза в реальном выражении. Согласно официальным изданиям, в 2016 г. расходы бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение составили 3,6% к ВВП (увеличившись на 0,2% по сравнению с 2016 г.)³⁷⁹, хотя в развитых странах Европы эта цифра варьирует от 8,3% (в Бельгии и Норвегии) до 9,5% (в Нидерландах)³⁸⁰.

В 2018 г. совокупные расходы на медицину (по данным Минфина РФ) составили 4,1% к ВВП, а консолидированный бюджет на здравоохранение – 3,15 трлн руб., что на 15,1% больше, чем в 2018 году³⁸¹.

За счет роста государственного финансирования были значительно увеличены объемы бесплатной профилактической и высокотехнологичной медицинской помощи: численность населения, прошедшего диспансеризацию, выросла за период с 2008 по 2015 г. в 3,9 раза (с 5,8 млн до 22,5 млн чел. в 2015 г.); число больных, получивших высокотехнологическую медицинскую помощь, возросло за период с 2005 по 2015 г. в 13,7 раза (с 60 тыс. до 823,3 тыс. чел.)³⁸².

³⁷⁹ Основные экономические показатели здравоохранения // Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб. М.: Росстат, 2017. С. 155.

³⁸⁰ Основные экономические показатели здравоохранения // Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб. М.: Росстат, 2017. С. 156.

³⁸¹ Расходы на медицину в 2018 г. вырастут до 4,1% от ВВП // Vadamecum. Vadamecum.ru (Дата обращения: 08.05.2019).

³⁸² Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития: Доклад НИУ ВШЭ на XVIII Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и

Дополнительные средства, выделяемые государством на здравоохранение, не только позволили повысить заработную плату отдельным категориям врачей и среднего медицинского персонала, оснастить лечебные учреждения новым диагностическим оборудованием, автомобилями скорой медицинской помощи. Эти средства позволили осуществить приоритетный национальный проект «Здоровье» (2006 - 2013 гг.) а также реализовать региональные программы модернизации здравоохранения (2011 - 2013 гг.).

Во-вторых, на качественно новый уровень вышли медицинские технологии, способствующие оказанию высокотехнологичной медицинской помощи населению.

Необходимость мер по развитию высокотехнологичной медицинской помощи в России была поставлена на повестку дня еще в 1992 г. - указом Президента Российской Федерации «О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации». Этим Указом Правительству РФ поручалось предусматривать целевое финансирование из бюджета дорогостоящих видов медицинской помощи по списку заболеваний, утверждаемых ежегодно Министерством здравоохранения РФ³⁸³.

Но только в конце 1997 года в Распоряжении Президента РФ «О внедрении в медицинскую практику современных достижений в области медицины высоких технологий» одобрялось предложение о создании Российского центра медицины высоких технологий, а Правительству России поручалось разработать и утвердить Федеральную целевую программу «Медицина высоких технологий»³⁸⁴.

В настоящее время происходит становление нового, информационного общества, в котором именно развитие цифровых технологий открывает

общества 11–14 апреля 2017 г. Москва. С. 7. URL: https://www.hse.ru/data/2017/04/21/1168819633/Zdrav_2017.pdf (Дата обращения 23.08.2018).

³⁸³ О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации: Указ Президента РФ от 26.09.1992 г. № 1137 // Собрание актов Президента и Правительства РФ. 05.10.92. № 14. Ст. 1088.

³⁸⁴ О внедрении в медицинскую практику современных достижений в области медицины высоких технологий: Распоряжение Президента РФ от 29.12.1997 № 536-рп (ред. от 08.10.2002) // Собрание законодательства РФ. 05.01.1998. № 1. Ст. 112.

огромный спектр возможностей, в том числе и в медицине³⁸⁵. Цифровизация, которая пронизывает самые разнообразные сегменты экономики – банковское дело, розничную торговлю, энергетику, транспорт, образование, культурную деятельность и СМИ, серьезно трансформирует и медицинский сектор посредством информатизации³⁸⁶.

Информатизация отрасли здравоохранения предполагает комплексную систему мероприятий, автоматизации обработки информации в сфере здравоохранения, направленных на поддержку здоровья людей и профилактики заболеваний.

Так, в сфере здравоохранения сегодня действуют «электронные регистратуры», при помощи которых можно записаться на прием к врачу, не выходя из дома, а в ближайшее время у каждого россиянина появятся виртуальные медицинские карты, регламентированный информационный обмен, - максимально быстрое и удобное донесение до уполномоченного врача всей информации о пациенте. Современным аналогом традиционной бумажной медицинской карты стала электронная медицинская карта пациента. В ней также фиксируются данные о посетителе, обо всех его визитах в клинику, указываются результаты обследований и другая необходимая информация, но эти данные можно хранить, дополнять и редактировать с большим удобством³⁸⁷.

В-третьих, на публичную повестку дня постоянно выносятся вопросы повышения качества управления сферой здравоохранения. Так, в 2017 году вопросы повышения эффективности управления в сфере здравоохранения были обсуждены на площадке «Медицина будущего: здравоохранение» «Форума

³⁸⁵ Журавлев М.С. Правовое обеспечение электронного документооборота в телемедицине // Информационное право. 2017. № 4. С. 11

³⁸⁶ OECD Digital Economy Outlook 2015. OECD Publishing, Paris 2015. С. 11. URL: <http://www.oecd.org/sti/oecd-digital-economy-outlook-2015-9789264232440-en.htm>. (Дата обращения 23.08.2018).

³⁸⁷ Храмовская Н.А. Арбитражная практика: Попытка страховой компании не заплатить за медицинские услуги со ссылкой на ведение медицинских карт в электронном виде не увенчалась успехом // URL:http://rusrim.blogspot.ru/2012/10/blog-post_24.html. (Дата обращения 23.08.2018).

Действий» ОНФ «Россия, устремленная в будущее». Среди неотложных мер участники площадки назвали устранение противоречий в нормативной базе здравоохранения, отмену штрафов медицинских организаций, приводящих к искажению данных, увеличение тарифов ОМС для медицинских организаций в труднодоступных и сельских территориях. Эксперты подчеркнули, что этим будет обеспечено выполнение поручений Президента РФ³⁸⁸, а также определили другие срочные меры для повышения эффективности управления сферой здравоохранения³⁸⁹.

В то же время нельзя не отметить ряд актуальных проблем, которые серьезно затрудняют эффективное функционирование института здравоохранения в России.

Первой и важнейшей из них является недостаточное финансирование отрасли из государственных источников (как минимум в два раза) и несправедливое распределение государственных средств на медицинскую помощь между субъектами РФ, а также городскими и сельскими муниципальными образованиями³⁹⁰.

Действительно, в нашей стране сохраняется низкая доля государственного финансирования здравоохранения в ВВП по сравнению со странами с развитой рыночной экономикой, притом, что гарантии сопоставимы по охвату населения и видов медицинской помощи. Государственные расходы на здравоохранение на душу населения у нас в 3,2 раза меньше, чем в западноевропейских странах (соответственно 958 и 3100 долл. по паритету покупательной способности в 2014 г.)³⁹¹.

³⁸⁸ Участники «Форума Действий» ОНФ определили неотложные меры для эффективности управления в сфере здравоохранения. URL: <https://onf.ru/2017/12/18/uchastniki-foruma-deystviy-onf-opredelili-neotlozhnye-mery-dlya-effektivnosti-upravleniya/> (Дата обращения: 13.05.2018).

³⁸⁹ Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России: итоги деятельности 2012-2016 гг. Неотложные меры в 2017-2018 гг. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 1. С. 8 - 22.

³⁹⁰ Лайченкова Н.Н., Нефедова С.А. Проблемы становления института государственно-частного партнерства в системе здравоохранения Российской Федерации // Ленинградский юридический журнал. 2017. № 1. С. 119.

³⁹¹ Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития: Доклад НИУ ВШЭ на XVIII Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и

Подушевые госрасходы на здравоохранение в РФ в 2016 г. были на 70% ниже, чем в «новых» странах ЕС, и составляли в доле ВВП всего 3,6% (в странах ЕС – 5%). Государственные расходы на лекарства в амбулаторных условиях в 3,8 раза ниже, чем в «новых» восьми странах ЕС. Обеспеченность практикующими врачами в РФ при большем потоке больных – на 10% ниже, чем в Германии, и на уровне «старых» стран ЕС. Обеспеченность койками в РФ при большем потоке больных на 14% ниже, чем в Германии, и на уровне «новых» стран ЕС³⁹².

Вторая проблема заключается в сокращении мощностей здравоохранения. Так, с 2012 по 2016 г. число врачей сократилось на 4%. В результате сократились объемы общедоступных видов медицинской помощи: число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) – на 12%, число госпитализаций – на 13%³⁹³, что во многом обусловило дисфункцию данного института, нашедшую отражение в его коммерциализации.

В 1990-е гг. и произошли серьезные реформы в отрасли здравоохранения Советского Союза, имела место реорганизация монопольной государственной системы в этой области и была создана новая бюджетно-страховая медицина. В 1991 г. был принят Закон № 1499-1 от 28.06.1991 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». На основании этого закона, медицинские учреждения, оказывающие медицинскую помощь в системе медицинского страхования, стали самостоятельно хозяйствующими субъектами и строили свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями³⁹⁴.

общества 11–14 апреля 2017 г. Москва. С. 7. URL: https://www.hse.ru/data/2017/04/21/1168819633/Zdrav_2017.pdf (Дата обращения 23.08.2018).

³⁹² Участники «Форума Действий» ОНФ определили неотложные меры для эффективности управления в сфере здравоохранения. URL: <https://onf.ru/2017/12/18/uchastniki-foruma-deystviy-onf-opredelili-neotlozhnye-mery-dlya-effektivnosti-upravleniya/> (Дата обращения: 13.05.2018).

³⁹³ Смотри подробнее: Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России: итоги деятельности 2012-2016 гг. Неотложные меры в 2017-2018 гг. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 1. С. 8 - 22.

³⁹⁴ О медицинском страховании граждан в Российской Федерации. Закон № 1499-1 от 28.06.1991 Первоначальный текст документа опубликован в издании «Ведомости СНД и ВС РСФСР».

После 1991 года, сопровождавшегося распадом Советского Союза, Россия унаследовала разветвленную инфраструктуру системы общественного здравоохранения, созданную Н. Семашко. В 1993 году была проведена реформа финансирования здравоохранения, предполагающая создание системы обязательного медицинского страхования граждан (ОМС), целью которого стало целевое финансирование сектора здравоохранения в условиях острой нехватки средств.

В настоящее время платные медицинские услуги регламентируются Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»³⁹⁵ и Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»³⁹⁶.

С одной стороны, отечественная система здравоохранения до сих пор отличается высокой степенью централизации и преимущественной ориентацией на общедоступность базовых медицинских услуг. Так, по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ «в 2015 г. 87% граждан, обращавшихся за амбулаторной помощью, получили ее без какой-либо оплаты, а 74% пациентов стационаров лечились в них полностью бесплатно»³⁹⁷.

Платные медицинские услуги представляют собой дополнение к законодательно гарантированному объему бесплатной медицинской помощи гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и утверждаемых на ее основе

04.07.1991. № 27, ст. 920. Документ утратил силу с 1 января 2011 года в связи с принятием Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

³⁹⁵ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48, ст. 6724.

³⁹⁶ Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг: Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 // Собрание законодательства РФ. 08.10.2012. № 41, ст. 5628.

³⁹⁷ Системы здравоохранения: время перемен. Том 13 № 7 2011. Российская Федерация: обзор системы здравоохранения // www.euro.who.int (дата обращения 21.06.2017).

соответствующих территориальных программ в субъектах Российской Федерации³⁹⁸.

С другой стороны, правилами предоставления платных медицинских услуг медицинскими организациями не учитывается разное имущественное положение граждан, удаленность медицинских организаций от места жительства, личная заинтересованность медицинских работников в оказании платных медицинских услуг и установлении завышенных цен.

Широко известно, что государственная медицинская организация, которая существует в основном за счет бюджетных средств и страховых взносов, оказывает медицинскую помощь на государственном оборудовании, устанавливает собственные, порой необоснованные цены³⁹⁹. Не являются редкостью ситуации, когда пациентов дезинформируют сами главные врачи лечебных учреждений, направляя на платные услуги (в том числе, в федеральные учреждения) при наличии возможности оплаты из ОМС⁴⁰⁰.

При этом рыночная конкуренция в сфере здравоохранения вызывает риски и неопределенность в отношении качества оказания медицинской помощи населению, поскольку движущей силой становится зарабатывание денежных средств, а не эффективность (результативность) оказываемой услуги. Данное обстоятельство, в отличие от, например, рисков предпринимателей, которые рискуют в основном «своим», а также законодательно определенная прямая профессиональная обязанность медицинского работника оказывать медицинскую помощь, определяет особую природу подобных рисков, высокий

³⁹⁸ О защите прав потребителей медицинских услуг: Информация Роспотребнадзора от 02.01.2018 г.

³⁹⁹ Зражевская Т.Д., Косолапов А.В. Платные медицинские услуги в бюджетных медицинских организациях в системе гарантий конституционного права на охрану здоровья // Медицинское право. 2016. № 6. С. 40.

⁴⁰⁰ По данным ОНФ, каждый пятый россиянин сталкивается с проблемами при получении медпомощи по ОМС. URL: <https://onf.ru/2016/06/08/po-dannym-onf-kazhdyy-pyatyy-rossiyanin-stalkivaetsya-s-problemami-pri-poluchenii/> (Дата обращения: 22.08.2018).

уровень юридической ответственности медицинского работника в случаях ненадлежащего ее оказания⁴⁰¹.

Тем не менее, рынок платных услуг в России продолжает активно развиваться: в целом данный показатель увеличился к 2016 г. по сравнению с 2010 г. на 296987 млн. руб. и составил 547461 млн. руб.⁴⁰²

По данным Федеральной службы государственной статистики объем платных медицинских услуг (коммерческой легальной медицины) в 2018 г. в России составил 591,5 млрд. руб., что на 3,3% больше чем в 2016 г.⁴⁰³

Подобная ориентация отечественного здравоохранения, которая, в конечном счете, приводит к подмене бесплатных услуг платными, фактически означает коммерциализацию отрасли, что, безусловно, вызывает серьезное общественное недовольство: «Государственные гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи декларируются как права на неограниченные объемы помощи, а способы ее рационализации почти всегда имплицитны»⁴⁰⁴.

Здравоохранение затрагивает жизненно важные проблемы и не сможет полностью ориентироваться на платные медицинские услуги. В то же время рыночные отношения в здравоохранении ведут к нарушению равенства в доступности медицинской помощи различным слоям населения, приводят к социальному неравенству и конфликтам в сфере медицины.

Реформы, проводимые в России в настоящее время, в том числе и в здравоохранении, предусматривают создание нормативных актов,

⁴⁰¹ Тимофеев И.В. Риски оказания медицинской помощи: конституционно-правовой аспект // Конституционное и муниципальное право. 2017. № 8. С. 41.

⁴⁰² Накарякова М. С. Развитие платных услуг в медицине // Молодой ученый. 2017. №20. С. 262 - 264. URL <https://moluch.ru/archive/154/43455/> (Дата обращения: 22.08.2018).

⁴⁰³ Объем платных медицинских услуг в субъектах Российской Федерации. 2014-2017 гг. URL: http://medresearch.ru/wp-content/uploads/2018/06/SYNOPSIS_rus_med_market_regions_2018_free.pdf (Дата обращения 08.05.2019).

⁴⁰⁴ Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития: доклад НИУ ВШЭ на XVIII Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества 11–14 апреля 2017 г. Москва. С. 7. URL: https://www.hse.ru/data/2017/04/21/1168819633/Zdrav_2017.pdf (Дата обращения 23.08.2018).

регулирующих взаимоотношения врача и пациента⁴⁰⁵. Правовое государство гарантирует личности его права и свободы, а также их правовую защиту, но одновременно и подчинение закону, и, соответственно, ответственность за неподчинение закону.

В области охраны здоровья можно выделить две группы прав - социальные и индивидуальные. Социальные права в данной области связаны с социальными обязательствами, возложенными на правительство, общественные или частные организации по обеспечению всего населения медицинской помощью на должном уровне. Под индивидуальными правами подразумевают такие права, которые неотделимы от личности пациента⁴⁰⁶.

К сожалению, существующая нормативная база в отношении данных групп прав не отвечает современным реалиям, обусловленным рыночными реформами в рамках данного института, что неизбежно приводит к его к дисфункциональному состоянию. В данной связи целесообразно рассмотреть те проблемы, которые возникают в рамках каждой из обозначенных групп прав.

Основой социальных прав, как и всей законодательной базы реформирования института здравоохранения, является статья 41 Конституции РФ, в пункте 1 которой указано, что «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь». Согласно этой статье, «медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений... В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая

⁴⁰⁵ См.: Стародубов В.И. О задачах по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения // Здравоохранение. 2005. № 3. С. 10.

⁴⁰⁶ Колоколов Г.Р., Махонько Н.И. Обеспечение защиты прав пациентов - реализация комплекса правовых средств. Медицинское право: Учебное пособие. М., 2009. С. 59.

укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию»⁴⁰⁷.

Основными принципами Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» являются: «соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; доступность и качество медицинской помощи»⁴⁰⁸.

Однако нельзя не согласиться с тем, что политика и законодательство в области охраны здоровья граждан разрабатываются стихийно, без специальных дискуссий, без должного учета вопросов этики⁴⁰⁹.

Например, важно констатировать, что известные недоработки отличают «Концепцию развития здравоохранения до 2020 года». Так, по мнению председателя комиссии по здравоохранению Общественной палаты РФ профессора Л.М. Рошаля, «открытыми остаются вопросы установления приоритетов и принятия разумных решений в отношении введения дополнительных сервисных медицинских услуг, конкурирующих видов обслуживания, дорогостоящего продления медицинскими средствами жизни безнадежно больных пациентов, организации проведения лечебных мероприятий с помощью современных медицинских технологий»⁴¹⁰.

Нормативные требования к объемам медицинской помощи и срокам ее оказания, прописанные в различных актах Минздрава РФ, не согласованы

⁴⁰⁷ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ «О поправках к Конституции РФ» от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ). // Собрание законодательства РФ. 14.04.2014. № 15. Ст. 1691.

⁴⁰⁸ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.

⁴⁰⁹ Смотри об этом: Григорьев Ю.И., Григорьев И.Ю. Организационно-правовые проблемы повышения эффективности деятельности в сфере охраны здоровья населения // Медицинское право. 2005. № 3.

⁴¹⁰ Смотри об этом: Выступление Л.М. Рошаля на Первом Всероссийском Форуме медицинских работников 12 – 13 апреля 2011 года; Рошаль: Минздрав идет против врачей, форсируя закон о здравоохранении. // URL: <https://24smi.org>leonid-roshal> (Дата обращения 09.05.2019).

между собой, не соответствуют потребностям населения в медицинской помощи, современным научным данным и имеющимся сегодня ресурсам отрасли. Очевидно, что противоречия и несоответствия в действующей нормативной базе здравоохранения достигли критического уровня⁴¹¹.

Коллизии в законодательстве приводят к серьезным заблуждениям как врачей, так и пациентов⁴¹². Особенно серьезной проблемой в данной связи является то, что в действующем законодательстве недостаточно четко прописаны порядок и условия оказания как бесплатной, так и платной медицинской помощи населению.

Известно, что недостаточная эффективность системы ОМС в России вынуждает пациентов, даже из экономически незащищенных слоев населения, обращаться к платным медицинским услугам. Но, к сожалению, качество оказываемой медицинской помощи частной медицины часто не отвечает ожиданиям пациентов, поскольку число неверно или умышленно поставленных диагнозов растет, а правовые основы для возврата затраченных средств, возмещения материального ущерба и морального вреда, фактически не существуют. При этом контроль государства над качеством лечения, как в государственной, так и частной медицине, достаточно слаб. Надзорные органы концентрируют свое внимание на контроле над лицензированием медицинской деятельности и жалобах пациентов. Порой это бывают анонимные жалобы, не имеющие ничего общего с действительным положением дел. Такой государственный контроль чаще всего носит формальный характер и ограничивается проверкой документации, которая, к моменту самой проверки, безусловно, приводится в соответствие.

Кроме того, нормативная база здравоохранения меняется с такой скоростью, что общество не успевает отреагировать на это созданием новой

⁴¹¹ Требования Минздрава по объемам медпомощи не согласованы между собой и не соответствуют нуждам населения. URL: <https://onf.ru/2017/03/01/ulumbekova-trebovaniya-minzdrava-po-obemam-medpomoshchi-ne-soglasovany-mezhdu-soboy-i-ne/> (Дата обращения: 22.08.2018).

⁴¹² Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения: изд. 2-е изд., перераб. М.: ООО «Медицинское информационное агентство». 2014. С. 234.

устойчивой системы взаимоотношений между медицинским персоналом и пациентом⁴¹³. Эту ситуацию усугубляет неравномерное распределение прав и ответственности врачей и пациентов в современном здравоохранении.

Известно, что правовое государство гарантирует личности его права и свободы и их правовую защиту, но одновременно и подчинение закону, соответственно ответственность за неподчинение закону. Следовательно, права и ответственность должны быть определены в равной степени, как для пациента, так и для врача, однако этого пока нет.

Анализ нормативных документов показал, что правам пациентов и обязанностям медицинских работников посвящены 17 статей «Основ законодательства об охране здоровья граждан», за нарушение которых предусмотрены различные формы ответственности (административная, дисциплинарная, гражданско-правовая, уголовная). Интересы врачей отстаивают лишь 5 статей (в части Трудового и Гражданского кодекса), но при этом отсутствуют специальные статьи, гарантирующие правовую защищенность врача. Как подчеркивают В.А. Мажоренко и Е.В. Приз, «профессия врача, обладая высоким социальным смыслом, в правовом отношении остается практически не защищенной со стороны государства»⁴¹⁴.

С одной стороны, фактически врач в большей степени имеет право работать, при этом работать в тяжелых, вредных и стрессовых условиях. Меры, направленные на повышение уровня оплаты труда врачей, в виде надбавки за непрерывный медицинский стаж и доплаты за вредные и опасные условия труда, ничтожно малы и не отвечают тем физическим затратам, которые связаны с утратой здоровья во вредных и опасных условиях труда. И даже приобретя профессиональное заболевание и утратив профессиональную трудоспособность, врач не может получить достаточное для нормальной

⁴¹³ Саверский А.В. Защита прав пациента. Нижний Новгород: ООО «ДДТ», 2013. С. 101.

⁴¹⁴ Смори подробнее: Мажоренко В.А., Приз Е.В. К вопросу о социальной защищенности врача в современной России // Медицинское право. 2011. № 2. С. 12-15.

жизнедеятельности социально-страховое обеспечение, и оказывается социально незащищённым ни в процессе трудовой деятельности, ни после её окончания⁴¹⁵.

С другой стороны, до сих пор отсутствуют правовые нормы по привлечению врача к ответственности за нарушение норм этики и деонтологии. В силу особой зависимости больного человека от лечащего врача, которому он доверяет свое здоровье, юридическое обеспечение оказания медицинской помощи, прежде всего, должно быть направлено на своевременное, четкое и последовательное соблюдение врачом прав пациента⁴¹⁶.

Так, ненадлежащее оказание медицинской помощи, низкий профессиональный уровень врачей на фоне роста юридической грамотности населения, привели к нарастающей активности пациентов в области защиты их прав. В частности, увеличилось число не только жалоб пациентов в различные надзорные инстанции, Следственный комитет, Минздрав РФ, Росздравнадзор РФ, но и исковых обращений в суды. Однако объективные и справедливые решения конфликтных коллизий до сих пор остаются редкостью.

В данной связи представляют интерес ответы респондентов в рамках проводимого автором мониторинга (2013 - 2017 гг.) на вопрос о том, куда они будут обращаться с жалобой в случае некачественного лечения.

Эти результаты, в частности, показали, что если пациенту будет некачественно оказана медицинская помощь, то большая часть (71,6%) пациентов поликлиники будет жаловаться в Росздравнадзор. Абсолютное большинство (68,8%) законных представителей несовершеннолетних пациентов так же готовы жаловаться на некачественное лечение и готовы обратиться в Росздравнадзор, и 65,5% пациентов стационара также считают, что лучший способ защиты своих прав – это обращение в Росздравнадзор.

⁴¹⁵ См.: Соколова Н. А. Профессиональный риск медицинских работников и его компенсация средствами трудового права. Современное право. 2010. № 2.

⁴¹⁶ Колоколов Г.Р. Медицинское право: Г.Р. Колоколов, Н.И. Маханько. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2010. С. 8.

Примерно каждый четвертый (24,3%) пациент стационара будет жаловаться в Министерство здравоохранения. Так же собираются поступать 18,8% пациентов поликлиники. В случае неудовлетворенности качеством лечения 12,9% законных представителей несовершеннолетних пациентов будут обращаться с жалобой на клинику в Министерство здравоохранения. Незначительное количество (4,2%) пациентов поликлиники будут жаловаться Президенту РФ. Также считают 10% законных представителей несовершеннолетних пациентов и незначительное количество пациентов стационара будут обращаться с жалобой к Президенту РФ (3,7%).

Очевидно, что самый простой и быстрый путь обращения в связи с некачественным лечением – к руководителю или администрации медицинской организации. Но достаточно мало пациентов указывают, что они обратились бы в медицинскую организацию. Только 3,8% пациентов поликлиники, 4,5% пациентов стационара и 6,8% законных представителей несовершеннолетних пациентов из общего числа респондентов будут жаловаться в медицинскую организацию. И меньше всего законных представителей несовершеннолетних пациентов (1,5%), 1,6% пациентов поликлиники и 2% пациентов стационара, в случае если им будет оказана некачественно медицинская помощь, будут обращаться с исковыми требованиями в суд. (См. Табл. 27, Рис. 26 Приложение 1).

Таким образом, как показал социологический мониторинг, самый простой и короткий путь обжалования на качество лечения - в медицинскую организацию пациенты не хотят использовать, так как они не доверяют врачебному сообществу, и объективному разбирательству их случая. Так же объяснимо нежелание обращаться суд. Судебная тяжба может длиться год и более, кроме того не каждый пациент может позволить нанять адвоката по трем причинам: 1) недостаточно денежных средств; 2) крайне мало адвокатом имеющих два образования - медицинское и юридическое; 3) больному человеку сложно испытывать психологические нагрузки в суде.

Самый большой процент (76,2%) пациентов поликлинических услуг указывают, что они сомневаются в том, что их жалоба на качество лечения будет объективно рассмотрена и удовлетворена надзорными органами. Так же считают 66,5% пациентов стационара и 25,8% законных представителей несовершеннолетних пациентов. В то же время 17,7% пациентов поликлинических услуг, считают, что они уверены, что их жалоба на качество лечения будет объективно рассмотрена и удовлетворена надзорными органами. Так же считают 29% пациентов стационара и 63,5% законных представителей (несовершеннолетних пациентов).

Незначительное количество (6,1%) пациентов поликлинических услуг считают, что их жалоба на качество лечения не будет объективно рассмотрена и удовлетворена надзорными органами. Так же считают 4,5% пациентов стационара и 10,7% законных представителей несовершеннолетних пациентов. (См. Табл. 28, Рис. 27 Приложения 1).

Специфика юридических конфликтов в области нарушения прав пациентов обусловлена тем, что медицинская организация, а также привлекаемые эксперты и специалисты используют специальную медицинскую терминологию, которая не всегда понятна иным участникам гражданского процесса. Это вызывает определенные сложности в восприятии информации не только пациентом, но и юристом-профессионалом, участвующим в судебном разбирательстве⁴¹⁷. Еще одной причиной проигранного суда является то, что, не каждый пациент, обращаясь в суд, может воспользоваться дорогостоящими услугами адвоката.

Дело в том, что в законодательстве такие понятия как «несчастный случай в медицине», «обоснованный медицинский риск», «непрогнозируемый отрицательный результат» и ряд других. Именно такими категориями оперируют представители медицинской профессии в качестве оснований,

⁴¹⁷ Похабов С.С. Правовая природа договора оказания платных медицинских услуг // Гражданское право. 2007. № 3.

дающих им право избежать ответственности перед пациентом за ненадлежащее оказание медицинской услуги, за непредсказуемый и неблагоприятный результат медицинского вмешательства.

В отношении индивидуальных прав пациентов, которые включают в себя основные принципы и гарантии, предоставляемые индивидам по поводу их здоровья, следует отметить, что в течение последних лет в России был принят целый ряд законов и подзаконных актов в области медико-санитарного законодательства, в которых отражены и конкретизированы права пациентов.

К их числу относятся: Федеральные законы РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О трансплантации органов и (или) тканей человека», «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и ряд других.

Например, в Федеральном Законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» права и обязанности граждан устанавливаются в специальной статье «Права граждан Российской Федерации в системе медицинского страхования». В соответствии с этим законом «граждане имеют право на: обязательное и добровольное медицинское страхование; выбор медицинской страховой организации; медицинского учреждения и врача; получение медицинской помощи на всей территории России, в частности, за пределами постоянного места жительства. Реализация права на качественную медицинскую помощь становится возможной благодаря праву клиента на предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерб»⁴¹⁸.

⁴¹⁸ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) // Собрание законодательства РФ. 06.12.2010. № 49. Ст. 6422.

В законе «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» говорится о добровольном характере обращения за психиатрической помощью, четко обозначены основания для госпитализации больного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, тайна диагноза и другие вопросы⁴¹⁹. В Федеральном законе «О трансплантации органов и (или) тканей человека» сформулированы нормы, защищающие права доноров и ограничивающие возможность незаконной трансплантации органов. В частности, «изъятие органов у живого человека допустимо в тех случаях, когда по квалифицированному заключению врачей, ему не будет причинен значительный вред. Трансплантация органов и (или) тканей разрешается только с согласия живого донора»⁴²⁰. Согласно закону «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», «ВИЧ-инфицированные обладают всеми правами и свободами, в том числе на медицинское освидетельствование и на получение информации о его результатах»⁴²¹.

В целом в российском законодательстве впервые расширены права пациентов, включая право на информацию о состоянии своего здоровья, право выбора врача, лечебного учреждения, право на согласие и отказ от медицинского вмешательства, право на допуск священнослужителя для отправления культовых обрядов в стационаре. Законодательством также гарантируется конфиденциальность информации о диагнозе, о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья.

При этом следует согласиться с тем, что «новизна и сложность для отечественной законотворческой деятельности вопросов, связанных с

⁴¹⁹ О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 19.07.2018) // Ведомости СНД и ВС РФ. 20.08.1992. № 33. Ст. 1913.

⁴²⁰ О трансплантации органов и (или) тканей человека: Закон РФ от 22.12.1992 № 4180-1 (ред. от 23.05.2016) // Ведомости СНД и ВС РФ. 14.01.1993. № 2. Ст. 62.

⁴²¹ О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ (ред. от 23.05.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) // Собрание законодательства РФ. 03.04.1995. № 14. Ст. 1212.

медициной и здравоохранением, порой приводит к возникновению юридических несоответствий и расхождений в различных нормативно-правовых актах. Кроме того, нормы и права, закрепленные в действующем законодательстве, не всегда реализуются на практике, например, ст. 31 (раздел 6) «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», согласно которой пациенты должны иметь доступ к информации о состоянии здоровья, диагнозе, методах лечения и т.п.»⁴²².

В данной связи также целесообразно привести результаты социологических исследований, проведенных Е.В. Дмитриевой с использованием метода фокус-групп, которые свидетельствуют о том, что врачи не всегда сообщают пациенту опасные диагнозы, сведения о методах лечения и связанном с ними риске.

Как отмечает Е.В. Дмитриева, «в случае с детьми, не достигшими 15 лет, информация должна предоставляться их законным представителям лечащим врачом. На практике это не всегда реализуется, поскольку значительная часть опрошенных респондентов просто не знают, что подобного рода сведения должны быть предоставлены медиками. Информацию о лекарственных препаратах пациенты - родители ребенка получают из различных справочников и специализированных медицинских изданий»⁴²³.

В качестве иллюстрации Е.В. Дмитриева приводит описание ситуации, в которой оказалась одна из участниц исследования. «...Сыну недавно выписали лекарство, штатовский препарат, он не бесплатный, как детям полагается, а очень дорогой. Я пришла и попросила аннотацию в аптеке, она мне дала бумажку, я прочитала состав и говорю: «Девушка, объясните мне, чем оно отличается от нашего, который выписывают бесплатно и стоит он намного меньше». Она посмотрела и сказала, что ценой. Тот же состав, то же действие и

⁴²² Дмитриева Е.В. Социология здоровья: Методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 124.

⁴²³ Дмитриева Е.В. Социология здоровья: Методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 126.

выписывается бесплатно. Врач мне не объяснил ни действие, вообще ничего»⁴²⁴.

По мнению Е.В. Дмитриевой, «лишение пациентов их права на информацию фактически приводит к ущемлению их прав на здоровье⁴²⁵. «Как правило, клиенты не имеют представления об уровне проведения операций, соотношении удачных и неудачных вмешательств, критериях отбора пациентов для них и т.п. Данные вопросы особо значимы в условиях не государственной, а страховой медицины, когда пациенты имеют право выбора лечебного учреждения»⁴²⁶.

Таким образом, уровень правового обеспечения отечественного здравоохранения существенно отличается от мирового. Это полностью подтверждают данные социологического исследования (конец 2018 - начало 2019 гг.), проведенного автором⁴²⁷.

Так, более половины (56,1%) врачей считают, что их права защищены действующим законодательством (гражданским и уголовным кодексом) в недостаточной степени. Несовершенство уголовного законодательства порождает неправильное толкование юридических норм в отношении прав и ответственности врача. У врачебного сообщества и Следственного комитета остаются разногласия по поводу того, какие именно нарушения профессиональных обязанностей врача будут трактоваться как причина нанесения тяжкого вреда здоровью или смерти пациента.

Меньше четверти (22,7%) врачей считают, что их права в низкой степени защищены. Объем и характер возмещения вреда, причиненного повреждением здоровья, определены гражданской ответственностью. Так, при причинении

⁴²⁴ Дмитриева Е.В. Социология здоровья: Методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 126.

⁴²⁵ Дмитриева Е.В. Социология здоровья: Методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 126.

⁴²⁶ Дмитриева Е.В. Социология здоровья: Методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 125.

⁴²⁷ Исследование проводилось в конце 2018 - начале 2019 гг. в нескольких федеральных и областных медицинских учреждениях на территории Российской Федерации (См. подробнее: Приложение № 2).

гражданину увечья или ином повреждении его здоровья, подлежит возмещению моральный вред или утраченный заработок, или потерпевший нуждается в пожизненном уходе и не имеет права на их бесплатное получение, то для врача предусмотрена законодательством взыскание в порядке регресса. Меньше четверти 21,3% врачей считают, что их права в достаточной степени защищены законом. В то же время абсолютное большинство пациентов также указывают на недостаточную степень защищенности пациентов (61,8%) и медицинских работников (66,2%) со стороны государства в сфере здравоохранения. (См. Рис. 144, Приложение 2)

При этом сохраняющиеся долгие годы трудности с приведением законодательства об охране здоровья граждан в стройную систему, лишенную норм-деклараций, не позволяет достигнуть обеспечения прав и законных интересов врачей и пациентов при получении медицинской помощи⁴²⁸.

Достаточно серьезной проблемой, которая приводит к искажению традиционных функций института здравоохранения и приводит его к дисфункциональному состоянию, является медиализация. Медиализация – это процесс, в ходе которого происходит распространение влияния медицины на все новые сферы общественной жизни. Медиализация характеризуется проникновением в массовое сознание медицинского языка и стиля мышления, медицинских концепций и представлений⁴²⁹.

Медиализация – это «процесс, при котором вопросы стиля жизни (вес тела, курение и сексуальные практики) преобразуются в медицинские проблемы, требующие вмешательства профессионалов»⁴³⁰.

Понятие «медиализация» было разработано в 1960-х – 1970-х гг. в ходе критических атак против предполагаемых угроз расширения медицинской

⁴²⁸ Мохов А.А. К вопросу о кодификации законодательства об охране здоровья граждан // Право и политика. 2002. № 7. С. 89.

⁴²⁹ Буланин Д. Новые слова и значения. Словарь – справочник. СПб.: Дм. Буланин, 2014; Журнал исследований социальной политики. Медиализация общества: теория, история и микрополитика. Том 7. № 3. 2009. С. 293 – 294.

⁴³⁰ Гидденс Э., Саттон Ф. Основные понятия в социологии. М.: Изд. Дом Высшей школы экономики, 2018. С. 246.

профессии. Иван Иллич, Ирвинг Зола, Рональд Лэйнг, Томас Сас и Мишель Фуко рассматривали медицину как форму социального контроля, в результате которого пациенты попадали под надзор медицинских работников. Например, Т. Сас критиковал расширение психиатрической экспертизы и описал множество состояний, квалифицировавшихся как психические расстройства, будучи всего лишь жизненными проблемами. Несмотря на то, что некоторые формы поведения лучше было бы характеризовать как адаптацию к трудным жизненным обстоятельствам, но они подверглись медикализации, и большое количество людей попало под контроль и наблюдение экспертов, обладающих властью содержать их под стражей. С 1970-х г. понятие медикализация было перенесено в область исследования социологии здоровья и болезни⁴³¹.

Как отмечает Д. Михель, обычно под медикализацией имеют в виду две вещи: «растущую власть медицинского института в обществе, вследствие чего он выполняет не только функцию лечения и профилактики, но и социального контроля; усвоение населением представлений профессиональных медиков, благодаря чему некоторые социальные проблемы начинают трактоваться как особого рода социальные болезни и патологии и, тем самым, попадают в сферу влияния и власти врачей и других медицинских работников для изучения, диагностики и лечения»⁴³².

Современными исследователями медикализация рассматривается и как прогрессивное явление, и как очевидно негативный феномен. Действительно, мало кто из них отрицает тот факт, что в свое время медикализация принесла несомненную пользу. Так, больничное родовспоможение, при некоторых его недостатках, является прогрессивным улучшением. Сходным образом медикализация позволяет людям с определенными недостатками,

⁴³¹ Смотри подробнее: Медикализация общества: теория, история, микрополитика // Журнал исследований социальной политики. Том 7. № 3. 2009.

⁴³² Михель Д. Медикализация общества: теория, история и микрополитика // Журнал исследований социальной политики. Том 7. № 3. 2009. С. 293 – 294.

рассматриваемые ранее как симулянты, рассчитывать на соответствующую медицинскую помощь.

В то же время сегодня медицина начинает затрагивать все без исключения аспекты человеческого существования, приобретает статус науки «о жизни и смерти», поэтому процессы начала жизни и ее окончания становятся прерогативой медицинского знания. Как отмечает Т. Бараулина, «беременность, роды, лактация – все то, что описывает материнство как телесный опыт, редуцируется в своем значении до уровня медицинских категорий, претендующих на доминирующий статус в интерпретации женской телесности, которая создается и репрезентируется деторождением и материнством»⁴³³.

Аналогичная ситуация, связанная с медиализацией нормальных состояний, имеет место в отношении гиперактивности маленьких детей, грусти и легкой депрессии, постоянной усталости, переопределенной в синдром хронической усталости.

По мнению исследователя И. Иллича, подобная экспансия современной медицины причиняет больше вреда, чем пользы из-за ятрогенеза (обусловленности заболеваний медицинским вмешательством) создается искусственная потребность в медицинских услугах⁴³⁴.

По мере роста медиализации люди становятся менее способными сами следить за своим здоровьем, контролировать свои состояния и попадают в большую зависимость от врачей. Такая зависимость усиливает потребность в медицинских услугах и ведет к экспансии медицинского обслуживания в рамках расширяющегося порочного круга, толкающего вверх медицинские бюджеты за счет других услуг⁴³⁵.

⁴³³ Бараулина Т. Моральное материнство и воспроизводство женского опыта // В поисках сексуальности: Сб. ст. / Под. ред. Е. Здравомысловой и А. Темкиной. СПб.: Дмитрий Буланин, 2002. С. 366.

⁴³⁴ См.: Ilich I. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. London: Calder and Boyars, 1975.

⁴³⁵ Медиализация // Гидденс Э., Саттон Ф. Основные понятия в социологии. М.: Изд. Дом Высшей школы экономики, 2018. С. 248.

Исследователи отмечают, что «примером политической категории, которая является постоянно включенной в борьбу за власть, служит материнство. Это борьба за контроль над женским воспроизводством, которое выступает в качестве необходимого условия существования общества. Фактически оно означает контроль над социальным представлением о том, сколько и когда рожать, как долго находиться в отпуске по уходу за ребенком и идти ли в него вообще, кормить грудью или не кормить. На самом деле – это борьба за символическую власть определять, что является нормой, а что – патологией, и, следовательно, за власть контролировать и поддерживать определенный социальный порядок, основанный на системе неравенства. В результате, в зависимости от текущей демографической ситуации в государстве или на рынке медицинских услуг, формируются различные модели материнства. Женщины, которые не попадают в предложенные модели, стигматизируются, а их материнство рассматривается как нежелательное и неприемлемое и с точки зрения государства, и с точки зрения рынка»⁴³⁶.

Как полагают Э. Гидденс и Ф. Саттон, «ожирение сегодня воспринимается как серьезная медицинская проблема, которая угрожает поглотить национальные системы здравоохранения. В частности, тело большого размера стало рассматриваться как символ моральной несостоятельности и излишнего самопотакания. Однако не только врачи, но и журналисты играют важную роль в социальном процессе, ведущем к медиализации»⁴³⁷.

Проблема с подобными видами медиализации состоит в том, что как только поставлен диагноз в медицинских терминах, лечение также должно быть медицинским – с использованием дорогостоящих препаратов, которые обладают серьезными побочными эффектами.

⁴³⁶ Смотри подробнее: Бараулина Т. Моральное материнство и воспроизводство женского опыта // В поисках сексуальности: Сб. ст. / Под. ред. Е. Здравомысловой и А. Темкиной. СПб.: Дмитрий Буланин, 2002.

⁴³⁷ Гидденс Э., Саттон Ф. Основные понятия в социологии. М.: Изд. Дом Высшей школы экономики, 2018. С. 250.

По мнению ученых, медиализация социальных проблем препятствует критическому пониманию эксплуатации и подчинения власти теми группами людей, которых они касаются. Кроме того, медиализация социальных проблем означает, что научное медицинское знание распространяется далеко за пределы профессионального дискурса и активно функционирует в медийной, политической, повседневной сферах, что становится возможным благодаря особому статусу научной медицины. Сегодня она представляет собой конкретную стратегию, призванную поддерживать экономические, политические и социальные процессы, происходящие в конкретном обществе в определенный период времени в интересах определенного круга людей. Тем самым, медицина рассматривается как инстанция, осуществляющая контроль над индивидами, но не в буквальном смысле (через систему медицинских учреждений и формальных медицинских требований), а посредством функционирования медицинского дискурса, распространение которого за рамки профессионального поля содействует «формированию медицинского бдительного сознания каждого индивида»⁴³⁸.

Медиализация, вместе с другими дисфункциями института здравоохранения, обозначенными выше, неизбежно, сказывается на оценке обществом профессиональной деятельности и социального статуса врача.

3.2. Социальная девальвация профессиональной деятельности и статуса врача

Взаимоотношения врача и пациента в значительной мере определяются общественной значимостью и социальным престижем профессии врача, а также тем статусом, который он занимает в социуме. Традиционно высокий социальный статус медицинских работников, являющийся «суммарным

⁴³⁸ Михель Д. Медиализация общества: теория, история и микрополитика // Журнал исследований социальной политики. Том 7. № 3. 2009. С. 293 – 294.

результатом различных социальных отношений, формирующихся и воспроизводящихся реальными врачебными практиками»⁴³⁹, связан с гуманистическим характером их труда и эффективностью лечения пациентов.

На социальный статус отдельного врача влияет его профессиональная готовность - субъективное состояние личности, считающей себя способной и подготовленной к профессиональной деятельности, стремящейся наиболее успешно ее выполнить. Высокий социальный статус врача, как и доверие к нему со стороны пациентов, определяет его профессионализм и объективность, неразрывно связанные с нравственной зрелостью и гуманизмом. Авторитет врача укрепляется в силу преданности медицине, самопожертвованию, высокой социальной активности, личной заинтересованности в помощи больному человеку.

В целом для врачей, достигших вершин профессионального мастерства, характерна приверженность профессии, проявляющаяся в постоянной готовности оказать помощь больному, в борьбе за жизнь пациента, даже по канонам медицины обреченного на смерть. В данной связи как бы ни критиковали современную медицину за непрофессионализм и бездушие врачей, каждый человек, заболев, всё равно обращается к врачам с надеждой на получение качественной медицинской помощи.

Таким образом, социально-профессиональный статус врача имеет исключительно большое значение для людей, ожидающих от него помощи. Следовательно, чтобы с честью нести налагаемые на него обществом высокие обязанности и ответственность, врач должен быть не только обучен своей профессии, но и воспитан в соответствии с ее моральными принципами.

В России, в период радикальных экономических реформ всегда неоспоримо высокий социальный статус врача претерпел существенную девальвацию в общественном сознании. В частности, результаты

⁴³⁹ Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. М.: Медицина. 2003. С. 287.

социологического мониторинга (2013 - 2017 гг.), проведенного автором⁴⁴⁰, показали, что 44,6% врачей - специалистов и 65,4% врачей, имеющих ученую степень и звание, основной причиной понижения социального статуса врача сочли именно экономические реформы. (См. Табл. 13, Рис. 12 Приложение 1)

Результаты социологического исследования (конец 2018 – начало 2019 гг.) также показали, что почти половина врачей (45,5%) считают, что реформы, проводимые в последние годы в здравоохранении, ничего не изменили в положении врача в Российском обществе. (См. Рис. 3, 106 Приложение 2). Это объясняется тем, что модернизация в здравоохранении должна иметь реальную социальную базу, поскольку только ее сторонники, понимающие их суть и проблемы, могут поддержать эти перемены. Недостаток бюджетных средств существенно ограничивает возможности государства в проведении активной социальной политики, реализации лежащих на нем социальных обязательств. Недостаточные ассигнования обострили проблему финансирования бюджетных учреждений здравоохранения.

В данной связи более трети (37,3%) врачей считают, что реформы, проводимые в здравоохранении, ухудшили положение врача. (См. Рис. 3, 106 Приложения 2). Данные респонденты выражают сомнение в реальной полезности реформ и считают, что их последствия их проведения требуют серьезной и обстоятельной оценки. Без осуществления таковой, равно как и без детальной проработки самого механизма реализации изменений, реформы, ведут преимущественно в сторону платной медицины, хотя при этом совершенно не учитывается платежеспособность основной массы населения. Социальная несправедливость вызывает недовольство со стороны бедных слоев населения, что порождает конфликт между врачом и пациентом.

⁴⁴⁰ Исследование проводилось с 2013 по 2017 гг. в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (См. подробнее: Приложение 1).

При этом только 17,2% врачей поддерживают реформы и считают, что они улучшили положение врача. (См. Рис. 3, 106 Приложение 2). Это объясняется тем, что реформы в здравоохранении способствуют внедрению инноваций и цифровых технологий, в частности, технологий искусственного интеллекта. Эти технологии дают возможность систематизировать и проанализировать большой объем данных, а нейросеть станет незаменимым помощником врача. Этот процесс может обеспечить прорыв в доступности и качестве услуг без роста расходов на здравоохранение, что осуществляется при активном участии государства.

Столь пессимистичная оценка врачебным сообществом результатов реформ, прежде всего, связана с тем, что реформы, которые повлекли за собой резкое ухудшение материального обеспечения работников бюджетной сферы, особенно остро затронули людей, занятых этой сложной, ответственной и социально востребованной профессией. В данной связи неудивительно, что 84,3% врачей-специалистов и 70,2% врачей с ученой степенью и званием ответили, что «на престиж врача в обществе повлиял низкий доход работников бюджетной сферы»⁴⁴¹. (См. Табл. 15, Рис. 14, Табл. 16, Рис. 15 Приложение 1).

Как показали результаты социологического исследования (конец 2018 – начало 2019 гг.) и сегодня абсолютное большинство пациентов (61,5%) и врачей (51,3%) оценивают уровень заработной платы врача как недостаточно высокий, не совсем соответствующий сложности и ответственности профессии врача. В то время как абсолютное большинство ординаторов (60,3%) считают его низким, совсем не соответствующим сложности и ответственности профессии врача.

Чуть более трети (33,7%) врачей полагают, что уровень их зарплаты низкий и совсем не соответствует сложности и ответственности врача. Это

⁴⁴¹ Исследование проводилось с 2013 по 2017 гг. в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (См. подробнее: Приложение 1).

объясняется тем, что публикуемые Минздравом РФ цифры исчисляются не благодаря росту окладов, как того требовал Указ Президента, а за счет роста загруженности врачей, увеличения объема их работы. Так, фактически, большинство врачей работает на несколько часов в неделю больше, чем положено, тем самым, создавая себе неблагоприятные условия труда.

Лишь меньшинство (15%) врачей считают, что высокий уровень заработной платы соответствует сложности и ответственности врача. Зарплата врача напрямую зависит от региона, в котором врач осуществляет свою профессиональную деятельность. В более развитых и больших городах, таких как Москва или Санкт-Петербург врачи получают более высокую заработную плату, чем в регионах и сельской местности. (См. Рис. 37, 107 Приложение 2).

Действительно, ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что справедливое вознаграждение за труд и стимулирующие выплаты побуждают работника к эффективной трудовой деятельности. При этом сущность денежного дохода в мотивации труда состоит в том, чтобы вызвать у врача высокую результативность действий, стимулировать стремление к самосовершенствованию, добросовестному выполнению должностных обязанностей и успешной работе в определенной организации и коллективе. Однако, несмотря на то, что роль материальной мотивации труда не оспаривается ни наукой, ни практикой, на протяжении многих лет отечественные врачи не имели достаточный уровень социальных гарантий, получая заработную плату, не соответствующую их физическим и эмоциональным нагрузкам. Врач не только не мог достойно содержать свою семью, но и лишал ее и личного участия в результате утраты своей роли в воспитании детей или отсутствия внимания к другим членам, поскольку его трудовая деятельность, как правило, сопряжена с особым режимом. Крайне низкая доплата врачам за вредные и опасные условия труда, часто приводящим к профессиональным заболеваниям, также не служила стимулом для качественного выполнения профессиональных обязанностей.

В данной связи представляют результаты социологического исследования автором (конец 2018 – начало 2019 гг.), связанные с самоидентификацией и идентификацией пациентами врачебного сообщества в социальной структуре современного российского общества⁴⁴².

Так, почти две трети (59,5%) врачей считают, что они находятся в среднем социальном слое, но социальная принадлежность воспринимается личностью неодинаково, часто она подразумевает общность по социальным признакам: интересам, целям, мировоззрению, статусу. Так, меньше четверти (22,4 %) врачей считают, что они находятся в высшем социальном слое населения, благодаря своему высокому профессионализму, поскольку данная категория врачей смогла добиться высокого карьерного положения. Это означает, что перспективы и возможности развития самоидентификации с высшими социальными слоями у врачей все же есть. Относительное меньшинство врачей (18,1%) полагают, что они находятся в низшем социальном слое населения по уровню заработной платы (См. Рис. 23 Приложение 2). Данная самооценка своего низкого социального статуса связана прежде всего с субъективной неудовлетворенностью своим материальным положением, и низким уровнем жизни врача, связанного с несправедливым распределением заработной платы, несоответствующей с их точки зрения, количеству и качеству затрачиваемого ими труда.

Чуть более половины (51,9%) ординаторов и аспирантов считают, что врач в настоящее время находится в среднем слое населения по уровню заработной платы. Данная категория респондентов считает, что у врача отсутствуют возможности повышения уровня жизни за счет роста заработной платы. Причинами выступают как форма оплаты труда, так и понимание того, что вне зависимости от качества и интенсивности труда их зарплата может увеличиться, но только незначительно.

⁴⁴² Исследование проводилось в конце 2018 - начале 2019 гг. в нескольких федеральных и областных медицинских учреждениях на территории Российской Федерации (См. подробнее: Приложение № 2).

Немногом меньше половины (48,1%) представителей молодого поколения врачей идентифицировали себя в качестве представителей нижнего слоя социума исходя из самооценки своей покупательной способности, которая ниже границ, установленных на основании фактического уровня денежных доходов населения. Никто из ординаторов и аспирантов не отнес себя к высшему слою по уровню заработной платы. Из чего следует сделать вывод о социальной несправедливости по отношению к трудовому вкладу высокообразованных врачей. (См. Рис. 71 Приложение 2).

Абсолютное большинство (72,8%) пациентов считают, что врач находится в среднем слое населения по уровню заработной платы. Средний класс составляет большинство населения, его представители имеют устойчивые доходы и получают стабильную зарплату. Менее четверти (21,3%) пациентов считают, что врач по уровню заработной платы находится в нижнем слое общества. Данная категория пациентов рассматривает данный вопрос с позиции экономической стратификации общества, когда к высшим (привилегированным) слоям относятся люди, получающие сверхвысокие доходы. Наименьшее количество 5,9% считают, что врач находится в верхнем слое по уровню заработной платы. (См. Рис. 38 Приложение 2).

Вполне возможно, что мнение данной категории основано или на самооценке (сравнении собственных доходов с доходами врача) или на неверном представлении о среднем уровне зарплат в здравоохранении. (См. Рис. 108 Приложение 2).

Еще одним, очень существенным фактором, обусловившим снижение социальной значимости профессиональной деятельности врача, стала утрата традиционной важности для России таких социальных институтов как образование и наука, а точнее – их дискредитация.

В ходе радикальных либеральных реформ в России обесценивалось высокое профессиональное образование врача, ученая степень стала ничтожной, а новая социальная среда сформировала в структуре личности

ориентир на престиж чисто денежного порядка. Врач перестал ощущать социальную значимость собственной профессии и свою включенность в социальную систему общества. В данной связи особый интерес представляют результаты авторского социологического исследования, связанные с оценкой врачебным сообществом социального статуса профессора – медика.

С одной стороны, анализ данных социологического исследования показал⁴⁴³, что статус профессора в научно-медицинской организации остается высоким - так полагают более половины всех респондентов (53,4%). Врачи и научные сотрудники отдают дань уважения профессору как «учителю медицины». 37,2% опрошенных во всех профессиональных группах считают статус профессора высоким, поскольку он «предоставляет такие возможности, которыми не обладают другие работники в медицинской организации». Однако только 9,4% участников социологического исследования во всех профессиональных группах считают статус профессора «доминирующим». Это объясняется тем, что доминирующий статус имеет особое значение для социальной идентичности, так как работники с таким статусом осуществляют, как правило, руководство. Доминирующим статусом, безусловно, обладает руководитель организации, хотя руководитель структурного подразделения в медицинской организации может не иметь звания профессора.

Социологический анализ также показал, что 35% процентов респондентов желают повысить свой профессиональный статус, и у них существует осознанное стремление получить звание профессора. К данной профессиональной группе в основном относятся научные сотрудники, аспиранты, ординаторы и, только частично, - врачи специалисты, которые желают повысить свой профессиональный статус до звания профессора.

⁴⁴³ Исследование проводилось с 2013 по 2017 гг. в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (См. подробнее: Приложение 1).

С другой стороны, более чем каждый пятый (21%) респондент во всех остальных профессиональных группах не уверен, что сможет повысить свой профессиональный уровень до звания профессора. Почти каждый четвертый (24%) респондент из этих профессиональных групп не выражает желания получить звание профессора.

Одна категория, которую составляют врачи-специалисты, не хочет заниматься наукой, а предпочитает только лечить больных, непосредственно осуществлять клиническую деятельность. Вторая категория респондентов (младший и средний медицинский персонал) не стремится получить звание профессора из-за недостатка знаний, - для них это недостижимо. Третья категория считает, что престижным и высоким статусом обладают в современном обществе только те индивиды, у которых есть большие денежные доходы или сбережения.

Социологический мониторинг причин снижения статуса профессора в обществе показал, что статус профессора и престиж его в современном обществе весьма специфичен. Во все времена социальным престижем обладали люди с высоким уровнем образования, однако в настоящее время это не увязывается с нравственными ценностями неолиберальной идеологии, согласно которым успешность человека в обществе определяется, прежде всего, его деловой хваткой и предприимчивостью. В данной связи вполне объясним тот факт, что более чем треть респондентов (41%), которые приняли участие в исследовании, считают, что фактором изменения статуса профессора послужило общее снижение культуры и нравственности в обществе, а 33% опрошенных считают, что произошло изменение идеологической направленности российского общества. Кроме того, низкая заработная плата, по мнению врачей, (так считают 26%) стала причиной снижения статуса профессора в обществе.

Социологическое мониторинг также показал, что с присвоением звания профессора меняется личный статус врача-ученого во врачебном сообществе.

Так считают почти все участники социологического исследования (98%). Проанализировав результаты данного исследования, следует сделать вывод, что в научно-медицинской организации, в профессиональной среде и среди пациентов к статусу профессора по-прежнему относятся как престижному и высокому, который отличается от других врачебных позиций умениями, навыками и высоким образовательным уровнем. Так считают 66% респондентов, и это объяснимо: врач профессор, не только обладает педагогическим, но и клиническим мастерством, имеет глубокие профессиональные знания и научные достижения. Он же является, как правило, наставником молодого поколения врачей. (См. Табл. 17, Рис. 16, Табл. 18, Рис. 17, Табл. 19, Рис. 18, Табл. 20, Рис. 19, Табл. 21, Рис. 20, Табл. 22, Рис. 21 Приложение 1).

По нашему мнению, что настоящий врач-профессионал обладает комплексом практических клинических знаний, которые он постоянно обновляет в клинической практике с пациентами. Для того, чтобы стать профессором нужно пройти все ступеньки клиники, чтобы подняться на профессиональную вершину, и, как правило, он имеет более высокий уровень теоретической и профессиональной компетентности. При этом следует отметить, что чаще всего идентификация ученого с этой целью, его преданность этой цели, воля для ее достижения, несмотря на всевозможные неудачи, многолетний длительный период нередко достигаются. По словам многих научных сотрудников, ученые, как бы наивно это ни звучало, в большей степени ориентируются на мотивы нематериальные - для них главным, прежде всего, является, спасение жизни людей и возможность самореализации.

Однако это не означает, что материальная составляющая не важна – ведь существует и коммерческая наука, - не так давно появился тип ученого-предпринимателя. Еще одной причиной служит отсутствие необходимой материальной базы для исследований. Эта проблема действительно сегодня крайне актуальна, однако по мере возможности государство совместно с

научными институтами как российскими, так и зарубежными, пытается решить ее, особенно в последние несколько лет. Несмотря на те трудности, которые сопутствуют молодым ученым, «молодежь все равно идет в науку, переносит лишения и занимается любимым делом»⁴⁴⁴.

Анализ мнений опрошенных по поводу изменения их личного статуса в связи с возможным получением звания врача-профессора, подтвердил наличие различия между двумя видами статусов – социальным и личным. Личный статус отражает позицию индивида в семье, в кругу друзей, соседей, и не всегда соотносится с профессиональным статусом (так считают 76% респондентов). В реальной ситуации врач-профессор в медицинской организации оценивается по профессиональным качествам ученого. Но, тем не менее, 24 % опрошенных предполагают, что их личный статус все же повысится с получением звания профессора.

Из анализа причин того, почему не все врачи стремятся получать звание профессора, очевидно, что для большинства среди всех профессиональных групп врачей основной причиной является недостаточность знаний и умений, необходимых для занятий наукой (так считают 63%). Более чем четверть (26%) респондентов считают, что денежное содержание не будет отвечать затратам вложенного труда. И только 11% указывают на недооценку обществом престижа профессора.

Известно, что «публичная значимость медицинской деятельности и ее направленность на охрану здоровья населения обуславливает наличие такого важного условия возникновения и изменения статуса медицинского работника, как медицинское образование»⁴⁴⁵. Медицинское образование является принципиальным фактором, предопределяющим высокую социальную оценку

⁴⁴⁴ Семке В.Я. Мне нравится передавать знания молодежи // URL: http://www.almamater.tsu.ru/show_story.phtml?nom=2507&s=4997 (Дата обращения 15.07.2018).

⁴⁴⁵ Проблемы образовательной подготовки медицинских работников в России <https://wiselawyer.ru/poleznoe/58271-problemy-obrazovatelnoj-podgotovki-medicinskikh-rabotnikov-rossii> (Дата обращения: 05.04.2019).

деятельности врачей, служит главным условием для возникновения их самостоятельной практической деятельности.

Действительно лицо, не обладающее специальными знаниями, практическими умениями и навыками в области медицины, которые приобретаются в процессе получения медицинского образования, не в состоянии качественно оказать медицинскую помощь, то есть должным образом выполнить свои профессиональные обязанности.

Профессиональная компетентность дипломированного врача предполагает владение им набором универсальных, общих и специальных профессиональных компетенций, позволяющих ему полноценно реализовать свои знания, умения и навыки, использовать свой потенциал, осуществлять сложные виды деятельности, оперативно и успешно адаптироваться в профессиональной среде, объективно относиться к той профессиональной ситуации, в рамках которой он действует.

Например, в профессиональном стандарте врача-лечебника, (врача-терапевта участкового), содержится функциональная карта данного вида профессиональной деятельности, в которой подробно расписаны характеристики обобщенных трудовых функции, перечень трудовых действий в рамках каждой из них, а также необходимые умения и знания для их осуществления⁴⁴⁶.

Например, трудовая функция 3.1.2. из данного стандарта «Проведение обследования пациента с целью установления диагноза» содержит следующие трудовые действия:

- сбор жалоб, анамнеза жизни и заболеваний пациента;
- проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);

⁴⁴⁶ Об утверждении профессионального стандарта «врач-лечебник, врач-терапевт участковый»: Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 21.03.2017 № 293н (Зарегистрировано в Минюсте России 06.04.2017 № 46293) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru> (Дата обращения 07.04.2019).

- формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента;

- направление пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;

- направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи);

- проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными;

- установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)⁴⁴⁷.

Таким образом, современный врач должен иметь высокопрофессиональную теоретическую и практическую подготовку, владеть методиками профилактики, ранней диагностики и высокотехнологичной терапии заболеваний.

Известно, что за рубежом обучение профессии врача занимает гораздо больше времени, чем в России. Лидирующие позиции в мировом рейтинге занимает медицинское образование в США, где для того, стать врачом, необходимо 12 лет обучения. Обучение на врача в Швеции занимает 10 лет. Из

⁴⁴⁷ Об утверждении профессионального стандарта «врач-лечебник, врач-терапевт участковый»: Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 21.03.2017 № 293н (Зарегистрировано в Минюсте России 06.04.2017 № 46293) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru> (Дата обращения 07.04.2019).

них обучению в университете отводится только 4 года, а все остальное время — практике в больнице под руководством дипломированного врача. Прохождение практики является обязательным условием для всех, кто хочет работать в Швеции врачом⁴⁴⁸.

На базе знаний и практических навыков, полученных в процессе получения медицинского образования, врачи действительно могут спасать человеческие жизни, и те, кто выбирают профессию врача по призванию, чувствуют моральное удовлетворение, осознают ту пользу, которую они лично приносят обществу.

Следует отметить, что нравственная позиция врача формируется, как правило, еще до того, как он получил право осуществлять медицинскую деятельность. Достаточно часто этот выбор связан с семейной традицией. Но на него могут повлиять и другие факторы - опыт продолжительной болезни близкого человека, личностные качества, обусловленные стремлением помогать больным людям, ранний опыт познания благородных и позитивных задач, которые затем решает врач в процессе всей профессиональной деятельности.

Выбрав профессию врача по призванию, человек практически всегда достигает авторитета и определенного статуса. Личность, выбрав самую гуманную из профессий должна обладать такими качествами, как самоотверженность и милосердие, умение целиком посвятить себя интересам больного.

Будущий врач должен «хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту; доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы пациента, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и

⁴⁴⁸ Образование врачей за рубежом — в США, Канаде, Германии, Швеции, Италии, Израиле, Греции, Австрии, Чехии, Польше. URL: <http://surgeryzone.net/medicina/obrazovanie-vrachej-za-rubezhom-v-ssha-kanade-germanii-shvecii-italii-izraile-grecii-avstriei-chexii-polshe.html> (Дата обращения: 27.06.2018).

совете, беречь и развивать благородные традиции медицины»⁴⁴⁹, - указано в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В целом уровень высшего и послевузовского образования врача – это принципиально важный вопрос, влияющий на качество медицинской помощи оказываемой населению. Современное общество предъявляет новые требования к профессионализму врача, его нравственному облику, и как следствие высокому качеству и квалификации специалистов при самостоятельной профессиональной деятельности.

Основная цель реформирования системы высшего образования в России заключалась в том, чтобы процесс обучения сочетал профессиональные знания, умения и навыки с развитием нравственных и культурных ценностей обучающихся. Такой подход к обучению в медицинских ВУЗах должен был поднять на новый уровень государственную политику в сфере оказания медицинской помощи населению Российской Федерации.

В то же время, ускоренный рост коммерческих вузов, как и коммерциализация высшего образования в нашей стране, непосредственно повлияла на качество обучения всем профессиям, своеобразным образом затронув будущих медиков, у которых серьезно изменилась нравственная позиция. В частности, с каждым годом растет число лиц, которые стремятся получить высшее медицинское образование вовсе не из гуманистических побуждений, или, следуя моде, или понимая, что медицина в нашем обществе – это выгодный бизнес, который приносит быструю отдачу.

Так, результаты социологического исследования (конец 2018 – начало 2019 гг.) показали, что меньше половины (42,7%) ординаторов и аспирантов в значительной степени удовлетворены выбранной профессией. Для данной категории респондентов лечение людей и спасение жизней - это благородное

⁴⁴⁹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // Российская газета. № 5639. 23.11.2011.

призвание. Однако чуть менее трети (32,9%) удовлетворены выбранной профессией в не очень значительной степени. У данной категории молодого поколения врачей отсутствуют определенные представления о значимых важных качествах профессии врача, которая требует самоотверженности, чистоты духа и чистоты помыслов. Также изучение удовлетворенности выбора профессии врача показало, что 23,1% врачей молодого поколения в слабой степени удовлетворены выбранной профессией. В ходе опроса выяснилось, что у 1,4 % ординаторов и аспирантов совсем отсутствует удовлетворенность выбранной профессией. Безусловно, этой категории врачей лучше уйти из профессии, чтобы не нанести вред здоровью пациента. (См. Рис. 88, Приложение 2).

Молодые (будущие врачи) не понимают, что охрана здоровья – не разновидность бытового сервиса, не служба, а служение народу. Выбирая медицину, человек выбирает смысл и стиль своей жизни, он добровольно решается на огромную, иногда мучительную самоотверженность в труде. Незыблемые принципы врачевания, не подвластные времени, выстраданные столетиями, сохраняют свою непоколебимость и обретают особую значимость сегодня⁴⁵⁰.

Безусловно, материальная мотивация труда медицинских работников имеет немаловажное значение в их практической деятельности. Однако конечные результаты самореализации в рамках данной профессии подразумевают не только материальную выгоду, но и моральное удовлетворение. Оно является результатом концентрации усилий, которые направлены, прежде всего, на качественное оказание медицинских услуг. Действительно, сама заинтересованность врача в качестве медицинских услуг стимулирует его дальнейшие действия, социальный эффект от которых

⁴⁵⁰ Современные направления развития педагогической мысли и педагогика И.Е. Шварца // Материалы международной научно-практической конференции (1-2 июня 2009 г., г. Пермь). Часть I.

выражается в улучшении показателей здоровья всего населения или его отдельных групп.

В итоге медицинские дипломы получают лица не только с низким уровнем профессиональной подготовки, но и с потребительским отношением к врачеванию в целом. Тогда речь идет не о призвании, решении посвятить всю свою жизнь медицине, а о сугубо личных интересах потребительского толка. Подобные врачи, приступив к самостоятельной практике, ориентированы вовсе не на конечный результат (выздоровление пациента), часто совершая врачебные ошибки, а на извлечение прибыли от его болезни.

Достаточно острой в нашей стране является проблема переподготовки и дополнительного образования для медицинских работников, а также подготовки и обучения организаторов здравоохранения.

Основная цель профессиональной переподготовки – поддержание на должном уровне, пересмотр, углубление и расширение знаний и навыков медицинских работников. В связи с этим была поставлена задача целенаправленного развития системы дополнительного образования специалистов в области здравоохранения для того, чтобы они могли максимально удовлетворить потребности в профессиональной переподготовке на протяжении всей трудовой деятельности. Инвестирование в развитие кадровых ресурсов здравоохранения способствует усилению систем здравоохранения⁴⁵¹.

Еще с 1982 года в силе действия приказ Минздрава СССР от 20.01.1982 № 44 «О мерах по дальнейшему улучшению подготовки врачебных кадров в интернатуре выпускников лечебных, педиатрических и стоматологических факультетов медицинских институтов и медицинских факультетов

⁴⁵¹ Цифры и факты ЕРБ ВОЗ. – Белград; Копенгаген, 2007. URL: <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0607r.pdf>. (Дата обращения: 20.11.2018).

университетов» (утвержден Минздравом СССР 12.01.1982, Минвузом СССР 20.01.1982)⁴⁵².

Согласно действующей редакции этого приказа, введена первичная специализация (субординатуры и интернатуры) во всех медицинских вузах страны, в значительной степени изменен и перестроен учебный процесс, обеспечивающий завершение общемедицинского образования на пятом курсе и последующую специализацию по основным клиническим профилям в зависимости от потребностей здравоохранения. В рамках этого приказа обозначено обязательное прохождение интернатуры всеми выпускниками медицинских вузов по месту назначения, при анализе деятельности учреждений здравоохранения рекомендовано особое внимание уделять качеству подготовки врачей - интернов и их готовности к самостоятельной деятельности в первичных звеньях здравоохранения⁴⁵³.

Пункт 1.3.6. Положения «О Центральном методическом кабинете по специализации и усовершенствованию врачей и провизоров» Министерства здравоохранения СССР гласит: «усилить контроль за работой органов и учреждений здравоохранения, главных специалистов и медицинских вузов по улучшению организации интернатуры, выполнению врачами-интернами программы обучения, дальнейшему воспитанию у них высоких моральных качеств, общественной и производственной активности, сознательной

⁴⁵² Приказ Минздрава СССР от 20.01.1982 № 44 «О мерах по дальнейшему улучшению подготовки врачебных кадров в интернатуре» (вместе с «Положением об одногодичной специализации (интернатуре) выпускников лечебных, педиатрических и стоматологических факультетов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов», утв. Минздравом СССР 12.01.1982, Минвузом СССР 20.01.1982, «Положением о Центральном методическом кабинете по специализации и усовершенствованию врачей и провизоров Министерства здравоохранения СССР»).

⁴⁵³ Приказ Минздрава СССР от 20.01.1982 № 44 «О мерах по дальнейшему улучшению подготовки врачебных кадров в интернатуре» (вместе с «Положением об одногодичной специализации (интернатуре) выпускников лечебных, педиатрических и стоматологических факультетов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов», утв. Минздравом СССР 12.01.1982, Минвузом СССР 20.01.1982, «Положением о Центральном методическом кабинете по специализации и усовершенствованию врачей и провизоров Министерства здравоохранения СССР»).

дисциплины, ответственности за выполнение профессионального и гражданского долга»⁴⁵⁴.

В соответствии с пунктом 5.2.2 «Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608, утверждены квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»⁴⁵⁵.

С 1 января 2016 года внедрена новая процедура допуска к профессиональной деятельности. Одним из направлений изменения существующих моделей медицинского образования является внедряемая - аккредитация специалиста. Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 1 января 2016 года по 31 декабря 2025 года включительно⁴⁵⁶.

В рамках системы непрерывного медицинского и фармацевтического образования в виде индивидуального пятилетнего цикла обучения по соответствующей специальности первичная специализированная аккредитация проводится после окончания программ ординатуры, после освоения новой квалификации и новых навыков в рамках своей специальности. Повторная

⁴⁵⁴ Приказ Минздрава СССР от 20.01.1982 № 44 «О мерах по дальнейшему улучшению подготовки врачебных кадров в интернатуре» (вместе с «Положением об одногодичной специализации (интернатуре) выпускников лечебных, педиатрических и стоматологических факультетов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов», утв. Минздравом СССР 12.01.1982, Минвузом СССР 20.01.1982, «Положением о Центральном методическом кабинете по специализации и усовершенствованию врачей и провизоров Министерства здравоохранения СССР»).

⁴⁵⁵ Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации: Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 (ред. от 06.04.2019) // Собрание законодательства РФ. 25.06.2012. № 26. Ст. 3526.

⁴⁵⁶ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48, ст. 6724; Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов: Приказ Минздрава России от 22.12.2017 № 1043н. (Зарегистрировано в Минюсте России 19.01.2018 № 49696) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. (Дата обращения 22.01.2018).

аккредитация осуществляется после прохождения пятилетних программ непрерывного профессионального развития.

Современная ситуация в здравоохранении предполагает серьезные преобразования в области подготовки и обучения организаторов здравоохранения. Вопросы и направления профессионального развития кадров здравоохранения отражены в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». Основным правовым актом, определяющим стратегическое направление развития здравоохранения как системообразующей отрасли социальной сферы, является «Стратегия социально-экономического развития страны вплоть до 2020 года»⁴⁵⁷. Именно на ее базе разрабатываются программные документы по государственной кадровой политике в здравоохранении.

К актуальной проблеме модернизации системы российского здравоохранения относится и подготовка управленческих кадров. Квалифицированные медицинские кадры и классные врачи, стремящиеся к управленческой деятельности, должны, прежде всего, «дополнить свои профессиональные умения и навыки познаниями теории и практики управления, кадровой политики, освоить современные принципы управления качеством, получить многопрофильные профессиональные знания (юридические, экономические, психологические, социологические и др.) и особенно навыки управления персоналом современной организации»⁴⁵⁸.

Качество оказываемой медицинской помощи, безусловно, зависит от качества подготовки ее главной движущей силы - медицинского персонала. В последние годы была проведена работа по обновлению образовательных

⁴⁵⁷ О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 598 // Собрание законодательства РФ. 07.05.2012. № 19, ст. 2335.

⁴⁵⁸ Костин А., Пономаренко Б. Стратегия кадровой политики как основа модернизации российского здравоохранения // Государственная служба. 2015. № 4 (96). С. 36.

программ разных врачей-специалистов, определению и внедрению новых стандартизованных подходов к оценке качества их образования.

Тем не менее, в настоящее время обострилась проблема низкого качества оказания медицинских услуг врачами - молодыми выпускниками ординатуры. На наш взгляд, это связано с несколькими обстоятельствами.

Во-первых, «обучение в ординатуре не предусматривает достаточного количества часов практики»⁴⁵⁹.

Во-вторых, «во многих вузах в настоящее время реальное количество часов, отводящихся на практическую подготовку согласно учебным программам, не соответствует федеральным образовательным стандартам»⁴⁶⁰.

В-третьих, данная проблема вызвана все более ухудшающимся качеством образовательного процесса, необходимостью изменения, реформирования образовательных стандартов в связи с требованиями современной медицины.

Следствием недостаточно отработанной системы переподготовки медиков являются «ослабление теоретических знаний, недостаточная отработка практических навыков, что влечет ошибки в постановке диагноза, неправильную интерпретацию проведенных диагностических и лабораторных исследований, консультаций других специалистов, неверное назначение лечения и в конечном итоге - увеличение случаев причинения вреда здоровью пациентов»⁴⁶¹.

В то же время, результаты проведенного социологического исследования автором (конец 2018 – начало 2019 гг.) показали, что абсолютное большинство 83,6 % ординаторов и аспирантов отмечают, что их отношение к выбранной профессии при обучении в ординатуре, аспирантуре не изменилось. Для них главная цель послевузовского профессионального образования - это

⁴⁵⁹ Седов В.М. Ятрогения. СПб.: Человек, 2010. С. 218 - 222.

⁴⁶⁰ Официальный сайт Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии. URL: http://www.gpma.ru/academy/fuc_pk_pp.php. (Дата обращения: 08.05.2019).

⁴⁶¹ Проблемы образовательной подготовки медицинских работников в России <https://wiselawyer.ru/poleznoe/58271-problemy-obrazovatelnoj-podgotovki-medicinskikh-rabotnikov-rossii> (Дата обращения: 05.04.2019).

совершенствование своей практической (клинической) подготовки и повышение их профессионального уровня, а также степени готовности к самостоятельной работе по специальности. Однако у каждого шестого (15,1%) из молодого поколения врачей при обучении в ординатуре, аспирантуре отношение к выбранной профессии изменилось в худшую сторону. Так, завершающий процесс обучения выпускников-медиков, дающий право на самостоятельную работу, разочаровал их в выборе профессии врача-специалиста. При этом абсолютное меньшинство респондентов (1,4%) призналось, что их отношение к выбранной профессии при обучении в ординатуре, аспирантуре изменилось в лучшую сторону. Это свидетельствует о том, что только очень небольшое количество будущих медиков должным образом оценивает тот опыт и знания, которые они могут получить посредством дополнительного образования, как и о том, что специальность врача была выбрана ими безошибочно. (См. Рис. 91, Приложение 2).

Тем не менее, очевидно, что образовательный процесс, как на вузовском этапе, так и на этапе последипломного образования, должен строиться с учетом формирования у российского врача четких представлений и прочных знаний юридической и этической основы своей профессиональной деятельности.

В частности, результаты социологического исследования (конец 2018 – начало 2019 гг.) показали, что почти две трети (63,3%) врачей считают, что для осуществления профессиональной деятельности врача-специалиста им недостаточно правовых знаний. Повышение уровня правовой информированности врачей, по их мнению, позволит свести к минимуму риск нарушения прав пациентов при оказании им медицинской помощи при условии исполнения закона. Знание закона врачом, также является гарантом в части защиты профессиональной деятельности от необоснованных обвинений пациентов. Чуть больше трети (36,7%) врачей считают, что правовых знаний для выполнения должностных обязанностей им достаточно. Такая преступная самоуверенность врача заставляет его полагаться только на собственное мнение

при постановке диагноза и выборе лечения, которая, к сожалению, может привести не только к утрате пациентом здоровья, но и к летальному исходу. (См. Рис. 30, Приложение 2).

Большинство (64%) ординаторов и аспирантов также признались, что им недостаточно правовых знаний для осуществления самостоятельной профессиональной деятельности в качестве врача-специалиста. Данные исследования свидетельствуют о том, что современному врачу еще в ВУЗе необходимо более углубленно изучать право, а также предметы по медицинскому праву в рамках послевузовского образования. Только чуть более трети (36,0%) считают, что им достаточно правовых знаний для осуществления самостоятельной профессиональной деятельности в качестве врача-специалиста. (См. Рис. 92, Приложение 2).

Абсолютное большинство (83,9%) ординаторов и аспирантов считают, что их уровень знаний о юридической ответственности перед пациентом недостаточный, а в связи с этим может возникнуть с ним конфликт. Этот факт позволяет сделать вывод о том, что правовое регулирование медицинской деятельности в настоящее время является одним из приоритетных направлений здравоохранения. В последние годы значительный рост числа жалоб граждан на неправильные или неправомерные действия медицинских работников, свидетельствует о низкой правовой грамотности врача. Именно поэтому абсолютное меньшинство (16,1%) ординаторов и аспирантов считают, что у них имеется достаточный уровень знаний о юридической ответственности врача перед пациентом для того, чтобы предотвратить конфликт. (См. Рис. 93, Приложение 2).

На снижение социального статуса врача также существенно повлияли повсеместное несоблюдение врачами норм этики и деонтологии, равнодушие к пациенту, непонимание страданий больного человека. Известно, что невнимательность врача вызывает у пациента беспокойство, страх и тревогу за свою жизнь и здоровье, поэтому неправильный стиль работы врача,

фамильярность и безразличие к больному человеку влияют на его душевное равновесие, провоцируя конфликт.

Действительно по мере экономической либерализации общества, его культура и нравственность девальвировалась, а нравственные идеалы заменил высокий финансовый доход. Длительное время индивид, который не имел никакого образования, но зарабатывал больше, получал одновременно и более высокий социальный статус, чем образованный человек, имеющий ученое звание. В сознании индивидов это закрепились и сохраняется вплоть до настоящего времени, особенно у тех индивидов, которые не имели, или не имеют никакого отношения к науке.

Соответственно, согласно мнениям пациентов, полученным в ходе социологического мониторинга⁴⁶², на ведущее место среди причин снижения социального статуса врача в современном российском обществе выходит нарушение врачами норм этики и деонтологии - на это указали почти две трети 59% респондентов - пациентов поликлинических услуг, а также более половины (52,7%) пациентов стационара.

На наш взгляд, большой процент неудовлетворенных поликлиническими услугами объясняется тем, что в поликлиниках, как правило, пациент общается с врачом и медсестрой, а в стационаре лечение и уход осуществляет целый медицинский коллектив, с разными нравственными позициями.

Примерно половина (46%) законных представителей несовершеннолетних пациентов также считают, что врачами нарушаются нормы этики и деонтологии, а грубость и бездушные проявляются не только по отношению к ним, но и к их детям. (См. Табл. 24, Рис. 23, Приложение 1).

⁴⁶² Исследование проводилось с 2013 по 2017 гг. в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (См. подробнее: Приложение 1).

Однако сами врачи, хотя и не отрицают данный факт, не совсем согласны с тем, что отсутствие нравственных основ у процесса лечения девальвировало социальный статус врача в обществе.

Меньшее количество респондентов в профессиональной группе врачей (30,6%) и в профессиональной группе с ученым званием и ученой степенью (17%) считают, что именно снижение нравственной культуры девальвирует статус врача в обществе. (См. Табл. 14, Рис. 13, Приложение 1). Не слишком отличается мнение по количеству респондентов в профессиональной группе врачей (24,8%) и в профессиональной группе с ученым званием и ученой степенью (17,6%), которые считают, что причиной снижения статуса врача в обществе послужило снижение качества лечения. (См. Табл. 13, Рис. 12, Приложение 1).

Следует отметить, что на снижение социального статуса врача серьезно повлияло не только моральное разложение медицинского сообщества, но и криминализация сознания медицинских работников. Во многом она обусловлена наличием безответственности и безнаказанности, как со стороны государства, так и со стороны медицинской организации, и находит свое выражение в коррупции.

Как показали результаты социологического исследования (конец 2018 – начало 2019 гг.), большинство (69,8%) врачей считают, что в настоящее время в сфере здравоохранения в достаточной степени обеспечивается ответственность врачей за качественное выполнение ими своих обязанностей. Уголовным кодексом обусловлена ответственность врача, которая устанавливает причинную связь между противоправным действием (бездействием) и наступившим вредом здоровью пациента. Уголовная ответственность врача также применима при получении взятки, халатности, неоказание помощи или ненадлежащие оказание помощи больному. Кроме того, врач несет гражданскую, административную и дисциплинарную ответственность. Меньшинство (13,1%) считают, что врач в низкой степени несет

ответственность, а 17,2% утверждают, что врач в недостаточной степени несет ответственность за качественное выполнение своих обязанностей. Это обусловлено проблемой медико-правовой неграмотности практикующих врачей и их правовым нигилизмом, непринятием личностью права в качестве социального института, отвержением системы норм поведения, которая в состоянии успешно управлять взаимоотношениями в сфере медицины. (См. Рис. 113, Приложение 2).

В то же время почти две трети (63,9%) пациентов считают, что уровень ответственности медицинских работников за качественное выполнение своих должностных обязанностей в государственных поликлиниках и больницах понижается. Более четверти 25,5% опрошенных пациентов полагают, что уровень ответственности врача не меняется. Данная категория пациентов не осознает, что кроме ответственности уголовной и гражданской, в государственных медицинских организациях врач несет дополнительную ответственность за оформление медицинской документации, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по Программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в рамках ОМС и ВМП. Анализ мнений пациентов подтверждает их низкую осведомленность (всего у 10% пациентов) о современной концепции социальной защиты по предоставлению населению бесплатного оказания медицинской помощи, и именно они считают, что уровень ответственности врача в государственных медицинских учреждениях повышается. (См. Рис. 114 Приложение 2).

С одной стороны, на современном этапе развития российского общества политика государства по борьбе с коррупцией приобретает все большую актуальность. Концепция государственной реформы в этой области сводится к тому, что эффективность борьбы с коррупционными проявлениями во многом зависит от взаимодействия всех ветвей власти во всех отраслях страны.

В настоящее время антикоррупционные меры государства набирают силу относительно поведения должностных лиц, и в том числе, сотрудников отрасли здравоохранения. В отношении медицинских и фармацевтических работников установлены ограничения, связанные с их профессиональной деятельностью по недопущению ущемления прав и интересов пациентов. Основными целями Федерального закона № 273-ФЗ «О противодействии коррупции»⁴⁶³ и принятия мер по профилактике коррупции, является обеспечение добросовестной работы учреждения и поведения работников.

Основными мерами профилактики коррупции служат контроль за добросовестным выполнением должностных обязанностей сотрудника, развитие воспитательных функций правосознания и ценностных ориентиров у работников медицинского учреждения. Локальные нормативные акты, стандарты, процедуры поведения сотрудников воплощают в себе основные ценности и устанавливают обязательные для всех работников этические и правовые требования, являясь практическим руководством к действию.

С другой стороны, общий объем коррупционного рынка в России оценивают в 1 триллион рублей. Чистый ущерб от деятельности коррупционеров за 2015-2017 гг. составил 148 млрд руб.⁴⁶⁴ Однако коррупционные деяния - удел не только крупных чиновников и бизнесменов. Широко распространены так называемые «бытовые» взятки. Обыденность этих явлений дает повод правоохранителям говорить о том, что победить взяточничество в России очень трудно⁴⁶⁵.

Взяточничество в различных отраслях России, является основной и самой распространенной формой коррупции, это отрицательный социальный феномен, который тормозит развитие социально-экономических, политических,

⁴⁶³ О противодействии коррупции: Федеральный закон от 25.12.2008 № 273-ФЗ (ред. от 30.10.2018) // Собрание законодательства РФ. 29.12.2008. № 52 (ч. 1). Ст. 6228.

⁴⁶⁴ Маляренко Е. Чайка назвал сумму ущерба от коррупционных преступлений в России. URL: <https://www.rbc.ru/society/08/12/2017/5a29de869a794745bc4639a1> (Дата обращения: 14.09.2018).

⁴⁶⁵ Интернет-журнал «Дзержинск». События в России. Взятки: низы хотят, верхи не могут? <http://dzerzhinsk.nnov.org/sobytiya-v-rossii/2313794.html> (Дата обращения: 16.09.2019).

организационно-правовых и идеологических отношений в обществе и негативно сказывается в целом на его развитии.

Если говорить о здравоохранении, то масштабы взяточничества и коррупции в России в этой сфере особенно велики – ими охвачены практически все слои населения. Это связано с тем, что каждый член общества является потенциальным потребителем медицинских услуг. К коррупционным деяниям медицинских работников и должностных лиц относятся следующие: злоупотребление служебным положением, дача взятки, получение взятки, злоупотребление полномочиями, коммерческий подкуп и так называемые неформальные платежи.

В частности, результаты социологического исследования, проведенного лично автором (2018 – 2019 гг.) показали, что большинство, практически две трети (65,8%) врачей считают, что получение неформальной платы за оказываемые врачами услуги случается редко. Меньше четверти из них считают, что ее не бывает совсем. Однако 8,7 % врачей признают, что неформальная плата за оказываемые услуги имеет место достаточно часто, и всего лишь 0,8% респондентов считают, что неформальные платежи бывают часто. (См. Рис. 109, Приложение 2). Опрос показал, что такое негативное социально-правовое явление как неформальные платежи за оказываемые врачами услуги в сфере здравоохранения действительно имеются, и это признают сами врачи. Несмотря на относительную немногочисленность «коррупционных» дел в отношении врачей и их пациентов в России, в подобных правонарушениях всё же прослеживается определённая закономерность, поскольку вручение несанкционированных подарков врачам от пациентов регулярно происходят в России в целом.

Основной причиной такого неформального поведения является то, что в медицинской среде расходятся представления о законности, предоставленные преимущества и денежная выгода делают жизнь в сфере здравоохранения еще более несправедливой и конфликтной.

В то же время подавляющее большинство (74%) ординаторов и аспирантов считают, что получение неформальной платы за оказываемые врачами случается редко. Это позволяет сделать вывод о том, что подобное негативное социальное явление, имеющее довольно сложную, многоуровневую структуру, «снижает свои обороты». При этом примерно равное число опрошенных из этой группы считают, что неформальная плата за оказываемые врачами услуги бывает часто (11,5% ответов) и что не бывает совсем (14,5% ответов). Возможно, что эти респонденты просто боятся правдиво отвечать на вопрос из-за возможного привлечения к ответственности. Так же следует отметить, что прямые вымогательства взятки со стороны медиков сегодня стали гораздо более редким явлением, нежели раньше. Хотя в общественном сознании превалирует стереотип, согласно которому ситуация, сложившаяся в отечественном здравоохранении, провоцирует коррупционные проявления.

В отношении оценки случаев неформальных платежей со стороны пациентов интересен тот факт, что абсолютное равное количество пациентов (по 42,1%) показали совершенно разное восприятие в отношении распространения в медицинских учреждениях неформальной платы за услуги, оказываемые врачами. Так, одна часть пациентов считает, что они сталкивались с подобными проявлениями в медицине часто, а вторая часть респондентов считает, что редко. Интересно, что, несмотря на массовую распространенность данного явления, только 11,7 % от числа опрошенных пациентов не попадали в ситуацию, связанную с получением неформальных платежей. Вполне возможно, что данная категория пациентов при столкновении с коррупционной ситуацией занимают позицию правового решения проблемы, т.е. не принимают дачу взятки врачу. 4,1% респондентов считают, что получение врачами неформальной платы за оказываемые услуги имеет место постоянно. Очевидно, что данная категория пациентов не желает бороться с коррумпированным поведением в сфере медицины, что свидетельствует о правовом нигилизме в обществе. (См. Рис. 109. Приложение 2).

В большинстве случаев медицинским работникам свойственна низовая коррупция, они занимаются мздоимством в рамках сложившихся трудовых отношений. По существу, коррупционером может стать любой недобросовестный работник, наделенный правом распределять ресурсы и оказывать медицинские услуги. Объясняется это безнаказанностью и маловероятностью наказания⁴⁶⁶. При этом следует согласиться с Е.В. Епифановой, что «субъектом получения взятки является только должностное лицо, а если это медицинский работник, то он не является таковым, к тому же он не вымогает взятку»⁴⁶⁷.

Кроме того, дело в том, что изначально получение врачом взятки явно не предполагается, - он просто выполняет в полном объеме и качественно свои должностные обязанности до момента завершения лечения, следовательно, и не может быть привлечен к уголовной ответственности за получение взятки. В результате получения «взятки-подарка» он не создает общественной опасности, поскольку это благодарность (подарок) пациента, по его собственному волеизъявлению. И такое мировоззрение у врача прочно закрепилось, он считает, что за добросовестную работу, с положительной динамикой состояния здоровья пациента, он получил заслуженное вознаграждение.

Следует отметить, что факт взятничества и поборов, а порой даже и вымогательства в сфере здравоохранения не возник сам по себе, его основным фактором послужила низкая заработная плата и социальная незащищенность медицинских работников со стороны государства. Все это с течением времени меняло идеологию и гуманистическое начало врачебного сообщества, а также порождало в его рядах сомнение в выборе такой сложной в физическом и эмоциональном плане профессии.

Таким образом, с одной стороны, серьезно понизили статус врачей неудовлетворенность людей качеством оказания медицинской помощи,

⁴⁶⁶ Абузярова Н.А. Коррупционные проявления в трудовых отношениях // Журнал российского права. 2012. № 12. С. 52.

⁴⁶⁷ Епифанова Е.В. Подарок, чаевые или взятка // Журнал Медицинское право. 2012. № 5. С. 28 - 36.

вымышленные диагнозы, связанные с непрофессионализмом и коммерциализацией врачебного сообщества, низкой культурой врачевания, принявшего, к тому же потребительский, а порой и криминальный характер. Кроме того, на него серьезно повлияла трансформация идеологии поведения врача, которая, в условиях криминализации сознания общества, базировалась на незаконном обогащении и безнаказанности, при полном отсутствии медицинской этики и деонтологии.

С другой стороны, недооценка обществом сложных, тяжелых и порой и вредных условий труда, очевидный недостаток материального и морального стимулирования его профессиональной деятельности, вызывает у врача неудовлетворенность своим статусом в обществе. Она, в свою очередь, во многом обуславливает незаинтересованность врачей в качественном оказании медицинской помощи, их бездушие и безразличие по отношению к пациенту, что находит выражение в феноменах, связанных с девиантным поведением врачей.

3.3. Эмоциональное выгорание и профессиональные деформации личности врача

Сегодня, «на фоне широкомасштабных либеральных социально-экономических преобразований, затронувших и сферу здравоохранения, кардинально меняется содержание труда врача, трансформируются социальные отношения между врачом и пациентом. Это приводит к существенным профессиональным сдвигам в структуре личности врача, предопределяющим его готовность жить и работать в новых социальных условиях»⁴⁶⁸.

Так, результаты социологического исследования (конец 2018 – начало 2019 гг.) показали, что, с одной стороны, почти две трети (66,2%) врачей в

⁴⁶⁸ Осипова Н.Г., Семина Т.В. Идеальный тип и профессиональные деформации личности врача в условиях современного этапа глобализации // Общество: социология, психология, педагогика. 2017. № 5. С. 32.

значительной степени удовлетворены выбранной профессией врача. У данной категории врачей профессиональное самоопределение является результатом сознательного выбора профессии. Человеческая жизнь становится для них главной ценностью, а здоровье человека возводится в ранг жизненных приоритетов. Примерно каждый пятый врач (19,4%) в не очень значительной степени удовлетворен выбранной профессией врача, а в слабой степени удовлетворено всего 8,6% врачей. Профессиональное самоопределение успешности врача для данной категории явилось лишь начальным этапом, в виду сложных условий труда трансформировалось в преобладание внутренних социальных мотивов. Наименьшее количество (5,8%) врачей отличает полное отсутствие удовлетворенности от выбранной профессии. У данной категории врачей представления интегрируются на личностном уровне индивидуальной смысловой системы мотивов, а профессия не удовлетворяет самого врача ни морально, ни материально. Однако интересно, что подавляющее большинство (71,3%) ординаторов и аспирантов ответили, что они не готовы сменить свою профессию врача.

С другой стороны, к сожалению, больше четверти (28,7%) лиц из молодого поколения все же готовы поменять профессию врача. Молодые специалисты уходят в те области, где нет высокой ответственности, но есть нормированный рабочий день. Причиной также служит снижение статуса врача в обществе, необоснованные жалобы, оскорбления врачей, даже ненависть к тем, кто из последних сил, за относительно невысокую зарплату, имея огромные обязанности и не имея в полном объеме прав, каждый день спасает человеческие жизни. (См. Рис. 177-184, Приложение 2).

Действительно, труд врача относится к сложным видам труда в физическом и психологическом плане. Специфика профессиональной медицинской деятельности заключается, в том, что она связана высокой степенью ответственности за жизнь больного, с врачебным риском нанесения различной степени вреда здоровью или смерти пациента.

И сегодня нередко врач рискует своим здоровьем, спасая жизнь больному, так как врач не вправе отказать в помощи инфицированному или психически нездоровому пациенту, и в других чрезвычайных ситуациях, где человеческая жизнь попадает под угрозу смерти. В военное время и времена переворотов, путчей врачи иногда под обстрелами, спасают человеческие жизни. Общество не всегда полноценно оценивает, что врачи, рискуя порой своим физическим здоровьем, может заразиться от пациента неизлечимым инфекционным заболеванием, спасая другие человеческие жизни. Например, оказывая помощь африканским странам в борьбе против лихорадки Эбола, направленные врачи рискуют собственной жизнью, пытаясь спасти зараженных пациентов, во время проведения обследования пациентов, приходится сталкиваться лицом к лицу со смертью.

В работе врача более чем в других областях, заложены высокие требования к оперативным качествам. Сотрудникам приходится работать в жестком дефиците рабочего времени с максимальной психической нагрузкой. Практически у всего медицинского персонала возникает необходимость работать сверх нормы, времени на восстановление жизненной активности практически не остается – в результате хроническая усталость, эмоциональное истощение.

Врачам также часто приходится принимать ответственные решения в сжатые сроки, на протяжении всего рабочего дня выслушивать жалобы больных на здоровье и др. Эти повседневные выслушивания жалоб больных, часто повторяющиеся негативные события способны вызвать острые переживания, депрессию и, наконец, перерасти в стресс.

С одной стороны, стресс является защитной реакцией организма на защитную психическую нагрузку. Так Г. Селье в своих работах акцентировал внимание на биологических аспектах стресса и описал «общий адаптационный синдром», считая, что человек, находящийся в стрессе, реагирует на него благодаря «объединенному унифицированному защитному механизму». Г.

Селье выделил и положительную роль стресса, его важное социальное значение. Стресс, по его мнению, многолик: это не только повреждения и болезни, «но и важнейший инструмент тренировки и закаливания, ибо стресс помогает повышению сопротивляемости организма, тренирует его защитные механизмы»⁴⁶⁹.

Профессиональный стресс медицинских работников является полифакторным феноменом, оказывающим независимое воздействие на взаимоотношения с пациентом. В психологии и физиологии труда выявлено и изучено большое количество «производственных» стрессогенных факторов. Среди них выделяют физические стресс-факторы – вредные и опасные условия труда. Физиологические – сменный график работы, отсутствие режима питания, ролевая неопределенность, межличностные конфликты, дефицит времени, структурно-организационные факторы⁴⁷⁰.

По мнению Б.А. Ясько, «стрессогенные факторы в труде врача характеризуются психоэмоциональными особенностями, которые имеют выраженную модальность: от ситуативной тревожности, беспокойства, в ситуациях безнадёжности пациентов, до чувства радости, приподнятого общего уровня настроения, в связи с выздоровлением пациента»⁴⁷¹.

Для избегания психической травматизации, происходящей вследствие бессознательной идентификации себя с пациентами и сопереживания их проблемам, личностью врача вырабатываются определенные защитные приемы, которые нередко воспринимаются другими как профессионально-личностные деформации⁴⁷². Ими могут быть, например, избегание больного путем перенаправление его к другому специалисту или уход от живого общения с пациентом в виду необходимости заполнить большой объем

⁴⁶⁹ Концепция Г. Селье о стрессе. URL: <http://bookap.info/genpsy/kameneckiy/gl3.shtm> (Дата обращения: 15.04.2018).

⁴⁷⁰ Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. М.: Кокс Т. Стресс. 1998.

⁴⁷¹ Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: Курс лекций. Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. С. 15.

⁴⁷² Маркова А.К. Психология профессионализма. М.: Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996.

медицинской документации и т.п. Чисто внешне эти формы поведения воспринимаются как отсутствие профессионального интереса врача к больному и безразличие. Однако на самом деле они достаточно типичны именно для синдрома эмоционального выгорания личности врача.

Для «синдрома эмоционального выгорания» врача характерно чувство хронической усталости, эмоционального истощения и опустошенности, смены настроения, раздражительность, неудовлетворенность работой, толерантность к просьбам пациентов о поддержке и помощи, депрессия, личностная отстраненность, формальность и грубость при выполнении профессиональных обязанностей, которое нарушает взаимоотношения с пациентом и приводит к конфликтам.

Согласно А.В. Махнач, «медицинские работники подвергаются стрессу, сталкиваясь с эмоциональными перегрузками из-за интенсивной работы с большим количеством людей, страдающих от самых разных личностных, физических и социальных проблем, что влечет за собой синдром эмоционального истощения, деперсонализации и снижения уровня личных достижений»⁴⁷³.

Эмоциональное истощение среди современных медицинских работников достигает еще большей силы из-за сокращения рабочих мест в результате реорганизационных процессов в сфере здравоохранения, изменением функциональных обязанностей и все большей направленностью медицинского учреждения на получение прибыли, что в целом негативно сказывается на работе с пациентами.

Эмоциональное истощение может перейти в эмоциональное выгорание. Такое состояние связано с эмоционально-нравственной дезориентацией, редукцией профессиональных обязанностей, неудовлетворённостью социальным статусом и т.д.

⁴⁷³ См.: Махнач А.В. Компонентный анализ психического состояния человека в особых условиях деятельности // Психологический журнал. 1991. № 1. С. 66 - 75.

Данные социологического исследования проведенного автором (конец 2018 – начало 2019 гг.)⁴⁷⁴ свидетельствуют о том, что среди причин, характеризующих психическое выгорание врача, постоянно присутствуют: смерть пациента (56,9%); высокая ответственность за результаты лечения (53,1%); профессиональная беспомощность, чувство вины перед родственниками пациента (51,5%); непредсказуемость результатов лечения (45,7%); невозможность установить диагноз больному (45,6%); необходимость принимать сложные и ответственные решения в сжатые сроки (45%).

Часто присутствуют повышенная напряженность в работе (59,3%) и неподобающее поведение пациентов (54,7%); судебные разбирательства (50%); страха заразиться от пациента (49,4%). Редко присутствуют чувство повышенного риска ошибки при назначении лечения (69,4%); необходимость работать сверх нормы (48,1%).

В то же время среди причин совсем отсутствуют сменный график работы, отсутствия режима питания (62,7%); ошибки в расчетах при назначении лечения (56,9%); необходимость на протяжении рабочего дня выслушивать жалобы больных на здоровье (52,7%).

Если говорить о причинах, характеризующих психическое выгорание врача с точки зрения ординаторов, постоянно присутствуют: необходимость работать сверх нормы (62%); повышенная напряженность в работе (61,7%); высокая ответственность за результаты лечения (47,8%); необходимость принимать сложные и ответственные решения в сжатые сроки (44,4%); смерть пациента (56,9%).

Часто присутствуют сменный график работы, отсутствия режима питания (52,3%); необходимость принимать сложные и ответственные решения в сжатые сроки (48,6%); неподобающее поведение пациентов (46,5%); смерть пациента (41,4%). Редко присутствуют ошибки в расчетах при назначении

⁴⁷⁴ Исследование проводилось в конце 2018 - начале 2019 гг. в нескольких федеральных и областных медицинских учреждениях на территории Российской Федерации (См. подробнее: Приложение № 2).

лечения (61,6%); невозможность установить диагноз больному (51,9%); профессиональная беспомощность, чувство вины перед родственниками пациента (49,2%); страха заразиться от пациента (47,5%); непредсказуемость результатов лечения (42,5%); чувство повышенного риска ошибки при назначении лечения (41,8%); судебные разбирательства (40,4%).

В отличие от оценок врачей среди оценок ординаторов причин эмоциональной, психической перегрузки врачей преобладают необходимость работать сверх нормы, повышенная напряженность в работе и сменный график работы, отсутствия режима питания, что говорит о недостаточной эмоциональной, психической подготовленности ординаторов к работе врача. (См. Рис. 162, 163, Приложение 2).

Результаты социологического мониторинга, проведенного автором⁴⁷⁵, показали, что почти две трети врачей (61,8%) испытывают профессиональный стресс по причине боязни заразиться от пациента различными заболеваниями, в том числе и неизлечимыми. Действительно, большинство врачей работают во вредных и опасных условиях, которые обуславливают рост профессиональной заболеваемости среди медицинских работников (См. Табл. 9, 10, Рис. 10, Приложение 1).

Во-первых, профессиональные заболевания наступают от воздействия биологических факторов, то есть в результате заражения от инфицированных больных, например, гепатитом, туберкулезом и т.п.

Во-вторых, наблюдаются профессиональные заболевания токсико-химической этиологии, токсико-аллергические гепатиты, катаральный ринит и хронический атрофический ринит, контактные неаллергические дерматиты.

В-третьих, профессиональные заболевания обусловлены действием физических факторов. Это лучевая болезнь, профессиональные лейкозы, рак

⁴⁷⁵ Исследование проводилось с 2013 по 2017 гг. в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (См. подробнее: Приложение 1).

кожи от воздействия рентгеновских лучей и воздействия лазерного излучения, ультразвука.

Целый ряд инфекций, переносимых с кровью, может передаваться через иглы, попадать на слизистые оболочки ротовой полости, носа и глаз, либо проникать через поврежденную кожу. Точное количество таких повреждений неизвестно, но было подсчитано, что их только в США ежегодно их происходит более 500 тыс., а по меньшей мере в 5 тыс. случаях происходит контакт с ВИЧ-инфицированной кровью больного. По оценкам зарубежных авторов, в 15% случаев при выполнении процедур за операционным столом, по крайней мере, один человек укалывается иглой, 50% таких контактов связано с кровью⁴⁷⁶. Кроме того, в последние годы наблюдаются случаи, когда врачи заражаются от пациентов «инфекциями неизвестного происхождения».

Все это служит профессиональными стресс-факторами, поскольку врач, оказывая помощь инфицированному пациенту, безусловно, испытывает страх заразиться от него неизлечимой болезнью, а отказать нуждающемуся в медицинской помощи он не имеет права.

Серьезным стрессогенным фактором является общение с тяжелобольными пациентами, с и их родственниками, которые также находятся в состоянии стресса.

Как показали результаты социологического исследования (конец 2018 – начало 2019 гг.) среди причин, характеризующих психическое выгорание пациентов, часто присутствуют: невозможность установить врачом диагноз (53,1%); повышенный риск ошибки при назначении лечения (52,6%); невысокая ответственность врача за результаты лечения (42,8%); большая затрата времени на лечение (41,5%).

Кроме того, у пациентов часто присутствуют чувство тревожности, беспокойства в ходе лечения (66,1%); потеря смысла лечения, разочарование

⁴⁷⁶ Мокина Н. Профессиональные заболевания медицинских работников // Медицинская газета. № 97. 16.12. 2011. С. 8.

(37,3%); ощущение бесполезности лечения, желание все бросить (30%). Редко присутствуют повышенная раздражительность при общении с врачом, переход на повышенные тона (54,5%) и полностью отсутствует ощущение бесполезности лечения, желание все бросить (39,7%); потеря смысла лечения, разочарование (32%). (См. Рис. 163, Приложение 2).

В то же время анализ показывает⁴⁷⁷, что только 3,8% врачей испытывают стресс от общения с тяжелобольными. При этом гораздо чаще этот фактор обуславливает стрессы у врачей младшей возрастной группы (от 29 до 39 лет). Это объясняется тем, что у молодых врачей недостаточно опыта и квалификации для лечения тяжелобольного пациента, в связи с чем они и получают стресс в большей степени. Врачи, имеющие более зрелый возраст и квалификацию, считают, что как у врача, так и тяжелобольного пациента сохраняется вера в выздоровление.

Социологический анализ позволил установить, что практически каждый шестой врач (14,5%) испытывает стресс от общения с пациентом - «сутяжной личностью». Однако всего 1% в возрастной группе 50-59 лет и 3% в возрастной группе 60-69 лет обозначили данный фактор (См. Табл. 8, Рис. 9, Приложение 1).

Следует полагать, что у старшего поколения врачей более высокий уровень квалификации и нормированное целенаправленное поведение основано на знаниях. Кроме того, на протяжении всего длительного периода трудовой деятельности они сталкивались с подобной категорией пациентов, и у них появилась стрессоустойчивость. Они знают, что такая категория пациентов способна вести себя агрессивно, а иногда социопатический пациент, в хаотическом порядке, не обращая внимания на статус врача, оскорбляет врача, угрожает физической расправой.

⁴⁷⁷ Исследование проводилось с 2013 по 2017 гг. в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (См. подробнее: Приложение 1).

Интересен тот факт, что в ходе изучения причин профессиональных стрессов врачей установлены интересные корреляции между степенью выгорания и возрастом: чем старше врач, тем меньше стресс он испытывает, значит выше фаза сопротивления и приспособления к самосохранению. Из этого следует сделать вывод, что сопротивление врача старшего поколения осуществляется посредством адаптации к привычным условиям, а также за счет высокого уровня профессионализма.

В обществе принято считать, что в конфликтах между врачом и пациентом виновен врач, так как пациент «слабая сторона» т.е. больной человек, поэтому «пациент всегда прав». Крайне тяжело общаться в любом месте с «сутяжником», но вдвойне тяжелее общаться в медицинском учреждении. Сутяжный пациент выступает в роли потенциального врага, который годами необоснованно жалуется во все возможные инстанции. Бесконечные жалобы не только снижает статус врача в коллективе, но и перед высшим руководством, так же подвергают его стрессу на длительный период времени.

Так как лечащий врач не может ничего предпринять, он обязан лечить данного больного человека, и в любом случае оказывать ему медицинскую помощь. Все варианты общения врача с пациентом «сутяжной личностью» имеют отрицательные последствия, агрессивное поведение, выражающее в готовности к агрессии, а также в склонности воспринимать и интерпретировать поведение врача как враждебное. Непреодолимая сутяжническая деятельность такого пациента, выражается в борьбе за свои права и ущемлённые интересы, часто вымышленные, выражается это субъективно, как сутяжный бред. Поведение таких пациентов выражается в жалобах не руководителю медицинского учреждения, а во все возможные инстанции, агрессивное поведение направлено на удовлетворение своего мировосприятия и миропонимания. И все время врач должен быть терпелив к необоснованным жалобам, так как врачебная деятельность не только сопряжена с высокими

морально-этическими требованиями, но и оказанием помощи больному человеку. Внешнее спокойствие не выдает внутреннего эмоционального истощения, и утраты физического и психологического здоровья врача.

В последнее время, в результате безнаказанности, увеличилось количество пациентов - поведение которых бывает бессмысленно, агрессивно и конфликтно. Кверулянты (от латинского *querulus* — жалующийся), представляют группу психопатических личностей. Такие пациенты жалуются во всевозможные инстанции и исходным пунктом такого сутяжного поведения является, как правило судебное разбирательство. Судья единолично в первой инстанции рассматривает разные дела и мотив различных дел неясен до конца на фоне жестких дискуссий по вопросу об унификации и дифференциации процессуальной формы производства по разным категориям дел, отличающимся друг от друга по каким-то юридически значимым признакам. Конкретная жизненная ситуация, тем более по утрате здоровья для судьи оказывается намного сложнее, чем комментарий, который устанавливает законодатель для регулирования тех или иных судебных дел. Поэтому применяя закон, единолично судья часто сталкивается со сложной задачей в принятии справедливого и объективного судебного решения. Нередко, руководствуясь реальными фактами, судебное решение выносится не в пользу «истца — сутяжника», что и истолковывается им как чрезмерная и явная несправедливость, обязывающая к протесту. Начинается длительная, упорная, все обостряющаяся борьба путем жалоб, протестов, возбуждения новых дел, апеллирования в высшие инстанции и т. д. Судебные тяжбы длятся годами, и это дает повод к новым протестам «сутяжника - пациента», к оскорбительным выходкам в адрес врача, медицинской организации и уже суда.

В таких случаях, под сомнение попадает общепринятое высказывание «пациент всегда прав». Пациент «сутяжная личность», заведомо зная свою безнаказанность, злоупотребляющий своим гражданским правом, преследует цель конфликта, желая обратить на себя внимание надзорных организаций,

нередко прибегает к социально опасным поступкам, относительно врача и медицинской организации. Воинственное настроение связано с надуманными правами личности, юридической несправедливости, стремлением бороться против понесенной несправедливости и во что бы то ни стало добиваться восстановления своих «прав», что не соответствует фактической действительности в обвинении врача. Такие пациенты жалуются во всевозможные инстанции, и исходным пунктом такого сутяжного поведения является судебное разбирательство.

Как показало социологическое исследование, проведенное автором (конец 2018 – начало 2019 гг.) практически половина (48,7%) ординаторов и аспирантов считают, что злоупотребление правом со стороны недобросовестных или конфликтных пациентов происходит из-за чувства безнаказанности. Более трети (32,9%) молодого поколения врачей считают, что «сутяжный» пациент вступает в конфликт из-за надуманных, несоответствующих прав личности. Так же 19,1% респондентов считают, что принципиальные пациенты из-за стремления бороться против имевшей место «несправедливости» во что бы то ни стало, добиваются «восстановления своих прав». Менее четверти (21,7%) ординаторов и аспирантов считают, что часть пациентов вступает в конфликт из-за желания обратить на себя внимание надзорных организаций.

Только 5,9% молодого поколения врачей полагает, что конфликт пациента с врачом может быть по разным причинам, в том числе, и из-за некачественного оказания медицинской помощи. (См. Рис. 85, Приложение 2.)

Из этого следует сделать вывод, что такой пациент необоснованно причиняет нравственные страдания врачу, посягает на достоинство его личности. Весь длительный период конфликта врач с затруднением выполняет свои профессиональные обязанности по спасению жизни людей, находится в тяжелом стрессовом состоянии, и в такой период времени может быть

допущена врачебная ошибка, которая может стоить другой невинной человеческой жизни.

К серьезному стрессу может привести конфликт, когда врач идет на риск, определяемый В.А. Глушковым как «правомерное применение для спасения жизни, сохранения здоровья больного лечебно-диагностических мероприятий (в обычных условиях, не применяющихся ввиду их определенной опасности), если положительный результат недостижим традиционными, проверенными средствами. При правомерном врачебном риске медицинский работник как бы пренебрегает предвидением вредных последствий для больного и <...> такая позиция является единственным выходом в клинической ситуации»⁴⁷⁸.

Однако бывают случаи, что пациент умирает, хотя врачом было предпринято все для спасения его жизни, а со стороны родственников пациента имеют место агрессивные действия. Врач, принимая во внимание «угрызение совести», как правило, не отвечает на агрессию и оскорбления со стороны родственников. Агрессивность поведения родственников проявляется реакцией на страдания, в результате внезапных травмирующих обстоятельств. Крайне трудно устранить конфликт и облегчить коммуникацию между врачом и родственником, который потерял близкого человека, так как боль утраты не позволяет прекратить противоборство и снять противоречия мирным путем, даже если врачом использованы все пути разрешения конфликта и предпринято все для спасения жизни пациента.

Ситуации, обозначенные выше, в совокупности причиняют нравственные страдания врачу, ущемляют его личное достоинство. Весь длительный период конфликта врач с затруднением выполняет свои профессиональные обязанности по спасению жизни людей, находится в тяжелом стрессовом состоянии, и в такой период времени может быть допущена врачебная ошибка, которая может стоить другой невинной человеческой жизни.

⁴⁷⁸ Глушков В.А. Ответственность за преступления в области здравоохранения. Киев: Высшая школа, 1987.

На наш взгляд, «синдром профессионального выгорания, который часто просто рассматривается как специфическая разновидность «психического выгорания», - это, в первую очередь, психически обусловленный феномен, который соответственно и проявляется в различных психических состояниях личности»⁴⁷⁹. «Профессиональные деформации, в отличие от синдрома профессионального выгорания, - это социально обусловленный феномен, который затрагивает именно социальную структуру личности и выражается в социальном поведении отклоняющегося от профессиональных стандартов типа»⁴⁸⁰.

Как отмечал исследователь Э.Ф. Зеер, «каждая профессия имеет свой ансамбль деформаций»⁴⁸¹, которые неизбежны. «Этот ученый выделял четыре типа профессиональных деформаций личности, которые целесообразно раскрыть на примере врачебного сообщества.

Первый тип представляют общепрофессиональные деформации: хотя степень выраженности деформаций данного типа различна, они делают работников узнаваемыми, похожими. Например, у врачей – это синдром «сострадательной усталости» (эмоциональная индифферентность к страданиям больных).

Второй тип составляют специальные профессиональные деформации, характерные для отдельных разновидностей профессий. Так, у терапевтов – это постановка угрожающих (ложных) диагнозов; у хирургов – циничность и халатность; у медицинских сестер - черствость и равнодушие.

⁴⁷⁹ Осипова Н. Г., Семина Т. В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2017. № 3. С. 17; Осипова Н.Г., Семина Т.В. Идеальный тип и профессиональные деформации личности врача в условиях современного этапа глобализации // Общество: социология, психология, педагогика. 2017. № 5. С. 32.

⁴⁸⁰ Осипова Н. Г., Семина Т. В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2017. № 3. С. 17; Осипова Н.Г., Семина Т.В. Идеальный тип и профессиональные деформации личности врача в условиях современного этапа глобализации // Общество: социология, психология, педагогика. 2017. № 5. С. 32.

⁴⁸¹ Зеер Э.Ф. Психология личностно ориентированного профессионального образования. Екатеринбург: УГПУ, 2000. С. 45 - 54.

К третьему типу относятся деформации, которые обусловлены наложением индивидуально-психологических особенностей личности (темперамента, способностей, характера) на профессиональную структуру деятельности.

В здравоохранении к этому типу можно отнести явление пермисивизма в медицине (от лат. *permissio* - повиновение, позволение), которое означает превращение врача в лицо без нравственных принципов, в служащего, повинующегося и исполняющего желания пациента в любом диапазоне: от эвтаназии и аборта до пластических операций разного типа, включая трансплантацию лица, если это желание подкреплено соответствующим материальным вознаграждением. К нему же относится комплекс деформации способностей (организаторских, коммуникативных, интеллектуальных и др.) или же черт характера, находящий у врачей выражение в ярком чувстве «превосходства» над больным, выраженном в соответствующем надменном или агрессивном поведении; гипертрофированном уровне притязаний; завышенной самооценке или просто нарциссизме.

Четвертый тип - индивидуализированные деформации - обусловлены чрезмерным развитием отдельных профессионально важных качеств в результате многолетней профессиональной деятельности. Психологическое сращивание личности и профессии приводит, например, к гиперактивности в виде трудового фанатизма, не подкрепленного эффективными результатами профессиональной деятельности⁴⁸²⁴⁸³.

⁴⁸² Зеер Э.Ф. Психология профессий. Екатеринбург: 1999. С. 205 - 207.

⁴⁸³ Осипова Н. Г., Семина Т. В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2017. № 3. С. 17 - 18; Осипова Н.Г., Семина Т.В. Идеальный тип и профессиональные деформации личности врача в условиях современного этапа глобализации // Общество: социология, психология, педагогика. 2017. № 5. С. 32 - 36.

Исследованиями доказано, что профессиональные деформации личности – это сугубо социально негативный феномен, в основе которого лежат различные причины⁴⁸⁴.

Так, согласно результатам мониторинга, почти три четверти опрошенных (73,9%) считают, что «произошла деформация личности врача», и соответственно почти четверть (26,1%) так не считают. Самый наименьший процент из этой четверти (7,5%) полагают, что современный врач всего лишь изменил нравственные ценностные ориентиры по отношению к пациенту. На недооценку обществом сложных условий труда врача как возможный фактор деформации личности врача указывают 14,9% респондентов⁴⁸⁵.

Следует отметить, что происходящие в течение жизни негативные изменения в личности врача по-разному оцениваются в отдельных возрастных группах. Это объясняется тем, что профессиональный цикл людей старшего поколения (59 - 69 лет) начинался еще в Советском Союзе, когда превалировала идеология врачевания на благо общества.

Безусловно, мировоззрение у этой группы респондентов, сложившееся в советское время, отличается от такового у нового поколения врачей. Сила социалистической идеологии способствовала восприятию врача в качестве бескорыстного работника, основным вознаграждением которого являлось исключительно моральное и физическое здоровье человека. Высокий социальный статус врачу обеспечивало государство в моральном аспекте, так как дифференциация в доходах не связывалась с иерархиями и привилегиями отдельных классов или слоев. Конечно, этот цикл жизни общества сопровождался позитивными и негативными событиями, влияющими на

⁴⁸⁴ Осипова Н. Г., Семина Т. В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2017. № 3. С.

⁴⁸⁵ Исследование проводилось с 2013 по 2017 гг. в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (См. подробнее: Приложение 1).

становление в профессии, мировоззрение и на деформацию личности врача в переходной период.

Поколение в возрасте от 40 до 49 лет, начавшее работать в советское время, но затем - захваченное «веяниями перестройки», а позже - радикальными преобразованиями, более склонно к индивидуализму, - логика рыночных отношений в здравоохранении диктует свои условия и критерии оценки социального статуса врача как члена общества в целом.

В перестроечный период разрушились традиционные идеологические системы, утратились традиционные патерналистские ценности культуры врачевания, нивелировалось понятие «призвание врача». На фоне глубокого социального расслоения общества, снизился и экономический и социальный статус врача - когда заработная плата ниже прожиточного уровня, высокий уровень образования значения не имеет. Только индивиды с высоким уровнем доходов, который позволяет им не только удовлетворять основные жизненно важные потребности, но и пользоваться различными видами всевозможных услуг, приобретают высокий социально-экономический статус. Данное обстоятельство как раз и явилось одним из важных факторов деформации личности врача, укоренило в личности социально нежелательные нравственные принципы и ценностные установки.

Из результатов анализа ответов разных поколений врачей видна динамика мышления, которая связана с изменяющимися социокультурными установками в условиях масштабной трансформации общества. Представители младшей возрастной группы (от 29 до 39 лет) реже полагают, что произошла профессиональная деформация личности врача, и что современный врач изменил нравственные принципы по отношению к пациенту. В то же время респонденты этой возрастной группы считают, что происходит недооценка обществом сложных условий труда врача, выраженная, в частности, в недостойной материальной мотивации его труда.

По обобщенным результатам мониторинга⁴⁸⁶, независимо от глубинных ценностей поколений, половина респондентов (51,5%) считают, что у врача произошла профессиональная деформация личности, прежде всего, в силу недостойной материальной мотивации труда. В действительности, материальная составляющая труда в любой профессии традиционно считается важной, соответственно, любой работник значимое место отводит ей в иерархии своих потребностей⁴⁸⁷⁴⁸⁸.

Однозначно к профессиональным деформациям личности врача относятся взяточничество, вымогательство и коррупция.

Безусловно, как эмоциональное выгорание врачей, стрессовые ситуации, в которых они пребывают в силу специфики своей работы, также как и профессиональные деформации, служат субъективными факторами, провоцирующими конфликтное взаимодействие в социальной системе «врач – пациент». Еще одним значимым фактором установления конфликтных социальных отношений в данной системе является феномен незаинтересованность врача в выздоровлении больного человека, который требует специального анализа.

3.4. Феномен незаинтересованности врачей в выздоровлении пациентов

Ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что незыблемые гуманистические принципы врачевания, считавшиеся неподвластными времени, сегодня претерпевают девальвацию. Эта девальвация, затрагивая,

⁴⁸⁶ Детальное описание выборки и полные результаты этого исследования представлены в монографических работах Т.В. Семиной: Социология труда врача в эпоху глобализации (М., 2015) и Социально-юридический конфликт пациента и врача в обществе (М., 2015).

⁴⁸⁷ Осипова Н.Г., Семина Т.В. Идеальный тип и профессиональные деформации личности врача в условиях современного этапа глобализации // Общество: социология, психология, педагогика. 2017. № 5. С. 32 – 36.

⁴⁸⁸ Осипова Н. Г., Семина Т. В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2017. № 3. С. 19 – 21.

прежде всего, этику и деонтологию врачебной деятельности, приводит не просто к утрате общей профессиональной культуры во врачебном сообществе, а к серьезным парадоксальным феноменам. Наиболее ярким из них является новый феномен, который можно обозначить как феномен незаинтересованности врачей в выздоровлении пациентов. На наш взгляд, в современном здравоохранении действительно присутствует нежелание врача проявлять интерес к болезни пациента и стремиться установить точный диагноз. Безусловно, обозначенный социальный феномен распространяется далеко не на все врачебное сообщество, а лишь на отдельных врачей, которые в условиях современного информационного социума, в век цифровых технологий меняют свое мировоззрение в части идеологии и убеждений.

На наш взгляд, целесообразно установить факторы, влияющие на развитие данного негативного феномена, а также определить отличительные признаки, содержание и показать острый драматизм этого процесса. С данной целью автором был проведен многосторонний анализ тех особенностей, которые в совокупности характеризуют сущность этого отрицательного феномена, представляющего собой разновидность девиантного поведения врача.

Так, результаты социологического мониторинга показали⁴⁸⁹, что более трети (34,3%) респондентов (пациентов стационара) считают, что незаинтересованность в излечении больного служит главной причиной снижения социального статуса врача. В тоже время оценка по данному вопросу значительно ниже (20,3%) у пациентов поликлиники. Они считают, что врачи просто не заинтересованы в излечении пациента. Меньший процент объясняется тем, что в поликлинику обращаются пациенты не с такими тяжелыми заболеваниями, по сравнению с теми пациентами, которые проходят

⁴⁸⁹ Исследование проводилось с 2013 по 2017 гг. в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (См. подробнее: Приложение 1).

лечение в стационаре. Почти четверть (23,5%) законных представителей несовершеннолетних пациентов считает, что статус врача в обществе снизила его незаинтересованность в излечении пациента. (См. Табл. 24, Рис. 23, Приложение 1)

Согласно данным социологического исследования (конец 2018 – начало 2019 гг.) абсолютное большинство (70,6%) врачей считают, что у них есть личная заинтересованность в излечении пациента. Основная заинтересованность врача состоит в том, чтобы вылечить пациента, и, тем самым, заработать хорошую репутацию как врача, показать себя компетентным специалистом, способным оказать квалифицированную медицинскую помощь. Меньше четверти (19,9 %) врачей считают, что их личная заинтересованность в излечении пациента является недостаточно сильной. Однако социологическое исследование также установило, что 8,8% врачей считают свою заинтересованность в излечении пациента слабой. Вовсе отсутствует личная заинтересованность врача в излечении всего у 0,7% опрошенных. В то же время, глубокое душевное опустошение от необоснованных жалоб пациентов, перманентная клеветническая информация в интернете, психологическое и физиологическое истощение от сложных условий труда, способствуют утрате интереса врача к профессиональной деятельности по лечению пациента.

Большинство (53%) ординаторов и аспирантов также считают, что их личная заинтересованность в излечении пациента является сильной. Очевидно, что данная группа молодого поколения врачей выбрала профессию врача по призванию, она стремится «видеть пациента», находить точные пути лечения и добиваться его выздоровления. И менее половины (42,8%) пациентов считают, что в целом заинтересованность медицинских работников в излечении пациента является слабой. (См. Рис. 145, Приложение 2).

Тем не менее, данный феномен достаточно активно развивается, чему способствуют внешние и внутренние по отношению к профессиональному сообществу врачей факторы. Наиболее значимым из внешних фактов является

либеральная глобализация, которая «вызывает напряженность и конфликты на почве как экономических, так и политических интересов, идеологических и ценностных предпочтений и приоритетов»⁴⁹⁰.

Как отмечают исследователи, глобализации свойственны ценность информации, виртуальные связи, высокая профессиональная и социальная мобильность, ориентация на личностный успех, самореализацию, моральная и политическая свобода, приоритетность универсального над локальным, избегание всякой идентичности, отказ от нравственных, этнокультурных обязательств. Глобальное культурное пространство подавляет базовые ценности человечества – моральные, религиозные и этнические, в нем превалируют массовая культура и индустрия удовольствий⁴⁹¹.

Под диктатом неолиберальных постулатов, усиленных контекстом глобализации, образ жизни мирового сообщества претерпел существенные изменения – вместо духовно-нравственных ценностей на первый план вышли прагматические, а порой – чисто коммерческие и потребительские интересы, которые затронули общественное сознание практически всех его социальных групп, в ряду которых врачи и пациенты не являются исключением.

Действительно, глобальные процессы, проникая в отдельные структуры общества, вызывают макроизменения повседневных практик, обычаев, привычек, в том числе в сфере здравоохранения⁴⁹². Либеральная глобализация, затронувшая здравоохранение, повлекла за собой новые виды социального неравенства, одним из которых стало неравенство доступа различных категорий людей к медицинским услугам, вызвавшее недовольство и пациентов, и врачей.

⁴⁹⁰ Кессиди Ф.Х. Глобализация и культурная идентичность // Вопросы философии. 2003. № 1. С. 77.

⁴⁹¹ Бакштановский В.И., Согомонов Ю.В. Социология морали: нормативно-ценностные системы // Социологические исследования. 2003. № 5. С. 17 - 18.

⁴⁹² Гусева Н.К., Соколов В.А. Развитие здравоохранения в условиях глобализации. Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки, 2009. № 3 (15). С. 20.

Так, Язбек Абдо проводил исследование в Африке, Азии и Латинской Америке по проблеме неравенства в отношении здоровья и медицинского обслуживания. Согласно результатам исследования ученого, бедные слои больных людей страдают гораздо больше, чем обеспеченные, что выражается в показателях смертности и заболеваемости. Подобные факты, фокусируют внимание на неравенстве, тем самым указывают на социальную несправедливость в здравоохранении⁴⁹³.

Кроме того, во всем мире поднимаются вопросы об агрессии медицины в XXI веке, которая проявляется не в оказании медицинской помощи, а в оказании медицинских услуг, в том числе навязывании врачами необязательных услуг платной медицины по несуществующим заболеваниям, что чревато не только финансовыми потерями, но и причиняет вред здоровью людей.

Европейские политики решают сложные задачи по достижению эффективной работы здравоохранения в условиях ограниченных ресурсов, в одних случаях - вводя элементы рыночных механизмов в системы охраны здоровья, традиционно полагавшиеся на планирование и административное руководство, а в других – ограничивая рыночные взаимоотношения и усиливая контроль со стороны государства там, где акцент делался на создание конкурентной среды.

Правительства комбинируют соотношение объемов присутствия общественного и частного секторов здравоохранения, устанавливают ценовые ограничения на лекарства и медицинскую технику, изучают внедрения в медицину научных открытий с учетом их соответствия этическим и нравственным нормам⁴⁹⁴.

⁴⁹³ Абдо Язбек С. Борьба с неравенством в здравоохранении. Синтез опыта и инструментов / Пер. с англ. М.: Издательство «Весь мир», 2010. С. 6.

⁴⁹⁴ Health systems: improving performance. The world health report 2000. – Geneva: WHO, 2000. P. 15.

Однако пока ощутимых результатов все это не приносит, поскольку глобальные процессы, проникая в отдельные структуры общества, вызывают изменения повседневных практик, в том числе в сфере здравоохранения.

Нельзя не согласиться с тем, что глобализация серьезно влияет на личность человека, на его контакты с социальным окружением, на отношение к работе. Глобализация «устранила пределы коммуникации и трансформировала традиционное ощущение пространственно-временных координат. В современном обществе пространство становится «фантазмагорическим», то есть «места действия глубоко пронизываются и формируются довольно отдаленными от них социальными воздействиями»⁴⁹⁵.

В современной России, по мнению Н.К. Гусевой и В.А. Соколова, медицина и здравоохранение стали ареной социальных противоречий. В 90-е годы XX века в нашей стране стала активно развиваться система медицинского страхования как института, который поставил врача в жесткую зависимость от экономических факторов и навязал ему ценности, не совместимые с гуманизмом его профессии. Фактически врачей заставили не лечить больного в соответствии с его потребностями в медицинской помощи, а строго выполнять стандарты и требования финансовых институтов⁴⁹⁶.

По данным исследования Общероссийского Народного фронта, врачи недовольны сокращением сотрудников, возросшей рабочей нагрузкой. Замена бесплатных медицинских услуг, гарантированных законодательством РФ, на платные, особенно сказалась на малообеспеченных слоях населения, для которых существенно увеличились сроки ожидания плановых бесплатных

⁴⁹⁵ Манакова И.Ю. Сущность и перспективы развития глобализационных процессов // Вестник ВГУ. Серия: Философия 2010. № 2. С. 63 - 64.

⁴⁹⁶ Гусева Н.К., Соколов В.А. Развитие здравоохранения в условиях глобализации. Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки, 2009. № 3 (15). С. 20.

консультаций врачами - специалистами и диагностических исследований в поликлиниках⁴⁹⁷.

Экономический кризис, дефицит бюджета заставляют любого врача думать о том, каким путем и где заработать деньги. Экономическая заинтересованность медицинских работников в значительной степени влияет на качество медицинской помощи, а экономическая заинтересованность медицинских учреждений и их работников во многом определяется действующей системой финансирования медицинской помощи.

Например, В.М. Донин полагает, что «основными причинами ослабления “общественных интересов” в российском здравоохранении являются хроническое недофинансирование федерального стандарта гарантируемой медицинской помощи. Превалирующая роль групповых, а также личных интересов над общественными проявляется как при функционировании действующей общественной системы здравоохранения, так и при выдвижении и лоббировании новых направлений продвижения реформ. Локально на уровне государственных медицинских учреждений превышение корпоративных и личных интересов медиков над общественными интересами выражается в незаконном вытеснении бесплатных услуг платными»⁴⁹⁸.

К числу внешних, но переходящих во внутренние, факторов следует отнести и появление Интернета. С одной стороны, виртуальная коммуникация позволила существенно облегчить и усовершенствовать жизнь современного человека. С другой стороны, у людей стала активно развиваться психическая зависимость от технических новинок, ведущая к информационной перенасыщенности и стиранию границ между реальным и виртуальным мирами. Результатом стало простое сокращение времени живого общения между людьми, многие из которых предпочитают жить учиться, работать и

⁴⁹⁷ Форум Общероссийского народного фронта ОНФ «За качественную и доступную медицину!» 6-7 сентября 2015 года. URL: kremlin.ru/events/president/news/50249 (Дата обращения: 27.09.2018).

⁴⁹⁸ Донин В.М. Государственное регулирование развития конкуренции и предпринимательства в общественном здравоохранении России // Менеджер здравоохранения. 2006. № 11. С. 56.

проводить большую часть времени в виртуальной реальности, а игнорирование важности непосредственного контакта, ставшее свойственным современным людям, в том числе и врачам. Для отношений врачей и пациентов оно, влечет за собой особо отрицательные социальные последствия не только с моральной точки зрения, но и с клинической, поскольку сказывается на результатах лечения.

Известно, что при беседе с пациентом крайне важен тактичный и деликатный профессиональный диалог с больным при сборе анамнеза жизни. Анамнез важен для выяснения факторов, способствующих разворачиванию клинической картины недуга, и представляет собой совокупность данных, которые были получены от самого пациента, история развития присутствующей патологии, информация о симптомах болезни, описание связи между проявлениями и соматическими отклонениями, социальными и психологическими нарушениями.

Данные, полученные в ходе разговора с пациентом, помогают дифференцировать острое состояние от хронического или рецидивирующего, играет важную роль в диагностике, наконец, являются основополагающим установления правильного диагноза. Так, ярким примером недостатка общения врача с пациентом, который создает угрозу жизни человеку, служит анафилактический шок. Всем известно о нарастающем в последние годы распространении аллергии у людей, самым опасным осложнением которой является анафилактический шок, приводящий к летальному исходу. Чаще всего аллергия создает угрозу жизни человека, только из-за того, что врач при применении или назначении того или иного препарата в беседе не уточнил о наличии у пациента аллергии.

Следует отметить, что взаимоотношения врача и пациента остаются одной из важных проблем медицины. Как верно отмечает А.П. Зильбер, «сегодня реальность такова, что мы испытываем на себе негативное следствие «медицинской революции», от которой происходят многие этические и

юридические несчастья, - это сокращение или даже полная утрата психологического контакта между больным и врачом»⁴⁹⁹. «Утрата психологического контакта между врачами и больным, по его мнению, есть главное отрицательное следствие современного развития медицины и большинство этических и юридических конфликтов порождается именно этой утратой»⁵⁰⁰.

Сложности в общении между врачом и пациентом влияют на качество врачебной помощи и сказываются на установлении правильного диагноза и лечении заболевания. В этом и заключается парадокс современной медицины, поскольку развитие новейших технологий, инновационного медицинского оборудования в медицине не исключает установление неверных диагнозов, а только увеличивает их. В действительности нельзя противопоставлять технику и технический прогресс врачебному мышлению, его опыту и навыкам коммуникации с больным.

Медицинская деятельность предполагает наличие и случайных, и детерминированных возможностей, реализуемых либо медперсоналом, либо медицинской организацией как юридическим лицом, которые могут приводить к нежелательным последствиям. Причем источником опасности в медицинской деятельности является именно человек, обладающий медицинской профессией⁵⁰¹.

Таким образом, в современном обществе часто оказывается утраченным непосредственный контакт врача и пациента, о чем свидетельствует возросшее в несколько раз число жалоб на врачей со стороны пациентов и их родственников, хотя и не всегда обоснованных, что служит фактором разъединения этих двух социальных групп.

⁴⁹⁹ Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики. М.: МЕД-пресс-информ, 2008. С. 27.

⁵⁰⁰ Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики. М.: МЕД-пресс-информ, 2008. С. 27.

⁵⁰¹ Каменева З.В. Понятие и принципы медицинской деятельности // Законодательство и экономика. 2016. № 1. С. 17.

Так, несмотря на то, что, согласно данным социологического исследования, проведенного автором (конец 2018 – начало 2019 гг.) абсолютное большинство пациентов, ординаторов и врачей согласны, что при встрече с пациентом врачу необходимо выстроить с ним, прежде всего, доверительные, человеческие отношения, проявить заботу, на практике это совсем не так.

Так, абсолютное большинство врачей (68,9%) и ординаторов (68,3%) согласны или скорее согласны, чем не согласны с тем, что отношения врача и пациента должны быть сугубо официальными. Наоборот, абсолютное большинство пациентов (68,4%) не согласны или скорее не согласны, чем согласны с тем, что отношения врача и пациента должны быть сугубо официальными. (См. Рис. 116 Приложение 2).

Еще одним факторов, предопределившим феномен незаинтересованности врачей в лечении пациентов, стало потребительство. Российское общество, бывшее прежде в целом созидательным, обрело сегодня новое качество, которое позволяет его характеризовать как потребительское, когда большинство граждан озабочены добыванием денег любой ценой, что привело к новому виду бизнеса - так называемому «потребительскому терроризму».

В широком смысле потребительский терроризм – это поведение потребителей товаров и услуг, имеющее целью получить определенную выгоду и доход, манипулируя законодательством о правах потребителей в корыстных целях. В сфере здравоохранения потребительским терроризмом обозначают явление, когда пациент (или его родственник) путем угроз или жалоб пытается неправомерно получить материальную компенсацию или скидку на оказанные услуги от ЛПУ⁵⁰².

В настоящее время «едва ли не каждый десятый врач становится объектом юридических претензий со стороны бывшего пациента»⁵⁰³. В итоге

⁵⁰² Согийянен А.А. Правовые риски медицинской деятельности в современных условиях // Право в Вооруженных Силах. 2017. № 4. С. 41.

⁵⁰³ Бокерия Л. А., Семина Т. В. Правовые вопросы в здравоохранении: проблемы и решения // Новости сердечно-сосудистой хирургии. 2017. № 1 (3 - 4). С. 117 – 122.

многие врачи перешли к так называемой защитной медицинской практике. Медицинская деятельность, ограждаемая ранее от обвинений ведомственными барьерами, часто предстает сегодня неподготовленной к защите себя правовыми средствами, легко доступной для претензий и исков со стороны общества.

Академик Л. А. Бокерия в своей статье «Не надо унижать врача» пишет: «наше общество всегда стремилось к тому, чтобы врач и пациент шли друг другу навстречу. Но сегодня в силу совершенно необъективных причин создаются условия для того, чтобы поссорить врача с пациентами. Эта тенденция, если ее не остановить, будет иметь самые негативные отдаленные последствия. Но сегодня, случайно или не случайно, в обществе возникают ситуации, когда отдельные люди или группы людей стремятся создать себе имя или сделать бизнес, в том числе, на скандалах вокруг медиков и медицины. В результате в дополнение к стрессам, связанным непосредственно с работой медика, добавляются новые стрессовые ситуации.

Как отмечают специалисты, «сегодня доходит до того, что автомобилю скорой помощи могут не уступить дорогу, а пациент, недовольный результатами лечения, может прийти в лечебное учреждение и — расстрелять своего лечащего врача, как это совсем недавно случилось в Норильске. Конечно, это крайние случаи, но получается, что медики в нашем обществе — одна из самых незащищенных профессий»⁵⁰⁴.

С одной стороны, возможность защиты прав пациентов в суде, безусловно, повышает уровень ответственности медицинских организаций и конкретных специалистов за качество и безопасность оказываемой ими медицинской помощи, стимулирует развитие института страхования профессиональной ответственности медицинских работников, позволяет

⁵⁰⁴ Бокерия Л.А. Не надо унижать врача // Известия. Электронный ресурс. URL: <https://iz.ru/news/653388> (Дата обращения: 13.05.2019).

компенсировать вред, причиненный пациентам вследствие халатного отношения медицинских работников к своим обязанностям⁵⁰⁵.

С другой стороны, потребительский экстремизм все чаще выражается в стремлении пациентов, их родственников получить материальную выгоду за счет лечебно-профилактических учреждений даже при отсутствии признаков некачественного оказания медицинской помощи или посредством явного преувеличения обнаружившихся в ней дефектов.

В настоящее время в действующем российском законодательстве не существует понятия «потребительского экстремизма», но оно очень похоже по своей сути на понятие «злоупотребление правом», которое содержится в ст. 10 Гражданского кодекса РФ: «Не допускаются осуществление гражданских прав исключительно с намерением причинить вред другому лицу, действия в обход закона с противоправной целью, а также иное заведомо недобросовестное осуществление гражданских прав (злоупотребление правом)»⁵⁰⁶.

Исследователи Ю.Н. Филиппов и О.П. Абаева считают, что «активность недовольных пациентов продолжает набирать обороты. Оказание медицинской помощи идет в очень сложном для медиков правовом поле. В России потребительский терроризм появился относительно недавно, но распространяется довольно быстро. На одном из самых молодых рынков - рынке медицинских услуг ростки «терроризма» со стороны потребителей начали появляться только в последние годы. Перенос отношений врача и пациента в правовое поле - тот редкий случай, когда можно с большой долей вероятности прогнозировать дальнейшее развитие ситуации. Кроме того, сам пациент ведет себя пассивно, не желает принимать деятельное участие в лечении, не чувствует ответственности за собственное здоровье, наивно

⁵⁰⁵ Матейкович М.С. Медицинская помощь, медицинские услуги и права потребителей // Судья. 2018. № 2. С. 29

⁵⁰⁶ Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ. (ред. от 29.12.2017). Ст. 10. Пределы осуществления гражданских прав.

полагая, что врач за пару недель сумеет исправить тот значительный вред, который он нанес своему организму годами нездоровой жизни»⁵⁰⁷.

В данной связи в настоящее время главной причиной незаинтересованности врача в излечении больного человека становятся слабая социальная и правовая защищенность, страх необоснованного уголовного преследования, и даже при несчастном случае в медицине, а также при обоснованном риске, который изначально заложен в самой профессии.

Так, результаты социологического исследования, проведенного автором, (конец 2018 – начало 2019 гг.) показали, что менее половины (44,2%) врачей считают, что степень их социальной защищенности недостаточная, а около трети (30,2%) - что эта степень низкая. Только четверть (25,6%) врачей считают, что социальная защищенность врача со стороны государства обеспечена в достаточной степени. Данная категория врачей полагает, что врач имеет право на обеспечение условий своей деятельности в соответствии с требованиями охраны труда, на повышение уровня своих знаний, переподготовку за счет средств бюджетов всех уровней.

Менее половины (42,3%) ординаторов и аспирантов считают, что права врачей защищены действующим законодательством (гражданским и уголовным кодексом) в низкой степени, а 41,0 % - что в недостаточной степени. Таким образом, абсолютное большинство (83,3%) респондентов уверено, что несовершенство законодательства провоцирует правовой нигилизм в обществе и ставит российского врача в неравные условия по отношению к другим социально-профессиональным группам, когда даже в очевидной ситуации защитить невиновность крайне сложно. В данной связи в подавляющем большинстве подобных ситуаций врачи не пытаются реализовывать свои права на защиту чести, достоинства и профессиональной репутации. Поэтому только

⁵⁰⁷ Филиппов Ю.Н., Абаева О.П., Филиппов А.Ю. Проблемы высшей медицинской школы по подготовке кадров отрасли в условиях новой законодательной базы // Медицинское право. 2013. № 2. С. 18.

меньшинство (16,7%) из них считают, что их права достаточной степени защищены законом. (См. Рис.111, 144 Приложение 2).

Таким образом, профессия врача, обладая высоким социальным смыслом, в правовом и социальном отношении остается, практически, не защищенной со стороны государства.

Действительно, «официальная уголовная статистика несопоставима с тем “валом” жалоб и гражданских исков, которые подаются пациентами и их родственниками, часть из которых удовлетворяется. Так, по данным Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) за I полугодие 2012 г., при проведении 1665200 экспертиз качества медицинской помощи было выявлено 741500 страховых случаев, содержащих 829500 нарушений»⁵⁰⁸. «Всего же за 1996 - 2011 гг. в судах рассмотрели 8978 случаев, из которых 3515 (39%) удовлетворено с возмещением ущерба. Сумма возмещения ущерба по этим искам составила за данный период 133,4 млн. руб. Еще больше (352,7 млн. руб.) составила сумма возмещения ущерба по спорным вопросам, разрешенным в досудебном порядке»⁵⁰⁹.

В сложившейся конфликтной ситуации каждая из сторон имеет свои, но противоположные претензии. Так, ярким примером развившего в последние годы страха уголовного преследования у врачебного сообщества, может служить дело Елены Мисюриной, следствие по которому тянулось более 4 лет.

25 июля 2013 года в КДЦ «ГеноТехнология» врач-гематолог Елена Мисюрина провела пациенту, страдающему лейкозом (а также раком предстательной железы и диабетом), стандартную диагностическую процедуру – трепанобиопсию – забор фрагмента костного мозга из подвздошной кости.

⁵⁰⁸ Информационно-аналитическая справка «О деятельности по защите прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в I полугодии 2012 года» // URL: <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/protect/information>. (Дата обращения: 28.09.2018).

⁵⁰⁹ Сон И.М. Национальная система управления качеством медицинской помощи в Российской Федерации // URL: http://www.mednet.ru/images/stories/files/materialy_konferencii_i_seminarov/2010/kachestvo_novosibirsk.pdf. (Дата обращения: 06.05.2019); Перепечина И.О. Анализ статистических сведений о преступлениях, совершенных медицинскими работниками против жизни и здоровья в Российской Федерации // Российский юридический журнал. 2013. № 5. Т. 92. С. 139 – 144.

Процедуру больной перенес хорошо и покинул клинику самостоятельно. Вечером того же дня мужчина поступил в стационар клиники «Медси» с «подозрением на состояние «острый живот», где через сутки ему была проведена операция по поводу гематомы в брюшной полости. Через несколько дней пациент скончался в хирургическом отделении этой клиники от геморрагического шока.

Судебный процесс над Е. Мисюриной, взятой под стражу в зале суда первой инстанции, инициировал серьезную дискуссию в рядах ученых.

Российские академики и врачи, увидевшие в произошедшем угрозу для всей российской медицинской системы, написали Президенту России открытое письмо под названием «Верните свободу врачу» в защиту Елены Мисюриной, которое подписали 6629 человек. В этом открытом письме представители медицинского сообщества и организаций по защите пациентов указывают, что уголовное преследование врачей за осложнения, которые невозможно было предотвратить, может привести к тому, что врачи будут бояться проводить медицинские манипуляции, сопряженные даже с минимальным риском и отказывать тяжело больным пациентам в медицинской помощи под разными предлогами. Врачебное сообщество в этом письме также указывает, что увеличился уход опытных врачей из профессии из-за страха оказаться под следствием за исполнение своих профессиональных обязанностей⁵¹⁰. «Суровые приговоры докторам убивают российскую медицину», - прямо заявляет Анастасия Лебедева, заместитель главного врача по медицинской части больницы имени И.В. Давыдовского. «Негодование, страх и ярость переполняют, как и многих моих коллег. Ведь это подразумевает то, что, осудив врача-гематолога, можно решить общественно-значимую проблему.

⁵¹⁰ Российские академики и врачи написали письмо Путину в поддержку врача Мисюриной. URL: https://tvrain.ru/news/rossijskie_akademiki_i_vrachi-457294/ (Дата обращения: 25.03.2018).

Очевидно, что она так не решается ни для пациентов, ни для врачей, ни для медицинского законодательства»⁵¹¹.

Во-первых, врачебное сообщество выражает серьезные опасения, что угроза наказания и лишения свободы остановит врачей, и люди с тяжелыми заболеваниями останутся без той помощи, которая не обещала выздоровления — но давала надежду. «Тяжелых пациентов никто не захочет брать, — высказывает свое личное мнение зам. главного врача Ильинской больницы Ярослав Ашихмин. Пожалуйста, отнеситесь с пониманием к тому, что Вас будут перенаправлять из ЛПУ в ЛПУ, и Вы не будете понимать, что происходит, Вам не скажут правды. А она такова, что риски утраты возможности вообще лечить выше моральных страданий в отношении того, что ты не помог вот этому конкретному пациенту, хотя мог. И это огромное мужество врача — продолжать опасный путь, потому что он единственно верный. Мы хотим, чтобы пациенты и врачи были защищены умными и справедливыми законами⁵¹², - заключают медики.

Во-вторых, возрастает риск перехода к так называемой «оборонительной медицине» (defensive medicine), которая заключается в выборе врачами методов диагностики и лечения по принципу минимизации потенциальных рисков, в меньшей степени исходя из их эффективности, целесообразности и достаточности⁵¹³, что не может не сказаться на результатах лечения. При этом врач в своих действиях руководствуется не собственными убеждениями в лечении тяжелобольного человека, а советами своего адвоката, от чего, безусловно, будет страдать больной человек. Действительно, у врача всегда есть возможность отказать больному в операции по стандарту «неоперабельный больной», и тогда он снимает с себя всю юридическую ответственность.

⁵¹¹ Микиша В. Защищая Елену Мисюрину URL: <https://takiedela.ru/2018/02/zashishaya-elenu-misyurinu/> (Дата обращения: 18.03.2018).

⁵¹² Ашихмин Я. Здравствуй, 37-й! Суд над врачом-гематологом из Москвы заставил говорить о новом «деле врачей» // Газета «Заголовки», Архивный выпуск 29 января 2018 // >daytheme/delovrachey2/29Jan2018 (Дата обращения: 18.03.2018).

⁵¹³ Сергеев В.В., Захаров С.О. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок // Здравоохранение Российской Федерации. 2000. № 1. С. 7.

Однако гораздо сложнее обстоит дело с моральной точки зрения. Врач, отказав больному в медицинской помощи, нарушает свою профессиональную этику, не выполняет свой долг по спасению человеческой жизни. И, если учитывать тот факт, что между врачом и пациентом существует некоторое неравенство, выраженное в зависимости пациента от врача, в данной ситуации в большей степени будет страдать пациент его здоровье, а в отдельных случаях и жизнь.

По мнению И.В. Силуяновой, «сегодня действия врача, владеющего современным медицинским знанием, могут представлять угрозу не только для конкретной личности, но для человеческого рода, затрагивая как телесную, так и духовную природу человека. Безусловно, на нравственное самосознание врача большое влияние оказывает профессиональная этика. Но в условиях плюрализма даже устои и традиции подвергаются сомнению, конечной позицией становится нигилизм, т.е. отрицание ценности идеального измерения человеческих отношений. Понятие «милосердия», «любви», «заботы», «сострадания» лишаются сегодня самодостаточности»⁵¹⁴.

На наш взгляд, наибольшую опасность представляет то, что гражданское общество считает совершенно естественным уголовное наказание для врача, — объяснил «МК» Павел Бранд, бывший заместитель главного врача городской больницы № 56, в настоящее время медицинский директор частной клиники. «Общество не хочет понимать, что в таких случаях, как дело Мисюриной, не может быть уголовной ответственности врача, потому что не было факта преступления. Это был несчастный случай. Общество требует ответственности врачей за несчастный случай»⁵¹⁵.

На самом деле, медицинскому работнику, который попал в сферу интересов правоохранительных органов или судебное разбирательство, наносится серьезный удар по репутации. Даже если принимается обоснованное решение об отказе в возбуждении уголовного дела, или судом выносится

⁵¹⁴ Силуянова И.В. Избранные. О призвании врача. М.: Изд-во «Форма «Г», 2008. С. 184 - 185.

⁵¹⁵ Карпицкая Д. Елена Мисюрина: врачи и пациенты требуют освободить осужденного на два года гематолога. URL: <https://www.msk.kp.ru/daily/26787.5/3821120/> (Дата обращения: 25.02.2018).

оправдательный приговор, сложившееся в обществе мнение остается достаточно прочным. Поэтому, снабжая следователя необходимым инструментарием для объективной оценки событий при наступлении неблагоприятных исходов лечения, мы, тем самым, будем способствовать тому, что следователь примет процессуальные решения более взвешено и обосновано. Тогда правовая оценка медицинских происшествий будет всесторонней и объективной, и медиков пострадает все-таки меньше⁵¹⁶.

В среде ученых также высказываются различные точки зрения по поводу юридической обоснованности в доказывании вины врача. Например, А.В. Сучков считает, что «одной из основных причин, вызывающих сложность установления объективной истины по профессиональным преступлениям, совершенным медицинскими работниками, является отсутствие законодательно закрепленной дефиниции понятия преступления, совершенного медицинскими работниками при осуществлении своей профессиональной деятельности, что, в свою очередь, ведет к отсутствию законодательно закрепленного предмета доказывания по указанной категории дел»⁵¹⁷.

Так, обстоятельством, исключающим преступность деяния медицинского работника, будет являться установление факта о том, что неблагоприятный исход лечения явился следствием неверно избранного врачом метода диагностики, лечения, профилактики заболевания в силу несовершенства медицинской науки о болезнях и способах их диагностики и лечения или недостаточной квалификации врача в связи с отсутствием у него необходимого опыта работы, либо такой неблагоприятный исход стал результатом атипичного течения заболевания пациента либо индивидуальной реакцией его организма⁵¹⁸. То есть в данном случае ответственность врача не наступает, поскольку он не

⁵¹⁶ Как врачам избежать уголовного преследования. URL: <https://medrussia.org/12553-kak-izbezhat/> (Дата обращения: 25.04.2018).

⁵¹⁷ Сучков А.В. К вопросу о противоречивости оснований квалификации преступных деяний медицинских работников при исполнении профессиональных (должностных) обязанностей по ст. 293 УК РФ «Халатность» // Медицинское право. 2013. № 6. С. 43.

⁵¹⁸ Колоколов Г.Р. Медицинские услуги: как пациенту отстоять свои интересы. М.: Омега-Л, 2009.

предвидел, не должен был предвидеть и не мог предвидеть наступление общественно опасных последствий своих действий⁵¹⁹.

По мнению И. Васильева, «для врачей на сегодняшний день не существует разграничения - уголовная, административная или гражданская ответственность, просто есть страх перед тем, что вызовут в суд. А ведь фактически гражданско-правовая ответственность - это даже не ответственность. Она говорит о том, что, если чье-то право нарушено, оно должно быть в полном объеме восстановлено нарушителем. Уголовное преследование не эффективно. Ученые исследовали уголовные дела по СФО, из них 75% были прекращены по реабилитирующим основаниям - отсутствие состава преступления, события преступления. Государственные органы потратили огромное количество денег и усилий и только 25% случаев довели до суда, причем и эти дела закончились примирением или деятельным раскаянием. Можно привлекать к уголовной ответственности там, где это вопиющее нарушение, преднамеренный вред, в противном случае никто не пойдет работать в медицину»⁵²⁰.

А.И. Ситникова поясняет, что «отсутствие достаточной информационной базы (нормативной, методической) дает возможность экспертам указывать наличие дефектов и недостатков лечения и не оценить связь наступивших последствий с действием или бездействием врача. При этом экспертные выводы состоят из большого количества специальных терминов, их отличает расплывчатость отсутствие описания методик лечения»⁵²¹.

Блинов А.Г. полагает, что «проблемы уголовной ответственности за ятрогенные преступления против жизни и здоровья, совершаемые медицинскими работниками при оказании медицинской помощи, повлекшие юридически значимые последствия, недостаточно исследованы учеными. Более

⁵¹⁹ Озова Н.А. Без вины виноватые // Медицинское право. 2017. № 3. С. 30.

⁵²⁰ Васильев И. Правовой обычай // Медицинский вестник. 2010. № 27. С. 8.

⁵²¹ Ситникова А.И. Ятрогенные преступления: уголовно-правовой и процессуальные аспекты // Медицинское право. 2018. № 2. С. 43.

того, в среде ученых сложилось мнение, что права и законные интересы пациентов не нуждаются в защите средствами уголовного закона, так в достаточной мере обеспечиваются нормами, регулирующими здравоохранения»⁵²².

Следует согласиться с мнением К.Б. Тикстинского, Т.В. Синяковой и А.И. Малышевым, о том, что «в целях обеспечения гарантий прав участников медицинских правоотношений расследование каждого случая причинения медицинским работником общественно опасного вреда должно проводиться в соответствии с комплексом мер»⁵²³, в числе которых «установление причинно-следственной связи между совершенными или не совершенными медицинским работником действиями и наступлением общественно опасных последствий, а также наличия признаков обоснованного риска либо допускаемого медицинскими правилами ожидаемого неблагоприятного результата медицинского вмешательства»⁵²⁴.

Если этого не делать, так же как не пытаться или устранить, или в известной степени нивелировать причины, влекущие за собой феномен незаинтересованности врачей в лечении и выздоровлении пациентов, будут усугубляться еще более серьезные проблемы, связанные с массовыми дефектами оказания врачебным сообществом медицинской помощи населению.

ВЫВОДЫ ПО ТРЕТЬЕЙ ГЛАВЕ

1. Социальное значение института здравоохранения трудно переоценить. В данной связи нельзя не отметить ряд позитивных сдвигов в этой области,

⁵²² Блинов А.Г. Правовой статус пациента и его обеспечение регулятивным и охранительным законодательством. СПб.: Алеф-Пресс, 2013. С. 156.

⁵²³ Тикстинский К.Б., Синякова Т.В., Малышев А.И. Уголовно-правовая защита граждан от преступных посягательств, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи // Законность. 2015. № 11. С. 34.

⁵²⁴ Тикстинский К.Б., Синякова Т.В., Малышев А.И. Уголовно-правовая защита граждан от преступных посягательств, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи // Законность. 2015. № 11. С. 34.

которые связаны с активизацией политики российского государства в сфере охраны здоровья граждан и которые способствуют выполнению данным социальным институтом своей главной функции – удовлетворения потребности общества в сохранении индивидуального и социального здоровья. В то же время нельзя не выделить ряд актуальных проблем, которые серьезно затрудняют эффективное функционирование института здравоохранения в России.

Первой и важнейшей из них является недостаточное финансирование отрасли из государственных источников и несправедливое распределение государственных средств на медицинскую помощь между субъектами РФ, а также городскими и сельскими муниципальными образованиями. Вторая проблема заключается в сокращении мощностей здравоохранения, что во многом обусловило дисфункцию данного института, нашедшую отражение в его коммерциализации, что вызывает серьезное общественное недовольство.

2. В области охраны здоровья можно выделить две группы прав – социальные и индивидуальные. Существующая нормативная база в отношении как социальных, так и индивидуальных групп прав не отвечает современным реалиям, обусловленным рыночными реформами в рамках данного института, что неизбежно приводит к его к дисфункциональному состоянию. Политика и законодательство в области охраны здоровья граждан разрабатываются стихийно, без специальных дискуссий, без должного учета вопросов этики. Коллизии в законодательстве приводят к серьезным заблуждениям как и со стороны врачей, так и со стороны пациентов. Особенно серьезной проблемой в данной связи является то, что в действующем законодательстве недостаточно четко прописаны порядок и условия оказания как бесплатной, так и платной медицинской помощи населению. Нормативная база здравоохранения меняется с такой скоростью, что общество не успевает отреагировать на это созданием новой устойчивой системы взаимоотношений между медицинским персоналом

и пациентом. Эту ситуацию усугубляет неравномерное распределение прав и ответственности врачей и пациентов в современном здравоохранении.

3. Ненадлежащее оказание медицинской помощи, низкий профессиональный уровень врачей на фоне роста юридической грамотности населения, привели к нарастающей активности пациентов в области защиты их прав. В частности, увеличилось число не только жалоб пациентов в различные надзорные инстанции, Следственный комитет, Минздрав РФ, Росздравнадзор РФ, но и исковых обращений в суды. Однако объективные и справедливые решения конфликтных коллизий до сих пор остаются редкостью. При этом сохраняющиеся долгие годы трудности с приведением законодательства об охране здоровья граждан в стройную систему, лишенную норм-деклараций, не позволяет достигнуть обеспечения прав и законных интересов врачей и пациентов при получении медицинской помощи.

4. Достаточно серьезной проблемой, которая приводит к искажению традиционных функций института здравоохранения и его дисфункциональному состоянию, является медиализация – процесс, в ходе которого происходит распространение влияния медицины на все новые сферы общественной жизни.

В свое время медиализация принесла и большую пользу, но сегодня медицина начинает затрагивать все без исключения аспекты человеческого существования, приобретает статус науки «о жизни и смерти», поэтому процессы начала жизни и ее окончания становятся прерогативой медицинского знания. По мере роста медиализации люди становятся менее способными сами следить за своим здоровьем, контролировать свои состояния и попадают в большую зависимость от врачей. Такая зависимость усиливает потребность в медицинских услугах и ведет к экспансии медицинского обслуживания в рамках расширяющегося порочного круга, толкающего вверх медицинские бюджеты за счет других услуг.

Медиализация социальных проблем препятствует критическому пониманию эксплуатации и подчинения власти теми группами людей, которых

они касаются. Она представляет собой конкретную стратегию, призванную поддерживать экономические, политические и социальные процессы, происходящие в конкретном обществе в определенный период времени в интересах определенного круга людей. Медикализация, вместе с другими дисфункциями института здравоохранения, неизбежно сказывается на оценке обществом профессиональной деятельности и социального статуса врача.

5. Взаимоотношения врача и пациента в значительной мере определяются общественной значимостью и социальным престижем профессии врача, а также тем статусом, который он занимает в социуме. Существенным фактором, обусловившим снижение социальной значимости профессиональной деятельности врача, стала утрата традиционной важности для России таких социальных институтов как образование и наука, а точнее – их дискредитация. Врач перестал ощущать социальную значимость собственной профессии и свою включенность в социальную систему общества. В данной связи особый интерес представляют результаты авторского социологического исследования, связанные с оценкой врачебным сообществом социального статуса профессора – медика.

6. Публичная значимость медицинской деятельности и ее направленность на охрану здоровья населения обуславливает наличие такого важного условия возникновения и изменения статуса медицинского работника, как медицинское образование. Медицинское образование является принципиальным фактором, предопределяющим высокую социальную оценку деятельности врачей, служит главным условием для возникновения их самостоятельной практической деятельности. В то же время, ускоренный рост коммерческих вузов, как и коммерциализация высшего образования в нашей стране, непосредственно повлияла на качество обучения всем профессиям, своеобразным образом затронув будущих медиков, у которых серьезно изменилась нравственная позиция. В частности, с каждым годом растет число лиц, которые стремятся получить высшее медицинское образование вовсе не из гуманистических

побуждений, или, следуя моде, или понимая, что медицина в нашем обществе – это выгодный бизнес, который приносит быструю отдачу.

7. Достаточно острой в нашей стране является проблема переподготовки и дополнительного образования для медицинских работников, а также подготовки и обучения организаторов здравоохранения. К актуальной проблеме модернизации системы российского здравоохранения относится и подготовка управленческих кадров. Следствием недостаточно отработанной системы подготовки и переподготовки медицинских кадров являются ослабление теоретических знаний, недостаточная отработка практических навыков, что влечет ошибки в постановке диагноза, неправильную интерпретацию проведенных диагностических и лабораторных исследований, неверное составление плана лечения и в конечном итоге - увеличение случаев причинения вреда здоровью пациентов.

8. На снижение социального статуса врача также существенно повлияли повсеместное несоблюдение врачами норм этики и деонтологии, равнодушие к пациенту, а также криминализация сознания медицинских работников. Во многом она обусловлена наличием безответственности и безнаказанности, как со стороны государства, так и со стороны медицинской организации, и находит свое выражение в коррупции.

К коррупционным деяниям медицинских работников и должностных лиц относятся следующие: злоупотребление служебным положением, дача взятки, получение взятки, злоупотребление полномочиями, коммерческий подкуп и так называемые неформальные платежи. Основной причиной такого девиантного для врача поведения является то, что в медицинской среде расходятся представления о законности, предоставленные преимущества и денежная выгода делают жизнь в сфере здравоохранения еще более несправедливой и конфликтной. В большинстве случаев медицинским работникам свойственна низовая коррупция, они занимаются мздоимством в рамках сложившихся трудовых отношений.

9. Недооценка обществом сложных, тяжелых и порой и вредных условий труда, очевидный недостаток материального и морального стимулирования его профессиональной деятельности, вызывает у врача неудовлетворенность своим статусом в обществе. Она, в свою очередь, способствует его эмоциональному выгоранию, которое влечет за собой профессиональные деформации его личности, незаинтересованность в качественном оказании медицинской помощи и безразличие к пациенту.

Профессиональные деформации личности следует рассматривать как существенные изменения психической и социальной структур личности под влиянием выполнения профессиональных обязанностей, которые продуцируют конфликтующее с общепринятыми профессиональными нормами и ценностями социальное поведение. Понятие «профессиональной деформации» близко, но не вовсе идентично, как это порой принято считать, так называемому синдрому «профессионального выгорания», интерес к которому возник еще в 70-е годы XX века.

Синдром профессионального выгорания – это психически обусловленный феномен, который соответственно и проявляется в различных психических состояниях личности. Профессиональные деформации - это социально обусловленный феномен, который затрагивает именно социальную структуру личности и выражается в социальном поведении отклоняющегося от профессиональных стандартов типа⁵²⁵.

10. Значимым фактором установления конфликтных социальных отношений в данной системе является новый феномен, который можно обозначить как феномен незаинтересованности врачей в выздоровлении пациентов, который находит выражение в нежелании врача проявлять интерес к болезни пациента и стремиться установить точный диагноз. Безусловно, обозначенный социальный феномен распространяется далеко не на все

⁵²⁵ Осипова Н. Г., Семина Т. В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2017. № 3. С. 17.

врачебное сообщество, а лишь на отдельных врачей, которые в условиях современного информационного социума меняют свое мировоззрение в части идеологии и убеждений. Тем не менее, данный феномен достаточно активно развивается, чему способствуют внешние и внутренние по отношению к профессиональному сообществу врачей факторы.

Одним факторов, предопределившим феномен незаинтересованности врачей в лечении пациентов, стало потребительство, которое привело к новому виду бизнеса - так называемому «потребительскому терроризму» - явлению, когда пациент (или его родственник) путем угроз или жалоб пытается неправомерно получить материальную компенсацию или скидку на оказанные услуги от ЛПУ. Однако главной причиной незаинтересованности врача в выздоровлении больного человека становятся слабая социальная и правовая защищенность, страх необоснованного уголовного преследования, и даже при несчастном случае в медицине, а также при обоснованном риске, который изначально заложен в самой профессии. Если не пытаться или устранить, или в известной степени нивелировать причины, влекущие за собой феномен незаинтересованности врачей в лечении пациентов, будут усугубляться еще более серьезные проблемы, связанные с массовыми дефектами оказания врачебным сообществом медицинской помощи населению.

ЧЕТВЕРТАЯ ГЛАВА. СУЩНОСТЬ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1. Диверсификация и операционализация системы понятий, связанных с дефектами медицинской помощи

Современные исследователи, занимающиеся проблемами здоровья населения России, все чаще приходят к выводу о том, что «россияне не любят ходить по врачам», считают обращение к ним «пустой тратой времени»⁵²⁶. Данная тенденция подтверждает печальный факт постепенной утраты общественного доверия к институту здравоохранения и медикам, что чревато серьезными последствиями для общества.

Как было показано в третьем параграфе второй главы, развитию подобной тенденции во многом способствует распространение посредством СМИ недостоверной информации о современной медицине, «фейковых новостей»⁵²⁷, искажающих роль докторов в лечении больного человека. За счет намеренной подачи негативной информации в сознании населения культивируется ложный образ «врача – вредителя». Одновременно больному прививаются неверные представления о болезнях за счет агрессивной рекламы лекарственных препаратов, якобы способных быстро и легко, без сложных и утомительных обследований, победить широко распространенные заболевания – как сердечно-сосудистые, так и онкологические. Подобная, искаженная

⁵²⁶ По данным социологического исследования «Мониторинг образа жизни населения России: социолого-демографический опрос», проведенного в 2015-2016 гг. в 10 регионах России кафедрой социологии семьи и демографии социологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова, Институтом социологии РАН, Научно-исследовательским центром Фонда Андрея Первозванного и Центром национальной славы.

⁵²⁷ Фейковые (фальшивые, «поддельные») новости представляют собой вид информационной мистификации, проявляющейся в намеренном распространении ложной или недостоверной информации в СМИ. Доказано, что фейковые новости способны дестабилизировать общество. В данной связи 7 марта 2019 г. Госдума приняла в третьем чтении поправки к закону «О защите информации», которые в СМИ называют законом о борьбе с фейковыми новостями. Фейковой признается информация, которая угрожает жизни, здоровью, безопасности, общественному порядку, работе важных объектов, например, транспорта, больниц или банков. Если подобная информация ничему не угрожает, то новый закон на нее не распространяется. (Прим. автора).

информация провоцирует граждан на самолечение, тем самым - вводит больных людей в заблуждение, а сама болезнь запускается. В конечном счете, пациент, уже с сопутствующими заболеваниями хронического характера, обращается к медикам, которые чаще всего оказываются способными вернуть ему утраченное здоровье, а порой – сохранить жизнь.

Одной из злободневных тем, охотно муссируемых СМИ, которая вызывает особенно широкий общественный резонанс, является тема недобросовестности врачей и многочисленных врачебных ошибок, совершаемых ими⁵²⁸.

Так, достаточно популярными стали сайты с информацией о «самых ужасных врачебных ошибках», в числе которых «другая нога» (ампутация здоровой конечности), «не тот глаз» (удаление здорового глаза), «неверное облучение» (облучение здоровых органов), «дезинфицирующее средство вместо лекарства» (введение дезинфицирующего раствора вместо лекарственного препарата), «забытая салфетка» (забытые в теле больного салфетки и инструменты), «еда в легких» (неверное введение зонда), «не тот отец» (ошибка при искусственном оплодотворении)⁵²⁹. Ю-тьюб регулярно транслирует видео «ужасающих врачебных ошибок» (удаления единственной здоровой почки, всех зубов, вместо трех больных, неисправной маски с анестезией и т.п.), которые собирают свыше полумиллиона просмотров⁵³⁰.

На самом деле «врачебная ошибка» представляет собой очень сложный социальный феномен, аккумулирующий комплекс разноплановых аспектов - от уровня квалификации специалиста до нравственных ценностей, включая

⁵²⁸ Врачебные ошибки в РФ привели к гибели более тысячи человек в 2015 – 2016 гг. URL: <https://www.interfax.ru/russia/530428> (Дата обращения 07.05.2018); Из-за врачебных ошибок в РФ гибнут сотни пациентов // URL: <http://politrussia.com/society/kak-byt-s-762/> (Дата обращения 07.05.2018); Чернова Н. Почему в России растет число врачебных ошибок и как этому способствует страховая медицина // URL: <https://www.novayagazeta.ru/articles/2017/03/13/71761> (Дата обращения 07.05.2019).

⁵²⁹ Самые ужасные врачебные ошибки // URL: www.molomo.ru/inquiry/medical_errors.html (Дата обращения 07.05.2019).

⁵³⁰ 5 ужасных ошибок врачей; 10 чудовищных врачебных ошибок: ШОК смотреть всем; Шокирующие врачебные ошибки // URL: www.youtube.com/watch (Дата обращения 07.05.2019).

ценность человеческого здоровья и жизни. В силу целого ряда объективных и субъективных причин проблема врачебных ошибок становится все более актуальной не только в России, но и во всем мире. Согласно данным, опубликованным комиссией Европейского союза в Брюсселе, «вследствие медицинской ошибки пострадало 15 млн. человек»⁵³¹. Как заявила в интервью ежедневной берлинской газете «Ди Вельт» комиссар ЕС по вопросам здравоохранения Андрула Василиу, «врачебные ошибки - это настоящий вызов европейской системы здравоохранения»⁵³².

Подобное высказывание свидетельствует о том, что в общественном сознании уже отражена чрезмерно широкая трактовка понятия врачебной ошибки как «любого нанесения вреда пациенту», принятая в СМИ, популярных и псевдонаучных изданиях. Так, существуют специальные сайты, которые занимаются сравнительным анализом случаев оказания ненадлежащей медицинской помощи за рубежом⁵³³ и в России⁵³⁴, основываясь на вторичном анализе выдержек из прессы.

Однако данное понятие не имеет нормативного определения – оно отсутствует как в гражданском, так и в уголовном праве. Правосудие не дифференцирует такого вида правонарушения, следовательно, не использует это понятие. В связи с тем, что термин «врачебная ошибка» является индифферентным по отношению к праву, его заменяет унифицированный термин «дефект оказания медицинской помощи», который правомерен с юридической точки зрения⁵³⁵ и широко применяется в судебной практике⁵³⁶.

⁵³¹ Каждый десятый пациент становится жертвой врача // URL: <https://health.pravda.ru/news/293106-vrach/> (Дата обращения 07.05.2019).

⁵³² Каждый десятый пациент становится жертвой врача // URL: <https://health.pravda.ru/news/293106-vrach/> (Дата обращения 07.05.2019).

⁵³³ Панов А.В. Сравнительные данные случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи в России. Статистика по врачебным ошибкам за 2001 – 2012 гг. // URL: <http://pravo-med.ru/articles/2749/> (Дата обращения 07.05.2019).

⁵³⁴ Панов А.В. Сравнительные данные случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи в России. Статистика по врачебным ошибкам за 2001 – 2012 гг. // URL: <http://pravo-med.ru/articles/2749/> (Дата обращения 07.05.2019).

⁵³⁵ Сашко С.Ю., Кочорова Л.В. Медицинское право: учебн. пособ. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 165.

Словосочетания «врачебная ошибка» нет и в нормативных медицинских документах. Например, в разделе «Внешние причины заболеваний и смертей (V01 – Y98)» в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (в общепринятом сокращении – МКБ-10)⁵³⁷. Тем не менее, в научной медицинской литературе оно достаточно часто встречается, хотя по поводу его трактовки и ведутся многолетние споры⁵³⁸.

Анализ научных источников свидетельствует о том, что до сих пор не принята общая и однозначная дефиниция «врачебной ошибки», а также отсутствуют единые научно обоснованные критерии для экспертной оценки профессиональных ошибок и прочих дефектов оказания медицинской помощи.

Примером чрезмерно широкого, тавтологичного и вовсе не проясняющего суть «врачебной ошибки» определения является определение А.П. Божченко, согласно которому «врачебная ошибка – это дефект оказания медицинской помощи»⁵³⁹. На наш взгляд, имеет место логическая ошибка, связанная с нарушением объема понятий - не требуется специального доказательства того, что определение гораздо шире собственно определяемого понятия. Очевидно, что врачебная ошибка – это лишь один из возможных дефектов оказания медицинской помощи.

Достаточно «громоздкой» и чрезмерно «собирающей» представляется трактовка профессора Я. Радиша, согласно которой «медицинская ошибка – это

⁵³⁶ Смотри подробнее: Мохов А.А., Мохова И.Н. Еще раз к вопросу о врачебной ошибке как медицинском и социально-правовом феномене // Юрист. 2004. № 2. С. 48 – 58; Ответственность за правонарушения в медицине: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. завед. / О.Ю. Александрова и др. М.: Изд. центр «Академия», 2006. С. 240.

⁵³⁷ Внешние причины заболеваний и смертей // Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия. URL: www.mkb10.ru (Дата обращения 08.05.2019).

⁵³⁸ Смотри, например: Бобров О. Е. Врачебная ошибка или профессиональное невежество? Мифы, иллюзии, реальность // Лекарь. 2008. № 1 – 2. С. 6 – 12; Эльштейн Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки // Терапевтический архив. 2005. № 8. С. 88 – 92; Мурзанов М.М., Хасанов А.Г., Халиков А.А. Хирургические ошибки / Под ред. М.М. Мурзанова. Уфа, 2009; Тимофеев И.В., Леонтьев О.В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты. СПб.: Издательство ДНК, 2002.

⁵³⁹ Божченко А.П. Ятрогения: содержание понятия в медицине и юриспруденции // Медицинское право. 2016. № 5. С. 8.

действие или бездействие медицинского персонала, которое выразилось в неправильном оказании (неоказании) помощи, диагностике заболевания и лечении больных (потерпевших) и реально ухудшило состояние пациента. Или привело к причинению вреда здоровью или жизни личности, которое характеризуется как добросовестное заблуждение при отсутствии признаков халатности, злоумышленного или небрежного проступка и преступного недосмотра, невежества»⁵⁴⁰. Хотя, безусловно, данный автор достаточно верно передает сущность данного медико-социального феномена.

Как полагают исследователи Ю.Д. Сергеев и С.В. Ерофеев, «в научной литературе содержится не менее 65 определений врачебных ошибок»⁵⁴¹.

Анализ различных определений понятия «врачебной ошибки», проведенный автором, показал, что в большинстве из них ее суть состоит в неверном (неправильном, ошибочном) деянии врача при исполнении его профессиональных обязанностей, а причиной – добросовестное заблуждение, имеющее в своей основе либо несовершенство современной медицинской науки, либо неспособность врача использовать имеющиеся знания на практике. При этом особо подчеркивается отсутствие небрежности, халатности, невежества, а также состава преступления.

Все ученые, несмотря на различные точки зрения, соглашаются с тем, что понятие «врачебной ошибки» нельзя путать с другими похожими, но не совсем идентичными ему категориями, так или иначе связанными с ненадлежащей практикой медицинских работников⁵⁴². К таким понятиям они относят

⁵⁴⁰ Радиш Я. с соавт. Медична помилка: сутність, класифікація та правовий вимір // Медичне право. 2008. № 1. С. 57.

⁵⁴¹ Сергеев Ю., Ерофеев С. Ятрогения: актуальная проблема медицины и права // Медицинская газета. 1998. 27 февраля.

⁵⁴² Сучков А.В. Анализ дефиниций понятия «врачебная ошибка» с целью формулирования определения «профессиональные преступления медицинских работников» // Медицинское право. 2010. № 5; Кибкало А.П., Мохов А.А., Саямов К.Ю. Определение понятий «неблагоприятный исход» и «врачебная ошибка» в медицинской практике: социально-правовое значение // Медицинское право. 2003. № 4. С. 38 – 41; Сергеев Ю.Д. Медицинское право: Учебный комплекс: В 3 т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 414 - 415; Курс уголовного права / Под ред. Н.Ф. Кузнецовой, И.М. Тяжковой. М.: Зерцало-М, 2002. Т. 1. Общая часть. С. 350 – 360.

«несчастный случай», «ятрогению», «врачебный проступок» и «врачебное преступление».

Несомненно, объединяет обозначенные понятия то, что они имеют отношение к действиям врачей, повлекшим за собой неблагоприятные последствия для пациентов. В то же время для того, чтобы четко классифицировать подобные действия врачей, необходимо, во-первых, определить адекватные критерии для этой классификации, а во-вторых, выделить объективные факторы и субъективные обстоятельства, при которых они имеют место.

На наш взгляд, определяющим критериями являются критерий случайности, а также критерий неумышленности/умышленности или (ненамеренности/преднамеренности). В соответствии с этими критериями можно выстроить достаточно достоверный континуум отдельных разновидностей «дефектов оказания медицинской помощи» и соответственно, дифференцировать их.

Под «несчастливым случаем» в медицинской практике обычно понимают неблагоприятный результат врачебного вмешательства, который связан, прежде всего, с теми случайными обстоятельствами, которые врач не смог предвидеть или предотвратить. Как отмечает исследовательница И.С. Мыльникова, «исключить существование рисков в медицине нельзя. Врач никогда не может быть на 100% уверенным в своих выводах относительно диагноза и лечения, он никогда не может быть уверенным в реакции больного на лечение, в технически сложных случаях он никогда не может быть уверен, что ему удастся все сделать, как хотелось бы»⁵⁴³.

Действительно, класс XX «Внешние причины заболеваний и смертей» в МКБ-10 содержит блок (Y60 – Y69) «Случайное нанесение вреда больному при

⁵⁴³ Мыльникова И.С. Существуют ли врачебные ошибки? // Главный врач. 2012. № 1. С. 36.

выполнении терапевтических и хирургических вмешательств»⁵⁴⁴. В этот блок, в частности, включены: случайный порез, укол, перфорация или кровотечение; случайное оставление инородного тела в организме; недостаточная стерильность; ошибочность дозировки; случайное облучение и ряд других действий, допущенных при выполнении хирургических или терапевтических процедур.

На самом деле, в каждом случае оказания медицинской помощи врачом существует риск наступления негативных последствий, которые могут привести к ухудшению состояния пациента и причинить вред его здоровью. Широко известными примерами служат «активация хронической инфекции после операции; послеоперационные осложнения (случаи перитонита и кровотечений после простых аппендэктомий, разрыв послеоперационного рубца или тромбоз спустя много дней после операции, воздушная эмболия сердца); удушение рвотными массами во время наркоза и т.п.»⁵⁴⁵

Довольно часто несчастные случаи связаны с аллергией к некоторым лечебным препаратам, описан ряд смертельных исходов после введения антибиотиков, при даче наркоза и т.д. Случайные неблагоприятные исходы могут иметь место при обследовании больных, в ходе различных диагностических манипуляций. Описаны случаи смерти после энцефалографии, эзофагоскопии, ангиографии, при переливании крови и кровезаменителей⁵⁴⁶.

В целом причины неблагоприятных исходов многочисленны и различны, - часто к ним относятся нетипичные случаи заболевания или особенности его течения у конкретного больного, индивидуальная непереносимость

⁵⁴⁴ Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств // Внешние причины заболеваний и смертей // Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия. URL: www.mkb10.ru (Дата обращения 08.05.2019).

⁵⁴⁵ Смотри, напр.: Волков В.Н., Датий А.В. Судебная медицина: Учебное пособие для вузов / Под ред. проф. А.Ф. Волынского. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2000 // medinfo.social/sudebnaya-meditsina_933_935/542-neschastnyie-sluchai-meditsinskoy-44975.html (Дата обращения 20.04.2019).

⁵⁴⁶ Смотри, напр.: Волков В.Н., Датий А.В. Судебная медицина: Учебное пособие для вузов / Под ред. проф. А.Ф. Волынского. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2000 // medinfo.social/sudebnaya-meditsina_933_935/542-neschastnyie-sluchai-meditsinskoy-44975.html (Дата обращения 20.04.2019).

лекарственных препаратов, наличие сопутствующих болезней, несвоевременность обращения к врачу.

Таким образом, «несчастный случай» в медицинской практике, повлекший за собой «неблагоприятный исход»⁵⁴⁷, сопряжен, как правило, со случайным стечением обстоятельств, непредвиденной реакцией организма пациента и прочими непредсказуемыми факторами. Также он бывает связанным с состоянием крайней необходимости, когда врач, спасая жизнь пациенту, действует в условиях экстремальной ситуации, принимает решения в считанные секунды, а все медицинские мероприятия проводятся по жизненным показаниям.

В отличие от несчастных случаев, врачебные ошибки соотносятся, прежде всего, с неправильными (неверными, то есть, ошибочными) действиями медицинского персонала. Для того, чтобы лучше понять, что по своей сути представляет «врачебная ошибка», целесообразно обратиться к этимологии самого слова «ошибка».

В Толковом словаре В. Даля ошибка определяется как «погрешность, неправильность, неверность, промах, огрех, обмолвка, недоразумение, дурное ошибочное распоряжение или поступок; неумышленный проступок или невольное, ненамеренное искажение чего-либо»⁵⁴⁸.

На наш взгляд, ключевыми из этого определения для категории «врачебной ошибки» являются слова: неправильность и неверность, а также неумышленность и ненамеренность.

В настоящее время под ошибкой обычно понимают непреднамеренное отклонение от правильных (считающихся эталонными) действий, поступков, мыслей. Ошибка – это также несоответствие между двумя группами объектов, один из которых является эталоном (грамматическое правило, правильный ответ), а второй – чем-то, имеющим место в действительности.

⁵⁴⁷ Отличает данные понятия некоторая последовательность события – сначала случай, затем – исход, результат. – *Прим.авт.*

⁵⁴⁸ Даль В. Толковый словарь живого великорусского языка. М.: Русский язык, 1979. Т. II. С. 633.

Ошибки встречаются во всех без исключения сферах профессиональной деятельности людей, но в большинстве случаев они подлежат исправлению. Однако есть особо опасные профессии, связанные с повышенным риском и высокой ответственностью за жизнь человека, в числе которых профессии военных, пожарных, спасателей и т.п. В экстремальных непредсказуемых ситуациях, которые обычны для их профессиональной деятельности, спасая людей, они вынуждены принимать решения в сочетании с дефицитом времени на размышления, при этом их риск, даже если он и обернулся катастрофой, как правило, никем не оспаривается. В медицине ситуация несколько иная – не всегда больной обращается к врачу в критическом для жизни состоянии, и когда врач допускает ошибку (при диагностике, назначениях или манипуляциях), то потеря человеком здоровья или его гибель в ее результате обходятся ему и обществу очень дорого.

Довольно часто главным критерием врачебной ошибки эксперты считают «вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и ее методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности, небрежности и профессиональной неграмотности»⁵⁴⁹.

Важно отметить, что, на наш взгляд, прилагательное «добросовестное» только затрудняет понимание существа вопроса. Так, если исходить из трактовки категории ошибки, приведенной выше, оно является лишним, поскольку присутствует слово «заблуждение», которое недобросовестным (намеренным) не может быть по определению.

Известной и достаточно распространенной врачебной ошибкой является неверно поставленный диагноз при атипичной локализации болей при инфаркте миокарда, когда у больных отсутствуют явно выраженные признаки

⁵⁴⁹ Громов А.П. Врачебный долг, врачебная ответственность, врачебная тайна // Деонтология в медицине. В 2-х Т. / Под общ. Ред. Б.В. Петровского. Т 1. Общая деонтология. М.: Медицина, 1988. С. 82.

недостаточности сердечной деятельности, а налицо все признаки, характерные для острого гастрита. Большие затруднения вызывает своевременная диагностика воспаления легких у детей в возрасте до трех лет, особенно на фоне катара верхних дыхательных путей.

Любые врачебные ошибки неизбежно связаны с объективными факторами и субъективными обстоятельствами, как правило, смягчающими вину или ответственность врача.

К первым, в частности, относят:

- отсутствие универсального, гарантированного метода диагностики или лечения практически любого заболевания;
- изменение стандартов диагностики и лечения ряда заболеваний;
- отсутствие соответствующих условий для оказания квалифицированной медицинской помощи;
- отсутствие современного оборудования для качественной диагностики;
- внештатные ситуации (лесная местность, открытое поле) и ситуации (крупные аварии и катастрофы), в которых оказывается медицинская помощь;
- нахождение больного в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, которое серьезно затрудняет диагностику.

Медицинская деятельность регламентирована многочисленными официальными правилами и инструкциями (например, фармакопеей, инструкцией по госпитализации больных с инфарктом миокарда и др.). Однако эти документы не могут предусмотреть все разнообразие ситуаций, связанных с индивидуальными особенностями больного и характером течения заболевания. Тем не менее, основным, и нередко единственным, критерием оценки действий врача являются только определенные положения медицинской науки и лечебной практики⁵⁵⁰.

⁵⁵⁰ Волков В.Н., Датий А.В. Судебная медицина: Учебное пособие для вузов / Под ред. проф. А.Ф. Волынского. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2000 / <https://studfiles.net/preview/1101603/page:145/> (Дата обращения 20.04.2019)

Как отмечает исследователь А.П. Громов, «такая ситуация в медицине не случайна. Она обусловлена спецификой оказания лечебной помощи, исходя из интересов больного, поскольку индивидуальное течение заболевания у каждого больного требует от врача исключительной наблюдательности, индивидуального подхода в выборе средств и методов лечения, правильной оценки эффективности этих средств, то есть проведения по сути дела научного исследования при лечении отдельного человека. В медицине не может быть стандартного подхода к больным, стандартного выбора метода диагностики и способов лечения даже при одних и тех же заболеваниях, поскольку врач лечит не болезнь, а больного»⁵⁵¹.

Субъективные обстоятельства, как правило, обусловлены неопытностью врача, неверной оценкой им ситуации, его нежеланием расширять и совершенствовать свои знания. К ним же относятся неуверенность (неверие в собственные силы) или неоправданный оптимизм врача. Как отмечает исследовательница И.С. Мыльникова, «неопределенности постоянно сопровождают врача, и чем неувереннее он в каждом конкретном случае, тем осмотрительнее и внимательнее должен быть. Кстати, именно поэтому самоуверенный врач просто профессионально непригоден»⁵⁵².

Довольно значимым субъективным фактором, неизбежно ведущим к врачебной ошибке, является «настрой» врача на определенное заболевание, к которому у него есть специфический интерес, обусловленный узкой специализацией, когда при одном и том же наборе жалоб больного диагнозы врачей различных специальностей отличаются.

Например, при таких симптомах как слабость, утомляемость, раздражительность и потеря массы тела эндокринолог заподозрит гипертиреоз,

⁵⁵¹ Громов А.П. Врачебный долг, врачебная ответственность, врачебная тайна // Деонтология в медицине. В 2-х Т. / Под общ. Ред. Б.В. Петровского. Т 1. Общая деонтология. М.: Медицина, 1988. С. 89.

⁵⁵² Мыльникова И.С. Существуют ли врачебные ошибки? // Главный врач. 2012. № 1. С. 36.

гастроэнтеролог – латентный хронический гепатит, онколог – опухоль, а невролог – невроз. Хотя у пациента вполне может быть сахарный диабет.

На неверную постановку диагноза влияют эпидемии, под которые он неумышленно «подгоняется», а также давление вышестоящего медицинского работника (консультанта, профессора, заведующего отделением и т.п.)⁵⁵³. В любом случае, отличительной чертой врачебной ошибки являются действия врача, всецело направленные на оказание помощи больному, хотя эти действия впоследствии признаются ошибочными⁵⁵⁴.

Существует целый ряд всем известных классификаций разновидностей «врачебных ошибок». Так, различают ошибки:

- диагностические, заключающиеся в ошибочном диагнозе, вследствие неверного применения или применения неадекватных диагностических средств;
- тактические, связанные с неверным назначением или осуществлением лечебных мероприятий;
- технические, включающие, в частности, неправильное использование медицинской техники;
- организационные ошибки, в том числе, ошибки в ведении медицинской документации.

Особое место в ряду «врачебных ошибок» занимает группа деонтологических ошибок, которые могут «явиться прямой причиной не только конфликтов между врачом и больным или его родственниками, но и косвенно - ошибок диагностических, тактических и технических»⁵⁵⁵. Одним из

⁵⁵³ Смотри, в частности: Врачебные ошибки и несчастные случаи в медицинской практик//. URL: <http://rudiplom.ru/lecture/sudebnaya-medicina/1829.html>. (Дата обращения 08.05.2019).

⁵⁵⁴ Громов А.П. Врачебный долг, врачебная ответственность, врачебная тайна // Деонтология в медицине. В 2-х Т. / Под общ. Ред. Б.В. Петровского. Т 1. Общая деонтология. М.: Медицина, 1988. С. 86.

⁵⁵⁵ Громов А.П. Врачебный долг, врачебная ответственность, врачебная тайна // Деонтология в медицине. В 2-х Т. / Под общ. Ред. Б.В. Петровского. Т 1. Общая деонтология. М.: Медицина, 1988. С. 86.

последствий врачебных ошибок, связанных с нарушением принципов деонтологии, являются ятрогенные заболевания.

К сожалению, в настоящее время имеет место ошибочная широкая трактовка ятрогении как «любого нежелательного или неблагоприятного последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти: осложнения после медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача»⁵⁵⁶.

Однако данная трактовка не только не проясняет существо проблемы, но и просто неправомерна в силу попытки включить в нее все случаи дефектов медицинской помощи. В данной связи целесообразно обратиться к истории включения понятия «ятрогении» в научный медицинский оборот.

Термин «ятрогения» был введен немецким психиатром Освальдом Бумке в работе «Врач как причина душевных расстройств»⁵⁵⁷, а в русскоязычной литературе был впервые использован в работах Ю.В. Каннабих⁵⁵⁸, А.Р. Лурия⁵⁵⁹ и К.И. Платонова⁵⁶⁰.

В довоенном издании Большой медицинской энциклопедии, термин ятрогения обозначал «отрицательное воздействие врача на больного, когда вместо терапевтического эффекта у больного создаются представления,

⁵⁵⁶ Лысенко В.М., Лысенко О.В., Зарецкий М.М., Черников Е.Э. К вопросу о ятрогенных заболеваниях // Научный вестник национального медицинского университета им. Богомольца. 2009. С. 164.

⁵⁵⁷ Bumke O. Der Arzt als Ursache seelischer Storungen // Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1925; 51 (1):3.

⁵⁵⁸ Каннабих Ю.В. Врач как причина болезни // БМЭ, 1928. Т. 5. С. 677 – 678; Каннабих Ю.В. К профилактике одной из форм реактивной (иатрогенной) депрессии // Профилактика нервных и психических заболеваний / Ред. С.Н. Давыденко, Л.М. Розенштейн. М.: Издательство Мосздраводела, 1929. С. 75 – 88.

⁵⁵⁹ Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М.; Л.: Биомедгиз, 1935.

⁵⁶⁰ Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор // Психотерапия. Сборник статей под ред. Проф. К.И. Платонова. Труды государственного психоневрологического института Народного комиссариата здравоохранения УССР. Харьков: Государственное издательство Украины, 1930.

усугубляющие его болезненное состояние, или образуется психический комплекс новой болезни»⁵⁶¹.

Вплоть до 70-х гг. XX столетия этот термин продолжал применяться преимущественно для обозначения психогенных болезней, возникающих в результате неосторожного высказывания врача⁵⁶². Так, известный отечественный психолог, основатель нейропсихологии А.Р. Лурия выделял два типа ятрогении. Первый тип характеризуется тем, что пациент не имеет серьезного органического заболевания, но неправильно понимает слова врача, воспринимая свою болезнь как неизлечимую и тяжелую. Второй тип определяется как наличие у пациента серьезного заболевания, которое усугубляется вслед за неосторожными высказываниями врача⁵⁶³.

В современной медицине термин «ятрогения» также обозначает те состояния, которые прямо или косвенно связаны с неэтичными действиями медицинского персонала. Ятрогения случается по причине неправильных, неадекватных, неквалифицированных действий или слов врача, осуществляющего ненамеренное внушающее действие на пациента и вызвавшее нарушение его психики, усугубившее основное заболевание.

В зависимости от того, каковы причины ятрогении, выделяют несколько их типов:

- прогностическую ятрогению – нарушение психики, вызванное чрезмерно пессимистическими прогнозами врача относительно будущего пациента;
- ятрофармакогению – нарушение, вызванное неверным назначением лекарственных средств;
- диагностическую ятрогению – нарушение психики, вызванное небрежно произнесенным диагнозом;

⁵⁶¹ Каннабих Ю.В. Врач как причина болезни // БМЭ, 1928. Т. 5. С. 677 – 678.

⁵⁶² Лысенко В.М., Лысенко О.В., Зарецкий М.М., Черников Е. К вопросу о ятрогенных заболеваниях // Научный вестник Национального медицинского университета им. Богомольца, 2009. С. 164 – 169.

⁵⁶³ Смотри подробнее: Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977.

- лабораторную ятрогению – нарушение психики, вызванное нежеланием врача объяснять результаты диагностики;
- немую ятрогению – нарушение, вызванное бездействием или молчанием медработника;
- эгротогению – взаимное негативное влияние пациентов друг на друга;
- эгогению – негативное влияние пациента на самого себя, отрицательное самовнушение;
- информационную ятрогению – нарушение, вызванное эмоциональным потрясением после прочтения или прослушивания недостоверной информации, поступившей от неквалифицированного специалиста;
- сестрогению – нарушение психики, вызванное неосторожными словами или действиями медсестры⁵⁶⁴.

Как и любые другие разновидности дефекта оказания медицинской помощи, ятрогении обусловлены объективными факторами, к которым относятся:

- избыточная диагностика, которая связана с тем, что современная медицина располагает столь широкими возможностями и многочисленными методами диагностики, что признать человека после проведения всех возможных исследований здоровым практически невозможно. Кроме того, существуют отклонения от нормы у здоровых людей, которые неверно интерпретируются врачами;
- чрезмерное врачебное вмешательство, в том числе, игнорирование врачом основного принципа «не навреди» и выраженное в назначениях, которые не подходят или просто не нужны больному.

Субъективными причинами ятрогений является специфика процесса взаимодействия врача и пациента, а также их личностные характеристики. Так, наиболее часто вызывают ятрогении врачи, характеризующиеся привычкой

⁵⁶⁴ Стариковская С. Ятрогения: отрицательная терапия в медицине. URL: <https://ourmind.ru/yatrogeniya-otricatel'naya-terapiya-v-medicine> (Дата обращения 08.05.2019.)

«поумничать», резкостью и бездушностью в словах и действиях, безапелляционностью в высказываниях. Это также непрофессиональные, уставшие или самоуверенные группы врачей, которых отличают следующие признаки:

- низкий уровень аудирования – неумение выслушать и адекватно воспринять полученную от пациента информацию;
- неадекватная оценка себя и своих возможностей;
- неумение выбрать индивидуально (по ситуации) тактику оказания медицинской помощи;
- склонность к риску, беспечность, предпочтение собственных решений установленным алгоритмам действий;
- агрессивность по отношению к окружающим.

В целом некорректное поведение врача действительно оказывает сильное неблагоприятное воздействие на психику любого больного, вследствие чего у него может развиваться ряд новых болезненных ощущений и проявлений, которые могут перейти даже в самостоятельную форму заболевания. Тем не менее, люди боязливые, тревожные, доверчивые, неуверенные в себе, ранимые, с ригидным мышлением, склонные к ипохондрии, гораздо легче поддаются ятрогениям. Кроме того, очень часто люди, которые пребывают в состоянии ипохондрии, становятся как бы «профессиональными» пациентами. Они ходят от одного специалиста к другому, проходя массу обследований для того, чтобы найти заболевание. Хотя порой его и вовсе нет, однако такие действия увеличивают риск развития ятрогенных болезней⁵⁶⁵.

Наиболее часто ятрогения проявляется в виде депрессии – психического расстройства, характеризующегося пониженным настроением, торможением умственной или психической деятельности, снижением жизненных побуждений, пессимистическими оценками «собственного Я» и жизненной

⁵⁶⁵ Липовская О. Ятрогения – это что такое? Виды ятрогении, причины, профилактика // URL: <http://fb.ru/article/178372/> (Дата обращения 09.05.2019).

ситуации, соматоневрологическими расстройствами. Также ятрогении ведут к ипохондрии – чрезмерному вниманию пациента к своему здоровью, страху перед неизлечимыми болезнями, убежденностью в наличии болезней или ее отсутствии, неверием в избавление от реальной болезни.

В конечном счете, «депрессии, неврозы, истерики, развитие разных фобий приводят к серьезным нарушениям в работе нервной системы пациента, когда у человека развивается недоверие к словам и действиям докторов, а любые лечебные манипуляции его пугают настолько, что он вообще перестает обращаться к медикам за помощью»⁵⁶⁶.

К категории «дефектов медицинской помощи», а точнее - «нарушений при оказании медицинской помощи» принадлежат профессиональные правонарушения медицинских работников.

В юриспруденции под медицинскими правонарушениями обычно понимают нарушения установленных законом и ведомственными инструкциями правил поведения и выполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей. В медицине, хотя сами данные категории не расшифровываются, их исчерпывающий перечень представлен в третьем разделе «Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи» специального приказа «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»⁵⁶⁷.

Характерными и обязательными элементами всякого правонарушения являются:

⁵⁶⁶ Стариковская С. Ятрогения: отрицательная терапия в медицине // URL: <https://ourmind.ru/yatrogeniya-otricatel'naya-terapiya-v-medicine> (Дата обращения 08.05.2019); Осипова Н.Г. Механизмы социального манипулирования с помощью коммуникативных технологий // Язык. Культура. Перевод. Коммуникации / Сборник научных трудов. Выпуск 2. Издательский дом МГУ, 2018. Т. 2. С. 36 – 40.

⁵⁶⁷ Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию // Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 от 29.12.2015. Зарегистрирован в Минюсте России 28.01.2011. № 19614.

- противоправное (запрещенное законом или другими нормативными документами) деяние;
- социальная опасность (вред) этого деяния или ее отсутствие;
- необходимая причинная связь между неправильным действием (бездействием) и причиненным им вредом;
- умысел/намерение или неосторожность в деянии.

В свою очередь, правонарушения разделяют на преступления и проступки.

Согласно ст. 14 УК РФ «Понятие преступления», «преступлением признается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное настоящим Кодексом под угрозой наказания». «Не является преступлением действие (бездействие), хотя формально и содержащее признаки какого-либо деяния, предусмотренного настоящим Кодексом, но в силу малозначительности не представляющее общественную опасность»⁵⁶⁸.

Медицинские работники подлежат уголовной ответственности как за собственно профессиональные преступления, такие как неоказание помощи больному, незаконное производство аборта, халатность, незаконное врачевание, нарушение санитарно-гигиенических или санитарно-противоэпидемических правил, нарушение правил производства, хранения, отпуска, учета, перевозки, пересылки сильнодействующих ядовитых и наркотических веществ, так и за преступления общего характера - злоупотребление служебным положением, должностной подлог (противозаконные составление и выдача подложных документов), получение взятки и т.п.

Уголовная ответственность врача наступает в соответствии со второй частью 109 статьи УК РФ «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей», предусмотрена за неквалифицированную медицинскую помощь, повлекшую

⁵⁶⁸ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. От 03.04.17). Ст. 14. [//www.ukodeksrf.ru](http://www.ukodeksrf.ru). (Дата обращения 09.05.2019).

смерть пациента⁵⁶⁹. Статья 124 УК РФ предусматривает уголовную ответственность «за неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом»⁵⁷⁰.

Очевидно, что данный перечень разновидностей профессиональных преступлений врачей свидетельствует о том, что в их основе, как правило, лежит не недостаточная квалификация, *а осознанность, недобросовестность и намеренность, порой и специальный умысел (курсив наши – Т.С.)*, которые достаточно часто связаны с низкими моральными качествами медицинского работника.

Под проступком понимается неправильное (противоправное) деяние, которое лишено общественной опасности в силу незначительности и которое поэтому не влечет за собой уголовной ответственности. Проступки медицинских работников разделяются на проступки гражданские, административные и дисциплинарные.

Гражданские проступки, в основном, связаны с причинением имущественного ущерба или морального вреда лечебному учреждению; административные - касаются нарушения порядка, установленного в лечебном учреждении; дисциплинарные - выражаются в нарушении производственной дисциплины, предусмотренной установленными нормами поведения в учреждениях здравоохранения. При этом каждый вид проступка предусматривает соответствующую ответственность: применение имущественных санкций при гражданском проступке; наложение штрафа или отстранение от должности при административном проступке; взыскание при дисциплинарном проступке.

В то же время определить наличие умысла (намерения) в рамках категоризации врачебного проступка достаточно сложно, поэтому социальная

⁵⁶⁹ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. От 03.04.17). Ст. 109. [//www.ukodeksrf.ru](http://www.ukodeksrf.ru). (Дата обращения 09.05.2019).

⁵⁷⁰ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. От 03.04.17). Ст. 124. [//www.ukodeksrf.ru](http://www.ukodeksrf.ru). (Дата обращения 09.05.2019).

сущность проступка медицинского работника трудна для понимания. С одной стороны, проступком можно считать и врачебную ошибку (например, как действие, не соответствующее инструкции), а с другой стороны – врачебная ошибка – это особая ситуация во врачебной практике, обусловленная и объективными и субъективными факторами, обозначенными выше.

Существует еще один аспект проблемы некачественного оказания медицинской помощи и непрофессиональных действий врачей, когда дефекты медицинской помощи с одной стороны, связаны с отсутствием правовых знаний у медицинских работников, а с другой, иногда и их безответственностью. Отдельные врачи, проявляя преступную небрежность и не предвидя возможности наступления общественно опасных последствий своих действий, хотя обязаны и могли предвидеть их наступление, редко привлекаются к юридической ответственности.

Так, исследователь П.Г. Габай считает, что «анализ сложившейся судебной практики показывает, что преступными признаются только те действия медицинских работников, которые нельзя признать логичными в лечении конкретных заболеваний или они грубо нарушают порядки и стандарты оказания медицинской помощи, общепризнанные технологии проведения каких-либо медицинских процедур. При бездействии под уголовно-правовую оценку также подпадают только крайние формы его проявления со стороны медицинских работников, когда органам расследования удастся доказать, что субъектом преступления осознавался факт необходимости оказания экстренной или другой медицинской помощи пациенту. Фактически к уголовной ответственности привлекаются только те медицинские работники, чье бездействие обусловлено таким видом неосторожности, как легкомыслие, когда субъект предвидел возможность наступления общественно опасных

последствий для пациента в результате своего бездействия, но самонадеянно, без достаточных к тому оснований рассчитывал на их устранение»⁵⁷¹.

Особую разновидность дефектов медицинской помощи представляют вымышленные или «коммерческие» диагнозы. Их следствием являются заболевания, возникающие в результате намеренных или специфически направленных действий врачей,

Коммерческий диагноз – это «чаще всего ложный диагноз, который ставится умышленно или неосознанно и подвергает пациента длительному и необоснованному обследованию или лечению, сопровождается большими финансовыми расходами на оплату этих обследований или лечения»⁵⁷².

По непроверенным данным, «каждому второму россиянину врачи ставили ложный диагноз и назначали неправильное лечение»⁵⁷³. По мнению экспертов, «это связано не столько с врачебными ошибками, сколько с недобросовестностью и корыстолюбием медиков. Постановка мнимого или откровенно ложного диагноза, назначение ненужных анализов и процедур, выписка дорогостоящих препаратов здоровому человеку – достаточно частые случаи в современной медицинской практике»⁵⁷⁴.

Исследователями выделены и систематизированы тенденции, которые превалируют в рамках этого негативного социального феномена.

Во-первых, это направление пациентов на многочисленные дорогостоящие анализы и диагностические процедуры для уточнения или исключения опасного для жизни диагноза⁵⁷⁵. Так, исследователи подчеркивают, что «особенностью коммерческих диагнозов является то, что они стали

⁵⁷¹ Габай П.Г. К вопросу о детерминации неосторожных преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Российский следователь. 2014. № 2. С. 26.

⁵⁷² Коммерческие диагнозы: 14 советов как их избежать. URL: <https://www.beloveshkin.com/2015/01/14.html> (дата обращения 08.05.2019).

⁵⁷³ Зайцева И. Медицина, которая Вас разоряет. Ложные диагнозы. URL: http://www.uhlib.ru/medicina/medicina_kotoraja_vas_razorjaet/index.php (Дата обращения 08.05.2019).

⁵⁷⁴ Коммерческие диагнозы: 14 советов как их избежать. URL: <https://www.beloveshkin.com/2015/01/14.html> (Дата обращения 08.05.2019).

⁵⁷⁵ Осипова Н.Г. Механизмы социального манипулирования с помощью коммуникативных технологий // Язык. Культура. Перевод. Коммуникации / Сборник научных трудов. Выпуск 2. Издательский дом МГУ, 2018. Т. 2. С. 36 – 40.

чрезвычайно агрессивными по вмешательству с целью обследования и якобы для лечения»⁵⁷⁶.

Во-вторых, это назначение больному неоправданно большого количества дорогостоящих лекарственных препаратов или процедур, которые нередко лишь вредят здоровью пациента⁵⁷⁷.

В-третьих, это упор на «незащищенные» социальные группы, которые наиболее подвержены любым манипулятивным воздействиям (одиноким, пожилых, инвалидов и т.п.).

В-четвертых, это бурное распространение мнимых диагнозов в провинции, где мало медицинских учреждений и, соответственно, затруднена проверка проставленного диагноза.

В-пятых, это выдвижение на первый план направлений в медицине, в которых наблюдается наиболее интенсивный рост мнимых диагнозов, - стоматологии, венерологии, гинекологии, офтальмологии⁵⁷⁸.

Росту числа коммерческих диагнозов способствуют экономические, юридические и социальные факторы. Среди экономических факторов – особенности современной медицины как сферы предоставления коммерческих услуг, в числе юридических – отсутствие жестких нормативно установленных регламентов лечения на бесплатной и коммерческой основе. Социальные факторы обусловлены или недостаточным вниманием населения к сбережению своего здоровья и или опасениями его утраты, имеющими психически ложное основание⁵⁷⁹.

⁵⁷⁶ Коммерческие диагнозы: 14 советов как их избежать // URL: <https://www.beloveshkin.com/2015/01/14.html> (Дата обращения 08.05.2019).

⁵⁷⁷ Осипова Н.Г. Механизмы социального манипулирования с помощью коммуникативных технологий // Язык. Культура. Перевод. Коммуникации / Сборник научных трудов. Выпуск 2. Издательский дом МГУ, 2018. Т. 2. С. 36 – 40.

⁵⁷⁸ Смотри подробнее: Семина Т.В. Дефекты медицинской помощи: сущность и социальные последствия // Современная социология: ключевые направления и векторы развития. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2018. С. 269 – 309.

⁵⁷⁹ Семина Т.В. Дефекты медицинской помощи: сущность и социальные последствия // Современная социология: ключевые направления и векторы развития. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2018. С. 288 - 290.

Таким образом, налицо многочисленность и неоднозначность дефектов медицинской помощи и факторов, их обуславливающих, влияющих на неблагоприятный исход лечения. Как отмечает А.П. Громов, «их существенные отличия в каждом отдельном случае, даже при одних и тех же заболеваниях, а также сложность выделения основной причины неблагоприятного исхода, приводят к тому, что правильная медицинская и юридическая оценка обычно вызывает значительные затруднения»⁵⁸⁰.

В то же время общепризнано, что, несмотря на успехи медицины, безошибочная работа врачей в принципе невозможна. В данной связи чрезвычайно важной проблемой является выработка взвешенного отношения к правовому регулированию медицинской деятельности и определению однозначного подхода в юридической квалификации ошибочных действий врачей⁵⁸¹.

Сложность теоретической и предметной дифференциации, а также операционализации категорий, обозначающих, по сути, один и тот же социальный феномен – дефекты осуществления врачом профессиональной деятельности⁵⁸², привели к следующему. Собирательным понятием, которое наиболее часто используется при выявлении причин неблагоприятных исходов в медицинской практике, стала именно «врачебная ошибка»⁵⁸³. Этот факт подтверждает комплексный анализ «врачебных ошибок» в рамках ненадлежащей врачебной практики в глобальном здравоохранении.

⁵⁸⁰ Громов А.П. Врачебный долг, врачебная ответственность, врачебная тайна // Деонтология в медицине. В 2-х Т. / Под общ. Ред. Б.В. Петровского. Т 1. Общая деонтология. М.: Медицина, 1988. С. 82.

⁵⁸¹ Смотри об этом: Сергеев Ю.Д., Ломакина И.Г., Канунникова Л.В. Гражданско-правовая ответственность при медицинском вмешательстве (теоретические аспекты проблемы) // Медицинское право. 2005. № 4. С. 3 – 9.

⁵⁸² См. подробнее: Осипова Н.Г. Социология, юриспруденция, здравоохранение: становление междисциплинарного категориального аппарата // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2017. Т. 18. С. 178.

⁵⁸³ Кибкало А.П., Мохов А.А., Саламов К.Ю. Определение понятий «неблагоприятный исход» и «врачебная ошибка» в медицинской практике: социально-правовое значение // Медицинское право. 2003. № 4. С. 39.

4.2. Ненадлежащая врачебная практика как глобальная социальная проблема

С Древних времен во всем мире пациенты умирали или становились инвалидами, что воспринималось обществом как вполне закономерный и естественный процесс. Однако, именно в настоящее время, когда общая смертность населения существенно понизилась, а многие признанные ранее неизлечимыми заболевания не представляют угрозы жизни и здоровью человека, общественность США, Германии, Австралии, Великобритании и других высокоразвитых государств возмущена частотой случаев смерти пациентов по вине врачей, примерами которых активно оперируют исследователи.

Ошибки при оказании медицинской помощи затрагивают 10% населения земного шара. Данные ВОЗ также свидетельствуют о том, что в любой момент времени около 1,4 млн. человек во всем мире страдают от внутрибольничных инфекций⁵⁸⁴.

Действительно – ненадлежащее оказание медицинской помощи населению стало глобальной социальной проблемой, решение которой возможно лишь совместными усилиями мирового сообщества.

Так, по данным ВОЗ по Европейскому союзу, от 8 до 12% от общего числа пациентов испытывают на себе последствия врачебных ошибок. При этом установлено, что в 60% случаях в индивидуальных врачебных ошибках были виноваты женщины. Средний возраст пациента, пострадавшего от врачебной ошибки, составляет 38 лет (20% - новорожденные и 12% - лица, старше 65 лет). 19% ошибок совершают акушеры-гинекологи, 17% - хирурги

⁵⁸⁴ Вестник Росздравнадзора. 2016. № 2. С 6; Е.Ю. Лудупова Врачебные ошибки http://www.remedium.ru/public/journal/vr/2016/VR_02_2016.pdf (Дата обращения 10.05.2019).

общей практики, 16% врачи-терапевты. Хирургические ошибки составляют примерно 34% от всех врачебных ошибок⁵⁸⁵

Учеными приводятся выдержки из исследования, инициированного Агентством по исследованиям и качеству в здравоохранении и проведенного Институтом медицины Национальной академии наук США, согласно которым в результате медицинских ошибок в больницах США ежегодно умирает от 44 до 98 тысяч человек. Это больше, чем смертность в результате автомобильных аварий (43458 человек), рака молочной железы (42297 человек) или СПИДа (16516 человек)⁵⁸⁶. Только от ошибок, связанных с неправильным применением лекарств, ежегодно погибает 7000 человек; это на 16% больше, чем смертность в результате производственного травматизма⁵⁸⁷.

США является лидером по количеству медицинских исков в судах. В частности, «журнал Форбс подсчитал, что в США новый медицинский иск поступает на рассмотрение каждые 43 минуты - в 3,5 раза чаще, чем, например, в Канаде. Лидируют США и по стоимости врачебных ошибок – на выплату компенсаций и сопутствующие расходы уходит около 2,4% всех затрат США на здравоохранение. Обычно компенсации за ошибки врачей колеблются в диапазоне от 200 000 до 500 000 долларов США, при этом, несмотря на существующие в ряде штатов ограничения на компенсацию морального вреда, периодически они достигают и миллиона долларов США»⁵⁸⁸.

Канадским властям врачебные ошибки ежегодно обходятся 750 миллионов канадских долларов. В пересчете на общее число пациентов, ежегодно проходящих лечение, эти цифры означают, что с врачебными

⁵⁸⁵ Институт судебных экспертиз и криминалистики. О врачебных ошибках в США. URL: https://ceur.ru/library/articles/medicinskaja_jekspertiza/item196956 (Дата обращения 10.05.2019).

⁵⁸⁶ Лепяхин В.К., Астахова А.В., Овчинникова Е.А., Овчинникова Л.К. Врачебные ошибки как причина осложнений лекарственной терапии // Качественная клиническая практика. 2002. № 1. URL: www.medi.ru/doc/9920111.htm. (Дата обращения 09.05.2019).

⁵⁸⁷ Лепяхин В.К., Астахова А.В., Овчинникова Е.А., Овчинникова Л.К. Врачебные ошибки как причина осложнений лекарственной терапии // Качественная клиническая практика. 2002. № 1. URL: www.medi.ru/doc/9920111.htm. (Дата обращения 09.05.2019).

⁵⁸⁸ Лепяхин В.К., Астахова А.В., Овчинникова Е.А., Овчинникова Л.К. Врачебные ошибки как причина осложнений лекарственной терапии // Качественная клиническая практика. 2002. № 1. URL: www.medi.ru/doc/9920111.htm. (Дата обращения 09.05.2019).

ошибками сталкиваются в среднем 187000 человек, причем от 9250 до 23750 из них погибают (таким образом, доля ошибок, приведших к летальному исходу, составляет 4,9 – 12,7 %) ⁵⁸⁹.

Известный интерес представляют данные отечественного исследователя А.В. Панова, который собрал и обобщил статистику оказания ненадлежащей медицинской помощи за рубежом, используя материалы ИТАР-ТАСС, Национальных министерств здравоохранения, обзоры прессы и т.п.

Согласно А.В. Панову, проверка качества здравоохранения, которым до сих пор гордится Австралия, показала, что 34,6% смертности на больничных койках обусловлены техническими «промахами» хирургов во время операций. Причиной еще 15,8% несчастных случаев служит неспособность докторов принять правильное решение, а 10,9% - невнимательное отношение к больным.

Австралийские эксперты, анализируя ошибки медиков, установили, что 1182 случая смерти или инвалидности пациентов в госпиталях были «в высокой степени предотвратимы». Из них 24,7% можно было избежать, если бы врачи имели лучшую подготовку и большую практику, 20,9% - за счет улучшения политики в области здравоохранения и 18,6% - вследствие усиления контроля над его качеством ⁵⁹⁰.

В Японии ежегодно подается от 5000 до 10000 по поводу врачебных ошибок. При этом в восьми территориальных зонах этой страны действуют специальные подразделения суда, в которых совместно с независимыми экспертами и юристами по медицинским вопросам работают опытные судьи. В этой стране также действуют «экспертные советы», решающие споры на досудебной стадии. В частности, современное японское право, наряду с судебной процедурой, предоставляет сторонам возможность выбрать специальную, закрепленную Гражданско-процессуальным кодексом Японии,

⁵⁸⁹ Ерманок А.Е. Врачебные ошибки: современное состояние проблемы. URL: www.medport.com.ua/page. (дата обращения 09.05.2019).

⁵⁹⁰ Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом. URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/> (Дата обращения 03.01.2019).

примирительную процедуру. В примирительную комиссию входят два примирителя, назначаемые из числа рядовых граждан, действующие в присутствии юристов и экспертов - врачей⁵⁹¹.

Израиль – это страна, где уровень медицинского обслуживания всегда считался эталоном, так как здесь он один из самых высоких в мире. В Израиле, по данным ВОЗ, из-за медицинских ошибок в среднем в год погибают до 7-9 тыс. человек, в странах ЕС — до 20 тыс. Однако в последние годы число поданных против врачей исков увеличилось в 13 раз, а общая сумма денежных компенсаций за нанесенный ущерб – более чем в 80 раз.

Ежегодно, подаются примерно 4600 исков против врачей, но до суда доходят только 20% из них, поскольку 80% находят решение в досудебном порядке методом компромисса сторон. В результате врачебных ошибок еженедельно умирают около 60 граждан, а в год погибают до 3 тысяч израильтян⁵⁹².

Медицину в Германии, в особенности хирургию, считают одной из самых качественных и эффективных во всем мире. Она славится точностью диагностики, современными методами лечения, наличием в клиниках новейшей дорогостоящей аппаратуры и техники, эффективных медикаментозных средств последнего поколения, а также хорошо оснащённых реабилитационных центров.

Тем не менее, согласно данным крупнейшей в Германии государственной больничной кассы «Техникер Краненкассе» (Techniker Krankenkasse), количество жалоб, связанных с подозрением на совершение врачебной ошибки и неблагоприятные последствия медицинского вмешательства, увеличилось на 26% и составило в этом году более четырех тысяч случаев. Большинство из них –1372, было зафиксировано в хирургии. Далее следуют стоматологи (606),

⁵⁹¹ Кондратьева И. Плата за ошибку: за неправильные действия медиков присудили рекордные компенсации. URL: <https://pravo.ru/review/view/119022>. (Дата обращения 03.01.2019).

⁵⁹² Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом // Право-мед.ру. Информационный портал. URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/> (Дата обращения 03.01.2019).

терапевты (382), ортопеды (378), гинекологи (222) и окулисты (155). В общей сложности в прошлом году эта государственная медицинская касса потребовала от врачей и медицинских учреждений возврата денежных средств в размере €14 миллионов долларов за дополнительные финансовые затраты, связанные с неблагоприятными последствиями медицинских вмешательств⁵⁹³.

Согласно официальным отчетам самой большой в Германии государственной кассы медицинского страхования «Алгемайне Ортлтшэ кассе» (Allgemeine Örtliche Kasse), в немецких клиниках регистрируют в год 18,8 миллиона плановых и срочных случаев госпитализации, из которых при 188 тысячах происходит врачебная ошибка, а 20 тысяч заканчиваются летальным исходом⁵⁹⁴.

К ошибке относится неточная диагностика, оставленные без внимания послеоперационные осложнения, преждевременное окончание лечебно-оздоровительного процесса или нарушение врачом норм гигиены, что привело к развитию инфекционного процесса. Не все случаи плановой госпитализации являются необходимыми, не все назначенные операции нужны, и при доброй половине обращений к врачу проблема могла бы быть решена консервативными методами⁵⁹⁵.

«Немецкое русскоязычное телевидение в передаче “Страна и люди” ведет постоянную передачу, посвященную анализу врачебных ошибок и преступлений, совершенных врачами. Федеральной врачебной палатой Германии ежегодно публикуются статистические данные о допущенных врачебных ошибках. 22 января 2014 г. по телеканалу Евроньюс было передано, что в больницах и клиниках Германии ежегодно умирает в среднем 19000 человек из-за врачебных ошибок - один случай на тысячу больных. В целом

⁵⁹³ Чуйко Л. Новости русской Германии. Немцы жалуются на врачебные ошибки. Ситуация быстро ухудшается. URL: <https://germania.one/2017/12/08/grazhdane-germanii-stali-chashhe-zhalovatsja-na-vrachebnye-oshibki/> (Дата обращения 03.01.2019).

⁵⁹⁴ Навара И. Врачебная ошибка – что делать? // Neue Zeiten. 2017. 05 (191). URL: <http://neuezeiten.rusverlag.de> (Дата обращения 03.01.2019).

⁵⁹⁵ Навара И. Врачебная ошибка – что делать? // Neue Zeiten. 2017. 05 (191). URL: <http://neuezeiten.rusverlag.de> (Дата обращения 03.01.2019).

число смертей по данной причине в 5 раз превышает число гибнущих в дорожно-транспортных происшествиях»⁵⁹⁶.

По сообщениям газеты «Ди Вельт», ежегодно в немецких судах рассматривается около 10 000 исков от пациентов, которые считают, что им оказали медицинские услуги ненадлежащего качества. Чаще всего, по данным федеральной врачебной палаты Германии, претензии предъявляются хирургам. Так, иски по врачебным ошибкам при хирургическом вмешательстве составляют 25% от общего числа исков по данному поводу, а по врачебным ошибкам при послеоперационном лечении и диагностике – 10%⁵⁹⁷.

Следует подчеркнуть, что определенную положительную динамику на общемировом уровне показывают случаи откровенной преступной халатности медиков.

Так, исследователи Организации экономического сотрудничества и развития⁵⁹⁸ провели опрос, посвященный тому, насколько часто хирурги европейских стран оставляют по забывчивости различные предметы в телах больных. От соответствующих ведомств была получена и проанализирована следующая статистика по 8 странам Западной Европы: средний показатель составляет всего 3,8 предмета на 100 000 операций. Одновременно установлено, что в последние годы хирурги из Швейцарии чаще всего оставляли инородные предметы в телах прооперированных больных – ежегодно среднем 11,8 «инородных предметов» на 100 000 операций⁵⁹⁹.

Широкую известность в мировом врачебном сообществе получил инцидент, который имел место в 2009 году в Ганновере (Нижняя Саксония).

В одну из местных клиник поступил 74-х летний пенсионер - Дик Шредер. Ранее у него был диагностирован рак предстательной железы. Заболевание, однако, не успело

⁵⁹⁶ Флоря В.Н. Врачебная ошибка с тяжкими последствиями и ее юридическая квалификация (сравнительно-правовой анализ) // Медицинское право, 2014, № 6. С. 47.

⁵⁹⁷ Каждый десятый пациент становится жертвой врача. URL: <https://health.pravda.ru/news/293106-vrach/> (Дата обращения 07.05.2019).

⁵⁹⁸ The Organisation for Economic Co-operation and Development. Официальный сайт. URL: <https://www.oecd.org> (Дата обращения: 09.05.2019).

⁵⁹⁹ Чьи хирурги лидируют в рейтинге самых безответственных? URL: <https://estet-portal.com/statyi/chii-hirurgi-lidiruyut-v-reytinge-samyh-bezotvetstvennyh-article-4488-htm>. (Дата обращения 09.05.2019).

достаточно развиться, и операция, не представлявшая большой сложности для медиков, должна была продлить жизнь пожилого мужчины как минимум еще на 6 лет. После операции господин Шредер действительно почувствовал себя намного лучше, но всего через несколько месяцев его состояние вновь резко ухудшилось.

Во время обследования выяснилось, что врачи хирурги забыли в его теле 16 медицинских принадлежностей, в том числе несколько игл, 15-сантиметровые куски бинта и компресса, а также кусочки тампонов и фрагмент хирургической маски. Для удаления инородных предметов мужчине провели еще две операции, во время которых оказалось, что раковая опухоль продолжает распространяться. Шредер, вопреки оптимистичным прогнозам, скончался в 2012 году от многочисленных осложнений. Такое количество инородных предметов, забытых в теле пациента, — это первый подобный прецедент за всю историю медицины⁶⁰⁰.

Статистически данные по другим странам свидетельствуют о следующем.

В Болгарии ежегодно от врачебных ошибок умирает 7 000 человек. Другое исследование показало, что 66% болгар боятся риска оказаться жертвой врачебной ошибки во время стационарного лечения, 18% считали, что им был поставлен неправильный диагноз, а 5% полагали, что оперативные вмешательства им были выполнены неправильно.

По оценкам специалистов в Венгрии вследствие врачебных ошибок ежегодно умирают 7-10 тысяч человек — больше, чем в результате автокатастроф. Наибольшее количество таких ошибок происходит при операциях на кровеносных сосудах, сердце, грудной полости и при нейрохирургических операциях⁶⁰¹.

В Греции «каждый четвертый гражданин не доверяет врачам и персоналу больниц, хотя всего 13% являются жертвами врачебных ошибок. 83 % греков считают, что могут стать жертвами врачебной ошибки или пострадать вследствие оказания неквалифицированных медицинских услуг»⁶⁰².

⁶⁰⁰ Немецкие хирурги забыли 16 предметов в теле пациента. URL: <https://www.vesti.ru/doc.html?id=1008104&cid=520> (Дата обращения 09.05.2019).

⁶⁰¹ Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом // Право-мед.ру. Информационный портал. URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/> (Дата обращения 03.01.2019).

⁶⁰² Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом // Право-мед.ру. Информационный портал. URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/> (Дата обращения 03.01.2019).

Почти 84000 случаев врачебных ошибок были установлены в 2009 году в ирландских больницах. Они включают: неправильные назначения лекарственных средств и их неправильные дозировки - 8 250; дефекты медицинских вмешательств, включая оставленные в теле пациента тампоны, салфетки, хирургический инструмент и прочее - 5559; ошибки ведения медицинской документации, которые могли привести к причинению вреда здоровью пациентов или даже к смерти больного – 5650. Несмотря на общее количество врачебных ошибок только 510 из них закончились выдвижением требований о возмещении вреда здоровью, на что ушло в 2009 году менее чем 50 миллионов евро. По данным испанской ассоциации жертв медицинской халатности, в целом по Испании за последние 10 лет из-за ошибок врачей погибли три тысячи человек. В Италии из-за врачебных ошибок и неправильного лечения ежедневно умирает в среднем 90 человек⁶⁰³.

Впервые проведенное Национальной школой общественного здравоохранения Португалии исследование неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи в трех крупных государственных больницах Лиссабона (было исследована медицинская документация 1699 пациентов, поступивших в 2009 году) показало, что в 11,1% случаев оказание медицинской помощи приводило к осложнениям, увечьям, инвалидности или даже к смерти. Причем ни сам пациент, ни его родственники в абсолютном большинстве случаев (99,2 %) не информировались об этом, из них не менее 53,2 % неблагоприятных исходов (падения, ожоги, пролежни, неблагоприятные реакции лекарственных средств, внутрибольничное инфицирование, повторные оперативные вмешательства и госпитализации) можно было бы избежать.

Если говорить о Франции, то по данным Национального исследования побочных эффектов оказания медицинской помощи каждый год во Франции в медицинских организациях происходит от 125 000 до 205 000 неблагоприятных

⁶⁰³ Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом // Право-мед.ру. Информационный портал. URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/> (Дата обращения 03.01.2019).

исходов оказания медицинской помощи, из них примерно 47% можно было бы избежать. Данный вывод был сделан по результатам исследования медицинской документации 4839 пациентов в 292 отделениях 71 медицинских организаций различной формы собственности.

Второе Национальное исследование побочных эффектов оказания медицинской помощи, показало, что количество неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи за год находится в интервале между 275000 и 395000 или от 750 до 1080 ежедневно (900 в среднем). Из них 45 % можно было бы предотвратить. Основная причина неблагоприятных исходов – человеческий фактор (неправильное назначение лекарственного средства, оставление хирургического инструмента в брюшной полости и т.д.)⁶⁰⁴.

Неблагоприятные исходы оказания медицинской помощи в Швеции составляют 12,3 % от всех госпитализаций. По статистике, примерно каждый десятый скандинавский пациент становится жертвой врачебной ошибки, при этом 3 тысячи человек умирают в больницах и почти 100 тысяч пациентов получают неправильное лечение. Каждый день 28 шведов обращаются в страховые компании за компенсацией последствий врачебных ошибок. Объемы этих компенсаций выросли с 231 млн. крон в 2000 году до 420 млн. крон в 2010 году.

Хотя по официальной статистике в Эстонии за последние 13 лет из-за медицинской ошибки умер 151 человек, опираясь на европейскую статистику, можно констатировать, что врачебные ошибки приводят к смерти 1500 человек в год.

В 2018 году экспертная комиссия по качеству врачебной помощи раскрыла девять случаев врачебных ошибок в ходе расследования жалоб, поступивших от 35 пациентов. В прошлом году экспертная комиссия по качеству врачебной помощи в ходе расследовании 78 случаев установила

⁶⁰⁴ Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом // Право-мед.ру. Информационный портал. URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/> (Дата обращения 03.01.2019).

врачебную ошибку в 20 случаях. Поскольку в Эстонии количество визитов пациентов к врачам составляет примерно пять миллионов в год, а больничное лечение получает примерно 250 000 человек в год, то с учетом этих цифр, по оценке департамента здравоохранения, количество врачебных ошибок от 17 до 24 в год совсем невелико.

В целом по оценкам группы европейских экспертов, от 4 до 7 пациентов из 100 становятся жертвами врачебных ошибок в ходе проводимого лечения, при назначении лекарств и врачебных процедур в силу трудностей, возникающих при идентификации медикаментов и врачебных манипуляций из-за их многообразия, а также в виду различий в медицинской терминологии⁶⁰⁵.

Итак, практически каждый десятый пациент в мире становится жертвой медицинской ошибки, а число людей, подцепивших инфекцию в поликлинике или госпитале, в глобальном масштабе достигает почти полутора миллионов человек.

Серьезной проблемой служат осложнения, вызываемые нарушением стерильности и повторным использованием инструментария при инъекциях. По данным ВОЗ, чаще всего подобные медицинские ошибки встречаются в странах Южной Африки и Среднего Востока, а также в Австралии, Вьетнаме, Китае и Японии. Так, при нахождении в больницах этих стран:

- шанс столкнуться с врачебной ошибкой составляет 1 к 10;
- шанс умереть от врачебной ошибки – 1 к 300. Таким образом, по статистике Всемирной организации здравоохранения больницы гораздо опаснее для жизни, чем полеты на самолетах⁶⁰⁶.

Достаточно распространены случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи и в странах СНГ.

⁶⁰⁵ Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом // Право-мед.ру. Информационный портал. URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/> (Дата обращения 03.01.2019).

⁶⁰⁶ Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом // Право-мед.ру. Информационный портал. URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/> (Дата обращения 03.01.2019).

Так, с начала века в Государственной службе медицинских судебных экспертиз Белоруссии ежегодно на 15-20% возрастает количество экспертиз, назначенных правоохранительными органами по делам о ненадлежащем оказании медпомощи. Если в 2000 году было произведено около 65, то в 2005 уже около 160 таких исследований⁶⁰⁷.

От врачебной ошибки в Украине каждый день умирает 6-7 человек, 20 пациентов из-за халатности или непрофессионализма медиков становятся инвалидами. По данным экспертов, около 80 процентов врачебных ошибок остаются безнаказанными⁶⁰⁸.

В Казахстане было признано обоснованными 50% жалоб на низкое качество стационарной помощи в клиниках и больницах. Наибольшее количество жалоб зарегистрировано в Павлодарской, Карагандинской, Мангыстауской и Южно-Казахстанской областях, а также в городах Астана и Алма-Аты⁶⁰⁹.

Опросы пациентов, проведенные в Киргизии, показали, что по признанию 35,26% респондентов, с врачебными ошибками они «сталкивались не раз». На то, что «от ошибки врача пострадали их знакомые», - заявили 19,94% опрошенных, а, по словам 6,07% респондентов, с подобным они сталкивались, но «обошлось без серьезных последствий». «Не сталкивались, но много об этом слышали», - ответили 16,76% опрошенных. При этом «никогда не сталкивались с ошибками врачей» только 4,91% респондентов⁶¹⁰.

Особый интерес представляют исследования причин «врачебных ошибок» в Великобритании, трактуемых или как «ненадлежащая врачебная практика», или как «злоупотребление врачами их служебным положением»

⁶⁰⁷ Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом // Право-мед.ру. Информационный портал. URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/> (Дата обращения 03.01.2019).

⁶⁰⁸ Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом // Право-мед.ру. Информационный портал. URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/> (Дата обращения 03.01.2019).

⁶⁰⁹ Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом // Право-мед.ру. Информационный портал. URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/> (Дата обращения 03.01.2019).

⁶¹⁰ Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом // Право-мед.ру. Информационный портал. URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/> (Дата обращения 03.01.2019).

которые часто обсуждаются в контексте регулирования профессиональной деятельности врачей и, в особенности, с точки зрения привлечения их к ответственности за допущенные ошибки. В свое время в этой стране были введены различные виды социального контроля, которые варьировались от регулирования через Общий медицинский совет (который отвечал за вынесение решений по обвинениям врачей в профессиональных проступках и подтверждении лицензии врачей на практику) до специального медицинского аудита, занимающегося постоянным экспертным обзором врачебной практики.

В настоящее время судебное разбирательство, связанное с ненадлежащей врачебной практикой, проводится в этой стране в соответствии с нормами общего права, в части правонарушений, связанных с небрежностью. Так, сегодня закон основан на том, что люди обязаны заботиться о других и должны избегать нанесения вреда другим вообще или нанесения вреда тем, с кем они вступают в контакт. В отношении медицины это означает, что врач причиняет вред пациенту в результате неспособности действовать в соответствии с официально принятыми в своей профессии стандартами. Следует отметить, что в ходе расследования о злоупотреблении врача служебным положением, именно истец должен доказать, что имела место небрежность или халатность, и именно она способствовала причинению ущерба здоровью или нанесению травмы⁶¹¹.

Действительно, с конца 80-х гг. XX века в Великобритании значительно участились случаи медицинской небрежности, соответственно, увеличилось число исковых требований и, одновременно, стоимость страховых выплат. Так, в 1990-1991-х гг. сумма страховых премий, выплаченных за медицинскую халатность, оценивалась в 60 млн. фунтов стерлингов. К 1994-1995 гг. она увеличилась до 155 млн. фунтов стерлингов. В последующие годы ассигнования на покрытие расходов, связанных с исками по халатности врачей,

⁶¹¹ Annandale E. The malpractice crisis and the doctor-patient relationship // Sociology of Health and Illness. 1989. № 11 (1). P. 1 - 23. Цитируется по: Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. London: Sage Publications Ltd, 2004. P. 253.

удвоились с 1,3 млрд фунтов стерлингов в 1996 – 1997-х гг. до 2,6 млрд. фунтов стерлингов в 1999-2000 гг. Большинство подобных исков предъявлялось в небольших суммах (в размере до 5000 фунтов стерлингов), в то время как суммы, превышающие 150 000 фунтов стерлингов, запрашивались только 4,5 процентами от общего числа истцов⁶¹².

В числе врачебных специальностей, к которым чаще всего предъявлялись и продолжают предъявляться иски, в Великобритании - акушерство и гинекология, ортопедия, травматология и скорая помощь. Так, врачи, работающие в акушерстве и гинекологии, особенно подвержены большим исковым требованиям потому, что ущерб, нанесенный новорожденному при принятии родов (например, повреждение головного мозга) влечет за собой пожизненные издержки в плане медицинского обслуживания. Лишь одно единственное исковое требование в этом случае может исчисляться миллионами фунтов⁶¹³.

В прошлом все врачи, работающие в больницах Великобритании, являлись членами специальной страховой Медицинской защитной организации - (Medical Defense Organization), которая занималась проблемами покрытия судебных выплат. Поскольку членские взносы в 1980-е годы существенно возросли, то органы здравоохранения отказались на субсидирование своего персонала. Ситуация усугублялась тем, что руководители этой организации объявили, что они намерены взимать дифференцированные взносы за членство и что врачи - специалисты «повышенного риска» будут платить больше всех. В 1990 году правительство Великобритании отреагировало требованием от органов здравоохранения и страховщиков покрывать все расходы, связанные с небрежностью врачей, вместо того, чтобы внести свой вклад в оплату их членства. В результате управляющие этой организации, с целью аккумуляции

⁶¹² Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. London: Sage Publications Ltd, 2004. P. 254.

⁶¹³ Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. London: Sage Publications Ltd, 2004. P. 254.

средств от лечебных учреждений и минимизации страховых выплат, стали поголовно обвинять всех врачей в «невнимательном мошенничестве», даже тогда, когда врачи отрицали свою небрежность и пытались защитить себя⁶¹⁴.

Медицинское сообщество отреагировало на такое положение дел, заняв «оборонительную позицию», в частности, увеличив число дополнительных диагностических процедур и повысив ставки на врачебные манипуляции. Так, наиболее часто цитируемый пример - повышение стоимости кесарева сечения, которое, как говорят, всегда проводится в страхе перед судебным процессом⁶¹⁵.

Имеются сведения о том, что опасения относительно возможного иска, побуждают врачей общей практики принимать решения об отказе от лечения определенных состояний, увеличивать число анализов, делать специальные записи (пометки) в историях болезни. Также есть свидетельства того, что врачи пытаются заранее распознать пациентов, склонных к искам, на специально организованной предварительной консультации, чтобы уменьшить вероятность судебных разбирательств. Соответственно, пациенты, которые кажутся им излишне осведомленными и требовательными или «легко подверженными давлению», рассматриваются в любом случае как потенциально опасные⁶¹⁶.

Быстрый рост числа процессов по медицинской халатности в последние десятилетия заставил многих зарубежных экспертов говорить о кризисе медицинских судебных разбирательств. Так, в Соединенных Штатах Америки регулярно сообщается о том, что общая сумма требований по искам о злоупотреблениях врачей растет быстрее, чем инфляция. И в Великобритании, и в США, говорят о том, что это потребительские настроения в целом побуждают пациентов жаловаться и предъявлять судебные иски, когда они считают, что их права не реализованы, а ожидания от врачебной помощи не

⁶¹⁴ Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. London: Sage Publications Ltd, 2004. P. 253.

⁶¹⁵ Allsop J., Mulcahy L. Regulating medical work. Buckingham: Open University Press, 1996. Цитируется по: Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. London: Sage Publications Ltd, 2004. P. 253.

⁶¹⁶ Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. London: Sage Publications Ltd, 2004. P. 254 – 255.

оправдались. Акцент делается также и на жадности юристов, которые в финансовом отношении только выигрывают от быстрого увеличения исковых количества требований. Так, есть свидетельства тому, что адвокаты в Великобритании специально рекламируют себя в местных газетах, чтобы заинтересованные лица или организации просили их совета или участия в организованных групповых действиях против медиков, например, против назначения бензодиазепиновых транквилизаторов. Врачи, со своей стороны, критикуют адвокатов за незнание медицины и применение конфронтационного подхода к решению того, что они воспринимают как медицинские споры⁶¹⁷.

Таким образом, поскольку в мировом здравоохранении констатирован кризис в надлежащем оказании медицинских услуг, то правомерным становится вопрос: чему и кому служит этот кризис?

Для врачей этот кризис проявляется в увеличении числа обвинений их в небрежности пациентов в своей правоте. Для пациентов он связан с потерей доверия к медицинской профессии или отсутствием достаточных финансовых средств для привлечения к суду недобросовестных врачей⁶¹⁸. Безусловно, есть доказательства того, что, когда пациенты или их родственники инициируют судебные разбирательства, они руководствуются теми сильными эмоциями, которые возникают после ущерба, причиненного врачами. Тогда для этих пациентов решение получить компенсацию определяется не только самой травмой, но и желанием привлечь к этому внимание других врачей и обеспечить извлечение ими уроков на будущее⁶¹⁹.

Тем не менее, ряд экспертов ставят под сомнение ту степень, в которой возросшая медицинская халатность вылилась в своеобразный кризис. Так, утверждается, что не следует слишком серьезно принимать заявления врачей о

⁶¹⁷ Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. London: Sage Publications Ltd, 2004. P. 254 – 255.

⁶¹⁸ Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. London: Sage Publications Ltd, 2004. P. 254 – 255.

⁶¹⁹ Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. London: Sage Publications Ltd, 2004. P. 254 – 255.

том, что они сталкиваются с кризисом. На самом деле, увеличение заявлений о злоупотреблениях является частью более широкого культурного сдвига, который охватил все профессии в целом, а не только медицину. Например, бухгалтеры, архитекторы, инженеры и ветеринары также констатируют, что требования к их профессиональной ответственности в последнее время существенно усилились. В данной связи реакцию медицинской общественности предлагается рассматривать как моральную панику и символическое выражение недовольства более широкими социальными и культурными изменениями, затрагивающими все профессии без исключения.

Однако, независимо от того, сталкиваются ли представители других профессий с обвинениями в небрежности, ученые утверждают, что увеличение числа исков о медицинской халатности представляет собой вызов авторитету медицинского работника. И этот вызов имеет реальные социальные последствия для выстраивания доверительных взаимоотношений в системе «врач-пациент». С одной стороны, усиление внимания к нормативному регулированию ответственности врачей, особенно в части халатности и злоупотреблений, поможет активизировать пациентов и побудить самих врачей принимать более взвешенные решения в своей практике. С другой стороны, оно может также иметь непредвиденные последствия, побуждая врачей проводить ненужные обследования и подрывая доверие, столь необходимое и для врача, и для пациента⁶²⁰.

Несмотря на это, обращение к анализу причин медицинской халатности влечет за собой широкое публичное обсуждение стандартов медицинской помощи. Любые изменения в системе права, предопределяющие бесперебойную работу механизма страховой компенсации (когда акцент ставится на доказательство причинности, а не на доказательство вины), должны сделать врачей более ответственными, и одновременно - менее

⁶²⁰ Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. London: Sage Publications Ltd, 2004. P. 255.

дорогостоящими (с точки зрения судебных издержек и оплаты услуг юристов) для здравоохранения⁶²¹.

Следует отметить, что специальных исследований по медицинской халатности, особенно по медицинским инструментам, оставленным в теле пациента, в России не проводилось, однако эта проблема давно существует. В настоящее время официальный учет «врачебных ошибок» также не ведется, поэтому достоверные статистические данные отсутствуют, а в оценках различных ведомств по данному поводу присутствуют значительные расхождения. Так, глава Следственного комитета России Александр Иванович Бастрыкин озвучил на коллегии по вопросам организации работы по расследованию ятрогенных преступлений следующие данные: в 2015 году в результате врачебных ошибок скончались 712 человек, в том числе 317 детей. В 2016 году от ошибок медиков умерли 352 человека, в том числе, 142 ребенка. Итого, с начала прошлого года по вине медиков умерли 1064 человека⁶²².

В то же время, судя по оценкам общественной организации - Лиги защиты пациентов, - «ежегодно от врачебных ошибок в России умирает 50 тысяч человек, а каждый третий диагноз в нашей стране ставится неверно»⁶²³, что, безусловно, ведет к существенному росту гражданских и уголовных исков к организациям здравоохранения и конкретным медикам.

4.3. Судебные иски пациентов к врачебному сообществу: причины и тенденции

В настоящее время отечественное здравоохранение погружается в судебные разбирательства, связанные с ненадлежащим исполнением врачами

⁶²¹ Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. London: Sage Publications Ltd, 2004. P. P. 256.

⁶²² Минздрав проанализирует данные Следственного комитета о количестве врачебных ошибок, приведших к смерти пациентов // Москва, 29 сентября 2016 г. РИА Федерал Пресс. URL: www.fedpress.ru/1679885 (Дата обращения 05.05.2019).

⁶²³ Ежегодно в России от врачебных ошибок умирает 50 тысяч человек - это больше, чем гибнет в ДТП. URL: <http://www.newsru.com/russia/06nov2008/mistakes.html> (Дата обращения 05.05.2019).

профессиональных обязанностей, дефектами медицинской помощи. Растет поток жалоб от пациентов в вышестоящие инстанции (Министерство здравоохранения РФ, Росздравнадзор), а также в общественные организации (Лигу защиты прав пациентов, Ассоциацию защиты прав потребителей). Существенную положительную динамику показывает число обращений в следственные органы.

В результате медицинские организации погружаются в гражданские и уголовные процессы состязательного характера, поскольку они должны многое сделать для того, чтобы доказать необоснованность претензий истца.

Целесообразно выделить причины, ведущие к увеличению потока жалоб от пациентов или их родственников в обозначенные инстанции, росту числа уголовных и гражданских судебных дел, связанных с медицинскими услугами населению.

Во-первых, в условиях либерализации жизнедеятельности социума происходит изменение представлений людей во всех сферах социальных отношений, в том числе и в области медицины. Устаревшие идеалы и стереотипы уходят в прошлое, а в гражданском обществе развивается социально востребованный характер права. Это привело к росту информированности и юридической грамотности населения, осознанию им своих прав в области предоставления/получения медицинских услуг.

Во-вторых, причиной большого количества исков, как это ни парадоксально, является высокий уровень развития медицины, обусловивший сегодня возможность поддержания жизни или оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным в очень тяжелых случаях (при серьезных врожденных аномалиях, например), что ранее было просто невыполнимо. Сюда же следует отнести и преувеличение возможностей современной медицины людьми, а также неверную оценку ими степени риска врача. Это наглядно подтверждает следующий пример из правоприменительной практики, когда

отец пациента подал в суд иск к медицинской организации в связи со смертью сына из-за неизлечимого врожденного заболевания.

Истец К. подал в суд города П. иск к медицинской организации о возмещении морального вреда в связи со смертью его сына, пациента Р. В исковом заявлении истец обвинял врачей в смерти своего сына, в халатном и непрофессиональном обращении. Моральный вред истец оценил в 3000000 (три миллиона) рублей.

Представители ответчика (медицинской организации) в судебном заседании иск не признали ввиду того, что пациент с рождения страдал тяжелым, неизлечимым заболеванием, угрожающем его жизни - врожденным пороком сердца (аномалия Эбштейна).

Согласно российским и зарубежным статистическим данным, смертность детей в течение года с данным пороком сердца составляет 33%, а в течение 10 лет - 41%. При естественном течения аномалии Эбштейна, прогноз для жизни крайне неблагоприятен - 36% больных погибают. Смертность у новорожденных с аномалией Эбштейна достигает 80%, а у плодов 90%. К 10 годам от этого заболевания умирают 33% больных, к 20 годам 59% больных, а к 30 годам 39% больных, следовательно, при данном пороке сердца больные умирают в 20-30 летнем возрасте⁶²⁴.

В связи с тяжелым врожденным заболеванием пациент Р. неоднократно был прооперирован в профильных медицинских учреждениях, а в частности, в 1994 г. в возрасте 7 лет в виду прогрессирующего порока сердца было принято решение о выполнении жизнеспасающей операции шестой (максимальной) категории риска по жизненным показаниям. В 1997 г. в возрасте 10 лет в связи с нарастанием недостаточности трикуспидального клапана выполнена повторная операция – протезирование трикуспидального клапана биологическим протезом Бионикс-31. Следует отметить, что данная картина заболевания характерна именно для аномалии Эбштейна детского возраста – пациенты обречены на ряд повторных травматичных операций на сердце.

В 2011 году в возрасте 25 лет пациент Р. поступил в медицинское учреждение в крайне тяжелом состоянии. Помимо врожденного порока сердца уже по истечению лет пациент Р. страдал множеством сопутствующих заболеваний: полиорганной недостаточностью (главной особенностью полиорганной недостаточности является неуклонность развития повреждения системы органов до такой глубины, что он не способен поддерживать жизнеобеспечение организма), а также лекарственным циррозом

⁶²⁴ Крупянко С.М. Клиника, диагностика, тактика и непосредственные результаты хирургической коррекции аномалии Эбштейна у детей раннего возраста. Автореф. дис... канд. мед. Наук. М., 2004. С. 1.

печени. Проводимая консервативная терапия не дала положительного эффекта. В виду исходной тяжести заболевания, состояние пациента продолжало ухудшаться. Несмотря на высококвалифицированную медицинскую помощь, проведение всех необходимых лечебно-диагностических мероприятий и усилия врачей с привлечением лучших специалистов, состояние пациента продолжало прогрессивно ухудшаться и 30 августа 2011 г. наступила смерть.

В ходе судебного разбирательства суд города П. руководствовался не только медицинской документацией, опросом свидетелей, но и заключением комплексной судебно-медицинской экспертизы. Кроме того, члены комиссионной судебно-медицинской экспертизы, дав свидетельские показания, поддержали свое заключение, подтвердив выводы комиссии о том, что основной причиной наступления смерти пациента Р. явилось врожденное неизлечимое тяжелое заболевание сердца - аномалия Эбштейна, полиорганная недостаточность и цирроз печени. К моменту поступления пациента Р. в профильное медицинское учреждение состояние больного было уже практически безнадежным, все компенсаторные возможности сердца были исчерпаны. Каких-либо дефектов оказания медицинской помощи в учреждении эксперты не усмотрели, медицинская помощь была оказана в полном объеме.

Суд, отказывая в иске о компенсации морального вреда в размере в размере 3000000 рублей, исходил из того, что предусмотренных законом случаев компенсации морального вреда не установлено ввиду отсутствия причинно-следственной связи. Действительно в условиях стационара наступила смерть сына истца, но она не связана с оказанием некачественной медицинской помощи или иными нарушениями сотрудников или врачей лечебного учреждения, которые могли привести к смерти.

Утверждение истца о том, что его сын в результате медицинских манипуляций умер, опровергнуты досконально изученными медицинскими документами и подтверждены заключением судебно-медицинской экспертизы, не доверять которой у суда не было оснований в силу ее непротиворечивости и соответствия показаниям свидетелей и материалам дела.

Руководствуясь статьями 150, 151, 1099, 1101 ГК РФ и в соответствии со статьями 194-198 ГПК РФ, суд решил: в иске о компенсации морального вреда отказать в полном объеме⁶²⁵.

⁶²⁵ Решение № 2-118/2013 М-103/2013 2-1/2014(2-118/2013;). М-103/2013 2-1/2014 от 9 января 2014 г. Пущинский городской суд (Московская область).

Истец К., не согласившись с решением суда первой инстанции, подал апелляционную жалобу в судебную коллегия по гражданским делам Московского областного суда. Судебная коллегия по гражданским делам, проверив материалы дела, обсудив доводы апелляционной жалобы, выслушав объяснения явившихся участников процесса, не нашла оснований к отмене решения суда города П., руководствуясь ст. 328 ГПК РФ, определила: решение городского суда оставить без изменения, апелляционную жалобу истца К. – без удовлетворения⁶²⁶.

Очевидно, что не менее сложной и актуальной остается проблема компенсации морального вреда, которая вызывает множество споров. Так, еще 5 лет назад суммы морального вреда составляли десятки тысяч рублей, но с каждым годом они увеличиваются до нескольких миллионов. Примером является иск матери по множественным врожденным аномалиям у новорожденной.

В 2010 г. истица (мать умершего новорожденного ребенка) обратилась с иском заявлением в районный суд города Ч. о взыскании в ее пользу компенсации морального вреда в равных долях в отношении двух медицинских организаций (условное обозначение МО-1 и МО-2) в размере 7500000 (семь миллионов пятьсот) рублей и расходов за производство экспертизы в размере 72642 рублей.

Вина первого ответчика – МО-1, по мнению истицы, заключается в том, что ей не была оказана качественная профессиональная медицинская помощь при проведении УЗИ. Целью ультразвуковых обследований во втором и третьем триместрах беременности является выявление различных пороков развития плода. По мнению истицы, специалистами МО-1 не был диагностирован комбинированный порок сердца, задержка внутриутробного развития плода, с опозданием было выявлено нарушение плодово-плацентарного кровотока. По заявлению истицы в случае же качественного диагностирования указанных заболеваний у нее имела бы альтернатива: либо сохранить ребенка, создав максимально благоприятные условия для его развития и рождения, либо прервать беременность.

Ответчик МО-1 требования истицы не признал в полном объеме по следующим основаниям. В действительности диагноз врожденный порок сердца (ДМЖП, ДМПП, коарктация аорты) не был выявлен при ультразвуковых обследованиях в МО-1 вследствие объективных причин, одной из которых является трудность выявления такого порока. Все

⁶²⁶ Апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам Московского областного суда по делу № 33-6256/2014. 24.03.2014г.

ультразвуковые исследования плода проводились в соответствии со схемой обследования. Беременность по решению истицы была сохранена, но ребенок родился с множественными врожденными аномалиями. В их числе: врожденный порок сердца, дефект межжелудочковой перегородки, коарктация аорты, открытый артериальный проток, недостаточность трикуспидального клапана, недостаточность митрального клапана, высокая легочная гипертензия, гипотрофия III степени, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, конъюгационная желтуха, перинатальное поражение головного мозга, спастический тетрапарез. С такими врожденными аномалиями дети редко живут более 2-3 лет. Кроме того, истица входила в группу риска, так как ее беременность протекала в возрасте 38-ми лет, и она страдала рядом заболеваний таких как ангиопатия сетчатки, патология МК ДХЛЖ, миома матки, также была диагностирована угроза выкидыша. Истица была предупреждена о возможных осложнениях при родах и возникновении патологий у плода, в связи, с чем ей было предложено прерывание беременности, от чего она отказалась. После рождения дочери истица по направлению обратилась в специализированное медицинское учреждение МО-2 на консультацию и возможное оперативное вмешательство в связи с врожденным пороком сердца у ее новорожденной дочери. По результатам проведенной консультации в МО № 2 были подтверждены вышеуказанные диагнозы, кроме того ребенок при рождении не слышал и не видел, в связи с нарушениями ЦНС самостоятельно не двигался. По причине наличия множества сопутствующих заболеваний у ребенка был установлен высокий риск оперативного вмешательства в связи с ВПС.

Вину второго ответчика – МО-2 истица видела в том, что врач-анестезиолог, по ее мнению, проигнорировала опасность реакции ребенка на наркоз, хотя об этом ее предупреждали, а также проигнорировала возможность бронхоспазма и ларингоспазма, не провела своевременно интубацию, допустила длительную гипоксию, в результате чего вместо возможности провести операцию, дававшую дочери истицы шанс на выживание, обрела ее на длительную кому и летальный исход.

Второй ответчик МО-2 требования истицы также не признал в полном объеме. Несмотря на все сложности и риски МО № 2 не отказала данной пациентке в выполнении сложной диагностики с анестезиологией с целью установления правильного и точного диагноза и назначения дальнейшего терапевтического лечения. Истица была уведомлена относительно высокой степени риска и осознанно согласилась на проведение диагностики. Проведенная диагностика установила высокий риск и подтвердила невозможность проведения операции в связи врожденным пороком сердца. Истица с дочерью была выписана из МО-2 под наблюдение специалистов по месту жительства, даны рекомендации

по ведению медикаментозной терапии. По истечении 2-х лет после выписки из МО-2 ребенок умер дома по месту своего жительства. При этом истица и ее супруг отказались от проведения патологоанатомического вскрытия, с помощью которого можно было бы установить истинную причину смерти ее дочери.

Дело судом было рассмотрено в полном объеме в течение 4-х лет. В связи со сложностью и спецификой дела, а также для вынесения законного и обоснованного решения были проведены три экспертизы в различных судебно-медицинских учреждениях, в том числе две по ходатайству истицы. Для разъяснения неоднозначных формулировок в заключениях экспертов в судебном заседании были заслушаны специалисты (согласно ст. 188 ГПК РФ) в различных областях медицины, свидетели и исследована вся необходимая документация, в полном объеме. По результатам проведенных по делу судебно-медицинских экспертиз сделан вывод об отсутствии вины медицинских работников МО-1 и МО-2 в несвоевременной диагностике и наличии прямой причинно-следственной связи между оказанными медицинскими услугами в МО-1 и МО-2 и наступлением смерти пациентки.

Суд, исследовав все материалы дела, учитывая заключения судебно-медицинских экспертиз, свидетельские показания, пришел к выводу о том, что в связи с необоснованностью требований истицы о взыскании компенсации морального вреда в размере 7000 000 (семь миллионов пятьсот) рублей и расходов за производство экспертизы в размере 72642 рублей с ответчиков МО-1 и МО-2 исковые требования истицы не подлежат удовлетворению в полном объеме и по всем основаниям⁶²⁷.

В-третьих, имеет место безнаказанность так называемых «сутяжных личностей», которые горят навязчивым желанием бороться за свои мнимые ущемленные права во всех сферах жизнедеятельности, в том числе, и в области оказания им медицинской помощи. При этом ряд из них преследуют откровенно корыстные цели, пытаясь извлечь деньги из медицинского учреждения. Примером является исковое дело № 27373/2015, рассмотренное Замоскворецким судом города Москвы⁶²⁸.

Гражданином С. было подано исковое заявление в Замоскворецкий суд г. Москвы в Медицинской организации (МО-1) о возмещении расходов на общую сумму 1519744,07 руб., включая компенсацию морального вреда в сумме 1000000 рублей, в результате

⁶²⁷ Решение Ленинского районного суда г. Чебоксары Чувашской Республики под председательством судьи Кудряшовой Н.Н. от 28.11.2011 г. по делу № 2-1/2011

⁶²⁸ Приводится в сокращении.

ненадлежащей медицинской услуги, оказанной этой организацией в отношении умершего отца данного истца – гражданина О. Суть обвинения состояла в том, что гражданин О., находившийся на лечении в специализированной медицинской организации (МО-2) и скончавшийся там, ранее был прооперирован в МО-1, где якобы забытые в ходе операции в его теле салфетки вызвали гнойный сепсис, послуживший причиной смерти.

Однако анализ медицинской документации и патологоанатомических исследований стал основным и неоспоримым доказательством отсутствия вины врачей МО-1. В случае пациента О., страдавшего помимо прочего полной деструкцией костей позвоночника, марлевые салфетки не используются в виду их неэффективности; вместо них применяется стерильный рассасывающийся волокнистый гомеостатический материал СЕРДЖИСЕЛ; несанированных очагов инфекции выявлено не было, а у больного было констатировано прогрессирование респираторной инфекции (пневмонии), по поводу которой в МО-2 была начата заведомо неэффективная (неадекватная) терапия препаратом (зивоксом), к которому бактерия «*Klebsiella pneumoniae*» была природно устойчива. Это обусловило прогрессирование инфекционных осложнений и привело к летальному исходу.

До поступления в МО-1 по срочным показаниям (разрыв аневризмы аорты) (торакоабдоминальная аневризма аорты, состоявшийся разрыв, забрюшинная гематома), пациент находился на обследовании в нескольких лечебных учреждениях, где точный диагноз ему поставлен не был. По решению консилиума пациенту в срочном порядке была выполнена операция: резекция аневризмы грудной и брюшной аорты с протезированием дакроновым протезом, в условиях искусственного кровообращения. Операция проходила по принятому в отделении хирургии артериальной патологии протоколу; на завершающем этапе операции применялись гемостатические губки фирмы Джонсон и Джонсон, а марлевая салфетка не использовалась в виду ее неэффективности. За время нахождения в МО-1 в послеоперационный период признаков инфекционных осложнений отмечено не было, и пациент был выписан с рекомендацией дальнейшего лечения в профильном неврологическом стационаре. Таким образом, истцом не было представлено доказательств вины сотрудников МО-1.

Достаточно часто в юридической практике встречаются ложные доносы пациентов. Например, межрайонной прокуратурой была организована проверка по поступившему из СУ по Западному АО ГСУ СК России по г. Москве обращению гражданки Г. о нарушении сотрудниками медицинской организации (МО) ее прав.

Гражданке Г. была выделена Федеральная квота на проведение высокотехнологичной операции на сердце, которую, по ее заявлению, «не сделали, а посадили на обследования, а саму квоту использовали («обналичили»)). Таким образом, медики якобы совершили подлый грабеж нищей пенсионерки.

В МО дважды поступали обвинения от Г. о нецелевом расходовании денежных средств (федеральной квоты), выделенной на ее лечение, обращения также поступали в Администрацию Президента РФ и в редакцию газет Московский комсомолец и Комсомольская правда.

На самом деле, обвинения Г. в лишении ее квоты были необоснованны, и требование денежной компенсации – тоже.

Дело в том, что оказание населению высокотехнологичной медицинской помощи регламентируется приказом Минздрава России от 12.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи». Средства из Федерального бюджета выделяются на каждого больного, направленного решением врачебной комиссии территориального органа здравоохранения в медицинское учреждение, оказывающее высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП). Конкретного пациента, направленного на ВМП, идентифицирует оформляемый при направлении именной талон на оказание ВМП. Таким образом, квоту (долю средств, выделенных на лечение одного пациента из средств федерального бюджета), невозможно использовать на лечение другого пациента.

Ложным является и обвинение в лишении квоты. В соответствии с данными электронного ресурса Минздрава РФ квота (талон на оказание ВМП № 18.0000.08126.159, оформленный от 01.06.2015) сохранена и по заявлению пациента от 14.12.15 решением Департамента здравоохранения области перенаправлена в другой город. На основании этого решения МО тем более не могла воспользоваться квотой.

Следует отметить, что распространение заведомо ложных сведений, порочащих честь и достоинство другого лица или подрывающих его репутацию, квалифицируется как клевета и преследуется по ст. 128.1 УК РФ. Требование Г. денег в данном случае квалифицируется как вымогательство и подлежит наказанию согласно статье 163 УК РФ.

В-четвертых, имеет место активизация деятельности, в том числе рекламной, различных правозащитных юридических организаций и фирм, специализирующихся на оказании разноплановой юридической помощи

пострадавшим (пациентам), на самом деле нацеленной на тривиальное извлечение прибыли.

«Динамично развивающаяся компания» - «Лига защиты прав пациентов», для того, чтобы «добиться справедливости, защитить Ваши законные права и вернуть деньги, потраченные на лечение», на своем сайте предлагает широкий спектр платных юридических и экспертных услуг. В их числе – проведение совместной консультации медицинского эксперта и юриста (6000 рублей), письменного обзора медицинским экспертом представленных документов (от 50000 до- 70000 рублей), участие в судебном заседании первой инстанции – от 100000 рублей⁶²⁹.

В-пятых, агрессивная реклама в СМИ и, особенно, в Интернете, подпитывает деятельность подобных организаций. С одной стороны, гражданам обещают буквально чудеса (ровную белоснежную улыбку, полное восстановление потенции, быстрое снятие боли в позвоночнике и суставах и т.п.), которые невозможны в большинстве случаев. С другой стороны СМИ усиленно привлекают внимание к «повальным ошибкам врачей», запугивая потенциальных пациентов, провоцируя их на отказ от профессиональной медицинской помощи.

На самом деле, процент обращений пациентов, действительно пострадавших от некачественно оказанных медицинских услуг, в том числе от халатности врачей, бюрократизации системы здравоохранения, сравнительно невелик, хотя и случаются судебные разбирательства на предмет халатности, приведшей к неоказанию медицинской помощи.

Например, новорожденной девочке истицы Я. был поставлен диагноз врожденный порок сердца (двойное отхождение сосудов от правого желудочка). Диагноз был операбельный и новорожденную должны были направить на операцию в специализированное медицинское учреждение (МО-1). Истица (мать девочки) обвиняла сотрудников МО-1 в отказе принимать девочку целых 20 дней, в результате возможность операции была упущена и девочка умерла. В ходе расследования был выявлен дефект

⁶²⁹ Лига защиты прав пациентов. URL: <http://www.ligamedprava.ru> (Дата обращения 09.05.2019).

оказания медицинской помощи не в МО-1, а в другой медицинской организации – МО-2, который заключался в задержке оформления комплекта необходимых документов, неоперативном решении вопроса о транспортировке больного ребенка, в результате чего больная не была своевременно доставлена на операцию в МО-1.

В практике судов общей юрисдикции дела о качестве оказания медицинских услуг гражданам относятся к категории сложных, так как в процессе их рассмотрения перед судом неизбежно возникают вопросы доказательной медицины «врачебной ошибки». Суду сложно вычлнить обстоятельства, подлежащие доказыванию, конкретно и четко определить такие понятия как «врачебная ошибка», «несчастный случай в медицине», «ятрогении», «обоснованный медицинский риск», «непрогнозируемый отрицательный результат» и ряд других.

Юристу, взявшемуся исследовать дело, связанное с врачебной ошибкой, необходимо безукоризненно знать терминологию, обладать достаточно большим опытом ведения подобных дел, уметь досконально проанализировать вопросы для судебно-медицинской экспертизы, без которой суд не может вынести решение. Однако на практике, из-за отсутствия медицинских знаний суду порой бывает сложно понять причины, по которым судебно-медицинские эксперты придали своим выводам неоднозначность. Кроме того, в России еще явно недостаточно адвокатов и юристов, имеющих опыт ведения дел, связанных с медициной.

В данной связи правовед Ю.Д. Сергеев считает, что «врачебная ошибка» и «несчастье в медицине» являются понятиями, не имеющими в Российской Федерации должного теоретического обеспечения ни с правовых, ни судебно-медицинских позиций и являются индифферентными к правовой и экспертной практике. Это дает ему основание «рекомендовать ведомственным и экспертным (в том числе страховым) комиссиям безоговорочно отказаться от

использования в своих официальных заключениях рассматриваемых терминов»⁶³⁰.

Следует отметить, что и «медицинская деятельность, ограждаемая ранее от обвинений ведомственными барьерами, зачастую предстает неподготовленной к защите себя правовыми средствами, становится легко доступной для претензий и исков со стороны общества. К сожалению, само врачебное сообщество слабо реагирует на стремительно меняющуюся законодательную базу и повысившуюся правовую грамотность населения. При этом в среде ученых - юристов разворачиваются дискуссии вокруг различных аспектов уголовной ответственности врача»⁶³¹.

Как уже было отмечено выше, преступлением признается совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным Кодексом под угрозой наказания. Уголовная ответственность - самая сложная и тяжелая ответственность из всех видов ответственности, которая может навсегда изменить судьбу врача, отбывавшего наказание в местах лишения свободы. Но, к сожалению, врачи, даже попадая под уголовное преследование, не всегда задумываются над тем, что с ними может произойти в последующем.

Основным принципом закона должна быть соразмерность между преступлением и наказанием, поскольку нарушение этой соразмерности приводит к тому, что врач несет неоправданно суровое наказание. В связи с этим при установлении вины врача необязательно лишение свободы, чтобы наказание обладало сдерживающим эффектом, уголовное право предусматривает и другие виды наказания. Следовательно, по отношению к нарушителю закона возможно применение и других санкций, например, выплаты денежной компенсации на восстановление здоровья (иногда пожизненно), или лишения права заниматься профессиональной медицинской

⁶³⁰ Сергеев Ю.Д. Основы медицинского права России: Учебное пособие / под. Ред. чл. корр. РАМН, профессора Ю.Д. Сергеева. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. С. 268.

⁶³¹ Сергеев Ю.Д., Трефилов А.А. Ответственность за неоказание помощи больному в уголовном праве России, Украины и Беларуси: сравнительно-правовые аспекты // Медицинское право. 2012. № 2. С. 3 - 6.

деятельностью, привлечение к исправительным работам. Однако, назначение врачу, самой безобидной, на первый взгляд, меры наказания, в отличие от лишения свободы, всегда будет иметь для него последствия. Иногда эти последствия могут носить необратимый характер для врача, вплоть до отказа от профессиональной медицинской деятельности.

На самом деле, врачебная ответственность основана на традиционных особенностях врачебной деятельности: взаимном доверии пациента и врача. Этот достаточно известный факт повлек весьма ложное представление о том, что «врач всегда прав», поэтому врачи вообще не должны привлекаться к ответственности за неблагоприятные исходы лечения, в том числе и связанные с различными профессиональными нарушениями.

Сторонники этого мнения считали, что «главным судьей врачей за их неудачи и ошибки врачей должна быть их совесть. В прошлом такое представление иногда приводило к тяжелым драмам, вплоть до самоубийства врачей, потерявших больных во время оказания медицинской помощи. Например, ученик Н.И. Пирогова профессор С.П. Коломнин покончил жизнь самоубийством из-за смерти больного после неудачно сделанной им операции»⁶³².

Однако мнение о том, что врачи не подлежат юридической ответственности за любые недостатки в своей работе по существу неверно.

Во-первых, очевидно, что «деятельность врача, как и любого другого специалиста, регламентирована законом»⁶³³.

Во-вторых, абсолютное большинство врачей достаточно добросовестно относятся к своим обязанностям, «хотя все еще встречаются врачи, которые вследствие бездушного, халатного отношения к больным, а иногда и

⁶³² Зенкевич С. Роковая ошибка хирурга Коломнина. URL: <http://youhood.info/index.php/novosti/746-rokovaaya-oshibka-khirurga-kolomnina>. (Дата обращения 05.05.2019).

⁶³³ Громов А.П. Врачебный долг, врачебная ответственность, врачебная тайна // Деонтология в медицине. В 2-х Т. / Под общ. Ред. Б.В. Петровского. Т 1. Общая деонтология. М.: Медицина, 1988. С. 82.

профессиональной неграмотности заслуживают не только морального, но и административного и даже уголовного наказания»⁶³⁴.

Действительно, в любом случае врач не должен использовать возможность «врачебной ошибки» в свою пользу. Во всех случаях он обязан оказывать медицинскую помощь пациенту с соблюдением установленных правил и стандартов, выбирать тактику ведения больного, разрабатывать план его обследования пациента и уточнять его объем и методы для получения в самые короткие сроки достоверной и полной диагностики заболевания. Кроме того, врачу необходимо помнить о медицинской этике и деонтологии, долге перед пациентом, общечеловеческой гуманности в сложной профессиональной деятельности. При этом он должен создавать не только условия, способствующие эффективному лечению, но и не допускать отрицательных результатов лечения больных.

Не нуждается в доказательстве тот факт, что, несмотря на успехи медицины, безукоризненная работа врачей, в которой заложен высокий профессиональный риск, невозможна по определению, поэтому чрезвычайно важным представляется выработка взвешенного подхода к правовому и социальному регулированию медицинской деятельности и определению однозначного подхода относительно юридической квалификации ошибочных действий врачей.

Как отмечает исследователь А.П. Зильбер, «возникновению осложнений и неблагоприятных исходов могут способствовать не только врачебные ошибки, но и ситуации, исключаяющие уголовную ответственность врача. К ним возможно отнести несовершенство медицины, отсутствие необходимой медицинской технологии, чрезвычайную атипичность случая или индивидуальные особенности больного, которые не могли быть

⁶³⁴ Громов А.П. Врачебный долг, врачебная ответственность, врачебная тайна // Деонтология в медицине. В 2-х Т. / Под общ. Ред. Б.В. Петровского. Т 1. Общая деонтология. М.: Медицина, 1988. С. 83.

квалифицированы заранее как опасность, <...> отказ оборудования, что весьма важно для юридического анализа»⁶³⁵.

С одной стороны, болезни человека и в наши дни практически неисчислимы, вследствие преходящих, корригируемых нарушений в защитных системах организма. Стремительно развивающаяся промышленность, которая отравляет атмосферу, миллиарды машин, которые скапливаются вокруг больших городов, не качественное питание, - все это и многое другое пагубно сказываются на здоровье человека.

С другой стороны, хотя современная медицина постоянно совершенствуется, внедряются передовые медицинские технологии, изменяется и само общество, которое предъявляет медицине все более высокие требования. Сегодня серьезно изменились общественная этика и мораль, в том числе этика и деонтология врачебной деятельности. Следствием является несоответствие внутренних установок личности, причем не только у врача, но и у пациента, в отношении требований к профессии врача. При этом общество отказывается понимать сложность труда и объективные возможности врача, учитывать важные профессиональные и нравственные качества его как субъекта, важного для жизни и здоровья каждого потенциального пациента, что, неизбежно провоцирует конфликты.

Как и в общих массовых социальных конфликтах, так и в социальных конфликтах в социальной системе «врач – пациент, их причины определяются тем, что конфликтность – это нормальное состояние любого общества. Проблема заключается в том, что любой социальный конфликт должен быть регулируемым. Следовательно, необходимы не только конкретные механизмы для выявления конфликтов на ранней стадии их возникновения, но и специальные системы мер для своевременного урегулирования конфликтных ситуаций, которые, несомненно, требуют детального анализа.

⁶³⁵ Зильбер А. П. Этюды медицинского права и этики М.: МЕД-пресс-информ, 2008. С. 287.

ВЫВОДЫ ПО ЧЕТВЕРТОЙ ГЛАВЕ

1. Одной из злободневных проблем, которая вызывает особенно широкий общественный резонанс, является проблема многочисленных врачебных ошибок. «Врачебная ошибка» = это очень сложный социальный феномен, аккумулирующий комплекс разноплановых аспектов, который не имеет нормативного определения. В связи с тем, что термин «врачебная ошибка» является индифферентным по отношению к праву, его заменяет унифицированный термин «дефект оказания медицинской помощи», который правомерен с юридической точки зрения.

Все ученые, несмотря на различные точки зрения, соглашаются с тем, что понятие «врачебной ошибки» нельзя путать с другими похожими, но не совсем идентичными ему категориями, так или иначе связанными с ненадлежащей практикой медицинских работников. К таким понятиям они относят «несчастный случай», «ятрогению», «врачебный проступок» и «врачебное преступление». Для того, чтобы четко классифицировать подобные действия врачей, необходимо определить адекватные критерии для этой классификации, а также выделить объективные факторы и субъективные обстоятельства, при которых они имеют место. Такими определяющими критериями являются критерий случайности, а также критерий неумышленности/умышленности или (ненамеренности/преднамеренности).

2. Под «несчастливым случаем» в медицинской практике принято понимать неблагоприятный исход врачебного вмешательства, связанный, прежде всего, со случайными обстоятельствами, которые врач не смог предвидеть и предотвратить. «Несчастный случай» в медицинской практике сопряжен, как правило, со случайным стечением обстоятельств, непредвиденной реакцией организма пациента и прочими непредсказуемыми факторами, также с состоянием крайней необходимости.

Врачебные ошибки соотносятся, прежде всего, с неправильными действиями медицинского персонала. Довольно часто главным критерием врачебной ошибки считают «вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и ее методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности, небрежности и профессиональной неграмотности». Однако прилагательное «добросовестное» только затрудняет понимание существа вопроса. Так, если исходить из трактовки категории ошибки, оно является лишним, поскольку присутствует слово «заблуждение», которое недобросовестным (намеренным) не может быть по определению.

В основе профессиональных правонарушений медицинских работников лежит не недостаточная квалификация, а осознанность, недобросовестность и намеренность, порой и специальный умысел. В то же время определить наличие умысла (намерения) в рамках категоризации врачебного проступка достаточно сложно, поэтому социальная сущность проступка медицинского работника трудна для понимания. С одной стороны, проступком можно считать и врачебную ошибку (например, как действие, не соответствующее инструкции), а с другой стороны – врачебная ошибка – это особая ситуация во врачебной практике, обусловленная и объективными и субъективными факторами, обозначенными выше.

Особую разновидность дефектов медицинской помощи, следствием которых являются заболевания или патологические процессы, и которые возникают в результате намеренных и специфически неправомерных действий врачей, представляют вымышленные или «коммерческие» диагнозы. Росту числа коммерческих диагнозов способствуют экономические, юридические, а также сугубо социальные факторы.

3. Сложность теоретической и предметной дифференциации, а также операционализации категорий, обозначающих, по сути, один и тот же социальный феномен – дефекты осуществления врачом профессиональной деятельности, привели к тому, что собирательным понятием, которое наиболее часто используется при выявлении причин неблагоприятных исходов в медицинской практике, стала именно «врачебная ошибка». Этот факт подтверждает комплексный анализ «врачебных ошибок» в рамках ненадлежащей врачебной практики в глобальном здравоохранении.

Практически каждый десятый пациент в мире становится жертвой медицинской ошибки, а число людей, подцепивших инфекцию в поликлинике или госпитале, в глобальном масштабе достигает почти полутора миллионов человек. Ненадлежащее оказание медицинской помощи населению стало глобальной социальной проблемой, решение которой возможно лишь совместными усилиями мирового сообщества. При этом определенную положительную динамику на общемировом уровне показывают случаи откровенной преступной халатности медиков. По оценкам группы европейских экспертов, от 4 до 7 пациентов из 100 становятся жертвами врачебных ошибок в ходе проводимого лечения, при назначении лекарств и врачебных процедур в силу трудностей, возникающих при идентификации медикаментов и врачебных манипуляций из-за их многообразия, а также в виду различий в медицинской терминологии.

4. Особый интерес представляют исследования причин «врачебных ошибок» в Великобритании, трактуемых или как «ненадлежащая врачебная практика», или как «злоупотребление врачами их служебным положением» которые часто обсуждаются в контексте регулирования профессиональной деятельности врачей и, в особенности, с точки зрения привлечения их к ответственности за допущенные ошибки. Опасения относительно возможного иска побуждают врачей общей практики принимать решения об отказе от лечения определенных состояний, увеличивать число анализов, делать

специальные записи (пометки) в историях болезни. Также есть свидетельства того, что врачи пытаются заранее распознать пациентов, склонных к искам, на специально организованной предварительной консультации, чтобы уменьшить вероятность судебных разбирательств. Соответственно, пациенты, которые кажутся им излишне осведомленными и требовательными или «легко подверженными давлению», рассматриваются в любом случае как потенциально опасные.

Быстрый рост числа процессов по медицинской халатности в последние десятилетия заставил многих зарубежных экспертов говорить о кризисе медицинских судебных разбирательств. В то же время ряд экспертов ставят под сомнение ту степень, в которой возросшая медицинская халатность вылилась в своеобразный кризис. На самом деле, увеличение заявлений о злоупотреблениях является частью более широкого культурного сдвига, который охватил все профессии в целом, а не только медицину.

5. В России специальных исследований по медицинской халатности, особенно по медицинским инструментам, оставленным в теле пациента, в России не проводилось, однако эта проблема давно существует в отечественных клиниках. В настоящее время официальный учет «врачебных ошибок» в России также не ведется, поэтому достоверные статистические данные отсутствуют, а в мнениях различных ведомств по данному вопросу присутствуют значительные расхождения. В то же время, судя по оценкам общественной организации - Лиги защиты пациентов, - «ежегодно от врачебных ошибок в России умирает 50 тысяч человек, а каждый третий диагноз в нашей стране ставится неверно». Это, безусловно, ведет к существенному росту гражданских и уголовных исков к организациям здравоохранения и конкретным медикам.

6. В настоящее время отечественное здравоохранение погружается в судебные разбирательства, связанные с ненадлежащим исполнением врачами профессиональных обязанностей, дефектами медицинской помощи. Растет

поток жалоб от пациентов в вышестоящие инстанции, а также в общественные организации, существенную положительную динамику показывает число обращений в следственные органы. В результате медицинские организации погружаются в гражданские и уголовные процессы состязательного характера, поскольку они должны многое сделать для того, чтобы доказать необоснованность претензий истца.

Среди причин, ведущих к увеличению числа уголовных и гражданских судебных дел, связанных с медицинскими услугами населению: рост информированности и юридической грамотности населения, осознанию им своих прав в области предоставления/получения медицинских услуг; преувеличение возможностей современной медицины людьми, а также неверная оценка ими степени риска врача, безнаказанность так называемых «сутяжных личностей». Имеет место активизация деятельности, в том числе рекламной, различных правозащитных юридических организаций и фирм, специализирующихся на оказании разноплановой юридической помощи пострадавшим (пациентам), на самом деле нацеленной на тривиальное извлечение прибыли. Агрессивная реклама в СМИ и, особенно, в Интернете, подпитывает деятельность подобных организаций.

7. На самом деле, процент обращений пациентов, действительно пострадавших от некачественно оказанных медицинских услуг, в том числе от халатности врачей, бюрократизации системы здравоохранения, сравнительно невелик, хотя и случаются судебные разбирательства на предмет халатности, приведшей к неоказанию медицинской помощи. При этом медицинская деятельность, ограждаемая ранее от обвинений ведомственными барьерами, зачастую предстает неподготовленной к защите себя правовыми средствами, становится легко доступной для претензий и исков со стороны общества. К сожалению, само врачебное сообщество слабо реагирует на стремительно меняющуюся законодательную базу и повысившуюся правовую грамотность населения.

8. Современная медицина постоянно совершенствуется, внедряются передовые медицинские технологии, изменяется и само общество, которое предъявляет медицине все более высокие требования. Следствием является несоответствие внутренних установок личности, причем не только у врача, но и у пациента, в отношении требований к профессии врача. При этом общество отказывается понимать сложность труда и объективные возможности врача, учитывать важные профессиональные и нравственные качества его как субъекта, важного для жизни и здоровья каждого потенциального пациента, что, неизбежно провоцирует конфликты.

Как и в общих массовых социальных конфликтах, так и в социальных конфликтах в социальной системе «врач – пациент, их причины определяются тем, что конфликтность – это нормальное состояние любого общества. Проблема заключается в том, что любой социальный конфликт должен быть регулируемым. Следовательно, необходимы не только конкретные механизмы для выявления конфликтов на ранней стадии их возникновения, но и специальные системы мер для своевременного урегулирования конфликтных ситуаций, которые, несомненно, требуют детального анализа.

ПЯТАЯ ГЛАВА. УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТОМ В СОЦИАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»

5.1. Макросоциальные предпосылки снижения конфликтной напряженности в системе «врач – пациент»

В свое время Р. Дарендорф отмечал, что «социальные конфликты, т.е. систематически вырастающие из социальной структуры противоречия, принципиально нельзя “разрешить” в смысле окончательного устранения. В данной связи задачей каждого общества, а также средством, соответствующим реальности, которое «обещает успех», поскольку уменьшает насильственность всех видов конфликта, является их регулирование»⁶³⁶.

Однако «конфликты не исчезают посредством их регулирования; они не обязательно становятся сразу менее интенсивными, но в такой мере, в которой их удастся регулировать, они становятся контролируемыми»⁶³⁷. Тем самым данный ученый обозначил проблему социального управления социальными конфликтами, что предполагает ряд мер и соответствующих им методов.

Социальное управление конфликтом «врач – пациент» - это многоступенчатый процесс, который включает в себя анализ объективных факторов и конкретной ситуации, обусловивших возникновение конфликтных отношений, определение стратегии и тактики разрешения конфликта и их практическую реализацию. Социальным результатом управления конфликтом «врач – пациент» должна стать гармонизация социальных отношений между медициной и обществом, формирование позитивного мнения в отношении приоритетной роли врачей в сохранении здоровья населения и, соответственно, повышение их социального статуса. Для этого, в первую очередь,

⁶³⁶ Дарендорф Р. Элементы теории социального конфликта // Социологические исследования. 1994. № 5. С. 145.

⁶³⁷ Дарендорф Р. Элементы теории социального конфликта // Социологические исследования. 1994. № 5. С. 145.

целесообразно выделить и обосновать макросоциальные предпосылки снижения конфликтной напряженности между врачебным сообществом и больными людьми.

Первой и важнейшей предпосылкой является корректировка реформирования института здравоохранения российского общества.

На форуме «За качественную и доступную медицину» общественного движения Общероссийский народный фронт были обобщены все отзывы и жалобы, поступившие его организаторам. Оказалось, что «именно с реформой здравоохранения россияне связывают и падение качества лечения, и текучку кадров в больницах, и увеличение объема платных медицинских услуг. Таким образом, результаты реформы здравоохранения каждый россиянин чувствует на себе, и, согласно статистике, граждан, довольных происходящим явное меньшинство»⁶³⁸.

Безусловно, при анализе эффективности реформы здравоохранения можно оперировать бесчисленными проблемами глобального, национального и локального характера, стоящими перед медицинской наукой и практикой, организацией института здравоохранения. Однако важнейшую проблему представляет отсутствие концептуальной основы, обуславливающей надежное функционирование данного социального института в российском обществе.

Так, многие цели «Концепции Развития здравоохранения РФ до 2020 года», такие как «гарантированное обеспечение населения качественной медицинской помощью», «увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет» оказались утопией, а поставленные весьма размытые задачи (например, «конкретизация государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи») не были решены⁶³⁹.

⁶³⁸ Форум Общероссийского народного фронта ОНФ «За качественную и доступную медицину!» 6-7 сентября 2015 года. URL: kremlin.ru/events/president/news/50249 (Дата обращения 15.05.2019).

⁶³⁹ Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года. URL: www.oncology.ru (Дата обращения 15.05.2019).

В данной связи необходимо дать четкие и однозначные дефиниции понятий, связанных с этой реформой, определить ее базовые принципы и конечный результат.

Как уже было показано выше, неудачные шаги в ходе реформирования института здравоохранения, связанные с отсутствием концептуализации основных составляющих данного процесса, а также тех ключевых принципов, которые должны лежать в его основе, вызвали в нем ряд серьезных дисфункций.

На самом деле, такие понятия как «концепция реформы», «цель и задачи реформы» и ряд других давно получили конкретные трактовки в научных трудах, посвященных проблемам реформирования таких социальных институтов российского общества как, например, военный институт или институт образования⁶⁴⁰, поэтому целесообразно с ними согласиться и сделать уточнения в отношении института здравоохранения.

Концепция реформы - это стройная, ставшая общепринятой система взглядов, которая определяет основные направления совершенствования организации системы здравоохранения российского общества, а также механизмы их реализации. Эта система взглядов вытекает из реальной социально-политической и экономической ситуации, сложившейся в российском обществе, носит прогрессивный характер и социальную направленность.

Следует согласиться с академиком Г.В. Осиповым, что важнейшим из них является принцип защиты национально-государственных интересов России во всех областях его жизнедеятельности, но в сфере сохранения здоровья российской нации – в особенности. Следует также согласиться с ведущими

⁶⁴⁰ Смотри об этом: Самойлов В.И. Реформирование военной организации российского общества: функциональный подход // Вестник московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2006. № 1; Самойлов В.И. Военный институт российского общества (теоретико-методологический анализ). М.: Издательский дом «Академия», 2007; Зырянов В.А., Носкова А.В., Осипова Н.Г., Титова М.А. Национальная система образования в современной России: проблемы и перспективы в контексте реформирования и глобализации // Вестник московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2015. № 3. С. 61 – 78.

социологами нашей страны в том, что «самыми важными факторами, обуславливающими конкретные направления реформирования здравоохранения России, являются ее национальные и государственные интересы»⁶⁴¹.

Как полагает Г.В. Осипов, «национально-государственные интересы России необходимо связывать, наряду с сохранением достигнутого уровня открытости общества и гражданской свободы, наличия широкого ассортимента товаров массового потребления, с социально-ориентированной экономикой, ее опережающей модернизацией на основе новейших наукоемких производств и технологий нового поколения, экономикой, отражающей бесспорный приоритет личности и социальной защищенности граждан»⁶⁴².

На наш взгляд, данное утверждение вполне правомерно для всех сфер реформирования российского общества и особенно - сферы здравоохранения.

Целесообразно также выделить ряд ключевых принципов, на которых должна основываться деятельность органов государственной власти в сфере реформирования социального института здравоохранения. Приоритетными среди них представляются:

- 1) всеобъемлющий учет достоверной информации о конкретных социальных условиях, в которых реализуется реформа здравоохранения;
- 2) объективный, всесторонний и глубокий анализ закономерностей и проблем развития здравоохранения в условиях как глобального мирового сообщества, так и российского общества;
- 3) единство и централизация реформаторского процесса, позволяющее соединить политические усилия, материально-технические и человеческие ресурсы с достижениями современной медицины;

⁶⁴¹ Осипов Г.В. Россия: национальная идея. Социальные интересы и приоритеты. М.: РИЦ ИСПИ РАН, 1997. С. 131.

⁶⁴² Осипов Г.В. Социология и общество. Социологический анализ российской смуты. М.: Норма, 2007. С. 113.

- 4) учет экономических возможностей страны при реформировании материальной базы института здравоохранения;
- 5) открытость и определенность механизма формирования основных доктринальных положений, оптимальность и эффективность целей и задач;
- 6) рациональное использование потенциала всего российского общества.

На наш взгляд, руководство нашей страны в целом осознает необходимость большинства обозначенных принципов и продолжает конструктивные действия в данном направлении. Однако число насущных задач «модернизации» института здравоохранения России – слишком велико, а решить их все одновременно – невозможно. Следовательно, целесообразно выделить и научно обосновать перечень первоочередных направлений в сфере реформирования института здравоохранения российского общества, а также раскрыть их содержание.

Первым приоритетным направлением должно стать формирование идеологических (доктринальных) основ реформирования института здравоохранения, на которых будет основан и выбор наиболее адекватной сложившимся социальным реалиям модели социальных отношений как в макросистеме «медицина – общество», так и в ее подсистемах, одной из которых является система «врач – пациент».

Действительно, самым серьезным недостатком в разработке концепции реформирования института здравоохранения в России стало отсутствие внятной идеологической основы, на которой она должна базироваться.

Безусловно, процесс формирования полноценной, адекватной всем сферам общественной жизни российского общества идеологии весьма длителен. В данной связи по отношению к здравоохранению наиболее продуктивной представляется доктрина «человеческих отношений», разработанная в свое время выдающимся обществоведом Э. Мэйо на базе Хоторнских экспериментов. «Все проблемы производства и управления должны рассматриваться через призму “человеческих отношений”, с учетом

социального и психологического факторов. Сам производственный процесс и чисто физические требования к нему имеют относительно меньшее значение»⁶⁴³, заключал этот ученый. В свое время идеи и выводы Э. Мэйо «обеспечили базу современного гуманного подхода к труду и основу большинства исследований в области управления человеческими ресурсами, а также заострили внимание ученых на проблемах удовлетворенности трудом, неформальной организации, авторитаризма и лидерства»⁶⁴⁴. Следовательно, перспективной идеологической основой для реформирования института здравоохранения и формирования эффективной модели отношений «врач – пациент» представляется доктрина «гармонизации человеческих отношений».

Вторым приоритетным направлением служит новая, экономически обоснованная и сбалансированная, но социально направленная государственная политика в сфере здравоохранения.

На наш взгляд, цель корректировки реформы института здравоохранения в России - устранение экономических факторов, которые создали конфликтную напряженность и ведут к дисфункциональному состоянию данного социального института, который изначально должен удовлетворять потребности общества в охране здоровья.

Третьим приоритетным направлением является повышение общего уровня нравственности в российском обществе, что неизбежно проявится во всех областях общественной жизни, а в медицине – в части соблюдения медицинскими работниками норм врачебной этики и деонтологии.

Целесообразно обозначить еще ряд объективных условий, связанных с организацией стабильного и эффективного функционирования института здравоохранения в целом, что, безусловно, положительно скажется на процессах управления социальным конфликтом в системе «врач – пациент».

⁶⁴³ См. подробнее: Бурганова Л.А., Савкина Е.Г. Теория управления Элтона Мэйо. Казань: КГТУ, 2007.

⁶⁴⁴ Добренков В.И., Осипова Н.Г. История западной социологии (20 – 60-е гг. XX в. М.: Академический проект, 2012.

Главным из них представляется повышение качества оказания медицинских услуг населению на основе пересмотра наличной модели их организации. Известно, что «качество медицинской помощи - это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи»⁶⁴⁵, конкретные результаты по лечению пациента.

Врач обязан оказывать пациенту качественную профессиональную медицинскую помощь, в соответствии с установленными стандартами, отвечающую принципам гуманности, при этом соблюдать совокупность этических норм, связанных с выбранной профессией, помнить о долге врача при выполнении своих профессиональных обязанностей в отношении пациента.

При этом отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной ухудшения их качества и доступности, уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых ему бесплатно в рамках государственных гарантий, установленных законодательством Российской Федерации. В соответствии с действующим законодательством основополагающим при оказании медицинской помощи является принцип приоритета интересов пациента, но этот принцип как раз и предполагает построение модели коллегиального взаимодействия врача и пациента, основанной на взаимном доверии и согласовании интересов, направленных на сохранение общественного здоровья.

Для снижения конфликтного потенциала в отрасли здравоохранения важно создать научно обоснованную программу по внедрению механизмов обеспечения безопасности в здравоохранении, как для пациентов, так и для врачей.

⁶⁴⁵ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. ст. 6724. Ст. 2.

Как уже неоднократно было показано выше, медицинская деятельность связана с источниками опасности причинения вреда здоровью пациентов. В данном случае риск полностью не подконтролен врачу, всегда имеет место непредсказуемость ситуации. Следовательно, для обеспечения безопасности пациентов при реализации их конституционного права на охрану здоровья важно повышать безопасность собственно медицинской деятельности за счет безопасной клинической практики, посредством проведения контроля над безопасностью оборудования, безопасного применения лекарственных препаратов и т.п. Данный вывод согласуется с международной правовой позицией, отраженной в Резолюции 55-й сессии Ассамблеи Всемирной организации здравоохранения «Качество медико-санитарной помощи: безопасность пациентов» от 18 мая 2002 г. (WHA55.18)⁶⁴⁶.

Таким образом, безопасность пациента в рамках конституционного права на охрану здоровья можно рассматривать в качестве системы мер по его защите, которая включает несколько компонентов, указывающих на соблюдение санитарно-гигиенических норм, создание безопасных условий для реализации конституционного права на охрану здоровья, обеспечение лекарственной безопасности, предупреждение совершения медицинской ошибки и некоторые другие⁶⁴⁷.

С повышением качества медицинской помощи населению неразрывно связана система мер, направленных на снижение числа несчастных случаев в медицине и частоты врачебных ошибок, вызванных субъективными и объективными факторами. Действительно, проблема ответственности медицинских работников за ненадлежащее выполнение ими их профессиональных обязанностей остается острой, сложной и дискуссионной.

⁶⁴⁶ Качество медико-санитарной помощи: безопасность пациентов. URL: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/ru/ (Дата обращения: 06.05.2019).

⁶⁴⁷ Литовкина М.И. Безопасные условия реализации конституционного права на охрану здоровья // Медицинское право. 2014. № 2.

На наш взгляд, снижению числа «врачебных ошибок» могут способствовать меры как внешнего, так и внутреннего характера по отношению к медицинским организациям.

Первой мерой в борьбе с непрофессионализмом врачей представляется широкая доступность достоверной статистической информации о врачебных ошибках и их причинах.

Например, «в Германии, стране-лидере на мировом рынке медицинских услуг, ежегодно публикуются Федеральной врачебной палатой статистические данные о врачебных ошибках. Таким образом, немецкие медики пытаются выяснить причины их возникновения с целью избегания их в будущем»⁶⁴⁸.

По данным ресурсного центра доказательной медицины Европейского союза, организация контроля качества оказания медицинской помощи в Европе сегодня основана на институте независимых врачей-кураторов, а также непредвзятости патологоанатомической службы. Самое мягкое наказание, которое может быть применено к врачу, допустившему халатность без осложнений при оказании помощи, – штраф от нескольких тысяч до нескольких десятков тысяч евро. За действия, которые привели к расстройству или ухудшению здоровья пациента, придётся отвечать сначала в гражданско-правовом порядке, возмещая материальный и моральный ущерб. Затем следует рассмотрение дисциплинарного характера – врачебным комитетом, который решает вопрос о возможности лишения врача сертификата или даже диплома врача⁶⁴⁹.

На наш взгляд, необходимо активнее привлекать юристов к работе над изменениями в нормативных актах Минздрава РФ. Далее, целесообразно оказывать медико-правовую поддержку медицинским работникам, исключить формализм при разборе жалоб пациентов надзорными органами. В данной

⁶⁴⁸ Стоимость врачебной ошибки в Германии. URL: <http://www.de-portal.com/ru/lechenie-v-germanii/otvetstvennost-vracha-pered-pazientom/stoimost-vrachebnoj-oschibki-v-germanii.html> (Дата обращения: 10.05.2019).

⁶⁴⁹ Мантай В. Что делать, если Вы стали жертвой врачебной ошибки? URL: www.advokat24navi.de/chto-delat-esli-vy-stali-zhertvoj-vrachebnoj-oshibki (Дата обращения 09.05.2019).

связи все чаще перспектива судебной оценки медицинской деятельности требует взвешенного подхода к использованию терминологии, по возможности, однозначного толкования понятий, таких как «ятрогения», «врачебная ошибка», «несчастный случай», «неблагоприятный исход» и, конечно, «обоснованный риск».

Значительная роль в решении данной проблемы принадлежит как научной теории, так и практике уголовного и гражданского права. Обстоятельством, исключающим уголовную ответственность лица, может стать обоснованный риск. Обоснованный риск возможен при оперативных вмешательствах, и этот «риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам»⁶⁵⁰.

Субъективным признаком, но не менее важным, является волевая направленность поведения лица, совершающего действие (бездействие) в ситуации риска. Как отмечает В.И. Акопов «прежде всего рискованные действия врача должны быть направлены только для достижения общественно-полезной цели, к которым в медицинской практике относятся сохранение жизни и здоровье пациента или причинение меньшего вреда здоровью по сравнению с имеющимся»⁶⁵¹.

В данном случае применимо юридическое понятие «крайней необходимости». Согласно ст. 39 УК РФ, «не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости, то есть для устранения опасности, если эта опасность

⁶⁵⁰ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ ст. 41. // Собрание законодательства РФ. 17.06.1996. № 25, ст. 2954.

⁶⁵¹ Акопов В.И. Медицинское право: современное право граждан на охрану здоровья: учебно-практическое пособие для практикующих врачей и юристов. Ростов н/Д: Феникс, 2012. С. 342.

не могла быть устранена иными средствами, и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости»⁶⁵².

По мнению исследователей, отличительной чертой крайней необходимости являются активные действия по предотвращению негативных последствий, больших по объему, чем характер и степень угрожающей опасности. В условиях же обоснованного риска от медицинского работника требуется обычная мера внимательности, но не требуется предвидеть больше, чем это объективно ему надлежит в конкретной клинической ситуации⁶⁵³. Однако следует также иметь в виду, что объективная уголовно-правовая оценка, правильная юридическая квалификация противоправных действий медицинских работников зачастую затруднена многообразием специфики профессиональной медицинской деятельности⁶⁵⁴.

Кроме того, необходимо сократить объемы медицинской документации, не имеющей практического значения для работы с пациентом, а также развивать систему дополнительного образования для юристов, работающих в сфере здравоохранения. Возможен целый ряд мер в отношении деятельности медиков в рамках лечебного учреждения. К ним, в частности, относятся и усиление контроля качества лечения, повышение ответственности за нарушение норм этики и деонтологии.

Наконец, нужны постоянные социологические исследования, позволяющие выяснить причины, ведущие к врачебным ошибкам. Необходимо развивать междисциплинарность научных исследований в медицине и ориентировать на междисциплинарное взаимодействие ученых юристов, социологов и медиков. Таким образом, варьируя предметы исследования при неизменности самого объекта научного исследования по разносторонним

⁶⁵² Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ ст. 39 // Собрание законодательства РФ", 17.06.1996, N 25, ст. 2954

⁶⁵³ Сашко С.Ю., Кочерова Л.В. (ред.) Медицинское право: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР- Медиа; 2009. С. 115.

⁶⁵⁴ Медицинское право: учебный комплекс: в 3 т. / Сергеев Ю.Д. (ред). М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. С. 404.

факторам и проблемам, можно достичь той самой «многоаспектности» и «многопредметности», которые позволяют говорить о системном подходе, конструктивности и объективности в социальном управлении отечественным здравоохранением.

При этом возрастает важность подготовки новых специалистов — социологов медицины, которая определяется тем, что только специалист, имеющий специальные — как социологические, так и медицинские знания, в состоянии проводить анализ системы здравоохранения как одного из важнейшей социальных институтов, учитывать влияние социально-экономических факторов на состояние общественного здоровья, а социальных процессов — на медицину, а на этой основе — разрабатывать меры, способствующие улучшению состояния системы охраны здоровья граждан, повышению роли врача в социуме.

Действительно, ни одна наука не занимается социальными отношениями с той очевидностью как социология, и при этом она затрагивает жизненные интересы людей»⁶⁵⁵, в том числе, и в области получения ими медицинской помощи. На самом деле социальная проблема «дефектов медицинской помощи» гораздо шире — это проблема серьезной деформации отношений «врач-пациент», традиционно основанных на доверии, которая, по масштабам распространенности приняла глобальный характер. Однако нельзя допускать, чтобы показатели неудовлетворенности качеством лечения больных людей существенно приближались к показателям спасенных врачами жизней, вылеченных и выздоровевших больных, и, тем более, не трансформировались в общее негативное отношение населения к медицине в целом.

Так, если обратиться к достоверным данным, то в России даже просто смертность людей в результате сложнейших кардиохирургических операций, имеет устойчивую тенденцию к понижению, притом, что число подобных операций ежегодно растет.

⁶⁵⁵ Bourdieu P. *Metier de Sociologue*. Paris, 1968. P. 69.

Если в 2010 г. число всех операций на сердце, проведенных в РФ, составляло 150700, то в 2015 году оно увеличилось почти в два раза и достигло 310358⁶⁵⁶. При этом число умерших после всех операций на сердце в 2010 г. было 2559, а в 2015 г. – 5435⁶⁵⁷, то есть, стабильно составляло менее 2%. В 2010 г. в РФ было проведено 36154 операций на сердце с искусственным кровообращением, а в 2015 г. – на 6919 операций больше – 43073⁶⁵⁸, однако число умерших после данных операций уменьшилось на 50 человек (с 1342 человек в 2010 г. до 1290 человек в 2015 г.)⁶⁵⁹.

Таким образом, очевидна положительная динамика, безоговорочно свидетельствующая в пользу компетентности врачей и достижений современной медицины. Тем не менее, дисбаланс во взаимоотношениях медицины и общества, ставший сегодня негативной социальной реальностью, чреват серьезнейшими социальными последствиями, среди которых рост эпидемий, смертности и общая деградация здоровья населения нашей планеты.

На этой почве наблюдается обострение интереса населения к нетрадиционным методам лечения, явным источником которых является реклама в СМИ, а также развился особый вид шарлатанства, посредством которого отдельные индивиды обогащаются за счет жизни и здоровья больных людей. Многие пациенты, имеющие тяжелые виды заболеваний, обратившись за помощью к ведьмам, колдунам и потусторонним силам⁶⁶⁰, не только несут существенные материальные и моральные издержки, но полностью утрачивают здоровье.

⁶⁵⁶ Здоровье России: Атлас / ред. Л.А. Бокерия. Вып. XII. М.: ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2016. С. 175.

⁶⁵⁷ Здоровье России: Атлас / ред. Л.А. Бокерия. Вып. XII. М.: ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2016. С. 179.

⁶⁵⁸ Здоровье России: Атлас / ред. Л.А. Бокерия. Вып. XII. М.: ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2016. С. 187.

⁶⁵⁹ Здоровье России: Атлас / ред. Л.А. Бокерия. Вып. XII. М.: ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2016. С. 191.

⁶⁶⁰ Гиллер Ю.И. Социология самостоятельной личности. М.: Академический Проспект; Гаудеамус, 2006. С. 214.

В ряду объективных предпосылок, связанных с организацией стабильного и эффективного функционирования института здравоохранения в целом, следует также особо выделить изменение роли СМИ в освещении фальшивых («фэйковых») новостей, информационной мистификации или намеренного распространения дезинформации о медицине и врачах с целью введения населения в заблуждение, и провоцировании его на самолечение.

Кроме того, «сенсационные» разоблачения отдельных так называемых «врачей-убийц», без публикуемых фактов с информацией о вынесении обвинительных приговоров порождают в обществе правовой нигилизм и убежденность в безнаказанности этих врачей. По мнению отдельных журналистов, большая часть информации направлена на защиту потребительских прав, предоставляемых медицинских услуг населению, но в итоге она порождает в общественном сознании конфликтность во взаимоотношениях медицины и общества. Политика по регулированию деятельности средств массовой информации может и должна оградить население от вредного влияния негативных материалов, связанных с клеветнической информацией. Необходимо помнить, что главная роль СМИ в социальном государстве заключается в предоставлении позитивной информации, которая приносит пользу и востребована населением.

Как уже было отмечено ранее, что роль СМИ, которые выполняют образовательные, информационные, культурно-духовные и просветительские функции в жизни общества очень велика. Следовательно, важнейшими гарантиями социальной стабильности, как и эффективности управления обществом, является наличие развитых, демократически организованных средств массовой коммуникации. Так называемая «четвертая власть» в лице СМИ способна повысить интерес населения к проблемам поддержания высокого уровня собственного здоровья и профилактике различных заболеваний.

В связи с этим необходима эволюция использования средств массовой информации в медицинской журналистике для пропаганды здорового образа жизни, что будет способствовать снижению смертности трудоспособных граждан и поддержанию здоровья пожилого населения.

Следует особо подчеркнуть, что СМИ, поставляя недостоверную информацию общественности, нарушают один из важных демократических принципов - презумпцию невиновности врача, который обеспечивает охрану прав личности, исключает необоснованное обвинение и осуждение. Презумпция невиновности отражает глубинный правовой и нравственный смысл социума - никто не может быть осужден на предположениях о виновности в совершении преступления, недоказанная виновность юридически абсолютно равнозначна доказанной невиновности.

Согласно ст. 152 ГК РФ, гражданин вправе обратиться в суд с опровержением сведений, порочащих его честь, деловую репутацию или достоинство⁶⁶¹. Однако в подавляющем большинстве подобных ситуаций медицинские работники не пытаются реализовывать свои права на защиту чести, достоинства и профессиональной репутации, что связано с низким уровнем их правовой грамотности или нежеланием тратить время на судебные разбирательства подобного рода.

Так, врачу необходимо доказать в суде, что распространение таких сведений в СМИ имели место, то его исковые требования должны быть удовлетворены. И, согласно решению суда, сведения, распространяемые в СМИ, касающиеся чести, достоинства и репутации медработника, должны быть опровергнуты в тех же СМИ. Однако проблема заключается в том, что судебные тяжбы иногда длятся месяцами, а иногда год и более, и за такое длительное время медработник попадает или медицинская организация в ряды с плохой репутацией.

⁶⁶¹ Гражданский кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 N 51-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 05.12.1994, N 32, ст. 3301

Для доказательства в суде факта распространения порочащих сведений в Сети конкретными субъектами (лицами) требуется проведение достаточно сложных процедур практически не реальных для обывателя. Например, установление владельцев серверов, зачастую находящихся в разных странах, что связано с исполнением международных поручений, что бывает практически не реально, просмотр протоколов доступа, проверка учетных записей провайдеров, просмотр содержимого серверов и т.д.

На наш взгляд, медицинская информированность населения и общества необходима, но она должна благоприятно влиять на социальные отношения, которые проявляются в неразрывном взаимодействии медицины и общества. Важно контролировать лишнюю информацию, которая вредит высшим социальным ценностям - здоровью и жизни населения, а также становится практическим инструментом в руках «сутяжных» личностей, нечистоплотных журналистов и адвокатов, желающих заработать деньги любой ценой. В каждой ситуации в общественном сознании должно быть сформировано понимание того, «что перед законом все равны» - и пациенты, и врачи, так как справедливость принадлежит к числу вечных ценностей в цивилизованном обществе.

В период демократизации социальных отношений, СМИ, безусловно, должны объективно освещать события, и это является одним из важнейших принципов демократического государства, а цензура должна быть разумной. В то же время, нужны серьезные меры в отношении владельцев недобросовестных СМИ, которые прямо или косвенно наносят обществу ущерб.

Так, И.М. Дзялошинский считает, что препятствием на пути развития журналистики является обслуживание интересов элит, государства, собственников, ставшее печальным фактом практики СМИ, вплоть до выполнения прямых заказов на тенденциозные публикации. Естественно, ни о

какой объективности, с опорой на системный анализ документов, не может быть и речи⁶⁶².

Как отмечает У. Ульфкотте, близость большинства журналистов к специфической среде представителей политических и бизнес-кругов сказывается на характере их статей и репортажей в СМИ, в которых они выполняют пожелания элиты относительно тем и содержания. При этом даже для непредвзятых и стремящихся быть нейтральными журналистов, трудно избежать оказываемого на них элитой влияния. Они уже давно стали частью сложной коммуникационной системы, взаимной близости по воззрениям и взглядам, в рамках которой им задаются темы и акценты. Чрезвычайно проблематичные связи между влиятельными журналистами, международными организациями и правительственными учреждениями чаще всего остаются скрытыми от читателей газет, телезрителей и радиослушателей⁶⁶³.

Однако этот барьер преодолевается при условии, что журналисты приложат волевые усилия для достижения подлинной независимости, о которой они так часто и с энтузиазмом они ведут публичные дискуссии. Симптомы соответствующих изменений в настроениях сотрудников прессы уже обозначились. По наблюдениям социологов, «российские журналисты начинают постепенно дистанцироваться от власти коммерсантов. В профессиональной среде активно обсуждается вопрос о смене профессиональной позиции вообще и в условиях освещения аудитории»⁶⁶⁴.

По мнению Б.М. Фирсова эффективность СМИ – это понятие, определяющее совпадение полученного эффекта с поставленной целью, «мера

⁶⁶² Дзялошинский И.М. О некоторых причинах «странного» поведения российских журналистов в избирательных кампаниях 1999 – 2000 гг. // СМИ и политика в России. Социологический анализ роли СМИ в избирательных кампаниях / Ред.-сост. И.В. Задорин. М.: "Socio-Logos", 2000. С. 25.

⁶⁶³ Ульфкотте У. Продажные журналисты. Любая правда за Ваши деньги / Пер. с немецкого. М.: Эксмо, 2015. С. 395 - 396.

⁶⁶⁴ Дзялошинский И.М. О некоторых причинах «странного» поведения российских журналистов в избирательных кампаниях 1999 – 2000 гг. // СМИ и политика в России. Социологический анализ роли СМИ в избирательных кампаниях / Ред.-сост. И.В. Задорин. М.: "Socio-Logos", 2000. С. 25.

достижения социальных целей, которые выдвигаются перед этой системой СМИ и служат императивами общества»⁶⁶⁵.

Сегодня со стороны государства предпринимаются различные меры контроля, разработаны и внедряются инновационные технологии, которые будут способствовать благоприятной для общества деятельности по созданию системы контроля над СМИ по всем направлениям. Однако при этом СМИ не должно снова утратить статус самостоятельного элемента гражданского общества.

Государство, как базовый элемент политической системы общества, ответственно за сохранение целостности человеческого сообщества и обеспечение его нормальной жизнедеятельности и развития. С помощью надзорных структур государство, должно контролировать СМИ, регулировать разноуровневые связи и взаимодействия между различными социальными субъектами, структурируя социальное пространство таким образом, чтобы доля энтропийных (случайных, необратимых) в социуме явлений не превышала уровня, за которым начинаются системно-структурные дисфункции и становится возможным распад системы⁶⁶⁶.

Практика показывает, что масштабные изменения в современном обществе только тогда будут успешными и продуктивными, когда цели и методы реформирования, вводимые «сверху», будут поддержаны инициативами «снизу»⁶⁶⁷. Неоспорим тот факт, что без социальных гарантий, поддержки и участия со стороны государства не представляется возможным изменить ситуацию к лучшему. Объективной предпосылкой, связанной с организацией стабильного и эффективного функционирования института здравоохранения, играющей значимую роль в социальном урегулировании

⁶⁶⁵ Фирсов Б.М. Проблемы изучения эффективности массовой коммуникации // Человек социалистического общества и процессы массовой коммуникации. Т. 4. С. 27.

⁶⁶⁶ Кильмашкина Т.Н. Конфликтология. Социальные конфликты. М.: ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2009. С. 84.

⁶⁶⁷ Социальная политика: учебник / Под ред. проф. Е.И. Холостовой, проф. Г.И. Климантовой. М.: Издательство Юрайт, 2011. С. 8.

конфликта между врачебным сообществом и пациентами, является совершенствование профессиональной подготовки в системе высших образовательных медицинских учреждений.

Большинство населения считает, что качество оказания медицинской помощи снижено, из низкого уровня подготовки студентов в медицинских ВУЗах. В качестве основной причины снижения уровня подготовки молодых специалистов, Министр здравоохранения Скворцова В.И. назвала общее старение преподавательского состава: «во-первых, состарились те преподаватели, которые в начале 80-х годов были яркими, молодыми, перспективными. Никто не следит значимо за их статусом, повышением их уровня подготовки, поэтому часто они остались на том же уровне, а новые преподаватели, молодые, не пришли в отрасль в профессорско-преподавательский состав»⁶⁶⁸.

В то же время, согласно данным социологического исследования, проведенного автором (конец 2018 – начало 2019 гг.), анализ уровня образования, полученного респондентами в образовательном учреждении, показал, что почти половина (48,6%) ординаторов и аспирантов считают, что они получили высокий уровень образования. Почти столько же (44,6%) признались, что они получили средний уровень образования в медицинском ВУЗе. Данная категория респондентов считает, что они получили средний уровень знаний, умений и навыков, непосредственно необходимых для осуществления медицинской деятельности. Всего 6,8% респондентов считают, что уровень медицинских знаний, который они получили – весьма низкий. Таким образом, если судить по результатам исследования, то качество образования в медицинских вузах незначительно, но улучшилось, хотя все же ключевым моментом в решении кадровой политики в здравоохранении должно

⁶⁶⁸ Скворцова рассказала о «бесстыдно низком» уровне подготовки врачей в вузах. URL: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2012/07/09/lowlevel/> (Дата обращения: 17.05.2019).

быть радикальное изменение принципов обучения студентов. (См. Рис 80. Приложение 2).

На наш взгляд, каждый человек, выбирающий сложную профессию врача, должен быть твёрдо уверен в своих намерениях спасти человеческие жизни, работать постоянно с больными людьми, а также осознавать, что учиться придется всю свою трудовую деятельность, так как врачебная деятельность требует постоянного профессионального развития.

Однако под давлением современных социальных реалий, сочетающих совокупность внутренних и внешних факторов воздействия на врача, его личность подвергается серьезным профессиональным деформациям. Каждый студент медицинского ВУЗа осознает, что часть его личной жизни займет достаточно большой отрезок прожитых лет на становление в профессии, и в будущем его работа будет связана с непрерывным образованием.

Всемирная глобализация принесла современному миру не только массу благ, но и повлекла за собой отрицательные последствия культурно-нравственного плана. Развитие всемирной информационно-коммуникационной сети обусловило ускоренное преобразование общественных интересов в личные, направив ценностные ориентации людей на материальные блага, на культ денег. Несомненно, векторы мировых глобализационных процессов многогранны, но не подлежит сомнению то, что они меняют мировосприятие и профессиональную направленность личности, а одной из наиболее острых проблем в мировом масштабе становится дефицит медицинских кадров.

Россия, подписав Болонскую декларацию, приняла на себя определённые обязательства. В короткие сроки Вузы России, сохраняя лучшие традиции отечественного образования, должны адаптировать свою систему подготовки кадров высшей квалификации к европейской, войти в единое европейское образовательное пространство за счет унификации (взаимного признания)

дипломов⁶⁶⁹. В этой связи серьезной реформе подверглось все российское высшее образование, в том числе и медицинское.

Так, в соответствии с **частью 3 статьи 69** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁶⁷⁰ и Приказа Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2016 г. № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»⁶⁷¹, с 1 января 2016 года аккредитация заменила сертификацию медицинских работников.

Непрерывное медицинское образование (НМО) - это новая форма повышения квалификации медицинских работников, которую отличает от предыдущей формы образования непрерывность, использование инновационных (дистанционных, электронных, симуляционных) технологий, а также возможность выстраивания персональной траектории обучения, что обеспечивает получение знаний, умений, навыков и компетенций, соответствующих потребностям специалистов⁶⁷².

Сертификат специалиста упразднен, а новый вид документа, свидетельство об аккредитации служит допуском к осуществлению медицинской и фармацевтической профессиональной деятельности. Врачи, которые имеют действующий сертификат специалиста, должны уже начинать набирать баллы НМО для последующей аккредитации. Врач, который уже имеет стаж работы и допущен до осуществления профессиональной деятельности, должен набрать 250 баллов за 5 лет. Такие баллы можно получить, посещая конференции и семинары, аккредитованные в системе НМО Минздравом РФ.

⁶⁶⁹ Система медицинского образования в России. URL: <http://www.rasfd.com/index.php?productID=586> (Дата обращения: 04.05. 2019).

⁶⁷⁰ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48, ст. 6724.

⁶⁷¹ Приказ Минздрава России от 02.06.2016 N 334н (ред. от 26.04.2018) "Об утверждении Положения об аккредитации специалистов" (Зарегистрировано в Минюсте России 16.06.2016 N 42550) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 16.06.2016

⁶⁷² Крюкова Е. Непрерывное медицинское образование. URL: <https://radiomed.ru/forum/42496-nepreryvnoe-medicinskoe-obrazovanie> (Дата обращения: 16.05.2019).

В частности, с целью совершенствования подготовки и переподготовки специалистов, за последние два года, на базе Института подготовки кадров высшей квалификации и профессионального образования в составе ФГБУ «НМЦССХ им. А.Н.Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, автором были разработаны и лицензированы образовательные программы для ординаторов и аспирантов: «Медицинское право: этика и деонтология» (2018 г.); «Логика и методология научного исследования» (2018 г.); «Биоэтика: путь в будущее» (2019 г.). Основной целью обучения является совокупность знаний, умений и навыков, полученных в области правовой ответственности будущего врача перед пациентом, отвечающих современным запросам общества, а также воспитания у ординаторов и аспирантов правосознания и культуры врача, соблюдения им норм этики и деонтологии.

Кроме того автором были внедрены учебные программы по дополнительному профессиональному образованию и повышению квалификации врачей различных специальностей, в том числе, для организаторов здравоохранения по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» по следующим дисциплинам: «Социально-правовые аспекты по снижению конфликта «врач-пациент» (2017 г.); «Концепция самосохранительного поведения в конфликтной ситуации "врач-пациент"» (2018 г.); «Право и социология в здравоохранении» (2018 г.); «Эмоциональное выгорание врача и его преодоление в конфликтной ситуации» (2019 г.).

Программа «Социально-правовое управление конфликтом в сфере здравоохранения», разработанная автором, посвящена актуальным вопросам социальной реформы института здравоохранения, разработке междисциплинарных, пациенто-ориентированных подходов с целью снижения претензионной обращаемости пациентов, анализ врачебных ошибок и судебных исков пациентов, связанных с оказанием медицинской помощи населению.

Следует отметить, что 20 мая 2019 г. в рамках секции «Социология и юриспруденция в современном здравоохранении» в работе XXIII Ежегодной Сессии молодых ученых автором был проведен научно-практический семинар «СМИ и медицина: проблемы реализации правовой защиты профессии врача в современной России». Этот семинар был посвящен актуальным социальным, правовым и юридическим вопросам в медицине, снижению рисков конфликта в здравоохранении и повышению качества хирургической медицинской помощи больным.

Тем не менее, приоритетным направлением, безусловно, остается создание социально ориентированной правовой базы, обеспечивающей надежное функционирование института здравоохранения.

5.2. Нормативное регулирование социально-правовой защищенности врачей и пациентов

Как уже было показано ранее, серьезно усугубляет неполное соответствие реформы здравоохранения современным реалиям несовершенство и противоречия национального законодательства в сфере обеспечения здоровья населения Российской Федерации. В их числе, несбалансированность содержания профессиональных стандартов медицинских работников требованиям видов профессиональной деятельности в части компетенций по основам правоприменительной деятельности в сфере охраны здоровья, а также практическое отсутствие четкой правовой базы, регламентирующей эффективное функционирование института здравоохранения в части оказания медицинской помощи населению.

Неоспорим тот факт, что именно закон управляет обществом, дисциплинирует его, объединяет в социально-правовом управлении действия индивидов на разных уровнях в единый социально-управленческий процесс в рамках единого социального организма - системы. Социальная доктрина

правового управления раскрывает общие механизмы по приведению в соответствие законодательной базы здравоохранения важным социальным целям повышения качества оказания медицинских населению, которые серьезно влияют на качество их жизни.

Следует отметить, что некоторые элементы правовой базы, регулирующей сферу здравоохранения, размыты, вызывают неоднозначные трактовки и, соответственно, сложности в их применении.

Примером может служить Постановление Европейского Суда по правам человека от 23 февраля 2016 г. (Дело «Y.Y. против России»). При рассмотрении жалобы № 40378/06 этой организацией было установлено нарушение российскими властями статьи 8 Конвенции о защите прав человека и основных свобод в связи с несоблюдением права Y.Y. на уважение частной жизни ввиду не основанного на законе сбора и исследования медицинских документов заявительницы без ее согласия⁶⁷³.

Суть самой жалобы такова.

Комитетом по здравоохранению при Администрации г. Санкт-Петербурга без согласия заявительницы был проведен сбор и анализ медицинских документов, содержащих данные обследования состояния здоровья самой заявительницы и ее детей. Результаты данного анализа были переданы ее маме, которая обращалась с жалобой на лечение дочери и внучки, повлекшее за собой смерть последней.

Заявительница указывала, что она не обращалась в Комитет с требованиями об изучении качества медицинской помощи, оказанной ей и ее детям, а также об установлении причины смерти ее дочери. По мнению заявителя, Комитет здравоохранения в виду коллизии в законе допустил вмешательство в ее личную жизнь, которое выразилось в раскрытии, без согласия заявителя, информации значительному числу лиц, в том числе сотрудникам Комитета и Министерства здравоохранения, участвующим в процессе обмена корреспонденцией. Заявительница, проиграв суд первой и апелляционных инстанций Санкт-Петербурга, подала жалобу в Европейский суд, ссылаясь на Конституцию Российской Федерации, ст. 23 и ст. 24.

⁶⁷³ Постановление ЕСПЧ от 23.02.2016 Дело Y.Y. против России (жалоба N 40378/06). URL: <http://zakoniros.ru/?p=19852> (Дата обращения: 13.05.2019).

Европейский Суд отметил, что настоящая жалоба является обоснованной в значении подпункта «а» пункта 3 статьи 35 Конвенции. Следовательно, жалоба должна быть признана приемлемой. По мнению заявителя, в результате вмешательства властей в право заявителя на уважение частной жизни, заявитель испытала душевные страдания, чувство унижения и отчаяния, которые усугубились отказом органов судебной системы от признания незаконности соответствующего вмешательства. Европейский Суд также установил, что «формулировка “в соответствии с законом” требует, чтобы оспариваемая мера имела определенную основу в национальном законодательстве и была совместима с принципом верховенства права, который в явной форме упомянут в преамбуле Конвенции и присущ предмету и цели статьи 8»⁶⁷⁴.

Следовательно, законодательство России должно быть соответствующим образом оцениваемым и прогнозируемым, а именно - сформулированным с достаточной точностью, позволяющей физическому лицу – при необходимости с консультацией – регулировать свое поведение.

Целесообразно обозначить первоочередные меры, связанные эффективным нормативным регулированием социально-правовой защищенности врачей и пациентов. В их числе:

- 1) государственный аудит законодательной базы в области медицины и здравоохранения;
- 2) дальнейшее развитие медицинского права и доказательной медицины, включая развитие механизма медиации и примирительных процедур при урегулировании конфликтов в сфере здравоохранения;
- 3) усиление юридической защищенности и повышение правовой грамотности врачей;
- 4) создание системы мер, направленных на снижение числа несчастных случаев в медицине и частоты врачебных ошибок, вызванных объективными и субъективными факторами.

Потребность в более глубоком осмыслении экономических, культурно-нравственных и правовых преобразований заставляет перестраивать систему

⁶⁷⁴ Постановление ЕСПЧ от 23.02.2016 Дело Y.Y. против России (жалоба N 40378/06). URL: <http://zakoniros.ru/?p=19852> (Дата обращения: 13.05.2019).

медицинской помощи населению, вынуждает к серьезному пересмотру некоторых норм законодательства. На наш взгляд, государственный аудит законодательной базы отечественного здравоохранения способен поднять на новый уровень государственную политику в сфере оказания медицинской помощи населению Российской Федерации и сохранить здоровье нации.

Модернизация медицинского законодательства должна осуществляться на следующих двух основаниях:

1) приведения его в соответствие законодательству РФ и исключения дублирования нормативных актов;

2) построения четкой системы вертикали нормативных актов и их право применения.

Современные реалии свидетельствуют о том, что всем участникам системы здравоохранения в равной степени необходим государственный аудит для устранения юридических коллизий. Исполнение законов осуществляется не в полной мере как раз потому, что нормативные акты в сфере здравоохранения не в полной мере выражают права и обязанности, как врачей, так и пациентов, а также следующую за ними ответственность, поэтому в обществе формируется правовой нигилизм.

Так, например, правовой статус медицинских работников определяется не только **Трудовым** кодексом РФ (далее ТК РФ)⁶⁷⁵, но и многочисленными нормативными актами, основным из которых является Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁶⁷⁶.

В соответствии со статьей 73 данного закона, для медицинского работника установлены дополнительные, по сравнению с общепринятыми, обязанности. Так, согласно вышеуказанной статье, медицинские работники осуществляют свою деятельность не только в соответствии с

⁶⁷⁵ Комментарий к Трудовому кодексу Российской Федерации. - 7-е изд. - исправленное, дополненное и переработанное / Отв. ред. Ю.П. Орловский. М.: КОНТРАКТ, КНОРУС, 2015.

⁶⁷⁶ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48, ст. 6724.

законодательством РФ, но и руководствуются принципами медицинской этики и деонтологии.

У медицинских работников, в силу специфики их трудовой деятельности, неукоснительное соблюдение норм этики и деонтологии является, наряду с профессионализмом, неотъемлемой частью трудового поведения. Соблюдение медицинской этики и деонтологии предполагает знания врачом не только общих вопросов, развития и течения болезни, но и заинтересованности в установлении точного диагноза и излечения больного, чувства сострадания к больному человеку. Однако в виду несовершенства законодательной базы возникают сложности при привлечении медицинского работника к дисциплинарной ответственности в результате нарушения норм деонтологии.

Во-первых, указанная норма [ст. 73](#) «Основ охраны здоровья граждан» по неукоснительному соблюдению норм этики и деонтологии является отсылочной нормой права и непосредственно не устанавливает ответственности.

Во-вторых, невозможно применить нормы ТК РФ по вынесению дисциплинарного взыскания к медицинскому работнику в виду отсутствия в ТК РФ статьи о дисциплинарной ответственности за нарушение норм этики и деонтологии. Пункт. 9 статьи 81 ТК РФ нормативно закрепляет увольнение, «в виду совершения работником, выполняющим воспитательные функции, аморального проступка, несовместимого с продолжением данной работы»⁶⁷⁷, но она применима только по отношению к педагогическим работникам.

Следует отметить, что автором, в ходе работы в качестве эксперта Рабочей группы Центрального штаба Общероссийского народного Фронта «Социальная справедливость» была предпринята попытка устранить обозначенное противоречие.

В частности, в рамках выполнения технического задания по теме «Актуализация и устранение противоречий нормативно-правовой базы в сфере

⁶⁷⁷ Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001. № 197-ФЗ (ред. от 02.08. 2019) . Ст. 81 п. 9.

здравоохранения» автором было направлено в Исполком ОНФ предложение о внесении изменений в ТК РФ: статью 81 дополнить пунктом 15 – «увольнение медицинского работника ввиду неоднократного нарушения им норм медицинской этики и деонтологии, несовместимого с продолжением данной работы».

Следует отметить, что согласно данным социологического исследования, проведенного автором (конец 2018 – начало 2019 гг.), более чем две трети (68%) врачей считают, что введение ответственности врача за нарушение норм этики и деонтологии в Трудовой кодекс РФ повысит качество оказываемых услуг. Правила этики и деонтологии, негласные или утвержденные внутренним распоряжением, являются по сути именно правилами поведения и носят рекомендательный характер. А соблюдение врачом моральных и деонтологических норм в практической деятельности предусматривает не только выполнение ими своих обязанностей, но и милосердие, сочувствие к больному человеку, заинтересованность в излечении болезни. Чуть меньше трети (32,0%) врачей считают, что дисциплинарная ответственность за нарушение норм этики и деонтологии не повысит качество оказываемых услуг. Во многом это объясняется данной категорией врачей уклонением от дисциплинарной ответственности за несоблюдение преемственности этических и деонтологических норм в поведении врача, безнаказанности за грубость и бездушие по отношению к пациенту.

Вполне ожидаемо, что подавляющее большинство (79,2%) пациентов считают, что необходимо ввести ответственность врача за нарушение норм этики и что это повысит качество оказываемых им услуг. И только каждый пятый (20,8%) пациент полагает, что данная новация не повысит качество оказываемых врачами услуг и не повлияет на соблюдение врачом норм этики. (См. Рис. 32, 61, Приложение 2).

Результаты исследования подтверждают тот факт, что соблюдение этики, и как следствие, уважительное и гуманное отношение к пациенту уже по

определению является неотъемлемой частью профессиональной деятельности врача, а в качестве меры ответственности за нарушение норм этики законодателем предусматривается дисциплинарное взыскание. Соблюдение закона призвано регулировать правомерное поведение, а также свободное и не принуждаемое воплощение субъективных прав и юридических обязанностей перед пациентом.

Кроме того, автором был представлен комментарий по порядку применения дисциплинарных взысканий к медицинскому работнику, предусмотренных ст. 193 ТК РФ. Суть данного комментария состоит в следующем: трудовой договор с медицинским работником может быть расторгнут в случае неоднократного грубого нарушения работником трудовых обязанностей, с учетом записей в «Книге жалоб и предложений», поступивших заявлений от пациентов и их родственников, заключения «Антикоррупционной комиссии», объяснительной записки работника, протокола учета мнения представительного органа работников. Увольнение, является правомерным, если медицинский работник имеет уже замечание и выговор по данному нарушению.

Таким образом, новация автора сводилась к тому, что дополнения в п. 15 ст. 81 ТК РФ смогут в сфере здравоохранения за короткий период улучшить качество и доступность медицинской помощи, а также повысить уровень культуры врача, тем самым, снизить частоту конфликтов врачей и пациентов или их родственников.

На наш взгляд, представляется целесообразным также ввести в России единый порядок (алгоритм) по объективному и предметному рассмотрению жалоб от пациентов и их родственников.

Дело в том, что в настоящее время пациенты пишут во всевозможные инстанции, а очень часто - во все одновременно. Большинство первичных жалоб заявители пишут в Минздрав, Росздравнадзор, Следственный комитет, Прокуратуру, Уполномоченным по правам человека и т.п. Заранее ясно, что

жалоба не может быть объективно рассмотрена надзорной организацией, если специалисты не имеют медицинского образования. Объективная правовая оценка и правильная юридическая квалификация противоправных действий медицинских работников зачастую затруднена многообразием профессиональной медицинской деятельности, которая требует специальных познаний в области медицины и соответствующего образования.

В связи с этим на практике обращение пациента все равно спускается в ведомство, а затем на уровень медицинской организации. Там готовится ответ, направляется в надзорные инстанции, а надзорные инстанции отправляют его заявителю. По сути, заявитель получает ответ от той организации, на которую он жалуется, но при этом между датой обращения пациента и датой ответа проходит несколько месяцев, - пациент долго ждет объективного ответа на свою жалобу.

Однако есть и другая категория – так называемых «сутяжных» личностей, которые необъективно жалуются во все возможные инстанции одновременно. В связи с этим надзорные органы прямого назначения перегружены, и они не успевают рассматривать объективные жалобы пациентов, у которых действительно были нарушены права в силу ненадлежащего оказания медицинской помощи.

В результате медицинские организации теряют время из-за всевозможных проверок разных инстанций по поводу одной и той же жалобы. В итоге не только страдает пациент, но и сами медицинские организации, так как жалобы из федерального Минздрава идут по цепочке в регионы, потом из местных департаментов здравоохранения – в медицинскую организацию. Заявитель возмущен и пишет жалобы на надзорную инстанцию, но, как правило, получает один и тот же ответ, так как надзорный орган объективно ответить не может ввиду отсутствия специалистов с медицинским образованием.

Как уже было показано выше, причины неблагоприятных исходов в медицине могут быть различными = от индивидуальных анатомических

характеристик, наличия сопутствующих заболеваний, несвоевременного обращения больного к врачу по поводу заболевания, атипичного течения болезни и заканчивая неизлечимостью данной патологии современным арсеналом средств здравоохранения.

Необходимо выделить еще один фактор необъективности ответа на жалобу о качестве оказания медицинской помощи пациенту, а также установления вины или не виновности врача. Дело в том, что в ответах на жалобу пациенту, обратившемуся в Минздрав или Росздравнадзор, не указывается, кем проводилась экспертиза оказания медицинской помощи. По закону, «экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе, оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации»⁶⁷⁸ согласно установленным стандартам. Так как заявителю не известны эксперты, которые, по сути, готовили ответ, то и не представляется возможным установить ответственность за дачу ложного заключения. Таким образом, потребность граждан в защите и отстаивании своих конституционных прав путем подачи жалоб на качество оказания медицинской помощи по сути своей остается нереализованной.

Кроме того, в настоящее время отсутствует законодательно закрепленный порядок анализа жалоб, связанных с неудовлетворенностью населения сферой охраны здоровья. В данной связи обоснованным является предложение О.Ю. Александровой, К.Ю. Лакунина и Т.В. Тимошенко «разработать нормативно-правовой акт, регламентирующий единый порядок анализа жалоб и обращений граждан»⁶⁷⁹.

С этой целью автором разработан строгий поэтапный порядок подачи жалоб от пациентов, который подлежит нормативному закреплению.

⁶⁷⁸ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019). Ст. 64 // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48, ст. 6724.

⁶⁷⁹ Александрова О.Ю., Лакунин К.Ю., Тимошенко Т.В. Методические подходы к систематизации и анализу обращений граждан по поводу неудовлетворенности медицинской помощью на муниципальном уровне // Здравоохранение. 2007. № 6. С. 46 - 58.

На первом этапе жалоба направляется в медицинскую организацию. Ответ руководителя медицинской организации по результатам рассмотрения жалобы должен быть направлен заявителю не позднее дня, следующего за днем принятия решения, в письменной форме, а по желанию заявителя - в форме электронного документа, подписанного электронной подписью, вид которой установлен законодательством Российской Федерации.

В случаях не удовлетворения жалобы (на втором этапе) пациент может обратиться с претензией, позвонив на «горячую линию» регионального Департамента здравоохранения, а затем уже (на третьем этапе) - обратиться с претензией и ответом медицинской организации в Минздрав РФ.

Однако если ситуация серьезная (действия медицинских работников привели к ухудшению здоровья или смерти пациента), то с жалобой незамедлительно обратиться в Росздравнадзор РФ. На основании обращения должна быть проведена объективная проверка надзорным органом, которому направлена жалоба.

Безусловно, эта иерархия и сроки обжалования не лишают пациента права обратиться в суд, Следственный комитет или Прокуратуру. Но в целом пациент будет получать объективный ответ в более сжатые сроки, медицинская организация не будет отвечать на одну и ту же жалобу в несколько различных инстанций, что в итоге снизит конфликтность в социальной системе «врач – пациент».

В настоящее время «едва ли не каждый десятый врач становится объектом юридических претензий со стороны бывшего пациента»⁶⁸⁰. В этой связи первостепенное значение приобретает развитие доказательной медицины, включая механизмы медиации и примирительных процедур при урегулировании конфликтов в сфере здравоохранения.

⁶⁸⁰ Кривонос Б.А. Почему растет число исков о врачебных ошибках? URL: <http://www.russianamericanlawyer.com/growing-number-of-lawsuits-for-medical-errors/> (Дата обращения: 01.07.2019).

Как уже было отмечено выше, несмотря на успехи медицины, безошибочная работа врачей, в которой заложен высокий риск, во всем мире в принципе невозможна, поэтому чрезвычайно важной проблемой является выработка взвешенного подхода к правовому регулированию медицинской деятельности и определению однозначной юридической квалификации ошибочных действий врачей.

Неоценим труд любого врача, профессиональная деятельность которого связана с больными людьми, его риск изначально заложен в самой профессии, особенно у врачей-хирургов, врачей-анестезиологов, врачей скорой помощи. Общество недооценивает любого врача, профессиональная деятельность которого связана с больными людьми. Особенно сложна трудовая деятельность врача сердечно-сосудистого хирурга, в которой риск несчастного случая изначально заложен в самой профессии, так как хирургические операции на сердце относятся к самым сложным в исполнении, высокотехнологичным методам лечения. Врачу - сердечно-сосудистому хирургу невозможно просчитать возможные риски и предотвратить появление осложнений в ходе операции. В связи с этим данная медицинская специальность относится к особенно «рисковым» специальностям во врачебной практике, - даже при наличии высокой квалификации и сверхсовременного оборудования работа врача сердечно-сосудистого хирурга сопряжена с риском попасть под правовую ответственность.

В данной связи вполне правомерными представляются вопросы, которые задает доктор медицинских наук, профессор, хирург О.Е. Бобров: «если общество возложит всю полноту ответственности на врача, то кто же будет лечить больных? Какой хирург отважится оперировать без стопроцентной гарантии успеха, если за спиной у него будет стоять судья?»⁶⁸¹.

⁶⁸¹ Бобров О. Е. Врачебная ошибка или профессиональное невежество? Мифы, иллюзии, реальность // Лекарь. 2008. № 1 –2. С. 6.

Таким образом, вопросы ответственности медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности становятся все более актуальными, поскольку стремительно растет число претензий к медучреждениям и врачам, увеличивается количество уголовных и гражданских дел в связи с неоказанием или ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Медицинская деятельность, ограждаемая ранее от обвинений ведомственными барьерами, в настоящее время предстает неподготовленной к защите себя правовыми средствами, становится легко доступной для претензий и исков со стороны общества. Но в то же время в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи могут наступать самые неблагоприятные последствия для больного человека, что недопустимо. Однако, несмотря на массу законов, других нормативных актов, возникают неожиданные препятствия для привлечения к ответственности недобросовестного врача из-за пробелов в законе или их несогласованности.

Кроме того, «объективная уголовно-правовая оценка, правильная юридическая квалификация противоправных действий медицинских работников зачастую затруднена многообразием специфики профессиональной медицинской деятельности»⁶⁸². Например, понятие риск в хирургической деятельности представляет определенную сложность с точки зрения доказательной медицины и его содержания, структуры и функциональной роли в механизме правового регулирования. В юриспруденции нет единства взглядов ученых по поводу сущности подобного риска, хотя четкое определение оснований и пределов уголовной ответственности является необходимой гарантией против необоснованных обвинений медицинских работников только в тех случаях, когда вред причинен не вследствие их недобросовестности или небрежности, а по другим объективным причинам.

⁶⁸² Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс: В 3 т. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. С. 404.

В любом случае врач не должен использовать понятие «несчастливого случая» в свою пользу, поскольку он обязан во всех случаях оказывать медицинскую помощь пациенту с соблюдением установленных правил и стандартов, выбирать тактику ведения больного, разрабатывать план, уточнять объем и методы его обследования с целью проведения в самые короткие сроки достоверной и полной диагностики заболевания.

Но в действительности, никто не задумается о том, что психология профессиональной личности особенно врача-хирурга в ситуации пристального внимания к нему из-за количества уголовных дел в медицине меняется. Любая операция - это преднамеренная травма, с болью и различного рода возможными последствиями, но и без операции это прямая угроза жизни, так как показания к операции бывают, когда все методы терапевтического лечения исчерпаны. Это огромный риск, риск не только для больного, который отдает в руки врача-хирурга свое здоровье, свою жизнь, но и риск для врача-хирурга. Каждый врач-хирург переживает за исход операции, за судьбу оперированного им больного, и всегда старается сделать всё возможное, а порой и невозможное для спасения его жизни и восстановления его здоровья.

Однако в ситуации правовой незащищенности, врач готовится действовать с позиций «оборонительной медицины», и думает уже не только о пациенте, но и том, что может попасть под правовую ответственность и возможно необоснованно, даже если произошел несчастный случай в медицине, и им было все предпринято для спасения жизни больного. Все это не только ухудшает качество операции, но и порождает разобщенность между пациентом и врачом. Врачом утрачиваются деонтологические принципы, а на первое место выходят правовые принципы, например, подписать информированное добровольное согласие у пациента, которое снимает теоретически ответственность с врача, даже в случае летального исхода.

Известно, что во многих зарубежных странах широко используется практика страхования профессиональной ответственности при предъявлении

гражданских исков к врачам с требованиями выплаты денежной компенсации за причиненный ущерб. Поскольку «любая зарубежная клиника имеет заключенные договоры страхования своей профессиональной медицинской ответственности, поэтому претензии пациентов рассматриваются не в самом лечебном учреждении, а в страховой компании, заключившей с ним такой договор. Именно страховая компания, в конечном счете, решает - признавать ли ответственность и выплачивать компенсацию или, наоборот, отказать в рассмотрении претензии, оставив возможность заявителю искать справедливости через суд»⁶⁸³.

На наш взгляд, обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников в России представляется не только актуальным, но и необходимым. Оно позволит уменьшить убытки медицинских организаций, обусловленные возмещением вреда в судебных претензиях и разбирательствах, а также понизить уровень конфликтности, так как пациенту будет гарантировано возмещение причиненного ущерба, а врачу - предоставлен механизм разрешения возникшего конфликта.

Следует согласиться с тем, что сегодня «необходима разработка и профессионально-общественное обсуждение институтами гражданского общества в сфере медицины и юриспруденции правовой модели страхования профессиональной ответственности медицинских работников рискованных врачебных специальностей (врача сердечно-сосудистого хирурга, врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-трансфузиолога)»⁶⁸⁴.

Важнейшей мерой для усиления юридической защищенности и повышения правовой грамотности врачей является организация работы «Центра медико-правовой поддержки».

⁶⁸³ Ответственность за врачебную ошибку при лечении за рубежом. URL: <http://mednapravlenie.ru/poleznoe/otvetstvennost.html> (Дата обращения: 02.04.2019).

⁶⁸⁴ Резолюция, принятая в марте 2017 г. на Круглом столе «Правовые вопросы в здравоохранении: проблемы и решения», проведенном в ФГБУ НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева Минздрава России.

В частности, с целью реализации планов по сотрудничеству поддержанного оператором Общероссийской общественной организацией «Лига здоровья нации» по результатам конкурса по выделению грантов некоммерческим неправительственным организациям в соответствии с Распоряжением Президента Российской Федерации от № 68-рп от 5 апреля 2016 года «Об обеспечении в 2016 году государственной поддержки некоммерческих неправительственных организаций, участвующих в развитии институтов гражданского общества, реализующих социально значимые проекты и проекты в сфере защиты прав и свобод человека и гражданина», был выигран конкурс по социально значимому проекту «Центр медико-правовой поддержки», руководителем которого являлся автор диссертационного исследования.

Целью проекта «Центр медико-правовой поддержки медицинских работников» стала разработка ключевых составляющих правовой модели защиты прав медицинских работников и пациентов в сфере охраны здоровья. Основные направления проекта включали в себя разработку и реализацию совместных мероприятий в области образовательной деятельности, стандартизации профессиональной деятельности юристов медико-правовой специализации и социологов, вопросы информационно-просветительской деятельности, анализ структуры организации и функционирования институтов внесудебного урегулирования споров в сфере здравоохранения.

В качестве ключевых составляющих реализации правовой модели защиты медицинских работников в сфере охраны здоровья были определены конкретные системные меры. (См. Рис.1.)

Обоснование этой системы мер, вызванных объективными и субъективными факторами, и в целом направленных на повышение статуса врача в обществе, связано с тем, что дисбаланс взаимоотношений в социальной системе «врач – пациент» вызывает интерес у всего общества.

- обучение правовым знаниям медицинских работников;
- страхование профессиональной ответственности медицинских работников;
- внесудебное урегулирование споров между медицинскими работниками и пациентами;
- защита деловой репутации медицинских организаций, чести и достоинства медицинских работников;
- профилактические меры по снижению конфликта в системе «врач-пациент»;
- профилактика и предупреждение правонарушений в сфере охраны здоровья.

Рисунок 1. Ключевые составляющие реализации правовой модели защиты медицинских работников в сфере охраны здоровья

При этом в современной медицине наблюдается тревожный парадокс: прогресс современных технологий, по меньшей мере, не уменьшает количества диагностических ошибок, а нередко даже увеличивает их, установления неверных диагнозов. Причин тому много: и одна из них — «недооценка общения с пациентом, нежелание или неспособность вникнуть в его внутренний мир, замена мыслительной деятельности врача разрешающей способностью современной аппаратуры»⁶⁸⁵.

С одной стороны, объективным фактором является нарушение норм этики и деонтологии в рядах врачебного сообщества, неформальные платежи, правовой нигилизм. Влияние оказывает и внешняя социальная среда, которая сформировала в России новую экономически заинтересованную личность

⁶⁸⁵ Сокол А.В. Современный врач: особенности, пути оптимизации профессиональных и личностных качеств // Социология медицины. 2014. №1(24). URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/covremennyy-vrach-osobennosti-puti-optimizatsii-professionalnyh-i-lichnostnyh-kachestv> (Дата обращения: 17.05.2019).

врача, лишенную нравственных принципов. Так, когда у врача возникает конфликт между его чувством долга и низким материальным уровнем дохода, то, как ни парадоксально, это время от времени может оборачиваться нечуткостью, бездушием, внутренней изломанностью, наряду с нарушениями норм медицинской этики и деонтологии.

С другой стороны, честь и достоинство врача часто необоснованно опорочены несостоятельными жалобами со стороны пациентов. Сегодня врач часто сталкивается с жалобами от пациентов, которые, заранее ставят себе диагноз, а если врач с ним не соглашается - обращаются с жалобами на ненадлежащее качество лечения в различные надзорные инстанции.

В силу постоянных коммуникационных связей современных медицинских технологий, трёхуровневой системы медпомощи, инновации в информатизации здравоохранения приводит к тому, что медицинские знания становятся всеобщим достоянием. Однако большинство врачей считают, что в сознании индивидов общества формируется преувеличение возможностей медицины, которое отражает общую настроенность общественного мнения.

Идеализация и преувеличение возможностей медицины в общественном сознании приводит к конфликту интересов пациента и врача в обществе, и снижает социальный статус врача. Кроме того, профессия врача в современном мире утрачивает престижность, а утрата престижа профессии, меняет мировоззрение врача, и он не чувствует включенным себя в систему социальной значимости для общества «как спасающий человеческие жизни». Воздействие факторов новой среды привело к осознанию врачом социальной действительности, и снижению профессиональной ответственности перед пациентом.

Должное регулирование отношений медицинских работников и пациентов в первую очередь предполагает реализацию законодательно закрепленных норм, определяющих правовой статус врача и пациента. Под правовым статусом принято понимать систему признанных и гарантированных

в законодательном порядке государством прав и законных интересов, свобод и обязанностей человека. Они представляют собой, с одной стороны, признанные государством социальные возможности гражданина, а с другой стороны – притязания государства к его поведению. Именно поэтому лишь при достижении баланса прав и обязанностей гражданина возможна действительная реализация его прав.

Например, с целью удовлетворяя потребностей пациента, необходимо создать ему зону комфорта. Например, для установления точного диагноза созывать консилиум, чтобы исключить сомнения пациента или врачебную ошибку. Пациент должен иметь возможность реализовывать свое право на медицинскую документацию организацию, на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки, а при необходимости - поменять лечащего врача.

Пациенту также необходимо обеспечить право на сервисные услуги, так как уход - это важный момент при лечении больного, напрямую сокращающий время его выздоровления. Известно, что обеспечение высококачественного ухода не только связано с обеспечением жизнедеятельности организма, но и морально поддерживает пациента, что способствует его скорейшему выздоровлению. Пациент не всегда это понимает, а медицинская организация далеко не всегда берет на себя заботу информировать пациента о его правах⁶⁸⁶.

5.3. Механизмы и методы управления социальным конфликтом в системе «врач – пациент» в медицинской организации

Социально-управленческий процесс должен протекать основываться на принципе конечного результата, обеспечивать качество и безопасность при оказании помощи больному человеку. Этот результат оценивается с учетом

⁶⁸⁶ См. Петрова И.А. Конфликт «врач-пациент»: технологии управления и нормативное урегулирование // Правовые вопросы в здравоохранении. 2013. № 3.

значимости составляющих его компонентов – состояния здоровья пациента, качества его лечения и соблюдения врачами норм этики и деонтологии. В данной связи ключевой представляется идея о переносе центра тяжести урегулирования конфликта в социальной системе «врач – пациент» на медицинскую организацию и выстраивании солидарных эффективных управленческих процессов уже на ее уровне.

Социальное управление должно основываться на взаимодействии управляющей системы – в лице государства - и управляемой системы - медицинской организации, и быть нацеленным на выработку и принятие управленческих решений и программ, направленных на улучшение социального взаимодействия внутри медицинской организации, которая осуществляет лечебную практику в качестве основного вида деятельности.

Итак, как показало проведенное исследование, конфликт врача с пациентом неизбежно взаимосвязан и с медицинской организацией, и с конкретным врачом. Каждое медицинское действие, хотя и производится по воле врача и пациента, всегда опосредуется медицинской организацией, а чаще всего - осуществляется от ее имени. Следовательно, значительная роль в преодолении конфликтов принадлежит не только государству, но и медицинской организации, поэтому не менее важная задача заключается в том, чтобы создать условия для эффективной врачебной деятельности именно в ее рамках.

Важно подчеркнуть, что социальный конфликт медицины и общества является управляемым процессом, если он имеет концепцию конструктивного регулирования, опирающуюся на консолидирующие идеи и реальные практические действия в каждой медицинской организации, ее компетентность в этом отношении. Эта компетентность включает знание сущности, типологии, функций, структурных элементов и динамики конфликтов, умение подвергать анализу ситуации конфликтного взаимодействия, осуществлять диагностику конфликтов и выявлять их причины.

Следует отметить, что конфликты с пациентами и их родственниками истощают кадровые ресурсы медицинской организации, ухудшают здоровье населения. Условием эффективной деятельности главного врача медицинской организации, является его социально-психологическая компетентность в части удовлетворенности пациентом качества, безопасности и доступности медицинской помощи.

Социальное управление в медицинских организациях несет серьезную функциональную нагрузку. Следовательно, для того, чтобы социальное управление кадровыми ресурсами в организациях здравоохранения было эффективным и системным, необходимо четко сформулировать функции (функциональные цели) управления в клинике.

Первой (важнейшей) функцией управления представляется высокая профессиональная квалификация медицинских кадров, основанная на перечне соответствующих компетенций врачей различных специальностей.

Второй функцией является развитие позитивных психологических контактов на всех уровнях функционирования организации (руководства организации с подчиненными, врачей с коллегами и медицинским персоналом, врачей с пациентами и их родственниками).

Третья функция - создание надлежащей мотивации трудовой деятельности врачей и медицинского персонала.

Особое место в процессе управления социальным конфликтом «врач – пациент» занимает социальное управление кадровыми ресурсами в медицинских организациях, компетентность ее руководства в области подбора и расстановки кадров. В данной связи важное место в организационном механизме управления должно принадлежать структурам, вырабатывающим и реализующим кадровую политику, службе по управлению трудовыми ресурсами медицинской организации.

Известно, что наиболее распространенными для воздействия на работников медицинской организации являются нормативные, административные и экономические методы.

К первым, нормативным методам, в частности, относится четкая и ясная локальная нормативная база организации, включающая совокупность ключевых документов, регулирующих ее деятельность (устав, положение о структурном подразделении, положения о должностных обязанностях каждой категории сотрудников, правила внутреннего распорядка, этический кодекс работника и т.п.). На наш взгляд, в их число обязательно должно входить о «Положение об антикоррупционной политике организации».

Так, важнейшим элементом антикоррупционной политики в современной медицинской организации является оценка коррупционных рисков. Она позволяет обеспечить соответствие реализуемых антикоррупционных мероприятий специфике деятельности медицинской организации, а также рационально использовать ресурсы, направляемые на профилактику в ней коррупции.

Основополагающим нормативным правовым актом в сфере борьбы с коррупцией является Федеральный закон от 25. 12. 2008 г. № 273-ФЗ «О противодействии коррупции»⁶⁸⁷. Нормативными актами, регуливающими антикоррупционную политику учреждения, являются также Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁶⁸⁸, Устав организации и другие локальные акты.

В соответствии со ст. 13.3 Федерального закона № 273-ФЗ меры по предупреждению коррупции, принимаемые в медицинской организации, могут включать:

⁶⁸⁷ О противодействии коррупции: Федеральный закон от 25.12.2008 N 273-ФЗ (ред. от 30.10.2018) // Собрание законодательства РФ, 29.12.2008, N 52 (ч. 1), ст. 6228.

⁶⁸⁸ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48, ст. 6724.

- 1) определение подразделений или должностных лиц, ответственных за профилактику коррупционных и иных правонарушений;
- 2) сотрудничество организации с правоохранительными органами;
- 3) разработку и внедрение в практику стандартов и процедур, направленных на обеспечение добросовестной работы организации;
- 4) предотвращение и урегулирование конфликта интересов «врач-пациент», возникших на почве коррупции⁶⁸⁹.

При этом оценка коррупционных рисков проводится как на стадии разработки антикоррупционной политики, так и после ее утверждения - на регулярной основе с целью изменения этического и правового поведения врача, снижения криминализации его сознания.

Следует отметить, что проявления коррупции в здравоохранении, характерны не только для России, но и для большинства других стран мирового сообщества, таких как США, Великобритания, Германия, Италии и Франция, несмотря на то, что в этих государствах достаточно развито антикоррупционное законодательство, а также имеет место широкая политико-правовая практика его применения⁶⁹⁰.

Какие компоненты включают конкретные меры, направленные на профилактику и пресечение коррупционных правонарушений в сфере здравоохранения?

В первую очередь, это локальный нормативный акт, который составляется с учетом конкретной деятельности учреждения, и поскольку он обязателен для исполнения, то в нём отражается единый подход к обеспечению работы медицинского учреждения по профилактике и противодействию коррупции.

⁶⁸⁹ О противодействии коррупции: Федеральный закон от 25.12.2008 N 273-ФЗ (ред. от 30.10.2018) // Собрание законодательства РФ, 29.12.2008, N 52 (ч. 1), ст. 6228.

⁶⁹⁰ Бочарников И.В. О проявлениях коррупции в здравоохранении. URL: <http://nic-pnb.ru/vnutrennie-ugrozy-nacionalnoj-bezopasnosti/o-proyavleniyax-korrupcii-v-zdravooxranenii/> (Дата обращения: 07.05.2019).

В данной связи автором в 2016 г. была разработана и внедрена в практическую деятельность «Антикоррупционная политика» ФГБУ «Национального медицинского центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, оформленная в форме специального документа. В ее рамках также разработан порядок раскрытия конфликта интересов работником организации, порядок его урегулирования, включающий возможные способы, а также разработана «Декларация врачебной этики», «Стандарты и процедуры», направленные на обеспечение добросовестной работы учреждения и поведения медицинских работников. (См. Приложения 3 - 9).

Следует отметить, что организационные перемены не могут произойти сами по себе, поэтому необходимо сформировать перечень должностей, связанных с высоким коррупционным риском и осуществлять над лицами, их занимающими, внутренний линейный контроль.

Административные методы, основанные на действующем законодательстве, предполагают выстраивание жесткой вертикали управления медицинской организацией и ее кадровым составом. В первую очередь представляется целесообразной стройная и надежная система внутреннего линейного контроля персонала, постоянно действующего в медицинской организации.

Путем создания системы внутреннего линейного контроля можно постепенно достигнуть согласия и ясности, соответствия кадрового потенциала стратегии, целям и задачам медицинской организации по снижению коррупционной составляющей. Результаты внутреннего контроля кадрового состава показывают оценку соответствия правового поведения, структуру кадрового состава по социально-психологическим характеристикам, те проблемные зоны, которые она включает.

Цель подобного контроля - ежедневно контролировать трудовую атмосферу в медицинском учреждении, проводить профилактические беседы

не только с сотрудниками, но и с пациентами, выявлять их отношение к медицинскому персоналу, факты вымогательства неформальных платежей, оценивать качество лечения больных и ухода за ними.

Внутренний линейный контроль в организации должен осуществляться независимой комиссией, назначенной руководителем организации из числа разных незаинтересованных специалистов, известных своей порядочностью и объективностью.

Специалисты комиссии внутреннего линейного контроля должны обладать надлежащими навыками, быть честными и объективными как по отношению к медицинским работникам, так и к пациентам. Критерием отбора специалистов служит профессиональная компетентность, принципиальность и ответственность. При этом руководитель системы внутреннего линейного контроля обязан анализировать профессиональную компетентность тех специалистов внутреннего линейного контроля, которые выполняют порученную им работу.

Объем и цели внутреннего контроля в каждом отдельном случае зависят от деятельности организации и требований руководства и экспертов к области конкретной проверки. Так, объектами внутреннего контроля могут служить: качество оказания медицинской помощи или диагностики; правомерность назначения лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; ведение медицинской документации; выдача листков временной нетрудоспособности, санитарных книжек и различных справок (о состоянии здоровья, о годности к управлению транспортными средствами, о непригодности к военной службе), качество питания в стационаре. Особо важными объектами внутреннего линейного контроля являются факты:

- 1) незаконной выдачи либо подделки рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ;

2) искажения или сокрытия заболевания органу дознания с целью изменения хода расследования, исполнения о задержании, аресте;

3) неформальных платежей.

Предметом медицинского контроля также являются уровень качества лечения (результаты выполнения врачами их должностных обязанностей, качество набора лечебно-диагностического процесса и лечебно-оздоровительных мероприятий по законченным случаям лечения в медицинской организации), включающие оценку назначения фармакотерапии и оценку правильности установления диагноза. Немаловажно и то, что по результатам внутреннего контроля вырабатываются рекомендации по исправлению выявленных правовых нарушений и недостатков, что дает хорошие возможности для повышения уровня управления персоналом, принятия административных мер, вплоть до дисциплинарных взысканий.

В каждом подразделении медицинского учреждения целесообразно ввести систему коррекции социально-психологического климата, основанную на индивидуальных оценках мотивации врачей по отношению к своим должностным обязанностям, пациентам, трудовому коллективу и медицинскому учреждению в целом. На базе этих оценок формируются общие показатели по отделению посредством:

1) анализа отзывов пациентов о конкретном лечащем враче, которые поступают в специально установленные в каждом отделении ящики «для анонимных отзывов»;

2) анализа лояльности самого врача к пациентам, коллегам, организации в целом и т.п.;

3) выявления элементов добросовестного или недобросовестного отношения врача к своим профессиональным обязанностям. К элементам (социальным индикаторам) поведения врача, которые в совокупности образуют показатель его добросовестного или недобросовестного отношения к труду, относятся: заинтересованность/незаинтересованность в излечении пациента,

высокая/низкая мотивация труда, присутствие/отсутствие желания самореализации, высокий/низкий уровень профессиональной квалификации.

К сожалению, социальные методы, в числе которых создание нормальной рабочей атмосферы в коллективе, сохранение профессионального здоровья врача, повышение его моральной мотивации, обычно остаются без внимания. На самом деле, руководство медицинской организации обязано разрабатывать и внедрять, прежде всего, эффективные социальные методы предупреждения потенциальных и разрешения текущих конфликтов, с целью минимизации деструктивных элементов взаимодействия в социальной системе «врач – пациент».

В первую очередь, это методы, направленные на устранение проблем, непосредственно связанных с диагностикой и лечением, качество которых предварительно оценивается путем первичных опросов пациентов. Посредством анализа результатов опроса выявляются факты некачественного лечения, которые подлежат проверке врачебной комиссией.

Не менее важным представляется нивелирование проблем, вызванных нарушением врачом норм этики и деонтологии. Для этого все случаи некорректного поведения врача служат предметом тщательного разбирательства на специально организованной этической комиссии.

Если в медицинской организации имеют место случаи возникновения конфликтов врачей и пациентов, или очевидно, что они потенциально могут возникнуть, то целесообразно создание специальной, постоянно действующей посреднической комиссии по урегулированию конфликтов. Цель создания подобной комиссии – повышение дисциплинарной ответственности за процесс и конечный результат лечения, а также контроль его качества, исходя из субъективной оценки пациента. Работа данной комиссии, основанная на принципах компетентности и справедливости, выстраивается по четкой схеме, включающей четыре этапа.

На первом этапе идет планирование проверки и ее подготовка. Этот этап включает формирование группы компетентных специалистов в конкретной области, подлежащей проверке, издание распорядительных документов по разбору определенного конфликтного случая.

На втором этапе определяются методы и регламентируются процедуры контроля. На этом же этапе имеет место уточнение объективных и субъективных обстоятельств, приведших к конфликтному столкновению сторон.

На третьем этапе обобщаются результаты проверки и оценивается ее эффективность, а также принимается решение и вырабатываются рекомендации.

Четвертый этап посвящен принятию собственно профилактических мер, вплоть до привлечения врача к дисциплинарной (административной или уголовной) ответственности.

Следует отметить, что комиссия также должна вести всю сопутствующую документацию, включая «Акт о результатах внутренней проверки причин конфликта пациента Р. и врача V».

В данном акте должна быть отражена следующая информация:

1. Дата проведения заседания комиссии. Состав комиссии, включающий специалистов различного профиля, а также представителей администрации и общественности.
2. Цель и область внутренней проверки.
3. Суть поступившей жалобы от пациента, составленная на основании его заявления.
4. Протоколы опроса обеих сторон (врача и пациента).
5. Заключение об установлении причин конфликта.
6. Результаты проверки медицинских документов (истории болезни, амбулаторной карты и т.п.).
7. Документы, проверенные членами комиссии, в том числе:

- объяснительная записка врача; - объяснительная записка заведующего отделением; медицинские документы пациента.

8. Общий анализ жалоб пациентов (на врача, на руководство и персонал отделения).

9. Результаты внутренней проверки (экспертное заключение).

10. Развернутое заключение комиссии, включая предложения руководителю организации, при установлении виновности врача, или аргументированное ее отсутствие.

Таким образом, главной задачей работы комиссии является не только установление факта неудовлетворенности пациента лечением, но и осуществление профилактических мер, включая постоянный контроль, сопутствующий социальной корректировке поведения как врача, так и пациента.

Следует отметить, что механизмы и методы, предложенные автором в данном разделе, несколько лет успешно применяются на практике в крупном медицинском учреждении Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Национальном медицинском исследовательском центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

На наш взгляд, выработка управленческих решений и апробация их на практике не только устраняет заинтересованность врачей в личном обогащении, улучшает качество лечения больных, но и снижает конфликтность в системе «врач-пациент», создает условия для солидарности взаимоотношений в медицине. Кроме того, наряду с построением рациональной форматизированной системы взаимоотношений в медицинской организации, структурно-контрольных форм воздействия на ее сотрудников, крайне важным представляется создание устойчивой атмосферы гармоничных социальных взаимоотношений на микроуровне социального взаимодействия, ведущая роль в которой принадлежит личности врача.

Одним из негативных последствий реформы здравоохранения стало то, что некомпетентности, допущенные при социальном и правовом управлении, привели к значительному и необоснованному сокращению медицинского персонала. Процессы всемирной экономической, политической и культурной интеграции и унификации, предопределившие направленность реформы здравоохранения, обусловили ухудшение условий труда врачей, сопровождавшееся уменьшением их доходов.

Известно, что качество оказанной пациенту медицинской помощи напрямую зависит от уровня ответственности врача перед пациентом, от укорененных в его сознании профессионально-нравственных ценностей, определяющих практическое поведение. Качество медицинской помощи также определяется профессиональным здоровьем врача, совокупностью его личных качеств и особенностей, в том числе стрессоустойчивостью.

В частности, по результатам социологического исследования причин профессионального стресса у врачей установлены не только факты утраты физического и психического здоровья врачами, но и доказана их связь с качеством оказания помощи пациенту. Личные проблемы психического свойства, возникающие у медиков, в известной степени обусловлены общением с тяжелобольными и их родственниками, в особенности, с больными детьми и их родителями.

Фактором профессионального стресса является соприкосновения медицинских работников со смертью больного или врачебной ошибкой. Кроме того, инстинктивный страх смерти тяжелобольного пациента заставляет его искать поддержки у медицинских работников, перегружать их психику проблемами «жизни и смерти», когда одновременно с эмоциональными переживаниями у пациентов возникает эмоциональное истощение и у врача. В данной связи, конечно, существуют специальные методы профилактики профессиональных стрессов у врачей, которыми располагает психология. Но и социология может внести вклад в конструирование позитивных тенденций в

динамике работоспособности и нормализации состояния медицинского работника.

Более того, социологические исследования показали, что важную роль в профилактике стрессовых и конфликтных ситуаций в системе врач-пациент играет воссоздание общей организационной культуры, которая представляет собой совокупность верований, убеждений, норм, правил, ценностей, которые разделяет медицинский персонал. Другими словами, именно общие духовно-нравственные и гуманистические ценности врачебной профессии, являются главным критерием поведения врача и направляют его профессиональную деятельность.

Следует отметить, что формирование и поддержание навыков этичного поведения, стрессоустойчивости и эффективной коммуникации является актуальной задачей для институтов повышения квалификации врачей.

С этой целью в течение 2017-2018 гг. автором была разработана программа и методическое обеспечение курса «Методики стрессоустойчивости и эффективной коммуникации врача», включающего в себя следующие разделы: медицинской этики, отработки навыков анализа и саморазвития общих моральных требований применительно к профессии, а также исследования норм и правил профессионального поведения. Особенностью этого курса является анализ кейсов – ситуаций моральных дилемм и сложного выбора, в которых оказывается врач, формирование личного профиля саморазвития - представлений и моделей личностного и профессионального роста, ориентированных на этические императивы.

Раздел эффективной коммуникации посвящен отработке навыков межличностного общения – как с пациентами, так и внутри организации, приемов успешной коммуникации, разбор проблемных и сложных ситуаций. Раздел стрессоустойчивости посвящен анализу современных методик и техник, позволяющих снижать риски выгорания врача, потерю трудоспособности, обусловленную стрессовыми ситуациями.

Как уже было показано выше, социологические исследования подтвердили, что достаточно часто причиной конфликта между врачами и пациентами является несоблюдение современными медицинскими работниками норм медицинской этики и деонтологии, что в итоге негативно сказывается на результатах оказания медицинской помощи. В связи с этим необходимо в каждой медицинской организации принять локальный нормативный акт, а именно - положение «О медицинской этике и деонтологии врача».

Целесообразно обозначить основные аспекты положения «О медицинской этике и деонтологии врача», разработанного автором.

Известно, что в своей профессиональной деятельности врач должен руководствоваться следующим основополагающими документами:

- Конституцией Российской Федерации;
- Трудовым кодексом РФ;
- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Венской декларацией, принятой на Всемирной конференции по правам человека 25 июня 1993 года;
- Международным кодексом медицинской этики от 1949 г.;
- Конвенцией от 4 ноября 1950 года «О защите прав человека и основных свобод»;
- Клятвой Гиппократата;
- Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации⁶⁹¹.

⁶⁹¹ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ); Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001: Федеральный закон № 197-ФЗ (ред. от 27.12.2018); Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 31.01.2019); Венская декларация и программа действий (Принята в г. Вене 25.06.1993 на 2-ой Всемирной конференции по правам человека); Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 05.10.2012); Международный кодекс медицинской этики. Принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации, дополнен 22-й Всемирной медицинской ассамблеей 1968 г. и 35-й Всемирной медицинской ассамблеей 1983 г. (Врач. 1994. № 4. С. 47); Конвенция «О защите прав человека и основных свобод» (Заключена в г. Риме 04.11.1950) (с

Во-первых, из данных документов вытекают общие обязанности, связанные со спецификой профессии врача, которые подлежат неукоснительному выполнению. На наш взгляд, особого внимания среди них числе заслуживают следующие.

Врач обязан оказать медицинскую помощь любому человеку вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, места проживания, его социального статуса, религиозных и политических убеждений и иных немедицинских факторов⁶⁹².

Врач не вправе использовать свои знания и возможности в негуманных целях и без достаточных оснований применять медицинские меры или отказывать в них; использовать методы медицинского воздействия на пациента; наносить пациенту физический, нравственный или материальный ущерб ни намеренно, ни по небрежности и безучастно относиться к действиям третьих лиц, причиняющих такой ущерб.

Врач обязан уважать право пациента на выбор врача и участие в принятии решений о проведении лечебно-профилактических мер. Добровольное согласие пациента на лечение врач обычно получает при личном разговоре с больным. Это согласие должно быть осознанным, больной должен быть непременно информирован о методах лечения, о последствиях их применения, в частности, о возможных осложнениях, других альтернативных методах лечения.

Врач обязан знать, что проведение лечебно-диагностических мероприятий без согласия пациента разрешено только в случаях угрозы для жизни и здоровья пациента или его неспособности адекватно оценивать ситуацию и решение в подобных случаях принимать коллегиально.

изм. от 13.05.2004) (вместе с Протоколом № 1 (Подписан в г. Париже 20.03.1952), Протоколом № 4 «Об обеспечении некоторых прав и свобод помимо тех, которые уже включены в Конвенцию и первый Протокол к ней» (Подписан в г. Страсбурге 16.09.1963), Протоколом № 7 (Подписан в г. Страсбурге 22.11.1984).

⁶⁹² Здесь и далее автором систематизированы общие положения, содержащиеся в обозначенных документах.

Врач обязан при лечении несовершеннолетнего (ребенка) предоставлять полную информацию его родителям или законным опекунам, получить их согласие на применение того или иного метода лечения или лекарственного средства.

Врач обязан уважительно относиться к своим учителям, беспристрастно анализировать как ошибки своих коллег, так и свои собственные.

Врач обязан препятствовать медицинской практике некомпетентных коллег, а также различного рода непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациента.

Врач обязан ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи.

Врач обязан принимать участие в консилиумах, консультациях, клиничко-экспертных комиссиях, клинических конференциях, открыто заявлять о своей профессиональной позиции по лечению пациента.

Врач обязан соблюдать культуру врачевания, совокупность материальных и духовных ценностей, в процессе профессиональной медицинской деятельности на благо пациента.

Врач обязан сохранять врачебную тайну и не сообщать третьим лицам информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, результатах обследования, самом факте обращения за медицинской помощью и сведений о его личной жизни, полученных при обследовании и лечении, без письменного согласия пациента⁶⁹³.

Во-вторых, в данном документе четко отражена ответственность врача за конкретные деяния.

⁶⁹³ Автором систематизированы общие положения, содержащиеся в обозначенных документах.

Врач несет юридическую ответственность, в том числе и моральную, за обеспечение качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии со своей квалификацией и профессиональными обязанностями⁶⁹⁴.

Врач несет ответственность за использование своего служебного положения, за провоцирование тревожного и эмоционального состояния пациента, за заключение с ним имущественных сделок, использование в личных целях его труда, а также за занятия вымогательством и взяточничеством, за что он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной ухудшения качества и доступности, уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых ему бесплатно в рамках государственных гарантий, установленных законодательством Российской Федерации.

Врач несет ответственность за совокупность норм поведения, принятых на себя настоящим положением, за правила профессионального этикета, исполнения долга врача перед пациентом, распространяемые на врачей медицинского учреждения.

Врач несет ответственность за получение подарков в виде наличных денег или ценных бумаг, туристических путевок и других материальных активов как от пациентов, его родственников, так и фармацевтических и иных кампаний.

Врач несет ответственность за недостоверную, неполную или искаженную информацию пациента об используемых лекарственных препаратах, медицинских изделиях, в том числе, за сокрытие от пациента информации о наличии лекарственных препаратов, медицинских изделий, имеющих более низкую цену⁶⁹⁵.

⁶⁹⁴ Автором систематизированы общие положения, содержащиеся в обозначенных документах.

⁶⁹⁵ Автором систематизированы общие положения, содержащиеся в обозначенных документах.

В-третьих, данный документ также наделяет врача конкретными правами.

Врач имеет право заниматься какой-либо иной деятельностью, если она совместима с профессиональной независимостью, не унижает достоинства врача и не наносит ущерба пациентам и его врачебной деятельности.

Врач обязан принимать участие в симпозиумах, конгрессах, научно-практических конференциях врачей по профилю своей профессиональной деятельности.

Врач имеет право участвовать в работе общественных профессиональных организаций, оказывать содействие врачебным объединениям и ассоциациям, активно участвуя в их работе, а также выполняя их поручения.

Врач имеет право на защиту чести и достоинства, доброго своего имени в рамках действующего законодательства⁶⁹⁶.

Профессиональная деятельность врачей в консультативных, диагностических и стационарных структурных подразделениях должна подчиняться строгой дисциплине, установленной положениям медицинской этике и деонтологии.

Следует отметить, что возникновение конфликта в результате нарушения норм этики деонтологии врачом по отношению к пациенту, или его родственникам в медицинской организации – это сигнал к тому, что в трудовом коллективе, имеются проблемы, которые необходимо немедленно решать. Следовательно, для руководителя медицинской организации крайне важно, чтобы социально-психологический климат в коллективе оказывал благоприятное воздействие на качество совместной деятельности, и не отражался на качестве лечения больного. При этом руководителям структурных подразделений необходимо быть объективными и справедливыми в отношении всех подчиненных, не допускать создания конфликтных ситуаций с пациентами, заботиться о создании благоприятного морально-психологического климата в медицинском коллективе.

⁶⁹⁶ Автором систематизированы общие положения, содержащиеся в обозначенных документах.

Как показали результаты проведенного автором социологического исследования, важную роль в добросовестном выполнении им профессиональных обязанностей играет материальное стимулирование труда. В современном обществе создалась ситуация, когда отсутствие достаточного заработка и материальное неблагополучие врачей нивелировало их заинтересованность в лечении пациента с полной отдачей на основе внимательного и заботливого отношения к нему.

На наш взгляд, в основе стратегии управления эффективностью любой организации лежит согласование целей всей организации в целом, и по трудовой отдаче каждого работника в отдельности. В свою очередь, на трудовую отдачу существенно влияют факторы удовлетворенности и неудовлетворенности врача своим трудом.

Так как к первым факторам относятся признание руководством и коллегами, удовлетворение от результатов лечения больных, отсутствие противоречий между мотивами и содержанием труда, возможность творческого отношения к работе, а также социально-психологическая обстановка в трудовом коллективе. Вторые предопределяются общей инфантильностью жизненной позиции конкретного врача, отсутствием у него потребности в самоэффективности, нечеткая оценка личного вклада в работу всего коллектива, слабая удовлетворенность результатами труда.

Однако самым важным фактором остается мотивация труда, которая, в свою очередь, обуславливает сознательный выбор работником того или иного типа поведения в медицинской организации.

Следует отметить, что самоутверждение и профессионализм врача тесно связан с чувством достижения зрелости и компетентности, уважения не только со стороны коллег, организации, но также самих пациентов и их родственников. Так же величина материального дохода врача должна быть тесно связана со статусом врача и уровнем его профессионализма, и если она

значительно занижена, то врач может изменить свое поведение как по отношению к пациентам, так и к учреждению.

Справедливая система стимулов и мотивов, являющихся движущей силой трудовой активности врача, трудовые достижения и поступки его личности оцениваются путем сравнения с результатами труда как коллег, так и представителей других профессий, а не по абсолютным показателям. Основными направлениями кадровой политики медицинской организации, выработанными на основе стратегии управления кадровым потенциалом, является разработка систем стимулирования и мотивационных механизмов заинтересованности и удовлетворенности трудом. В данной связи система стимулов, на основе знаний внутренних побудителей трудовой активности, послужит основой креативности медиков в сочетании с концентрацией усилий в самом процессе лечения.

Позитивным является распоряжение Правительства РФ № 2190-р от 26.11.2012 года «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 годы», которое ориентировано на достижение конкретных показателей размера оплаты труда применительно к сфере здравоохранения посредством введения эффективного контракта, что предполагает улучшение качества и количества оказываемых медицинских услуг. Но, с другой стороны, в медицине необходима гибкая система внедрения эффективного контракта. Здравоохранение - это особая сфера, в которой возможен непредсказуемый результат в процессе лечения больных людей. При переходе к «эффективному контракту» оплата труда работника будет состоять из оклада (в зависимости от профессионально-квалификационной группы и профессионально-квалификационного уровня), компенсационных выплат за вредные и опасные условия труда, за непрерывный стаж в учреждениях здравоохранения и стимулирующих выплат.

Распределение стимулирующих выплат конкретным сотрудникам должно быть основано на системе балльной оценки.

Для расчета стоимости балла применяется коэффициент в пропорции 3/2/1 – врачи/средний медперсонал/младший медперсонал.

Количество физических лиц умножается на коэффициент, принятый в данном конкретном учреждении, число максимального количества баллов по врачам стационарного отделения с применением повышающего коэффициента определяется по следующей формуле (См. Табл. 1).

Максимальное общее количество баллов, которое может быть получено заведующим стационарного отделения, определяется путем умножения суммы произведений количества физических лиц и повышающего коэффициента.

Таблица 1.

$$R = S \times K$$

S — количество сотрудников стационара; **K** - коэффициент; **R** — число максимального количества баллов

Таблица 1. Примерный расчет баллов при «Эффективном контракте»

Например: в отдельно взятом стационарном отделении:	S	K	R	Максимальное количество баллов на 1-го сотрудника	Общее количество максимальных баллов
Заведующий стационарного отделения	1	4	4	13	52
Врачи	21	3	63	12	756
Старшая медсестра	1	2	2	9	18
Средний медперсонал (фельдшера, палатные, постовые, процедурные м/с)	32	1	32	5	160
Младший медперсонал (санитары, сестры-хозяйки)	10	1	10	4	40

Например, максимальное количество баллов, которое может получить заведующий стационарного отделения - 13 баллов. В приведенном примере, максимальное общее количество баллов, которое может быть получено заведующим в стационаре – это 13×4 балла = 52 балла.

Аналогично с врачами, со средним персоналом и младшим персоналом, для данного примера: максимальное общее количество баллов, которое может быть получено врачами стационарного отделения – 756; старшей медицинской сестрой – 18; средним медицинским персоналом в отделении, - 160 баллов, и младшим медицинским персоналом в стационаре, - 40 баллов.

Максимальное общее количество баллов в стационаре составит:

$$52+756+18+160+40 = 1026 \text{ балла}$$

Например, сумма выплат по критериям качества, подлежащая распределению, составляет XXX руб., стоимость одного балла по стационарам определяется как отношение суммы выплаты по критериям качества к максимальному общему количеству баллов:

$$XXX \text{ руб.} / 1026 \text{ баллов} = XXX \text{ руб.}$$

Выплаты стимулирующего характера не начисляются в следующих случаях:

привлечения к дисциплинарной ответственности (наличие не снятого и не погашенного дисциплинарного взыскания) в отчетном периоде

выявленных фактов взимания денежных средств, с пациентов за оказанную медицинскую помощь, предоставляемую в рамках программы государственных гарантий бесплатно

При установлении фактов врачебной комиссией или комиссией по коррупции медицинского

Рисунок 2. Выплаты стимулирующего характера.

Администрация медицинской организации, на основе объективных результатов работы подразделений, принимает решение о неосуществлении

стимулирующих выплат, либо снижении их размера, что оформляется приказом (См. Рис. 2).

Кроме выплаты денежного мотивационного вознаграждения, с целью мотивации медицинских работников следует уделять больше внимания их потребностям в достижениях и в признании, с расчетом на установление длительных трудовых взаимоотношений в сочетании с коллективной и личной ответственностью за конечный результат по лечению пациентов.

Стимулы нематериального характера так же важны для медицинских работников за качество выполняемых медицинских услуг населению, за научные исследования и разработки в целях совершенствования системы поощрения работников здравоохранения, а также врачей, внесших значительный вклад в охрану здоровья граждан Российской Федерации, во внедрение и использовании на практике новых и совершенствовании применяемых методик диагностирования и лечения особо опасных заболеваний, позволяющих сократить уровень заболеваемости и смертности населения от указанных болезней, оказывать качественные и своевременные медицинские услуги на ранних стадиях заболевания, а также сократить время, необходимое для выздоровления и реабилитации пациентов.

В области здравоохранения осуществляются следующие награды медицинским работникам: присвоение почетных званий Российской Федерации; награждение орденами и медалями Российской Федерации; присвоение звания «Заслуженный врач России»; награждение нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», знаком отличия «Милосердие»; награждение Ведомственной Почетной грамотой Министерства здравоохранения РФ; объявление Благодарности руководителем медицинской организации.

Более того, социологические исследования показали, что важную роль в профилактике конфликтных ситуаций, и развития солидарных отношений в системе врач-пациент играет воссоздание общей организационной культуры,

которая представляет собой совокупность верований, убеждений, норм, правил, ценностей, которые разделяет медицинский персонал. Другими словами, именно общие духовно-нравственные и гуманистические ценности врачебной профессии, являются главным критерием поведения врача и направляют его профессиональную деятельность.

ВЫВОДЫ ПО ПЯТОЙ ГЛАВЕ

1. Социальное управление конфликтом «врач – пациент» - это многоступенчатый процесс, который включает в себя анализ объективных факторов и конкретной ситуации, а также макросоциальных предпосылок, снижающих конфликтную напряженность между врачебным сообществом и больными людьми. Первой из них является корректировка реформирования института здравоохранения российского общества. Цель корректировки реформы института здравоохранения в России - устранение социально-экономических факторов, которые создали конфликтную напряженность и ведут к дисфункциональному состоянию данного социального института.

2. Приоритетными принципами, на основе которых должна строиться деятельность высших органов управления в сфере реформирования социального института здравоохранения представляются: 1) всеобъемлющий учет достоверной информации о конкретных социальных условиях, в которых реализуется реформа здравоохранения; 2) объективный, всесторонний и глубокий анализ закономерностей и проблем развития здравоохранения в условиях как глобального мирового сообщества, так и российского общества; 3) единство и централизация реформаторского процесса, позволяющее соединить политические усилия, материально-технические и человеческие ресурсы с достижениями современной медицины; 4) учет экономических возможностей страны; 5) открытость и определенность механизма формирования основных доктринальных положений, оптимальность и

эффективность целей и задач; б) рациональное использование потенциала всего российского общества.

3. В ряду объективных условий, связанных с организацией стабильного и эффективного функционирования института здравоохранения в целом, главным представляется повышение качества оказания медицинских услуг населению на основе пересмотра наличной модели их организации. Для снижения конфликтного потенциала в отрасли здравоохранения важно создать научно обоснованную программу по внедрению механизмов безопасности в здравоохранении, как для пациентов, так и для врачей. С повышением качества медицинской помощи населению неразрывно связана система мер, направленных на снижение числа несчастных случаев в медицине и частоты врачебных ошибок, вызванных субъективными и объективными факторами. Следует также особо выделить необходимость использования средств массовой информации для пропаганды здорового образа жизни, а также совершенствование профессиональной подготовки в системе высших образовательных медицинских учреждений.

4. Приоритетным направлением, безусловно, остается создание социально ориентированной правовой базы, обеспечивающей надежное функционирование института здравоохранения. Первоочередными мерами, связанными с эффективным нормативным регулированием социально-правовой защищенности врачей и пациентов, представляются: 1) государственный аудит законодательной базы в области медицины и здравоохранения; 2) дальнейшее развитие медицинского права и доказательной медицины, включая развитие механизма медиации и примирительных процедур при урегулировании конфликтов в сфере здравоохранения; 3) усиление юридической защищенности и повышение правовой грамотности врачей; 4) создание системы мер, направленных на снижение числа несчастных случаев в медицине и частоты врачебных ошибок, вызванных объективными и субъективными факторами;

При этом модернизация медицинского законодательства должна осуществляться на следующих двух основаниях: 1) приведения его в соответствие законодательству РФ и исключения дублирования нормативных актов; 2) построения четкой системы вертикали нормативных актов и их право применения. Кроме того, представляется целесообразным также ввести в России единый порядок (алгоритм) по объективному и предметному рассмотрению жалоб от пациентов и их родственников.

5. Актуальным и необходимым является обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников в России. Оно позволит уменьшить убытки медицинских организаций, обусловленные возмещением вреда в судебных претензиях и разбирательствах, а также понизить уровень конфликтности. Должное регулирование отношений медицинских работников и пациентов в первую очередь предполагает реализацию законодательно закрепленных норм, определяющих правовой статус врача и пациента.

6. Социальный конфликт медицины и общества является управляемым процессом, если он имеет концепцию конструктивного регулирования, опирающуюся на консолидирующие идеи и реальные практические действия в каждой медицинской организации, ее компетентность в этом отношении. Эта компетентность включает знание сущности, типологии, функций, структурных элементов и динамики конфликтов, умение подвергать анализу ситуации конфликтного взаимодействия, осуществлять диагностику конфликтов и выявлять их причины. Социальное управление в медицинских организациях несет серьезную функциональную нагрузку. Следовательно, для того, чтобы социальное управление кадровыми ресурсами в организациях здравоохранения было эффективным и системным, необходимо четко сформулировать функции (функциональные цели) управления в клинике.

7. Особое место в процессе управления социальным конфликтом «врач – пациент» занимает социальное управление кадровыми ресурсами в

медицинских организациях, компетентность ее руководства в области подбора и расстановки кадров. В данной связи важное место в организационном механизме управления должно принадлежать структурам, вырабатывающим и реализующим кадровую политику. При этом наиболее распространенными для воздействия на работников медицинской организации являются нормативные, административные и экономические методы.

8. В каждом подразделении медицинского учреждения целесообразно ввести систему коррекции социально-психологического климата, основанную на индивидуальных оценках мотивации врачей по отношению к своим должностным обязанностям, пациентам, трудовому коллективу и медицинскому учреждению в целом. На базе этих оценок формируются общие показатели по отделению посредством: 1) анализа отзывов пациентов о конкретном лечащем враче; 2) анализа лояльности самого врача к пациентам, коллегам, организации в целом; 3) выявления элементов добросовестного или недобросовестного отношения врача к своим профессиональным обязанностям. Формирование и поддержание навыков этического поведения, стрессоустойчивости и эффективной коммуникации является актуальной задачей для институтов повышения квалификации врачей.

9. Важную роль в добросовестном выполнении врачами профессиональных обязанностей играет материальная и моральная мотивация труда, которая, в свою очередь, обуславливает сознательный выбор работником того или иного типа поведения в медицинской организации. Распределение стимулирующих выплат конкретным сотрудникам должно быть основано на системе балльной оценки. Кроме выплаты денежного мотивационного вознаграждения, с целью мотивации медицинских работников следует уделять больше внимания их потребностям в достижениях и в признании, с расчетом на установление длительных трудовых взаимоотношений в сочетании с коллективной и личной ответственностью за конечный результат по лечению пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время в отечественном здравоохранении налицо множество проблем, связанных с качеством медицинского обслуживания населения и доступностью высококвалифицированной врачебной помощи. Особенно остро эти проблемы проявляются в важнейшей из подсистем социальных институтов медицины и охраны здоровья граждан – социальной системе «врач – пациент». При этом значительная часть из них обусловлена характером трансформации модели социальных отношений в данной системе – от традиционно солидарных отношений, основанных на доверии, - к отношениям конфликтным.

Научно-технический прогресс, стремительное развитие либеральных экономических преобразований в России привели к деградации культурных и нравственных ценностей во всем обществе, что нашло отражение в этике поведения и деонтологии врачей. В итоге здравоохранение утрачивает гуманистическое начало и превращается в доходный бизнес⁶⁹⁷. В этих условиях у врачей появляется интерес к неформальным платежам, а у пациента - к нетрадиционным методам лечения, не связанным с обращением к профессиональным медикам.

Подобная трансформация, как показало проведенное многоэтапное социологическое исследование, имеет объективные основы, но она также обусловлена и субъективными факторами. К первым факторам относится целый ряд дисфункций отечественного института здравоохранения, проявившихся в условиях либеральной глобализации – коммерциализация, бюрократизация, медикализация и т.п., а также девальвация социального статуса врача. Вторые связаны с эмоциональным выгоранием и профессиональной деформацией медицинского сообщества, развитием феномена «оборонительной медицины» и как следствие их

⁶⁹⁷ Семина Т.В. Социальное управление кадровым потенциалом в медицинских организациях системы здравоохранения РФ. Дисс. ... канд. соц. наук. М.: 2011 С. 4.

незаинтересованности в лечении, особенно тяжелых пациентов. Развитие данного отрицательного и даже опасного феномена проявляется не в оказании медицинской помощи, а в навязывании врачами пациентам необязательных, но платных медицинских услуг порой по несуществующим заболеваниям, перенаправлении тяжелобольных людей в другие клиники, отказе от рискованных операций, при которых все же много шансов на долгие годы продлить человеку жизнь. Проблема развития такого опасного феномена «оборонительной медицины», и как следствие незаинтересованность врачей в выздоровлении пациентов заключается в том, что врач, работая с тяжело или безнадежно больным человеком, будет опасаться бороться его за жизнь из-за возможности уголовного преследования. Так, врачам проще вообще не оказывать помощь таким пациентам, а в случае необходимости операции просто отказать в ее проведении по причине «неоперабельности» больного. Врачи также опасаются несправедливых уголовных преследований из-за смерти пациентов, если по медицинским показаниям жизнь не удастся спасти, даже при отсутствии злого умысла медицинского работника, заблуждений, элементов халатности, небрежности, профессионального невежества.

Уголовное преследование врачей за осложнения, которые невозможно было предотвратить, может привести к тому, что врачи будут бояться проводить медицинские манипуляции, сопряженные даже с минимальным риском. Врач сегодня находится в крайне сложном положении, по сути, под дамокловым мечом уголовных дел, при котором выполнять свою ежедневную работу, в которой изначально заложен риск практически невозможно. В такой ситуации врачи будут уходить из профессии, но больше всех будет страдать пациент, качество лечения больных людей будет снижаться, а жизнь тяжелобольных окажется под угрозой.

На наш взгляд, необходимо привлечь сообщества врачей и пациентов к обсуждению новых норм, касающихся ответственности врачей, поскольку

обозначенная выше практика, приводя к разрушению солидарных отношений и развитию отношений конфликтных, вредит отечественному здравоохранению.

Обычно принято считать, что в конфликтах между врачами и пациентами виноваты исключительно врачи, и не только потому, что «пациент всегда прав». Действительно, профессиональная некомпетентность врачей, их желание извлечь выгоду из состояния больного, сопровождающаяся развитием коррупции в медицине. Изменение культуры и нравственности в целом в обществе за последние десятилетия, которые сказалось на нарушении врачами норм этики и деонтологии, да и просто общих норм человеческой морали, влекут за собой серьезный ущерб здоровью индивидов и провоцируют конфликтные ситуации.

Однако в последнее время достаточно часто субъектами инициации конфликтной ситуации выступают именно пациенты.

Во-первых, во многом это связано с тем, что состояние болезни, в котором находится пациент, часто длится месяцами, а то и годами. Оно изначально способствует раздражительности пациента, у которого повышенное внимание к состоянию собственного здоровья вызывает постоянную тревожность и нервное напряжение, что выражается в деструктивных вербальных реакциях и поведении в отношении врача и медицинской организации в целом.

Тревога вызвана опасениями, что болезнь может надолго и существенно изменить привычный образ жизни. Проявлением тревоги может стать повышенный интерес к медицинской документации, перепроверка получаемых от врача сведений. При этом ошибки врачей в оформлении медицинской документации обычно служат пусковым механизмом для подачи жалобы в надзорные инстанции. По каждой жалобе, как правило, проводится служебное расследование, а ошибки, допущенные врачом в медицинской документации, обсуждаются публично. Как правило, врач испытывает от такой жалобы стресс, морально осознает свою вину, даже если ее нет.

Однако самый серьезный момент заключается в том, что социальное положение больного человека в современном социуме означает социальные невыгоды и экономические потери, и, фактически усугубляет существующее социальное неравенство, когда в сложную жизненную ситуацию, связанную с болезнью, попадают бедные слои населения.

Необеспеченному пациенту сложно понять, что является медицинской услугой на рынке медицинских услуг в условиях свободной конкуренции, и что собственное здоровье является товаром в экономике здравоохранения. При этом большая часть населения не способна оплачивать дорогостоящие медицинские изделия, которые не входят в стандарты ОМС и ВМП.

Бедные слои населения из-за отсутствия средств не могут обеспечить себя полноценной лекарственной помощью на амбулаторно-поликлиническом этапе, что является проблемой связанной с реализацией права пациента на льготное лекарственное обеспечение. В данном случае «лекарственные препараты выступают не столько средством восстановления здоровья и достижения физиологических характеристик, адекватных возрастным, гендерным и иным критериям, сколько необходимым элементом жизнедеятельности, при отсутствии которого возрастает риск усугубления ее ограничений и иных неблагоприятных последствий для организма»⁶⁹⁸.

Социальное неравенство в сфере здравоохранения так же проявляется в льготном лекарственном обеспечении незащищенных слоев пациентов – инвалидов, которым назначена пожизненная терапия, связанная с получением препаратов регулярно и в срок. Очень часто искусственно невозможность обеспечения непрерывности курса лечения лекарственными препаратами, что является угрозой жизни и здоровью пациента. Основаниями для отказа в предоставлении необходимого лекарственного обеспечения служит отсутствие

⁶⁹⁸ Миронова Т.К. Право на лекарственную помощь и лекарственное обеспечение // Вопросы российского и международного права. 2016. № 5. С. 100 - 101.

лекарственных препаратов, указанных в бесплатном рецепте, нехватка финансовых средств на их закупку.

Возможность платить за дорогое лечение и реабилитацию без очередей и бюрократии нет возможности не только бедных слоев населения, но и у среднего класса. Обеспеченные люди также сталкиваются с проблемами сохранения здоровья и различными неизлечимыми тяжелыми заболеваниями, неизвестными людям среднего и низшего слоев населения.

В частных клиниках, которыми преимущественно пользуются богатые люди, за обходительностью персонала и красотой интерьера иногда спрятана нечестная медицина с выдуманными диагнозами. Из-за отсутствия необходимого медицинского оборудования, нехватки специалистов в штате, не только о серьезных операциях, но и о проведении элементарных манипуляций речи не ведется. При этом частный медицинский бизнес, не упускает возможности заработать даже на здоровом пациенте, в результате у больного же человека болезнь не вылечивается, а часто только сильнее ухудшается здоровье.

Существенно ухудшила состояние российского здравоохранения, повлияв на доступность медицинской помощи его бюрократизация. Так, увеличение количества заполняемых документов сократило время врача на прием пациента. Огромный массив документов, которые необходимы пациенту для получения бесплатных медицинских услуг и в которых он не в состоянии разобраться, незнание им своих прав остается одной из главных проблем российских пациентов.

Во-вторых, в условиях либерализации общественных отношений, а также роста правовой грамотности населения, появились пациенты, являющиеся так называемыми «сутяжными личностями». Сутяжный пациент с самого начала процесса взаимодействия принимает роль потенциального врага врача, и затем годами, по любому поводу, и как правило необоснованно жалуется во все возможные инстанции.

В-третьих, врачи в отдельных случаях становятся обвиняемыми в судебных процессах, возбужденных адвокатами пациентов, желающих получить весомые денежные средства от медицинских организаций и врачей. Врачи, находясь под растянутой на годы судебной тяжбой, испытывают нравственные и физические страдания, получают стресс. При этом они выполняют профессиональные обязанности, оказывают больным людям медицинскую помощь, качество которой в такой ситуации соответственно снижается.

Следовательно, в настоящее время назрела необходимость защиты не только прав пациентов, но и прав врачей, так как в отдельных случаях пациент так использует свои права, что беззащитным становится врач. Речь идет о системных мерах, обуславливающих снижение негативных последствий конфликтных отношений пациента и врача, непосредственно влияющих как на физическое здоровье граждан, так и на психическое здоровье врача.

Если говорить об уровнях урегулирования конфликта, то, как показало проведенное исследование, ведущая роль здесь, безусловно, принадлежит государству как ведущему инициатору и координатору всех преобразований в области здравоохранения, а также непосредственно медицинской организации.

Так, анализ данных мониторинга (2013 - 2017 гг.) показал, что абсолютное большинство пациентов (91%) считали, что реформы, проводимые в последние годы в здравоохранении, «ухудшили положение пациента», 6% пациентов указали на то, что «они ничего не изменили» и только 3% пациентов отметили, что проводимые реформы «улучшили российское здравоохранение». Это объясняется тем, что российская система обязательного медицинского страхования (ОМС) не обеспечивает должного финансирования медучреждений, а в рыночных условиях только за счет бюджета систему отечественного здравоохранения на качественно новый уровень вывести невозможно. Но, коммертизация медицины способствует неудовлетворенности

населения медицинской помощью и делает ее еще более недоступной. (См. Табл. 25, Рис. 24, Приложение 1).

Как показало социологическое исследование (конец 2018 – начало 2019 гг.), большинство (63,5%) врачей считают, что отчасти существуют, а отчасти нет условия для того, чтобы врач в полном объеме и качественно выполнял свои должностные обязанности. По их мнению, недофинансирование здравоохранения приводит не только к дефициту кадров, но и снижению замены и ремонта устаревшего медицинского оборудования. Серьезную проблему они видят в недопоставке лекарственных препаратов в стационарах. Более четверти (27,6%) считают, что существуют условия для того, чтобы врач в полном объеме и качественно выполнял свои должностные обязанности. Обеспечение карьерного роста и достойная заработная плата, гарантии и компенсации медицинским работникам за труд во вредных и опасных условиях обеспечивают условия труда. Только 8,9% врачей считают, что в настоящее время практически отсутствуют условия для того, чтобы врач в полном объеме выполнял свои обязанности. Непродуманная оптимизация, которая была проведена в значительном количестве регионов страны и связана с процессом ликвидации медучреждений, нехваткой рабочего времени на пациентов из-за сокращения штата, нанесла серьезный ущерб здравоохранению. (См. Рис. 7, Приложения 2-1).

С врачами солидарно подавляющее большинство (70,8%) ординаторов и аспирантов, которые считают, в настоящее время «отчасти существуют, отчасти нет» условия для того, чтобы врач в полном объеме и качественно выполнял свои должностные обязанности. По их мнению, сокращение штата врачебного персонала провоцирует переработки, оформление медицинских документов, не имеющих практического значения, выполняется вне приема и занимает личное время. Менее четверти (22,1%) респондентов считают, что практически не существует условий для того, чтобы врач в полном объеме и качественно выполнял свои должностные обязанности. Такое мнение

объяснимо тем, что ввиду сокращения штата врачей, у ординаторов и аспирантов появились в общеустановленные выходные дни дополнительные дежурства, а на личную жизнь времени практически не остается. И только 7,1% респондентов считают, что есть все условия для того, чтобы врач в полном объеме и качественно выполнял свои должностные обязанности. Вполне возможно, что данная группа респондентов просто не разочаровалась в выбранной профессии врача. (См. Рис. 6, Приложения 2-3).

Существенно ухудшила состояние российского здравоохранения, повлияв на доступность медицинской помощи его бюрократизация. Так, увеличение количества заполняемых документов сократило время врача на прием пациента. Огромный массив документов, которые необходимы пациенту для получения бесплатных медицинских услуг и в которых он не в состоянии разобраться, незнание им своих прав остается одной из главных проблем российских пациентов.

Из-за бюрократизации базы врачи не всегда выписывают рецепт на лекарственный препарат, который не входит в стандарты медицинской помощи, но рекомендован врачами-специалистами, пользователь лишен возможности записаться к врачу-специалисту через сайт государственных услуг из-за того, что он еще не прикреплен к медицинской организации. Больных со срочными жалобами на здоровье не принимают без записи, пациенты месяцами не могут получить направление на плановую госпитализацию для лечения в стационаре. Практически всегда перед направлением на стационарное лечение, помимо анализов, необходимым может стать прохождение инструментальных исследований или осмотров другими специалистами. Наиболее часто это УЗИ, ЭКГ, флюорография, консультация оториноларинголога, офтальмолога, терапевта, стоматолога или врачей, наблюдение которых ведется за каким-либо сопутствующим заболеванием пациента (невролог, эндокринолог, кардиолог и пр.).

Любое государство может сформировать и стабилизировать социальные взаимоотношения пациента и врача через планомерную работу и процесс социализации, а гражданское общество должно взаимодействовать с государством с целью сохранения здоровья и жизни людей. Временной диапазон происходящих в обществе трансформаций дает возможность проанализировать изменения в профессиональной деятельности и личности врача, обозначившиеся в последние годы, сформировать концепцию внедрения инновационных методов социального управления в сфере здравоохранения.

Следует согласиться с Н.Д. Шутенко, что «в целом социальное управление представляет собой непрерывный процесс активного воздействия на объект с помощью системы управления, доминирующую роль в которой должен сыграть человеческий фактор, человек должен рассматриваться как субъект управления»⁶⁹⁹.

На наш взгляд, анализ сущности и особенностей содержания конфликта медицины и общества, специфики его протекания в социальной системе «врач – пациент», проведенный в диссертации, позволяет лучше понять принципы построения новых, гуманистически направленных управленческих схем, выработать комплекс профилактических мер.

Во-первых, необходимо ужесточить контроль со стороны государства над ненадлежащим оказанием медицинской помощи населению. Социальный и правовой контроль в здравоохранении, прежде всего, должен быть направлен на улучшение состояния здоровья населения путем предоставления широкого спектра бесплатных медицинских услуг, с правовым описанием их объема, требований качества и условий предоставления.

Во-вторых, важно четко обозначить кадровые проблемы в медицинских организациях, определить слабые стороны в системе управления ими, реализовать комплексные меры, которые будут направлены не только на

⁶⁹⁹ Шутенко Н.Д. Феномен миссии в стратегическом целеполагании российских организаций // Социологические исследования. 2008. № 5. С. 86.

сохранение физического и психического здоровья медицинских работников, но и на улучшение качества оказания медицинской помощи всему населению.

Важнейшими элементами на данном этапе развития российской системы здравоохранения представляется создание необходимых механизмов мотивации к непрерывному повышению профессиональной подготовки в рамках перехода к системе «эффективного контракта».

В-третьих, достаточно эффективной мерой на государственном уровне является реализация общесоциального подхода к сущности права, когда оно рассматривается как выражение компромисса между классами, группами, различными социальными слоями общества, когда право используется как средство закрепления и реального обеспечения прав человека и гражданина, экономической свободы и демократии и т.п. Общесоциальная сущность права конкретизируется в понимании его как выражения общенародной воли, разума, нравственных начал и меры свободы. Таким образом, право – это не просто свобода, а свобода, гарантированная от посягательств, защищенная свобода. Социальная сущность права проявляется в его приспособлении к интересам каждого отдельного человека, в обеспечении организованности, стабильности, упорядоченности и развитии социальных связей. Как отмечает А.М. Яковлев, «реальное социальное существование права выявляется в связи с отношением индивидов, социальных групп и классов к данному праву. Когда ценности, установки и иные характеристики индивидуального и группового сознания взаимодействуют с нормами, ценностями, воплощенными в конкретных социальных институтах, прежде всего в системе правовых норм, общество стабилизируется»⁷⁰⁰.

Важным моментом является то, что политику и законодательство в сфере здравоохранения нельзя разрабатывать и осуществлять без наличия специальных знаний, без широких общественных дискуссий, без должного учета вопросов этики. Это касается установления приоритетов и принятия

⁷⁰⁰ Яковлев А.М. Социальная структура общества. М.: Издательство «Экзамен», 2003. С. 113.

разумных решений в отношении введения дополнительных сервисных медицинских услуг, конкурирующих видов обслуживания, дорогостоящего продления медицинскими средствами жизни безнадежно больных пациентов, организации проведения лечебных мероприятий с помощью современных медицинских технологий⁷⁰¹.

В-четвертых, необходимо развитие государственной и муниципальной политики в сфере здравоохранения, связанной с реализацией и оценкой эффективности контроля за жалобами пациентов. Даже после проведения череды проверочных мероприятий, судебно-медицинских и других видов экспертиз правоохранительные органы испытывают немало трудностей в установлении признаков какого-либо состава преступления в действиях или бездействии медицинских работников⁷⁰².

В настоящее время открытие специальных сайтов для жалоб с одной стороны в действительности упрощает для пациента процедуру подачу жалобы, но с другой стороны, часто случается так, что пациенту отвечают, а он эту жалобу не писал. При этом загруженность надзорных органов анонимными жалобами неизвестного происхождения отнимает у них время для рассмотрения жалоб пациентов, у которых нарушены права, поэтому у пациентов и сформировалось мнение, что они не уверены, что их жалоба будет объективно рассмотрена. В данной связи автором предложен строгий порядок подачи жалоб пациентов - от медицинской организации, нижнего надзорного органа к высшему. Также целесообразно исключить рассмотрение жалоб не по принадлежности, которые поступают одновременно в несколько инстанций, при этом важно больше внимание оказывать объективным жалобам пациентов, поданным по существу. Данные проблемы в области защиты прав врачей вызваны недостаточным регулированием этой сферы отношений, поэтому в

⁷⁰¹ См.: Григорьев Ю.И., Григорьев И.Ю. Организационно-правовые проблемы повышения эффективности деятельности в сфере охраны здоровья населения // Медицинское право. 2005. № 3.

⁷⁰² См.: Габай П.Г. Проблемы уголовно-правового обеспечения предупреждения неосторожного причинения медицинскими работниками вреда здоровью или смерти пациентам // Российский следователь. 2013. № 6.

целях более полной реализации конституционных норм, институтов и принципов, регулирующих здравоохранение, законодательство в области здравоохранения требует своего дальнейшего развития.

В-пятых, проведенное исследование показало, что в последние годы принимается масса нормативных документов по снижению конфликтности в здравоохранении. В частности, постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 было утверждено Положение «О Комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по урегулированию конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности».

К полномочиям этой комиссии относится рассмотрение вопросов, связанных с возникновением ситуаций, при которых у медицинского или фармацевтического работника возникает личная заинтересованность при осуществлении ими профессиональной деятельности, которая непосредственно влияет на надлежащее исполнение ими профессиональных обязанностей.

Согласно положению, комиссия должна анализировать риски и последствия возникновения конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности⁷⁰³. Однако этого недостаточно. В каждой медицинской организации должен быть организован внутренний контроль над безопасностью медицинской деятельности и соблюдению норм законодательства, а также качества оказания медицинских услуг населению.

Как отмечают специалисты, «любые реформы здравоохранения, в том числе и законодательные, не приведут к позитивному результату, если в идеологии руководителей медицинских организаций отсутствует законопослушность, стратегия на устойчивое развитие коллектива, не

⁷⁰³ Положение «О Комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по урегулированию конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности»: Постановление Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2012. № 26. Ст. 3526.

контролируется клиническая деятельность врача, его социальные установки и этическое отношение к пациенту»⁷⁰⁴.

Так, руководитель медицинской организации не может уходить в сторону от реальных конфликтных ситуаций, вызванных расхождениями во взглядах на качество лечения у врача и пациента или его родственников. Он обязан всемерно помогать корректному сопоставлению несхожих взглядов, противоположных мнений, выяснению несовпадающих интересов и целей, как у врача, так и у пациента.

Руководитель медицинской организации должен осуществлять не только общий контроль над ее деятельностью, но и непосредственно контролировать, насколько хорошо удовлетворяются требования пациентов, предъявляемые к врачу при исполнении им профессиональных обязанностей. Конфликт невозможно предотвратить, но его можно регулировать, а также применять для управления им эффективные стратегии, предусматривающие профилактические меры по его предупреждению.

На наш взгляд, поможет получить руководству медицинской организации ясное понимание генезиса, природы, динамики и путей регулирования конфликта в социальной системе «врач – пациент» так называемое «картирование конфликта», разработанное П. Вехром⁷⁰⁵. Указатель по картированию конфликта, разработанный этим ученым, рекомендует проводить анализ конфликта по следующим пунктам.

1. Краткое описание конфликта.
2. История конфликта (фиксируются зарождение и эволюция самого конфликта и его контекста).
3. Контекст конфликта, включающий в себя ту фоновую обстановку, в которой разворачивается конфликт: границы, структуры, отношения и юриспруденция, системы коммуникаций, методы принятия решений.

⁷⁰⁴ Морозов П.Н. Оценка работы стационара с точки зрения врачей // Менеджер здравоохранения. 2005. № 7. С. 15.

⁷⁰⁵ Wehr P. Conflict Regulation. Boulder: University of Colorado Press, 1979. P. 18 – 22.

4. Конфликтующие стороны (первичные и вторичные).

5. Конфликтотенные проблемы, которые классифицируются по порождающим конфликт факторам:

- проблемы, возникающие из различного толкования фактического положения дел (например, ситуации, связанной с тактикой лечебного процесса);

- оценочные проблемы, возникающие на почве разногласий на тему о том, «что и как должно быть»;

- проблемы, возникающие на почве несовместимых интересов и т.д. При этом особое внимание уделяется стилю взаимодействия конфликтующих сторон, качеству коммуникаций между ними, различным оценкам физической обстановки, в частности моральному и физическому дискомфорту.

6. Динамика конфликта (фазы динамического развития):

- ускорение событий, сигнализирующих о наличии конфликта,
- возникновение, разрастание и видоизменение конфликтной проблемы,
- поляризация конфликта,
- спирали эскалации и деэскалации.

7. Альтернативные пути решения конфликтных проблем.

8. Потенциал регулирования конфликта.

В первую очередь, в медицинских организациях необходимо развивать модель взаимодействия коллегиального типа, которая создаст положительные предпосылки для снижения конфликта «врач-пациент». Прежде всего, важно формировать новый подход к интеграции медицинского персонала в социум, который должен быть основан на принципах гуманизма, соблюдения определенных нравственных и этических правил при выполнении врачебного долга в интересах человека.

Особое внимание необходимо уделять процедурам, снижающим возможность коррупционного поведения медицинских работников в рамках самой медицинской организации.

В каждой медицинской организации должен быть организован внутренний контроль по противодействию коррупции. Это комплекс мероприятий, применяемых руководителем для обеспечения соблюдения законности поведения медицинского работника, для оценки коррупционных рисков.

Законность и противодействие коррупции будет иметь успех, когда приоритетом и дополнительным правовым механизмом в деятельности каждой медицинской организации будет строгое соблюдение закона, подзаконных и локальных нормативных актов, которые послужат основой для осуществления всех рабочих процессов в медицинском коллективе, станут центральным ориентиром при планировании его деятельности и формировании стратегии развития, с целью улучшения своевременности и качества оказания медицинских услуг пациенту.

Каждый работник, совершивший правонарушение, не только будет привлечен в общем порядке к гражданско-правовой, административной, уголовной ответственности, но также будет подвергаться на начальных этапах дисциплинарным взысканиям.

В целом эффективным управление конфликтом в социальной системе «врач – пациент» в медицинской организации будет только при условии его системности, взаимосвязанности приоритетов, включающих дисциплинарные, психологические, социальные и стимулирующие компоненты.

На наш взгляд, также возможен целый ряд мер в отношении деятельности медиков в рамках лечебного учреждения. К ним, в частности, относятся и усиление контроля качества лечения, повышение ответственности за нарушение норм этики и деонтологии.

Так, результаты социологического исследования, проведенного автором, (конец 2018 – начало 2019 гг.) показали, что большинство (51,5%) пациентов считает, что настоящее время трудовые правоотношения в сфере здравоохранения обеспечивают ответственность медицинских работников за

качественное выполнение своих должностных обязанностей в недостаточной степени, а чуть более четверти (26,7%) – что в низкой. Пациенты часто жалуются на непрофессионализм врачей, невнимание, халатность, нарушения врачебной этики. Менее четверти 21,8% пациентов считают, что настоящее время трудовые правоотношения в сфере здравоохранения обеспечивают ответственность медицинских работников за качественное выполнение своих должностных обязанностей в достаточной степени. (См. Рис. 42, Приложение 2).

Нельзя отрицать того, что успешная деятельность здравоохранения напрямую зависит от его субъектов - людей – членов коллектива - врачей, осуществляющих в ней свою профессиональную деятельность по лечению людей, а качество медицинских услуг, оказываемых населению - от вклада каждого медицинского работника.

Однако нельзя отрицать и того, что конфликт возникает вследствие противоположности интересов двух сторон, следовательно, человеческий фактор необходимо рассматривать в данном случае и у пациента. Социально-управленческая деятельность здесь основывается на взаимодействии управляющей и управляемой системы и должна быть направлена на выявление социальных проблем двух участников конфликта.

Одним из парадоксов современной медицинской этики стало противоречие между знанием о необходимости учитывать в лечебно-диагностическом процессе субъективные переживания больного, особенности его личной жизни и стремлением медицинских работников не углубляться во внутренний мир реального больного. Причинами такого противоречия являются факторы как объективного, так и субъективного характера. С одной стороны, это функциональное состояние современного здравоохранения, с другой стороны, - специфические характеристики личности врача.

Следует отметить, что низкий уровень сопереживания больному может быть исходным, связанным с эмоциональными особенностями личности врача, а также возникшим вследствие синдрома эмоционального выгорания врача.

Неумение ограничить себя от вредных воздействий социальной среды, справляться со стрессами, приводит врача к психической перегрузке (вызывает невроз, неврастению), которая проявляется в напряжении, несдержанности, раздражительности, неумении владеть собой, что, безусловно, создает конфликтную ситуацию.

Известно, что воздействовать на подобную конфликтную ситуацию с пациентом можно двумя способами: влиять на свое поведение и воздействовать на поведение пациента, с учетом того, что противоборствующая сторона - больной человек. Когда конфликт только зарождается, самым результативным способом является устранение противоречий. Для этого врачу следует восстановить спокойствие, скорректировать стиль поведения применительно к конкретному случаю, уступить больному человеку.

На наш взгляд, положительный психологический климат в медицинской организации, достойная мотивация труда сотрудников, уже сами по себе являются источником по снятию стрессового состояния врача. В то же время, профилактика психического «выгорания» врача является одной из принципиально важных задач современного управления кадрами, одним из факторов сохранения физического и психического здоровья медицинского работника. С этой целью необходимо привлекать в медицинские организации специалистов - психологов, которые владеют различного рода методиками, направленными на снятие острых и хронических стрессов, умеют адаптировать их к конкретным потребностям медицинской организации и сотрудников.

Если не получается погасить конфликт на начальной стадии, то есть довольно распространенный способ - обратиться к специалистам в медицинской организации, привлечь к разрешению конфликта третьих лиц, не

имеющих к конфликту отношения, и, таким образом достичь стабильного взаимодействия.

В данной связи особое значение приобретают механизмы третейского разбирательства и медиации, которые, к сожалению, в нашей стране развиты достаточно слабо.

В юридической практике традиционно выделяют три основных подхода к разрешению правовых споров или конфликтов.

Первый подход - с позиции силы - состоит в том, что одна из сторон уступает за счет перевеса другой в силе, физической, численной или технического превосходства, материального положения, статуса и т.д. Данный подход сопровождается быстрым принятием решения и обеспечивает достижение результата, который, как правило, удовлетворяет только одну из конфликтующих сторон.

Второй подход - с позиции права - характеризуется применением закона и реализуется в суде.

Третий подход - с позиции интересов - включает такие способы решения правовых споров как переговоры и медиация, которые по существу являются альтернативой судебному разбирательству⁷⁰⁶.

Одним из механизмов реализации права, достаточно часто применяемых в рамках второго подхода, является третейское разбирательство или «третейский суд». В рамках третейского суда правовой конфликт рассматривается и разрешается органом, созданным частными лицами, которому государство делегировало ряд своих полномочий по разрешению гражданско-правовых споров. Третейские суды наделяются полномочиями по рассмотрению и разрешению спора сторонами спорного материального

⁷⁰⁶ Смотри об этом: Штепан П. Альтернативные способы разрешения конфликтов // Право и экономика. 2005. № 2. С. 5 – 9; Марков С.М. Медиация – альтернативный способ разрешения конфликтов (споров) // Вестник Хабаровской Государственной академии экономики и права. 2010. № 3. С. 42 – 59; Лопарева Ю.Б. Медиация как способ разрешения спора в досудебном порядке // Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования. 2013. № 2. С. 279 – 282; Девятаев Л.С. Медиация как форма разрешения юридического конфликта // Ростовский научный журнал. 12.06.2017. URL: www.rostjournal.ru (дата обращения 21.05.2019).

правоотношения (посредством заключения арбитражного соглашения), а государство только формирует правовой режим их деятельности путем внесения соответствующих норм в законодательство. При этом следует подчеркнуть, что решение третейского суда может быть исполнено принудительно с использованием институтов государственного принуждения.

По мнению В.Н. Анурова, «популярность третейского разбирательства в какой-либо стране свидетельствует о высокой правовой культуре людей, проживающих в ней. При этом если же национальные третейские суды пользуются еще и общемировой известностью, то это свидетельствует о создании благоприятных фактов, способствующих приданию национальному правосознанию универсального характера. Взгляды на справедливость, добросовестность участников, разумность профессионального сообщества людей - третейских судей становятся общими стандартами разрешения коммерческих споров во всем мире»⁷⁰⁷.

Третейские суды, безусловно, имеют ряд преимуществ: разрешая правовые споры, осуществляют правоприменительную деятельность, направленную на властную реализацию норм материального права в рамках охранительного правоотношения. Поэтому деятельность третейского суда по рассмотрению правовых споров медицины и населения и вынесению по ним обязательных решений является юрисдикционной, т.е. третейские суды по своей правовой природе являются органами юрисдикционными, рассматривающими и разрешающими гражданские дела, в пределах заключенного третейского соглашения.

Для справедливого разбирательства дела в третейском суде конфликтующие стороны наделяются согласно законодательству широким кругом прав и обязанностей, которые позволяют изменять процедуру третейского разбирательства, формировать состав третейского суда и т.д.

⁷⁰⁷ Ануров В.Н. Третейское соглашение: Монография. М.: Проспект, 2009. С. 3.

Однако решение, принятое по конфликту, обязательно только для сторон и не имеет преюдициального значения⁷⁰⁸.

В целях создания правовых условий для применения в Российской Федерации альтернативной процедуры урегулирования споров вступил в силу Федеральный закон № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)»⁷⁰⁹.

Однако уже на стадии проектирования данного закона было ясно, что он не слабо применим на практике, поскольку большинство его норм не столько закрепляют существующее положение вещей, сколько создают некое правовое поле, в рамках которого следует организовывать и развивать медиацию по всем основным направлениям. В рамках данного правового поля в России должно было появиться профессиональное сообщество медиаторов, обучение которых должно было проходить по утвержденной государством программе, так и не состоялось, недостаточно профессионально обученных медиаторов. В то же время применение медиации с привлечением непрофессиональных посредников, на наш взгляд, может повлечь усугубление конфликта, и иные негативные последствия, способные привести к невозможности мирного урегулирования спора.

Взаимодействие между судами и профессиональными медиаторами призвано было обеспечить отток дел из судов к медиаторам, снижение судебной нагрузки. В итоге результаты действия Закона были кратко сформулированы Президентом РФ в его Послании Федеральному Собранию РФ: «Законы о медиации, которые приняты, почти не работают, случаи заключения соглашений все еще единичны»⁷¹⁰.

⁷⁰⁸ Соловых С.Ж. Рассмотрение экономических споров третейскими судами в Российской Федерации / Под ред. Т.А. Григорьевой. М.: Юрлитинформ, 2010. С. 20 - 21.

⁷⁰⁹ Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника: Федеральный закон РФ № 193-ФЗ // Российская газета. № 168. 30.07.2010.

⁷¹⁰ Текст Послания Президента Федеральному Собранию. URL: <http://www.kremlin.ru/news/14088> (дата обращения: 10.05.2019).

Безусловно, во время конфликтности в обществе необходимо развивать данные примирительные процедуры, так как медиация создает целый комплекс позитивных предпосылок по применению альтернативных средств урегулирование споров «врач-пациент», способствующих сохранению отношений. Кроме того, будучи направленной на снижение нагрузки государственных судов, она способствует широкому урегулированию спорных правоотношений самими конфликтующими сторонами.

Посредничество и медиация как процедуры, направлены на завершения конфликтов по поводу экономических интересов. В связи с тем, что они основаны на практике переговоров, заключающихся в поиске компромисса между сторонами конфликтного взаимодействия, целесообразно ввести механизм «профессионально-общественного обслуживания правовой модели внесудебного урегулирования споров между медицинскими работниками и пациентами как элемента снижения конфликта “врач-пациент”», разработанный автором.

Немаловажным фактором представляется разработка механизмов привлечения врачебного сообщества в число сторонников реформы здравоохранения.

В настоящее время необходима новая, социологически фундированная концепция взаимодействия медицины, здравоохранения и общества. Именно в этом направлении должна двигаться не только реформа, но и современная отечественная социология при изучении института здравоохранения, его социальной структуры и происходящих в них процессов.

В целом концепция конструктивного влияния на отношения медицины и общества должна базироваться на координационных и интеграционных механизмах, на идее современного инновационного этапа профилактики и урегулирования конфликта в обществе путем развития солидарного взаимодействия врача и пациента, которое проявляются через развитие взаимного доверия, взаимных интересов.

Как показало проведенное исследование, эта концепция конструктивного влияния на отношения медицины и общества должна базироваться на координационных и интеграционных механизмах, на идее современного инновационного этапа профилактики и урегулирования конфликта в обществе путем развития солидарного взаимодействия врача и пациента, которое проявляются через развитие взаимного доверия, согласования интересов.

На наш взгляд, не вызывает сомнения факт, что главная роль в урегулировании конфликта принадлежит государству как ведущему инициатору и координатору всех преобразований в области здравоохранения, а также непосредственно медицинской организации. Но и в медицинских организациях необходимо развивать модель взаимодействия коллегиального типа, которая создаст положительные предпосылки для снижения конфликта в системе «врач-пациент». Немаловажным фактором является поиск путей приобщения как врачей, так и пациентов к реформам в здравоохранении, разработка критериев для социальной экспертизы реформы, главный из которых - уровень доверия общества к медицине.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Официальные документы и нормативные акты

1. Апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам Московского областного суда по делу № 33-6256/2014. 24.03.2014 г.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 03.08.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2019) // Собрание законодательства РФ, 05.12.1994. № 32. Ст. 3301.
3. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. // Собрание законодательства РФ. 2014. № 31. Ст. 4398.
4. Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей медицинских и фармацевтических работников: Приказ Минздравсоцразвития России от 06.08.2007 № 526 (ред. от 03.03.2017) (Зарегистрировано в Минюсте России 27.09.2007 № 10190) // Российская газета. № 223 от 06.10.2007.
5. О внедрении в медицинскую практику современных достижений в области медицины высоких технологий: Распоряжение Президента РФ от 29.12.1997 № 536-рп (ред. от 08.10.2002) // Собрание законодательства РФ. 05.01.1998. № 1. Ст. 112.
6. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: Закон № 1499-1 от 28.06.1991 Первоначальный текст документа опубликован в издании «Ведомости СНД и ВС РСФСР». 04.07.1991. № 27, ст. 920. Документ утратил силу с 1 января 2011 года в связи с принятием Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ // Российская газета. № 274 от 03.12.2010.
7. О мерах по дальнейшему улучшению подготовки врачебных кадров в интернатуре: Приказ Минздрава СССР от 20.01.1982 № 44 // Документ опубликован не был
8. О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации: Указ Президента РФ от 26.09.1992 г. № 1137 // Собрание актов Президента и Правительства РФ. 05.10.92. № 14. Ст. 1088.
9. О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ (ред. от 23.05.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) // Собрание законодательства РФ. 03.04.1995. № 14. Ст. 1212.
10. О противодействии коррупции: Федеральный закон от 25.12.2008 №

- 273-ФЗ (ред. от 30.10.2018) // Собрание законодательства РФ. 29.12.2008. № 52 (ч. 1). Ст. 6228.
11. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 19.07.2018) // Ведомости СНД и ВС РФ. 20.08.1992. № 33. Ст. 1913.
О трансплантации органов и (или) тканей человека: Закон РФ от 22.12.1992 № 4180-1 (ред. от 23.05.2016) // Ведомости СНД и ВС РФ. 14.01.1993. № 2. Ст. 62.
 12. О рекламе: Федеральный закон от 13.03.2006 № 38-ФЗ (ред. от 01.05.2019) // Российская газета. № 51 от 15.03.2006.
 13. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 598 // Собрание законодательства РФ. 07.05.2012. № 19. ст. 2335.
 14. Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации): Федеральный закон от 27.07.2010 № 193-ФЗ (ред. от 23.07.2013) (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.09.2013) // Российская газета. № 168. 30.07.2010.
 15. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) // Собрание законодательства РФ. 06.12.2010. № 49. Ст. 6422.
 16. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. ст. 6724.
 17. Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации: Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 (ред. от 06.04.2019) // Собрание законодательства РФ. 25.06.2012. № 26. Ст. 3526.
 18. Об утверждении Положения об аккредитации специалистов: Приказ Минздрава России от 02.06.2016 № 334н (ред. от 19.05.2017) (Зарегистрирован в Минюсте России 16.06.2016 № 42550).
 19. Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию // Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 от 29.12.2015. Зарегистрирован в Минюсте России 28.01.2011. № 19614.
 20. Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг: Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 // Собрание законодательства РФ. 08.10.2012. № 41. Ст. 5628.
 21. Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 годы: Распоряжение Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р (ред. от 14.09.2015) // Собрание законодательства РФ.

- 03.12.2012. № 49. Ст. 6909.
22. Об утверждении профессионального стандарта «врач-лечебник, врач-терапевт участковый»: Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 21.03.2017 № 293н (Зарегистрировано в Минюсте России 06.04.2017 № 46293) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru> (Дата обращения 07.04.2019).
 23. Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов: Приказ Минздрава России от 22.12.2017 № 1043н. (Зарегистрировано в Минюсте России 19.01.2018 № 49696) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. (Дата обращения 22.04.2019).
 24. Постановление ЕСПЧ от 23.02.2016 Дело Y.Y. против России (жалоба N 40378/06). URL: <http://zakoniros.ru/?p=19852> (Дата обращения: 13.05.2019).
 25. Решение № 2-118/2013 М-103/2013 2-1/2014(2-118/2013;). М-103/2013 2-1/2014 от 9 января 2014 г. Пущинский городской суд (Московская область).
 26. Решение Ленинского районного суда г. Чебоксары Чувашской Республики под председательством судьи Кудряшовой Н.Н. от 28.11.2011 г. по делу № 2-1/2011. Приводится в сокращении.
 27. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 23.04.2019) // Собрание законодательства РФ. 17.06.1996. № 25. Ст. 2954.

2. Словари, энциклопедии и справочные издания

28. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология: Учебник для вузов. М.: ЮНИТИ, 2000.
29. Бабосов Е.М. Конфликтология: Учебное пособие. – 2-е изд. Минск: ТетраСистемс, 2000.
30. Буланин Д. Новые слова и значения. Словарь – справочник. СПб.: Дм. Буланин, 2014.
31. Внешние причины заболеваний и смертей // Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия // www.mkb10.ru (Дата обращения 08.05.2019).
32. Ворожейкин И.Е., Кибанов А.Я., Захаров Д.К. Конфликтология: Учебник. М.: ИНФРА-М, 2004.
33. ВЦИОМ: Актуальные вопросы изучения общественного мнения в

- современной России (Мониторинг социального самочувствия и проблемного фона 2018).
34. Глухова А.В. Конфликт // Социологическая энциклопедия: в 2-х Т. М.: Мысль, 2003. Т. 1.
 35. Даль В. Толковый словарь живого великорусского языка. М.: Русский язык, 1979. Т. II.
 36. Димов В.М. Социология и философия здоровья. Курс лекций. Алмааты, 1998.
 37. Здоровье населения // Социологический энциклопедический словарь. На русском, английском, немецком, французском и чешском языках. / Ред.-координатор Г.В. Осипов. М.: Издательская группа ИНФРА М – НОРМА, 1998.
 38. Здравомыслов А.Г. Конфликт социальный // Новая философская энциклопедия: В 4 т. М., 2010. Т. II.
 39. Здравоохранение // Социологический энциклопедический словарь. На русском, английском, немецком, французском и чешском языках. / Ред.-координатор Г.В. Осипов. М.: Издательская группа ИНФРА М – НОРМА, 1998.
 40. Иванов В.Н. Консенсус социальный // Социологический словарь / Отв. ред. Г.В. Осипов, Л.Н. Москвичев. М.: Норма-Инфра-М, 2010.
 41. Каннабих Ю.В. Врач как причина болезни // Большая медицинская энциклопедия. 1928. Т. 5.
 42. Колоколов Г.Р., Махонько Н.И. Обеспечение защиты прав пациентов - реализация комплекса правовых средств. Медицинское право: Учебное пособие. М.: «Дашков и Ко» 2009.
 43. Комментарий к Трудовому кодексу Российской Федерации. - 7-е изд. - исправленное, дополненное и переработанное / Отв. ред. Ю.П. Орловский. М.: КОНТРАКТ, КНОРУС, 2015.
 44. Курс уголовного права / Под ред. Н.Ф. Кузнецовой, И.М. Тяжковой. М.: Зерцало-М, 2002. Т. 1. Общая часть.
 45. Лупандин В.М. Социология медицины // Энциклопедический социологический словарь. М.: ИСПИ РАН, 1995.
 46. Медик В.А. Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. - 2-ое издание. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2012.
 47. Медицина // Социологический энциклопедический словарь. На русском, английском, немецком, французском и чешском языках. / Ред.-координатор Г.В. Осипов. М.: Издательская группа ИНФРА М – НОРМА, 1998.
 48. О деятельности по защите прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в I полугодии 2012 года: Информационно-аналитическая справка. URL: <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/protect/information>. (Дата обращения: 28.09.2018).

49. Осипова Н.Г. СМИ и насилие // Эффективная коммуникация: история, теория, практика: Словарь справочник / Отв. Ред. М.И. Панов. М.: ООО «Агентство КРПА Олимп», 2005.
50. Осипова Н.Г. Теории влияния СМИ // Эффективная коммуникация: история, теория, практика: Словарь справочник / Отв. Ред. М.И. Панов. М.: ООО «Агентство КРПА Олимп», 2005.
51. Основные экономические показатели здравоохранения // Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб. М.: Росстат, 2017.
52. Ответственность за правонарушения в медицине: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. завед. / О.Ю. Александрова и др. М.: Изд. центр «Академия», 2006.
53. Панов А.А. Статистика по врачебным ошибкам за 2001 – 2012 гг. [www.pravomed.ru articles](http://www.pravomed.ru/articles) (Дата обращения 07.05.2019).
54. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. Официальный сайт. URL: <http://1spbgtmu.ru/ru/> (Дата обращения: 19.11.2018).
55. Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия. Официальный сайт. URL: http://www.gpma.ru/academy/fuc_pk_pp.php. (Дата обращения: 08.05.2019).
56. Сашко С.Ю., Кочорова Л.В. Медицинское право: учебн. пособ. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
57. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс: В 3 т. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008.
58. Сергеев Ю.Д. Основы медицинского права России: Учебное пособие / под. Ред. чл. корр. РАМН, профессора Ю.Д. Сергеева. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007.
59. Система медицинского образования в России. URL: <http://www.rasfd.com/index.php?productID=586> (Дата обращения: 04.05.2019).
60. Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств // Внешние причины заболеваний и смертей // Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия // www.mkb10.ru (Дата обращения 08.05.2019).
61. Соломенцева Г.П. Социология здоровья / Социологическая энциклопедия в 2-х Т. / Руководитель научного проекта Г.Ю. Семигин. М.: Мысль, 2003. Т. 2.
62. Соснин В.А. Конфликт // Российская социологическая энциклопедия / Под общ. Ред. Г.В. Осипова. М.: НОРМА-ИНФРА М, 1998.
63. Социология медицины // Социологический энциклопедический словарь. На русском, английском, немецком, французском и чешском языках. Ред.-координатор Г.В. Осипов. М.: Издательская группа

- ИНФРА М – НОРМА, 1998.
64. Социология. Основы общей теории: Учебник для вузов / Отв. ред. Г.В. Осипов, Л.Н. Москвичев. М.: Издательство НОРМА, М., 2002.
 65. Степанов Е.И. Современная конфликтология: Общие подходы к моделированию, мониторингу и менеджменту социальных конфликтов: Учебное пособие. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2006.
 66. Сулимова Т.С. Социальная работа и конструктивное разрешение конфликтов: Учеб. пособие для студентов. М.: Институт практической психологии, 1996.
 67. Цифры и факты ЕРБ ВОЗ. – Белград; Копенгаген, 2007. URL: <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0607r.pdf>. (Дата обращения: 20.11.2018).
 68. Шухатович В.Р. Социология медицины и здравоохранения // Социология: Энциклопедия / Сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелкин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный Дом, 2003.
 69. Ядов В.А. Солидарность // Социологическая энциклопедия: в 2-х Т. М.: Мысль, 2003. Т. 2.

3. Монографии, научные статьи, публикации в СМИ

70. Абдо Язбек С. Борьба с неравенством в здравоохранении. Синтез опыта и инструментов / Пер. с англ. М.: Издательство «Весь мир», 2010.
71. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Синдром эмоционального «выгорания» у медработников // Психология в медицине. М.: Кафедра - М, 1998.
72. Абузярова Н.А. Коррупционные проявления в трудовых отношениях // Журнал Российского права. 2012. № 12. С. 52 - 59.
73. Аверина О., Захаров В. Медиатор нас рассудит [Интервью с Н.А. Колоколовым] // ЭЖ-Юрист. 2010. № 32.
74. Александрова О.Ю., Лакунин К.Ю., Тимошенкова Т.В. Методические подходы к систематизации и анализу обращений граждан по поводу неудовлетворенности медицинской помощью на муниципальном уровне // Здравоохранение. 2007. № 6. С. 46 - 58.
75. Алтунина О.В. Становление социологии в Великобритании. Дисс. уч. ст. канд. соц. н. М.: ИСПИ РАН, 2003.
76. Андреева А.А. Журналистика в 2015 году. Информационный потенциал общества и ресурсы медиасистемы // Сборник материалов международной научно-практической конференции. М.: МедиаМир; Факультет журналистики МГУ имени М.В. Ломоносова, 2016.

77. Анохин А.М. Медицинская социология и проблемы человека // Вестник АМН СССР. 1980. № 4.
78. Ануров В.Н. Третьейское соглашение: Монография. М.: Проспект, 2009.
79. Ашихмин Я. Здравствуй, 37-й! Суд над врачом-гематологом из Москвы заставил говорить о новом «деле врачей» // Газета «Заголовки», Архивный выпуск 29 января 2018 // >daytheme/delovgrachey2/29Jan2018 (Дата обращения: 18.03.2018).
80. Бакштановский В. И., Согомонов Ю. В. Социология морали: нормативно-ценностные системы // Социологические исследования. 2003. № 5.
81. Бараулина Т. Моральное материнство и воспроизводство женского опыта // В поисках сексуальности: Сб. ст. / Под. ред. Е. Здравомысловой и А. Темкиной. СПб.: Дмитрий Буланин, 2002.
82. Безносков С.П. Профессиональная деформация личности. СПб.: Речь, 2004.
83. Березовская Е.П. Коммерческие диагнозы в гинекологии. URL: www.lib.komarovsky.net. (Дата обращения 08.05.2019).
84. Блинов А.Г. Правовой статус пациента и его обеспечение регулятивным и охранительным законодательством. СПб.: Алеф-Пресс, 2013.
85. Бобров О. Е. Врачебная ошибка или профессиональное невежество? Мифы, иллюзии, реальность // Лекарь. 2008. № 1 – 2. С. 6 – 12.
86. Бобров О.Е. Медицинские преступления: правда и ложь. Петрозаводск: Изд-во "ИнтелТек", 2003.
87. Богорад И.В. Больной и врач. М.: Знание, 1982.
88. Божченко А.П. Ятрогения: содержание понятия в медицине и юриспруденции // Медицинское право. 2016. № 5.
89. Бокерия Л.А. Не надо унижать врача // Известия. Электронный ресурс. URL: <https://iz.ru/news/653388> (Дата обращения: 13.05.2018).
90. Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 3. URL: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer22.php (Дата обращения: 15.04.2018).
91. Бочарников И.В. О проявлениях коррупции в здравоохранении. URL: <http://nic-pnb.ru/vnutrennie-ugrozy-nacionalnoj-bezopasnosti/o-proyavleniyax-korrupcii-v-zdravooxranenii/> (Дата обращения: 07.05.2019).
92. Бурганова Л.А., Савкина Е.Г. Теория управления Элтона Мэйо. Казань: КГТУ, 2007.
93. В России каждый третий диагноз ставится врачами неверно. URL: <http://health.rin.ru/uni/text/newpages/?146517> (Дата обращения: 18.03.2018).

- 05.06.2018).
94. В СК России состоялась коллегия по вопросам расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи. URL: www.sledcom.ru/29/09/2016. (Дата обращения 08.05.2017).
 95. Вартанова Е.Л. Постсоветские трансформации российских СМИ и журналистики / Серия: Академические монографии / 2-ое издание, испр. М.: МедиаМир, 2014.
 96. Васильев И. Правовой обычай // Медицинский вестник. 2010. № 27.
 97. Вебер М. О некоторых категориях понимающей социологии // Вебер М. Избранные произведения: Пер. с нем. / Сост., общ. Ред. И послесловие Ю.Н. Давыдова; Предисл. П.П. Гайденко. М.: Прогресс, 1990.
 98. Верховская А. И. СМИ в процессах массовизации и формировании гражданского общества. Теория и социология СМИ. Ежегодник 2010 / Сост. М.Е. Аникина. Часть 1.– М.: Факультет журналистики МГУ имени М.В. Ломоносова, 2010.
 99. Взятки: низы хотят, верхи не могут? // Интернет-журнал "Дзержинск". События в России. URL:<http://dzerzhinsk.nnov.org/sobytiya-v-rossii/2313794.html> (Дата обращения: 16.09.2018).
 100. Видоевич З., Голенкова З.Т. Социальные конфликты в трансформирующихся обществах // Социологические исследования. 1997. № 12.
 101. Винская Л.А. Особенности и тенденции развития СМИ в эпоху глобализации // В мире науки и искусства: вопросы филологии, искусствоведения и культурологии: сб. ст. по матер. VIII междунар. науч.-практ. конф. Часть II. – Новосибирск: СибАК, 2012.
 102. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 25 - 34.
 103. Внукова В.А. К вопросу о правовом регулировании оборота наркотикосодержащих лекарственных средств // Наркоконтроль. 2011. № 2. С. 26 - 28.
 104. Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях // психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: СПбГУ, 2000.
 105. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер, 2005.
 106. Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине: диссертация д-ра соц. наук. Волгоград: ГОУВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», 2008.
 107. Врачебные ошибки в РФ привели к гибели более тысячи человек в

- 2015 – 2016 гг. URL: www.interfax.ru/russia. (Дата обращения 07.05.2019).
108. Врачебные ошибки и несчастные случаи в медицинской практике. URL: <http://rudiplom.ru/lecture/sudebnaya-medicina/1829.html>. (Дата обращения 08.05.2019).
 109. Рошаль: Минздрав идет против врачей, форсируя закон о здравоохранении. URL: <https://24smi.org>leonid-roshal> (Дата обращения 09.05.2019).
 110. Вялых Н.А. Стратегии потребления медицинской помощи: социологический анализ. Ростов-на-Дону: Изд-во Южного Федерального университета, 2015.
 111. Габай П.Г. К вопросу о детерминации неосторожных преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Российский следователь. 2014. № 2.
 112. Габай П.Г. Проблемы уголовно-правового обеспечения предупреждения неосторожного причинения медицинскими работниками вреда здоровью или смерти пациентам // Российский следователь, 2013. № 6.
 113. Гадаборшев М.И., Левкевич М.М., Рудлицкая Н.В. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи. Монография. М.: ИНФРА-М, 2014.
 114. Глушков В.А. Ответственность за преступления в области здравоохранения. Киев: Высшая школа, 1987.
 115. Григорьев Ю.И., Григорьев И.Ю. Организационно-правовые проблемы повышения эффективности деятельности в сфере охраны здоровья населения // Медицинское право. 2005. № 3.
 116. Громов А.П. Врачебный долг, врачебная ответственность, врачебная тайна // Деонтология в медицине. В 2-х Т. / Под общ. Ред. Б.В. Петровского. Т 1. Общая деонтология. М.: Медицина, 1988.
 117. Гусева Н.К., Соколов В.А. Развитие здравоохранения в условиях глобализации // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки, 2009. № 3 (15).
 118. Гусейнов Р.А., Семенихина В.А. Экономическая теория. М.: Изд-во «Омега-Л», 2010.
 119. Данилова А.А. Манипулирование словом в средствах массовой информации. 3-е изд. М.: «Добросвет», Издательство КДУ, 2014.
 120. Дарендорф Р. Тропы из утопии. Работы по теории и истории социологии / Пер. с нем. Б.М. Скуратова, В.Л. Лизнекова. М.: Праксис, 2002.
 121. Дарендорф Р. Элементы теории социального конфликта // Социологические исследования. 1994. № 5.
 122. Джиджян А.Р. Социальный конфликт и общая теория его регулирования / Отв. ред., д.ф.н., проф. Р.З. Джиджян. Ереван: Изд-во

- Ноян Тапан, 2009.
123. Дмитриева Е.В. Социология здоровья: Методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002.
 124. Добринская Д.Е., Мартыненко Т.С. Перспективы российского информационного общества: уровни цифрового разрыва // Вестник РУДН. Серия: Социология. Т. 19. № 1. 2019. С. 108 – 120.
 125. Донин В.М. Государственное регулирование развития конкуренции и предпринимательства в общественном здравоохранении России // Менеджер здравоохранения. 2006. № 11.
 126. Дубин Б. В. Масс-медиа и коммуникативный мир жителей России // Вестник общественного мнения. 2009. № 3.
 127. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда // Пер. с франц. А.Б. Гофмана, примечания В.В. Сапова. М.: Канон, 1996.
 128. Ежегодно в России от врачебных ошибок умирает 50 тысяч человек - это больше, чем гибнет в ДТП. URL: <http://www.newsru.com/russia/06nov2008/mistakes.html> (Дата обращения 05.05.2019).
 129. Епифанова Е.В. Подарок, чаевые или взятка // Журнал Медицинское право. 2012. № 5. С. 28 - 36.
 130. Ерманок А.Е. Врачебные ошибки: современное состояние проблемы. URL: www.medport.com.ua/page. (Дата обращения 09.05.2019).
 131. Ерманок А.Е. Врачебные ошибки: современное состояние проблемы. URL: www.medport.com.ua/page. (Дата обращения 09.05.2019).
 132. Ефименко С.А. Социология пациента: автореф. дис. ... д-ра социол. наук. Волгоград: ВолгГМУ, 2007. URL: www.dissercat.com/content/sotsiologiya-patsienta#ixzz3OaqRrcCQ. (Дата обращения: 12.03.2019).
 133. Жарова М.Н. Моральная ответственность в профессиональной деятельности медицинских работников // ГЛАВВРАЧ. 2011. № 1.
 134. Жукова Е. А., Мещерякова Т. В. Философско-методологические аспекты биоэтической проблематики автономии пациента. Вестник ТГПУ (TSPU Bulletin). 2012. № 2 (117).
 135. Журавлев М.С. Правовое обеспечение электронного документооборота в телемедицине // Информационное право. 2017. № 4.
 136. Журавлева И.В. Здоровье населения как междисциплинарная проблема. Становление социологии здоровья // Социология в России. М.: Институт социологии РАН, 1998.
 137. Зайцева И. Медицина, которая вас разоряет. URL: http://poselenie.ucoz.ru/load/zajceva_i_medicina_kotoraja_vas_razorjaet/1-1-0-82 (Дата обращения 05.05.2019).
 138. Засурский Я.Н. Качественная пресса в медийных структурах. М.: Издательство ИКАР, 2017.

139. Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития: Доклад НИУ ВШЭ на XVIII Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества 11–14 апреля 2017 г. Москва. URL: https://www.hse.ru/data/2017/04/21/1168819633/Zdrav_2017.pdf (Дата обращения 23.08.2018).
140. Зеер Э.Ф. Психология личностно ориентированного профессионального образования. Екатеринбург: УГППУ, 2000.
141. Зеер Э.Ф. Психология профессий. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003.
142. Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э. Психология профессиональных деструкции. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2005.
143. Зенкевич С. Роковая ошибка хирурга Коломнина. URL: <http://youhood.info/index.php/novosti/746-rokovaya-oshibka-khirurga-kolomnina>. (Дата обращения 05.05.2019).
144. Зильбер А. П. Этюды медицинского права и этики М.: МЕД-пресс-информ, 2008.
145. Зражевская Т.Д., Косолапов А.В. Платные медицинские услуги в бюджетных медицинских организациях в системе гарантий конституционного права на охрану здоровья // Медицинское право. 2016. № 6.
146. Зыков В.Ф. Журналистика в 2015 году. Информационный потенциал общества и ресурсы медиасистемы. Сборник материалов международной научно-практической конференции. М.: МедиаМир; Факультет журналистики МГУ имени М.В. Ломоносова, 2016.
147. Зырянов В.А., Носкова А.В., Осипова Н.Г., Титова М.А. Национальная система образования в современной России: проблемы и перспективы в контексте реформирования и глобализации // Вестник московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2015. № 3. С. 61 – 78.
148. Из-за врачебных ошибок в РФ гибнут сотни пациентов. URL: <http://politrussia.com/society/kak-byt-s-762/> (Дата обращения 07.05.2019).
149. Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И. Социология медицины. Киев: Здоровь'я. 1981.
150. Изуткин А.М. Методологические проблемы медицинской психологии, этики и эстетики. М.: Медицина, 1968.
151. Изуткин А.М., Царегородцев Г.И. Социалистический образ жизни. М., Медицина, 1977.
152. Изуткин Д. А. Этика взаимодействия врача и пациента в различных моделях их отношений // Медицинский альманах. 2012. № 5(24).
153. Институт судебных экспертиз и криминалистики. О врачебных ошибках в США.

- URL: https://ceur.ru/library/articles/medicinskaja_jekspertiza/item196956 (Дата обращения 10.05.2019).
154. Информация и общественное мнение: От репортажа в СМИ к реальным переменам / Под ред. И. Румин; Пер. с англ. М.: Альпина Паблишер, 2018.
 155. Каждый десятый пациент становится жертвой врача. URL: www.pravda.ru/24.11.08/293106 vrach-0 (Дата обращения 07.05.2019).
 156. Как врачам избежать уголовного преследования. URL: <https://medrussia.org/12553-kak-izbezhat/> (Дата обращения: 25.04.2018).
 157. Каменева З.В. Понятие и принципы медицинской деятельности // Законодательство и экономика. 2016. № 1.
 158. Каннабих Ю.В. К профилактике одной из форм реактивной (иатрогенной) депрессии // Профилактика нервных и психических заболеваний / Ред. С.Н. Давыденко, Л.М. Розенштейн. М.: Издательство Мосздраводела, 1929.
 159. Канунникова Л.В., Сидорова Т.А. Биоэтика: от нормализации к норме // Медицинское право. 2014. № 5.
 160. Карпицкая Д. Елена Мисюрина: врачи и пациенты требуют освободить осужденного на два года гематолога. URL: <https://www.msk.kp.ru/daily/26787.5/3821120/> (Дата обращения: 25.02.2018).
 161. Качество медико-санитарной помощи: безопасность пациентов. URL: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/ru/ (Дата обращения: 06.05.2019).
 162. Кессиди Ф. Х. Глобализация и культурная идентичность // Вопросы философии. 2003. № 1.
 163. Кибкало А.П., Мохов А.А., Салямков К.Ю. Определение понятий «неблагоприятный исход» и «врачебная ошибка» в медицинской практике: социально-правовое значение // Медицинское право. 2003. № 4. С. 38 – 41.
 164. Ковалев А.Г. Конфликты в трудовом коллективе и пути их разрешения // Психологический журнал. 1983. № 4.
 165. Козер Л. Функции социального конфликта / Пер. с англ. О.А. Назаровой. М.: Идея – Пресс, Дом интеллектуальной книги, 2000.
 166. Козырев Г.И. Жертва в социально-политическом конфликте: Монография. М.: Эквilibрис-Пресс, 2008.
 167. Козырев Г.И. Основы конфликтологии. М.: ИД «Форум», ИНФРА-М, 2007.
 168. Коллинз Р. Четыре социологических традиции / Пер. с англ. В. Россмана. М.: Издательский Дом «Территория будущего», 2009.
 169. Колоколов Г.Р. Медицинские услуги: как пациенту отстоять свои интересы. М.: Омега-Л, 2009.
 170. Колоколов Г.Р. Медицинское право: Г.Р. Колоколов, Н.И. Маханько.

- М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2010.
171. Коммерческие диагнозы в гинекологии. URL: <https://www.baby.ru>. (Дата обращения 08.05.2019); 10 самых распространенных мифов в гинекологии. URL: www.woman.ru. (Дата обращения 08.05.2019).
 172. Коммерческие диагнозы: 14 советов как их избежать. URL: www.beloveshkin.com/2015/01. (Дата обращения 08.05.2019).
 173. Кондратьева И. Плата за ошибку: за неправильные действия медиков присудили рекордные компенсации. URL: <https://pravo.ru/review/view/119022>. (Дата обращения 03.01.2019).
 174. Корченков В.В. Социальное регулирование в сфере девиантного поведения. Авт. дисс. д-ра соц. наук. М., 2000.
 175. Костин А., Пономаренко Б.. Стратегия кадровой политики как основа модернизации российского здравоохранения // Государственная служба. 2015. № 4 (96).
 176. Кривонос Б.А. Почему растет число исков о врачебных ошибках? URL: <http://www.russianamericanlawyer.com/growing-number-of-lawsuits-for-medical-errors/> (Дата обращения: 01.07.2019).
 177. Крисберг Л. Мир-созидание, мир-сохранение и разрешение конфликтов // Социологические исследования. 1990. № 11. С. 29 – 30.
 178. Крупянко С.М. Клиника, диагностика, тактика и непосредственные результаты хирургической коррекции аномалии Эбштейна у детей раннего возраста. Автореф. дис... канд. мед. Наук. М., 2004.
 179. Крюкова Е. Непрерывное медицинское образование. URL: <https://radiomed.ru/forum/42496-nepreryvnoe-meditsinskoe-obrazovanie> (Дата обращения: 16.05.2019).
 180. Кузнецов А.В. Социальные взаимоотношения врачей, пациентов и СМИ в процессе медиализации: автореферат диссертации кандидата социологических наук. Волгоград, 2009.
 181. Кэмбелл А., Джиллег Г., Джонс Г. Медицинская этика: учебное пособие; пер. с англ. / под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. - 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. .
 182. Лайченкова Н.Н., Нефедова С.А. Проблемы становления института государственно-частного партнерства в системе здравоохранения Российской Федерации // Ленинградский юридический журнал. 2017. № 1.
 183. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психологические технологии управления состоянием человека. М.: Смысл, 2007.
 184. Лепяхин В.К., Астахова А.В., Овчинникова Е.А., Овчинникова Л.К. Врачебные ошибки как причина осложнений лекарственной терапии // Качественная клиническая практика. 2002. № 1. // URL: www.medi.ru/doc/9920111.htm. (Дата обращения 09.05.2019).
 185. Лисицин Ю.П., Семенова Л.П. К вопросу о медицинской социологии // Советское здравоохранение. 1983. № 6.

186. Лисицын Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф. Медицина и гуманизм. М.: Медицина, 1984.
187. Литовкина М.И. Безопасные условия реализации конституционного права на охрану здоровья // Медицинское право. 2014. № 2.
188. Ложные диагнозы / Медицина, которая Вас разоряет. URL: www.uhlib.ru/medicina/medicina_kot. (Дата обращения 08.05.2019).
189. Ложные диагнозы / Медицина, которая Вас разоряет. URL: www.uhlib.ru/medicina/medicina_kot. (Дата обращения 08.05.2019).
190. Ломакина И.Г. Гражданско-правовое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг в Российской Федерации: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. М., 2006. Библиотека юридических Law Theses: сайт. URL: <http://lawtheses.com/grazhdansko-pravovoe-regulirovanie-otnosheniy-po-okazaniyu-meditsinskih-uslug-v-rossiyskoy-federatsii> (Дата обращения: 30.12.2018).
191. Ломоносов М.В. О размножении и сохранении русского народа // Ломоносов М.В. Избранные философские произведения. М.: ГосПолиИздат, 1950.
192. Лубнин Д. 10 коммерческих диагнозов на приеме у гинеколога // www.goodhouse.ru. Коммерческие диагнозы: 14 советов как их избежать // www.beloveshkin.com/2015/01 (Дата обращения 08.05.2019).
193. Лудупова Е.Ю. Врачебные ошибки // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 2. URL: http://www.remedium.ru/public/journal/vr/2016/VR_02_2016.pdf (Дата обращения 10.05.2019).
194. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М.; Л.; Биомедгиз, 1935.
195. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977.
196. Лысенко В.М., Лысенко О.В., Зарецкий М.М., Черников Е.Э. К вопросу о ятрогенных заболеваниях // Научный вестник национального медицинского университета им. Богомольца. 2009.
197. Лядова А.В. Особенности становления социологии медицины как отрасли социологической науки // Вестник московского университета. Серия 18: социология и политология. 2019. № 1.
198. Магазаник Н.А. Врачевание и психология. М.: Изд-во Медкнига, 2007.
199. Мажаренко В.А., Приз Е.В. К вопросу о социальной защищенности врача в современной России // Медицинское право. 2011. № 2.
200. Маклюэн Г.М. Понимание Медиа: Внешние расширения человека / Пер. с англ. В. Николаева; Закл. Ст. М. Вавилова. – 4-е изд. М.: Кучково поле, 2014.
201. Малиновский Б. Научная теория культуры / Пер. с англ. И.В.Утехина.

- 2-е изд. М.: ОГИ, 2005.
202. Маляренко Е. Чайка назвал сумму ущерба от коррупционных преступлений в России. URL: <https://www.rbc.ru/society/08/12/2017/5a29de869a794745bc4639a1> (Дата обращения: 14.09.2018).
 203. Мамаева А. А. Где заканчивается информация и начинается реклама? Методы фармацевтических компаний по продвижению рецептурных препаратов // Конкуренция и право. 2015. № 4. URL: <http://www.cljournal.ru/ann2/129/?print> (Дата обращения: 06.05.2019).
 204. Манакowa И.Ю. Сущность и перспективы развития глобализационных процессов // Вестник ВГУ. Серия: Философия 2010. № 2. С. 63 - 64.
 205. Маркова А.К. Психология профессионализма. М.: Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996.
 206. Мартынов М. Ю. О предмете социологии массовой коммуникации // Социологические исследования. 2009. № 12.
 207. Матейкович М.С. Медицинская помощь, медицинские услуги и права потребителей // Судья. 2018. № 2.
 208. Махнач А.В. Компонентный анализ психического состояния человека в особых условиях деятельности // Психологический журнал. 1991. № 1.
 209. Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М: РИОР; Инфра-М, 2012.
 210. Медикализация // Гидденс Э., Саттон Ф. Основные понятия в социологии. М.: Изд. Дом Высшей школы экономики, 2018.
 211. Микиш В. Защищая Елену Мисюрину URL: <https://takiedela.ru/2018/02/zashishaya-elenu-misyurinu/> (Дата обращения: 18.03.2018).
 212. Милушин М.И. Проблемы правового регулирования рекламы лекарственных средств // Медицинское право. 2003. № 4.
 213. Минздрав озабочен числом жалоб на нарушение этики медработниками. URL: <http://ria.ru/society/20121005/766927624.html#ixzz2Y3magg5s5> (Дата обращения: 10.05.2019).
 214. Минздрав проанализирует данные Следственного комитета о количестве врачебных ошибок, приведших к смерти пациентов // Москва, 29 сентября 2016 г. РИА Федерал Пресс. URL: www.fedpress.ru/1679885 (Дата обращения 05.05.2019).
 215. Михальченко Д. В., Михальченко А. В., Жидовинов В. Н., Наумова А. В. Необходимость дополнительной подготовки врача по вопросам взаимоотношений с пациентом // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2014. № 2.

216. Михель Д. Медикализация общества: теория, история и микрополитика // Журнал исследований социальной политики. Том 7. № 3. 2009. С. 293 – 294.
217. Мокина Н. Профессиональные заболевания медицинских работников // Медицинская газета. № 97. 16.12.2011.
218. Мохов А.А. К вопросу о кодификации законодательства об охране здоровья граждан // Право и политика. 2002. № 7.
219. Мохов А.А., Мохова И.Н. Еще раз к вопросу о врачебной ошибке как медицинском и социально-правовом феномене // Юрист. 2004. № 2. С. 48 – 58.
220. Мурзанов М.М., Хасанов А.Г., Халиков А.А. Хирургические ошибки / Под ред. М.М. Мурзанова. Уфа, 2009.
221. Мыльникова И.С. Существуют ли врачебные ошибки? // Главный врач. 2012. № 1.
222. На Алтае пьяный пациент избил врача
URL:<https://www.pravda.ru/news/accidents/18-04-2017/1331098-doctor-0/> (Дата обращения: 19.08.2018).
223. Наварра И. Врачебная ошибка – что делать? // Neue Zeiten. 2017. 05 (191). URL:<http://neuezeiten.rusverlag.de> (Дата обращения 03.01.2019).
224. Накарякова М. С. Развитие платных услуг в медицине // Молодой ученый. 2017. № 20. С. 262 - 264. URL:
<https://moluch.ru/archive/154/43455/> (Дата обращения: 22.08.2018).
225. Невинная И. Министра вызывали? Шесть ответов главы Минздрава Вероники Скворцовой читателям "РГ". URL:
<https://rg.ru/2014/09/11/skvortsova.html> (Дата обращения: 06.05.2019).
226. Немецкие хирурги забыли 16 предметов в теле пациента. URL:
[vesti.ru_1008104](http://vesti.ru/1008104) (Дата обращения 09.05.2019).
227. Николаева В.В., Первичко Е.И., Загорец Т.П. Особенности отношений в диаде «врач-пациент» при соматоформных расстройствах. URL: https://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya_693/nikolaeva-pervichko-zagorets-osobennosti-16119.html (Дата обращения 15.01.2018).
228. Образование врачей за рубежом — в США, Канаде, Германии, Швеции, Италии, Израиле, Греции, Австрии, Чехии, Польше. URL:
<http://surgeryzone.net/medicina/obrazovanie-vrachej-za-rubezhom-v-ssha-kanade-germanii-shvecii-italii-izraile-grecii-avstrii-chexii-polshe.html> (Дата обращения: 27.06.2018).
229. Объем платных медицинских услуг в субъектах Российской Федерации. 2014-2017 гг. URL: http://medresearch.ru/wp-content/uploads/2018/06/SYNOPSIS_rus_med_market_regions_2018_free.pdf (Дата обращения 08.05.2019).
230. Озова Н.А. Без вины виноватые // Медицинское право. 2017. № 3.

231. Осипов Г.В. Введение в социологическую науку. М.: Наука, Вече, 2010.
232. Осипов Г.В. Россия: национальная идея. Социальные интересы и приоритеты. М.: РИЦ ИСПИ РАН, 1997.
233. Осипов Г.В. Социологическая наука в условиях становления цифровой цивилизации. СПб.: СПбГУ, 2016.
234. Осипов Г.В. Социология и общество. Социологический анализ российской смуты. М.: Норма, 2007.
235. Осипов Г.В., Коваленко Ю.П., Щипанов Н.И., Яновский Р.Г. Социология. М.: Мысль, 1990.
236. Осипова Н.Г. Западная социология в XX столетии: ключевые фигуры, направления и школы. М.: Издательство КАНОН+ РООИ «Реабилитация», 2018.
237. Осипова Н.Г. Отраслевая матрица современной социологии: кризис дивергенции // Вестник московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2013. № 2.
238. Осипова Н.Г. Социальные институты. Принципы классификации социальных институтов // Общая социологии. Основы современной социологической теории. / Под общ. Ред. Н.Г. Осиповой. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2017.
239. Осипова Н.Г. Социология, юриспруденция, здравоохранение: становление междисциплинарного категориального аппарата // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2017. Т. 18.
240. Осипова Н.Г. Структура и дисциплинарная матрица социологии // Общая социология. Основы современной социологической теории / Под общ. ред. Н.Г. Осиповой. М.: Канон + РООИ Реабилитация, 2017.
241. Осипова Н.Г., Юрченко Е.И. Средства массовой информации в современном обществе: теоретико-методологический анализ базовых подходов // Вестник московского университета: серия 18. 2010. № 1.
242. Особенности применения медиации / Под редакцией С.В. Дудникова. М.: ГБОУ «Мартит», 2014.
243. Ответственность за врачебную ошибку при лечении за рубежом. URL: <http://mednapravlenie.ru/poleznoe/otvetstvennost.html> (Дата обращения: 02.04.2019).
244. Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом // Право-мед.ру. URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/> (Дата обращения 03.01.2019).
245. Парсонс Т. Введение // Американская социология. Перспективы, проблемы, методы / Пер. с англ. В.В. Воронина и Е.В. Зиньковского. М.: Издательство «Прогресс», 1972.
246. Парсонс Т. Еще раз о стандартных переменных: ответ Роберту Дубину // Парсонс Т. О структуре социального действия. М.: Академический проект, 2000.

247. Парсонс Т. К общей теории действия. Теоретические основания социальных наук // Парсонс Т. О структуре социального действия // М.: Академический Проект, 2000.
248. Парсонс Т. Общий обзор // Американская социология. Перспективы, проблемы, методы / Пер. с англ. В.В.Воронина и Е.В. Зиньковского. М.: Издательство «Прогресс», 1972.
249. Пашутин С.Б. Специфический рынок: как продвигать рецептурные лекарства // Московские аптеки. 2004. № 9. URL: <https://www.lawmix.ru/medlaw/22658> (Дата обращения: 06.09.2018).
250. Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет, 2001.
251. Петровский Б.В. Деонтология в медицине. М.: Медицина, 1988.
252. Пиддэ А.Л. Социология и здравоохранение. Иваново. 2000.
253. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор // Психотерапия. Сборник статей под ред. Проф. К.И. Платонова. Труды государственного психоневрологического института Народного комиссариата здравоохранения УССР. Харьков: Государственное издательство Украины, 1930.
254. Платонов К.К. Структура и развитие личности. М.: Наука, 1986.
255. По данным ОНФ, каждый пятый россиянин сталкивается с проблемами при получении медпомощи по ОМС. URL: <https://onf.ru/2016/06/08/po-dannym-onf-kazhdyy-pyatyy-rossiyanin-stalkivaetsya-s-problemami-pri-poluchenii/> (Дата обращения: 22.08.2018).
256. Поздняков Э.А. Нация, национализм, национальные интересы. М.: Прогресс, 1994.
257. Полякова О.Б. Профессиональные деформации личности: понятие, структура, диагностика, особенности. М.: НОУ ВПО Московский психолого-социальный университет, 2013.
258. Полянская Е. В. Понятие «медицинская услуга» и основные подходы к её классификации // Молодой ученый. 2010. №1-2. Т. 1. С. 244 - 247. URL: <https://moluch.ru/archive/13/1179/> (Дата обращения: 25.02.2019).
259. Похабов С.С. Правовая природа договора оказания платных медицинских услуг // Гражданское право. 2007. № 3.
260. Почему в России растет число врачебных ошибок и как этому способствует страховая медицина. URL: www.novayagazeta.ru/2017/03/13. (Дата обращения 07.05.2019).
261. Радиш Я. Медична помилка: сутність, класифікація та правовий вимір // Медичне право. 2008. № 1.
262. Расходы на медицину в 2018 г. вырастут до 4,1% от ВВП // www.vadamecum.ru (Дата обращения 8. 05. 2019).

263. Ратанова Т.А., Золотарева Л.И., Шляхта Н.Ф. Методы изучения психодинамических свойств личности. М.: МГОПУ, 1997.
264. Решетников А. В. Эволюция социологии медицины // Социология медицины. 2012. № 2 (21).
265. Решетников А. В., Ефименко С.А. Социология пациента. М.: Здоровье и общество, 2008.
266. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. М.: Медицина. 2003.
267. Решетников А.В. Социология медицины. М.: Издательство «Медицина», 2010.
268. Решетников А.В. Эволюция и проблемы современной медицины // Экономика здравоохранения. 2000. №№ 5,6/45. С. 64 - 66.
269. Решетников А.В. Эволюция и проблемы современной социологии медицины. URL: <http://medi.ru/doc/8200517.htm> (Дата обращения 8.05.2019).
270. Решетникова И.В. И снова о медиации. Какой ей быть в России? // Закон. 2014. № 1.
271. Российские академики и врачи написали письмо Путину в поддержку врача Мисюриной. URL: https://tvrain.ru/news/rossijskie_akademiki_i_vrachi-457294/ (Дата обращения: 25.03.2018).
272. Саверский А.В. Защита прав пациента. Нижний Новгород: ООО «ДДТ», 2013.
273. Савинкина Л.А., Шепелова Т.С. Проблемы дефицита медицинских кадров и пути ее решения // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6.
274. Самойлов В.И. Военный институт российского общества (теоретико-методологический анализ). М.: Издательский дом «Академия», 2007.
275. Самойлов В.И. Реформирование военной организации российского общества: функциональный подход // Вестник московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2006. № 1.
276. Самые ужасные врачебные ошибки. URL: www.molomo.ru/inquiry/medical_errors.html (Дата обращения 07.05.2019).
277. Сахно А.В. Социология медицины и общественного здоровья. М.: Знание, 1984.
278. Светлов В.А. Аналитика конфликта. СПб.: Росток, 2001.
279. Седов В.М. Ятрогения. СПб.: Человек, 2010.
280. Селезнев Е.Ф., Чайцев В.Г. Медико-фармацевтические, информационно-образовательные проблемы биоэтики (окончание) // Экономический вестник фармации. 2005. № 3. URL: <https://www.lawmix.ru/med/2880> (Дата обращения: 23.07.2018).

281. Семина Т.В. Социальное управление кадровым потенциалом в медицинских организациях системы здравоохранения РФ. Дисс. ... канд. соц. наук. М.: 2011.
282. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения. 2-е изд., перераб. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2014.
283. Семке В.Я. Мне нравится передавать знания молодежи. URL: http://www.almamater.tsu.ru/show_story.phtml?nom=2507&s=4997 (Дата обращения 15.07.2018).
284. Сергеев В.В., Захаров С.О. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок // Здравоохранение Российской Федерации. 2000. № 1.
285. Сергеев Ю., Ерофеев С. Ятрогения: актуальная проблема медицины и права // Медицинская газета. 1998. 27 февраля.
286. Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащие врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
287. Сергеев Ю.Д., Трефилов А.А. Ответственность за неоказание помощи больному в уголовном праве России, Украины и Беларуси: сравнительно-правовые аспекты // Медицинское право. 2012. № 2. С. 3 - 6.
288. Середина Н.В., Шкуренок Д.А. Основы медицинской психологии. Ростов н/ Д: Феникс, 2003.
289. Силласте Г.Г. Социальная конфликтология в сфере экономики и финансов: учебное пособие. М.: КНОРУС, 2016.
290. Силуянова И. В. Избранные. О призвании врача. М.: Изд-во «Форма «Г», 2008.
291. Силуянова И.В. Патернализм и информированное согласие: проблема совместимости // Главный врач, 2006. № 3.
292. Ситников А.П., Гундарин М.В. Победа без победителей: Очерки теории прагматических коммуникаций. М., Консалтинг группа «ИМИДЖ-Контакт». 2003.
293. Ситникова А.И. Ятрогенные преступления: уголовно-правовой и процессуальные аспекты // Медицинское право. 2018. № 2.
294. Скворцова рассказала о «бесстыдно низком» уровне подготовки врачей в вузах. URL: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2012/07/09/lowlevel/> (Дата обращения: 17.05.2019).
295. Сергеев Ю.Д., Ломакина И.Г., Канунникова Л.В. Гражданско-правовая ответственность при медицинском вмешательстве (теоретические аспекты проблемы) // Медицинское право. 2005. № 4. С. 3 – 9.
296. Современные направления развития педагогической мысли и педагогика И.Е. Шварца. Материалы международной научно-практической конференции (1-2 июня 2009 г., г. Пермь). Часть I.

297. Согияйнен А.А. Правовые риски медицинской деятельности в современных условиях // Право в Вооруженных Силах. 2017. № 4.
298. Сокол А.В. Современный врач: особенности, пути оптимизации профессиональных и личностных качеств // Социология медицины. 2014 - №1(24)
299. Соколова Н. А. Профессиональный риск медицинских работников и его компенсация средствами трудового права // Современное право. 2010. № 2.
300. Сокольчик В. Н. Анализ реализации моделей взаимодействия врач-пациент Р. Витча в эпоху медиализации общества // Научные труды республиканского института высшей школы (Минск) 2016. № 15. С. 249 – 250.
301. Соловых С.Ж. Рассмотрение экономических споров третейскими судами в Российской Федерации / Под ред. Т.А. Григорьевой. М.: Юрлитинформ, 2010.
302. Соловьев В.Н. Медицина и гражданское право // Материалы конференции «Медицина, этика, религия и право». Международный университет в Москве. М., 2000.
303. Соломатина Е.Н. Современные социологические теории конфликта // Современная социология: ключевые направления и векторы развития М.: Изд-во КАНОН+ РООИ «Реабилитация», 2018.
304. Сон И.М. Национальная система управления качеством медицинской помощи в Российской. URL: http://www.mednet.ru/images/stories/files/materialy_konferencii_i_seminarov/2010/kachestvo_novosibirsk.pdf. (Дата обращения: 06.09.2019).
305. Сорокин П.А. Преступление и кара, подвиг и награда: социологический этюд об основных формах общественного поведения и морали. М.: Астрель, 2006.
306. Спенсер Г. Основания социологии // Синтетическая философия Герберта Спенсера в сокращенном изложении Говарда Коллинза. Киев: «Ника-Центр» «Вист-С», 1997. С. 291.
307. Стародубов В.И. О задачах по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения // Здравоохранение. 2005. № 3.
308. Сучков А.В. Анализ дефиниций понятия «врачебная ошибка» с целью формулирования определения «профессиональные преступления медицинских работников» // Медицинское право. 2010. № 5.
309. Сучков А.В. К вопросу о противоречивости оснований квалификации преступных деяний медицинских работников при исполнении профессиональных (должностных) обязанностей по ст. 293 УК РФ «Халатность» // Медицинское право. 2013. № 6.
310. Сырейщикова И.А. Основания возникновения правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи Текст // Юрист. 2008. №

- 11.
311. Тернер Дж. Структура социологических теорий / Пер. с англ. О.С. Гавриш, З.В. Каганова, В.Г. Осипова и др. М.: Прогресс, 1989.
312. Тикстинский К.Б., Синякова Т.В., Малышев А.И. Уголовно-правовая защита граждан от преступных посягательств, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи // Законность. 2015. № 11.
313. Тимофеев И.В. Риски оказания медицинской помощи: конституционно-правовой аспект // Конституционное и муниципальное право. 2017. № 8.
314. Тимофеев И.В., Леонтьев О.В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты. СПб.: Издательство ДНК, 2002.
315. Титмонас А. К вопросу о предмете социологии медицины // Социологические проблемы взаимодействия личности и социальных групп в условиях развитого социалистического общества. Вильнюс, 1977.
316. Требования Минздрава по объемам медпомощи не согласованы между собой и не соответствуют нуждам населения. URL: <https://onf.ru/2017/03/01/ulumbekova-trebovaniya-minzdrava-po-obemam-medpomoshchi-ne-soglasovany-mezhdu-soboy-i-ne/> (Дата обращения: 22.08.2018)
317. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России: итоги деятельности 2012-2016 гг. Неотложные меры в 2017-2018 гг. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 1. С. 8 - 22.
318. Ульфкотте У. Продажные журналисты. Любая правда за Ваши деньги / Пер. с немецкого. М.: Эксмо, 2015.
319. Уткин Э.А. Конфликтология: Теория и практика. М., 2000.
320. Участники «Форума Действий» ОНФ определили неотложные меры для эффективности управления в сфере здравоохранения. URL: <https://onf.ru/2017/12/18/uchastniki-foruma-deystviy-onf-opredelili-neotlozhnye-mery-dlya-effektivnosti-upravleniya/> (дата обращения: 13.05.2018).
321. Ушаков Е.В. Права и гарантии в системе медицинской помощи. М.: ТК Велби, КноРус, 2004.
Патернализм и информированное согласие: проблема совместимости URL: http://www.medvestnik.ru/archive/paternalizm_i_informirovanoe_soglasie_problema_sovmestimosti.html (Дата обращения: 25.12.2018).
322. Филиппов Ю.Н., Абаева О.П., Филиппов А.Ю. Проблемы высшей медицинской школы по подготовке кадров отрасли в условиях новой законодательной базы // Медицинское право. 2013. № 2.
323. Флоря В.Н. Врачебная ошибка с тяжкими последствиями и ее юридическая квалификация (сравнительно-правовой анализ).

- Медицинское право. 2014. № 6.
324. Форум Общероссийского народного фронта ОНФ «За качественную и доступную медицину!» 6-7 сентября 2015 года. URL: kremlin.ru/events/president/news/50249 (дата обращения: 27.09.2018).
 325. Фуко М. Психиатрическая власть. Курс лекций, прочитанный в Коллеж де Франс в 1973- 1974 учебном году / Пер. с франц. А.В. Шестакова. СПб.: Наука, 2007.
 326. Фуко М. Рождение социальной медицины // М. Фуко. Интеллектуалы и власть: Избранные политические статьи, выступления и интервью. М.: Праксис, 2006. Ч. 3.
 327. Хабибуллин К.Н. Медицинская социология. СПб.: СПбГУ, 2000.
 328. Харди И. Врач, сестра, больной / Пер. с венгерского М. Алекса. – 5-е изд. Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1988. С. 33 – 34.
 329. Храмцовская Н.А. Арбитражная практика: Попытка страховой компании не заплатить за медицинские услуги со ссылкой на ведение медицинских карт в электронном виде не увенчалась успехом. URL: http://rusrim.blogspot.ru/2012/10/blog-post_24.html. (Дата обращения 23.08.2018).
 330. Черкасова Т.В. Управление конфликтами молодежи как социальная проблема: Дис. ... д-ра социол. наук. М., 2004.
 331. Чуйко Л. Новости русской Германии. Немцы жалуются на врачебные ошибки. Ситуация быстро ухудшается. URL: <https://germania.one/2017/12/08/grazhdane-germanii-stali-chashhe-zhalovatsja-na-vrachebnye-oshibki/> (Дата обращения 03.01.2019).
 332. Чьи хирурги лидируют в рейтинге самых безответственных? URL: <https://estet-portal.com/statyi/chii-hirurgi-lidiruyut-v-reytinge-samyh-bezotvetstvennyh-article-4488-htm>. (дата обращения 09.05.2019).
 333. Шингарев А.И. Вымирающая деревня. Опыт санитарно-эпидемиологического исследования двух селений Воронежского уезда. 2-е изд. СПб., 1907.
 334. Эльштейн Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки // Терапевтический архив. 2005. № 8. С. 88 – 92.
 335. Энгельс Ф. Положение рабочего класса в Англии. Маркс К., Энгельс Ф. Об Англии. М., 1952
 336. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: Курс лекций. Ростов н/Д: Феникс, 2005.
 337. Ятрогения – это что такое? Виды ятрогении, причины, профилактика. URL: <http://fb.ru/article/178372/> (Дата обращения 09.05.2019.)
 338. Ятрогения: отрицательная терапия в медицине. URL: <https://ourmind.ru>. (Дата обращения 08.05.2019).
 339. Allsop J., Mulcahy L. Regulating medical work. Buckingham: Open University Press, 1996.

340. Annandale E. The malpractice crisis and the doctor-patient relationship // *Sociology of Health and Illness*. 1989. № 11 (1). P. 1 - 23.
341. Becker H., Greer B., Hughes E., Strauss A. *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago, University of Chicago Press, 1961.
342. Bercovitch J. *Social Conflict and Third Parties*. Boulder: Colorado, USA, 1984.
343. Blackwell E. *Essays in Medical Sociology*. London, 1902.
344. Bloom S. *The Word as Scalpel: A History of Medical Sociology*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
345. Bumke O. Der Arzt als Ursache seelischer Storungen // *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1925; 51 (1):3.
346. Cabe J., Bury M., Elston M.A. *Key Concepts in Medical Sociology*. London: Sage Publications Ltd, 2004.
347. Cabe J., Bury M., Elston M.A. *Key concepts in medical sociology*. London: Sage Publications Ltd, 2004.
348. Cockerham W.C, Ritchey F.J. *Dictionary of Medical Sociology*. Westport: Greenwood Press, 1997. P. 119 – 120.
349. Cockerham W.C. *Medical Sociology*. Routledge: New York and London, 14th edition, 2017.
350. Craib I. *Modern Social Theory. From Parsons to Habermas*. Second edition. Eastbourne: Antony Rowe Ltd, 1992.
351. Deutsch M. *The Resolution of Conflict*. New Haven, Gale University Press, 1973.
352. Dierendonck D.V, Schaufeli W.B., Sixma H.J. Burnout among general practitioners: A perspective from equity theory // *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1994. Vol. 13(1). P. 86 - 100.
353. Dierendonck D.V., Schaufeli W.B., Buunk B.P. Burnout and inequity among human service professionals: A longitudinal study // *Journal of Occupational Health Psychology*. 2001. Vol. 6(1). P. 43 - 52.
354. Emanuel E.J., Emanuel L.J. Four models of the physician-patient relationship // *JAMA*. 1992. Vol. 276. №16. P. 2221–2226.
355. Freeman H., Levine S., Reeder L. *Handbook of Medical Sociology*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall; 1961.
356. Freidson E. *Profession of Medicine. A Study of the Sociology Applied Knowledge*. New York, Dodd, Mead and Co, 1970.
357. Freudenberger H. J. Staff Burnout // *Journal of Social Issues*. 1974. Vol. 30 (1). P. 159 – 165.
358. Galtung J. Violence, Peace and Peace Research // *The Journal of Peace Reseach*. 1969. P. 167 – 193.
359. Goffman E.: *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. Doubleday Anchor, New York, 1961.
360. Graunt J. *Natural and Political Observations Made upon the Bills of Mortality* / Edited with an Introduction by Walter F. Willicox. Baltimore:

- Johns Hopkins Press, 1939.
361. Health systems: improving performance. The world health report 2000. – Geneva: WHO, 2000.
 362. Henderson L.J. Physician and Patient as a Social System // The New England Journal of Medicine. 1935. V. 2. № 212. P. 819 - 823.
 363. Heritage J., Maynard D.W. After 30 Years, Problems and Prospects in the Study of Doctor-Patient Interaction // Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing / eds.: B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers. Ch. 17. N. Y., 2011. P. 323 – 343.
 364. Hollingshead A., Redlich F. Social Class and Mental Illness: a Community Study. New York, John Wiley, 1958.
 365. Illich I. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. London: Calder and Boyars, 1975.
 366. Kriberg L. The Sociology of Social Conflicts. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1973.
 367. Krisberg L. Sociology of Social Conflict. New Jersey, Prentice Hall, 1973.
 368. Lane J. The Emergence and Institutionalisation of The Third Party Role in Conflict // Conflict Management and Problem Solving / D. Sandole, I. Sandole (eds.). London: Staroste, 1987.
 369. Maslach C., Jackson S. MBI: Maslach Burnout Inventory; manual research edition // Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1986.
 370. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job Burnout // Annual Review of Psychology. 2001. Vol. 52. P. 397 - 422.
 371. McIntire C. The Importance of the Study of Medical Sociology // Bulletin of the American Academy of Medicine, 1894. № 19. February. P. 425 - 434.
 372. Merton R., Reader G., Kendall P. The student physician. Cambridge, Harvard University Press, 1957.
 373. Mizrahi N., Shuval J.T., Gross S. Boundary at Work Alternative Medicine in Biometrical Setting // Sociology of Health and Illness. 2005. Vol. 27. № 1. P. 20 – 43.
 374. Neumann S. Die Oeffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum. Berlin, 1847.
 375. OECD Digital Economy Outlook 2015. OECD Publishing, Paris 2015. C. 11. URL: <http://www.oecd.org/sti/oecd-digital-economy-outlook-2015-9789264232440-en.htm>. (Дата обращения 23.08.2018).
 376. Parsons T. The Social System. New York; The Free Press, 1951.
 377. Pen J. Harmony and Conflict in Modern Society. London: McGraw – Hill Publishing Co, 1966.
 378. Ramazzini B. De Morbis Artificum Diatriba (Diseases of Workers) // American Journal of Public Health. 2001. September. V. 91 (9). P. 1380 - 1382.

379. Rosen G. The Evolution of Social Medicine // Handbook of Medical Sociology: 3-rd ed., / eds. H. Freeman, S. Levine, L. Reeder. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc., 1979.
380. Rosler D., Szewczyk H. Medizinische Psychologie. Berlin: VEB Verlag und Gesundheit, 1987.
Burisch M. A Longitudinal Study of Burnout // The Relative Importance of Dispositions versus Experiences. Work & Stress, 2002. Vol. 16. P. 1 - 17.
381. Sandole D. Introduction // Conflict Management and Problem Solving / D. Sandole, I. Sandole (eds.). London: Staroste, 1987.
382. Schaufeli W.B., Enzmann D. The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis. London: Taylor & Francis, 1998.
383. Sherman A. Continuing Issues in Management of Conflict // Conflict Management and Problem Solving / D. Sandole, I. Sandole (eds.). London: Staroste, 1987.
384. Simmel G. Conflict. Trans. Wolff K. H. Glencoe, III: The Free Press, 1955.
385. Simmel G. Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Leipzig: Dunkel & Humboldt, 1908.
386. Strinati D. Postmodernism and Popular culture // Sociology Review. 1992. April. P. 3.
387. Virchow R. Mittheilungen. Mittheilungen Über die in Oberschlesien Herrschende Typhus-Epidemie. In German. Berlin: G. Reimer, 1848.
388. Warbasse J.P. The Socialization of Medicine // Journal of American Medical Association. 1914. №.63. P. 264 - 266.
389. Weber M. Economy and Society. An Outline of Interpretative Sociology. Vol. 1. New York: Bedminster Press, 1968.

4. Научные труды автора

I. Статьи, опубликованные в ведущих научных изданиях, индексируемых в базах данных Web of Science, Scopus, RSCI, и в журналах из перечня, рекомендованного Минобрнауки РФ и утвержденного Ученым советом МГУ имени М.В. Ломоносова:

1. Семина Т. В. Приоритетные направления перспективного развития подготовки и переподготовки персонала учреждений здравоохранения РАМН // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. — 2008. — Т. 9, № 5. — С. 78–84.

2. Семина Т. В. Основные методы управления кадрами в целях повышения эффективности работы федеральных медицинских учреждений РАМН // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. — 2008. — Т. 9, № 4. — С. 91–95.
3. Семина Т. В. Роль отдела кадров в формировании новых трудовых отношений в системе здравоохранения Российской Федерации // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. — 2009. — Т. 10. № 3. — С. 59–68. 1
4. Семина Т.В. Особенности социального управления кадровым потенциалом в отрасли здравоохранения // Научное обозрение. Серия 2. Гуманитарные науки. 2011. № 3. С. 53 – 58.
5. Семина Т. В. Социологическая оценка кадров здравоохранения с целью выявления их правового и этического поведения // Научное обозрение. Серия 2 Гуманитарные науки. — 2011. — № 3. — С. 59–64.
6. Семина Т.В. Управление трудовыми ресурсами здравоохранения путем переориентации социальных норм поведения его персонала // Труд и социальные отношения. 2013. № 7. С. 3 – 6.
7. Семина Т. В. Обострение проблем медицины в части устойчивой тенденции судебных исков пациентов // Научное обозрение: Теория и практика — 2013. — № 1. — С. 106–111.
8. Семина Т.В. Концепция глобальной гуманизации медицины // Научное обозрение. Серия 2. Гуманитарные науки. 2013. № 5. С. 23 – 27.
9. Семина Т.В. Социологические аспекты дисбаланса взаимоотношений медицины и населения в современной России // Вестник Российского университета дружбы народов. 2015. Т. 15. № 3. С. 70 – 79.
10. Семина Т.В. Социальный конфликт «врач – пациент» в современном российском обществе: объективные причины и субъективные факторы // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2016. № 1. С. 84 – 106.
11. Осипова Н.Г., Семина Т.В. Идеальный тип и профессиональные деформации личности врача в условиях современного этапа глобализации // Общество: социология, психология, педагогика. 2017. № 5. С. 32-36.
12. Семина Т.В. Социальная напряженность и формы ее проявления в сфере здравоохранения. Социология. 2017. № 1. С. 79 – 82.
13. Семина Т.В., Осипова Н.Г. Профессиональное выгорание врача как результат воздействия факторов макросферы и микросферы // Теория и практика общественного развития. 2017. № 7. С. 9–14.
14. Семина Т. В. Социальные изменения личности врача в эпоху глобализации, интеграции и унификации // Общество: социология, психология, педагогика. — 2017. — № 10- С.52-55

15. Семина Т. В. Проблематика социально-правового конфликта в сфере современного здравоохранения // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. — 2017. — Т. 18, № 6. — С. 595–601.
16. Осипова Н. Г., Семина Т. В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. — 2017. — № 3. — С. 4 – 29.
17. Семина Т. В. Факторы эскалации социального конфликта медицины и населения в условиях трансформации общества // Политика и общество. — 2017. — № 10. — С. 1–9.
18. Osipova N. G., Semina T. V., Solomatina E. N. Social conflict in the modern russian society on the example of the "doctor-patient" relations // Ponte. — 2017. — Vol. 73, no. 11. — P. 295–310.
19. Семина Т. В. Социология и юриспруденция в современном здравоохранении // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. — 2018. — № 19 (1). — С. 28–36.
20. Семина Т. В. Влияние глобализации на культуру врачебного сообщества в системе здравоохранения России // Общество: социология, психология, педагогика. — 2018. — № 9. — С. 21–25.
21. Осипова Н.Г., Семина Т.В., Новоселова Е.Н. Доверие врачебному сообществу: резерв для сохранения и улучшения здоровья населения России // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. — 2019. — № 5. С. 394-401

II. Статьи, опубликованные в журналах из перечня, рекомендованного Минобрнауки РФ

22. Семина Т. В. Положение о порядке обработки персональных данных работников и гарантии их защиты // Кадровик. — 2009. — № 1. — С. 65–72.
23. Семина Т. В. Новый подход // Охрана труда и социальное страхование. — 2009. — № 6. — С. 16–20.
24. Семина Т. В. Факторы, способные повлиять на личность медицинского работника и их социальная значимость в обществе // Казанская наука. — 2011. — № 8. — С. 352–356.
25. Семина Т. В. Социальные проблемы кадрового потенциала в современном социуме // Перспективы науки. — 2013. — № 8. — С. 76–78.
26. Семина Т. В. Социальные взаимоотношения современного общества и медицины // European Social Science Journal

- (Европейский журнал социальных наук). — 2013. — Т. 1, № 9. — С. 291–294.
27. Семина Т. В. Причины снижения социального статуса врача в современной России // Глобальный научный потенциал (Научно-практический журнал). — 2013. — № 4 (25). — С. 24–26.
 28. Семина Т. В. Концепция конструктивного влияния на социальный конфликт медицины и общества // Глобальный научный потенциал (Научно-практический журнал). — 2013. — № 12(33). — С. 56–59..
 29. Семина Т. В. Современные тенденции развития социологии медицины // European Social Science Journal (Европейский журнал социальных наук). — 2014. — Т. 1, № 1. — С. 242–245.
 30. Семина Т. В. Концепция социального статуса и социальной роли врача в России // Глобальный научный потенциал (Научно-практический журнал). — 2015. — № 8. С. 54-56
 31. Семина Т. В. Детерминанты конфликта медицины и общества в современном социуме // European Social Science Journal (Европейский журнал социальных наук). — 2015. — № 4. — С. 232–238.
 32. Семина Т. В. Влияние средств массовой информации (СМИ) на сферу здравоохранения // Казанская наука. — 2015. — № 7. — С. 168–171.
 33. Семина Т. В. Понятие риска в профессии врача сердечно-сосудистого хирурга // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2016. — № 3. — С. 166–170.
 34. Семина Т. В. Гражданский процесс: судебная практика по медицинским делам // Вестник Российского нового университета. Серия "Человек и общество". — 2019. — № 1. — С. 177–183.

III. Монографии

35. Семина Т. В. Социально-юридический конфликт пациента и врача в обществе. — НЦССХ им. А.Н. Бакулева НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2015. 236 с.
36. Семина Т. В. Социология труда врача в эпоху глобализации. — ФГБУ "НЦССХ им. А.Н. Бакулева", 2015. 240 с.
37. Семина Т. В. Дефекты медицинской помощи: сущность и социальные последствия // Современная социология: ключевые направления и векторы развития/ под общей редакцией профессора Н.Г. Осиповой. — Канон+ РООИ "Реабилитация" Москва, 2018. С. 269 – 309.

IV. Публикации в других научных изданиях или сборниках:

38. Семина Т. В., Бурцева Е. М. Кадровая политика учреждения здравоохранения и высшее сестринское образование // Главная медицинская сестра. — 2003. — № 4. — С. 59–61.
39. Семина Т. В. Здравоохранение: нужен прорыв в управлении персоналом // Служба кадров. — 2008. — № 10. — С. 31–34.
40. Семина Т. В. Возникновение конфликтов и способы их разрешения // Служба кадров. — 2008. — № 12. — С. 42–44..
41. Семина Т. В. С помощью модульного социотеста // Служба кадров. — 2009. — № 6. — С. 22–25.
42. Семина Т. В. Реформирование оплаты труда в учреждениях здравоохранения // Служба кадров. — 2009. — № 5. — С. 119–122.
43. Семина Т. В. Контроль дисциплины: точность и объективность // Служба кадров. — 2009. — № 9. — С. 32–34.
44. Семина Т. В. И врачу нужна помощь // Служба кадров. — 2009. — № 12. — С. 41–44.
45. Семина Т. В. Эту задачу ставит само время // Служба кадров. — 2010. — № 2. — С. 29–31.
46. Семина Т. В. Об этике общения и имидже // Служба кадров. — 2010. — № 8. — С. 53–57.
47. Семина Т. В. О внутреннем и внешнем аудите // Служба кадров. — 2010. — № 6. — С. 23–25.
48. Семина Т. В. Нематериальное стимулирование по-прежнему актуально // Служба кадров. — 2010. — № 4. — С. 25–27.
49. Семина Т. В. Как медикам стать юридически грамотными // Служба кадров. — 2010. — № 11. — С. 69–71.
50. Семина Т. В. Здоровье населения и развитие социологии медицины // Индустрия здоровья: Всероссийская конференция молодых ученых в рамках Международного Медицинского форума НЦССХ им. А. Н. Бакулева. Москва, 18 мая 2010 год. — НЦССХ им. А.Н. Бакулева Москва, 2010. — С. 100.
51. Семина Т. В. Особенности конфликта врача и пациента в современном обществе // XV международная школа по телемедицине НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. Москва. 28 мая 2010 год. — НЦССХ им. А.Н. Бакулева Москва, 2010. — С. 129.
52. Семина Т. В. Судебная практика. Трудовой спор и истечение срока давности // Служба кадров. — 2011. — № 3. — С. 114–118.
53. Семина Т. В. Как разрешить конфликт интересов? // Служба кадров. — 2011. — № 5. — С. 27–29.
54. Семина Т. В. Инновационные методы управления // Служба кадров. — 2011. — № 8. — С. 31–33.
55. Семина Т.В. Нормативно-правовое обеспечение информатизации в организациях здравоохранения / XVII Всероссийский съезд

- сердечно-сосудистых хирургов. Москва, 27-30 ноября 2011 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. Приложение. Т. 12. № 6. Ноябрь – декабрь 2011. С. 274.
56. Семина Т. В. Знания правовых норм регулирующих профессиональную деятельность медицинских работников // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Приложение. Семнадцатый Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов, Москва, 27-30 ноября 2011 год. — Т. 12 из №6. — НЦССХ им. А.Н. Бакулева Москва НЦССХ им. А.Н. Бакулева Москва, 2011. — С. 281–281.
 57. Семина Т. В., Пронин Э. А. Социальные проблемы взаимоотношений врача и пациента в современном социуме // Вестник МГУПИ. — 2012. — № 42. — С. 53–59.
 58. Семина Т. В. Медицина: сложности применения дисциплинарных взысканий // Служба кадров. — 2012. — № 9. — С. 36–39.
 59. Семина Т. В. Здравоохранение: аттестация рабочих мест // Служба кадров. — 2012. — № 12. — С. 116–120.
 60. Семина Т. В. Врач, научись сам! // Служба кадров. — 2012. — № 6. — С. 65–68.
 61. Семина Т. В. Управленческий процесс и индивидуализация профессиональной личности медицинских кадров // Вестник МГУПИ. — 2013. — № 44. — С. 23–25.
 62. Семина Т. В. Профессионал и личность врача // Служба кадров. — 2013. — № 3. — С. 70–72.
 63. Семина Т. В. Парадигма социального развития этики и деонтологии в сфере здравоохранения // Вестник развития науки и образования. — 2013. — № 4. — С. 266–270.
 64. Семина Т. В., Золотарев Н. Ю. Гражданско-правовая ответственность в медицине // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Приложение. Двенадцатый Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов, Москва, 24-27 ноября 2013 год. — Т. 14 из № 6. — НЦССХ им. А.Н. Бакулева Москва, 2013. — С. 271–271.
 65. Семина Т. В., Милиевская Е. Б. Этика и деонтология в сестринской деятельности // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Приложение. Двенадцатый Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов, Москва, 24-27 ноября 2013 год. — Т. 14 из № 6. — НЦССХ им. А.Н. Бакулева Москва, 2013. — С. 264–264.
 66. Семина Т. В., Золотарев Н. Ю. Правовые проблемы при оказании медицинской помощи // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — Т. 14 из №6. — НЦССХ им. А.Н. Бакулева Москва, 2013. — С. 271–271.

67. Семина Т. В. Особенности профессиональной ответственности врача в современной России // Приволжский научный вестник. — 2013. — № 2 (18). — С. 105–108.
68. Семина Т.В. Этика и деонтология сестринской деятельности / XIX Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. Москва, 27-30 ноября 2013 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. Приложение. Т. 14. № 6. Ноябрь – декабрь 2013. С. 264.
69. Семина Т.В. Теоретический анализ юридической ответственности медсестры / XVII Ежегодная сессия Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с Всероссийской конференцией молодых ученых. Москва 19 – 21 мая 2013 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. Т. 14. № 3. Май – июнь 2013. С. 159.
70. Семина Т. В. Медику помогает социология // Служба кадров. — 2014. — № 3. — С. 41–43.
71. Семина Т.В. Судебные иски пациентов / XX Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. Москва, 23-26 ноября 2014 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. Приложение. Т. 15. № 6. Ноябрь – декабрь 2014. С. 298.
72. Семина Т.В., Елисеев М.Б. Факторы внешней среды по возникновению конфликта в медицине / XX Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. Москва, 23-26 ноября 2014 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. Приложение. Т. 15. № 6. Ноябрь – декабрь 2014. С. 302.
73. Семина Т. В. Обоснованный риск в профессиональной деятельности врача // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — Т. 16 из № 6. — НЦССХ им. А.Н. Бакулева. Москва, 2015. — С. 264..
74. Семина Т. В. Причины социальных конфликтов в современном здравоохранении // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — Т. 16 из № 6. — НЦССХ им. А.Н. Бакулева Москва Москва, 2015. — С. 264.
75. Крупянко С.М., Бокерия Л.А., Милиевская Е.Б., Семина Т.В., Манерова О.А. Штатные нормативы реабилитационного центра для детей с врожденными пороками сердца / XIX Ежегодная сессия Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с Всероссийской конференцией молодых ученых. Москва 18 – 20 мая 2015 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. Т. 16. № 3. Май – июнь 2015. С. 170.

76. Семина Т.В. Анализ судебных исков по «врачебным ошибкам» в современном здравоохранении XXII Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. Москва, 27-30 ноября 2016 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. Приложение. Т. 17. № 6. Ноябрь – декабрь 2016. С. 258.
77. Семина Т.В. Парадигма взаимоотношений врача и пациента // «Безопасность и этические аспекты деятельности медицинских работников. Правовое обеспечение» по информационно-библиографическим ресурсам Управления библиотечных фондов (Парламентской библиотеки). М.: Библиодосье, 2016. С. 12 – 16.
78. Семина Т.В. Обоснованный риск в профессии врача / Организационно-правовое регулирование безопасности жизнедеятельности в современном мире // Сборник материалов научно-практической конференции. 18 – 20 мая 2016 г. СПб., 2016. С. 184 – 187.
79. Семина Т.В. Социология конфликта медицины и общества / Сб. материалов X Международной научной конференции «Сорокинские чтения» «Здоровье российского общества в XXI веке: социологические, психологические и медицинские аспекты». Москва. 17 – 18 февраля 2016 г. М.: Издательство Московского университета, 2016. С. 179 – 181.
80. Семина Т.В. Парадигма конфликтологии в сфере здравоохранения в условиях культурно-нравственных трансформаций / Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова. Научная конференция Ломоносовские чтения. Апрель 2016. Программа. Секция социология.
81. Семина Т.В. Тенденции современного здравоохранения: выгорание врача сердечно-сосудистого хирурга / XXII Ежегодная сессия Национального научно-практического центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с Всероссийской конференцией молодых ученых. Москва 21 – 23 мая 2017 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. Т. 18. № 3. Май – июнь 2017. С. 178.
82. Семина Т. В., Осипова Н. Г. Защита чести и достоинства врача // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — Т. 18. — НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева Москва Москва, 2017. — С. 247. **0,12 п/л.**
83. Семина Т. В. Современные тенденции междисциплинарного образования в сфере здравоохранения // XI Международная научная конференция Сорокинские чтения: Университет в глобальном мире: новый статус и миссия. Электронное издание. — Издательство Московского университета Москва, 2017. — С. 502–504.

84. Семина Т. В. Тенденции современного здравоохранения: выгорание врача сердечно-сосудистого хирурга // Бюллетень НЦССХ им. Бакулева "Сердечно-сосудистые заболевания". — Т. 18 из 3. — ФГБУ "ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева" г. Москва, 2017. — С. 178.
85. Бокерия Л. А., Семина Т. В. Правовые вопросы в здравоохранении: проблемы и решения // Новости сердечно-сосудистой хирургии. — 2017. — № 1 (3-4). — С. 117–122.
86. Семина Т. В. Конфликты в медицине: судебная практика // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — Т. 18 из 6. — НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева Москва Москва, 2017. — С. 244.
87. Семина Т.В., Муслов Б.В. Социально-значимый проект «Центр медико-правовой поддержки медицинских работников»: цели и задачи / XXII Ежегодная сессия Национального научно-практического центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с Всероссийской конференцией молодых ученых. Москва 21 – 23 мая 2017 г. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. Т. 18. № 3. Май – июнь 2017. С. 183.
88. Семина Т.В. Современные тенденции междисциплинарного образования в сфере здравоохранения Сб. материалов XI Международной научной конференции «Сорокинские чтения» «Университет в глобальном мире: новый статус и миссия». Москва. 21 – 22 февраля 2017 г. М.: МАКС Пресс, 2017. С. 502 – 503.
89. Стрелков А. А., Семина Т. В. Проблемы социально-юридического конфликта в здравоохранении и пути их решения // Мир криминалистики. — 2018. — № 1. — С. 43–48.
90. Семина Т. В. Повышение квалификации врачебного сообщества по медицинскому праву, социологии и философии // Новости сердечно-сосудистой хирургии. — 2018. — № 3. — С. 208–209.
91. Семина Т. В. Социальная несправедливость в сфере здравоохранения // XII Международная научная конференция "Сорокинские чтения" "социальная несправедливость в социологическом измерении: вызовы современного мира". — МАКС Пресс Москва, 2018. — С. 105–107.
92. Семина Т. В. Глобальный образ жизни общества: основные концепции динамики культуры в сфере здравоохранения // Актуальные проблемы информационного общества в науковедении, культуре, образовании, экономике. — ИИЦ "АТиСО" Москва, 2018. — С. 298–301.
93. Семина Т. В. Проблемы развития междисциплинарной интеграции современного здравоохранения: медицинское право, этика и

- деонтология // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — Т. 19. — НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева. Москва, 2018. — С. 268.
94. Семина Т. В. Проблемы конституционно-правовой защиты врачебного сообщества в современной России // Сборнике статей Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием) Конституционно-правовые механизмы защиты прав человека и гражданина в России и мире. — Москва, 2018.
 95. Семина Т. В., Чеботарь Е. А. Медицинская активность населения как фактор здоровьесберегающего поведения // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — Т. 19. — НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева Москва, 2018. — С. 267–267.
 96. Семина Т. В. СМИ и медицина: Проблемы реализации правовой защиты престижа профессии врача в современной России // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — Т. 6. — НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева Москва Москва, 2019. С. 174.
 97. Семина Т. В., Проблематика по защите чести и достоинства врачебного сообщества // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — Т. 6. — НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева. Москва, 2019. С. 174.
 98. Пронин Э. А., Семина Т. В. Проблемы гуманизации медицины в эпоху глобализации // Диалог культур и вызовы современной эпохи: Материалы Бакинского форума, посвященного памяти Гейдара Алиева / под общ. ред. Н.М.Мамедова, А.Н.Чумакова; отв. ред. А.А. Гезалов, И.Р. Мамед-заде. — М.: Канон+ РООИ Реабилитация, 2019. С. 499–504.

ПРИЛОЖЕНИЯ

к диссертации Семиной Т.В. «Солидарность и конфликт в социальной системе
«врач – пациент» в современном российском обществе»

ОГЛАВЛЕНИЕ

Приложение 1	452
Приложение 2	486
Приложение 3	581
Приложение 4	593
Приложение 5	610
Приложение 6	618
Приложение 7	622
Приложение 8	624
Приложение 9	628
Приложение 10	630
Приложение 11	634
Приложение 12	637
Приложение 13	630
Приложение 14	645
Приложение 15	651
Приложение 16	657

Приложение № 1

Социологическое исследование (социологический мониторинг), проведенное с 2013 по 2017 г.г.

Социологический мониторинг проводился на регулярной основе под руководством автора в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, в состав которого входят четыре организации: Института кардиохирургии им. В.И. Бураковского, Института коронарной и сосудистой хирургии, Реабилитационного Центра для детей с пороками сердца, Института подготовки кадров высшей квалификации и профессионального образования. В мониторинге, который проводился методом анкетного опроса с 2013 по 2017 гг. приняли участие 1793 медицинских работника, в том числе: 298 врачей-специалистов; 425 врачей-ученых; 185 врачей-ординаторов; 113 врачей-аспирантов; 772 медицинских работника среднего звена. В мониторинге также приняли участие 9220 пациентов со всей территории России, в том числе 3150 пациентов стационарного лечения; 5150 пациентов поликлинических услуг; 920 опекунов несовершеннолетних пациентов.

Методика социологического мониторинга включала блоки вопросов, направленных на:

- изучение мнения врача о факторах внешней и внутренней среды, влияющих на социальный конфликт в системе «врач-пациент»;
- установление причин девальвации социального статуса врача в современном обществе;
- анализ тенденции снижения общей культуры и нравственности в обществе и ее влияния на социальный конфликт в системе «врач – пациент»;

- исследование мотивации врача-ординатора, врача-аспиранта при выборе профессии врача и оказании медицинской помощи;
- исследование статуса профессора медицины в медицинском сообществе и в обществе в целом;
- исследование направленности изменений этики и деонтологии врачебной деятельности с точки зрения врача и пациента.

Таблица 1.

Социологическое исследование в 2013-2017 гг.									
врачей – научных сотрудников, врачей – специалистов по возрастным характеристикам									
№		Всего	Муж.	Жен.	до 29 лет	30-39 года	40-49 года	50-59 года	60-69 лет
1.	Главные научные Сотрудники	97	68	29	-	9	22	27	39
	докт.наук, в т.ч.	76	48	28	-	3	15	25	33
	профессора	35	27	8	-	-	5	11	19
	канд.наук	21	20	1	-	6	7	2	6
2.	Ведущие научные Сотрудники	46	26	20	-	3	12	13	18
	докт.наук,вт.ч.	21	15	6	-	-	7	5	9
	профессора	1	-	1	-	-	-	-	1
	канд.наук	25	11	14	-	3	5	8	9
3.	Старшие науч.сотр.	67	16	51	-	19	26	8	14
	докт.наук,вт.ч.	9	2	7	-	1	7	1	-
	профессора	-	-	-	-	-	-	-	-
	канд. наук	58	14	44	-	18	19		14
4.	Научные сотрудники	75	36	39	4	44	19	5	3
	докт.наук	1	-	1	-	1	-	-	-
	канд.наук	74	36	38	4	43	19	5	3
5.	Младшие науч.сотр.	140	73	67	31	82	23	4	-
	канд.наук	140	73	67	31	82	23	4	-
6.	Врач-специалист	298	105	193	21	86	114	57	20
	Врач высшей категории	26	-	26	-	2	18	2	4
	Врач первой категории	7	1	6	-	5	2	-	-
	Врач второй категории	4	1	3	-	4	-	-	-
	ИТОГО:	723	324	399	56	243	216	114	94

Рис. 1.

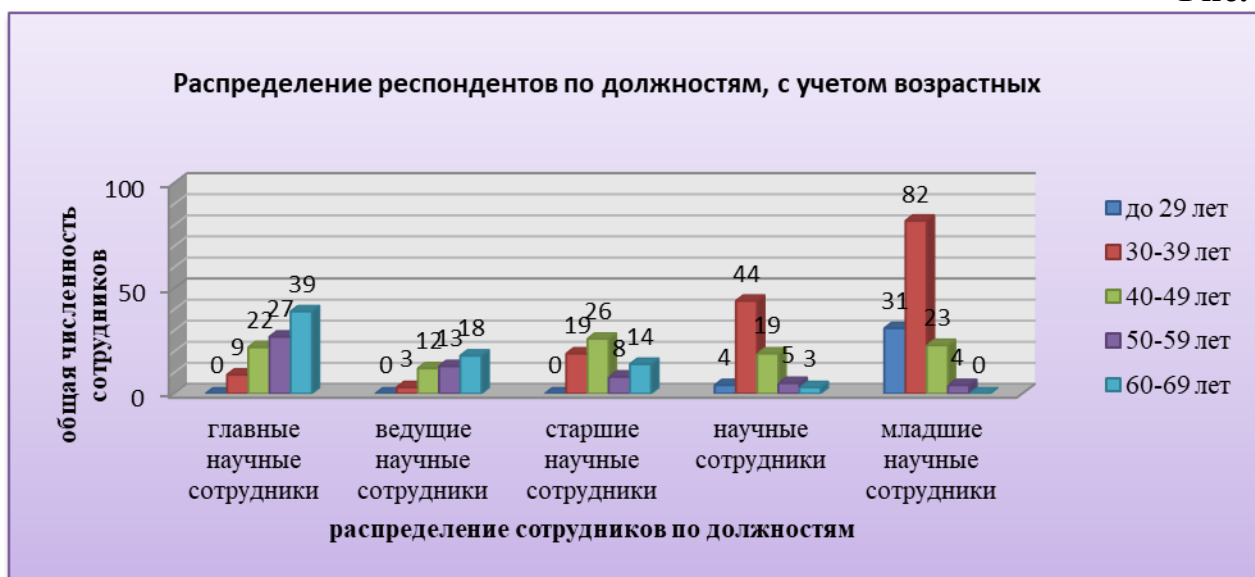


Рис. 2.

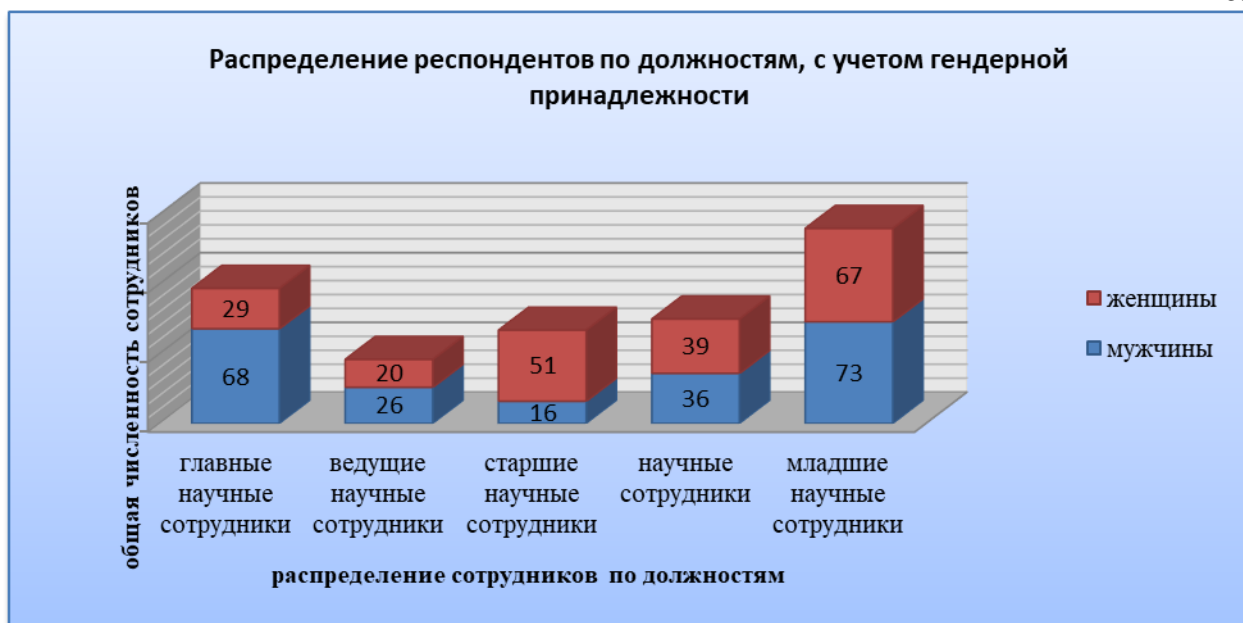


Таблица 2

Влияние на мировоззрение в правильном выборе профессии врача по возрастным группам.						
Вопрос: Стратификация общества (расслоение, неравенство социального положения) влияние на мировоззрение врача?						
Вариант ответа:	Возраст, лет					Итого:
	до 29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет.	60-69 лет	Чел./%
испытываю статус социальной несовместимости	6	104	114	93	91	408 56,4%
испытываю разочарование в профессии	28	73	55	17	2	175 24,2%
не влияет	22	66	47	4	1	140 19,4%

Рис. 3.

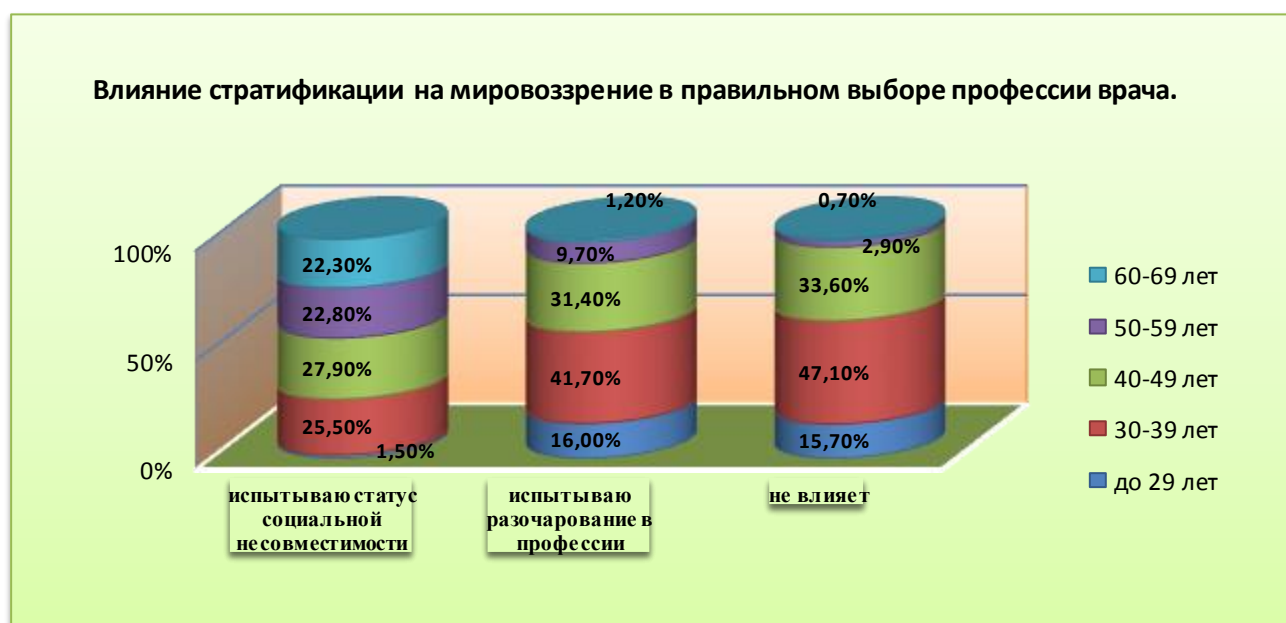


Таблица 3.

Социальное неравенство и влияние его на конфликт пациента и врача						
Вопрос: Стратификация общества (расслоение, неравенство социального положения) влияние на конфликт пациента и врача?						
Варианты ответа:	Возраст, лет					Итого: Чел./%
	до 29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	
богатый пациент требует невозможного	18	100	63	24	9	214
несостоятельный пациент раздражителен, чувствуя неравные жизненные шансы	36	137	139	82	75	469
не влияет	2	6	14	8	10	40

Рис. 4.

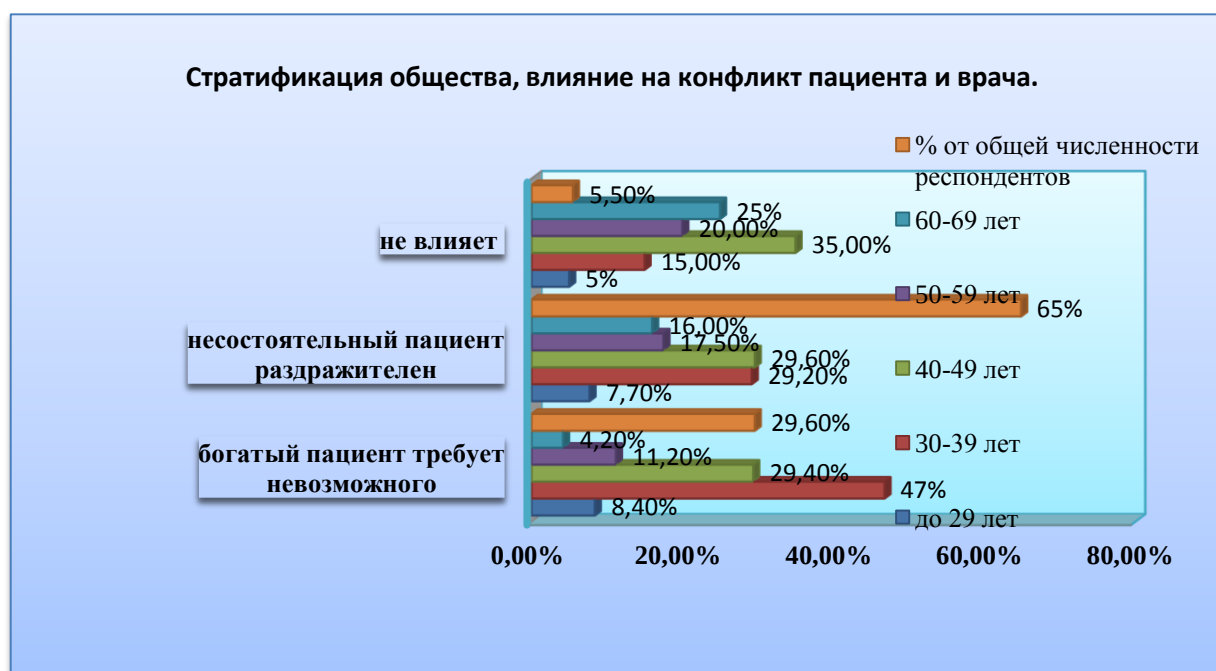


Таблица 4.

Влияние глобализации на конфликт пациента и врача в обществе.						
Вопрос: По Вашему мнению, глобализация в современном обществе влияет на конфликт «врач-пациент»?						
Вариант ответа:	Возраст, лет					Итого: Чел./%
	До 29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	
влияет на культурно-нравственные отношения	21 4,7%	111 25%	138 31%	97 21,8%	78 17,5%	445
развивает безразличие друг к другу	11 6,2%	80 44,9%	56 31,5%	15 8,4%	16 9%	
не влияет	24 24%	52 52%	22 22%	2 2%	-	100

Рис. 5.

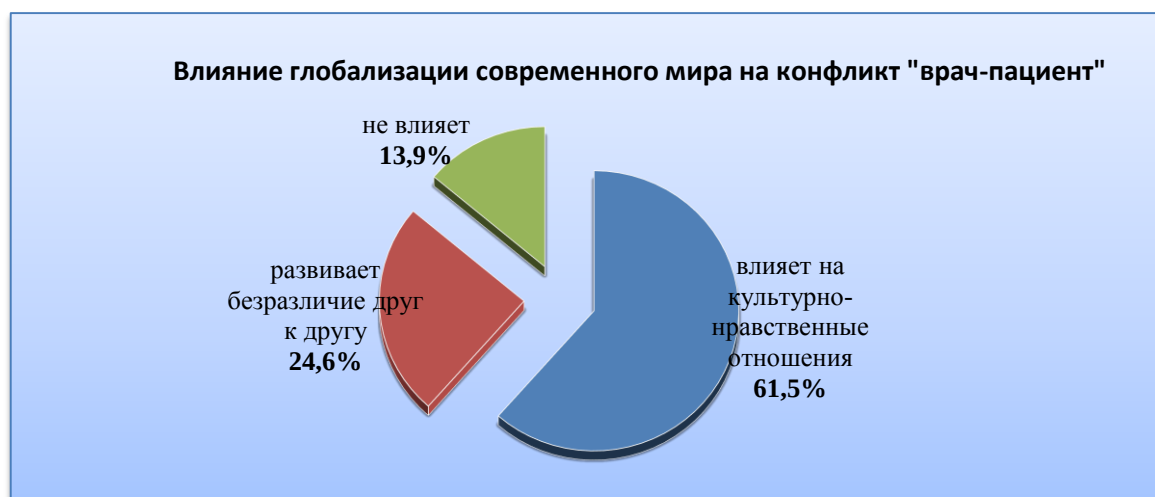


Таблица 5.

Влияние источников СМИ на конфликт «врач-пациент»						
Вопрос: По Вашему мнению, источники СМИ, сеть «Интернет», популярные телепередачи, разбирая неудачные случаи лечения, негативно влияют на общественное мнение и на конфликт «врач-пациент»?						
Варианты ответов:	Возраст, лет					Итого:
	до 29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Чел./%
негативно влияют на врача, теряется удовлетворенность профессией	16	116	140	70	54	396 54,8%
негативно влияют на пациента, теряется вера во врача	18	72	61	38	38	227 31,4%
не влияют	22	55	15	6	2	100 13,8%

Рис. 6.

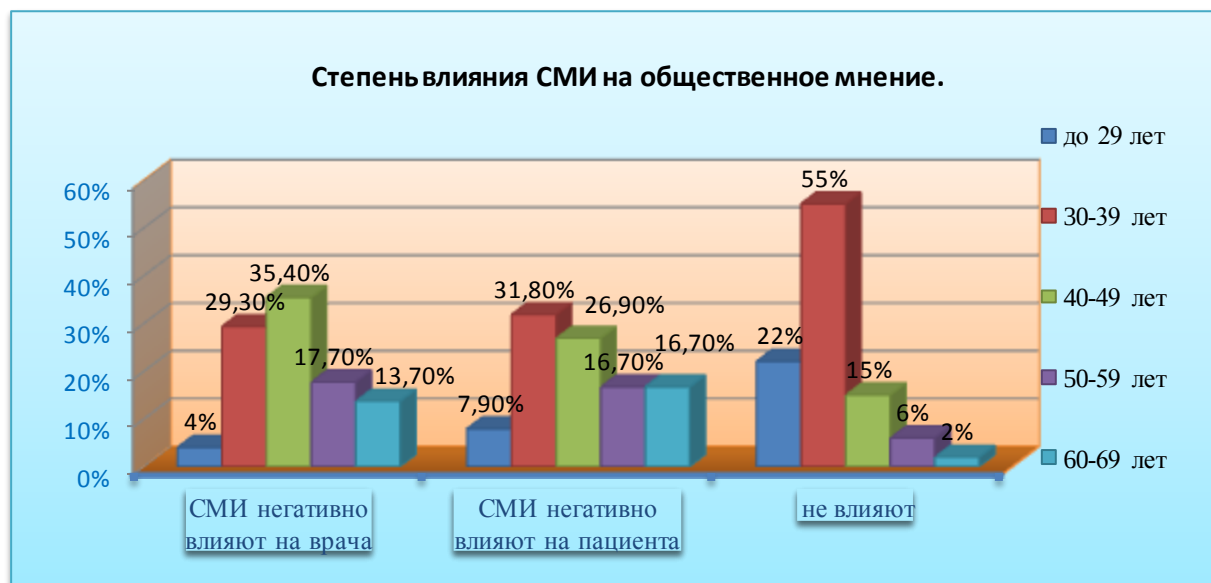


Таблица 6.

Влияние на сознание пациента псевдонаучных материалов о лечении заболеваний по мнению врача						
Вопрос: Считаете ли ВЫ, что реклама через СМИ, интернет, публицистических псевдонаучных материалов о лечении заболеваний, оказывает влияние на пациента?						
Варианты ответов:	Возраст, лет					Итого: Чел./%
	до 29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	
отрицательное влияние, пациент занимается самолечением	11 2,5%	110 25,2%	143 32,8%	94 21,6%	78 17,9%	436
пациент игнорирует назначения врача, считает, что он обладает медицинскими познаниями, и это порождает конфликт интересов	42 15,5%	126 46,6%	69 25,6%	18 6,7%	15 5,6%	270
не оказывает влияния	3 17,6%	7 41,1%	4 23,6%	2 11,8%	1 5,9%	17

Рис. 7.



Таблица 7.

Результаты анализа причин эмоционального выгорания у врача	
Вопрос: По Вашему мнению, что в большей степени вызывает у Вас эмоциональное выгорание?	
Варианты ответов:	Кол-во ответов респондентов
Страх смерти пациента	591
Общение с тяжелобольными пациентами	27
Пациент «сутяжная личность»	105

Рис. 8.

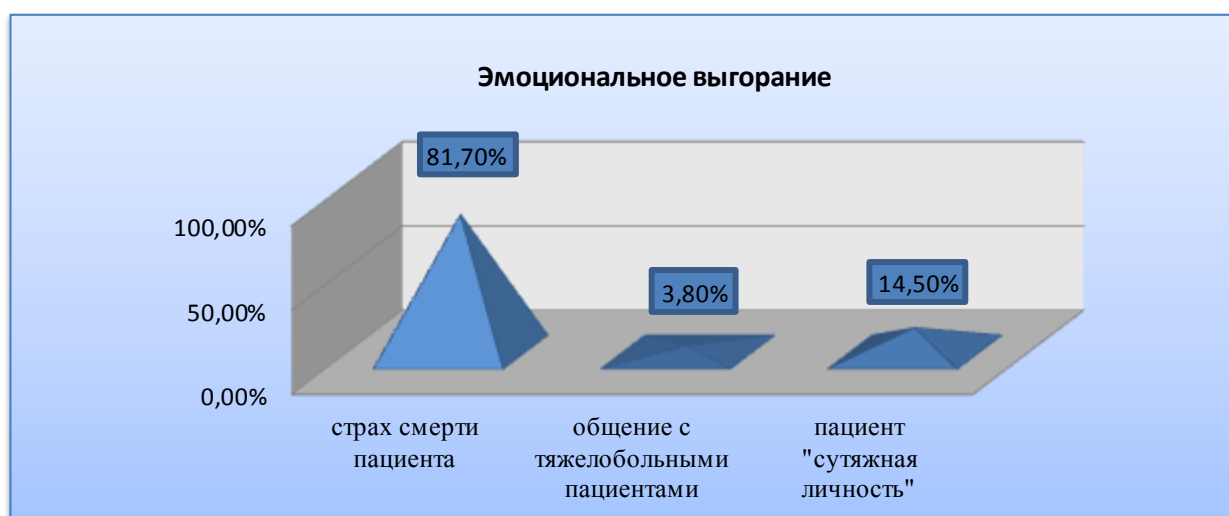


Таблица 8.

Сравнительный анализ эмоционального выгорания по возрастным группам					
Вопрос: По Вашему мнению, что в большей степени вызывает у Вас эмоциональное выгорание?					
Общая численность респондентов, соответствующих возрастным групп, принявших участие в социальном опросе	56 чел.	243 чел.	216 чел.	114 чел.	94 чел.
возраст	до 29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет
причины стресса					
Страх смерти пациента	50	221	170	92	58
Общение с тяжелобольными пациентами	4	15	4	1	3
Пациент «судящая личность»	2	7	42	21	33

Рис. 9.

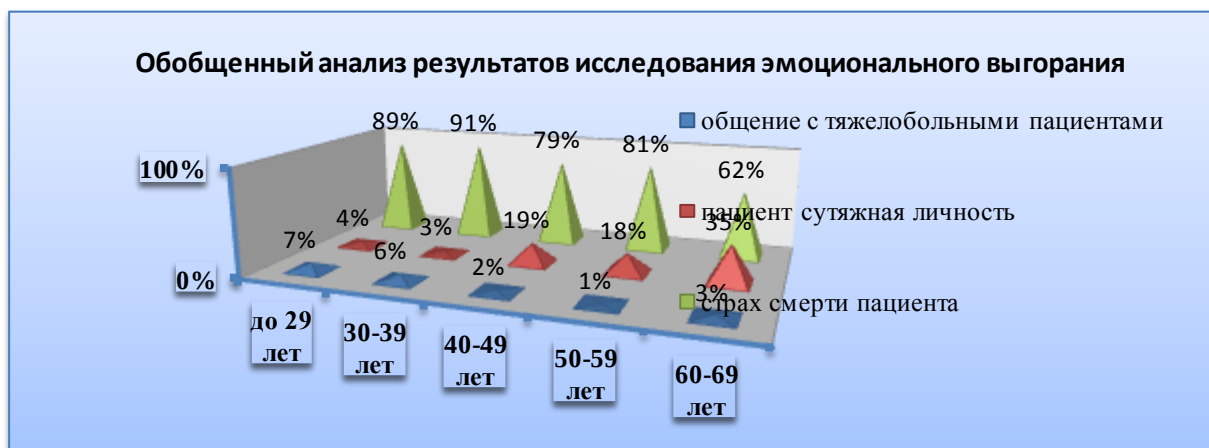


Таблица 9.

Сводная таблица причин вызывающих профессиональный стресс у врача	
Вопрос: Что в большей степени вызывает стресс у врача?	
Варианты ответов:	Кол-во ответов респондентов
Риск профессии	186 чел./ 25,8%
Риск заразиться от пациента инфекционными заболеваниями	447 чел./ 61,8%
Жалобы пациентов, Судебные разбирательства	90 чел./ 12,4%

Таблица 10.

Распределение соопроса по возрастным группам					
Вопрос: Что в большей степени вызывает стресс у врача?					
Общая численность респондентов, соответствующих возрастным групп, принявших участие в соопросе	56 чел.	243 чел.	216 чел.	114 чел.	94 чел.
возраст	до 29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет
причины стресса					
Риск профессии	4	61	58	38	25
Риск заразиться от пациента инфекционными заболеваниями	50	173	127	67	30
Жалобы пациентов, Судебные разбирательства	2	9	31	9	39

Рис. 10.

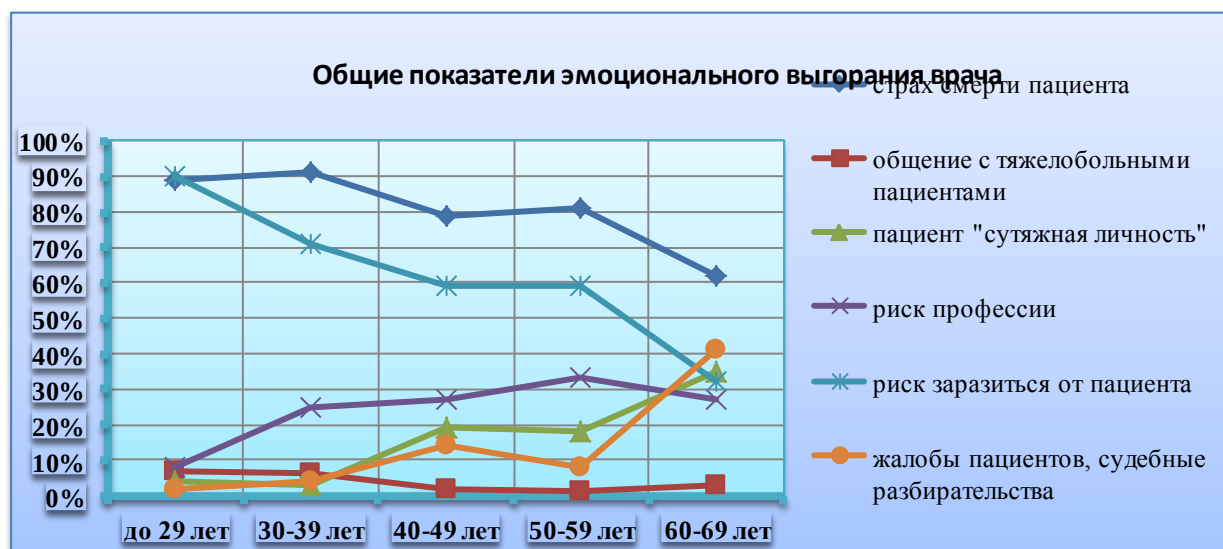


Таблица 11.

Распределение респондентов по профессиональным группам.				
Врач-научный сотрудник	Врач-специалист	Врач-ординатор	Врач-аспирант	Средний медицинский персонал
425	298	185	113	772
Итого:	1793 чел.			

Таблица 12.

Распределение респондентов по ученым званиям и ученым степеням				
Академик	член.корр	профессор	ДМН	КМН
5	1	36	107	163
Итого:	312 чел.			

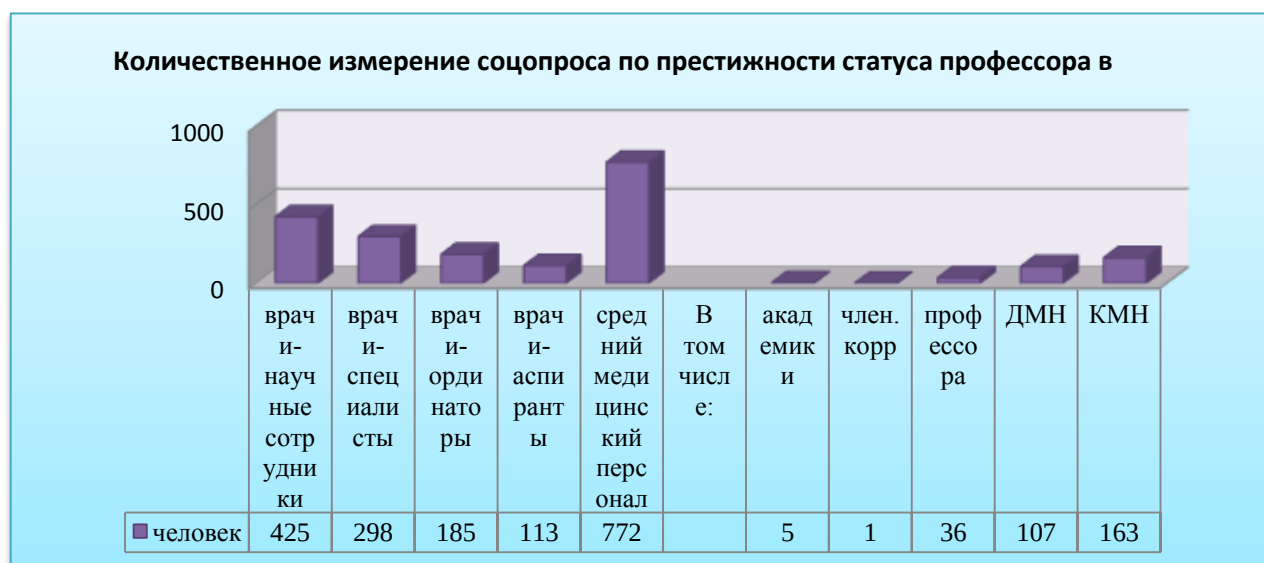
Рис. 11.

Таблица 13.

Причины снижения статуса врача в обществе по мнению врачей- ученых, врачей специалистов, ординаторов и аспирантов						
По Вашему мнению, что послужило снижению статуса врача в обществе?	должность, чел.					Итого:
	Врач-научный сотрудник (425 чел.)	Врач-специалист (298 чел.)	Врач-ординатор (185 чел.)	Врач-аспирант (113 чел.)	Средний медицинский персонал (772 чел.)	Чел. / %
снижение качества лечения	105 23,5%	99 22,2%	41 9,2%	23 5,2%	178 39,9%	446 24,8%
экономические реформы	163 20,4%	136 17%	116 14,5%	59 7,4%	325 40,7%	799 44,6%
снижение нравственной культуры в обществе	157 28,6%	63 11,5%	28 5,2%	31 5,7%	269 49%	548 30,6%

Рис. 12.



Таблица 14.

Причины снижения статуса врача в обществе, по мнению медицинских работников, имеющих ученые звания и степени						
По Вашему мнению, что послужило снижению статуса врача в обществе?	должность, чел.					Итого:
	академики (5 чел.)	член.корр (1 чел.)	профессора (36 чел.)	ДМН (107)	КМН (163)	Чел. %
снижение качества лечения	1	-	8	9	37	55 17,6%
экономические реформы	3	1	24	91	85	204 65,4%
снижение нравственной культуры в обществе	1	-	4	7	41	53 17%

Рис. 13.

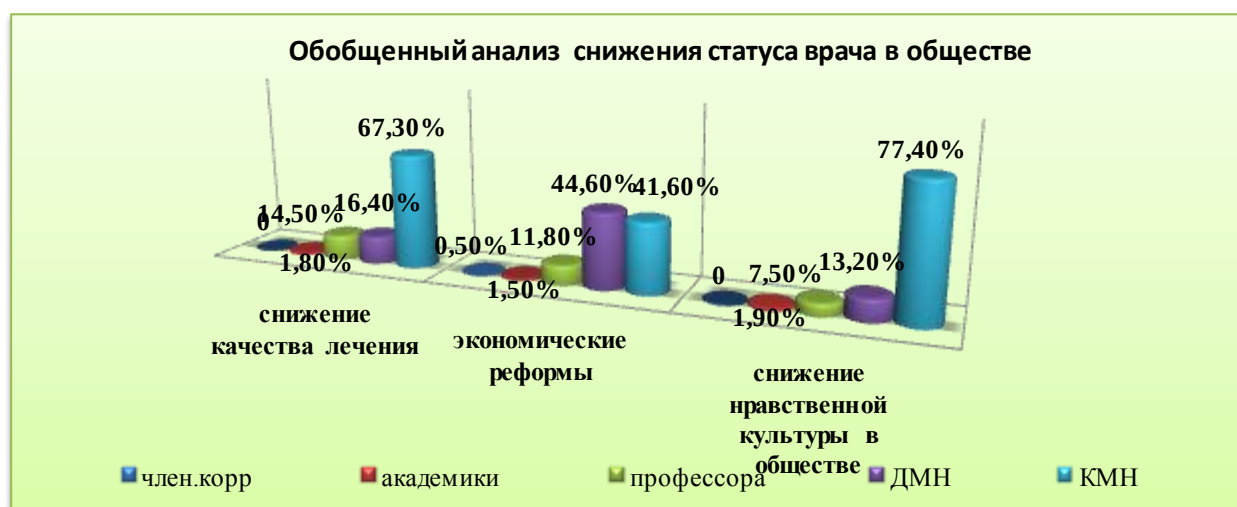


Таблица 15.

Причины в большей степени влияющие на степень снижения престижности статуса врача по мнению врачей						
Что в большей степени снижает престижность статуса врача?	должность, чел.					Итого:
	Врач-научный сотрудник (425 чел.)	Врач-специалист (298 чел.)	Врач-ординатор (185 чел.)	Врач-аспирант (113 чел.)	Средний медицинский персонал (772 чел.)	Чел. / %
расслоение общества (богатые, бедные)	92	39	8	3	21	163 9,1%
низкий доход врача	289	225	165	104	729	1512 84,3%
информатизация СМИ по негативному образу врача	44	34	12	6	22	118 6,6%

Рис. 14

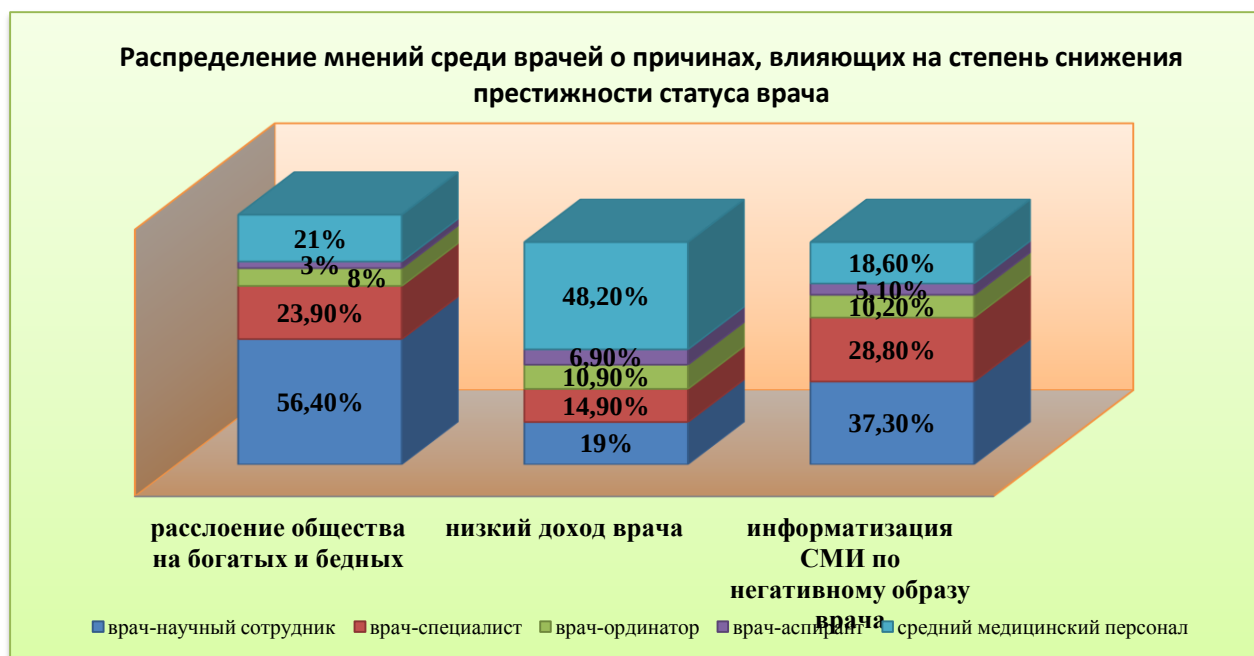


Таблица 16.

Анализ причин влияющие на степень снижения статуса врача						
По Вашему мнению, что послужило снижению статуса врача в обществе?	должность, чел.					Итого:
	академики (5 чел.)	член.корр (1 чел.)	профессора (36 чел.)	ДМН (107)	КМН (163)	Чел. %
расслоение общества (богатые, бедные)	1	-	8	11	41	61 19,5%
низкий доход врача	3	1	24	89	102	219 70,2%
информатизация СМИ по негативному образу врача	1	-	4	7	20	32 10,3%

Рис. 15.



Таблица 17.

Оценка статуса профессора в медицинской организации	
Вопрос: Как оценивается Вами статус профессора в медицинской организации?	
Варианты ответов:	Чел.
а) доминирующий	169
б) высокий	667
в) престижный	957

Рис. 16.



Таблица 18.

Сводная таблица соцопроса о повышении ролевого статуса до звания профессора	
Вопрос: Желаете ли Вы повысить свой научно-профессиональный статус до звания профессора?	
Варианты ответов:	Чел.
а) осознанное стремление	628
б) возможно	377
в) нет желания	430
г) высоким статусом обладает тот у кого имеются денежные сбережения	358

Рис. 17.

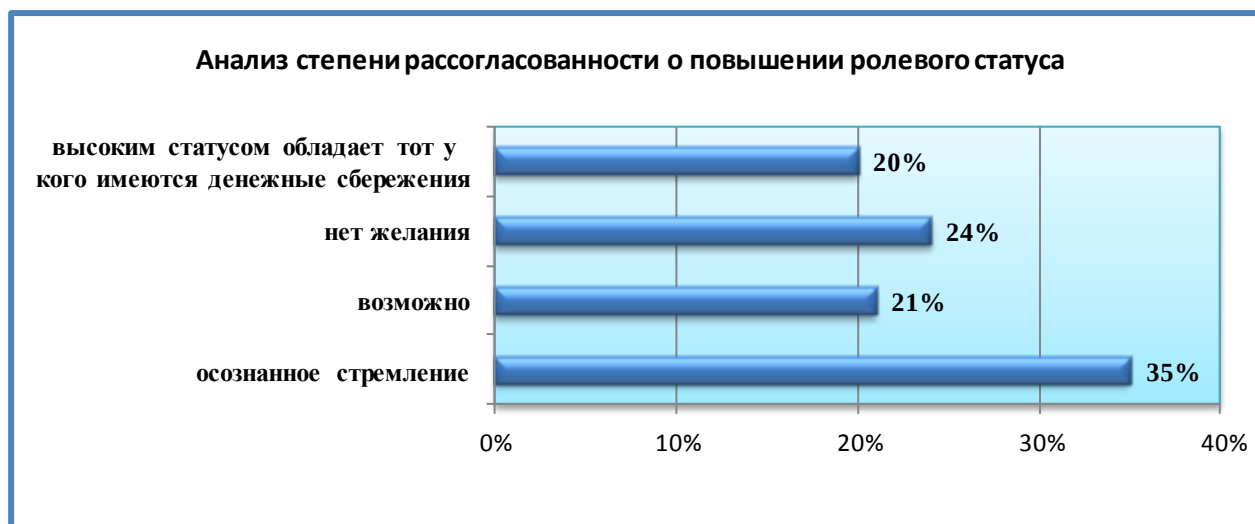


Таблица 19.

Сводная таблица мнения врачей о причинах снижения статуса врача-профессора в обществе	
Вопрос: Считаете ли Вы, что статус врача-профессора в обществе снижен и по каким причинам?	
Варианты ответов:	Чел.
а) низкая заработная плата	466
б) снижение культуры и нравственности в обществе	735
в) изменение идеологической направленности	592

Рис.18.



Таблица 20.

Анализ мнения врачей об изменении личного статуса с присвоением звания профессора.	
Считаете ли Вы, что с присвоением звания профессора изменится не только профессиональный статус, но и личный?	
Варианты ответов:	Чел.
а) да, считаю	430
б) нет, не считаю	1363

Рис. 19

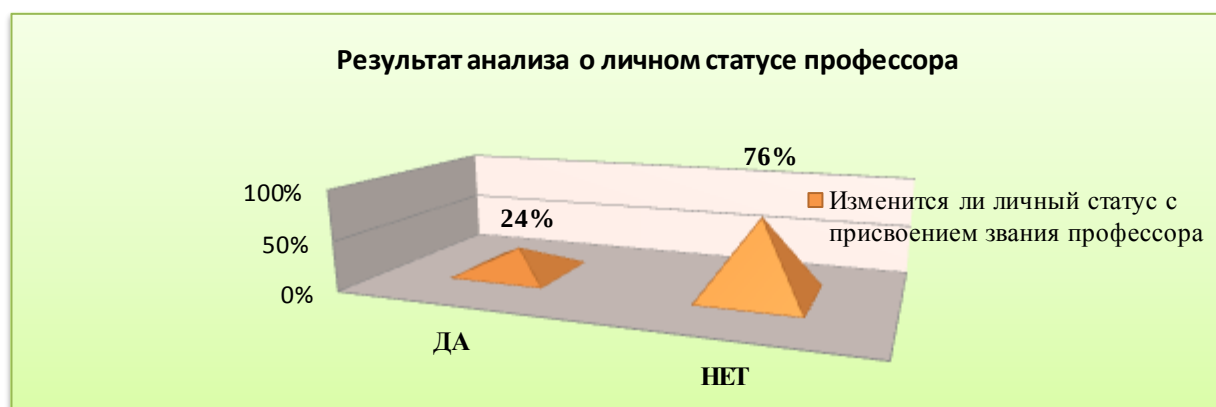


Таблица 21.

Сводная таблица причин, влияющих на снижение стремления получить звание профессора	
Вопрос: По Вашему мнению, почему не все желают получить звание профессора?	
Варианты ответов:	Чел.
а) недостаточно знаний и умений заниматься наукой	1130
б) денежное содержание не отвечает затратам вложенного труда	466
в) недооценка обществом престижа статуса профессора	197

Рис. 20.



Таблица 22.

Количественный анализ соопроса по изменению социального статуса	
Вопрос: Считаете ли Вы, что с присвоением звания профессора изменится социальный статус во врачебном сообществе?	
Варианты ответов:	Чел.
а) да, считаю	1757
б) нет, не считаю	36

Рис. 21.

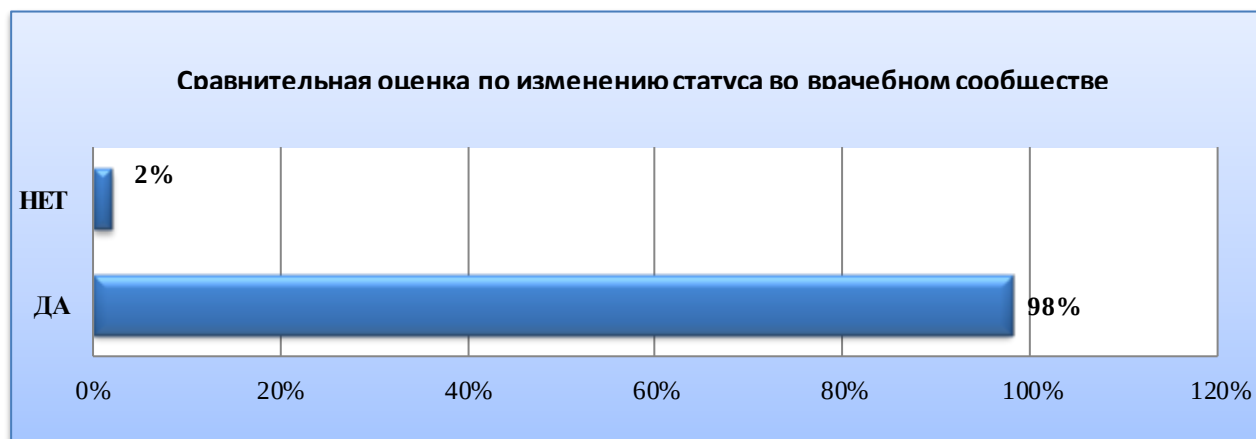


Таблица 23.

Количественный анализ по профессиональной компетенции врача-профессора	
Вопрос: Считаете ли Вы, что профессор обладает более высокой профессиональной компетентностью?	
Варианты ответов:	Чел.
а) да	1183
б) нет	610

Рис. 22.

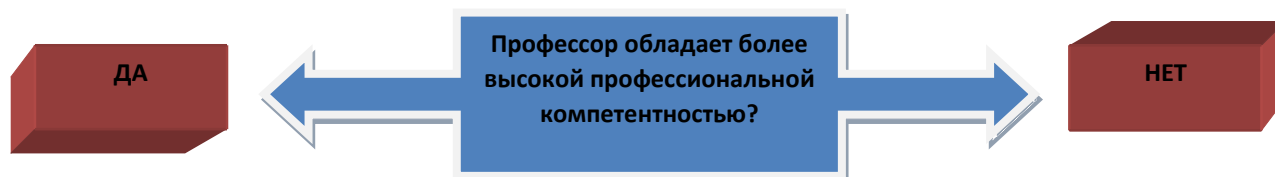


Таблица 24.

Количественный анализ причин снижения статуса врача в обществе соцопроса пациентов				
По Вашему мнению, что снижает статус врача в обществе?	чел.			Итого:
	Пациенты, находящиеся на стационарном лечении (3150 чел.)	Пациенты, воспользовавшиеся поликлиническими услугами (5150 чел.)	Опекуны (законные представители несовершеннолетних пациентов) (920 чел.)	Чел.
безразличие к пациенту	408	1068	281	1757
нарушение норм этики и деонтологии	1659	3037	423	5119
незаинтересованность в излечении больного	1083	1045	216	2344

Рис. 23.



Таблица 25.

Анализ рассогласованности взаимоотношений врача и пациента по мнению пациента				
Считаете ли Вы, что экономические реформы оказали влияние на дисбаланс взаимоотношений врача и пациента?	чел.			Итого:
	Пациенты, находящиеся на стационарном лечении (3150 чел.)	Пациенты, воспользовавшиеся поликлиническими услугами (5150 чел.)	Опекуны (законные представители несовершеннолетних пациентов) (920 чел.)	Чел.
платные медицинские услуги	459	1065	141	1665
неформальные платежи	2344	3082	670	6096
расслоение общества на богатых и бедных	347	1003	109	1459

Рис. 24.



Таблица 26.

Количественный анализ результатов соцопроса пациентов о влиянии СМИ на конфликт пациента и врача				
По Вашему мнению средства массовой информации (телевидение, интернет, газеты и журналы) влияют на взаимоотношения врача и пациента?	чел.			Итого:
	Пациенты, находящиеся на стационарном лечении (3150 чел.)	Пациенты, воспользовавшиеся поликлиническими услугами (5150 чел.)	Опекуны (законные представители несовершеннолетних пациентов) (920 чел.)	Чел.
Снижают статус врача	1128	1079	632	2839
Создают конфликты	921	1063	208	2192
Вы стали грамотнее и можете указать на ошибку врача	1101	3008	80	4189

Рис. 25.



Таблица 27.

Результаты в динамике обжалования пациентом некачественного оказания медицинских услуг				
Если Вы считаете, что Вам оказана не качественная медицинская помощь, Вы будете жаловаться? Куда?	чел.			Итого:
	Пациенты, находящиеся на стационарном лечении (3150 чел.)	Пациенты, воспользовавшиеся поликлиническими услугами (5150 чел.)	Опекуны (законные представители несовершеннолетних пациентов) (920 чел.)	Чел.
Медицинскую организацию (руководству)	141	193	63	397
Росздравнадзор	2063	3689	632	6384
суд	65	84	14	163
Минздрав	765	968	119	1852
Президенту	116	216	92	424

Рис. 26.

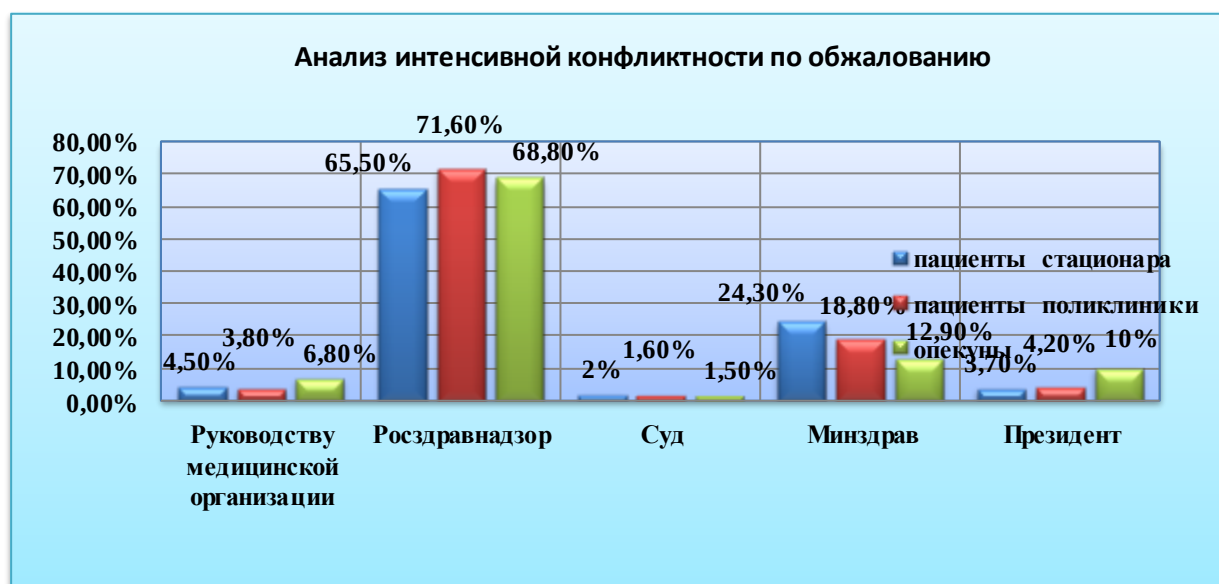


Таблица 28.

Количественный анализ удовлетворенности по обжалованию пациентом качества лечения				
Вы уверены, что Ваша жалоба на нарушение качества лечения будет удовлетворена надзорными органами?	чел.			Итого:
	Пациенты, находящиеся на стационарном лечении (3150 чел.)	Пациенты, воспользовавшиеся поликлиническими услугами (5150 чел.)	Опекуны (законные представители несовершеннолетних пациентов) (920 чел.)	Чел. %
сомневаюсь	2093	3921	238	6252 67,8%
уверен (а)	914	914	584	2412 26,2%
нет	143	315	98	556 6%

Рис. 27.

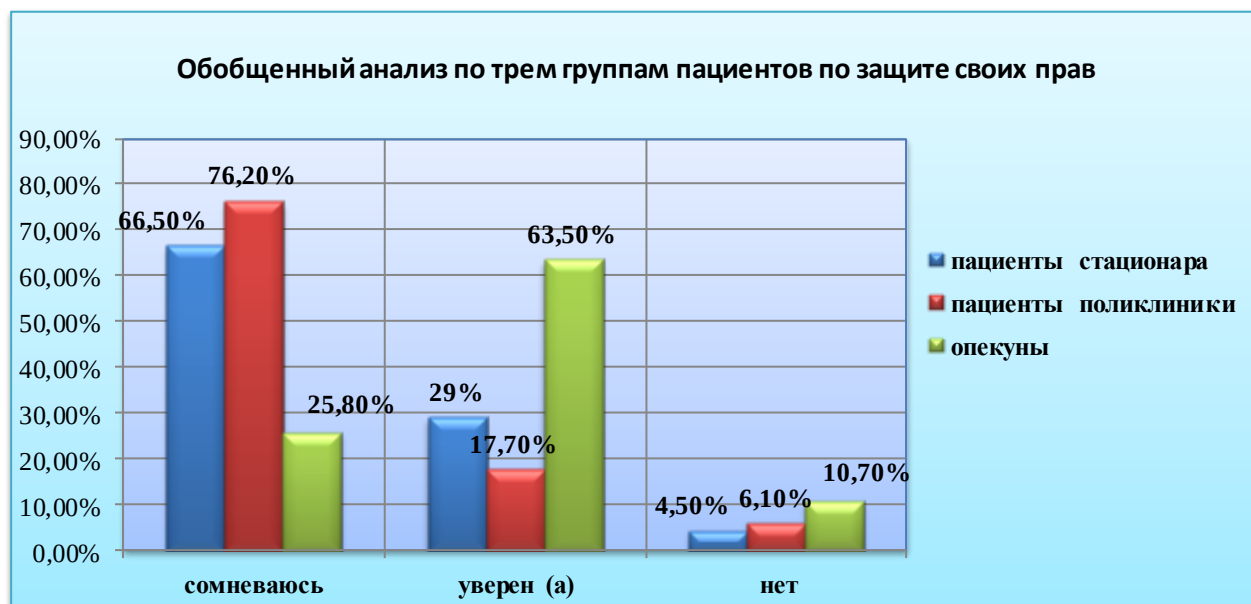


Таблица 29.

Влияние этики и деонтологии на качество лечения по мнению пациента				
Согласны ли Вы, что нарушение норм этики и деонтологии отрицательно влияет на качество лечения?	респонденты			итого:
	пациенты, находящиеся на стационарном лечении (3150 чел.)	пациенты, воспользовавшиеся поликлиническими услугами (5150 чел.)	опекуны (законные представители несовершеннолетних пациентов) (920 чел.)	кол-во / %
ухудшается качество лечения	2488	3914	699	7101
отрицательно влияет на психологическое состояние	378	876	175	1429
снижается инстинкт самосохранения	284	360	46	690

Рис. 28.



Таблица 30.

Незаинтересованность врача в излечении пациента				
По Вашему мнению, в чем выражается незаинтересованность врача в излечении пациента?	респонденты			итого:
	пациенты, находящиеся на стационарном лечении (3150 чел.)	пациенты, воспользовавшиеся поликлиническими услугами (5150 чел.)	опекуны (законные представители несовершеннолетних пациентов) (920 чел.)	кол-во / %
в неформальных платежах	1764	3142	529	5435
в безнаказанности	1039	1596	350	2985
в отсутствии морального порицания во врачебном сообществе	347	412	41	800

Рис. 29.

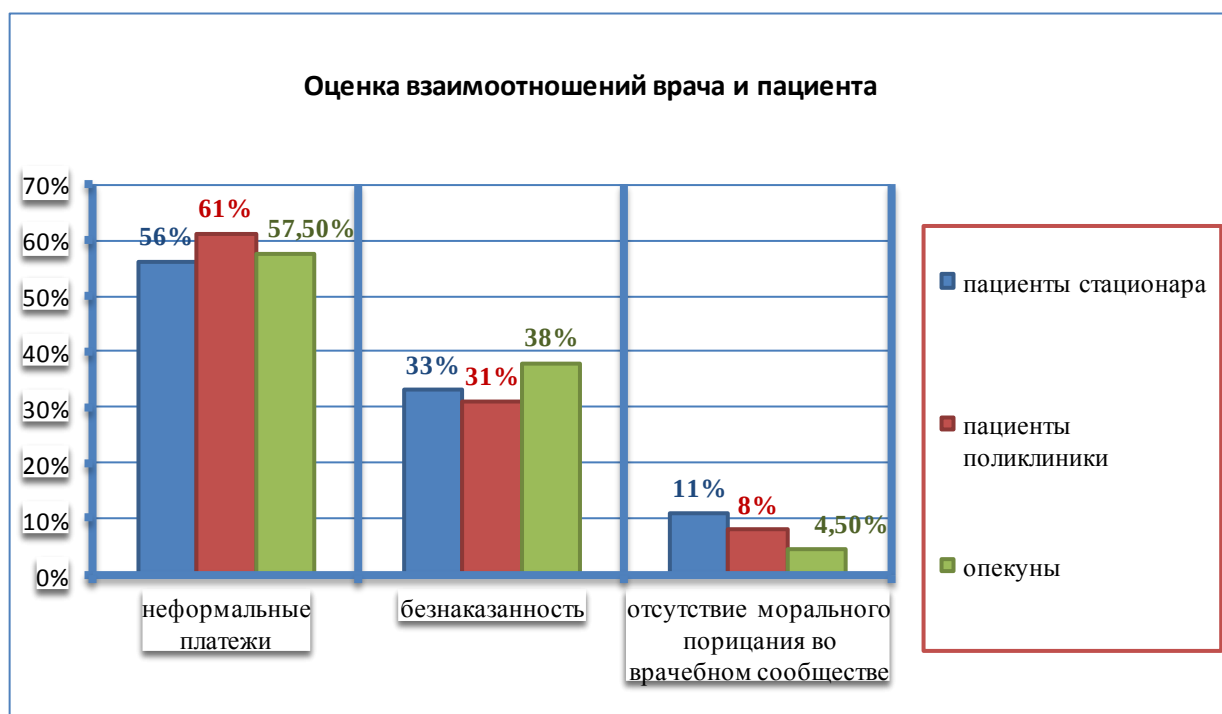


Таблица 31.

Распределение врачей по профессиональным группам			
Врач-научный сотрудник	Врач-специалист	Врач-ординатор	Врач-аспирант
425	298	185	113
Итого:	1021 чел.		

Таблица 32.

Работники с ученым званием и ученой степенью				
Из них:				
академик	член.кор	профессор	ДМН	КМН
5	1	36	107	163
Итого:	312 чел.			

Таблица 33.

Анализ причин снижения этики и деонтологии врача	
Вопрос: По Вашему мнению, что стало причиной девальвации этики и деонтологии врача?	
Варианты ответов:	Чел.
низкая оплата труда	745
политические реформы	153
увеличение объема оформляемой медицинской документации	123

Рис. 30.



Таблица 34.

Коммерциализация медицинских услуг и влияние ее на этику и деонтологию	
Вопрос: Считаете ли Вы, что коммерциализация медицинских услуг влияет на этику и деонтологию в поведении врача?	
Варианты ответов:	Чел.
да, влияет	870
нет, не влияет	120
затрудняюсь ответить	31

Рис. 31.

Таблица 35.

Количество респондентов принявших участие в соцопросе	
ординаторы	аспиранты
185	113

Таблица 36.

Результаты исследования причин незаинтересованности молодых специалистов в выборе своей профессии	
Как Вы считаете, каковы причины незаинтересованности современного врача в полном излечении пациента?	
Варианты ответов:	Чел.
низкая оплата труда	223
сложные условия труда в физическом и психологическом плане	56
отсутствие призвания в профессии	19

Рис. 32.

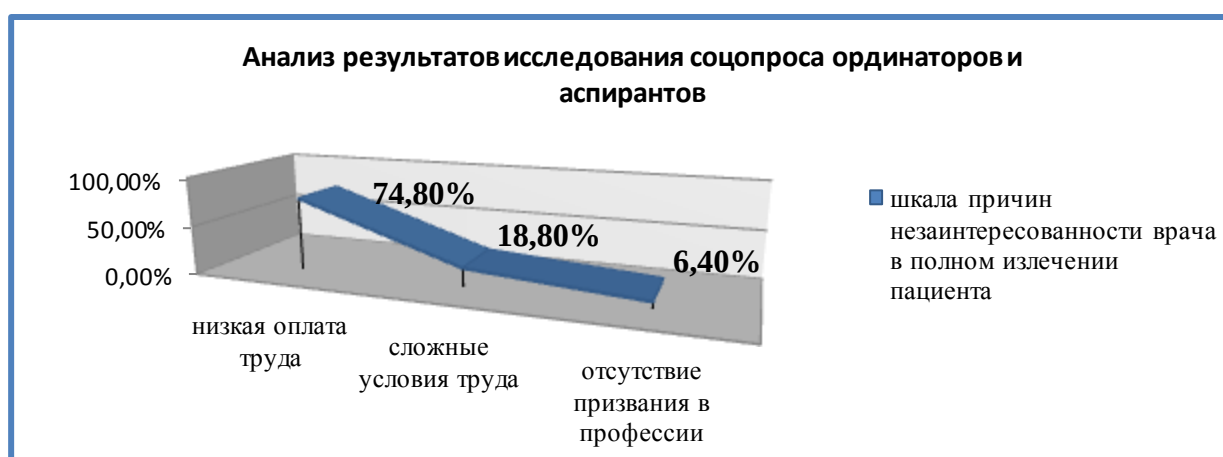


Таблица 37.

Результатов мнения о ВУЗе ординаторов и аспирантов	
По Вашему мнению, какой уровень высшего профессионального образования Вы получили в ВУЗе?	
Варианты ответов:	Чел.
низкий	67
высокий	38
недостаточный	193

Рис. 33.

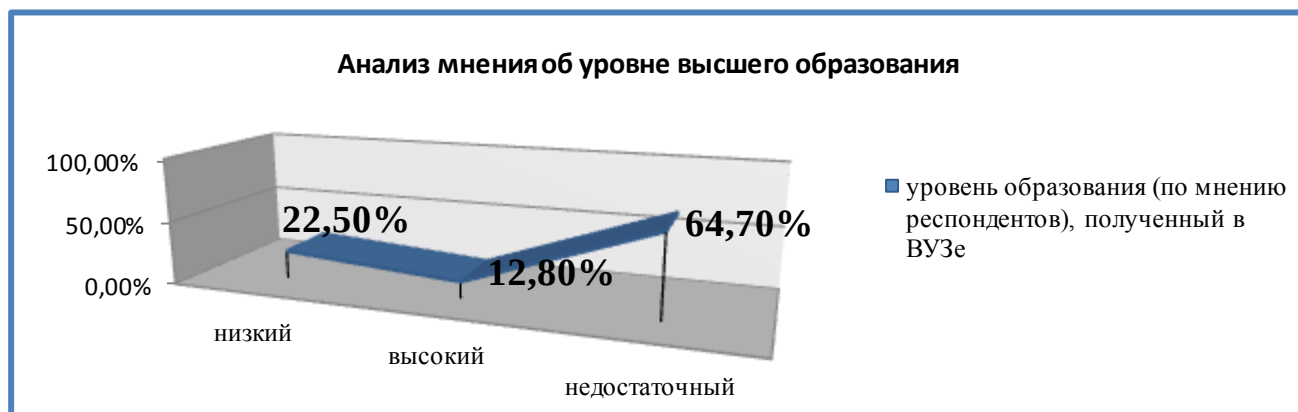


Таблица 38.

Результат исследования врачебного долга молодых специалистов	
Вы готовы исполнять свой врачебный долг перед пациентом в дополнительные часы при непредвиденной ситуации?	
Варианты ответов:	Чел.
да, но только за дополнительную плату	186
только при исполнении своих профессиональных обязанностей	70
затрудняюсь ответить	42

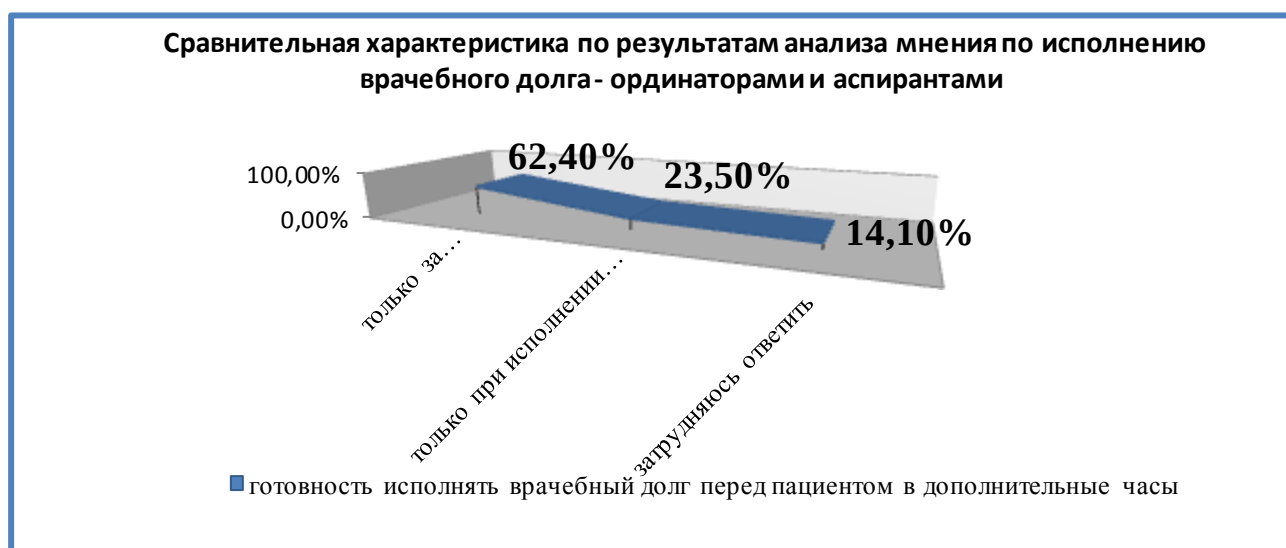
Рис.
34.

Таблица 39.

Результаты мнения (ординаторов и аспирантов) по исполнению этики и деонтологии	
По Вашему мнению, несет ли врач ответственность за нарушение норм этики и деонтологии?	
Варианты ответов:	Чел.
нет, не несет	216
да, несет	38
затрудняюсь ответить	44

Рис. 35

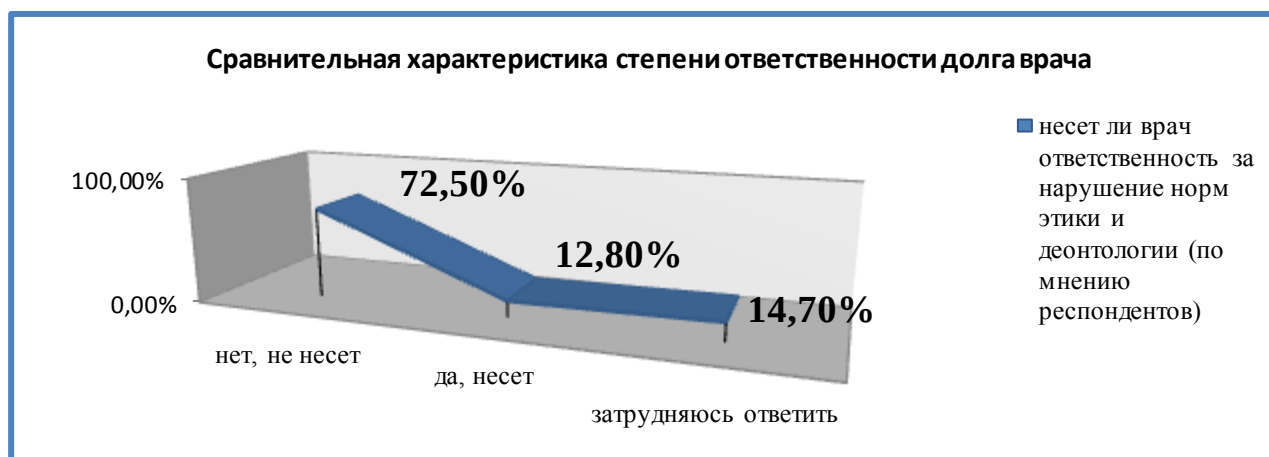


Таблица 40.

Распределение ординаторов и аспирантов по критерию «медицина и бизнес»	
Должен ли врач при оказании медицинской помощи помнить, что это не бизнес?	
Варианты ответов:	Чел.
нет, не должен, в современных условиях это бизнес	192
да, должен, человеческая жизнь превыше всего	96
затрудняюсь ответить	10

Рис. 36.

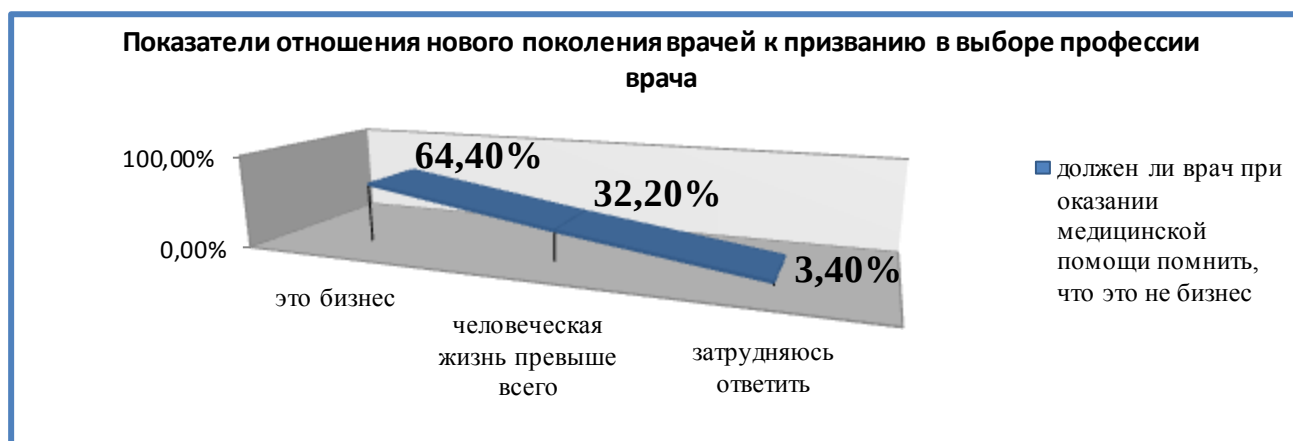


Таблица 41.

Распределение ординаторов и аспирантов по критерию «призвания в профессии»	
По Вашему мнению, что важнее в профессиональной деятельности врача?	
Варианты ответов:	Чел.
профессионализм	39
высокая заработная плата	218
уважение пациентов и их родственников	41

Рис. 37.

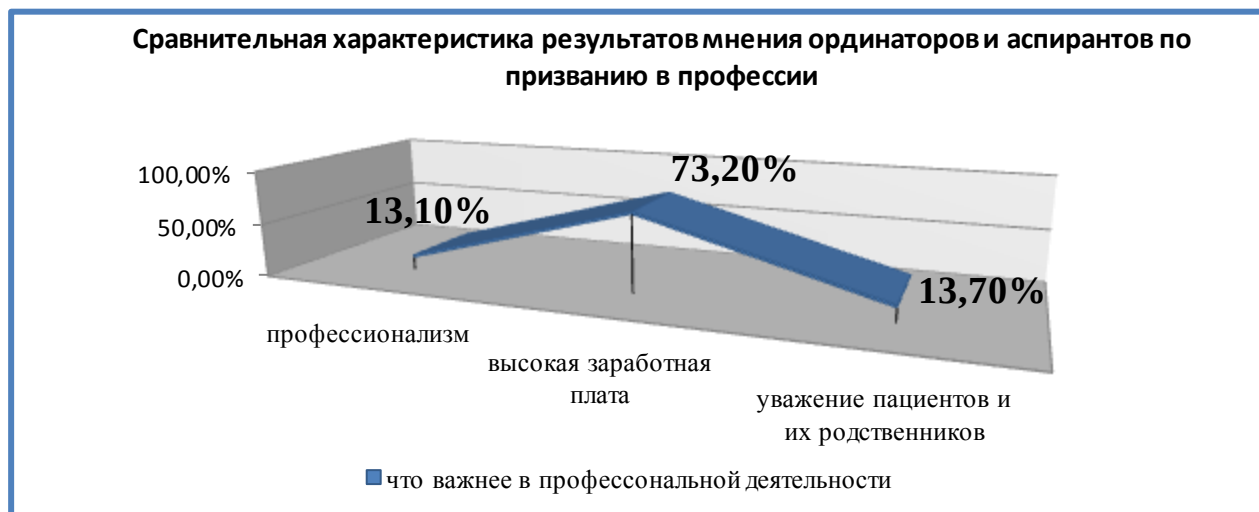
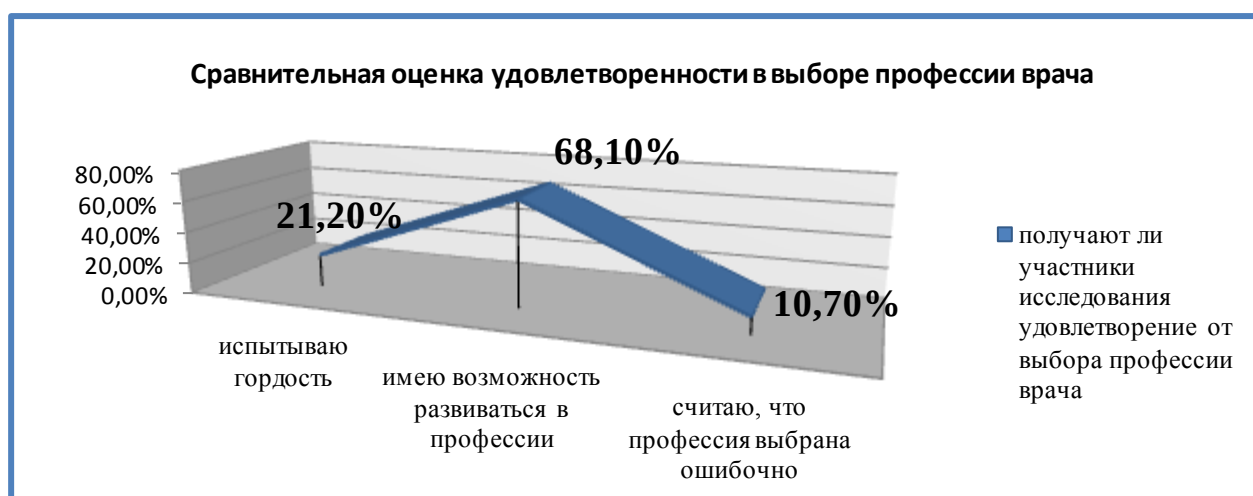


Таблица 42.

Распределение результатов анализа мнений ординаторов и аспирантов о послевузовском образовании	
Получаете ли Вы удовлетворение от выбора профессии врача при приобретении практических навыков в ординатуре и аспирантуре?	
Варианты ответов:	Чел.
испытываю гордость за участие в спасении жизни людей	63
имею возможность развиваться в профессии	203
не получаю удовлетворения, считаю, что профессия выбрана ошибочно	32

Рис. 38.

Приложение № 2

Социологическое исследование взаимоотношений врача и пациента (2018 и 2019 гг.)

В 2018 и 2019 гг. лично автором было проведено комплексное социологическое исследование. В анкетировании приняли участие *1523 врача, из них 155 ординаторов и аспирантов*. Эмпирической базой исследования послужили следующие федеральные и областные медицинские учреждения с территории Российской Федерации: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А. Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Москва - *респондентов 481*; Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородский области г. Белгорода - *респондентов 308*; «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Пензы - *респондентов 189*; Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии» г. Махачкалы - *респондентов 70*; врачи участвовавшие в XXIV Всероссийском съезде сердечно - сосудистых хирургов (АССХ РФ) на базе ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н.Бакулева» Минздрава России г. Москвы. Участники съезда *320 респондентов (врачей-специалистов)* приняли участие в социологическом исследовании из городов России: Киров; Воронеж; Волгоград; Пермь; Кемерово; Томск; Санкт-Петербург. В исследовании приняли участие от числа всех опрошенных врачей - 54,9% мужчин и 45,1% женщин. Для изучения ориентации врача на интересы пациента при оказание медицинской помощи в их удовлетворении, взаимодействия в общении и стратегий поведения в конфликте врачи

(респонденты) были разделены на группы по стажу работы врачом: до 1 года, от 1 год до 3 лет, от 4 лет до 10 лет, от 11 до 20 лет и больше 20 лет.

В социологическом исследовании приняли участие 62,9 % мужчин ординаторов и аспирантов и 37,1 % -женщин (респондентов).

В анкетировании так же приняли участие *1500 пациентов* со всех субъектов Российской Федерации, областные (краевые, республиканские) центры - *625 респондентов*, районные города - *568 респондентов*, из поселков городского типа - *150 респондентов*, сельского поселения - 157 человек. В исследовании приняли участие 51,4% (пациентов) -мужчин, и 48,6% (пациентов) женщин. Пациенты были разделены на 5 возрастных групп: от 18 до 24 лет, от 25-34 лет, от 35-44 лет, от 45-54 лет и от 55 лет и старше. По уровню образования: среднего и высшего. По социальным слоям: высший, средний, низший. Распределение пациентов по уровню доходов - заработной платы (пенсии): до 10 000 тысяч рублей, от 11 000 до 20 000, от 21 до 40 000, от 41 000 до 60 000, от 61 000 до 80 000, от 81 000 до 100 000, от 101 тысячи рулей и выше.

При компьютерной обработке данных использовалась методика, имеющая строгое вероятностно-математическое обоснование. Также применялись методы выборочного оценивания. Ошибка выборки составляет с вероятностью $P = 0,95$ в целом по совокупности не более $\pm 5\%$.

Количественный анализ данных был проведен с помощью специализированного пакета программ SPSS (Statistical Package for Social Sciences), являющегося международным стандартом обработки социологической информации.

Результаты социологического исследования врачей 2018-2019 гг.

Рис. 1.

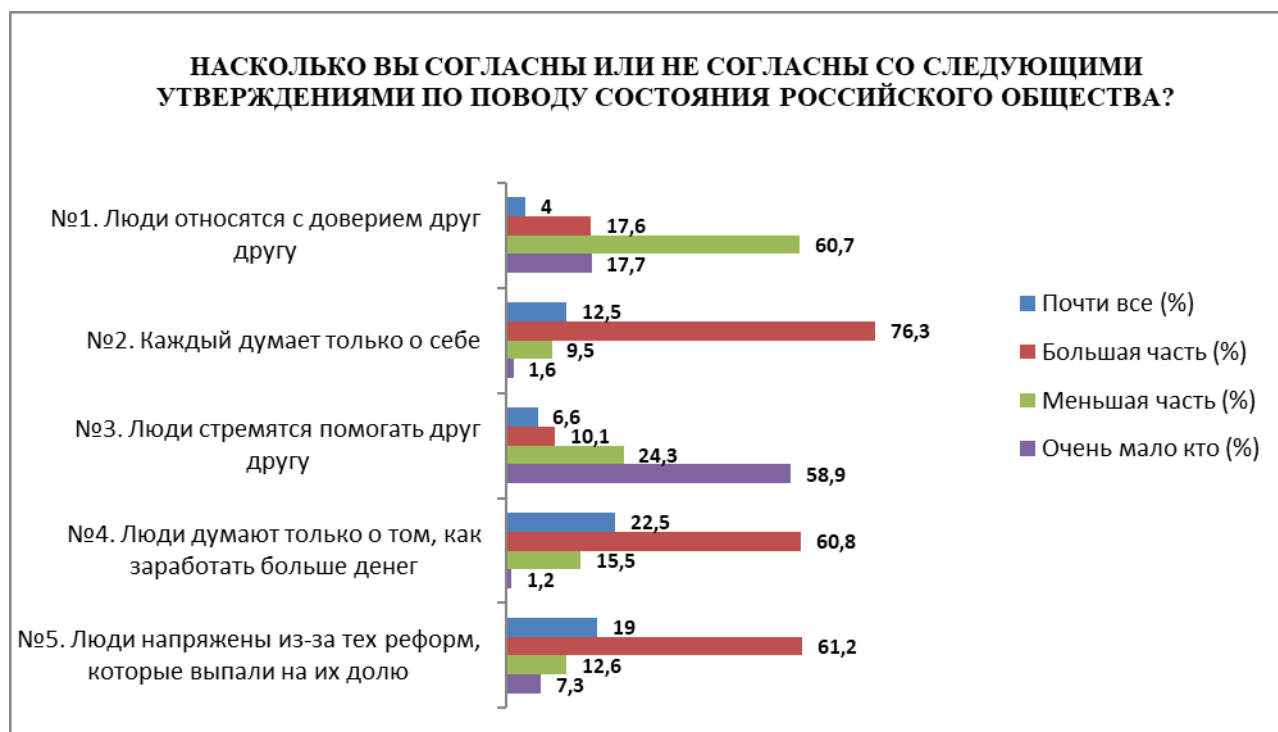


Рис. 2.

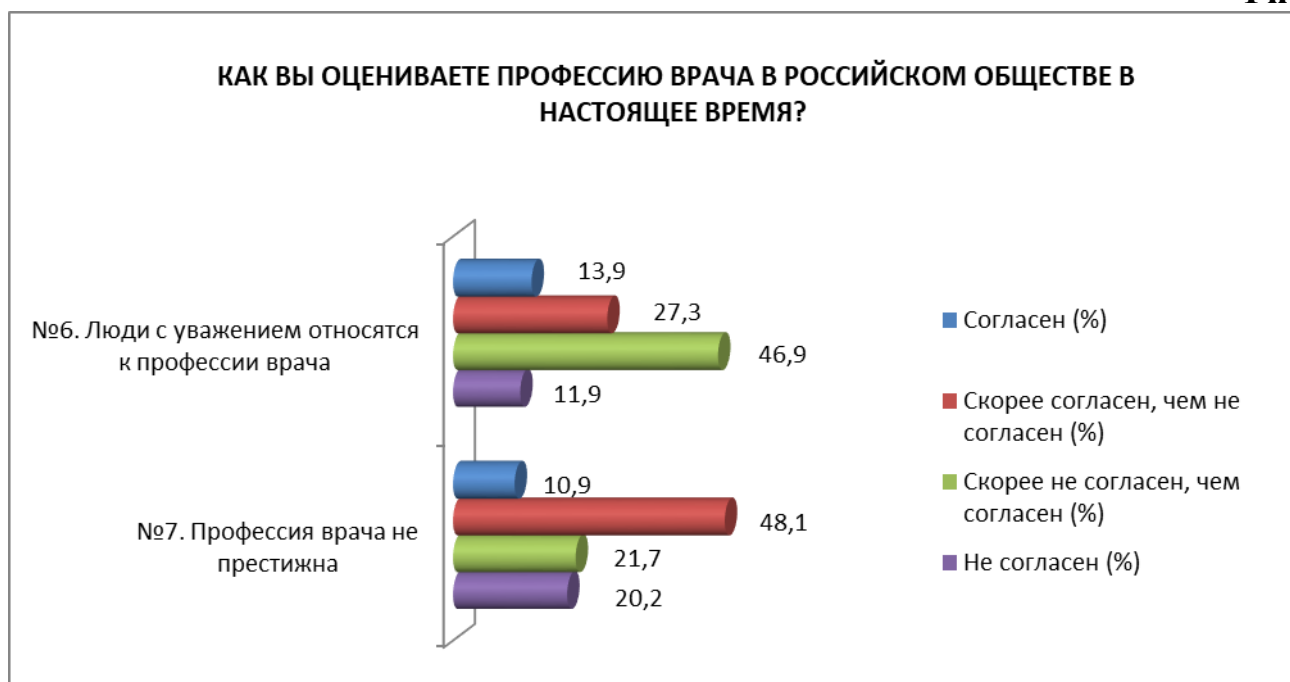


Рис. 3.



Рис.4.

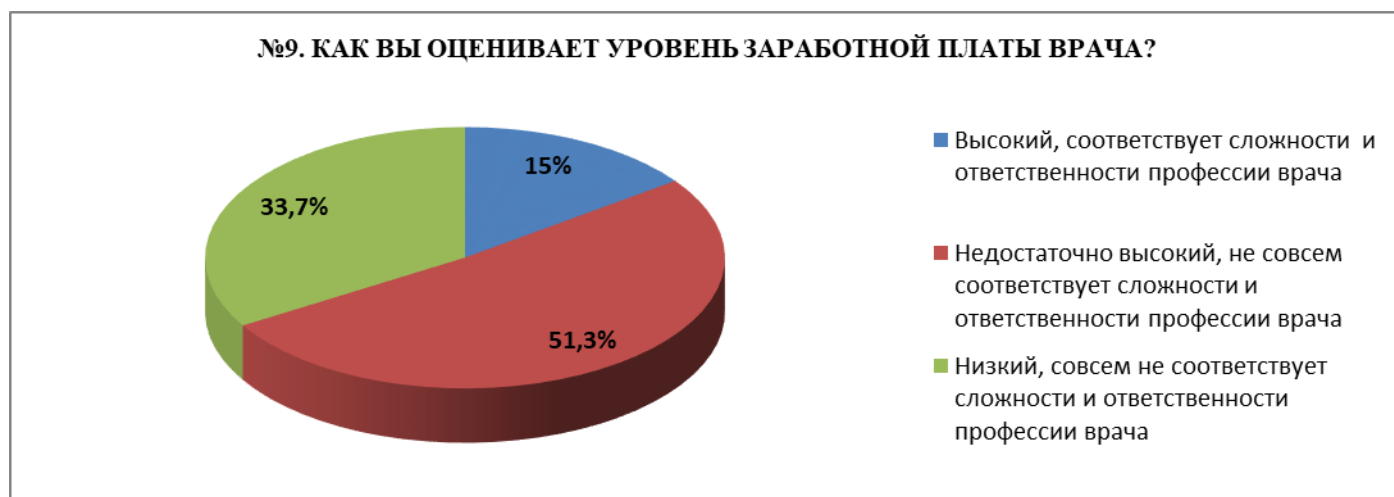


Рис. 5.



Рис. 6.



Рис. 7.



Рис. 8.



Рис. 9.



Рис.10.

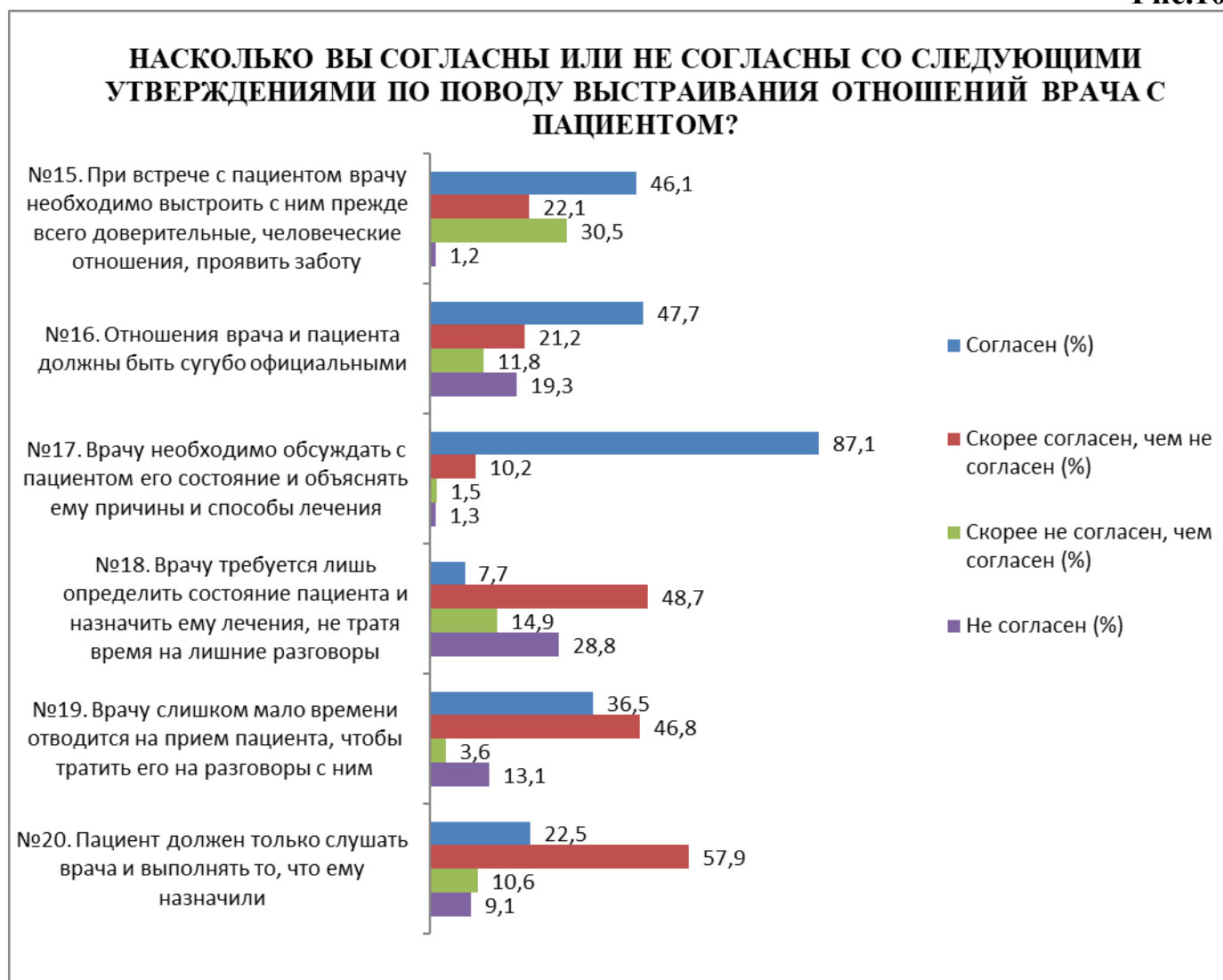


Рис. 11.

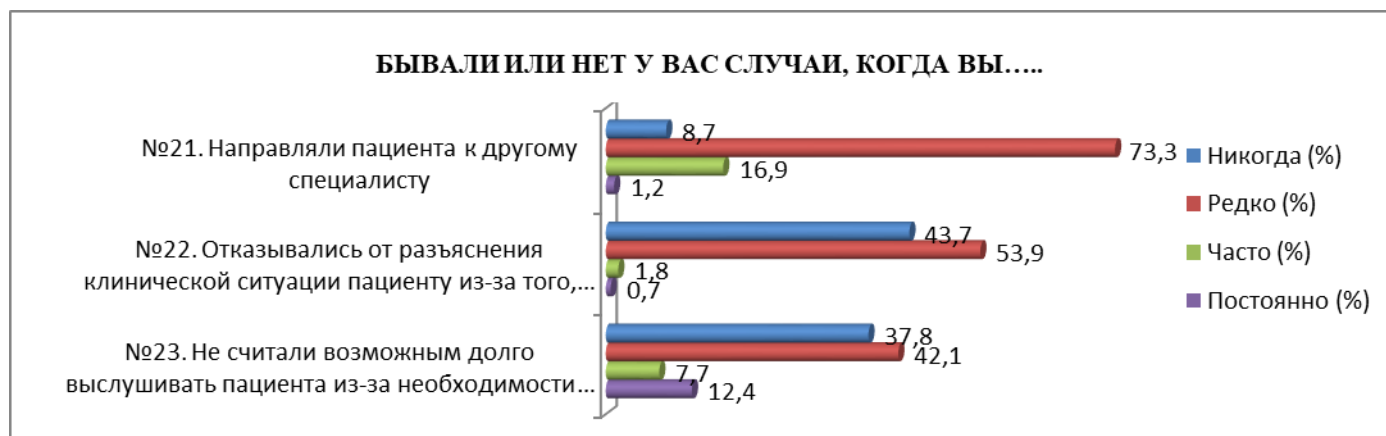


Рис. 12.



Рис. 13.

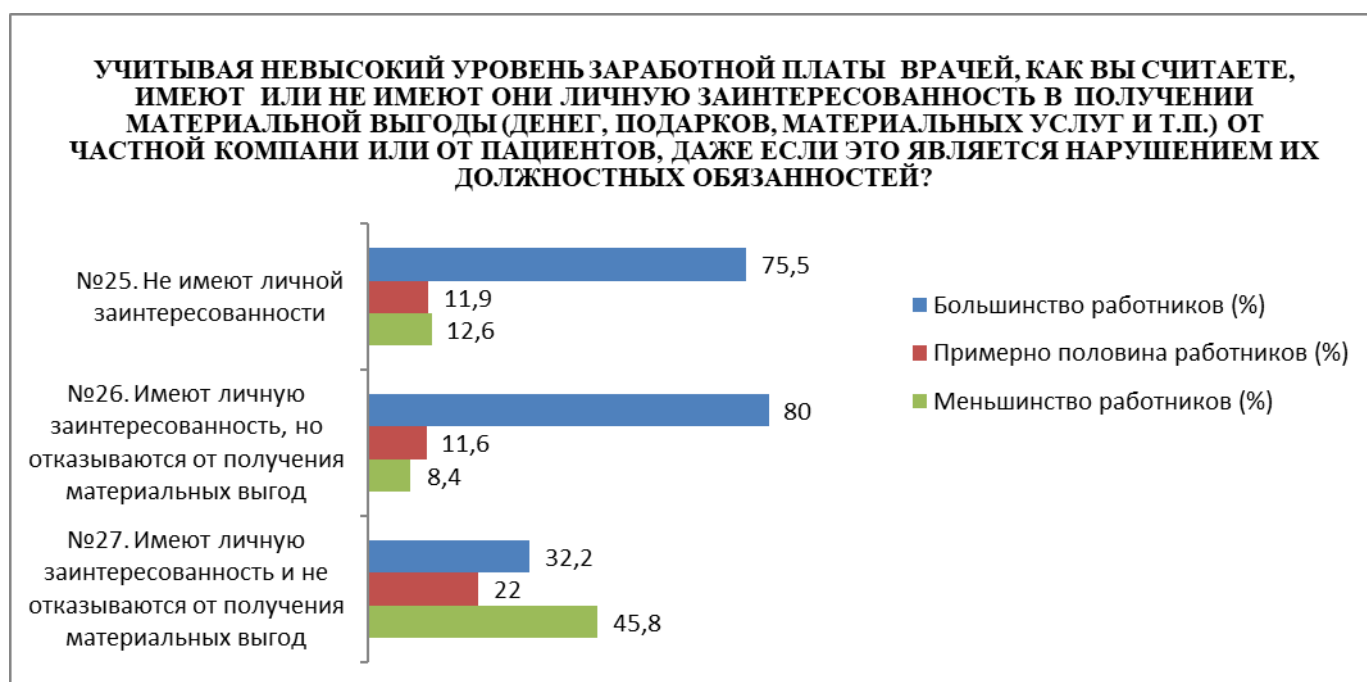


Рис. 14.

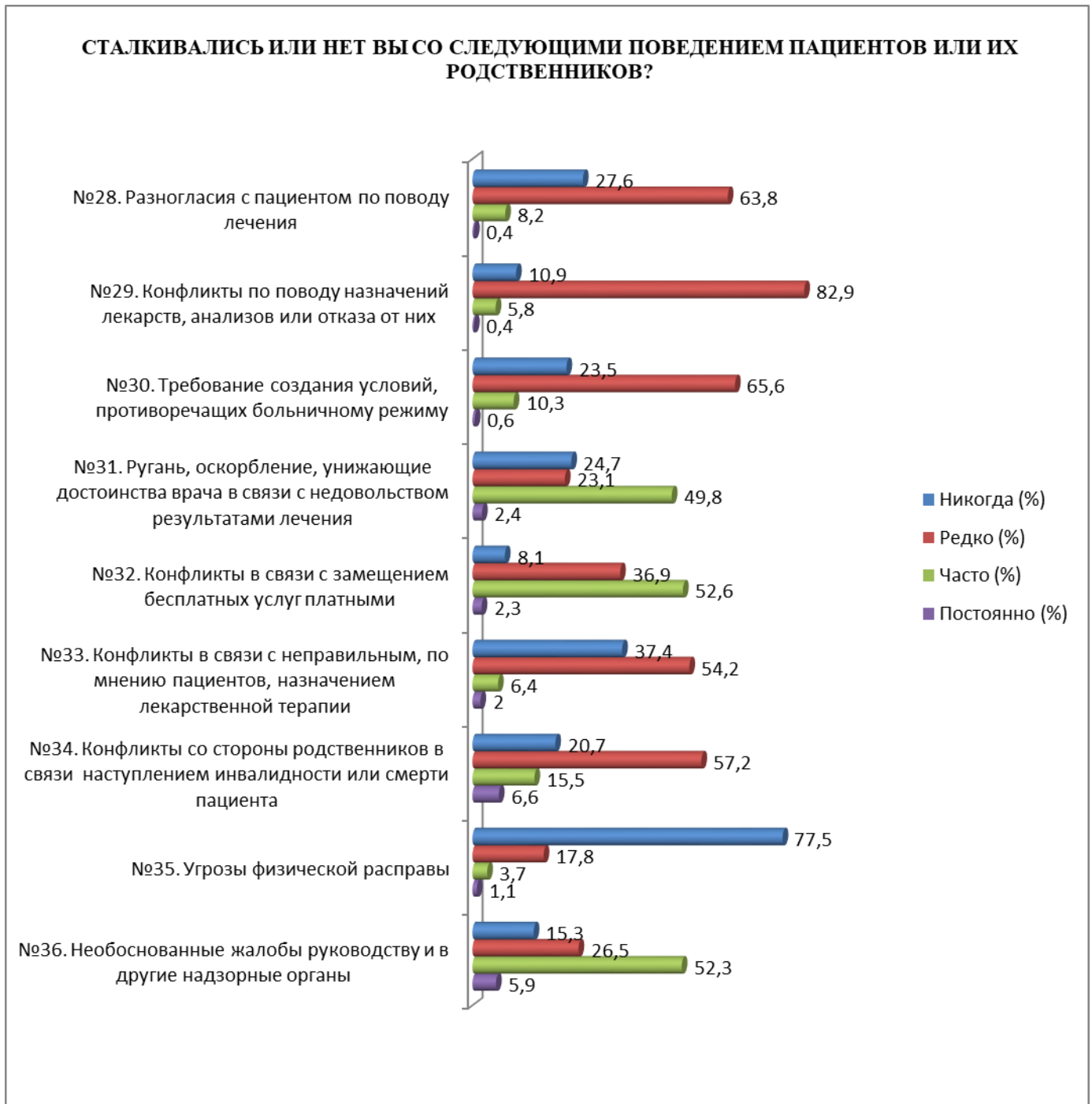


Рис. 15.

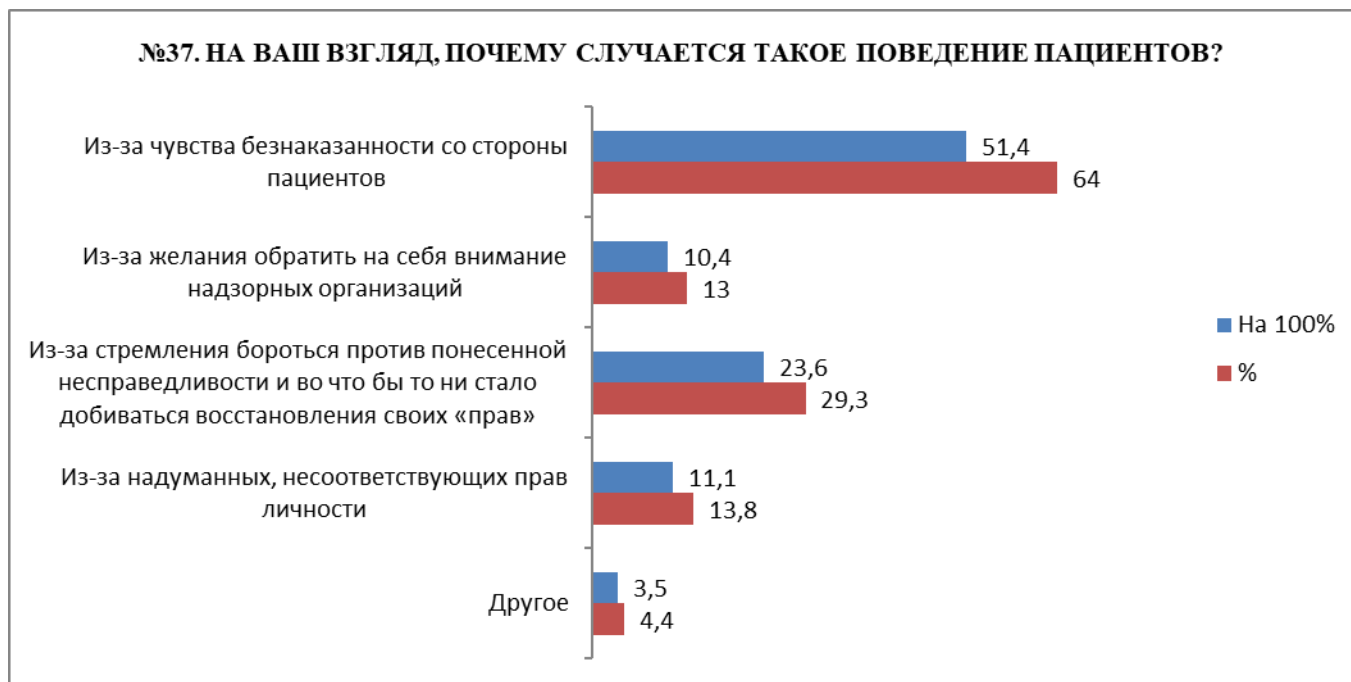


Рис. 16.

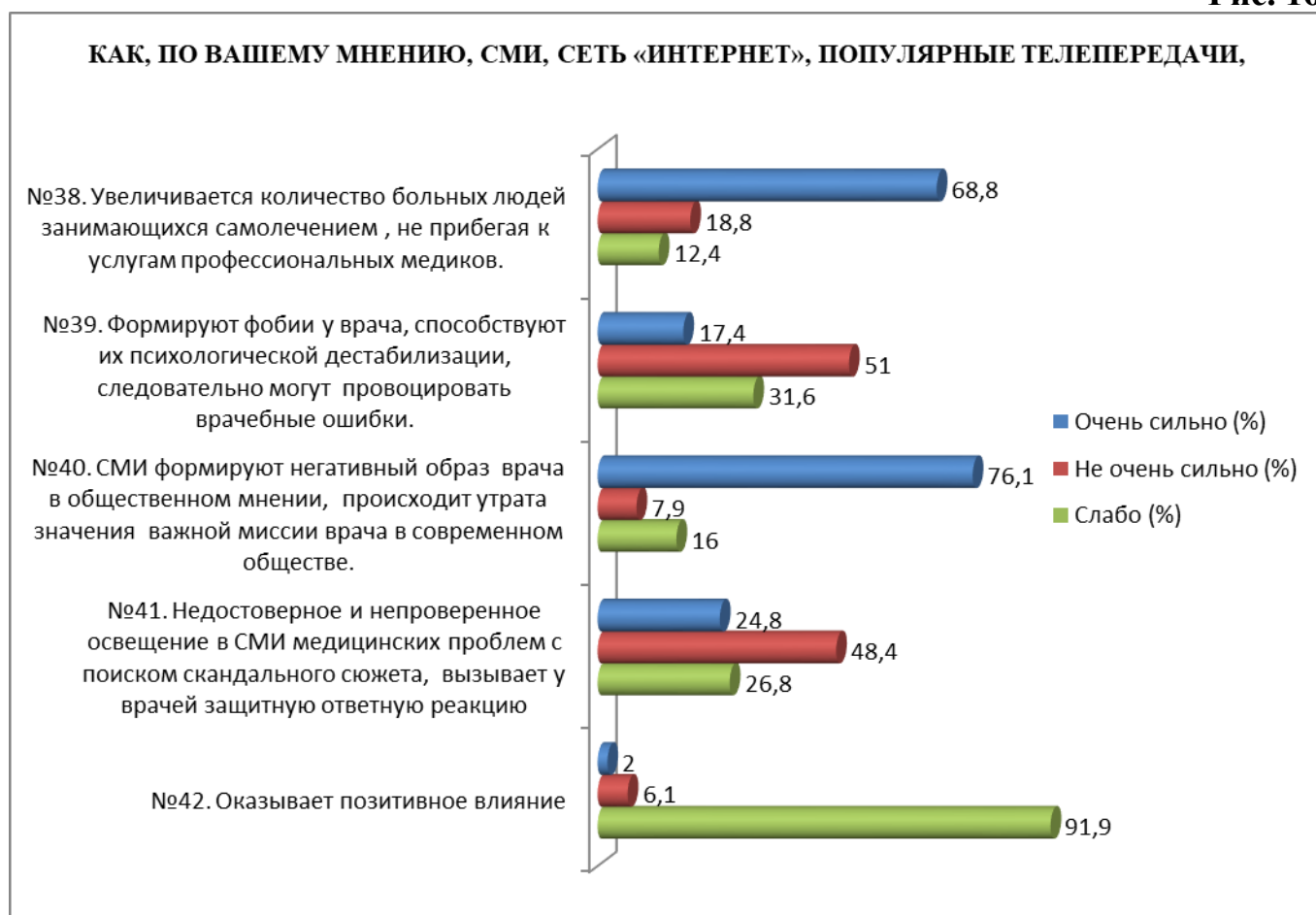


Рис. 17.

**№43. НА ВАШ ВЗГЛЯД, В КАКОЙ СТЕПЕНИ ЗАЩИЩЕНЫ ВАШИ ПРАВА
ДЕЙСТВУЮЩИМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ (ГРАЖДАНСКИМ И УГОЛОВНЫМ
КОДЕКСОМ)?**

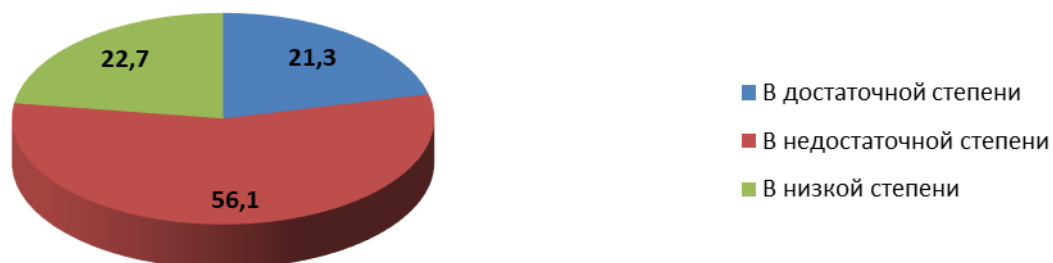


Рис. 18.

**№44. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, НАСКОЛЬКО СИЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЛИЧНАЯ
ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ИЗЛЕЧЕНИИ
ПАЦИЕНТА**

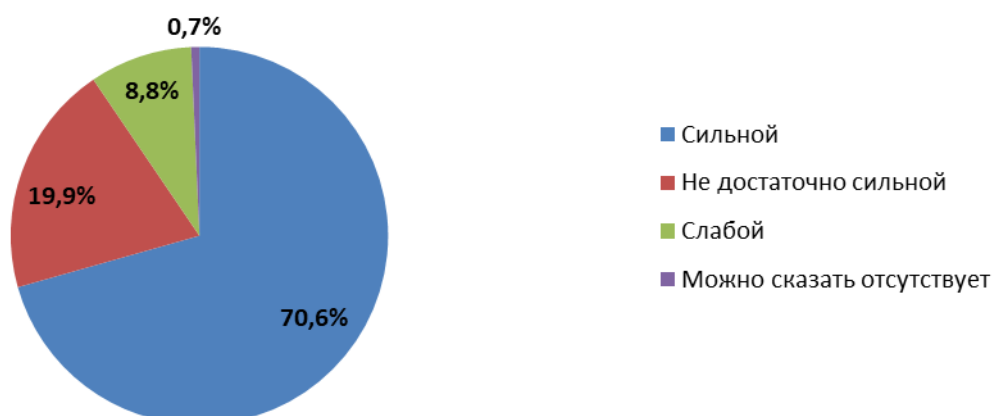


Рис. 19.

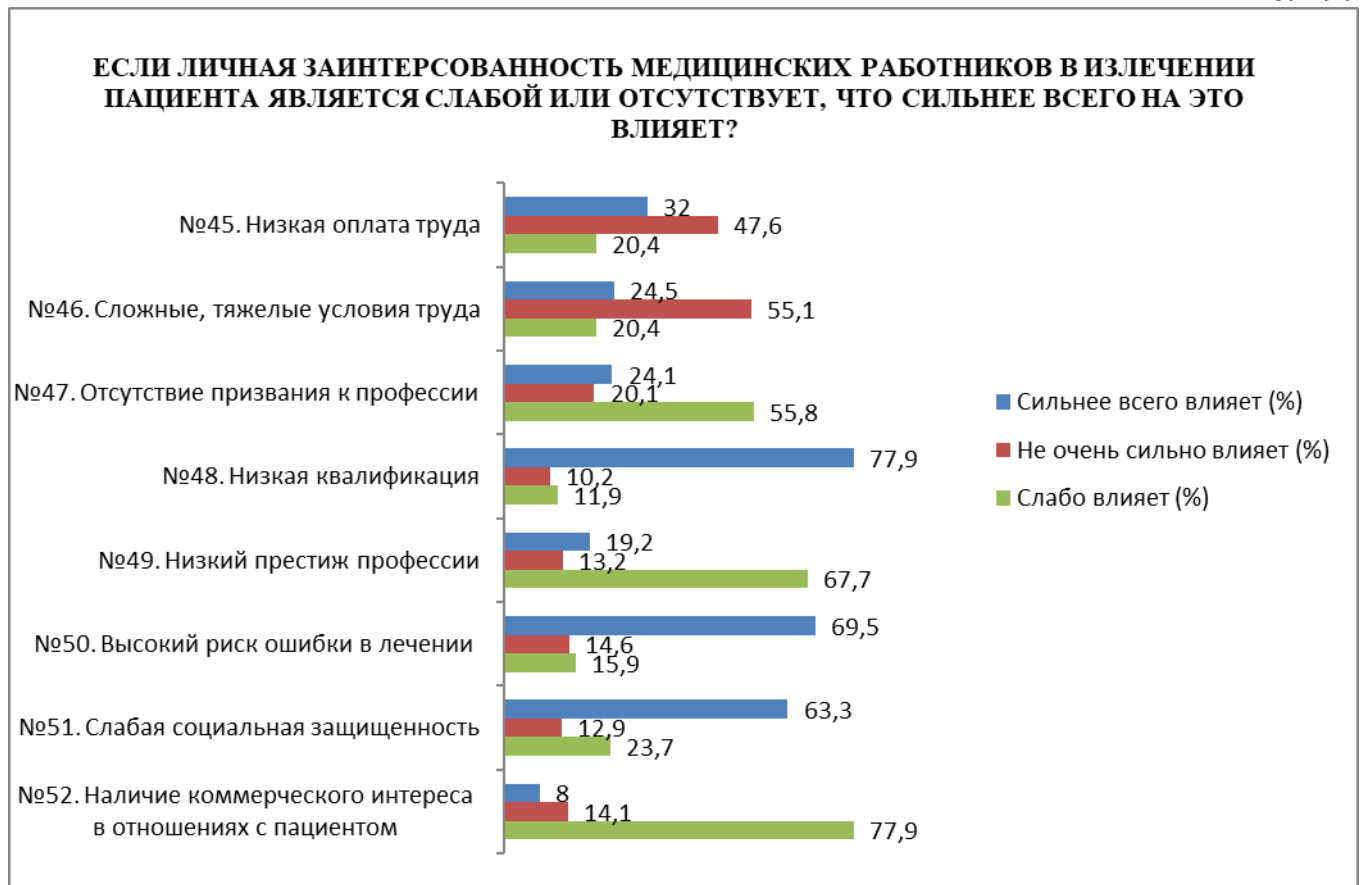


Рис. 20.

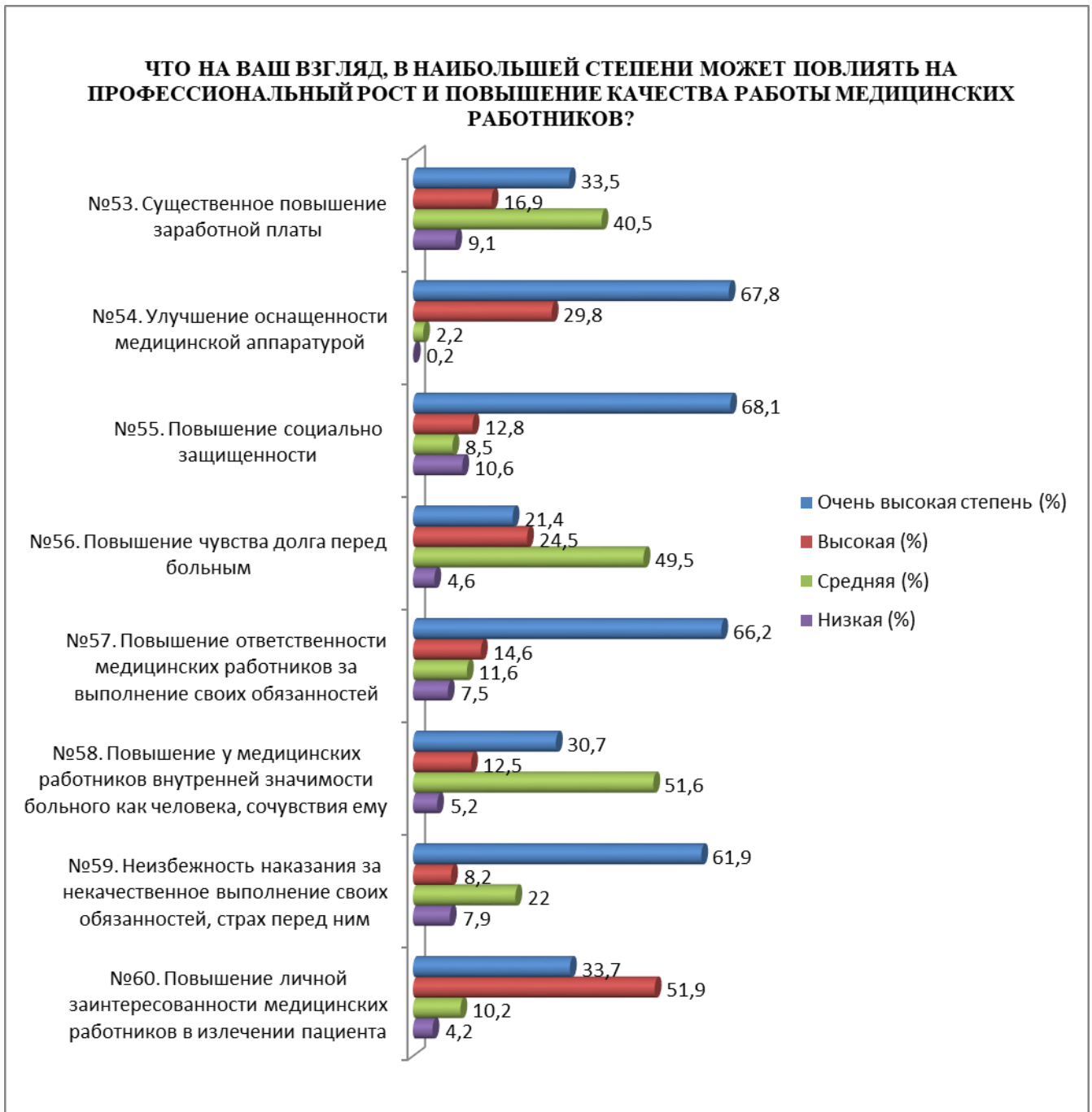
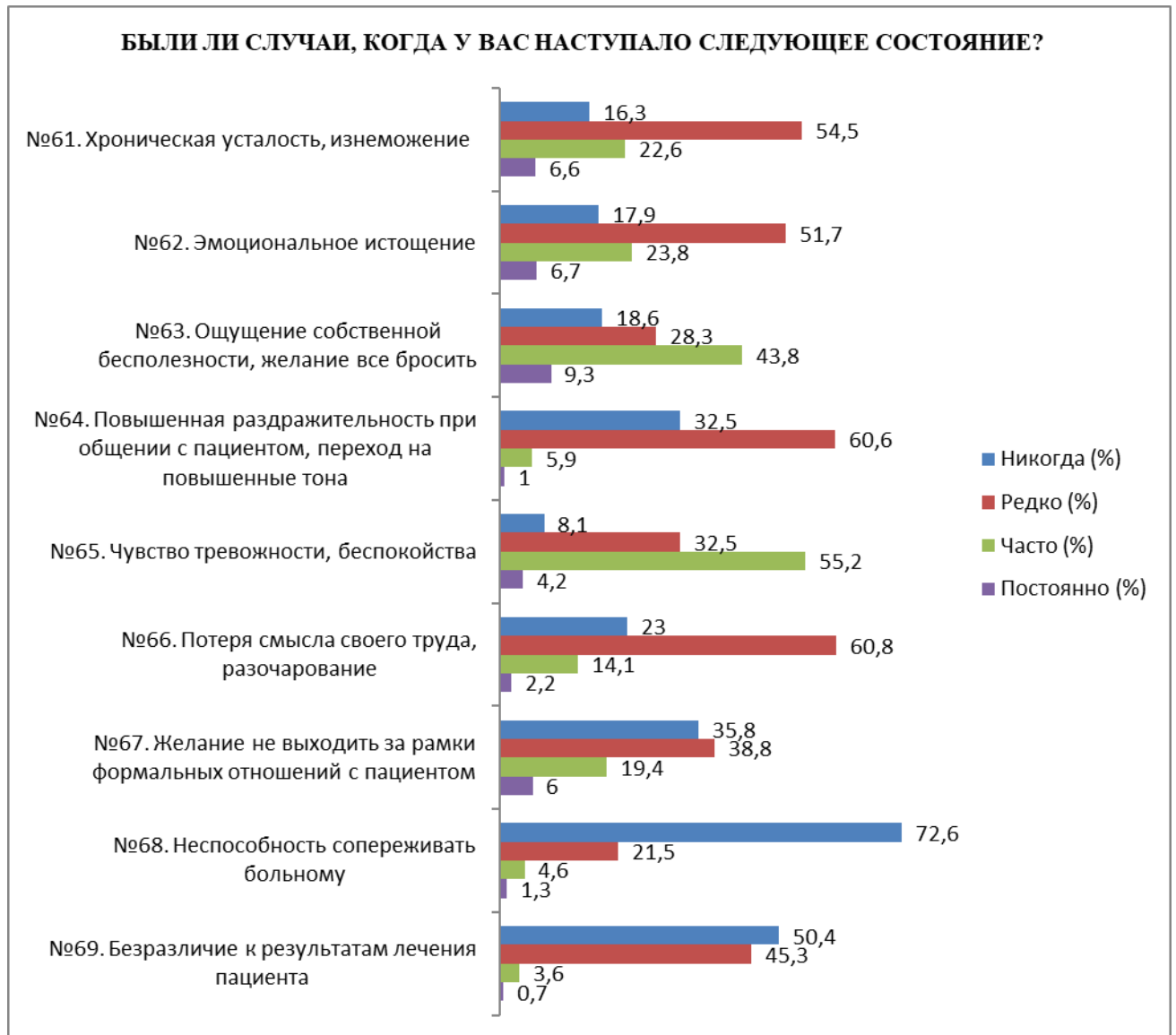


Рис. 21.



ЕСЛИ ТАКИЕ СЛУЧАИ У ВАС БЫЛИ, ТО С ЧЕМ ЭТО СВЯЗАНО?

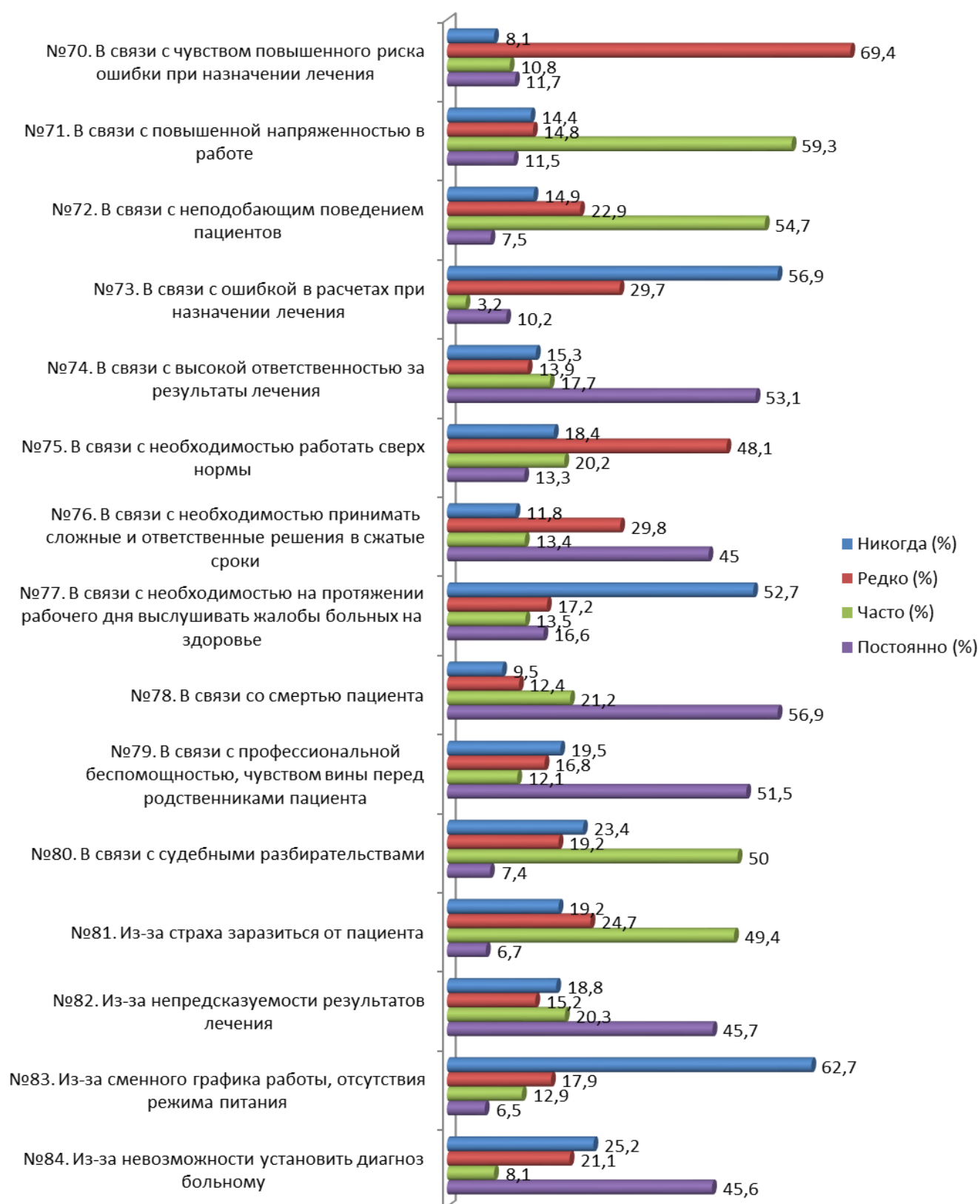


Рис. 23.



Рис. 24.



Рис. 25.

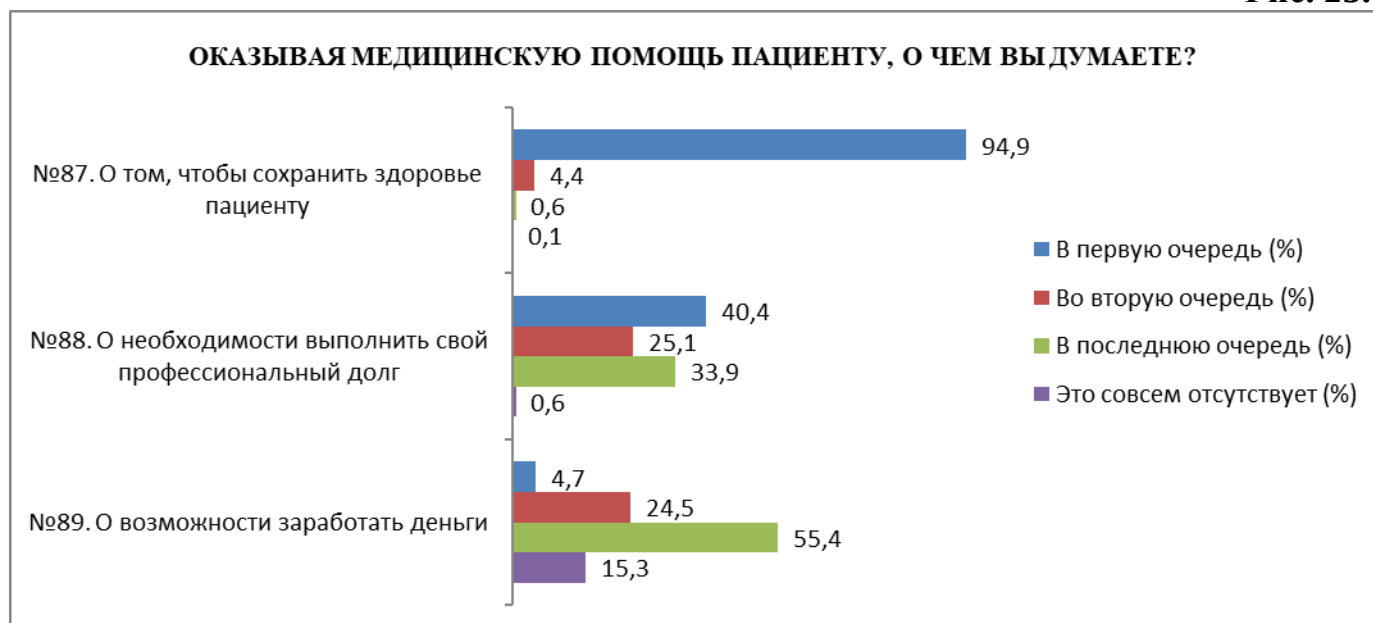


Рис. 26.

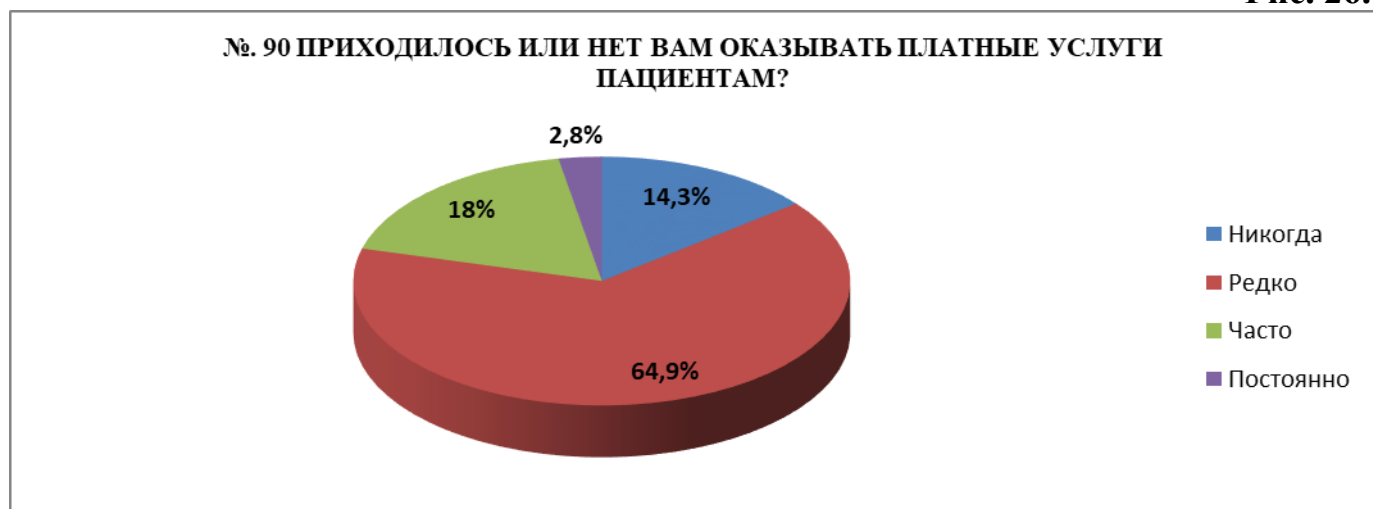


Рис. 27.



Рис. 28.

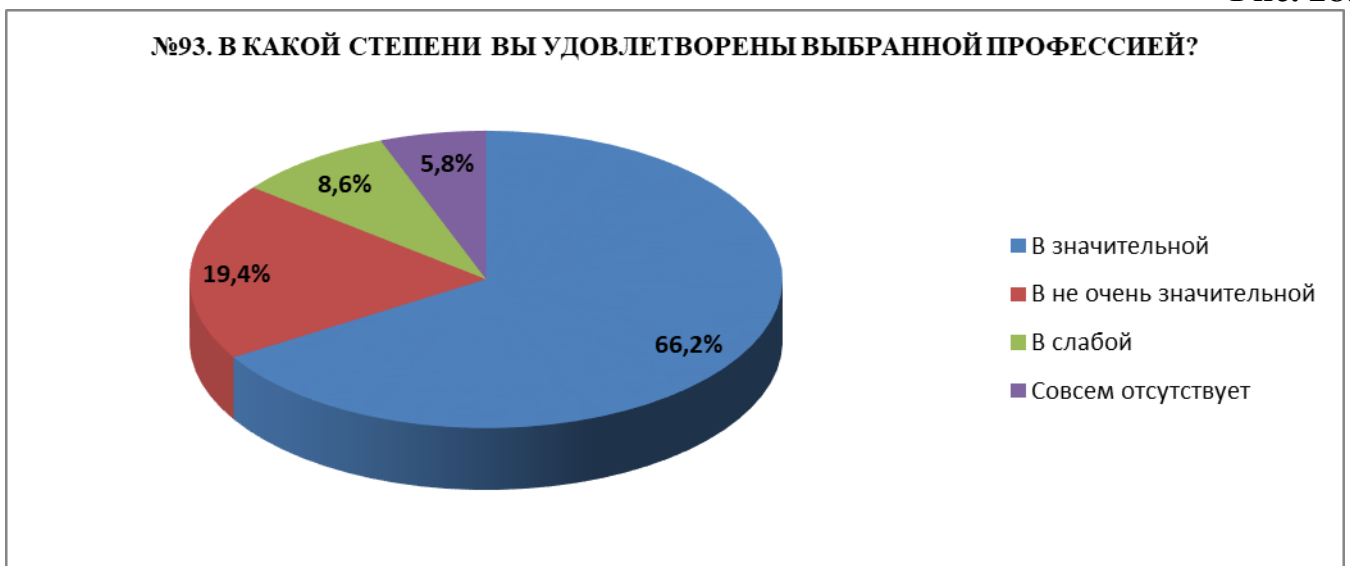


Рис. 29.

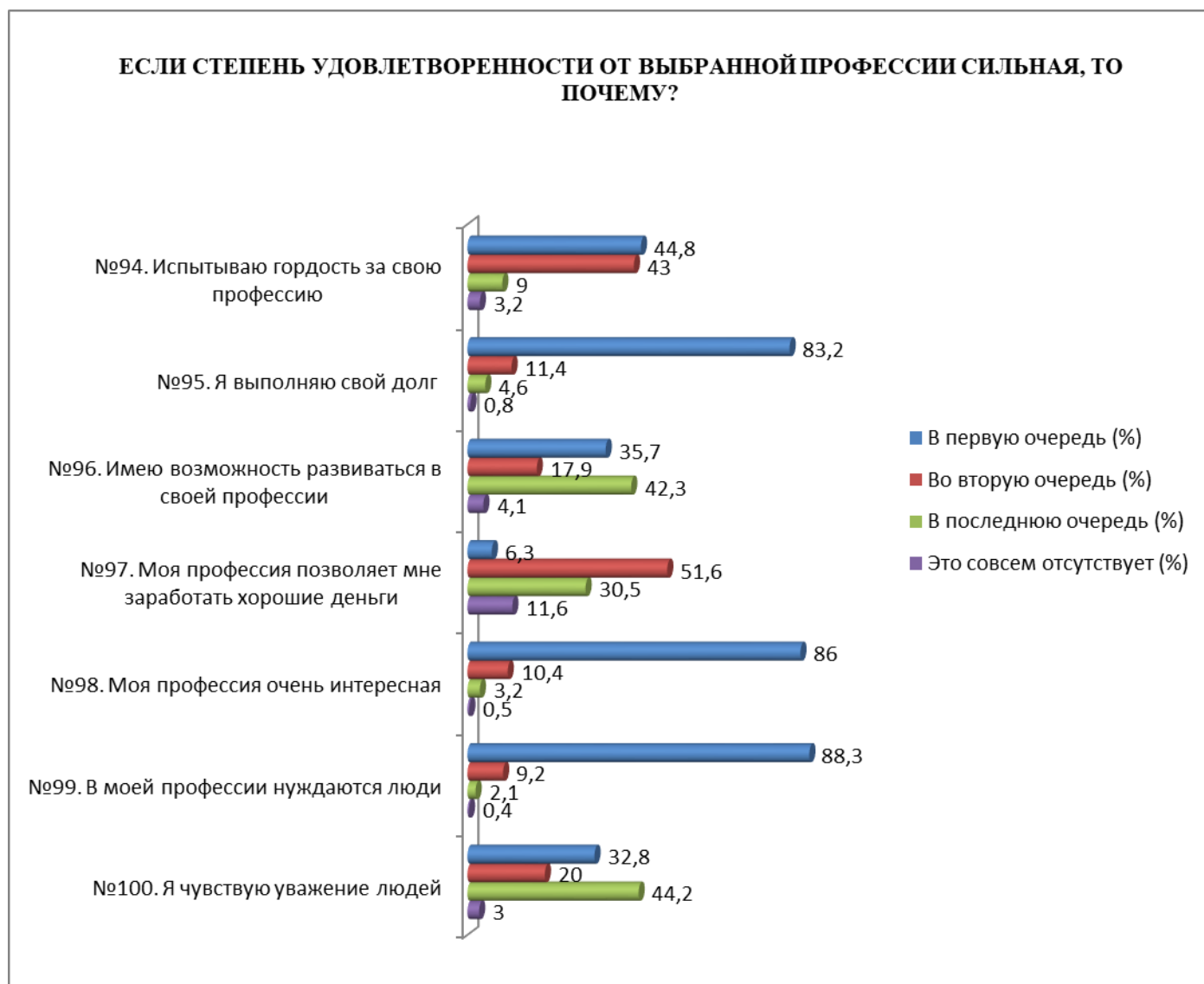


Рис. 30.

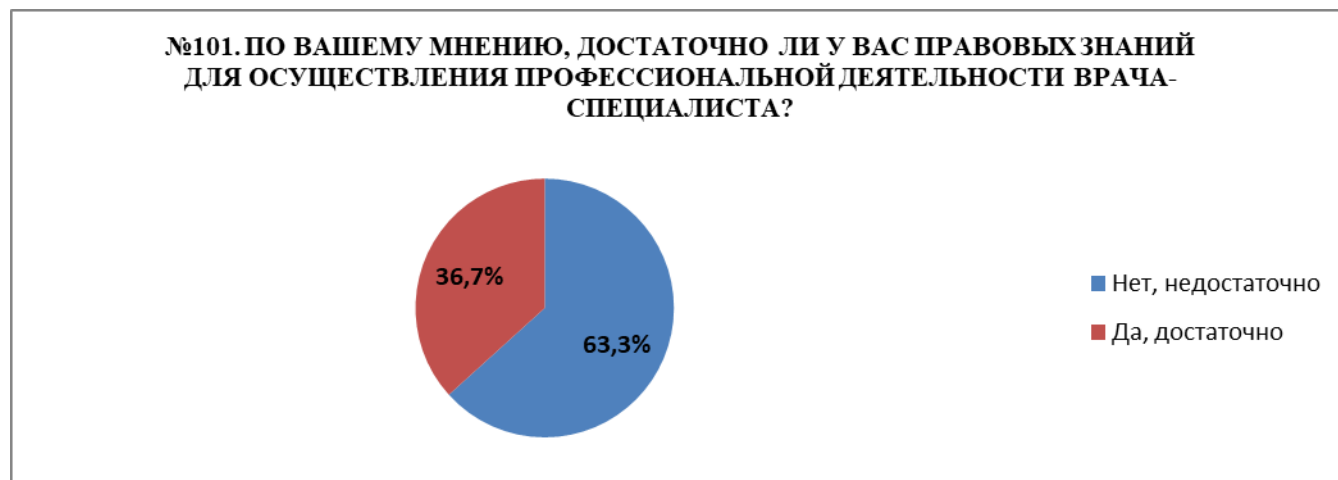
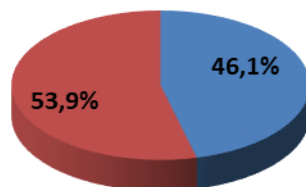


Рис. 31.

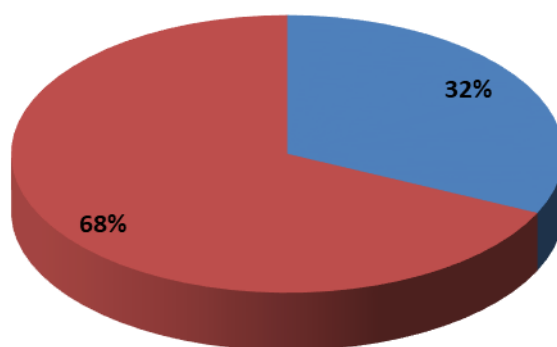
№102. СЧИТАЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ НЕТ, ЧТО ЕСЛИ У ВРАЧА НЕДОСТАТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ О ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПЕРЕД ПАЦИЕНТОМ, ТО МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ С НИМ КОНФЛИКТ?



■ Нет, не считаю
■ Да, считаю

Рис. 32.

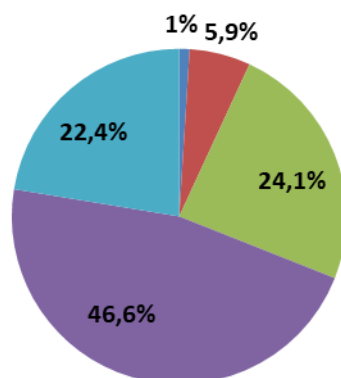
№103. НА ВАШ ВЗГЛЯД, ВВЕДЕНИЕ В ТРУДОВОЙ КОДЕКС РФ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧА ЗА НАРУШЕНИЕ НОРМ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ПОВЫСИТ КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМЫХ ИМ УСЛУГ?



■ Нет, не повысит
■ Да, повысит

Рис. 33.

№104. КАКОЙ СТАЖ ВАШЕЙ РАБОТЫ ВРАЧОМ?



■ До 1 года
■ От 1 год до 3 лет
■ От 4 лет до 10 лет
■ От 11 до 20 лет
■ Больше 20 лет

Результаты социологического исследования пациентов 2018-2019 гг.

Рис. 34.

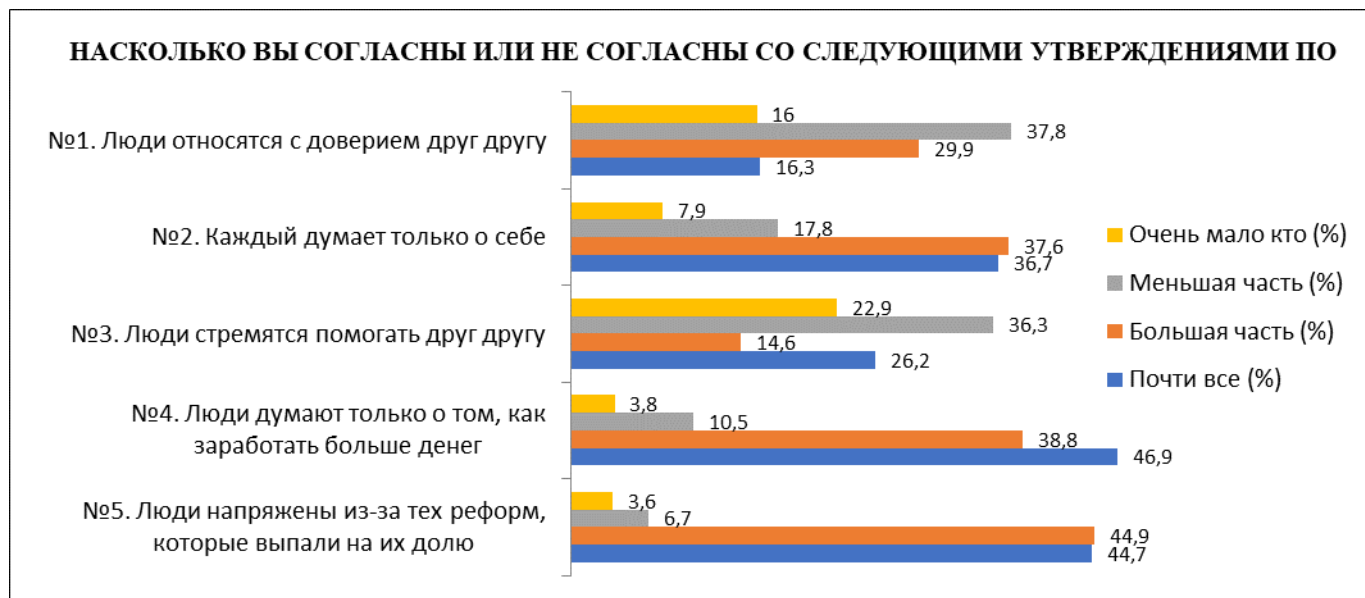


Рис. 35.

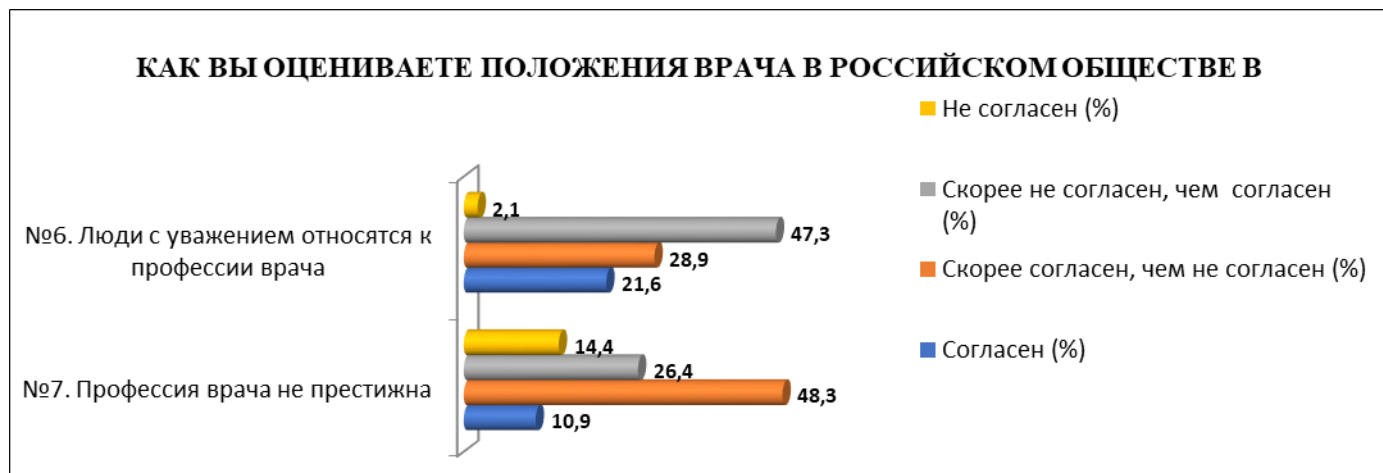


Рис. 36.

№8. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, РЕФОРМЫ ПРОВОДИМЫЕ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УЛУЧШИЛИ ИЛИ УХУДШИЛИ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ?

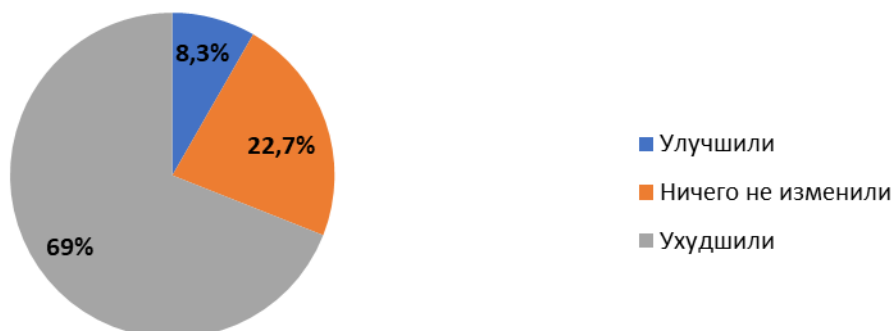


Рис. 37.

№9. КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ УРОВЕНЬ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ ВРАЧА?



Рис. 38.

№10. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В КАКОМ СЛОЕ ПО УРОВНЮ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ НАХОДЯТСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВРАЧИ В РОССИИ?

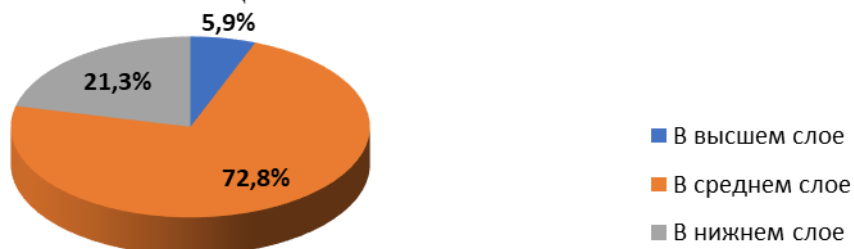


Рис. 39.

№11. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, НАСКОЛЬКО РАСПРОСТРАНЕНО В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПОЛУЧЕНИЕ НЕФОРМАЛЬНОЙ ПЛАТЫ ЗА ОКАЗЫВАЕМЫЕ ВРАЧАМИ УСЛУГИ?

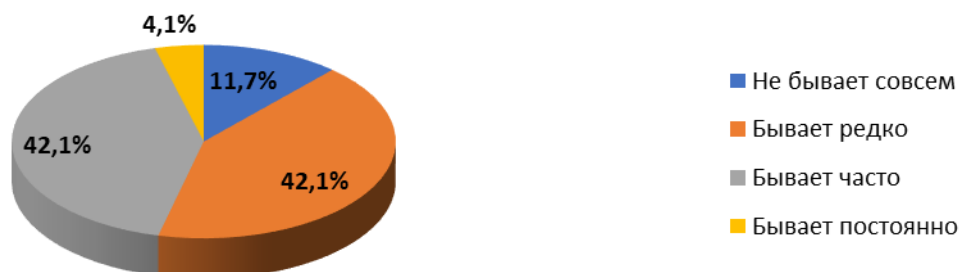


Рис. 40.

№12. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, СУЩЕСТВУЮТ ЛИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ УСЛОВИЯ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ВРАЧ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ И КАЧЕСТВЕННО ВЫПОЛНЯЛ СВОИ ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ?

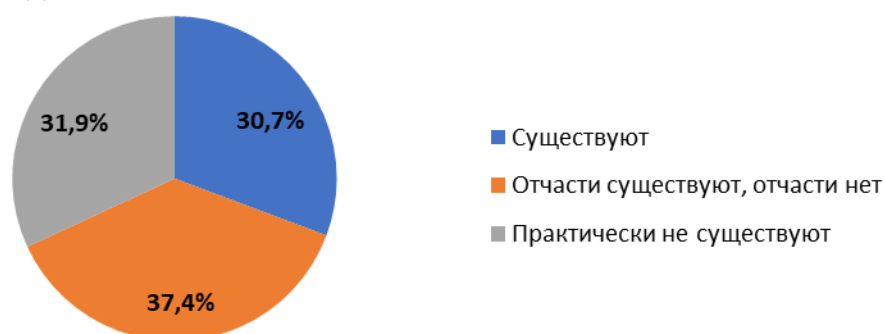


Рис. 41.

КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В КАКОЙ СТЕПЕНИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ТРУДОВЫЕ ПРАВООТНОШЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЮТ СОЦИАЛЬНУЮ ЗАЩИЩЕННОСТЬ СО СТОРОНЫ ГОСУДАРСТВА:

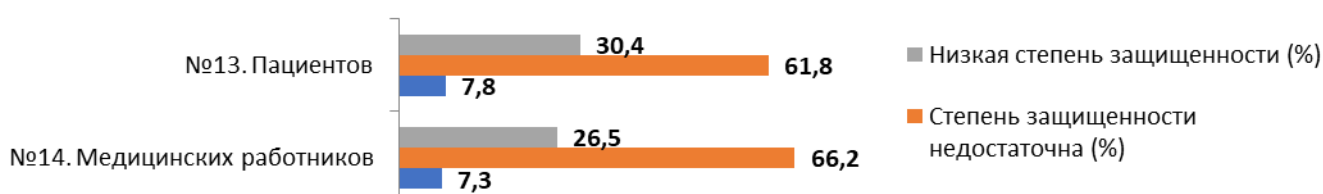


Рис. 42.

№15. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В КАКОЙ СТЕПЕНИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ТРУДОВЫЕ ПРАВООТНОШЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА КАЧЕСТВЕННОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ СВОИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?



Рис. 43.

№ 16. НА ВАШ ВЗГЛЯД, В СВЯЗИ С ЭТИМ ПОВЫШАЕТСЯ ИЛИ ПОНИЖАЕТСЯ УРОВЕНЬ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПОЛИКЛИНИК И БОЛЬНИЦ ЗА КАЧЕСТВЕННОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ СВОИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?

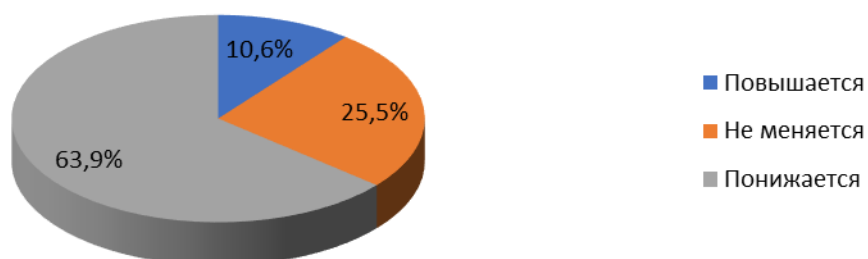


Рис. 44.

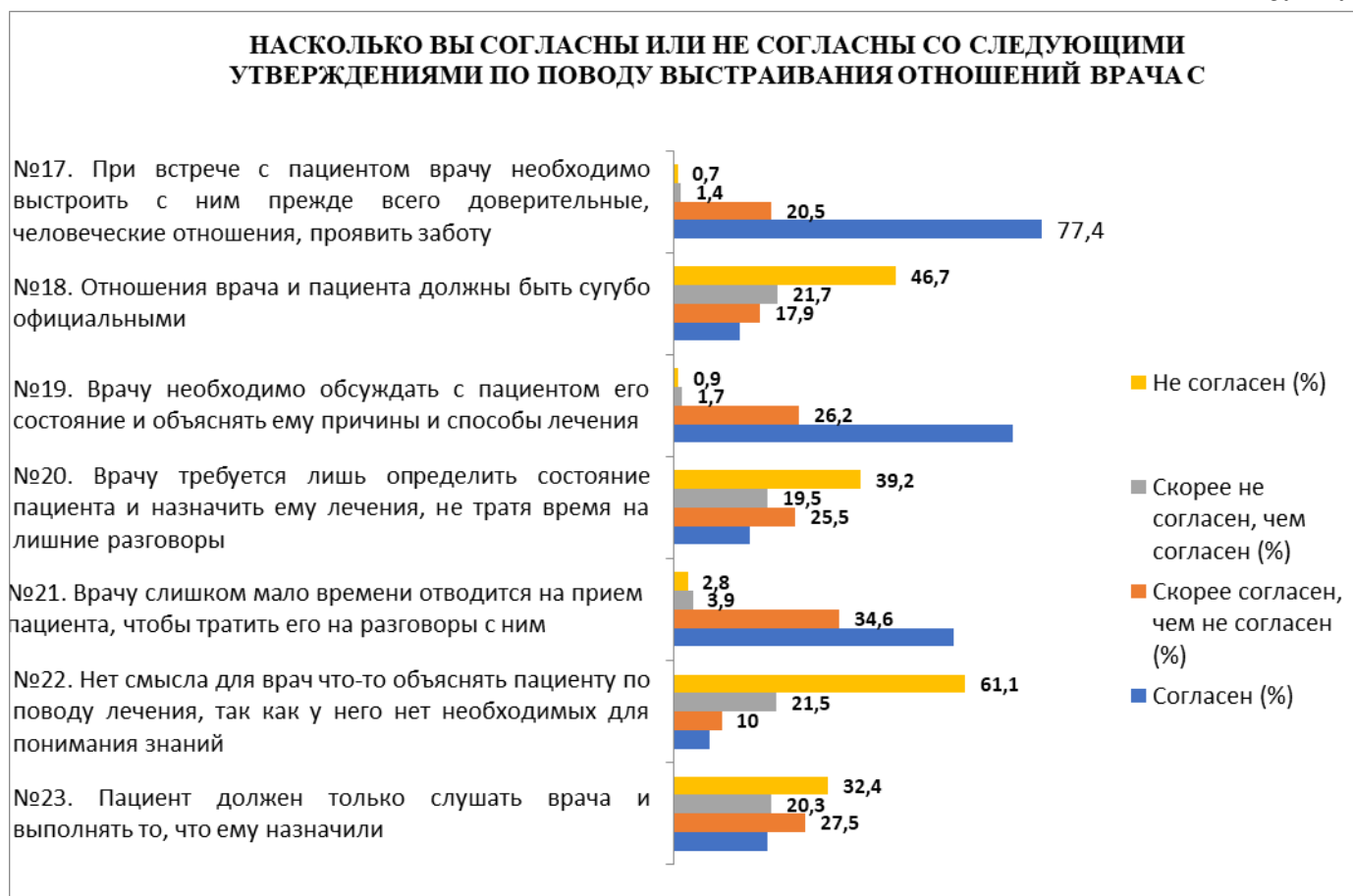


Рис. 45.



Рис. 46.

№27. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, МОЖЕТ ИЛИ НЕТ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОНЕСТИ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕКАЧЕСТВЕННОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ СВОИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?

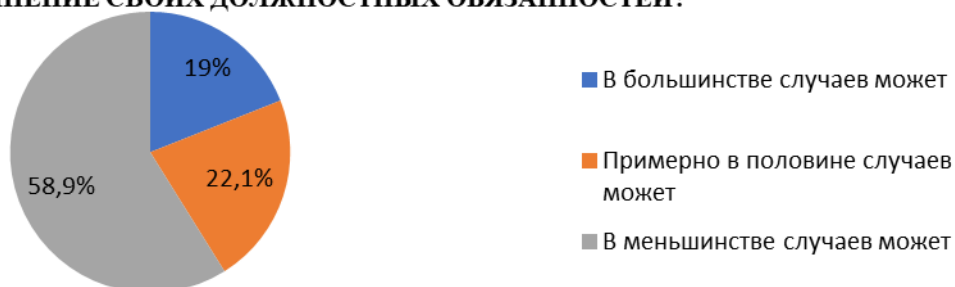


Рис. 47.

УЧИТЫВАЯ НЕВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ИМЕЮТ ИЛИ НЕ ИМЕЮТ ОНИ ЛИЧНУЮ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ В ПОЛУЧЕНИИ МАТЕРИАЛЬНОЙ ВЫГОДЫ (ДЕНЕГ, ПОДАРКОВ, МАТЕРИАЛЬНЫХ УСЛУГ И Т.П.) ОТ ЧАСТНОЙ КОМПАНИИ ИЛИ ОТ ПАЦИЕНТОВ, ДАЖЕ ЕСЛИ ЭТО ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?

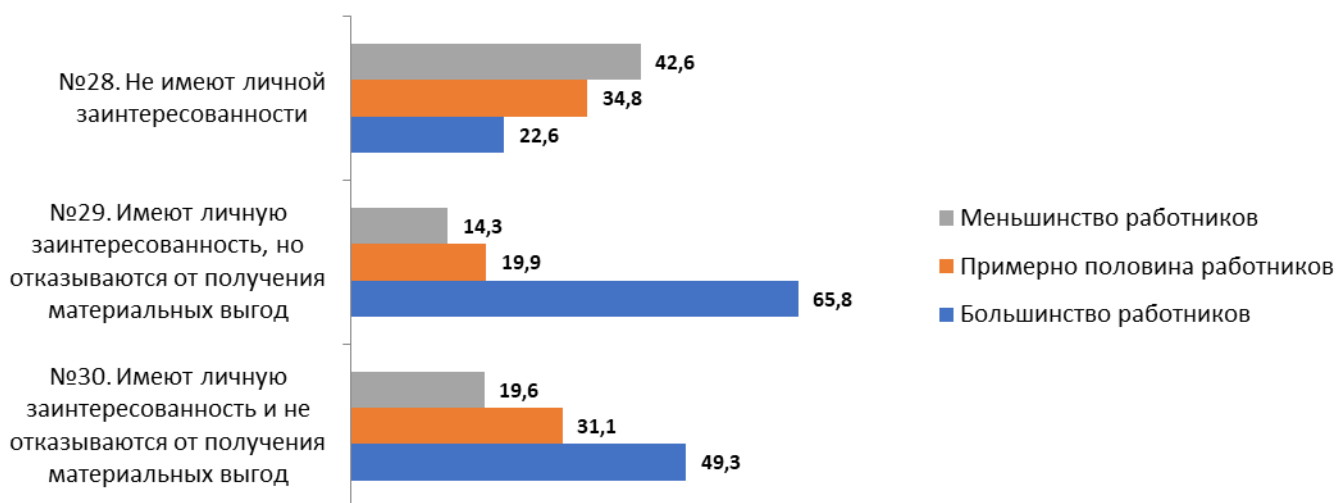


Рис. 48.



Рис. 49.



Рис. 50.

КАК, ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, СМИ, СЕТЬ «ИНТЕРНЕТ», ПОПУЛЯРНЫЕ ТЕЛЕПЕРЕДАЧИ, РАЗБИРАЯ НЕУДАЧНЫЕ СЛУЧАИ ЛЕЧЕНИЯ, ВЛИЯЮТ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ МНЕНИЕ?



Рис. 51.

№45. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, НАСКОЛЬКО СИЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ В ЦЕЛОМ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ИЗЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА?

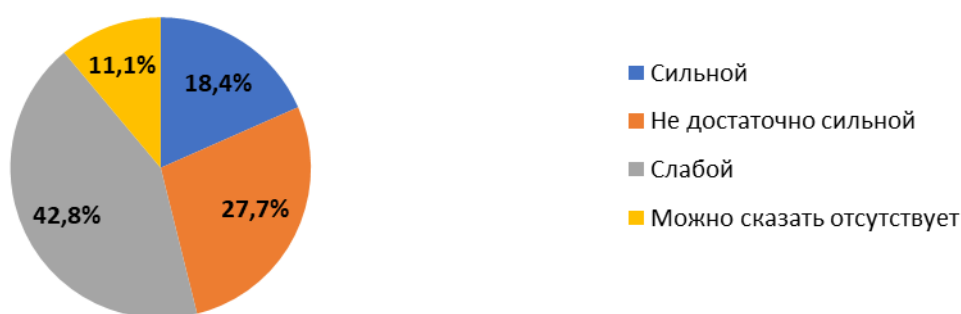


Рис. 52.



Рис. 53.

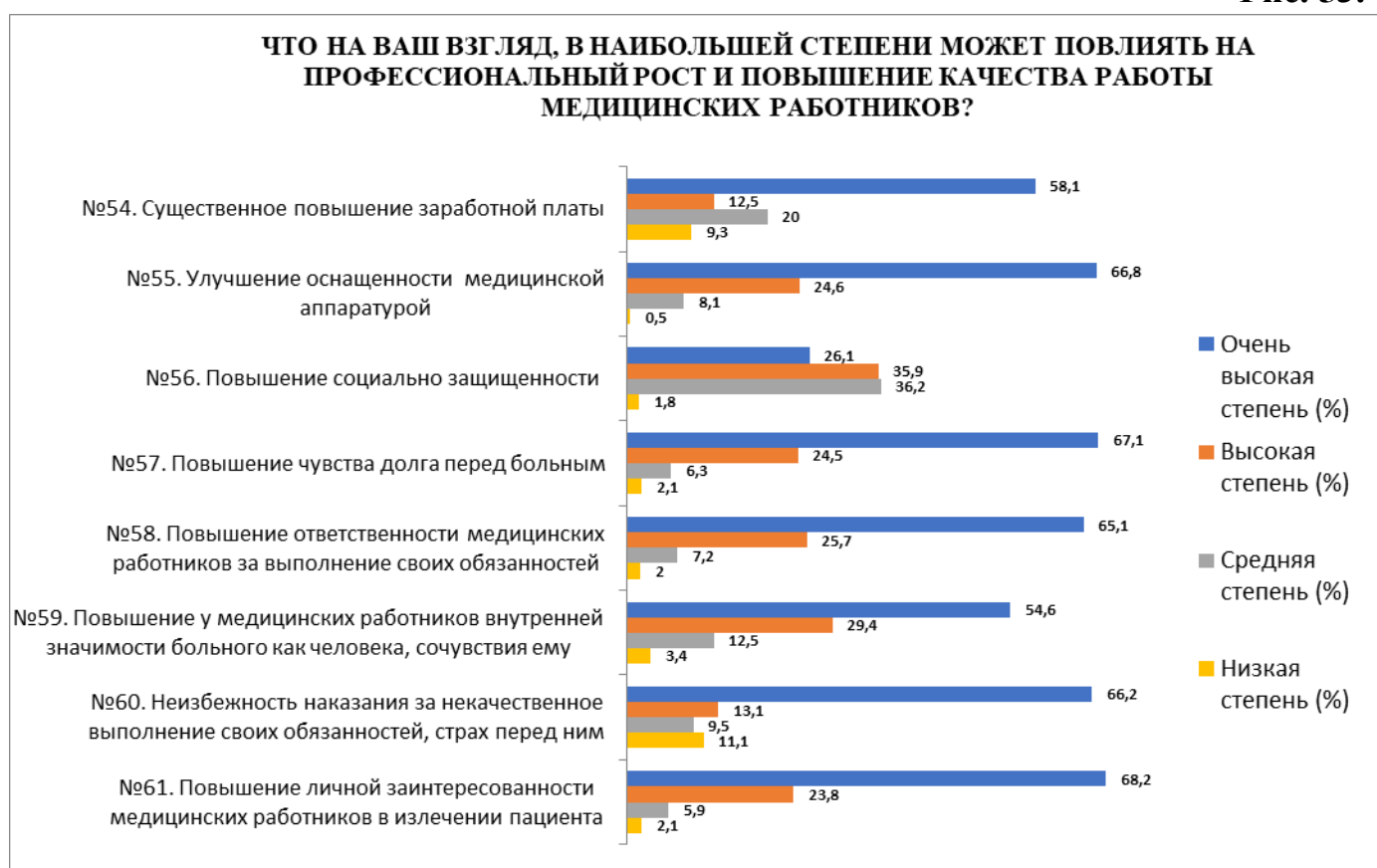


Рис. 54.

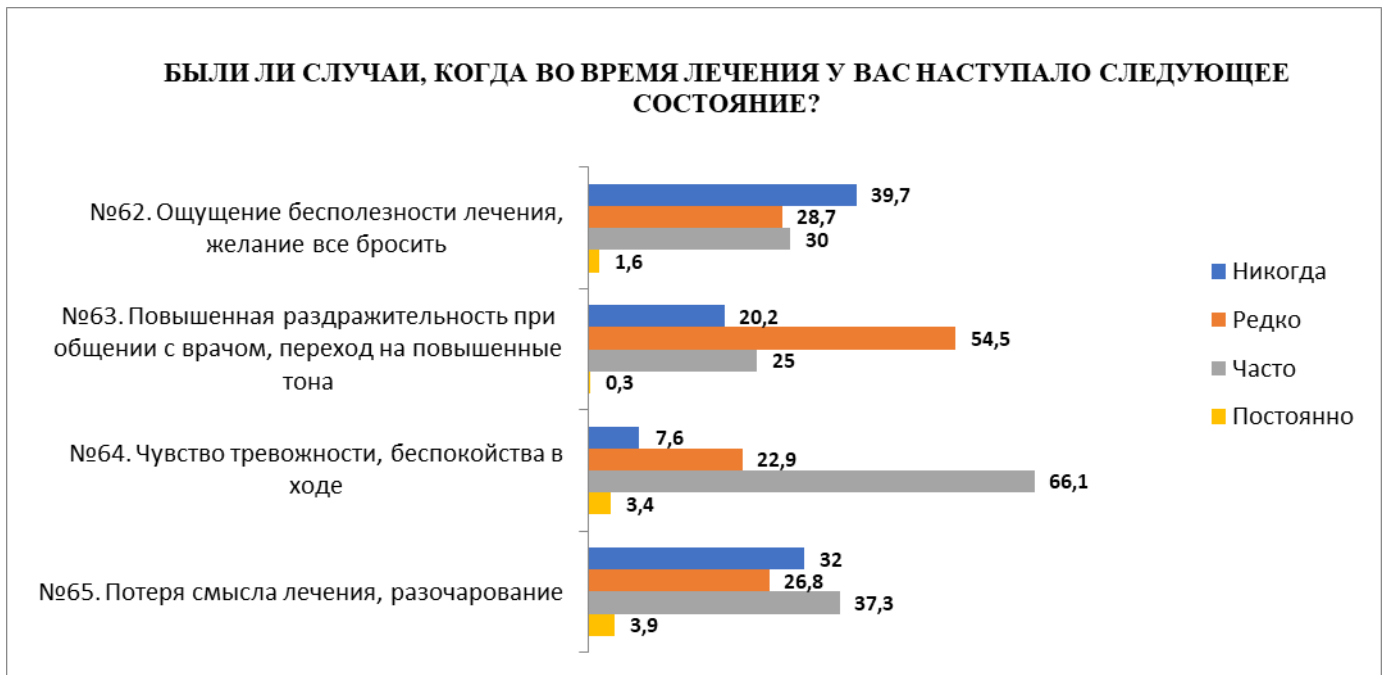


Рис. 55.

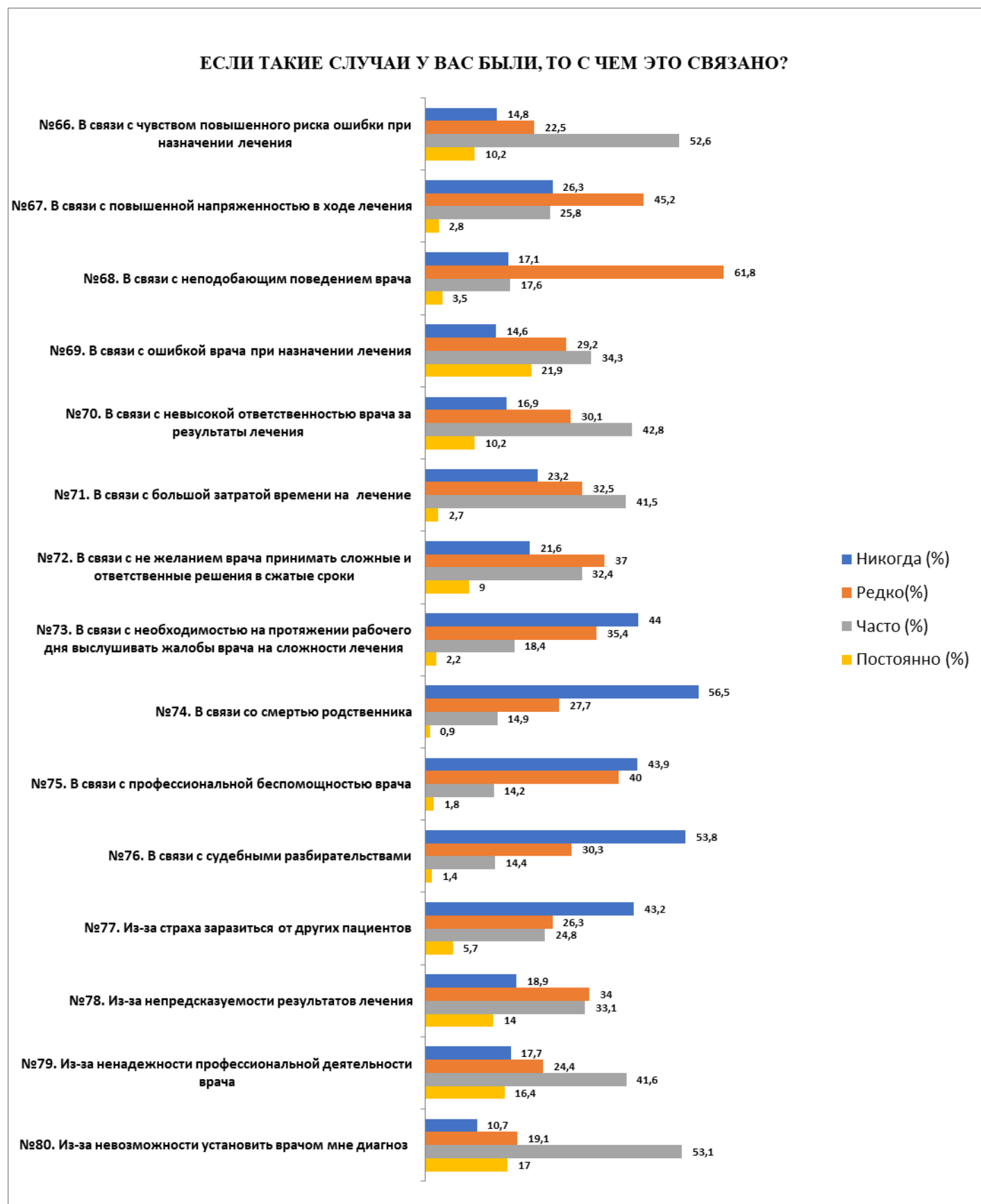


Рис. 56.

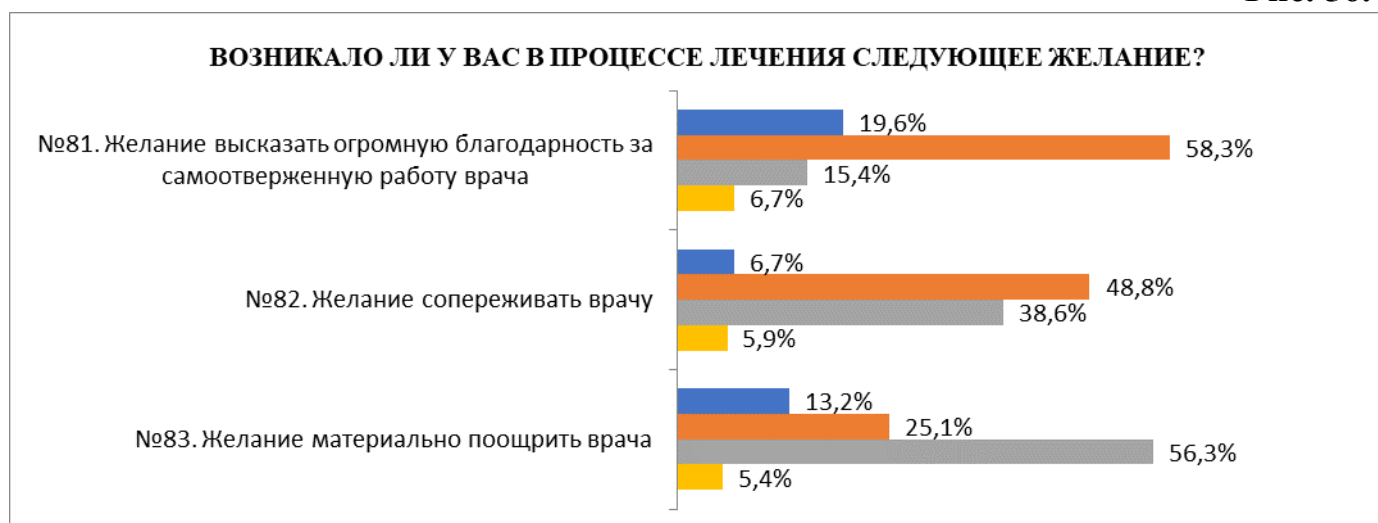


Рис. 57.



Рис. 58.

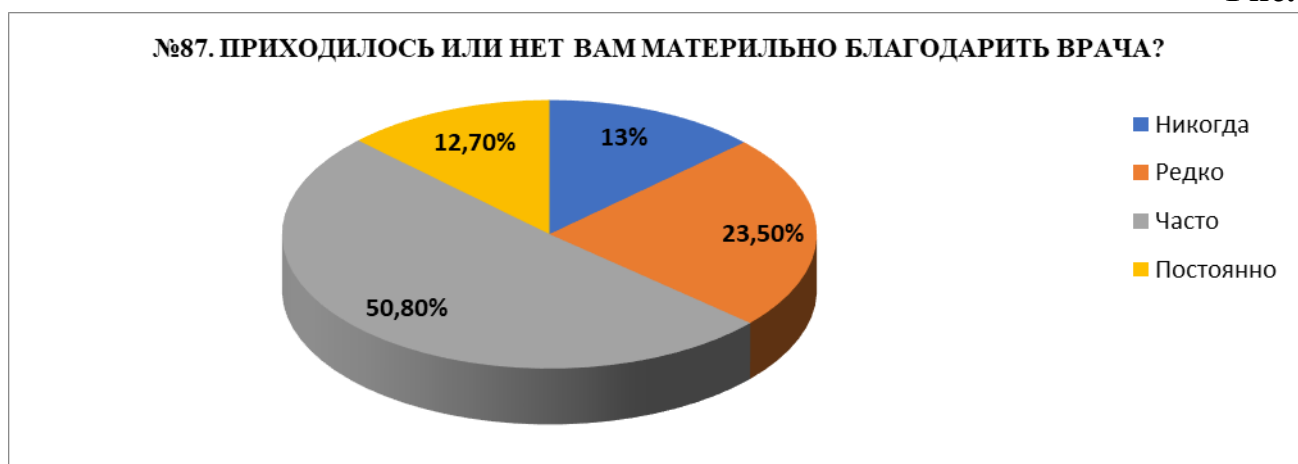


Рис. 59.

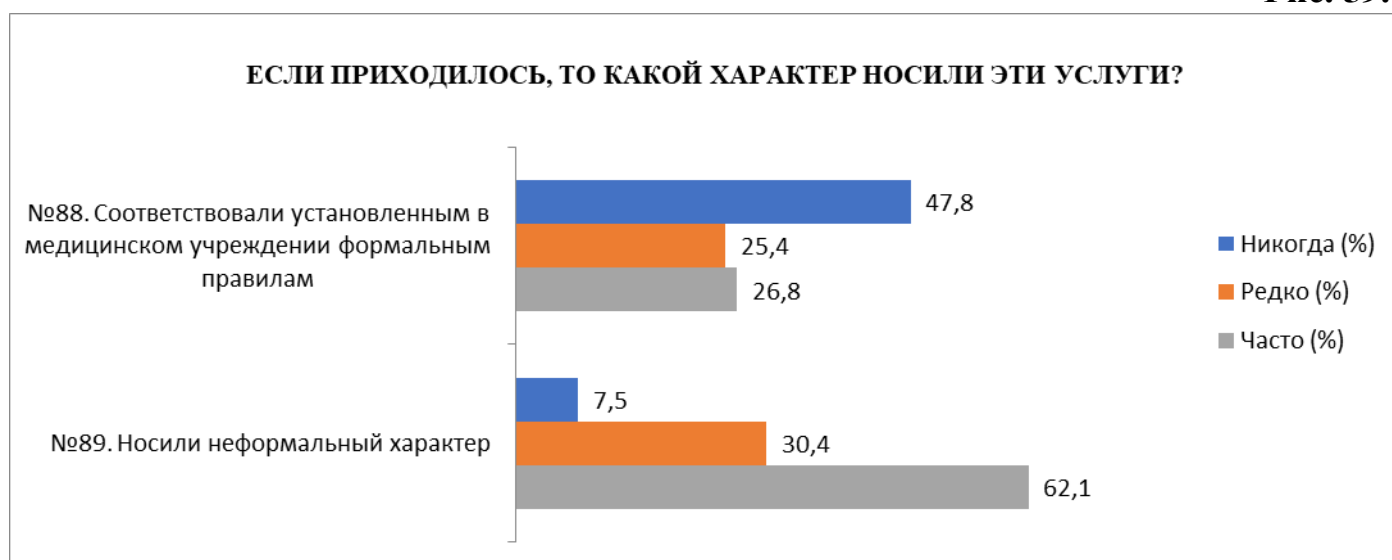


Рис. 60.



Рис. 61.

**91. НА ВАШ ВЗГЛЯД, ВВЕДЕНИЕ В ТРУДОВОЙ КОДЕКС РФ
ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧА ЗА НАРУШЕНИЕ НОРМ ЭТИКИ ПОВЫСИТ
КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМЫХ ИМ УСЛУГ?**

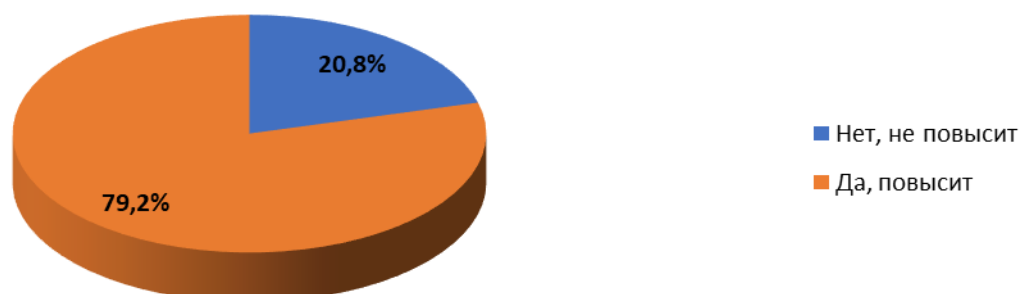


Рис. 62.

№92. КАКОЕ У ВАС ОБРАЗОВАНИЕ?

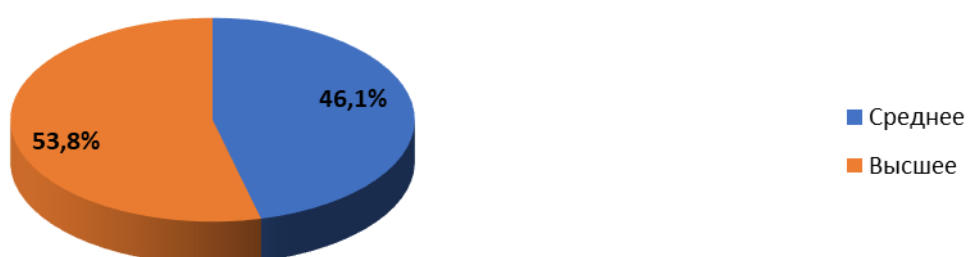


Рис. 63.

№93. ВАШ ВОЗРАСТ?

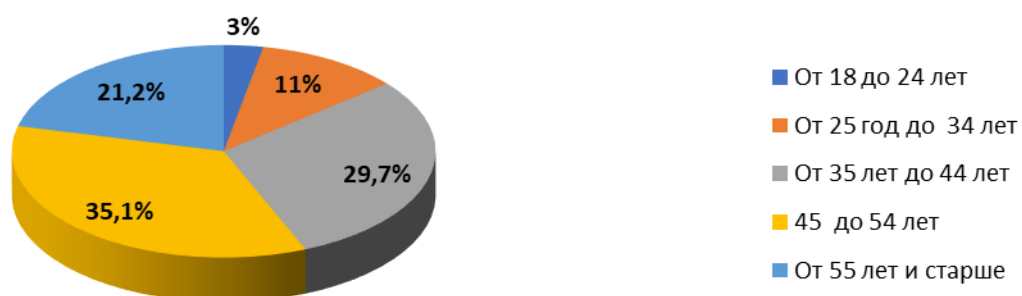


Рис. 64.



Рис. 65.



Рис. 66.

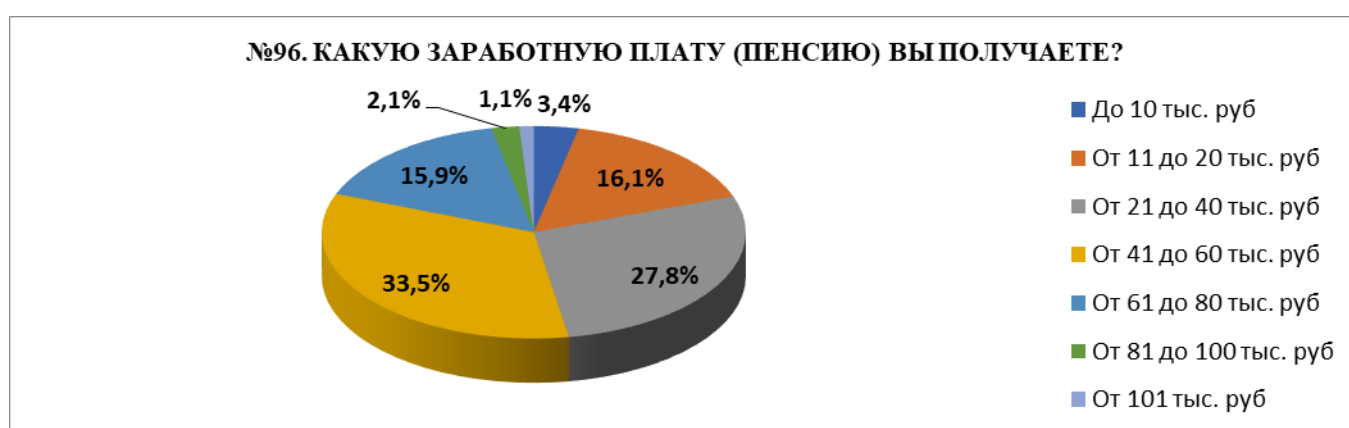
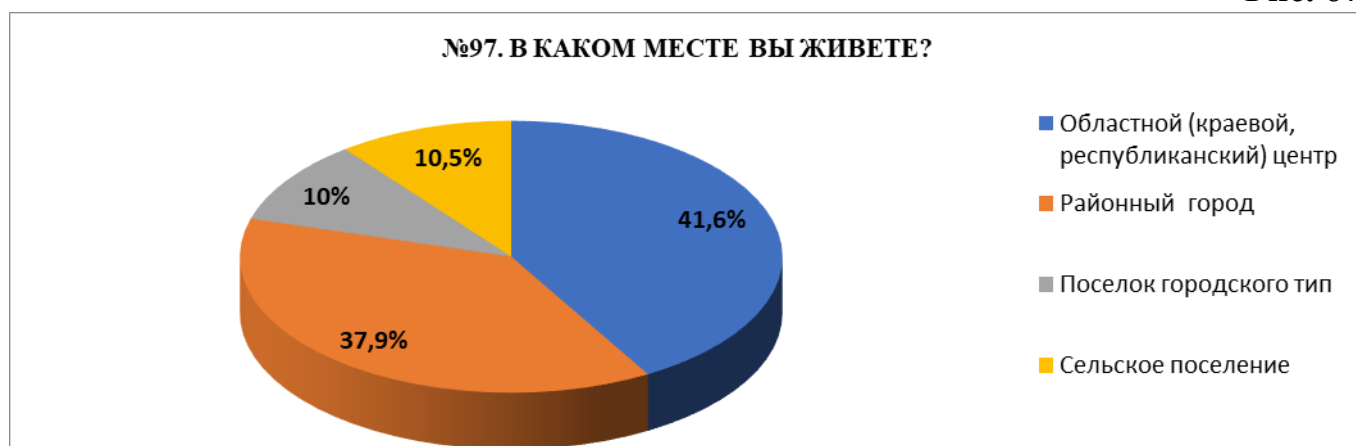


Рис. 67.



Результаты социологического исследования ординаторов и аспирантов 2018-2019 г.г.

Рис. 68.

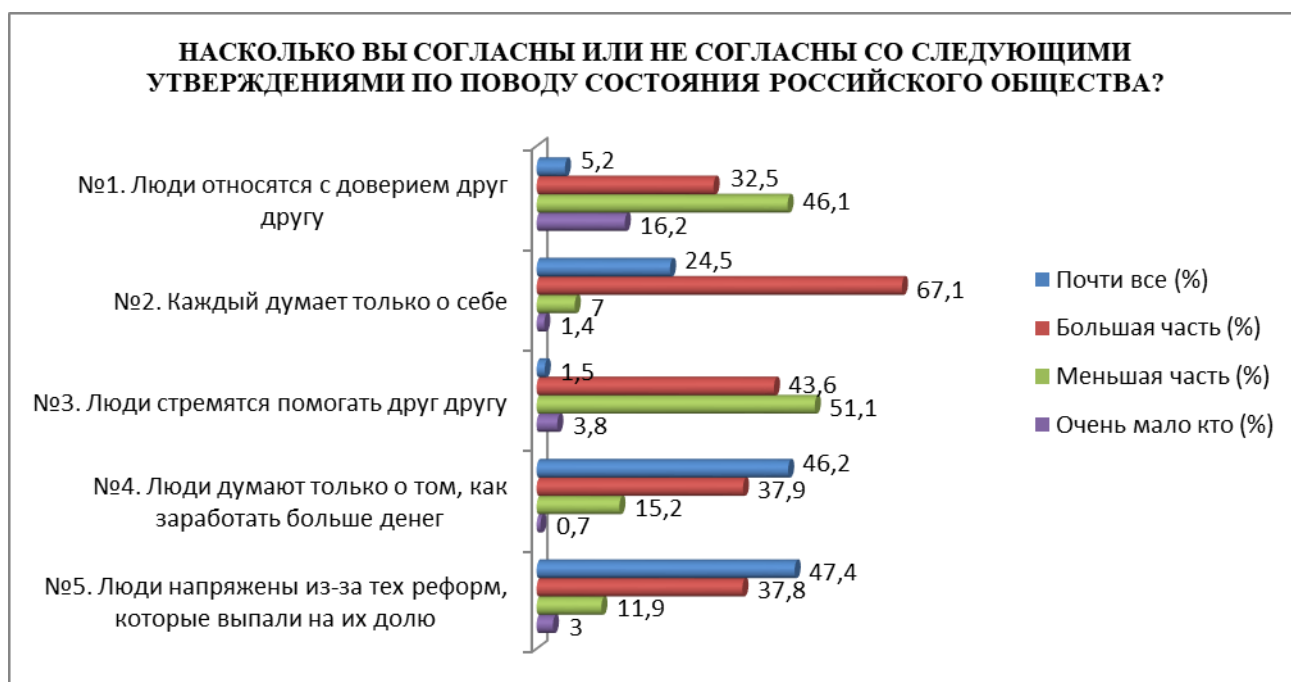


Рис. 69.

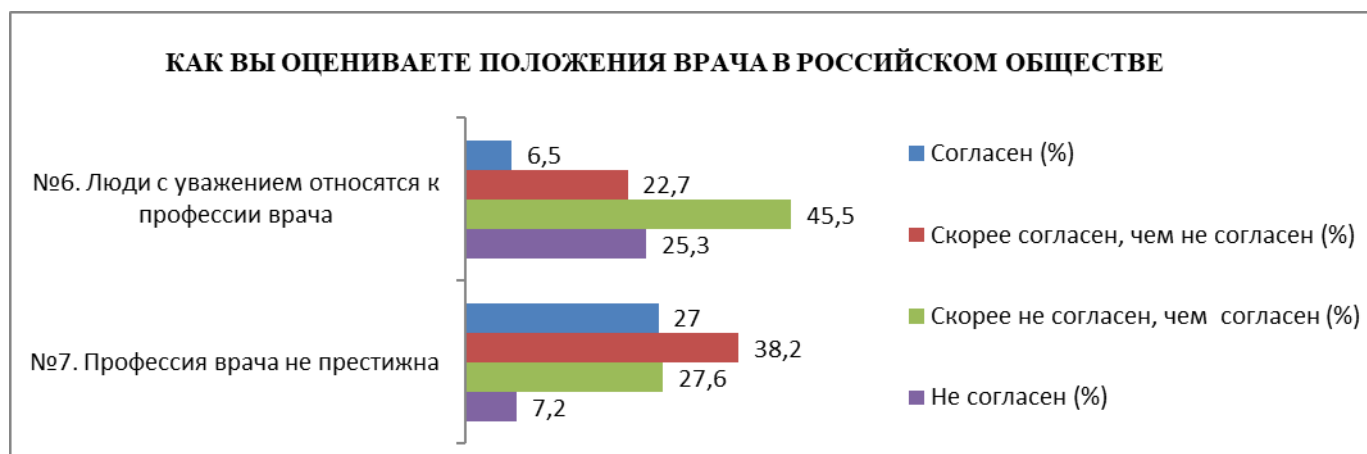


Рис. 70.

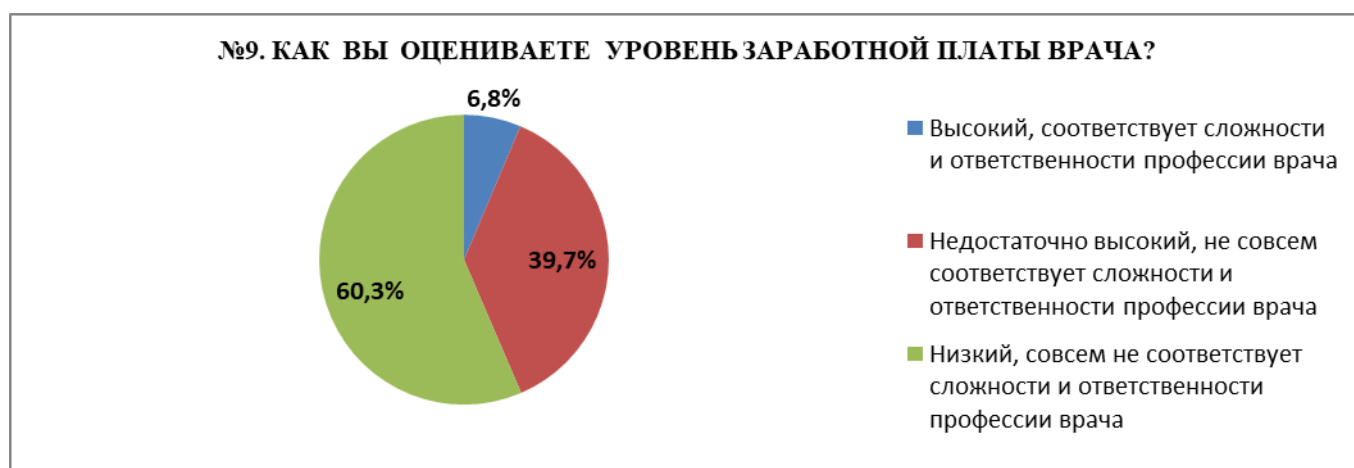


Рис. 71.



Рис. 72.



Рис. 73.

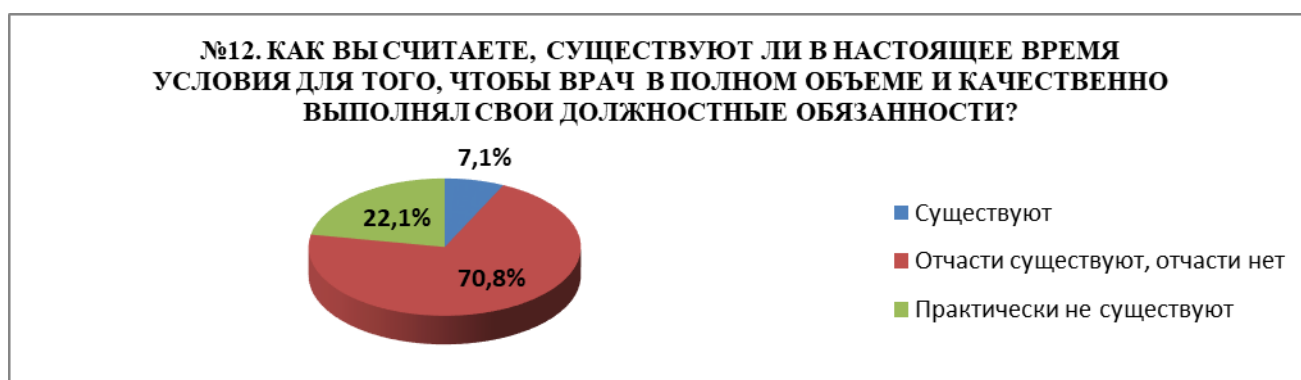


Рис. 74.



Рис. 75.

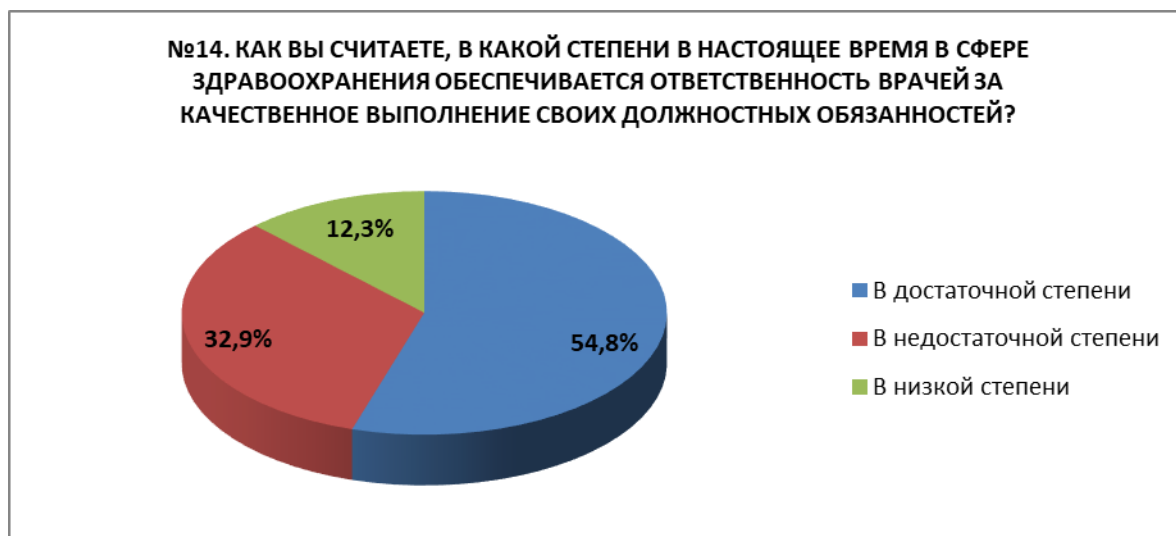


Рис. 76.



Рис. 77.

№21. ИСХОДЯ ИЗ ВАШЕГО ОПЫТА, КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, МОЖЕТ ЛИ НЕТ ВРАЧ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОНЕСТИ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕКАЧЕСТВЕННОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ СВОИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?

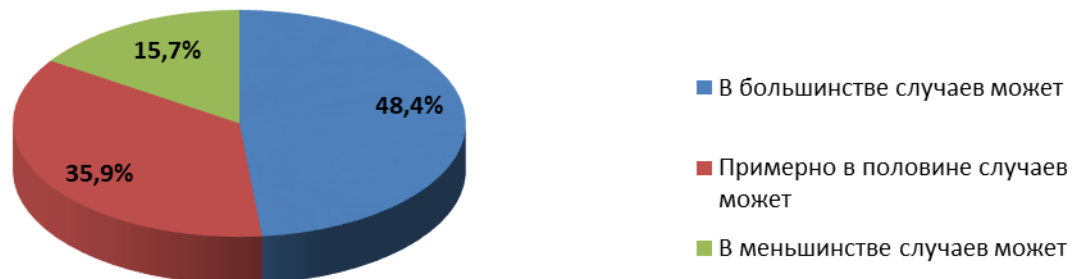


Рис. 78.

УЧИТЫВАЯ НЕВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ ВРАЧЕЙ, КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ИМЕЮТ ЛИ НЕ ИМЕЮТ ОНИ ЛИЧНУЮ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ В ПОЛУЧЕНИИ МАТЕРИАЛЬНОЙ ВЫГОДЫ (ДЕНЕГ, ПОДАРКОВ, МАТЕРИАЛЬНЫХ УСЛУГ И Т.П.) ОТ ЧАСТНОЙ КОМПАНИИ ИЛИ ОТ ПАЦИЕНТОВ, ДАЖЕ ЕСЛИ ЭТО ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?

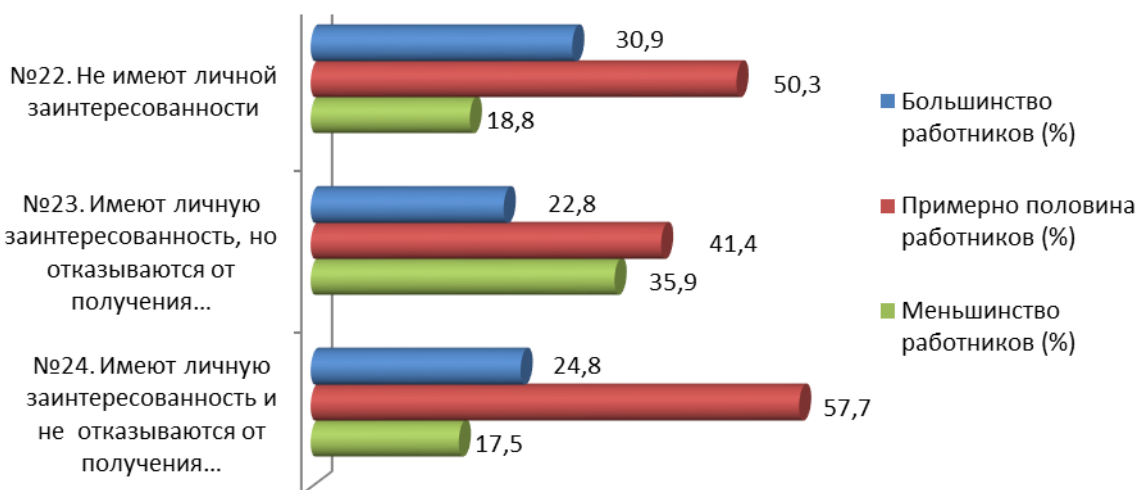


Рис. 79.

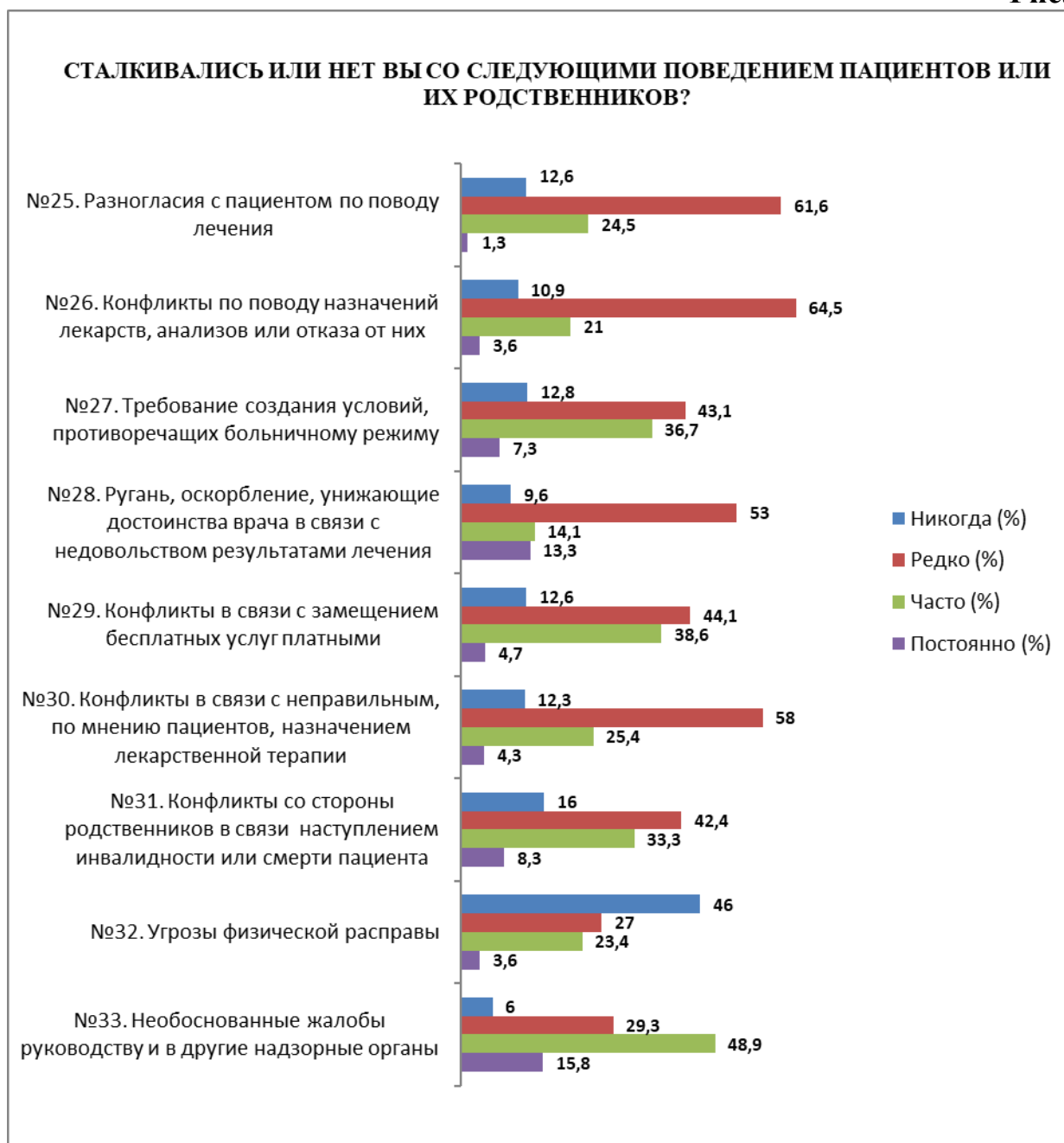


Рис. 80.



Рис. 81.



Рис. 82.



Рис. 83.

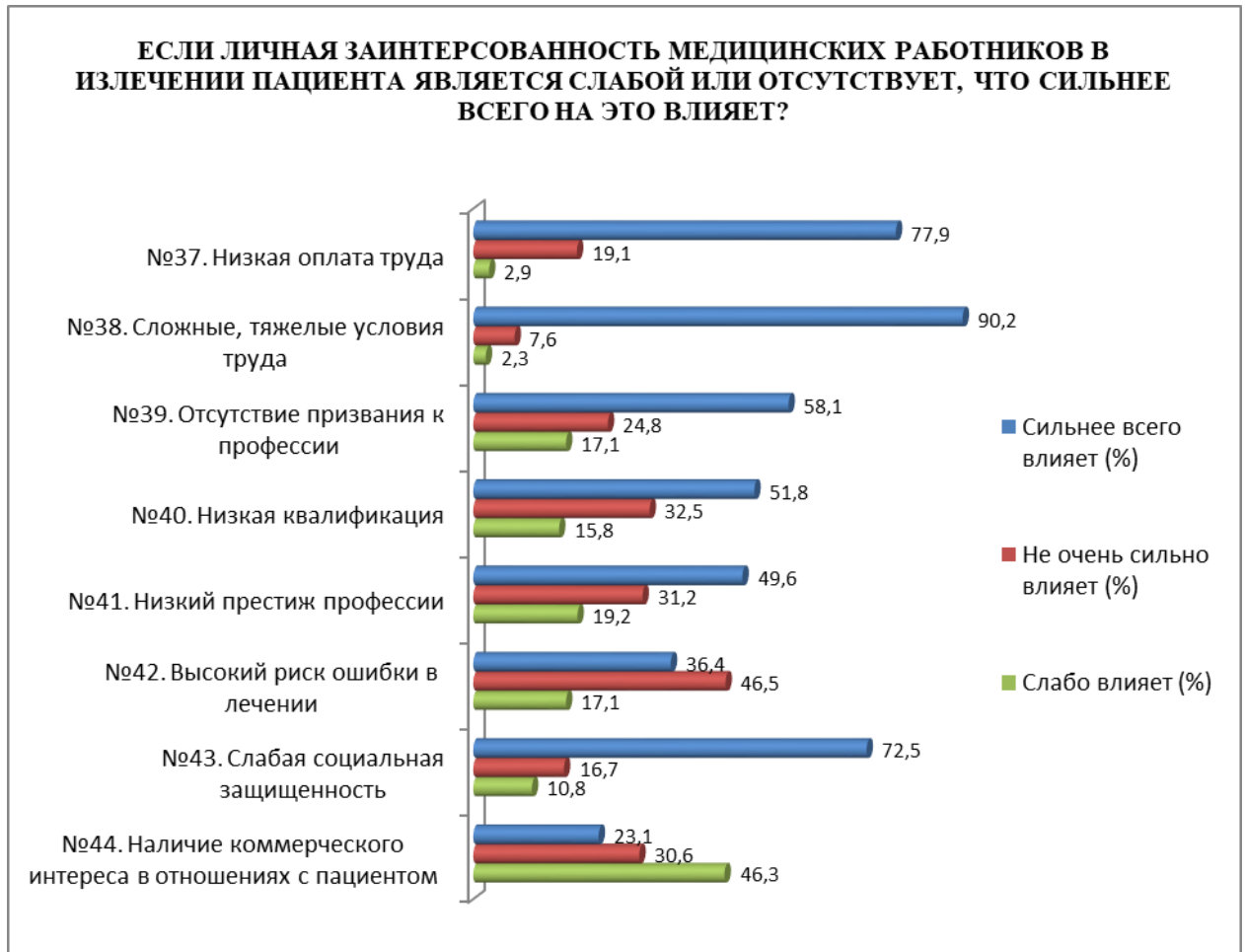


Рис. 84.

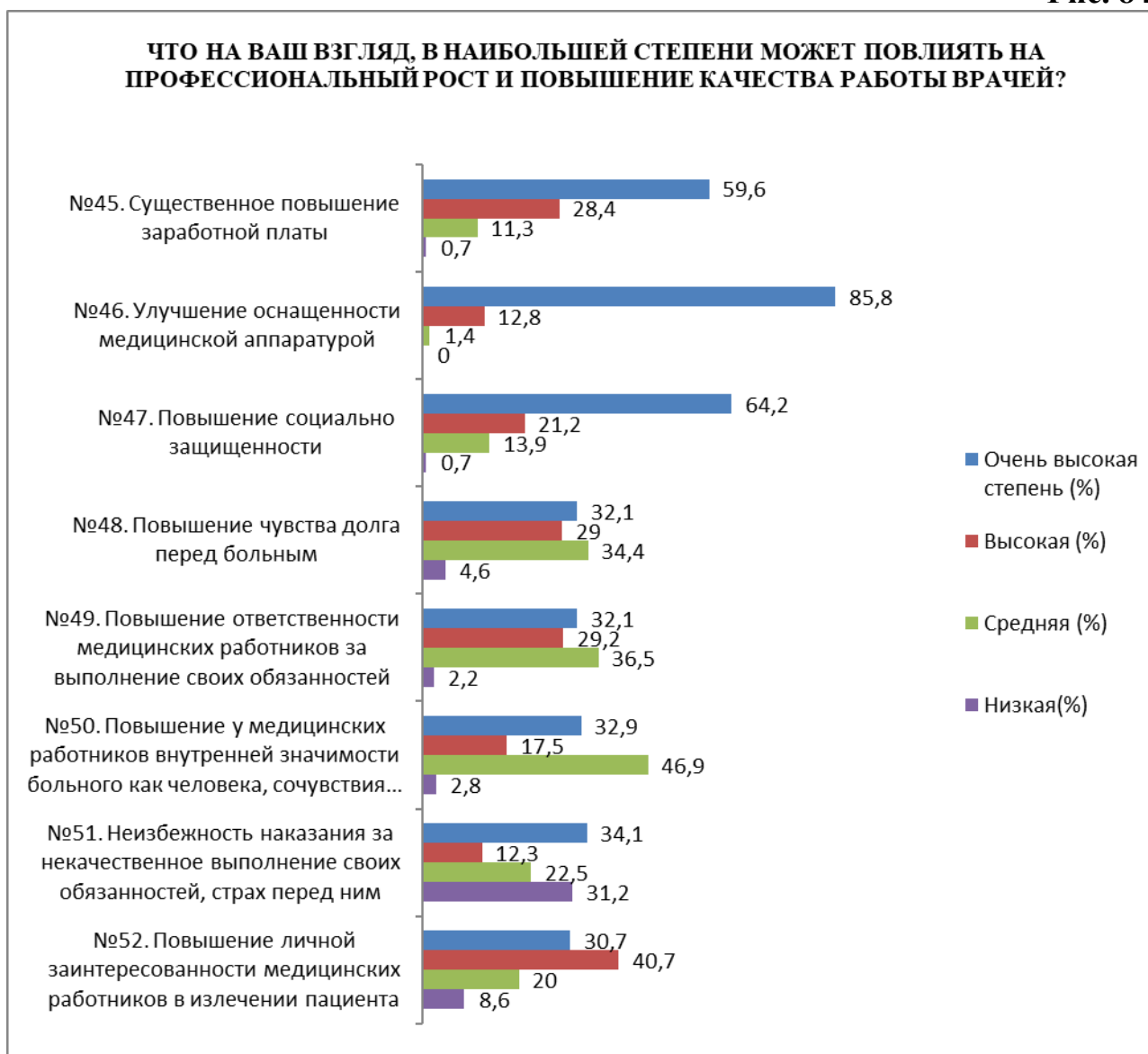


Рис. 85.

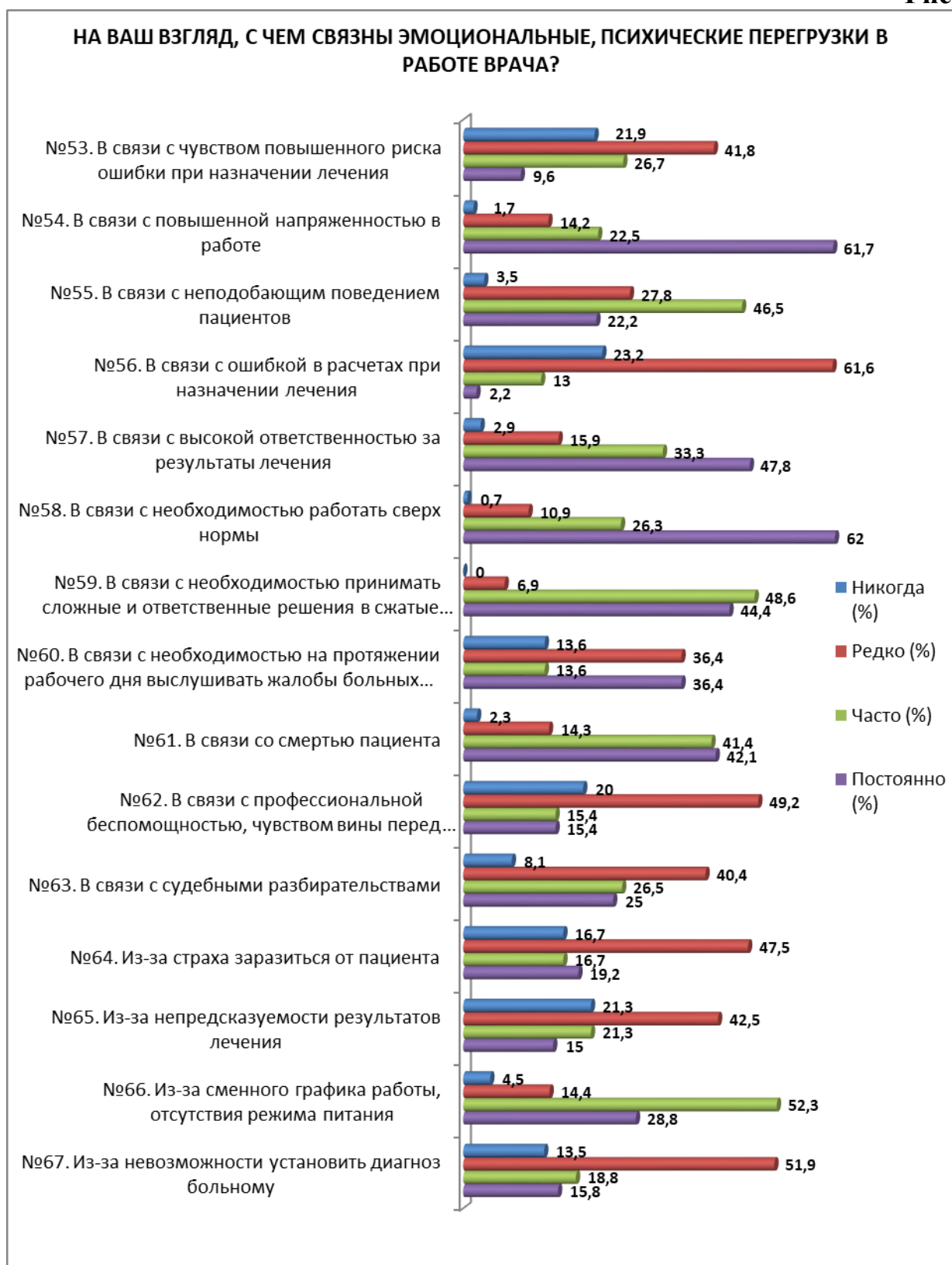


Рис. 86.

№68. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВЫ ГОТОВЫ ИСПОЛНЯТЬ СВОИ ОБЯЗАННОСТИ ПЕРЕД ПАЦИЕНТОМ В ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЧАСЫ ПРИ НЕПРЕДВИДЕННОЙ СИТУАЦИИ?

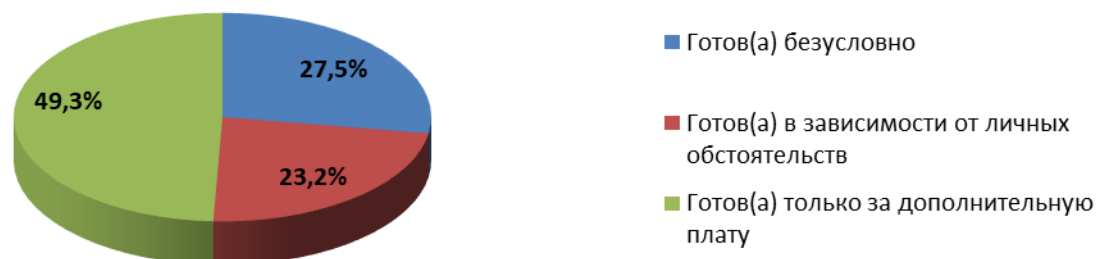


Рис. 87.

ОКАЗЫВАЯ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ, О ЧЕМ ВЫ ДУМАЕТЕ?

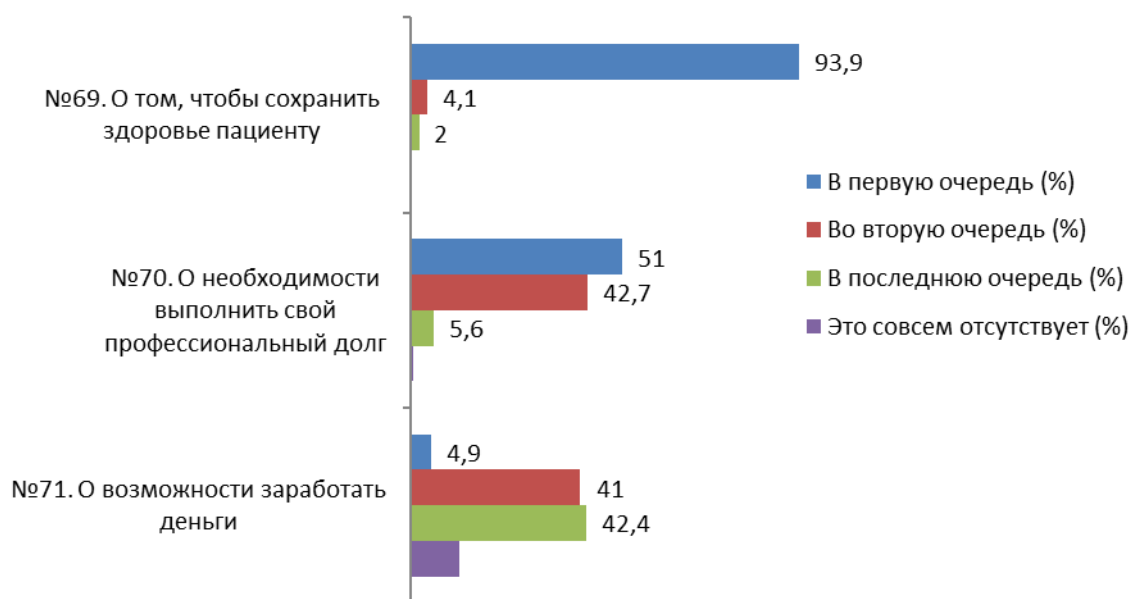


Рис. 88.



Рис. 89.

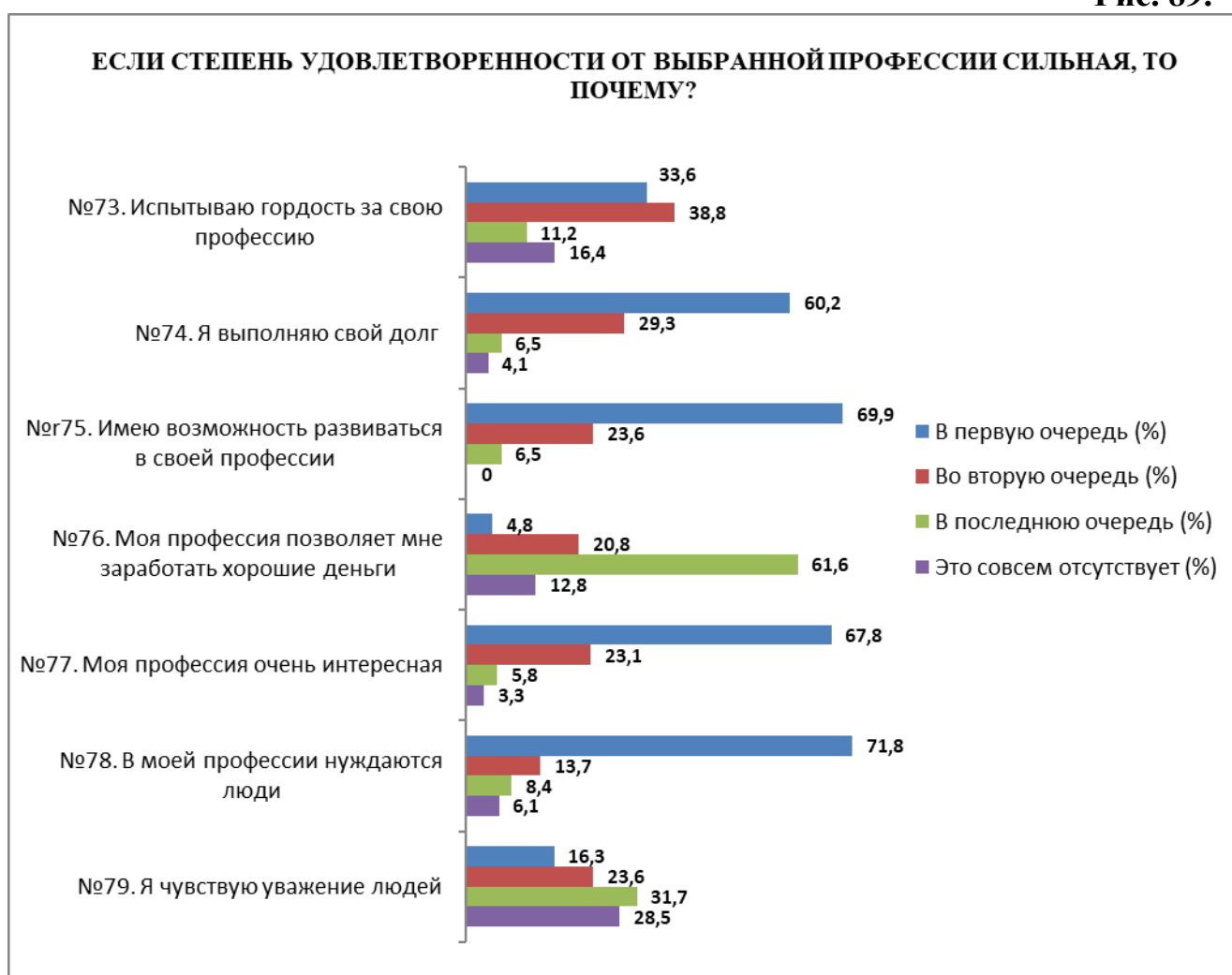


Рис. 90.



Рис. 91.



Рис. 92.

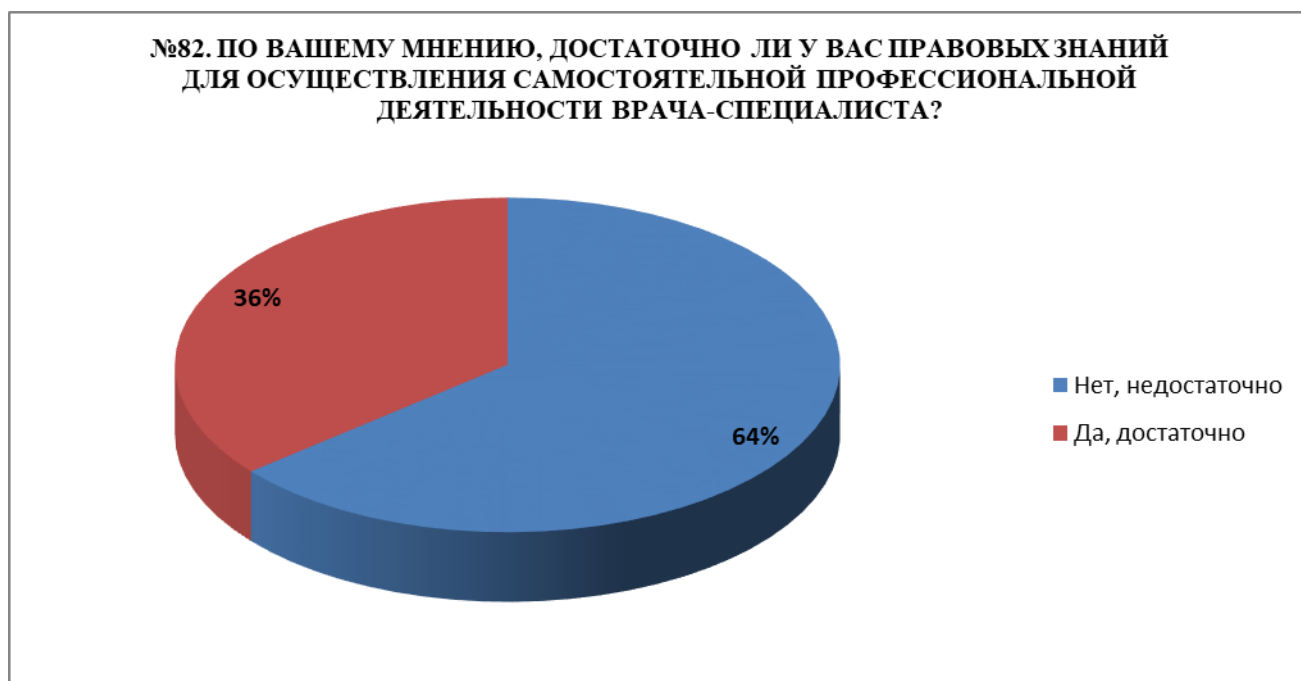


Рис. 93.

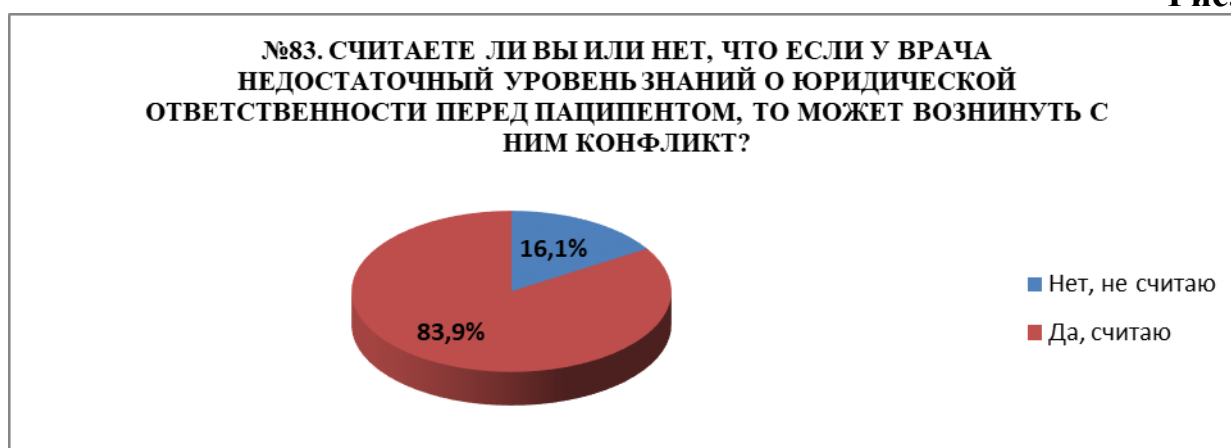


Рис. 94.



Рис. 95.



Рис. 96.

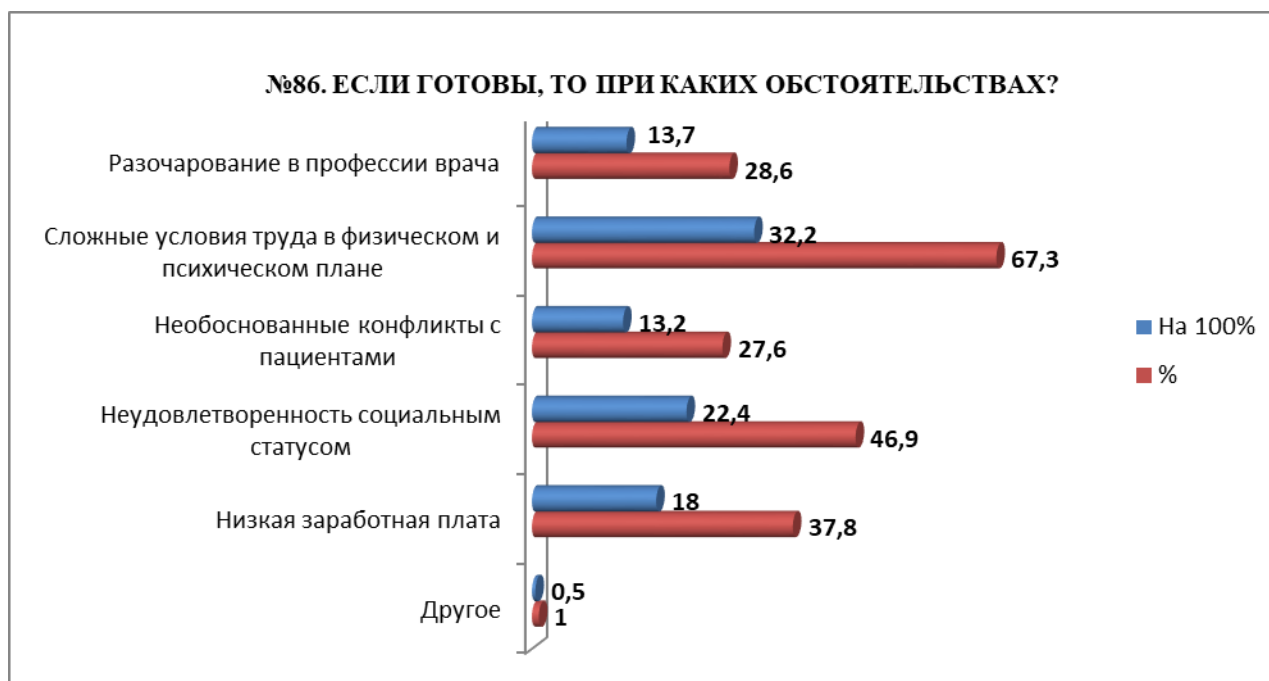


Рис. 97.

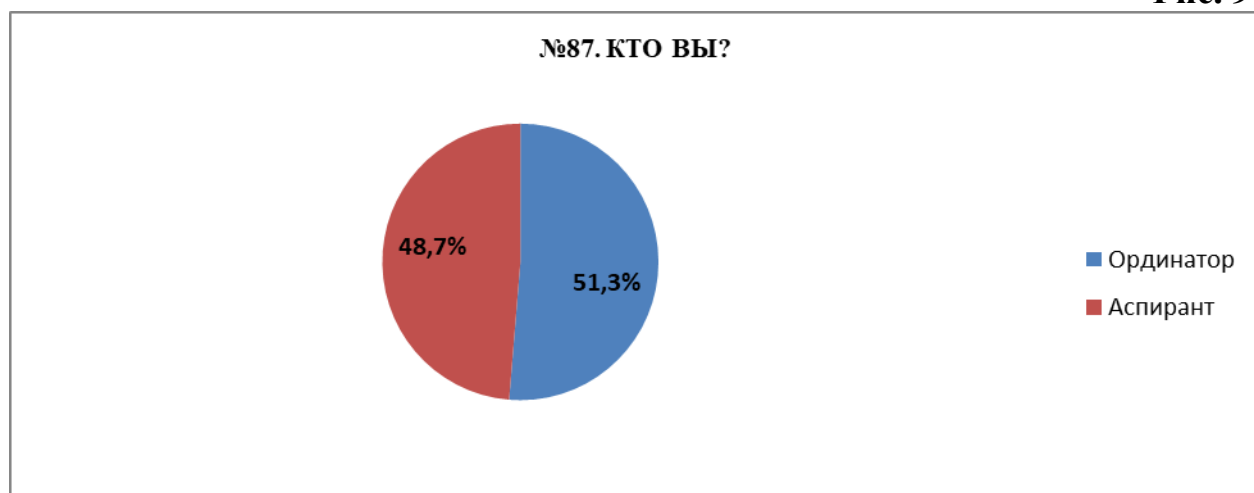
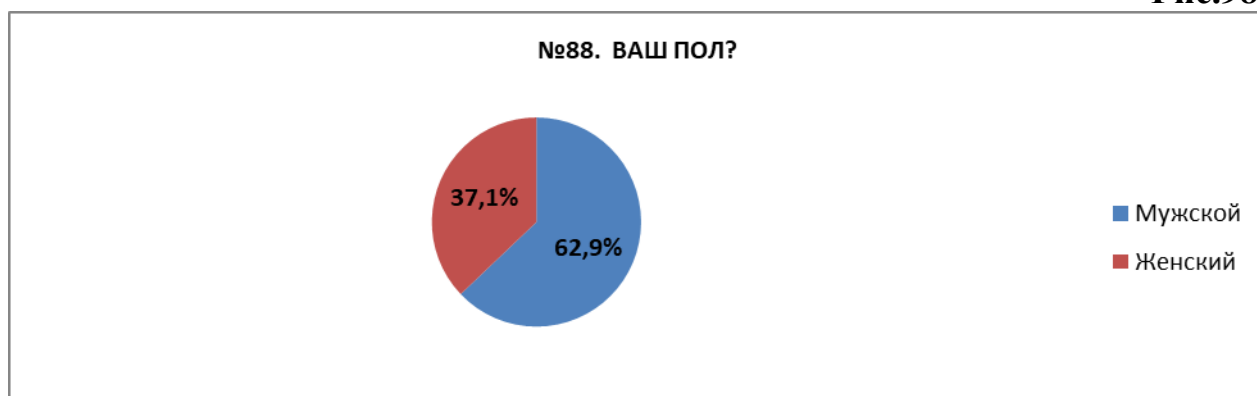


Рис.98.



Сравнительный анализ показателей и критериев исследования внешних и внутренних факторов солидарности и конфликтности по всем группам респондентов (врач, ординатор, аспирант, пациент)

I. ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ

НАСКОЛЬКО ВЫ СОГЛАСНЫ ИЛИ НЕ СОГЛАСНЫ СО СЛЕДУЮЩИМИ УТВЕРЖДЕНИЯМИ ПО ПОВОДУ СОСТОЯНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА?

Рис. 99.

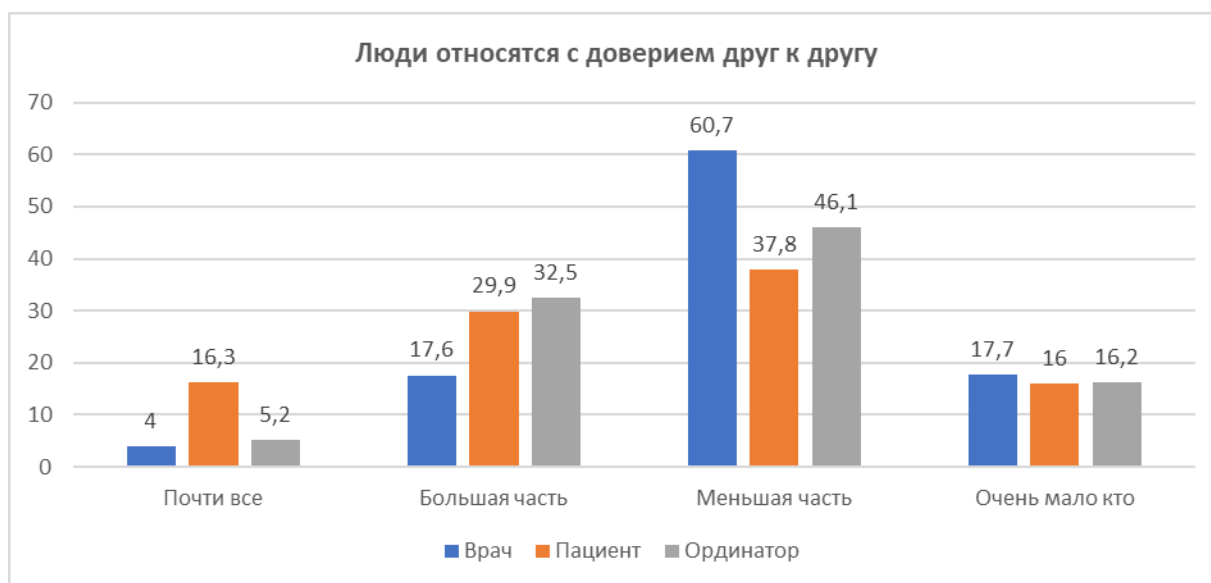


Рис. 100.

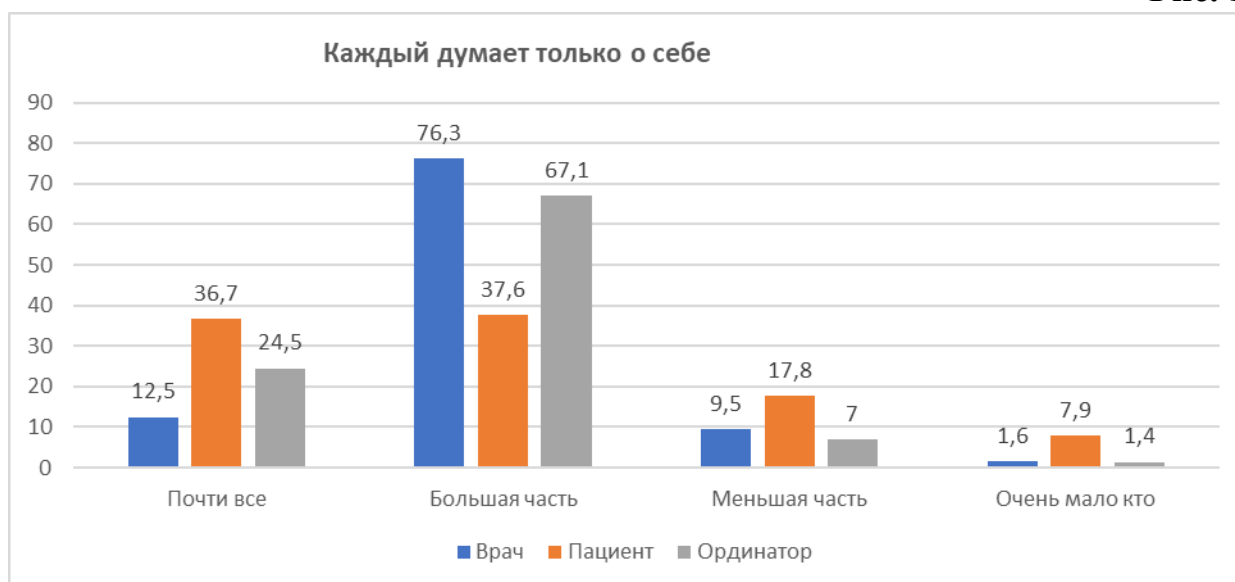


Рис. 101.

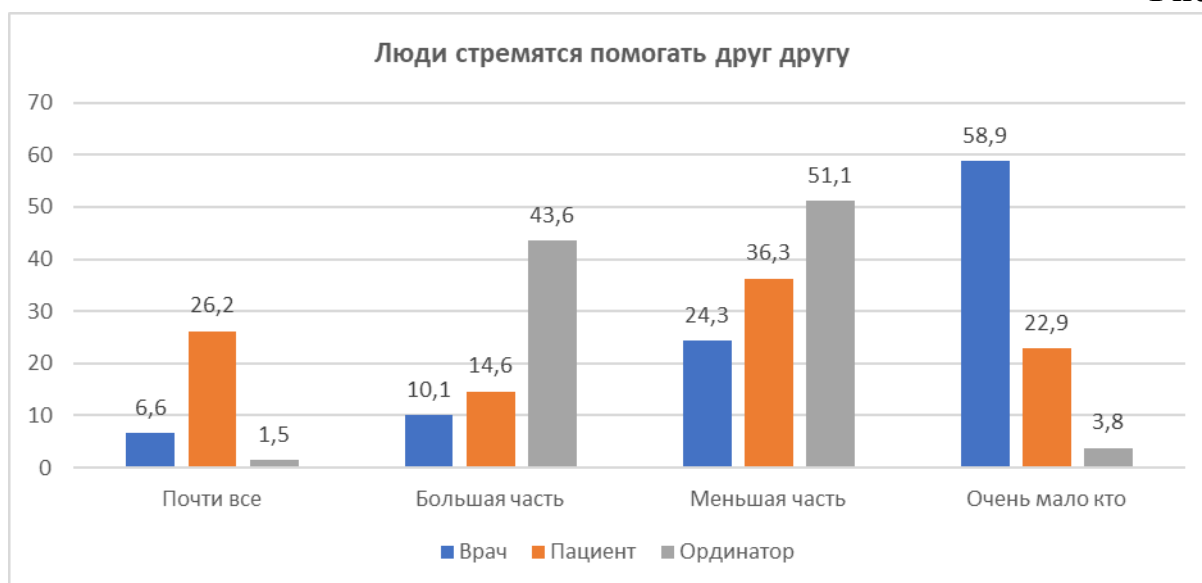


Рис. 102.

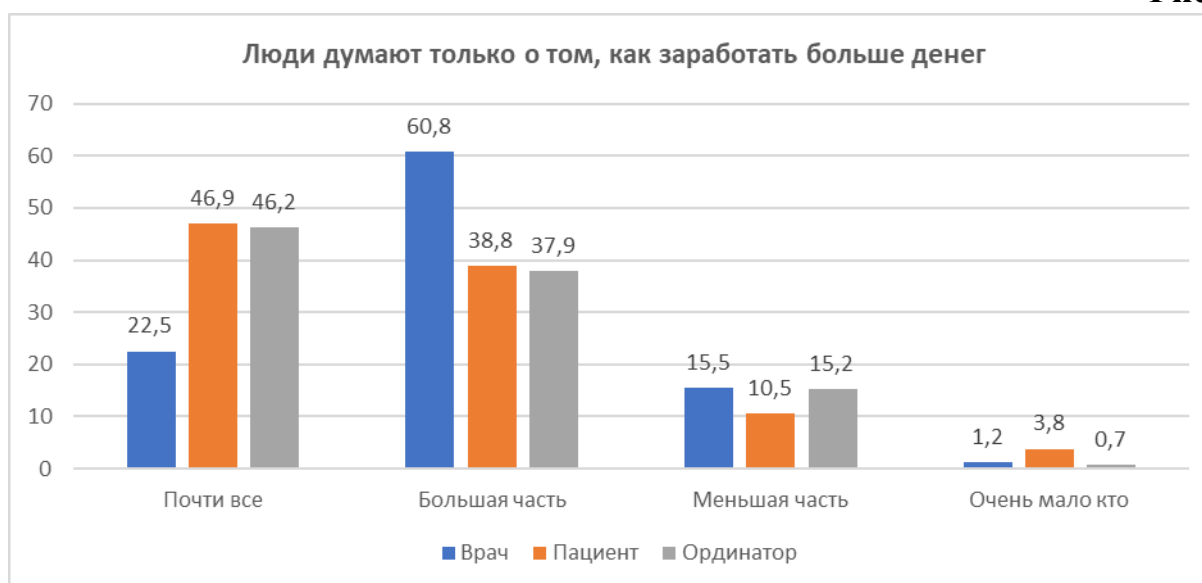
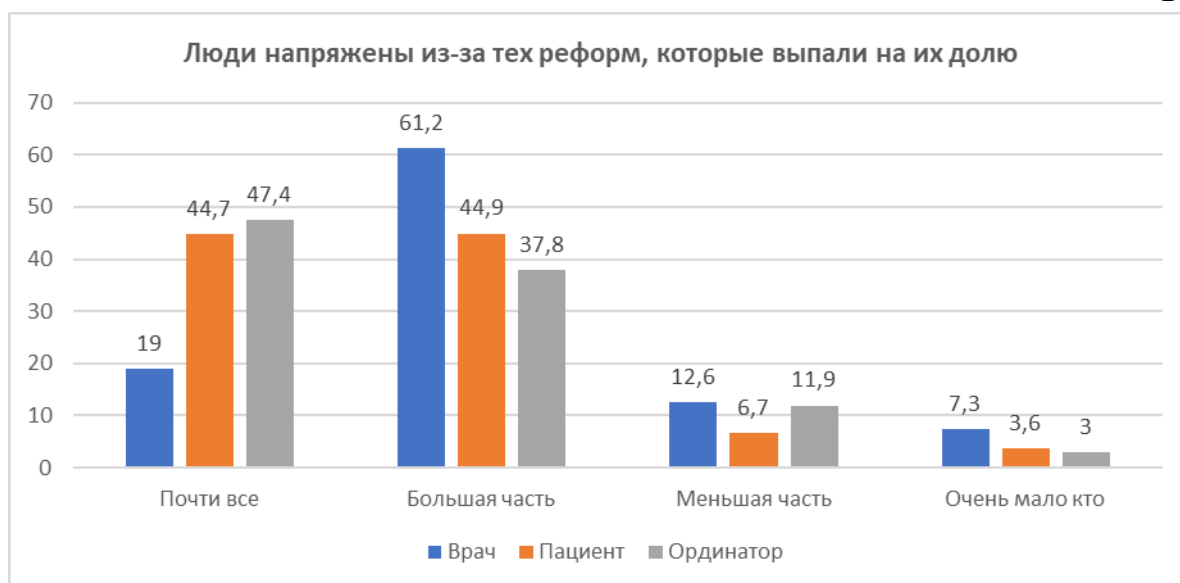


Рис.103.



КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВРАЧА В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

Рис. 104.

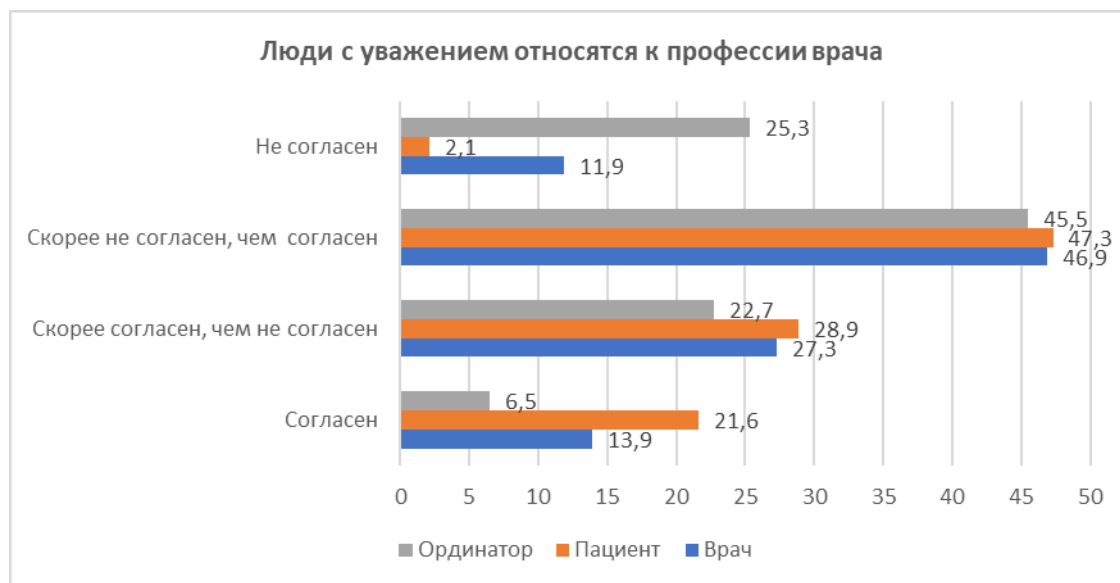


Рис. 105.

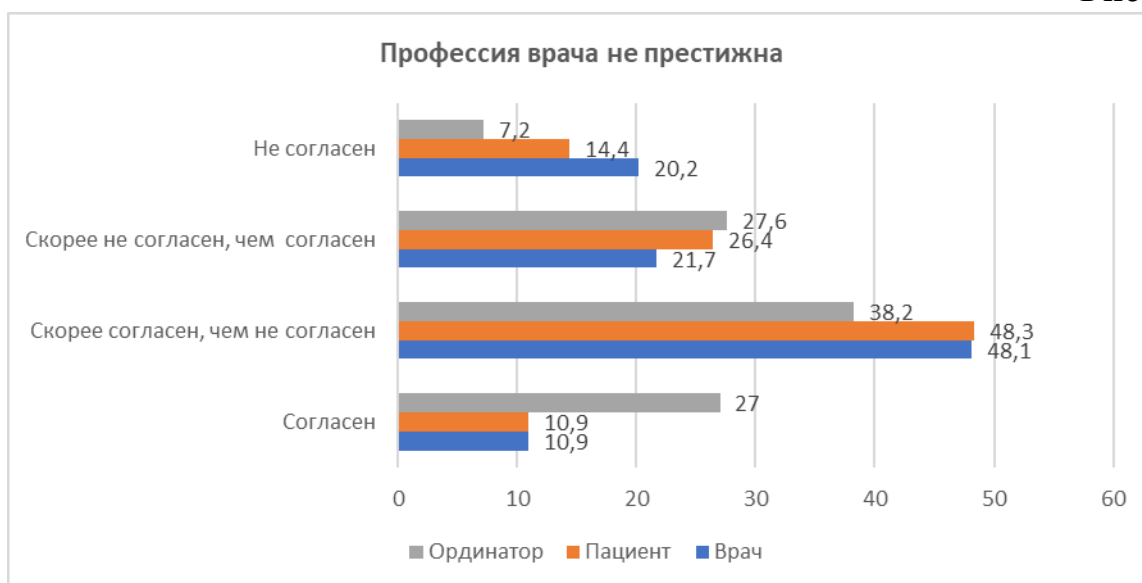
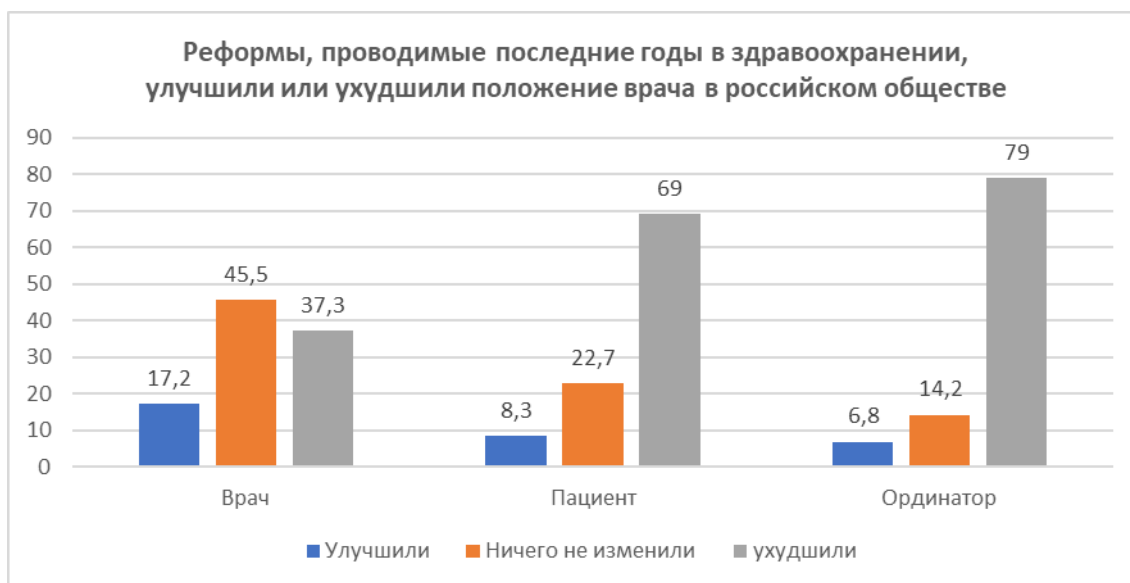


Рис.106.



- **Низкая зарплата при высоком образовании, статусное несоответствие**

Рис.107.

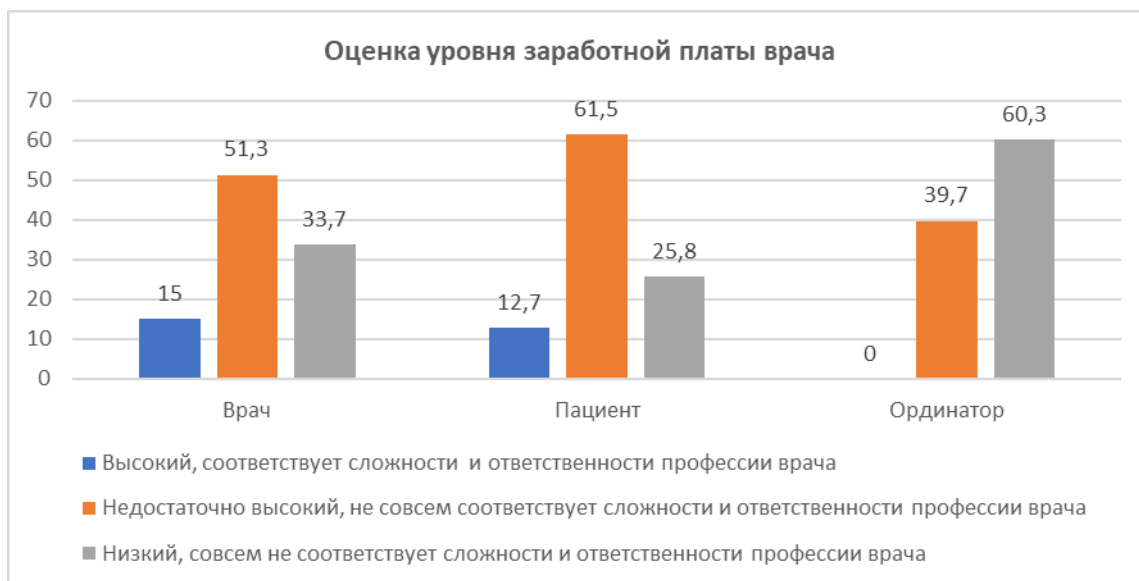


Рис.108.

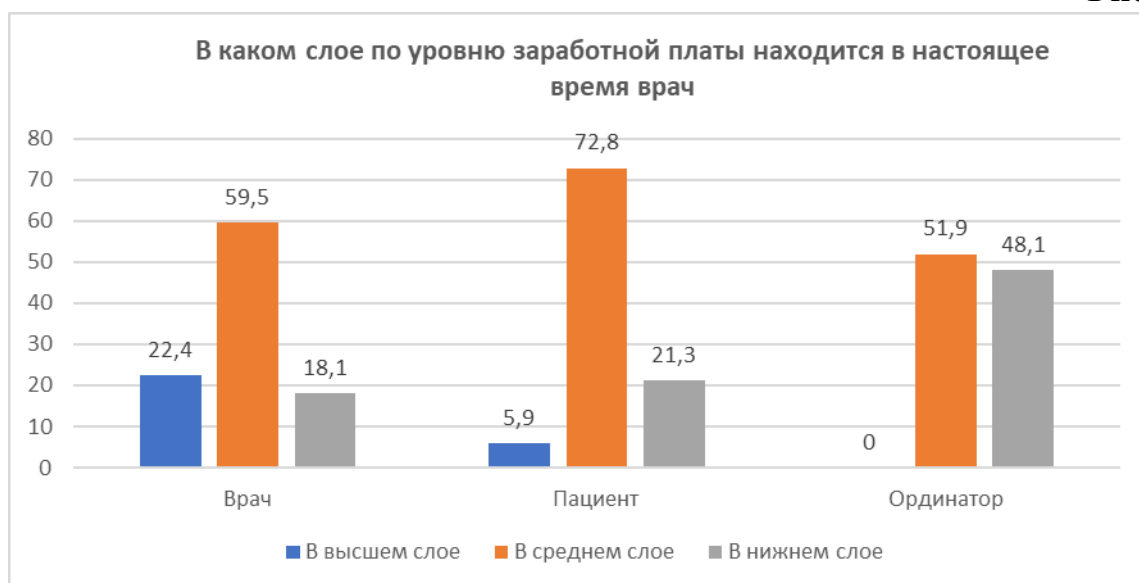
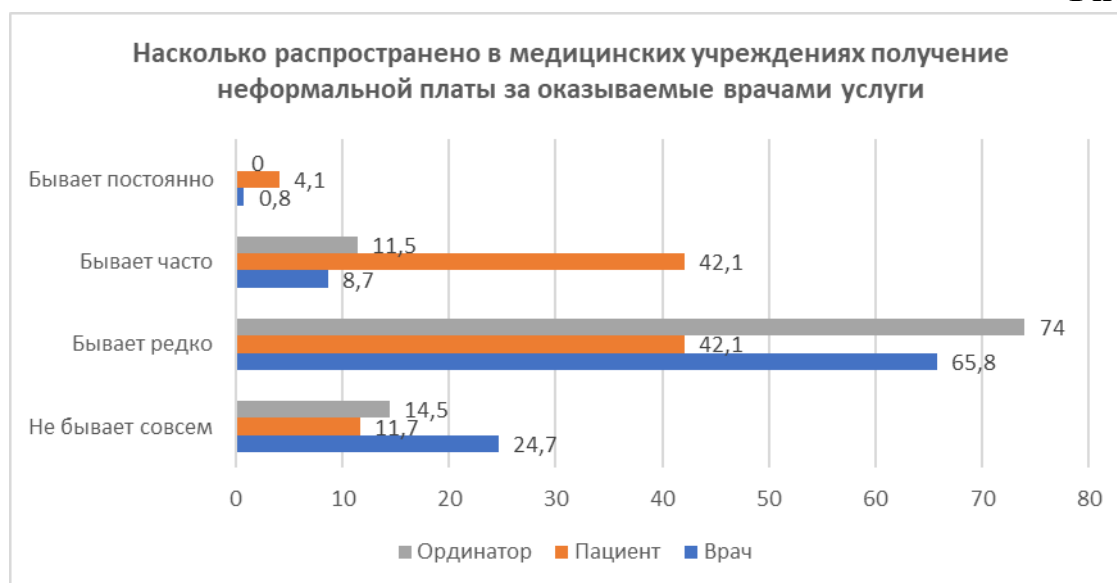
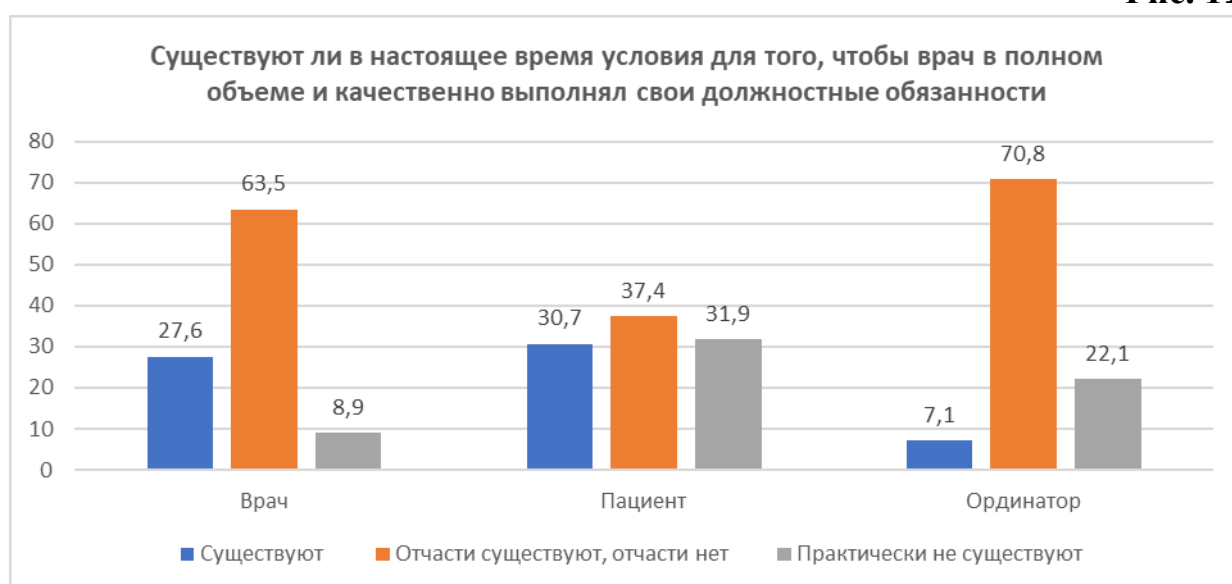


Рис. 109.



- **Отсутствие стимулов**

Рис. 110.



- **Социальная защищенность**

Рис. 111.

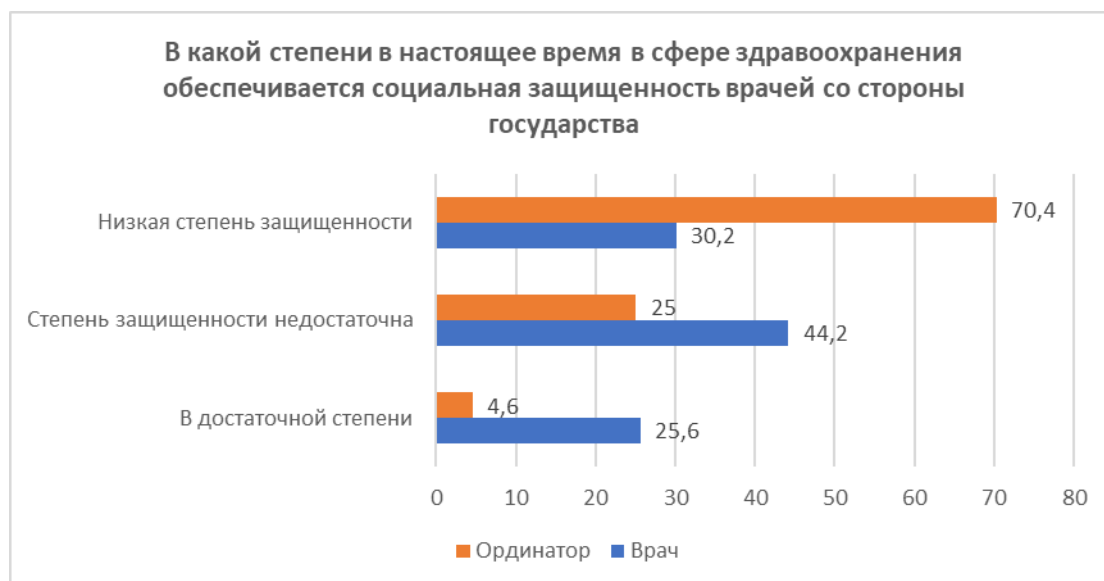


Рис. 112.

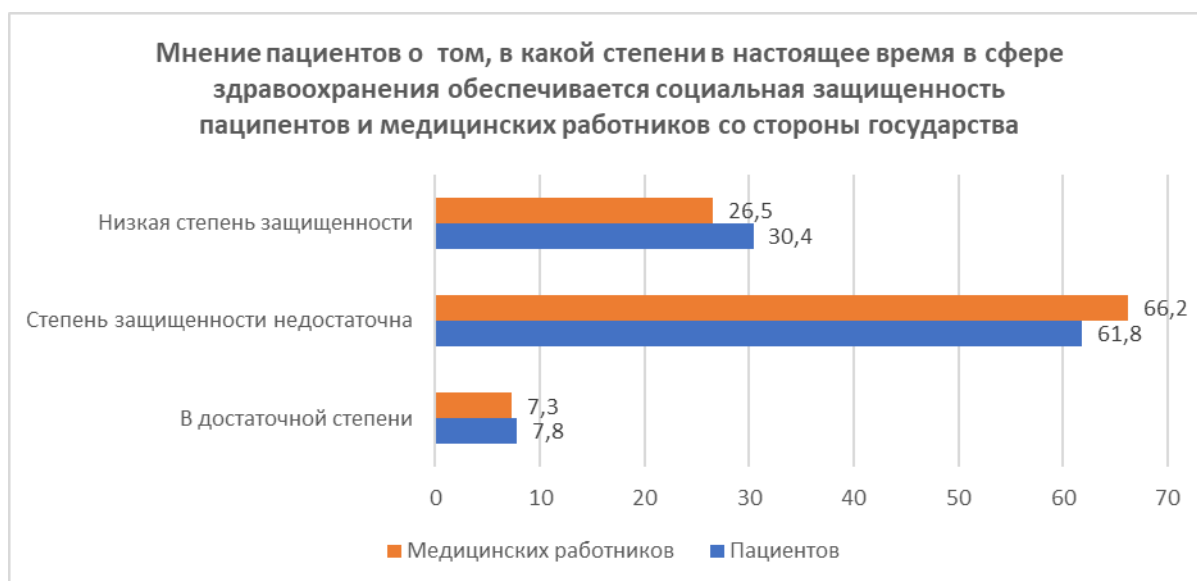


Рис. 113.

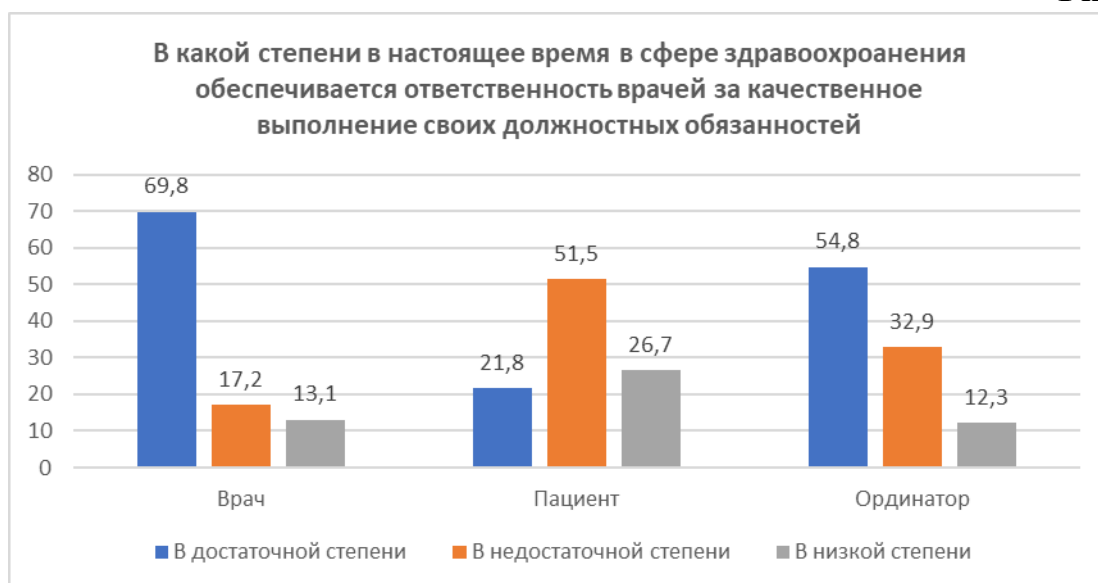


Рис. 114.



I. ВНУТРЕННИЕ ФАКТОРЫ

□ ВЫСТРАИВАНИЯ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ

Рис. 115.

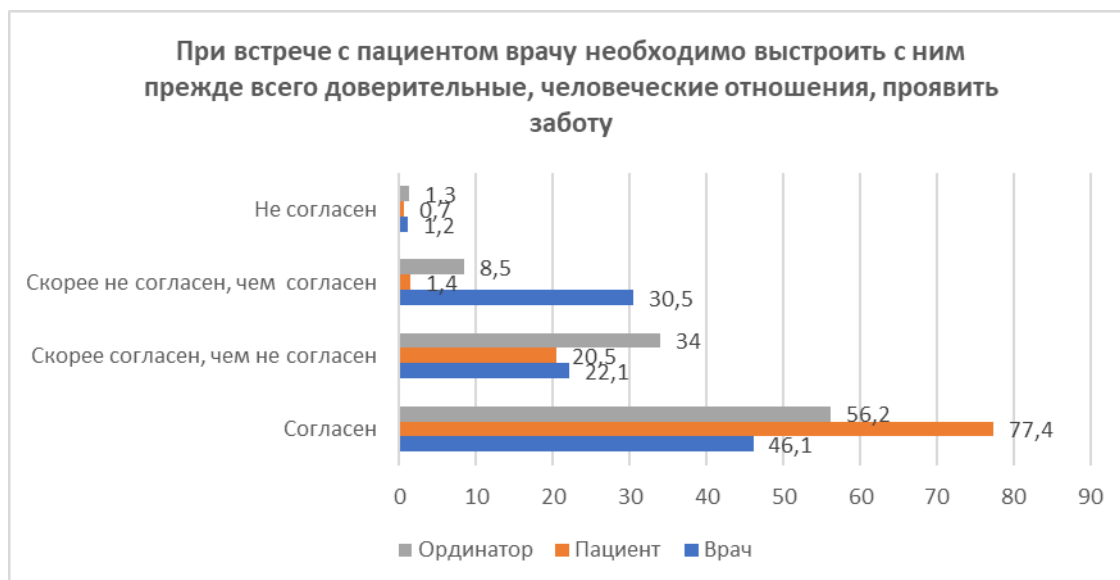


Рис. 116.

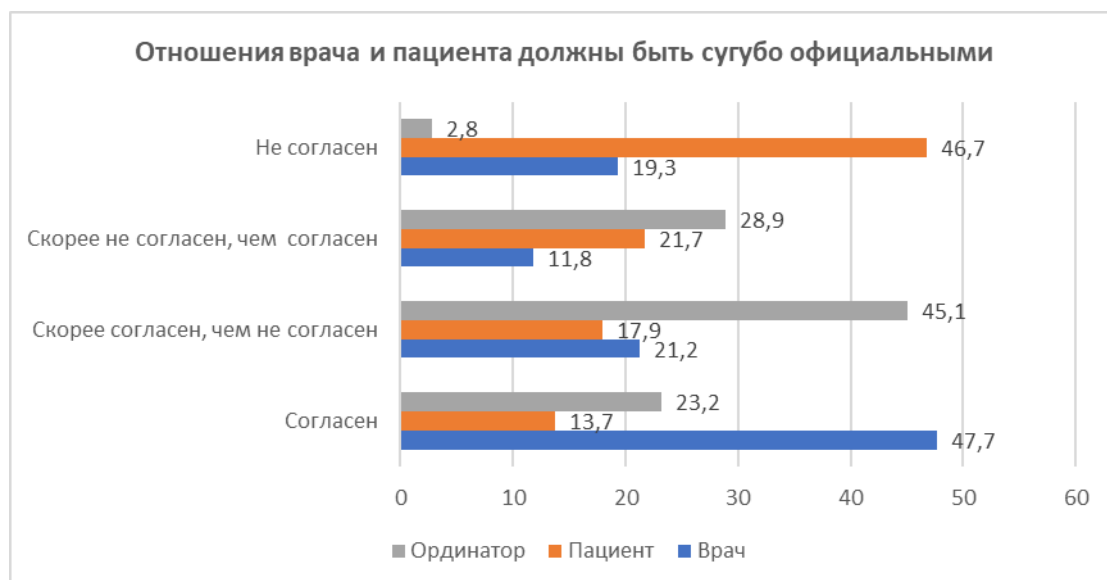


Рис. 117.

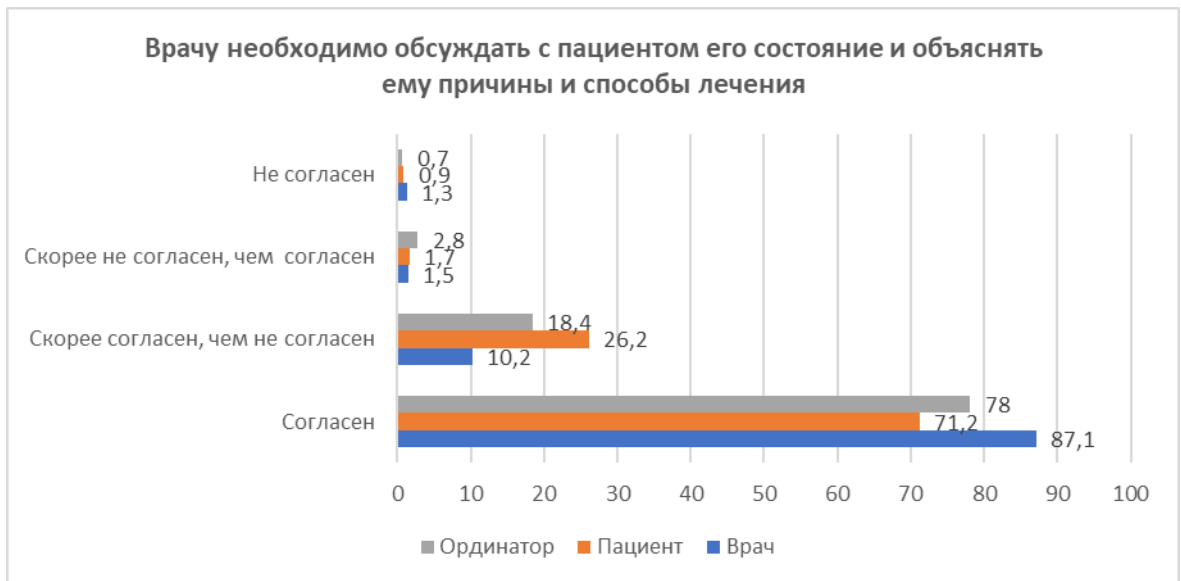


Рис. 118.

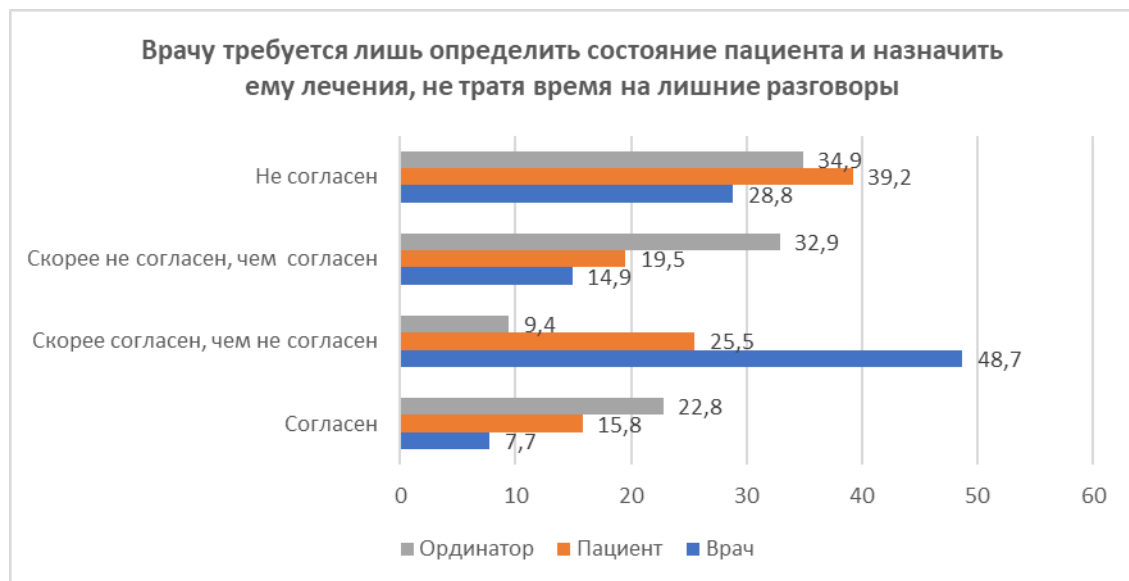


Рис. 119.

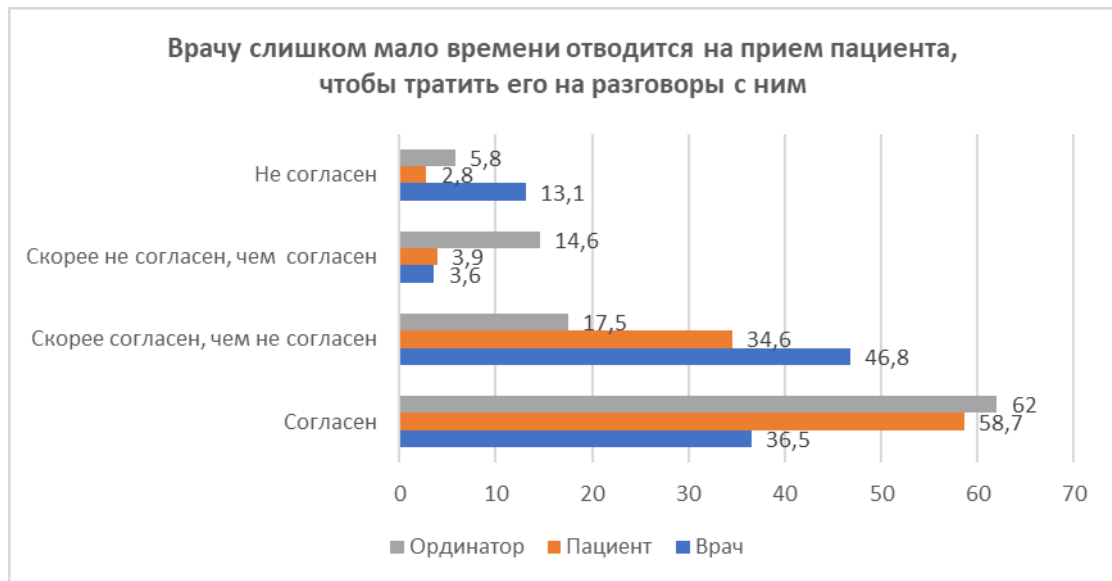


Рис. 120.

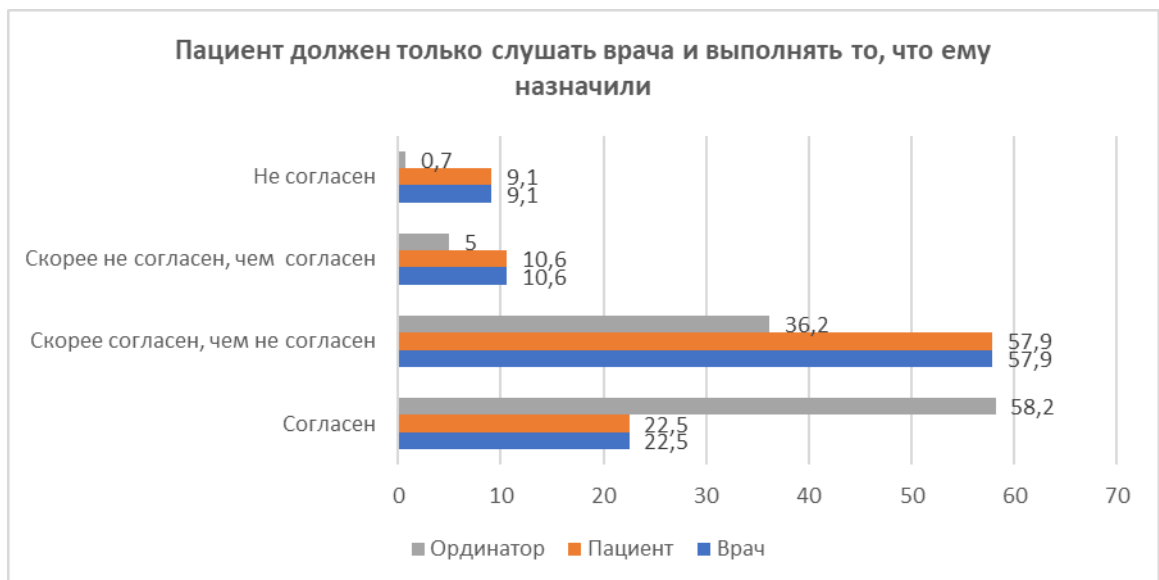


Рис. 121.

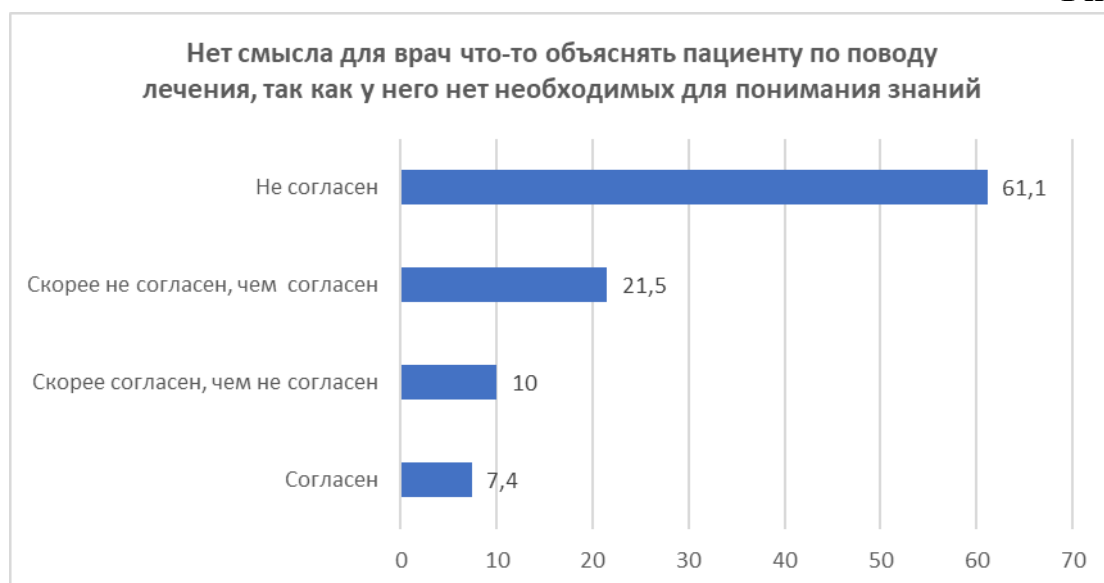


Рис. 122.

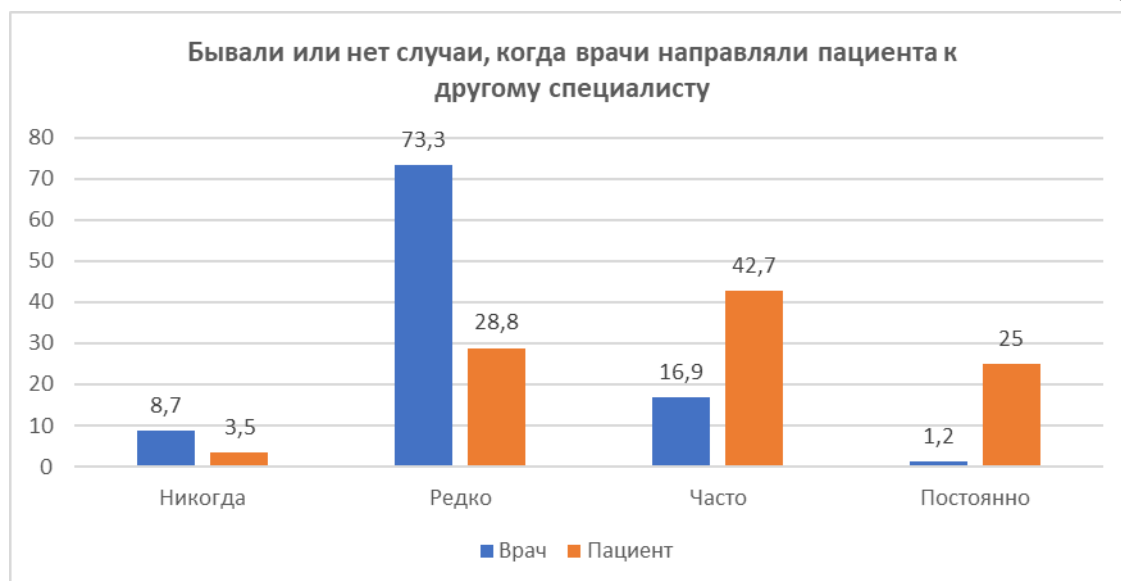


Рис. 123.

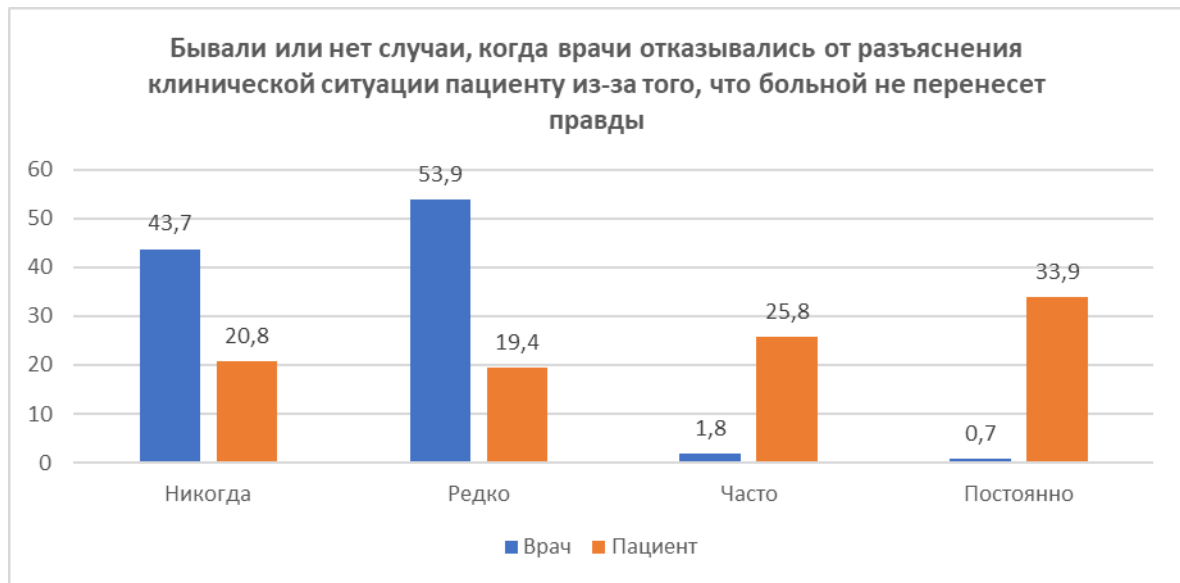


Рис. 124.

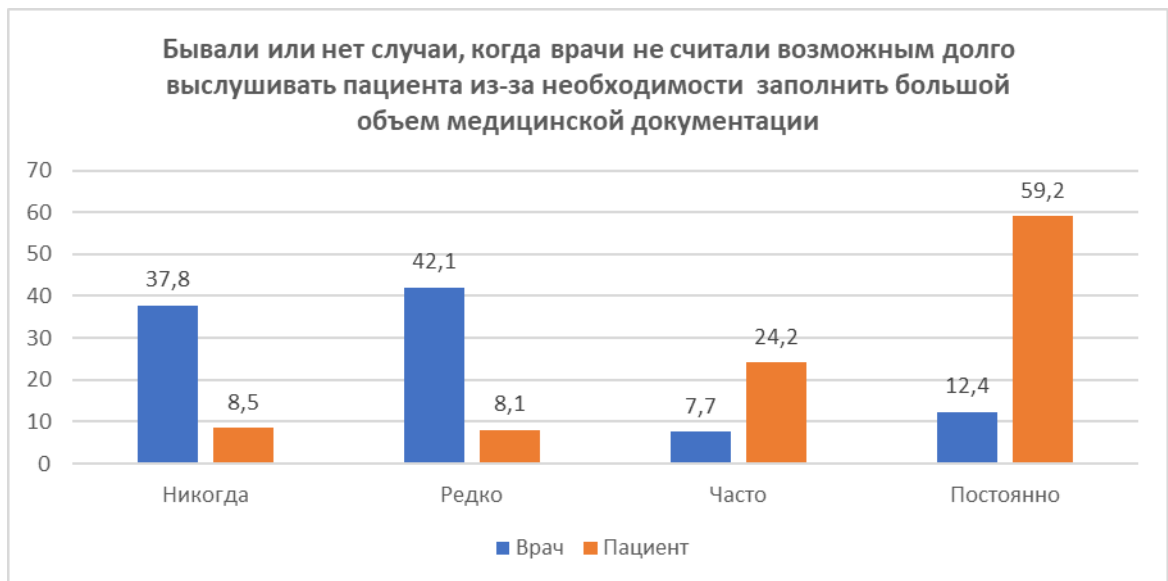


Рис. 125.

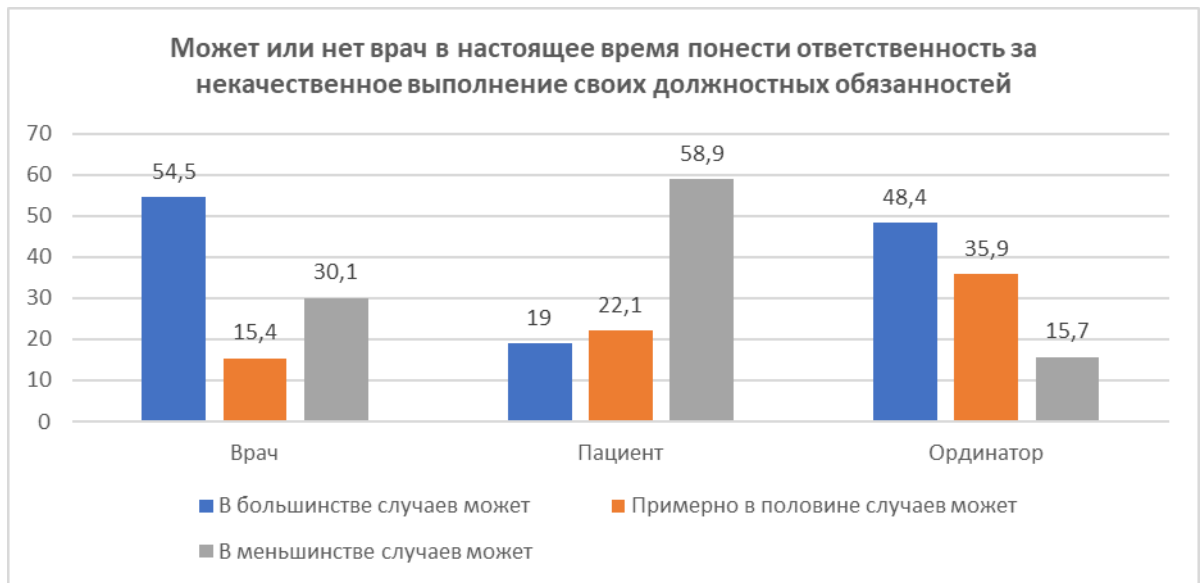


Рис. 126.

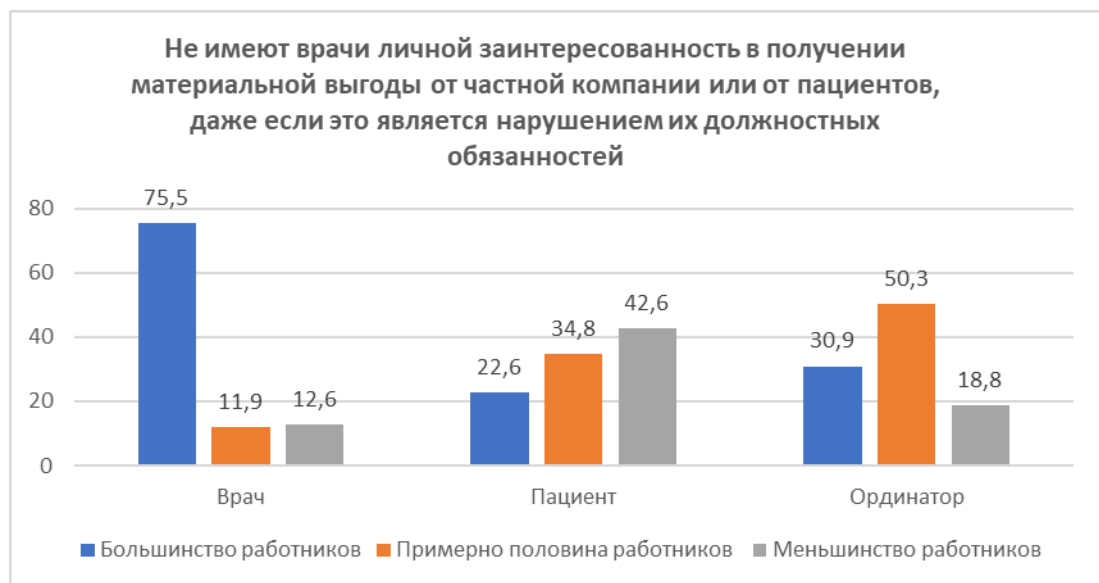


Рис. 127.

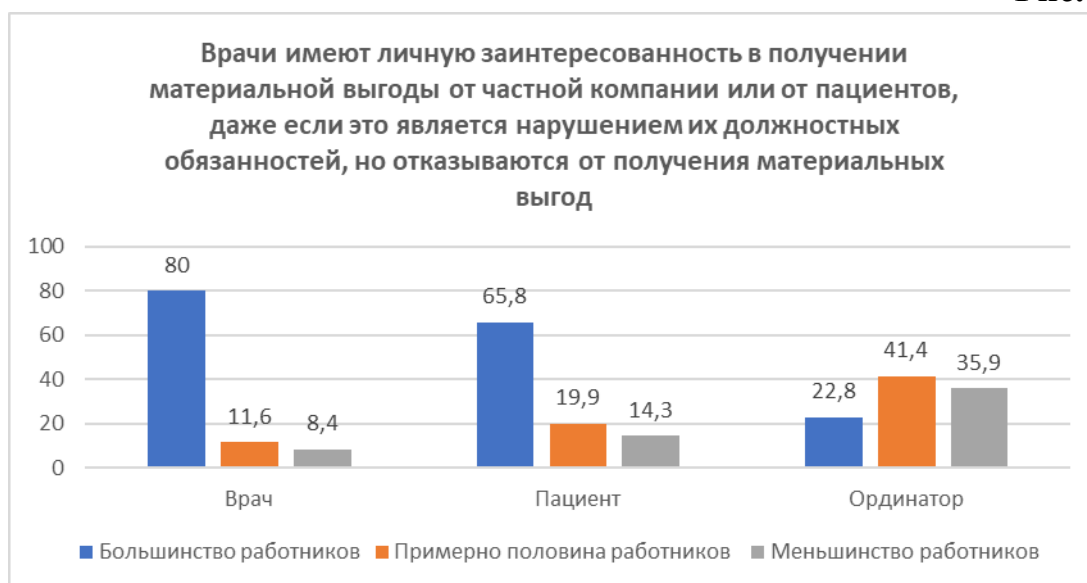
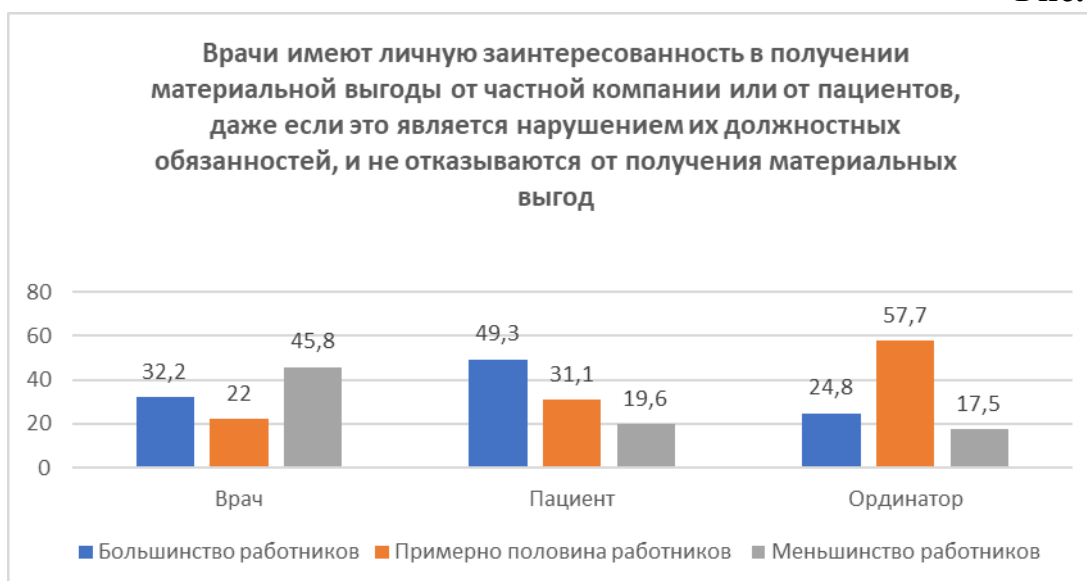


Рис. 128.



II. КОНФЛИКТЫ

□ Поведением пациентов или их родственников

Рис. 129.

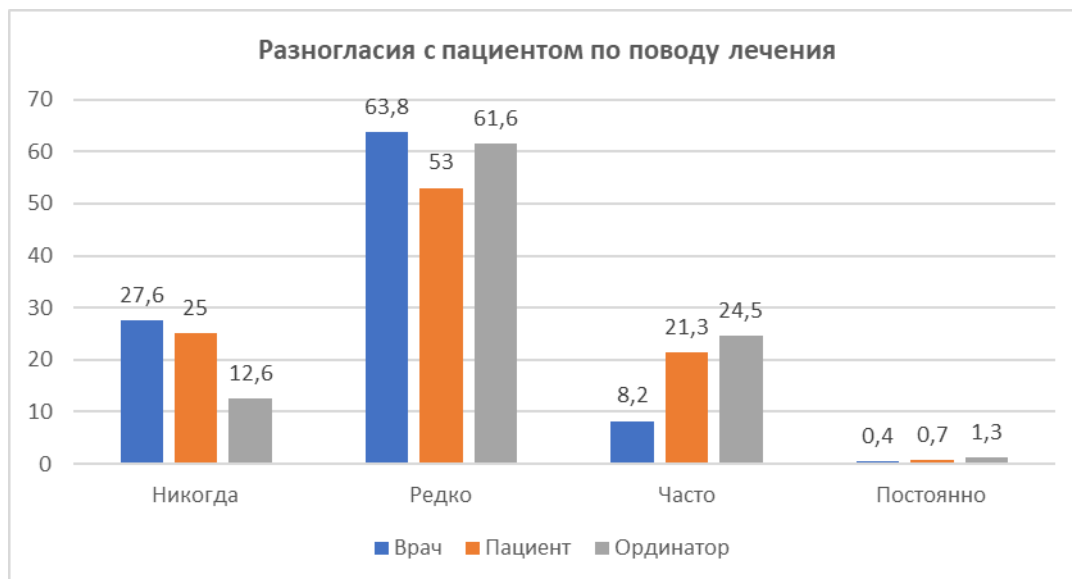


Рис. 130.

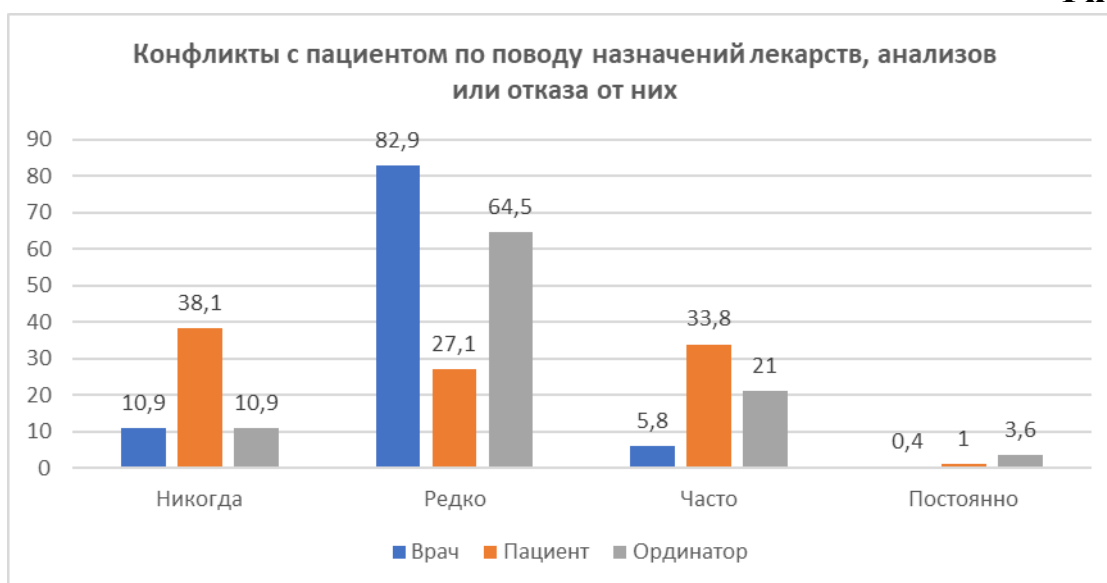


Рис. 131.

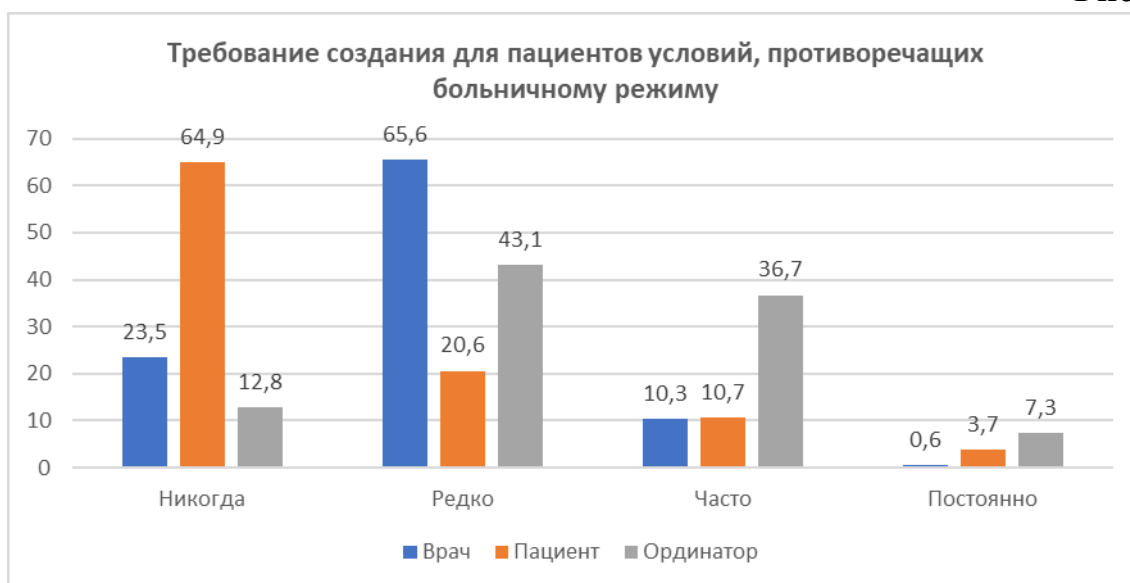


Рис. 132.

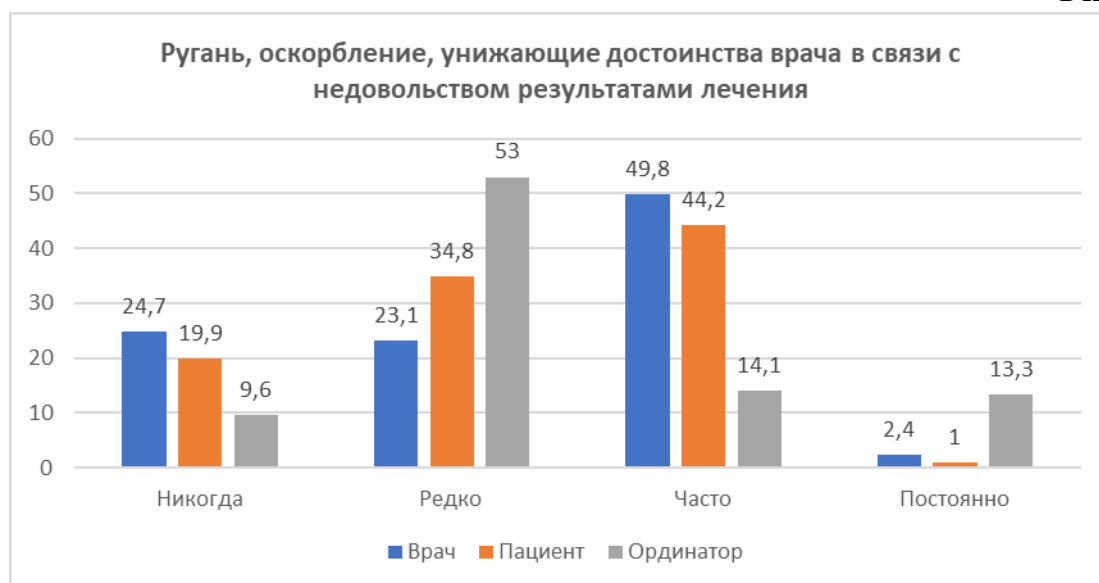


Рис. 133.

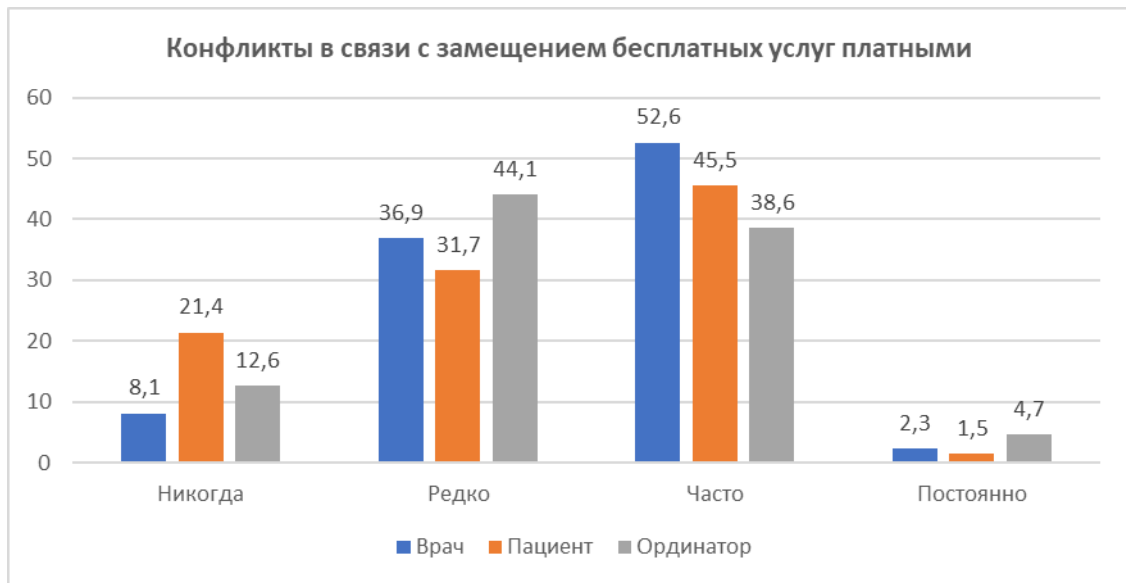


Рис. 134.

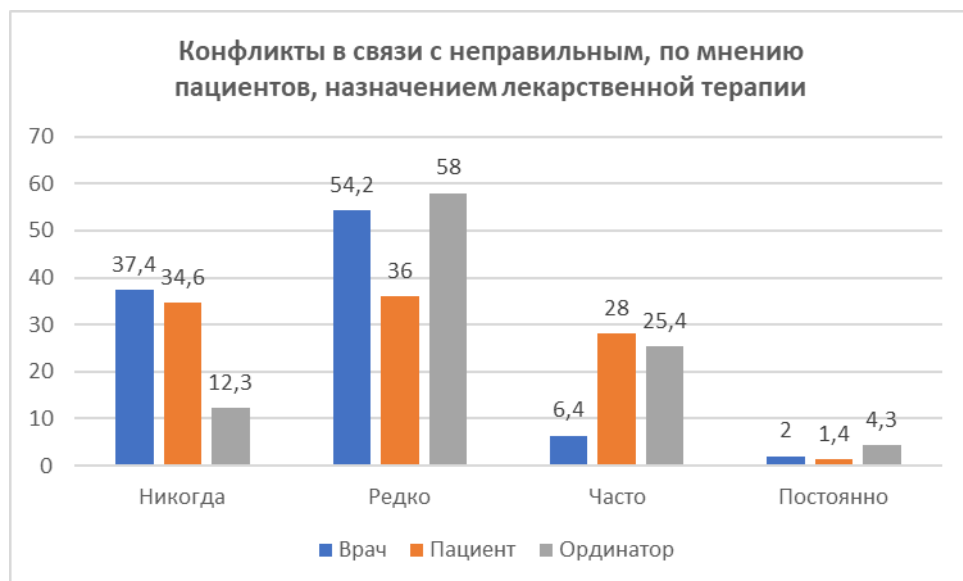


Рис. 135.

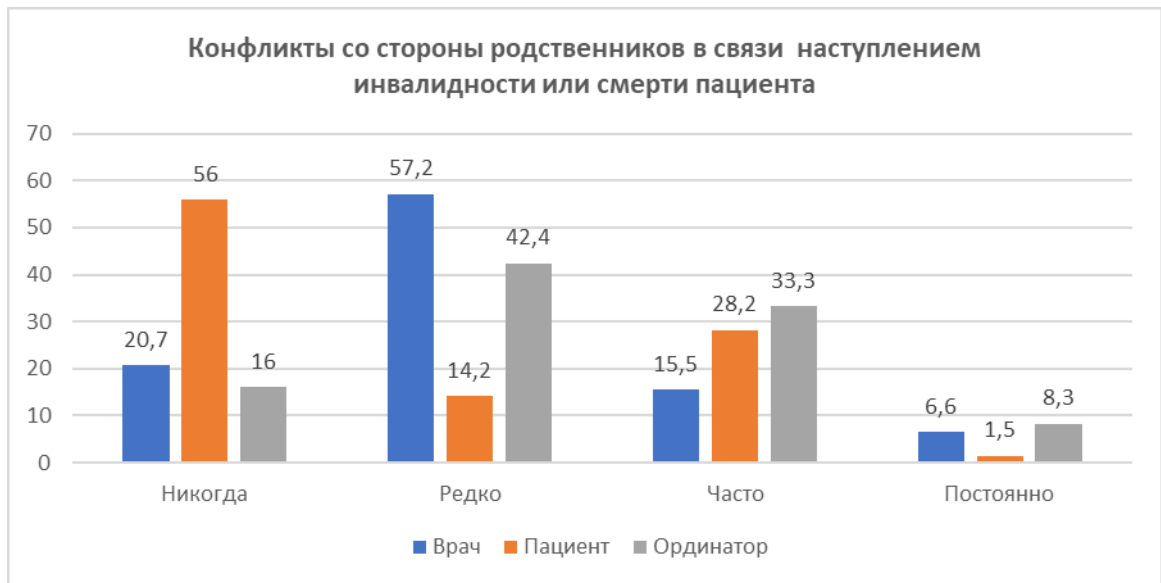


Рис. 136.

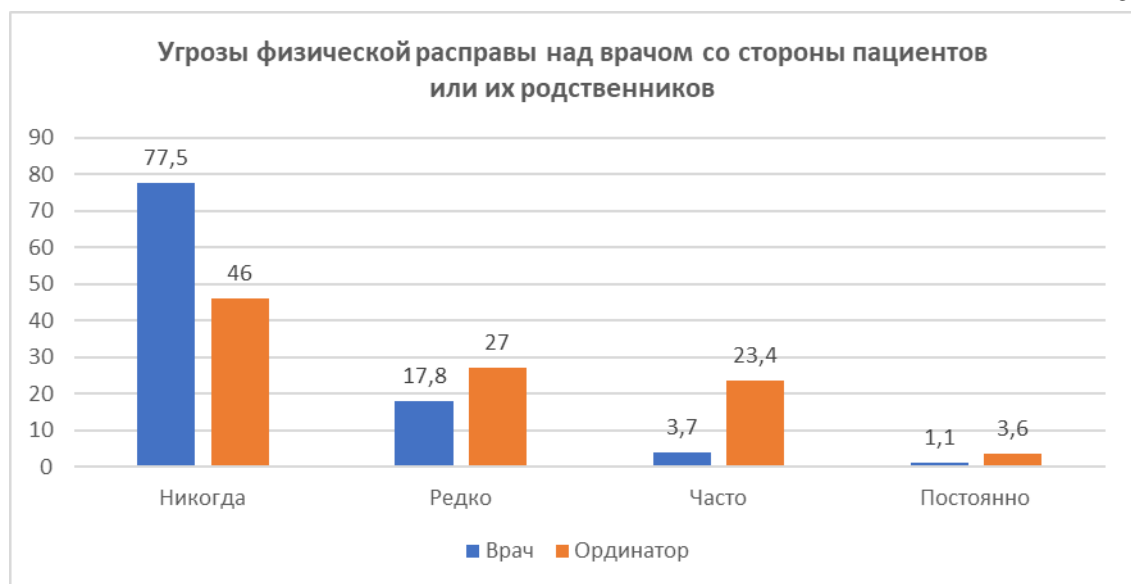


Рис. 137.

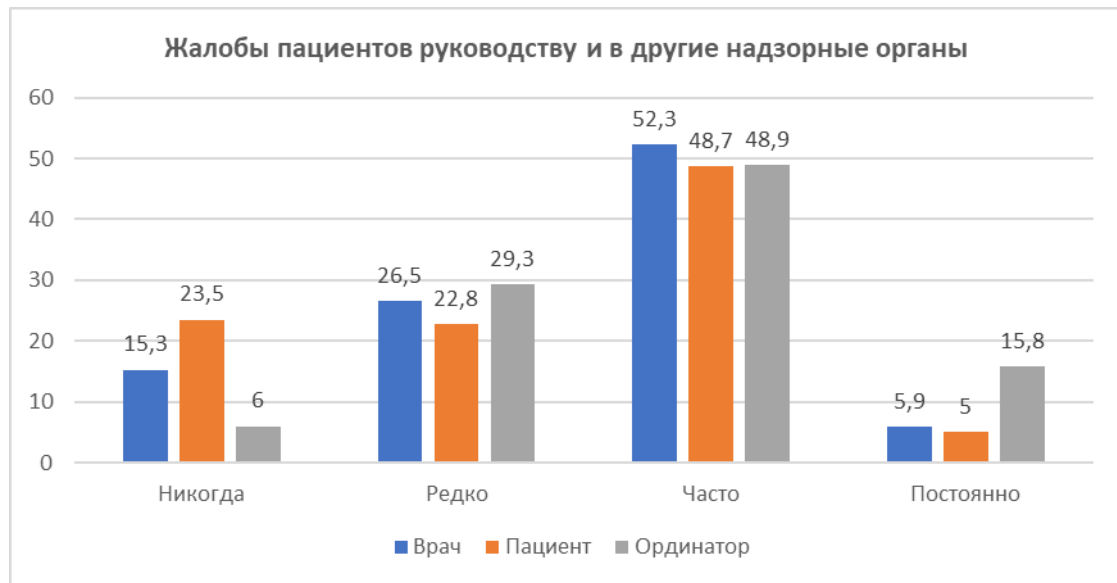
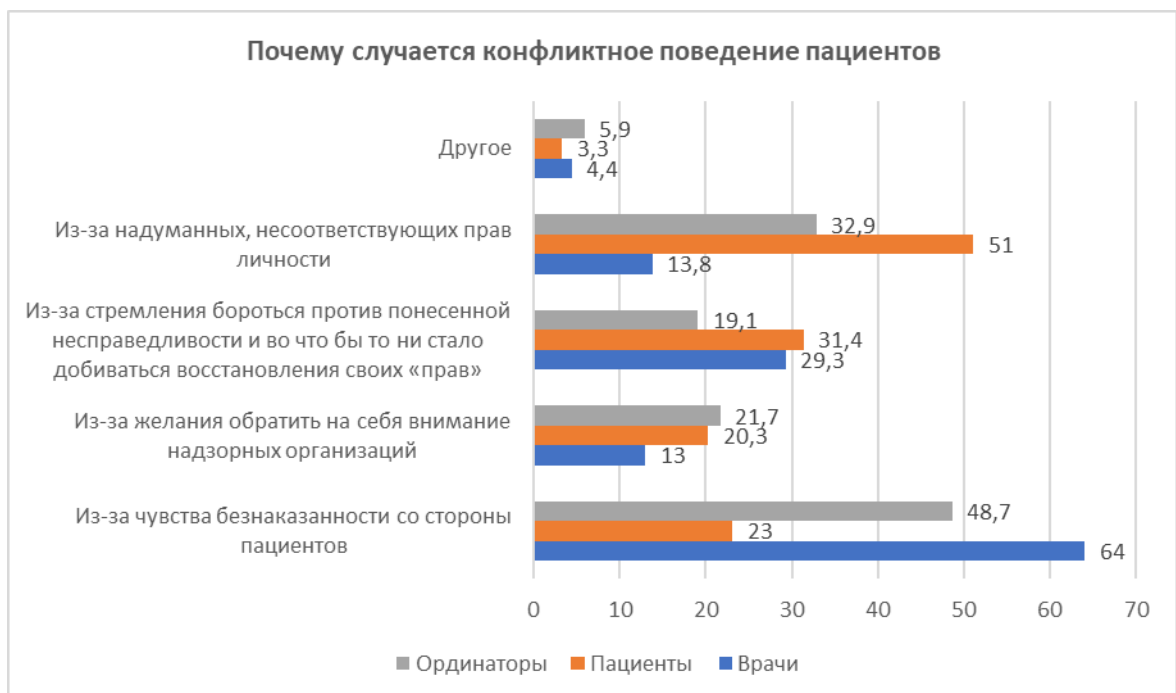


Рис. 138.



III. ВЛИЯНИЕ СМИ, СЕТИ ИНТЕРНЕТ, ПОПУЛЯРНЫХ ТЕЛЕПЕРЕДАЧ, РАЗБИРАЮЩИХ НЕУДАЧНЫЕ СЛУЧАИ ЛЕЧЕНИЯ, НА ОБЩЕСТВЕННОЕ МНЕНИЕ

Рис. 139.

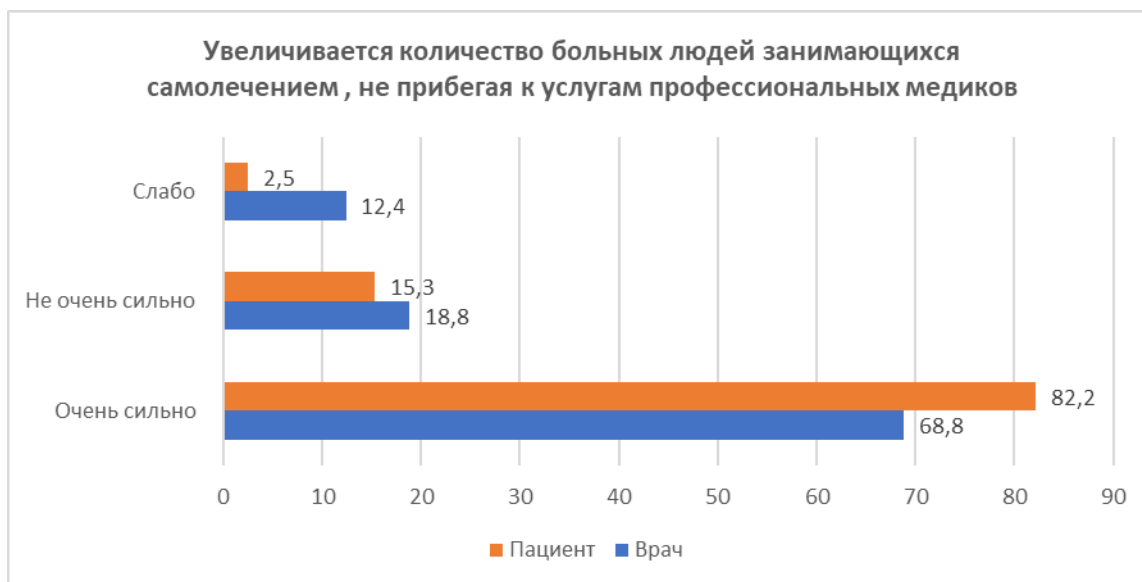


Рис. 140.

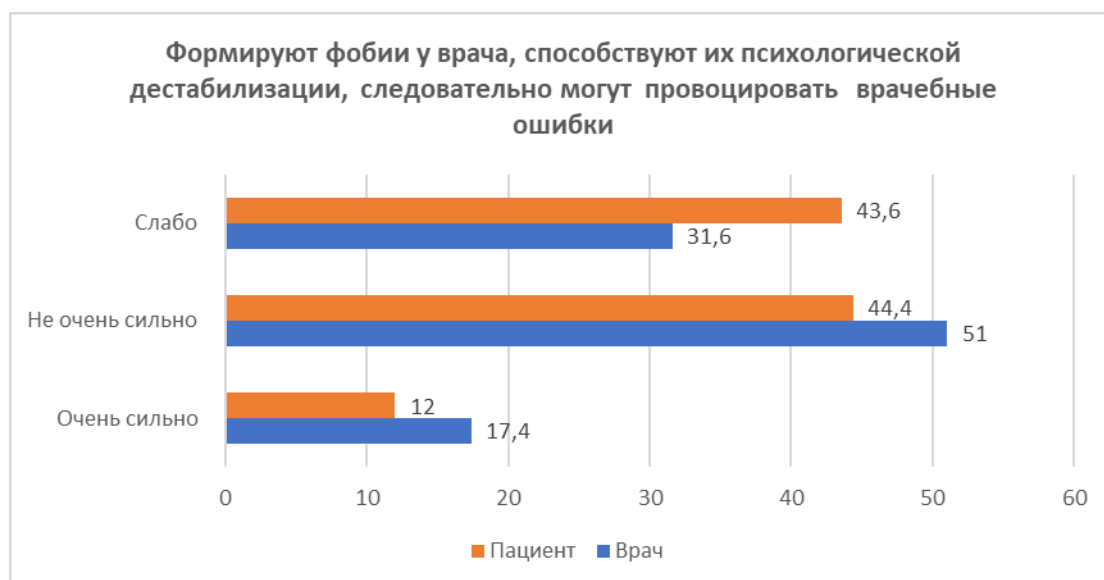


Рис. 141.

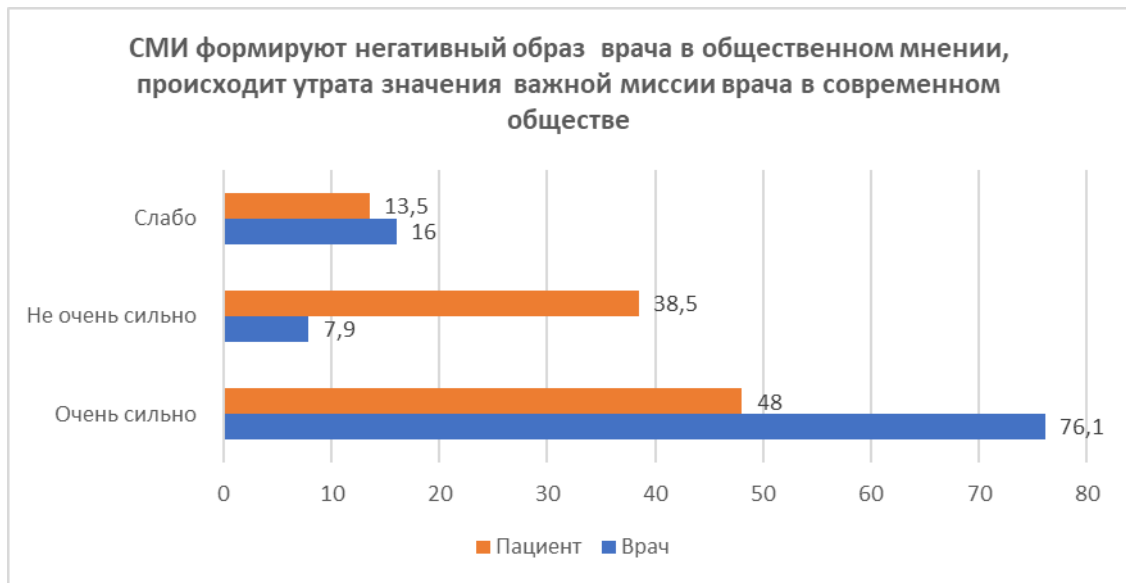


Рис. 142.

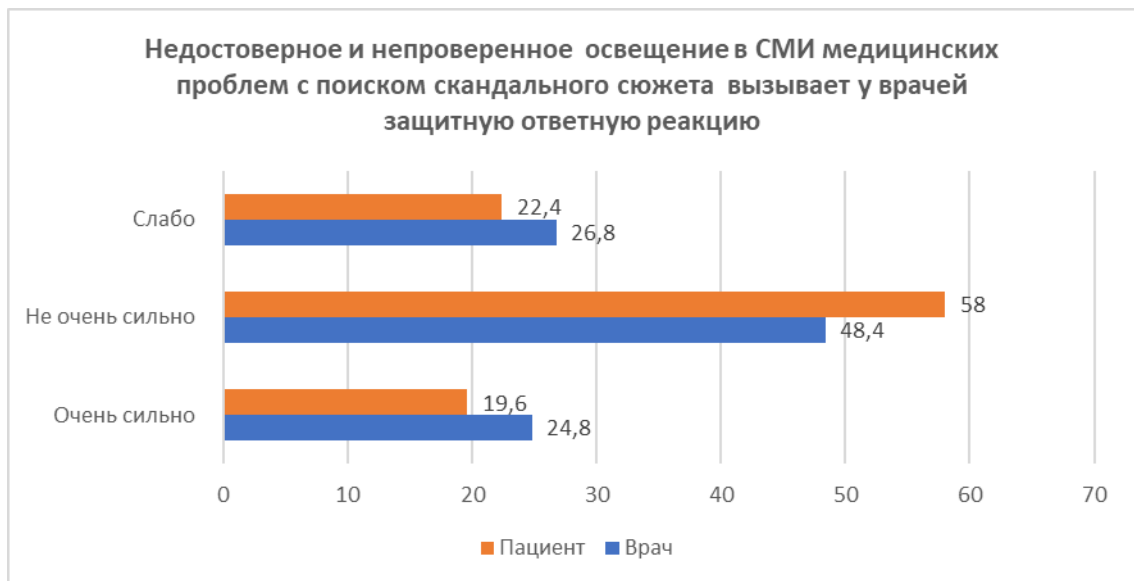
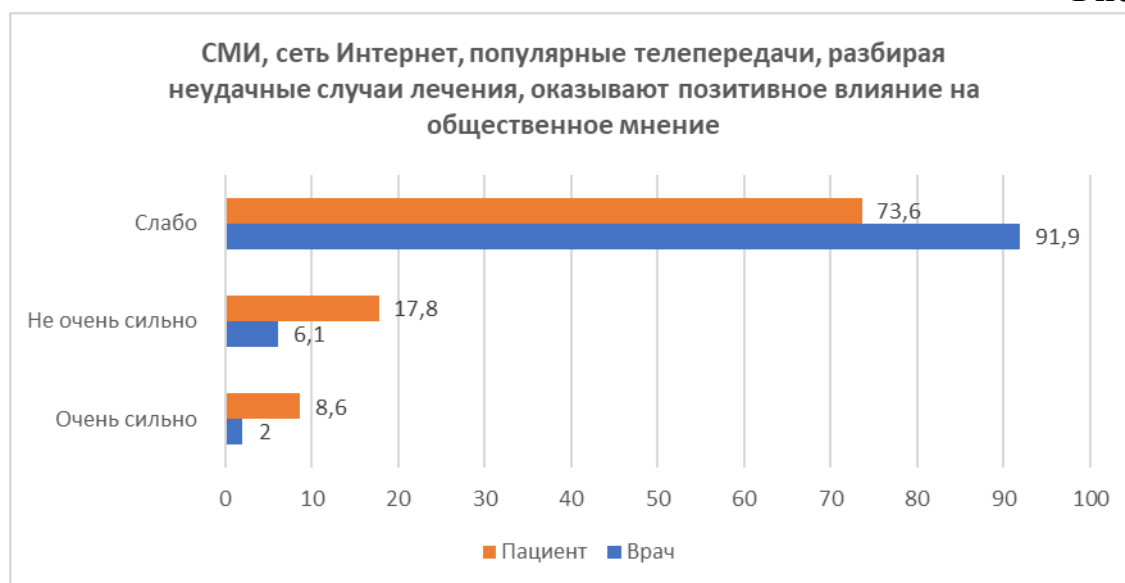


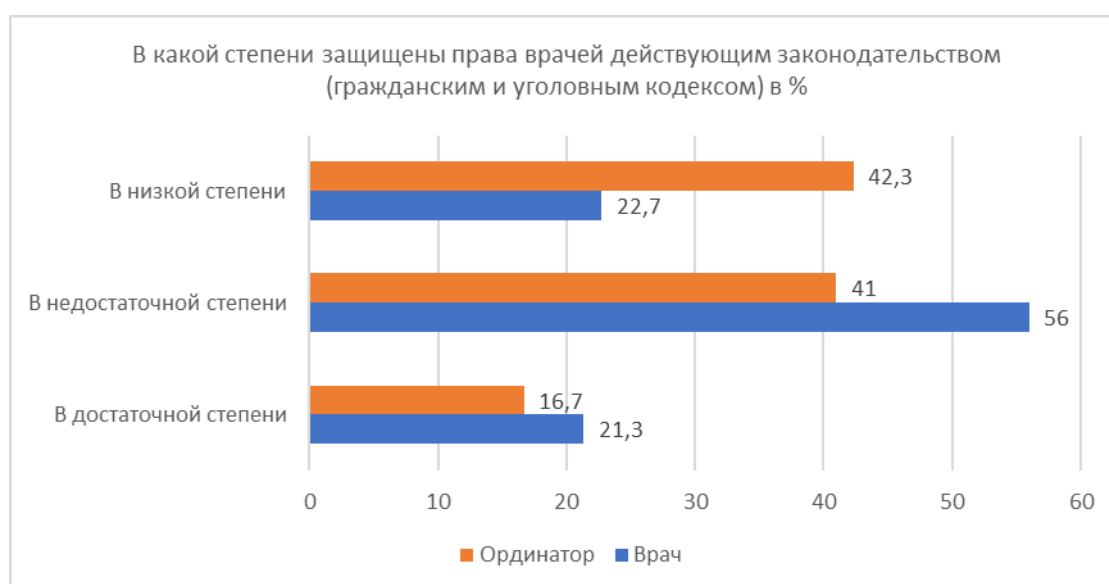
Рис. 143.



Часть II

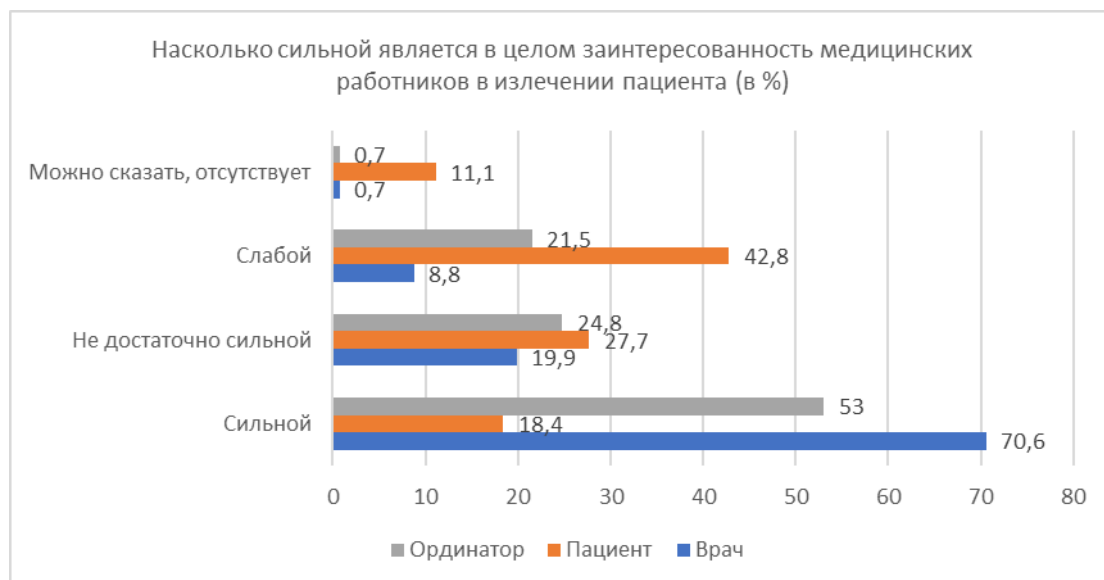
• Защищенность прав врача действующим законодательством

Рис. 144.



**Уровень личной заинтересованности медицинских работников в
излечении пациента**

Рис. 145.



**• Причины слабой личной заинтересованности медицинских работников в
излечении пациента**

Рис. 146.

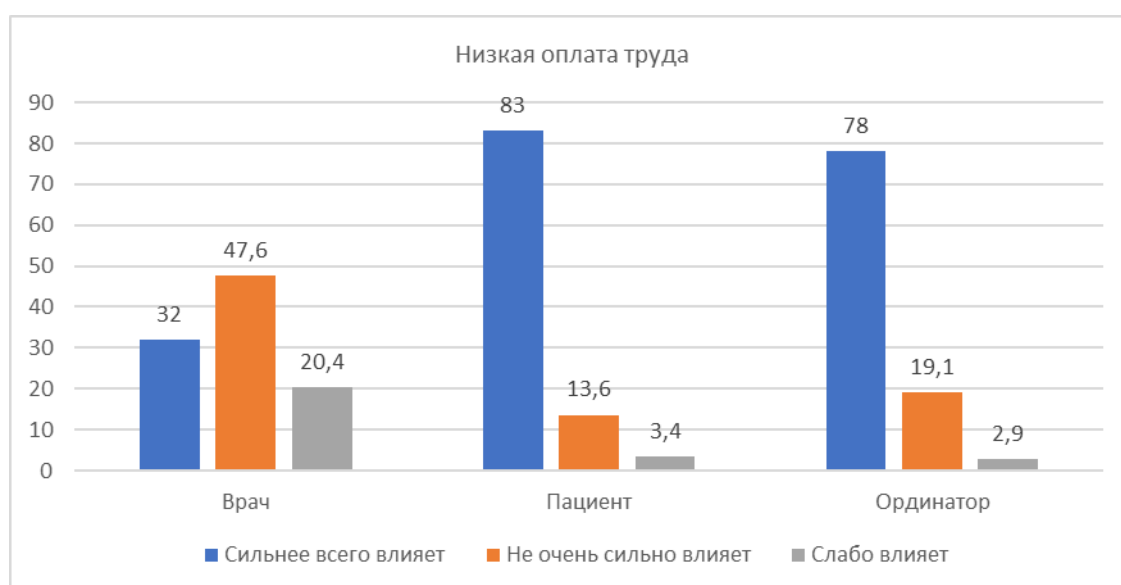


Рис. 147.

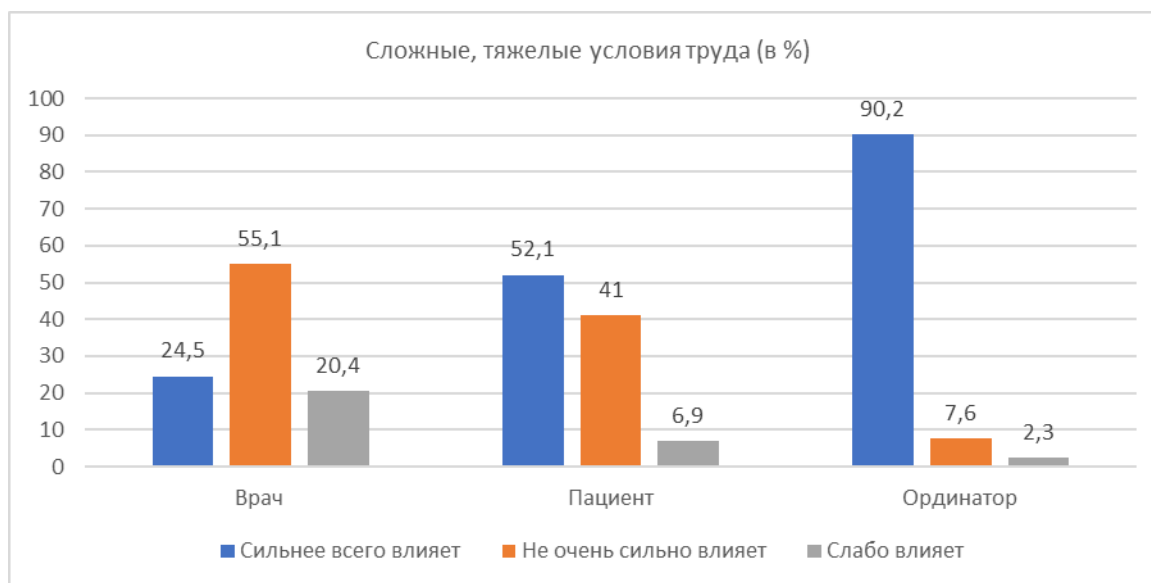


Рис. 148.

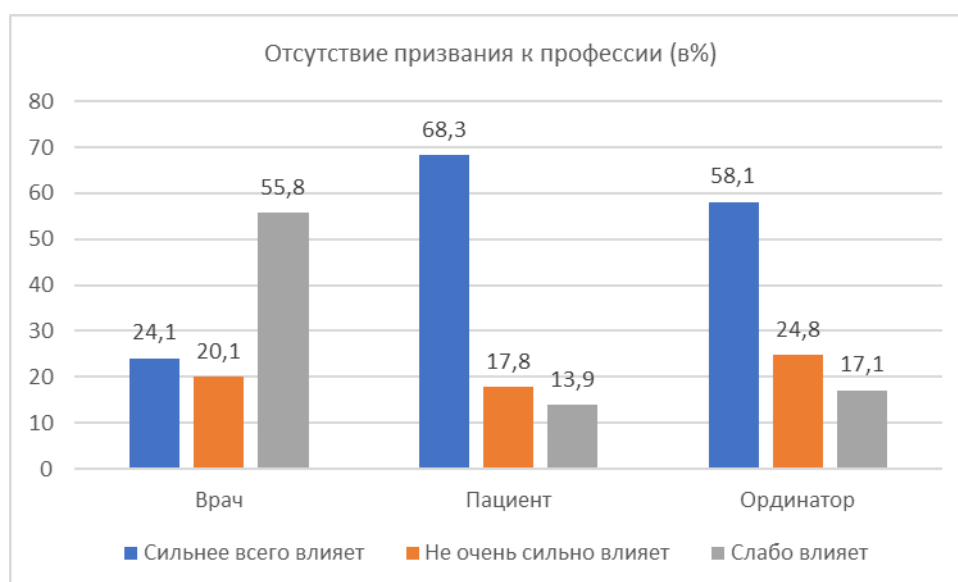


Рис. 149.

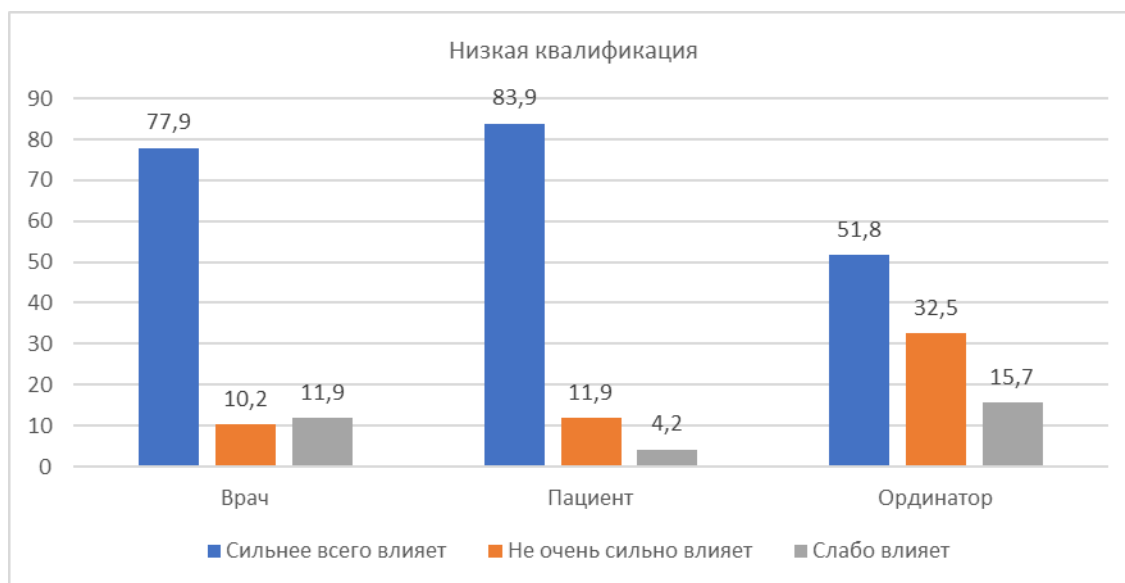


Рис. 150.

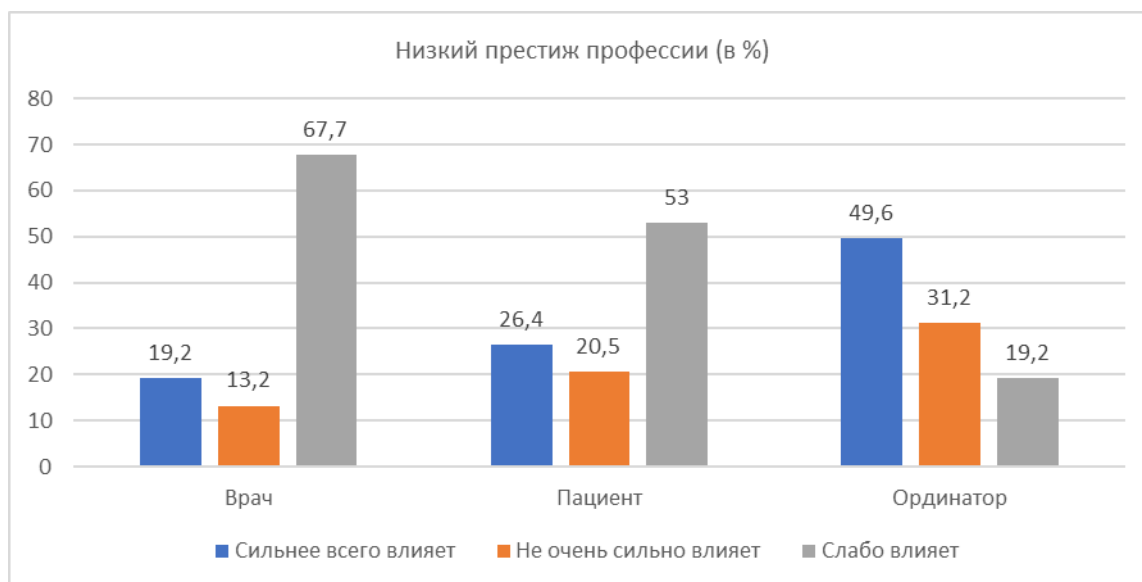


Рис. 151.

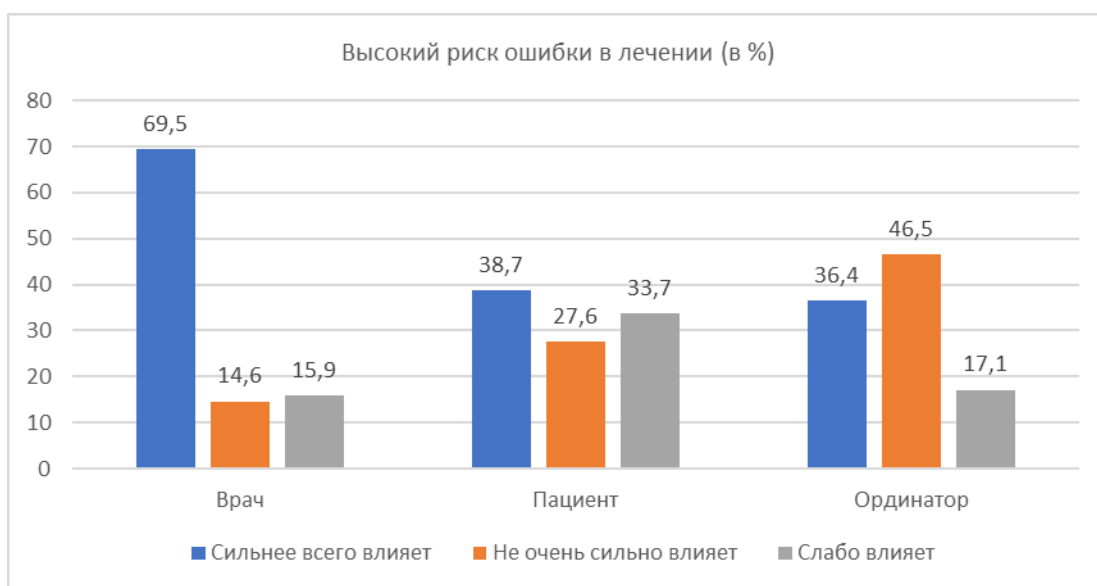


Рис. 152.

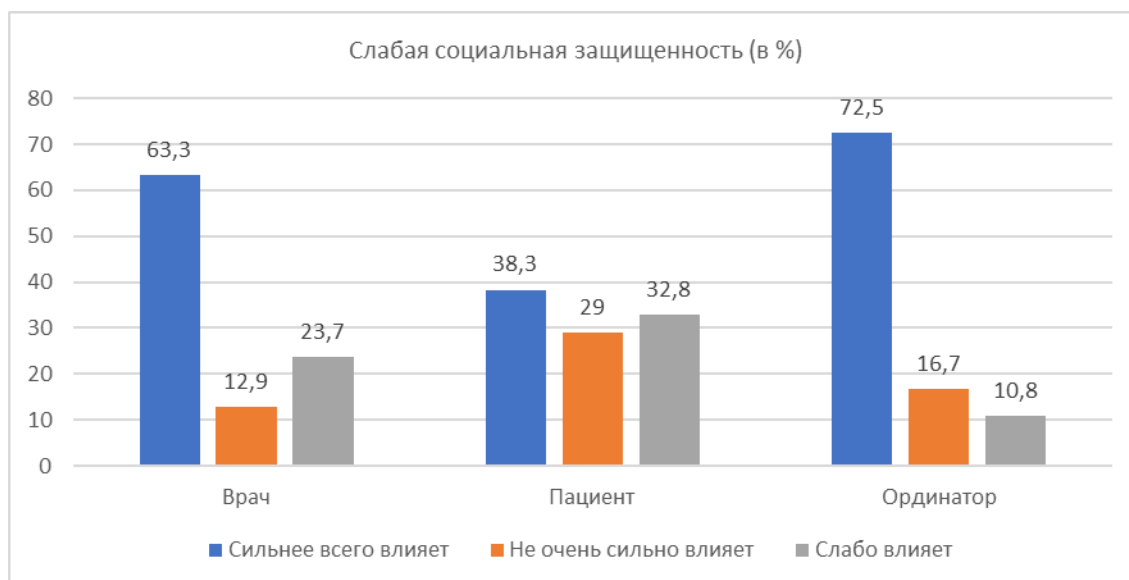
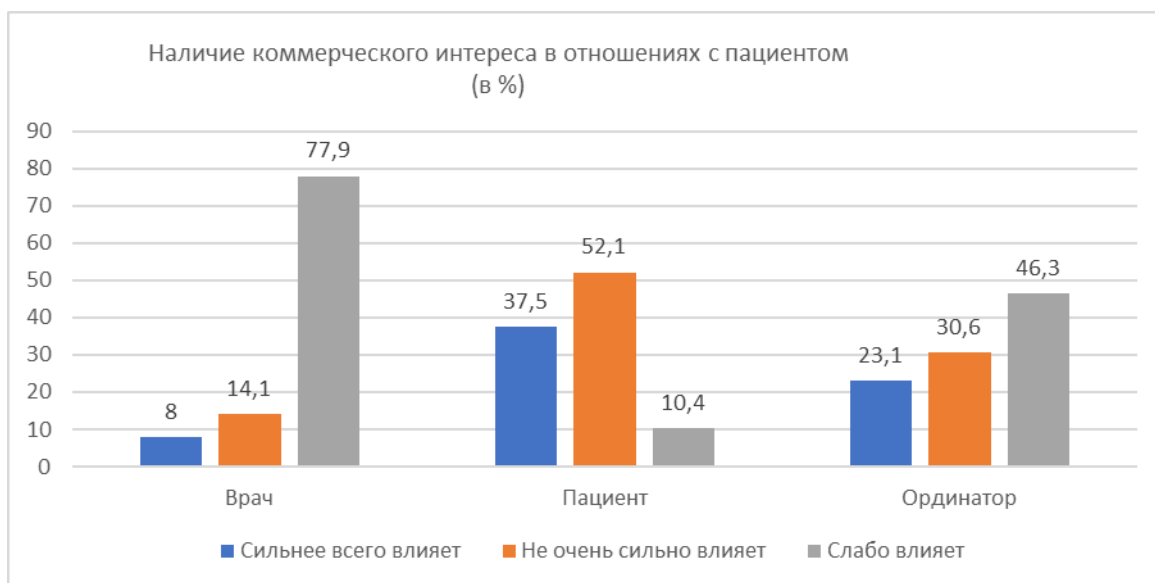


Рис. 153.



• Что в наибольшей степени может повлиять на профессиональный рост и повышение качества работы медицинских работников

Рис. 154.

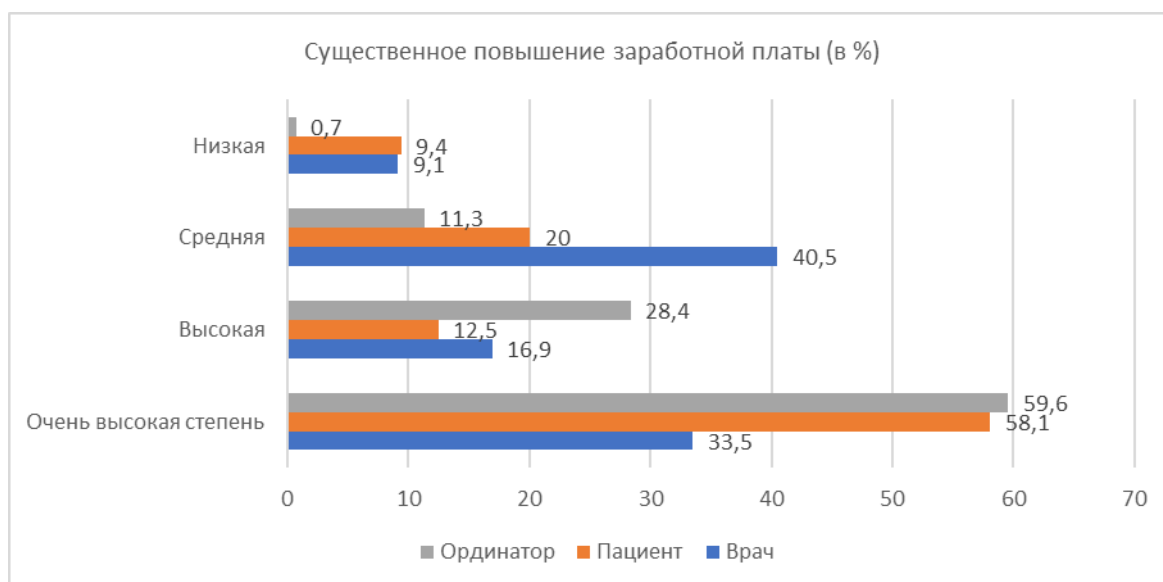


Рис. 155.

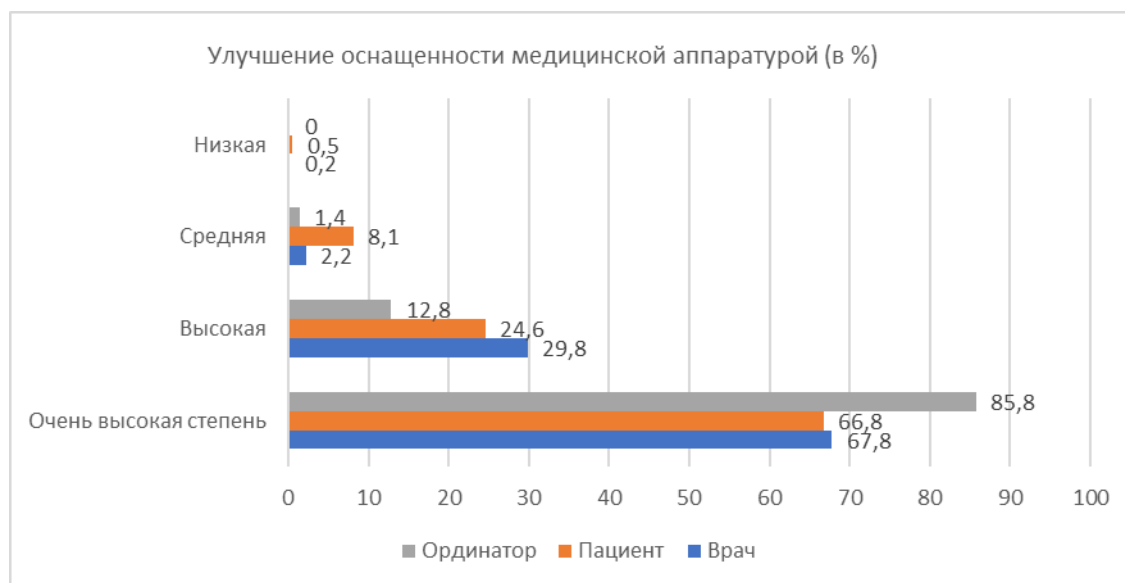


Рис. 156.

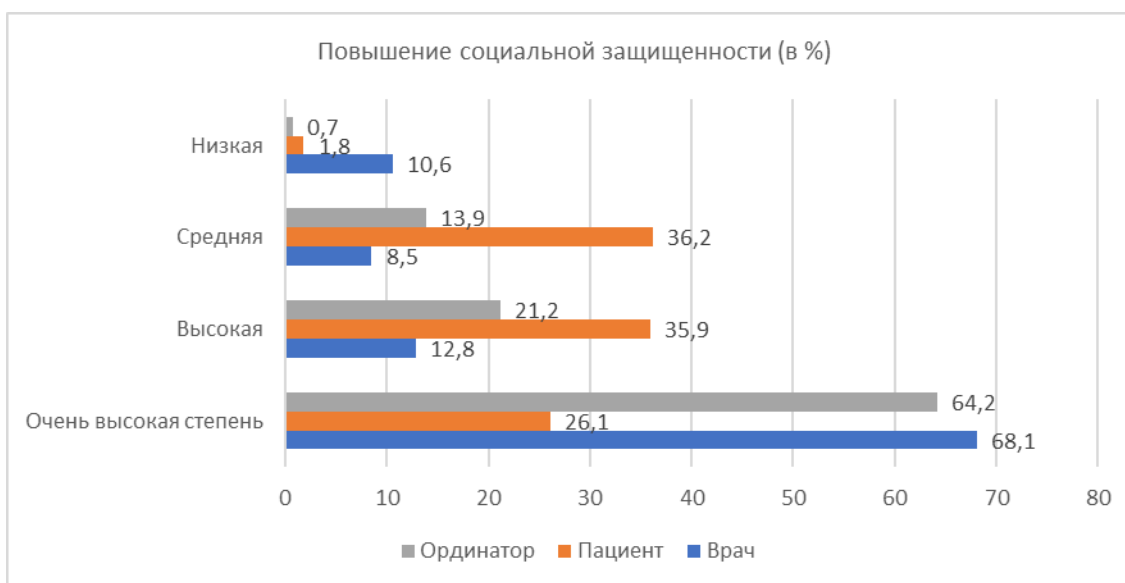


Рис. 157.

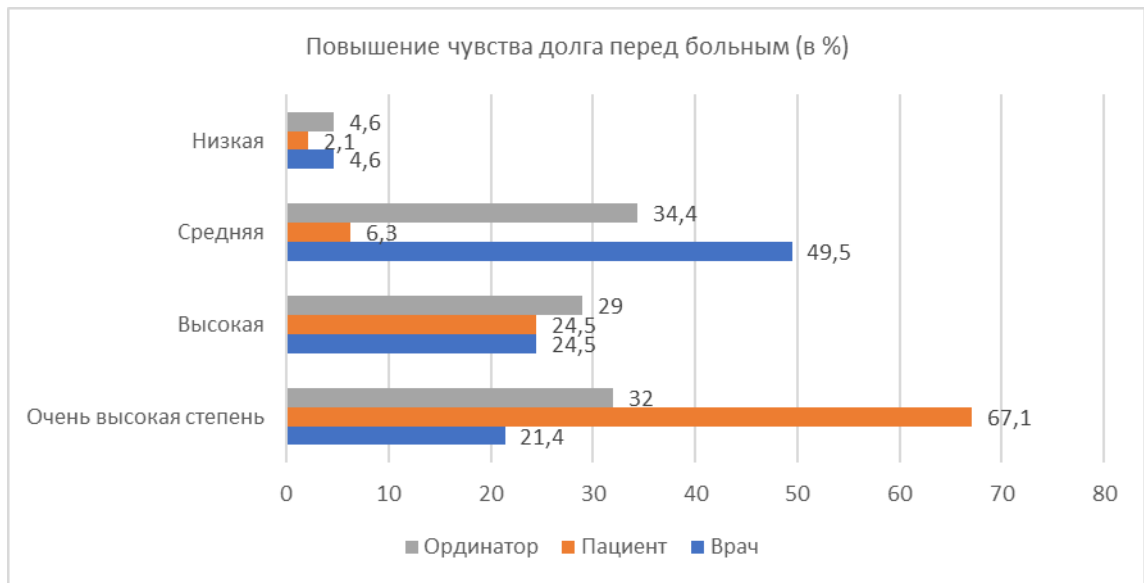


Рис. 158.

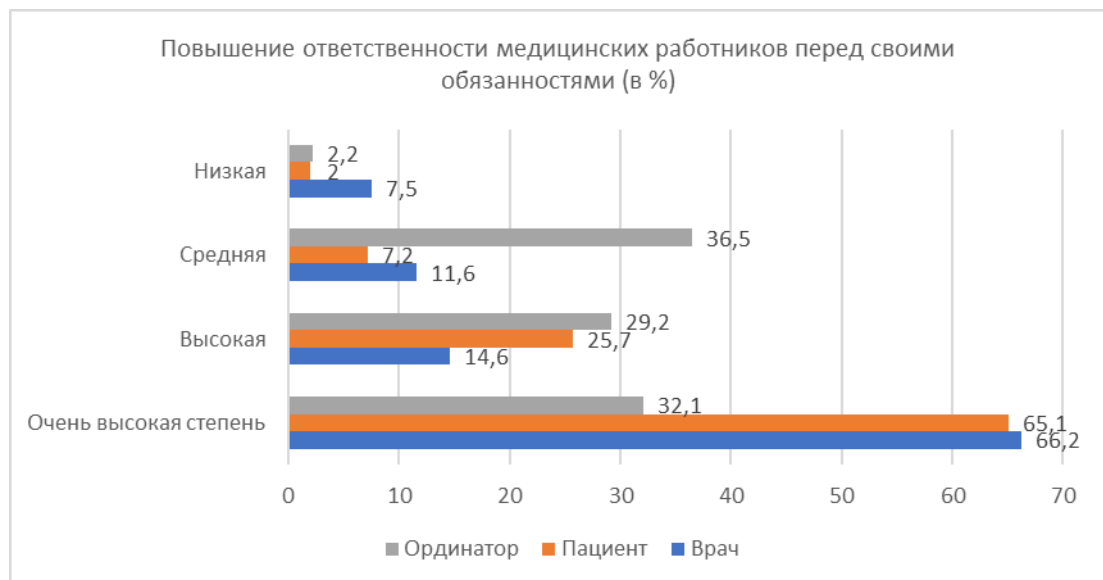


Рис. 159.

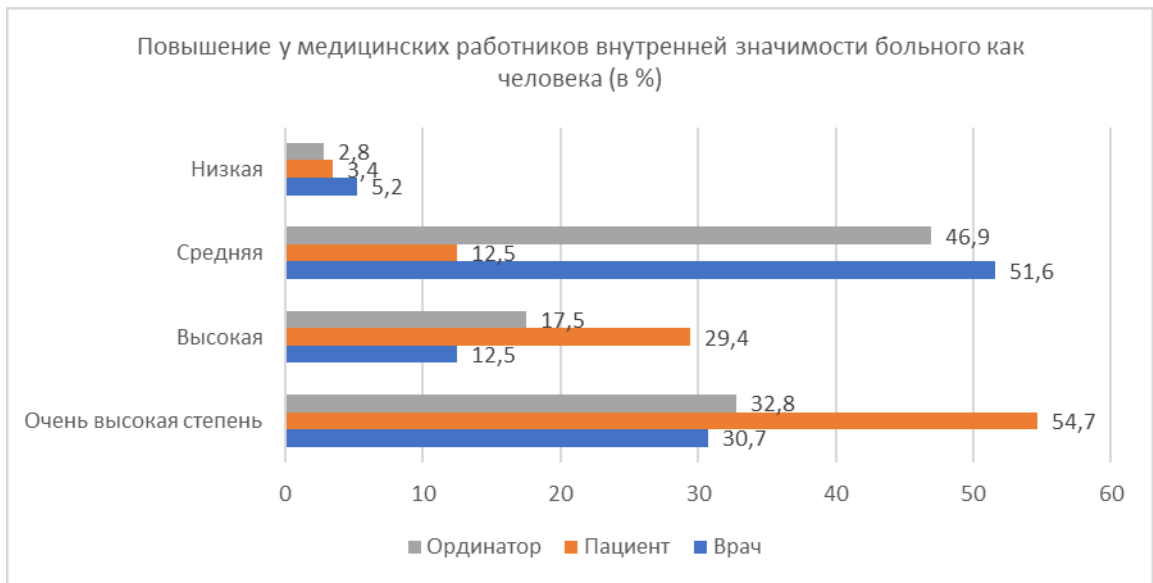


Рис. 160.

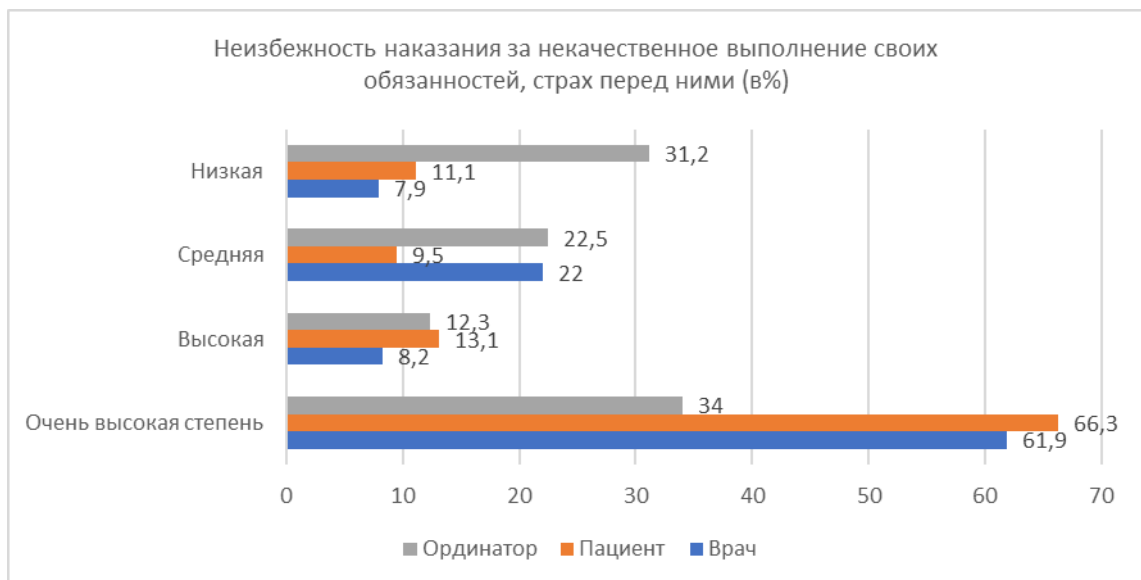
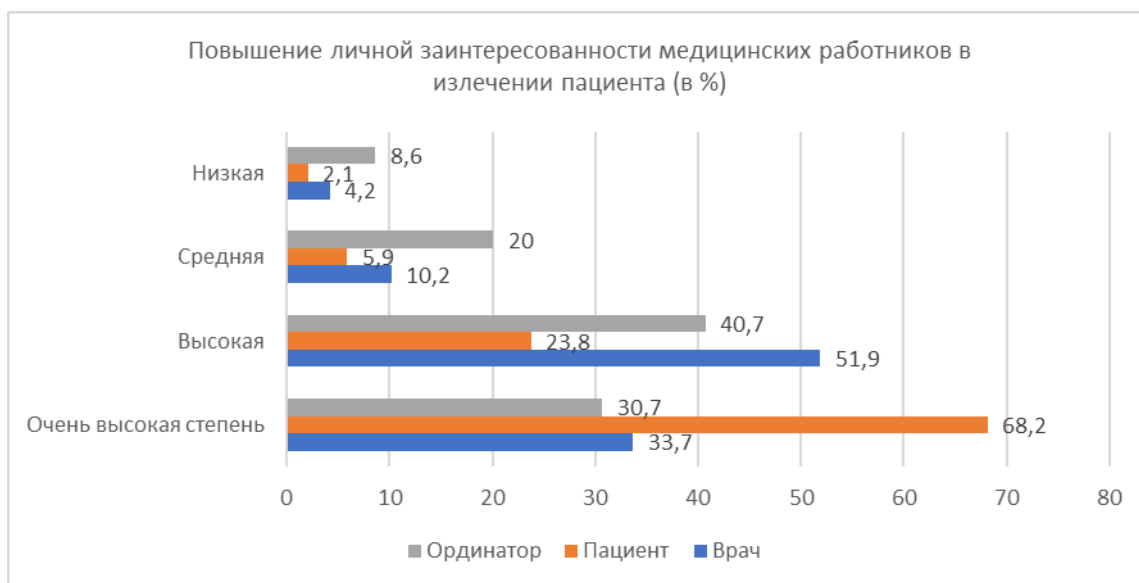


Рис. 161.



• Психическое выгорание врача

Рис. 162.



• Причины психического выгорания врача

Рис. 163.

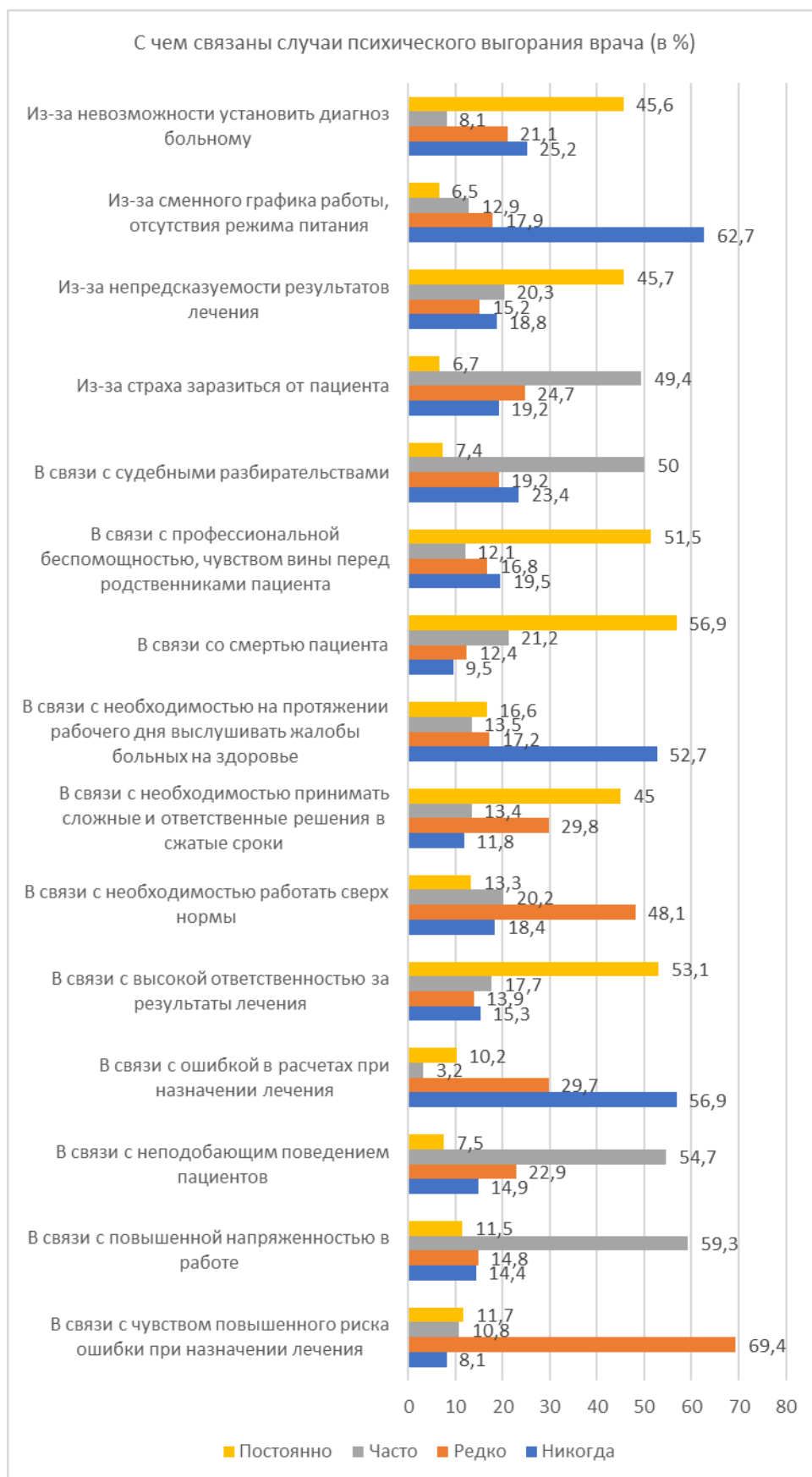
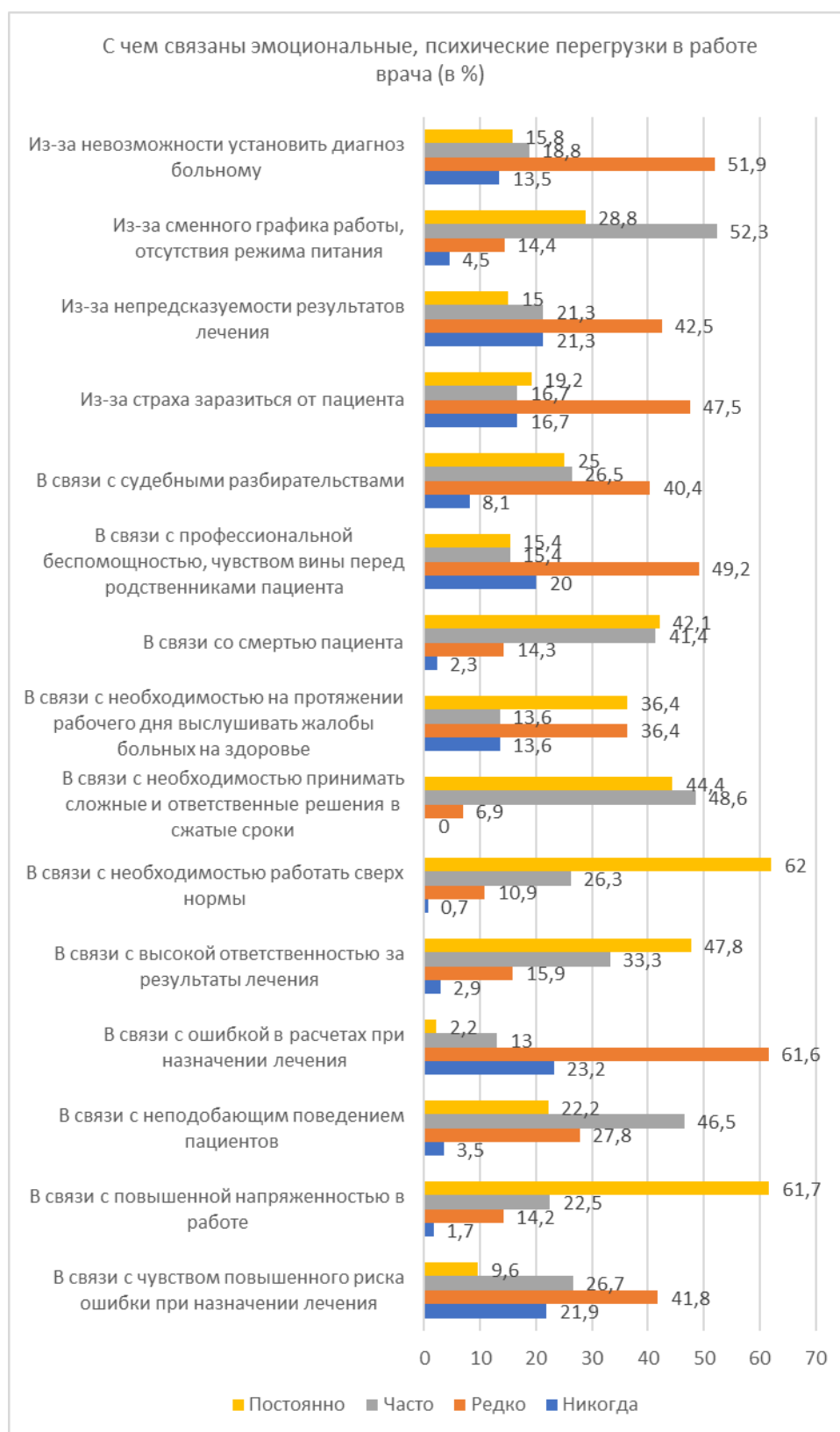
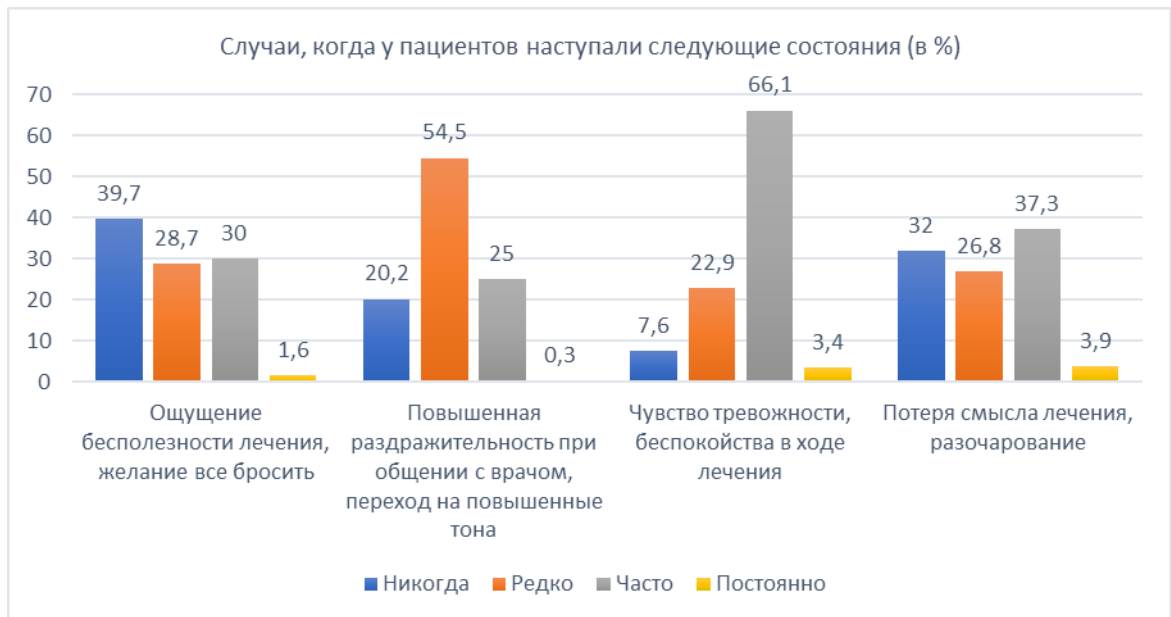


Рис. 164.



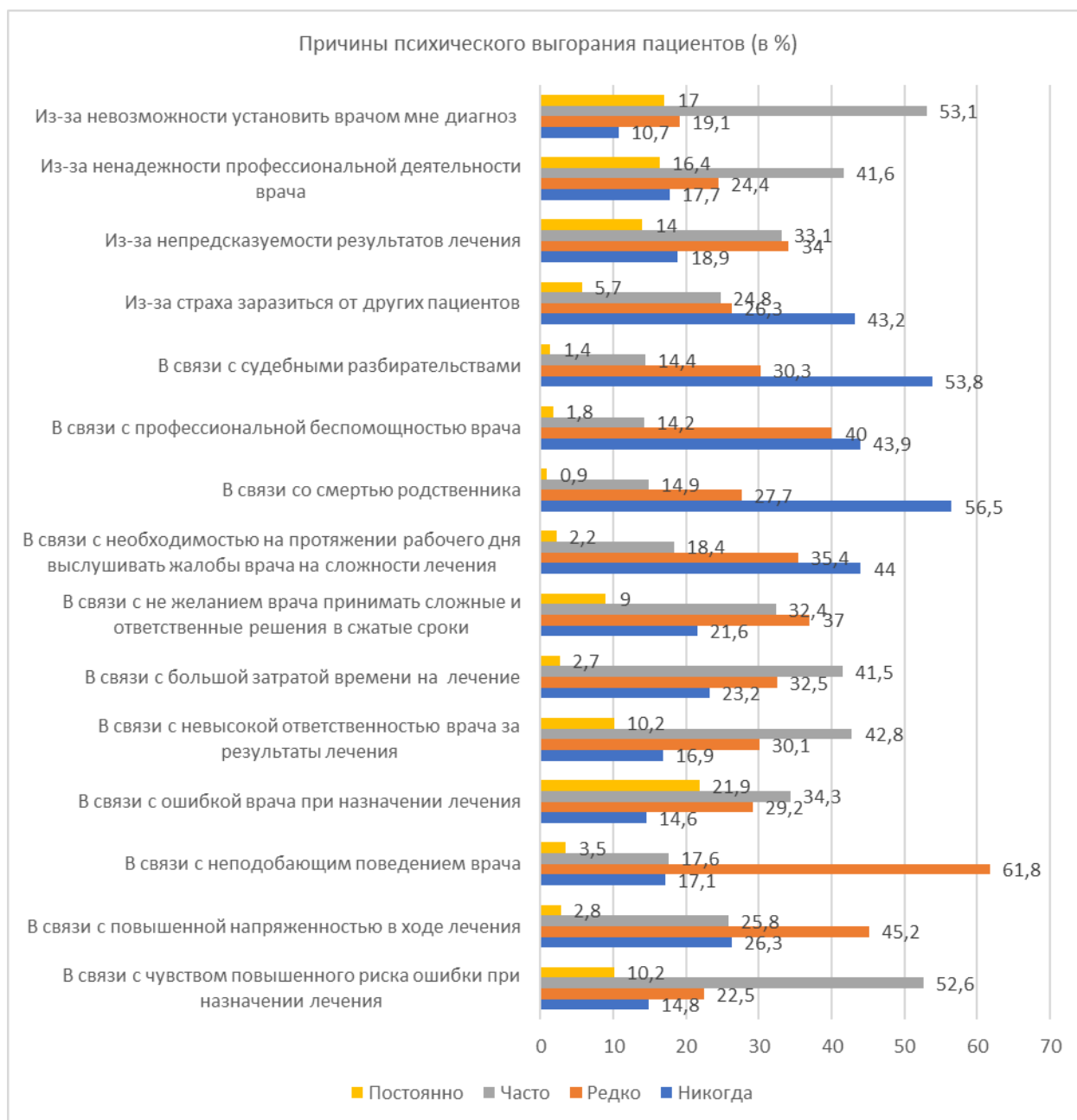
Психическое выгорание пациентов

Рис. 165.



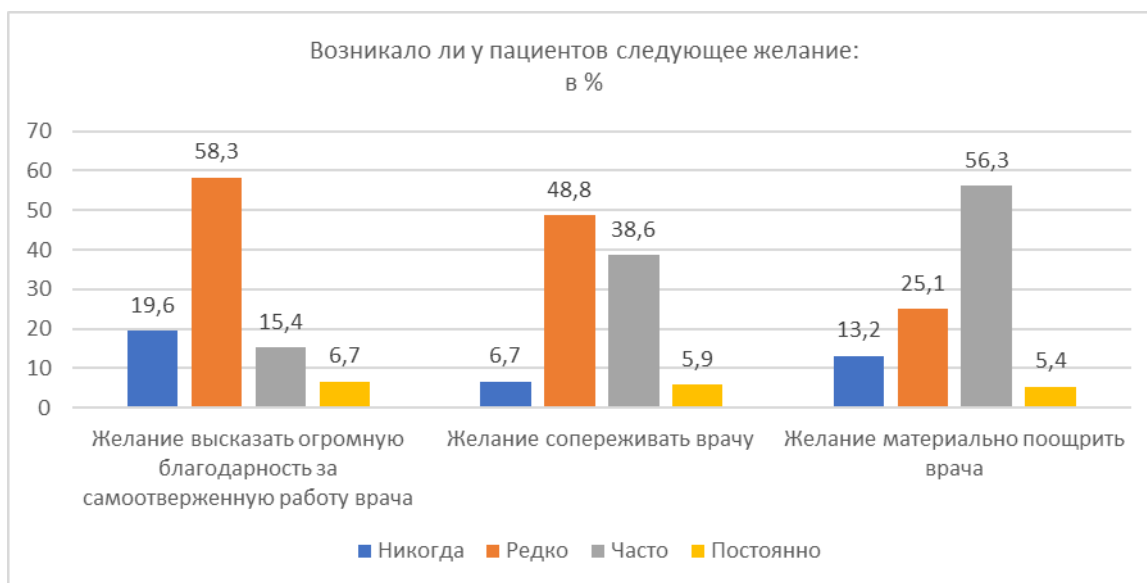
Причины психического выгорания пациентов по их оценкам

Рис. 166.



• Отношение пациента к врачу

Рис. 167.



Оказывая медицинскую помощь, о чем думает врач

Рис. 168.

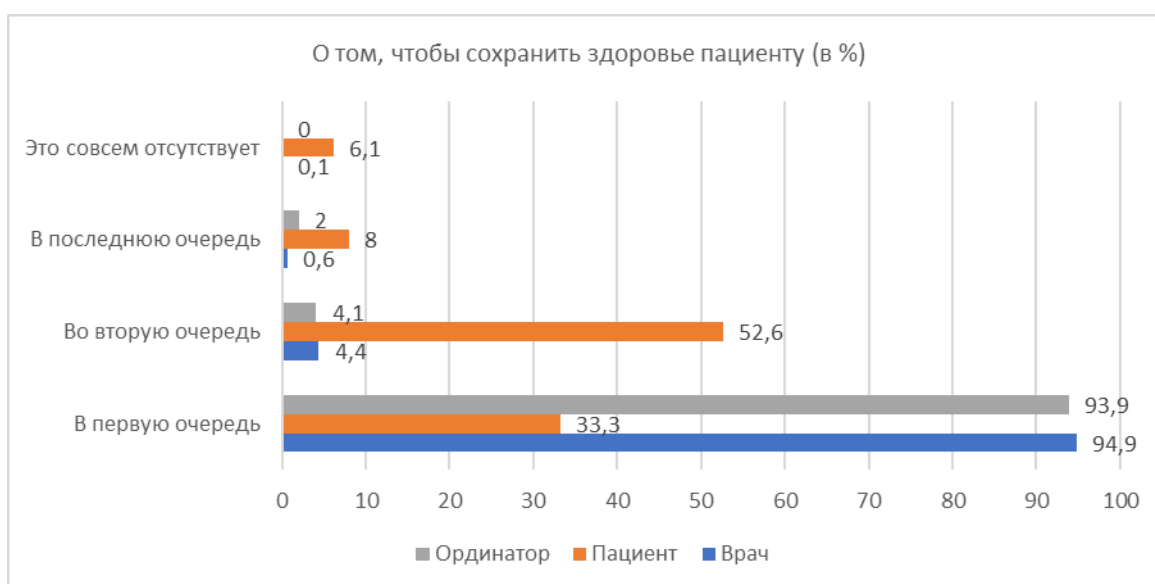


Рис. 169.

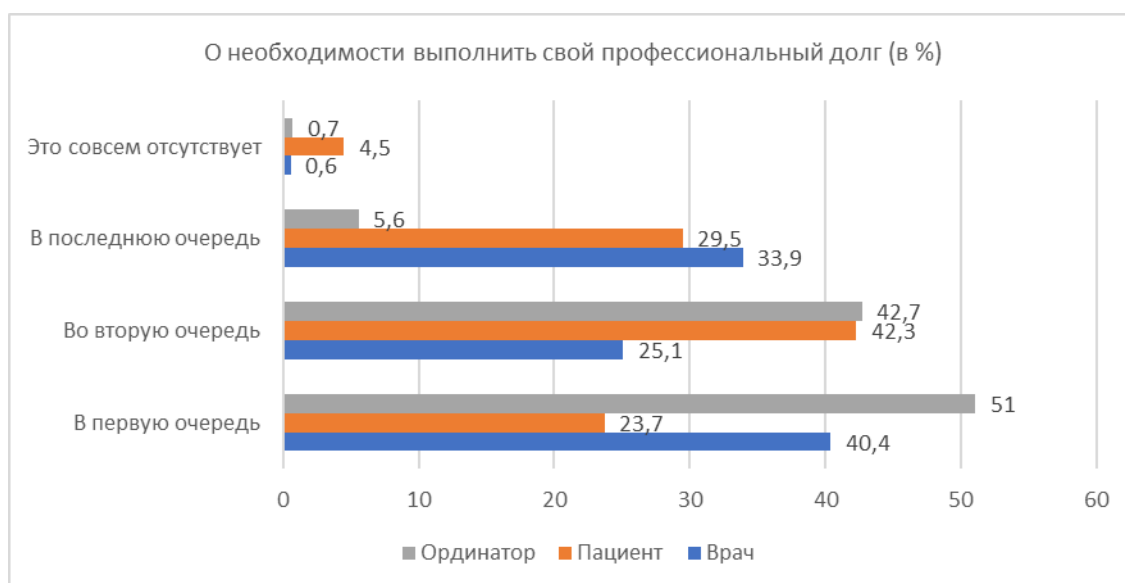
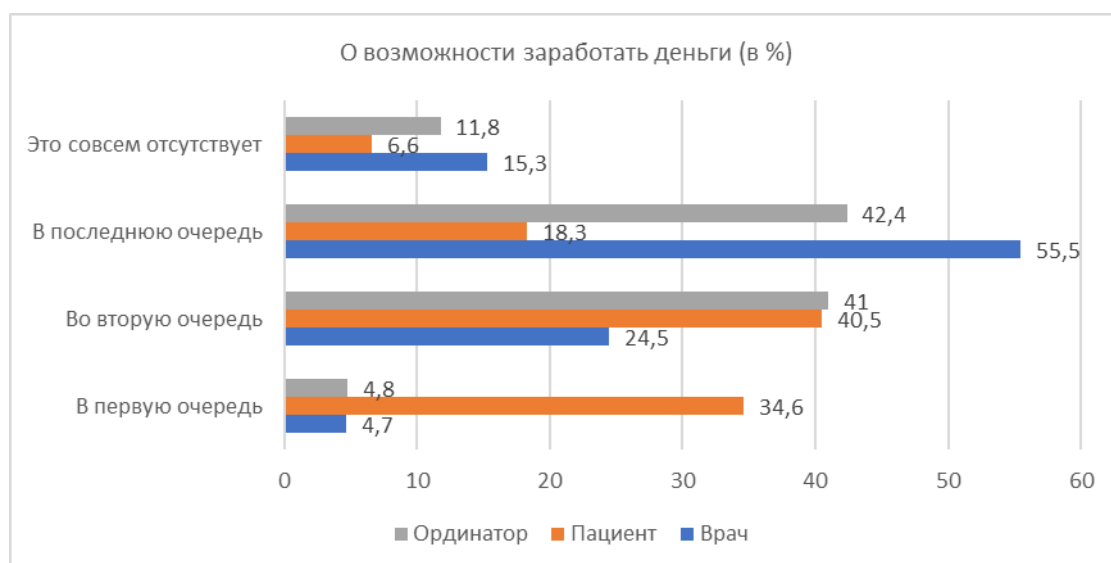


Рис. 170.



Материальное положение и платные услуги врача**Рис. 171.****Рис. 172.**

Рис. 173.

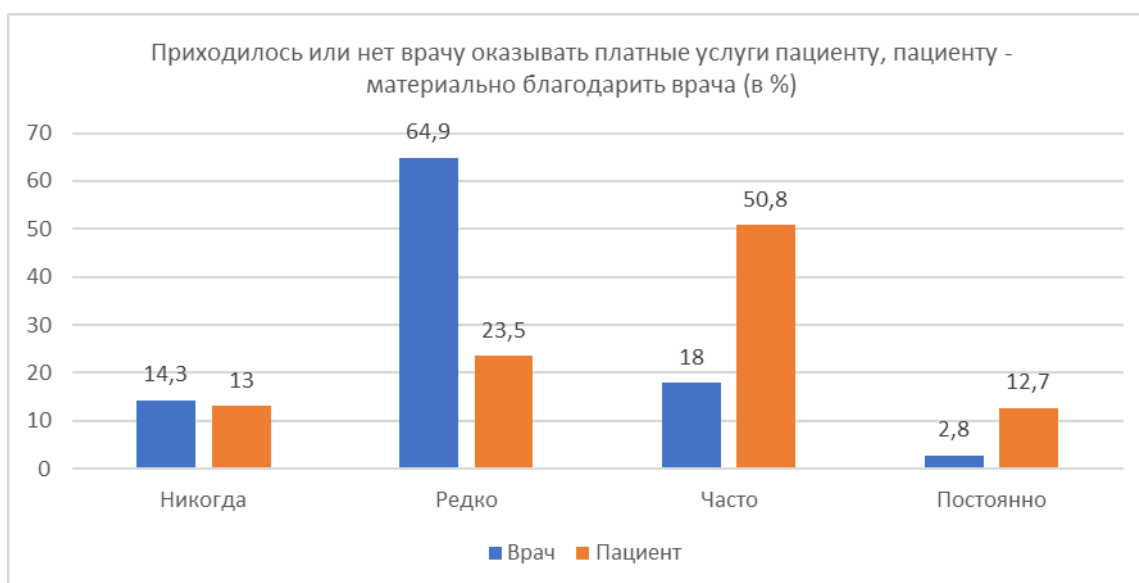


Рис. 174.

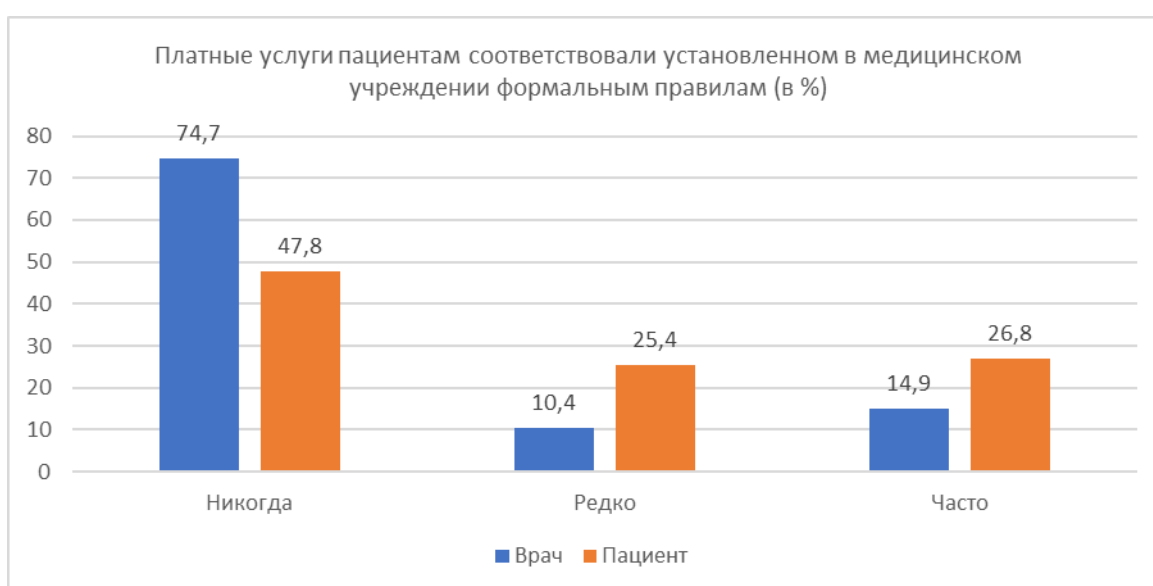


Рис. 175.

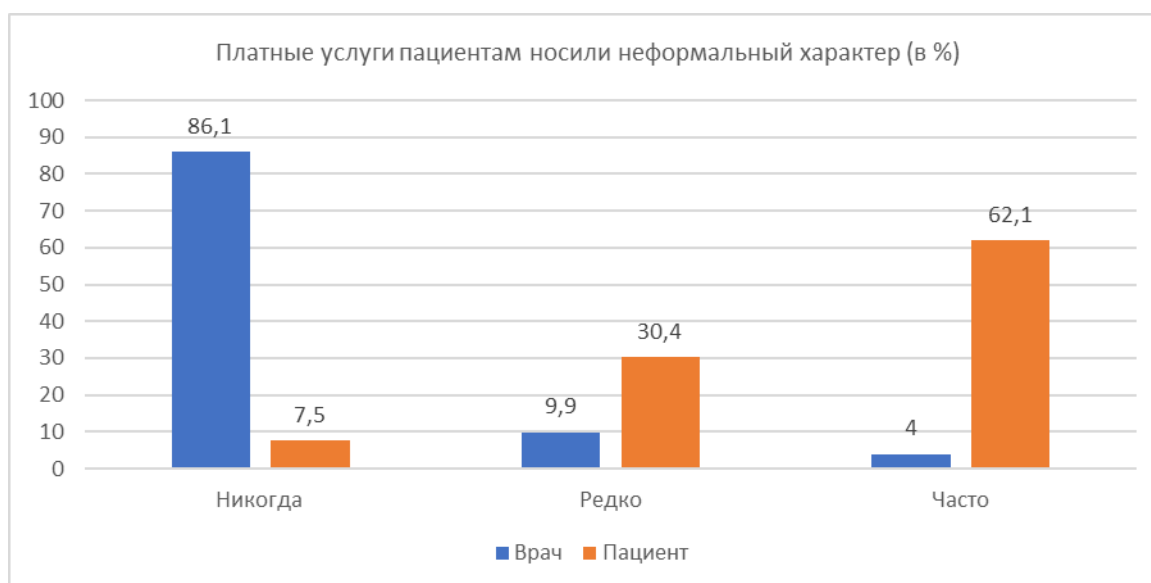
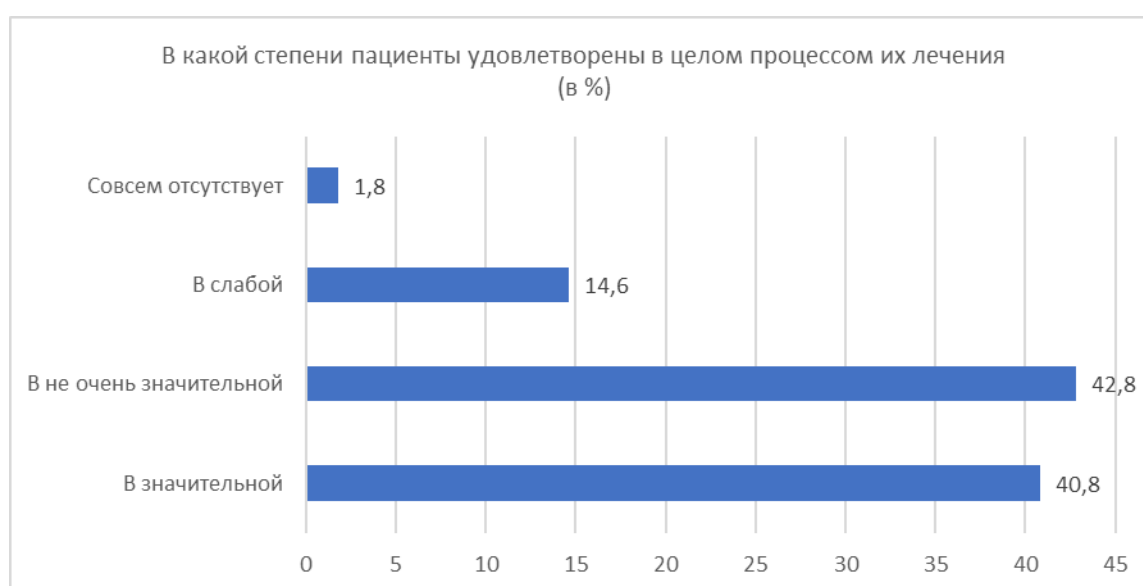
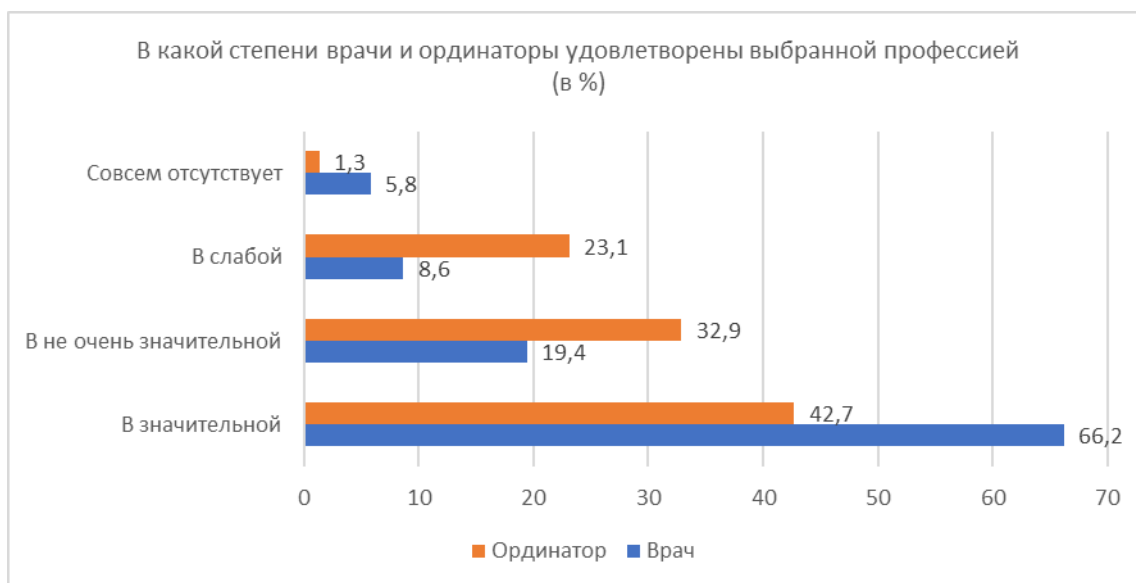


Рис. 176.



• Удовлетворенность врачей и ординаторов профессией

Рис. 177.



• Причины сильной удовлетворенности врача и ординатора своей профессией

Рис. 178.

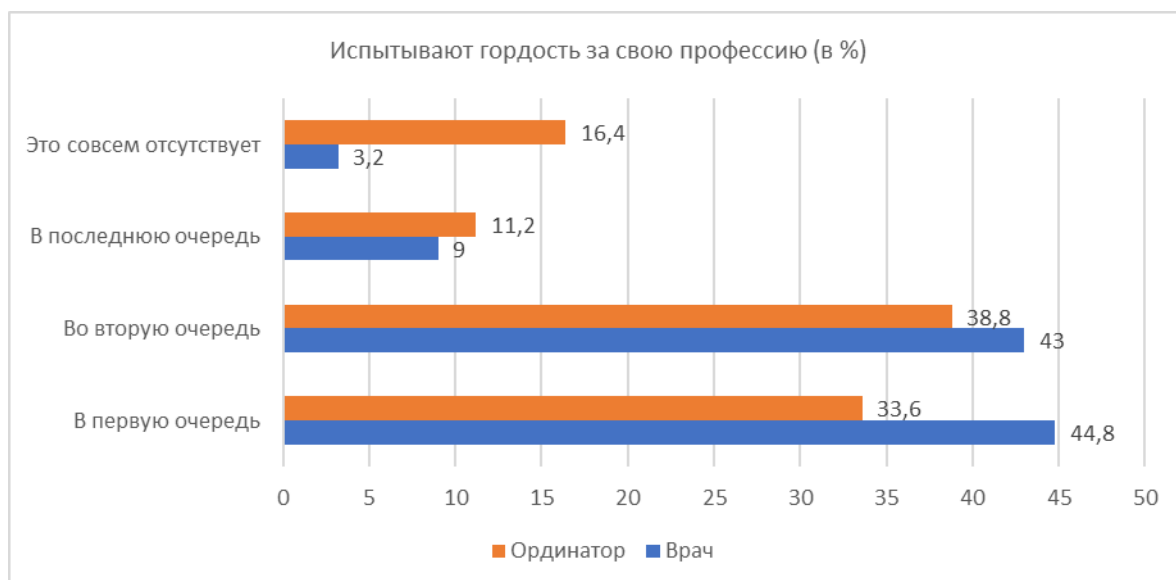


Рис. 179.

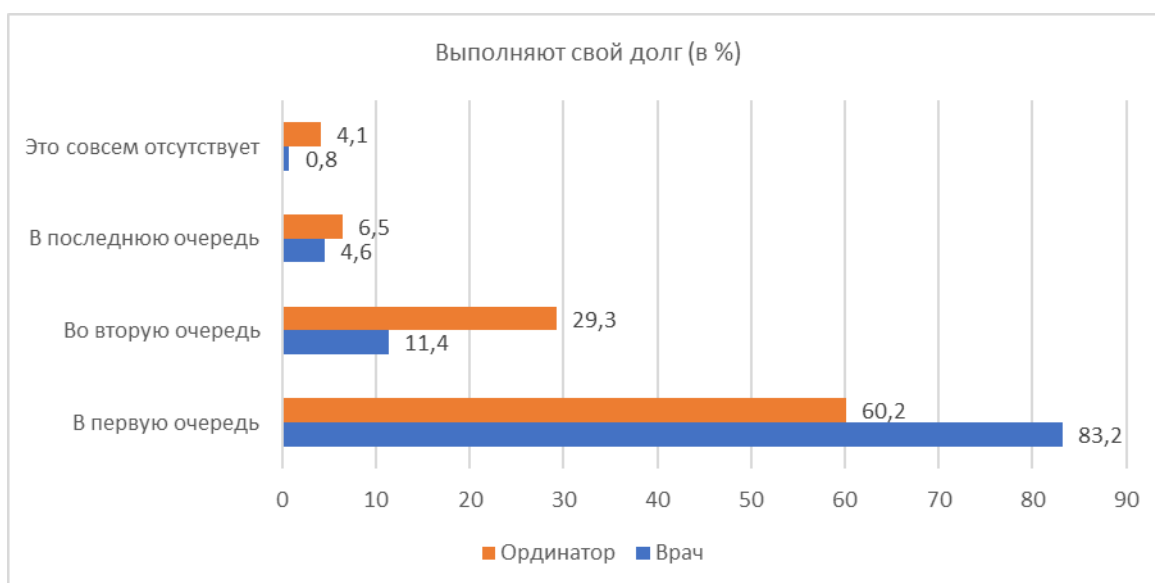


Рис. 180.

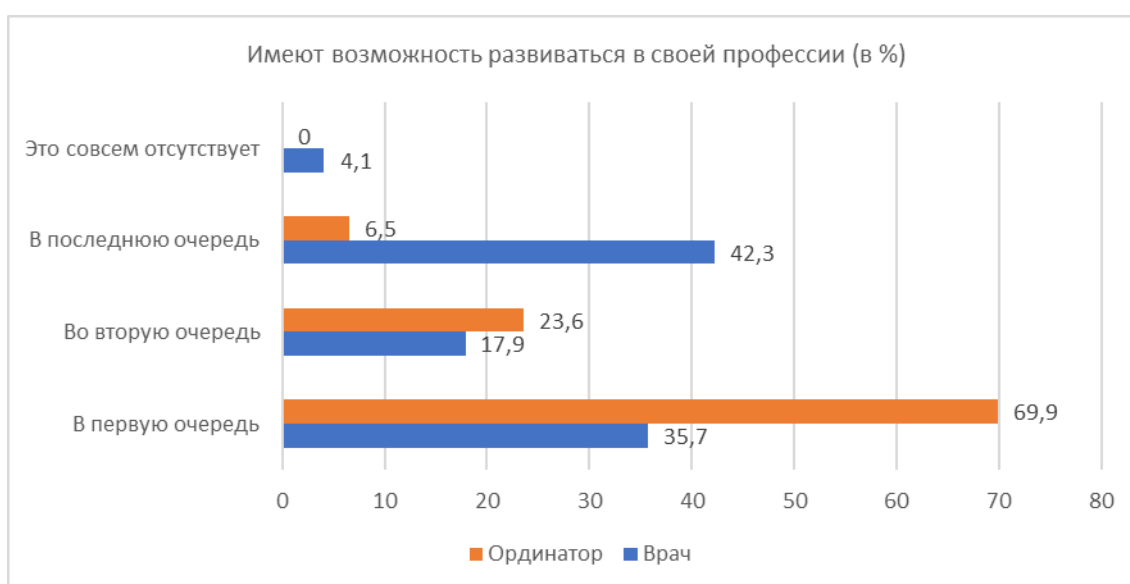


Рис. 181.

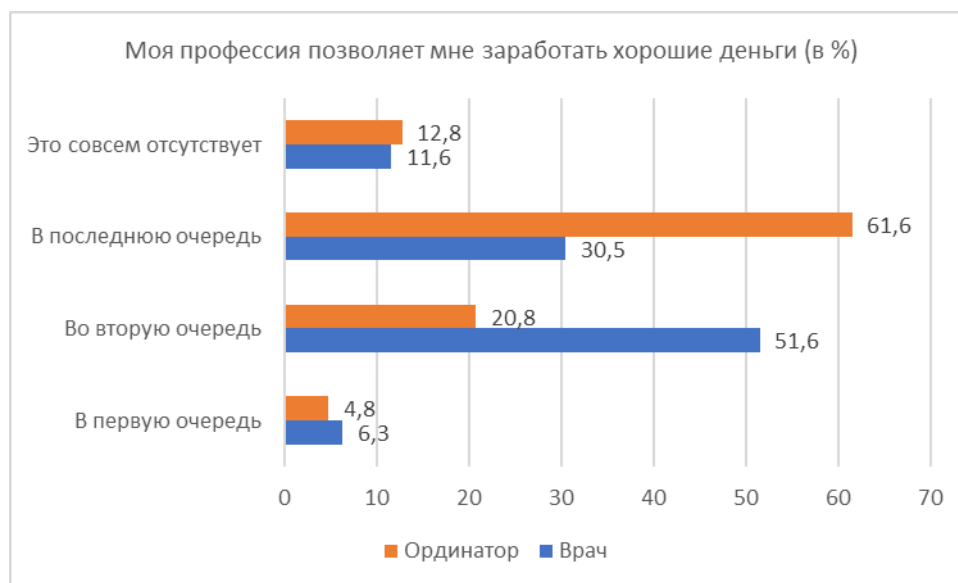


Рис. 182.

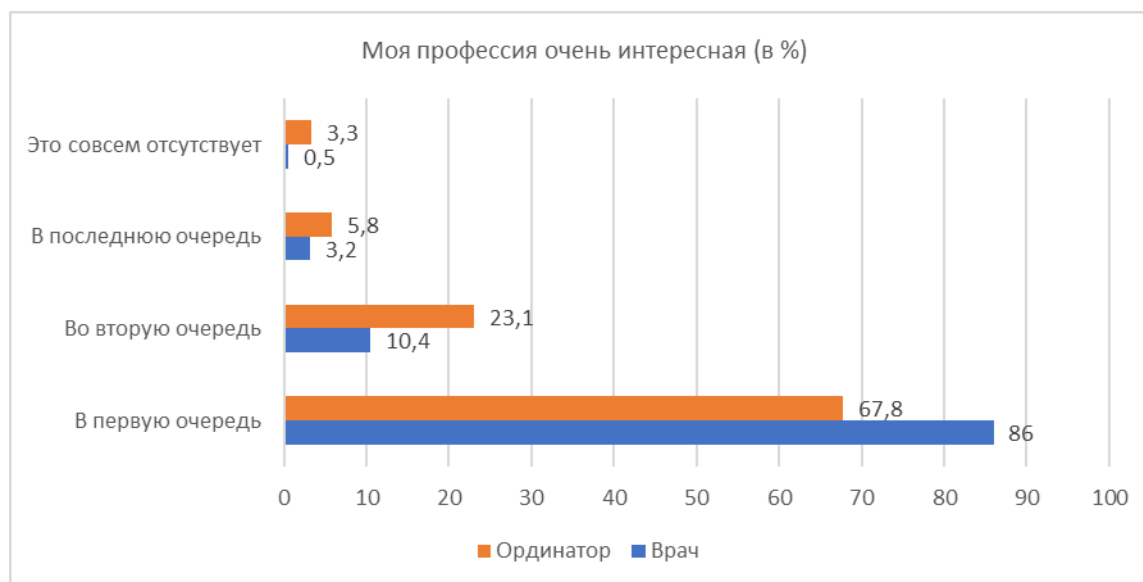


Рис. 183.

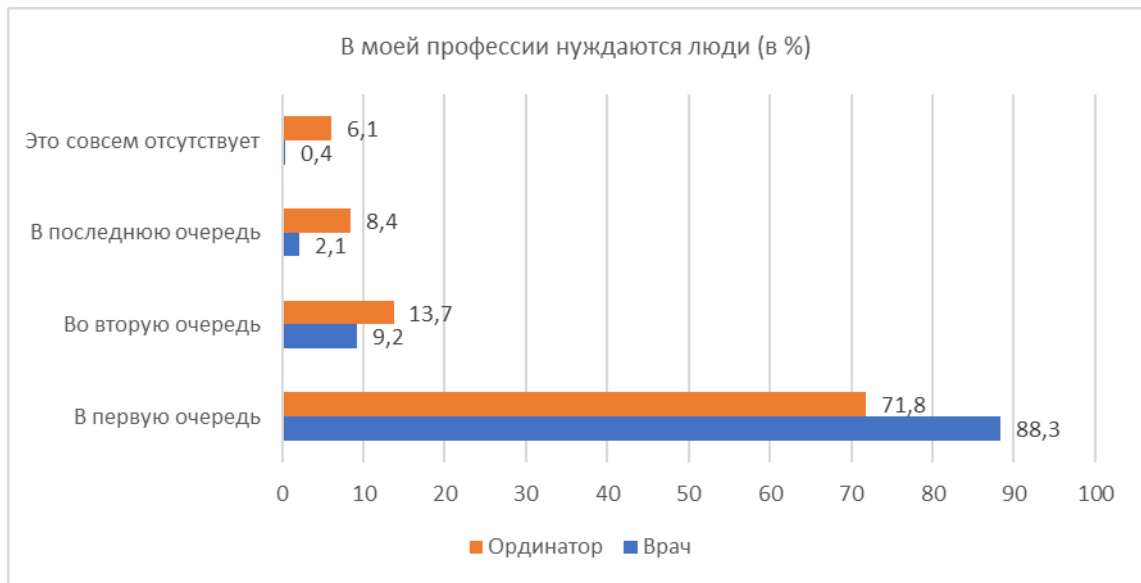
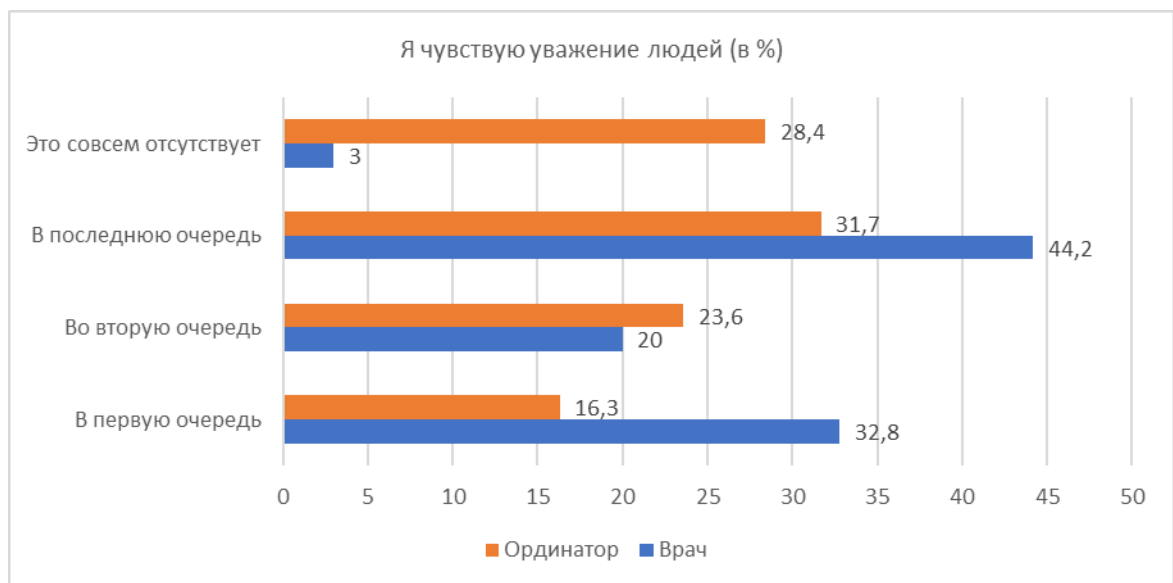


Рис. 184.



Приложение № 3

Положение об антикоррупционной политике Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно- сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Общие положения

1. Цели и задачи внедрения антикоррупционной политики
2. Используемые в политике понятия и определения
3. Основные принципы антикоррупционной деятельности Центра
4. Область применения политики и круг лиц, попадающих под ее действие
5. Определение должностных лиц организации, ответственных за реализацию антикоррупционной политики Центра
6. Определение и закрепление обязанностей работников и организации, связанных с предупреждением и противодействием коррупции
7. Порядок пересмотра и внесения изменений в антикоррупционную политику Центра.

1. Цели и задачи внедрения антикоррупционной политики

Антикоррупционная политика Федерального государственного бюджетного учреждения «Национального медицинского исследовательского центра сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Центр) представляет собой комплекс взаимосвязанных принципов, процедур и конкретных мероприятий, направленных на профилактику и пресечение коррупционных правонарушений в деятельности.

Основопологающим нормативным правовым актом в сфере борьбы с коррупцией является Федеральный закон от 25.12.2008г. №273-ФЗ «О противодействии коррупции» (далее – Федеральный закон № 273-ФЗ). Нормативными актами, регулирующими антикоррупционную политику Центра являются также Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон от 05.04.2013г. №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ,

услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», Устав Центра и другие локальные нормативные акты Центра.

В соответствии со ст.13.3 Федерального закона №273-ФЗ меры по предупреждению коррупции, принимаемые в организации, могут включать:

- 1) определение подразделений или должностных лиц, ответственных за профилактику коррупционных и иных правонарушений;
- 2) сотрудничество организации с правоохранительными органами;
- 3) разработку и внедрение в практику стандартов и процедур, направленных на обеспечение добросовестной работы Центра;
- 4) принятие кодекса врачебной этики и поведения работников Центра;
- 5) предотвращение и урегулирование конфликта интересов;
- 6) недопущение составления неофициальной отчетности и использования поддельных документов.

Антикоррупционная политика Центра направлена на реализацию профилактических мер по воспитательным функциям правосознания сотрудников.

2. Используемые в политике понятия и определения

Коррупция – злоупотребление служебным положением, дача взятки, получение взятки, злоупотребление полномочиями, коммерческий подкуп либо иное незаконное использование физическим лицом своего должностного положения вопреки законным интересам общества и государства в целях получения выгоды в виде денег, ценностей, иного имущества или услуг имущественного характера, иных имущественных прав для себя или для третьих лиц либо незаконное предоставление такой выгоды указанному лицу другими физическими лицами. Коррупцией также является совершение перечисленных деяний от имени или в интересах юридического лица (пункт 1 статьи 1 Федерального закона № 273-ФЗ).

Противодействие коррупции – деятельность федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, институтов гражданского общества, организаций и физических лиц в пределах их полномочий (пункт 2 статьи 1 Федерального закона № 273-ФЗ):

- а) по предупреждению коррупции, в том числе по выявлению и последующему устранению причин коррупции (профилактика коррупции);
- б) по выявлению, предупреждению, пресечению, раскрытию и расследованию коррупционных правонарушений (борьба с коррупцией);
- в) по минимизации и (или) ликвидации последствий коррупционных правонарушений.

Организация – юридическое лицо независимо от формы собственности, организационно-правовой формы и отраслевой принадлежности.

Контрагент – любое российское или иностранное юридическое или физическое лицо, с которым организация вступает в договорные отношения, за исключением трудовых отношений.

Взятка – получение должностным лицом, иностранным должностным лицом либо должностным лицом публичной международной организации

лично или через посредника денег, ценных бумаг, иного имущества либо в виде незаконных оказания ему услуг имущественного характера, предоставления иных имущественных прав за совершение действий (бездействие) в пользу взяткодателя.

Коммерческий подкуп – незаконные передача лицу, выполняющему управленческие функции в коммерческой или иной организации, денег, ценных бумаг, иного имущества, оказание ему услуг имущественного характера, предоставление иных имущественных прав за совершение действий (бездействие) в интересах дающего в связи с занимаемым этим лицом служебным положением (часть 1 статьи 204 Уголовного кодекса Российской Федерации).

Конфликт интересов – ситуация, при которой личная заинтересованность (прямая или косвенная) работника (представителя Центра) влияет или может повлиять на надлежащее исполнение им должностных (трудовых) обязанностей и при которой возникает или может возникнуть противоречие между личной заинтересованностью работника (представителя Центра) и правами и законными интересами организации, способное привести к причинению вреда правам и законным интересам, имуществу и (или) деловой репутации организации, работником (представителем Центра) которой он является.

Личная заинтересованность работника (представителя Центра) – заинтересованность работника, связанная с возможностью получения работником при исполнении должностных обязанностей доходов в виде денег, ценностей, иного имущества или услуг имущественного характера, иных имущественных прав для себя или для третьих лиц.

3. Основные принципы антикоррупционной деятельности

Система мер противодействия коррупции в Центре основывается на следующих ключевых принципах:

Принцип соответствия политики организации действующему законодательству и общепринятым нормам.

Соответствие реализуемых антикоррупционных мероприятий Конституции Российской Федерации, заключенным Российской Федерацией международным договорам, законодательству Российской Федерации и иным нормативным правовым актам, применимым к организации.

Принцип вовлеченности работников.

Информированность работников организации о положениях антикоррупционного законодательства и их активное участие в формировании и реализации антикоррупционных стандартов и процедур.

Принцип соразмерности антикоррупционных процедур риску коррупции.

Разработка и выполнение комплекса мероприятий, позволяющих снизить вероятность вовлечения организации, ее сотрудников в коррупционную деятельность, осуществляется с учетом существующих в деятельности данной организации коррупционных рисков.

Принцип эффективности антикоррупционных процедур.

Применение в организации таких антикоррупционных мероприятий, которые имеют низкую стоимость, обеспечивают простоту реализации и приносят значимый результат.

Принцип ответственности и неотвратимости наказания.

Неотвратимость наказания для работников Центра вне зависимости от занимаемой должности, стажа работы и иных условий в случае совершения ими коррупционных правонарушений в связи с исполнением трудовых обязанностей. *Принцип открытости.*

Информирование контрагентов, партнеров и общественности о принятых в организации антикоррупционных стандартах ведения деятельности.

4. Область применения политики и круг лиц, попадающих под ее действие

Основным кругом лиц, попадающих под действие политики, являются работники Центра, находящиеся с ним в трудовых отношениях, вне зависимости от занимаемой должности и выполняемых функций. Политика в большей степени распространяется на медицинских работников, имеющих риск быть вовлеченными в получении личной выгоды при выполнении должностных обязанностей и доверенных лиц, предоставляющие интересы Центра при заключении гражданско-правовых договоров.

5. Определение должностных лиц Центра, ответственных за реализацию антикоррупционной политики

В Центре ответственными лицами за противодействие коррупции, исходя из установленных задач, специфики деятельности, штатной численности, организационной структуры, материальных ресурсов являются заведующие структурными подразделениями и координатором ответственное лицо по Центру, назначенное директором Центра.

Обязанности ответственного лица и заведующих отделениями включают:

5.1. разработку воспитательных функций правосознания работников вверенного структурного подразделения, направленных на реализацию мер по предупреждению коррупции на основе антикоррупционной политики, кодекса этики и служебного поведения работников и т.д.;

5.2. проведение контрольных мероприятий, направленных на выявление коррупционных правонарушений работниками организации;

5.3. организацию своевременного проведения оценки коррупционных рисков;

5.4. разработку мер по снижению конфликта интересов;

6. Определение и закрепление обязанностей работников Центра, связанных с предупреждением и противодействием коррупции

Обязанности работников Центра в связи с предупреждением и противодействием коррупции являются общими для всех сотрудников Центра.

Общими обязанностями работников в связи с предупреждением и противодействием коррупции являются следующие:

- 6.1. воздерживаться от совершения и (или) участия в совершении коррупционных правонарушений в интересах или от имени Центра;
- 6.2. воздерживаться от поведения, которое может быть истолковано окружающими как готовность совершить или участвовать в совершении коррупционного правонарушения в интересах или от имени Центра;
- 6.3. незамедлительно информировать директора Центра и ответственное лицо по Центру о случаях склонения работника к совершению коррупционных правонарушений;
- 6.4. сообщать непосредственному ответственному лицу о возможности возникновения либо возникшем у работника конфликте интересов.

В целях обеспечения эффективного исполнения возложенных на работников обязанностей регламентируются процедуры их соблюдения.

При условии закрепления обязанностей работника в связи с предупреждением и противодействием коррупции в трудовом договоре работодатель вправе применить к работнику меры дисциплинарного взыскания, включая увольнение, при наличии оснований, предусмотренных ТК РФ, за совершения неправомерных действий, повлекших неисполнение возложенных на него трудовых обязанностей.

7. Порядок пересмотра и внесения изменений в антикоррупционную политику организации

Данный локальный нормативный акт может быть пересмотрен, в него могут быть внесены изменения в случае изменения законодательства РФ. Конкретизация отдельных аспектов антикоррупционной политики может осуществляться путем разработки дополнений и приложений к данному акту.

8. Установление перечня реализуемых учреждением антикоррупционных мероприятий, стандартов и процедур и порядок их выполнения (применения)

Направление	Мероприятие
Нормативное обеспечение, закрепление стандартов поведения и декларация	Разработка и принятие кодекса этики и служебного поведения работников организации
	Разработка и внедрение положения о конфликте интересов, декларации о конфликте интересов

намерений		Введение в договоры, связанные с хозяйственной деятельностью организации, стандартной антикоррупционной оговорки
		Введение антикоррупционных положений в трудовые договора работников
Разработка и введение специальных антикоррупционных процедур	и	Введение процедуры информирования работниками работодателя о случаях склонения их к совершению коррупционных нарушений и порядка рассмотрения таких сообщений, включая создание доступных каналов передачи обозначенной информации (механизмов «обратной связи», телефона доверия и т. п.)
		Введение процедуры информирования работодателя о ставшей известной работнику информации о случаях совершения коррупционных правонарушений другими работниками, контрагентами организации или иными лицами и порядка рассмотрения таких сообщений, включая создание доступных каналов передачи обозначенной информации (механизмов «обратной связи», телефона доверия и т. п.)
		Введение процедуры информирования работниками работодателя о возникновении конфликта интересов и порядка урегулирования выявленного конфликта интересов
		Введение процедур защиты работников, сообщивших о коррупционных правонарушениях в деятельности организации, от формальных и неформальных санкций
		Проведение периодической оценки коррупционных рисков в целях выявления сфер деятельности организации, наиболее подверженных таким рискам, и разработки соответствующих антикоррупционных мер
Обучение и информирование работников	и	Ежегодное ознакомление работников под роспись с нормативными документами, регламентирующими вопросы предупреждения и противодействия коррупции в организации
		Проведение обучающих мероприятий по вопросам профилактики и противодействия коррупции
		Организация индивидуального консультирования работников по вопросам применения (соблюдения) антикоррупционных стандартов и процедур
Обеспечение соответствия системы		Осуществление регулярного контроля соблюдения внутренних процедур

внутреннего контроля и аудита организации требованиям антикоррупционной политики организации	Осуществление регулярного контроля данных бухгалтерского учета, наличия и достоверности первичных документов бухгалтерского учета
	Осуществление регулярного контроля экономической обоснованности расходов в сферах с высоким коррупционным риском: обмен деловыми подарками, представительские расходы, благотворительные пожертвования, вознаграждения внешним консультантам
Оценка результатов проводимой антикоррупционной работы и распространение отчетных материалов	Проведение регулярной оценки результатов работы по противодействию коррупции
	Подготовка и распространение отчетных материалов о проводимой работе и достигнутых результатах в сфере противодействия коррупции

В качестве приложения к антикоррупционной политике в учреждении ежегодно утверждается план реализации антикоррупционных мероприятий.

Оценка коррупционных рисков

Целью оценки коррупционных рисков является определение конкретных процессов и видов деятельности учреждения, при реализации которых наиболее высока вероятность совершения работниками организации коррупционных правонарушений как в целях получения личной выгоды, так и в целях получения выгоды организацией.

Оценка коррупционных рисков является важнейшим элементом антикоррупционной политики. Она позволяет обеспечить соответствие реализуемых антикоррупционных мероприятий специфике деятельности организации и рационально использовать ресурсы, направляемые на проведение работы по профилактике коррупции.

Оценка коррупционных рисков проводится как на стадии разработки антикоррупционной политики, так и после ее утверждения на регулярной основе и оформляется Приложением к данному документу.

Порядок проведения оценки коррупционных рисков:

- представить деятельность организации в виде отдельных процессов, в каждом из которых выделить составные элементы (подпроцессы);
- выделить «критические точки» - для каждого процесса и определить те элементы (подпроцессы), при реализации которых наиболее вероятно возникновение коррупционных правонарушений.

Для каждого подпроцесса, реализация которого связана с коррупционным риском, составить описание возможных коррупционных правонарушений, включающее:

- характеристику выгоды или преимущества, которое может быть получено организацией или ее отдельными работниками при совершении «коррупционного правонарушения»;
- должности в организации, которые являются «ключевыми» для совершения коррупционного правонарушения – участие каких должностных лиц организации необходимо, чтобы совершение коррупционного правонарушения стало возможным;
- вероятные формы осуществления коррупционных платежей.

На основании проведенного анализа подготовить «карту коррупционных рисков организации» - сводное описание «критических точек» и возможных коррупционных правонарушений.

Разработать комплекс мер по устранению или минимизации коррупционных рисков.

9. Ответственность сотрудников за несоблюдение требований антикоррупционной политики

Своевременное выявление конфликта интересов в деятельности работников организации является одним из ключевых элементов предотвращения коррупционных правонарушений.

При этом следует учитывать, что конфликт интересов может принимать множество различных форм.

С целью регулирования и предотвращения конфликта интересов в деятельности своих работников в Центре следует принять Положение о конфликте интересов.

Положение о конфликте интересов – это внутренний документ организации, устанавливающий порядок выявления и урегулирования конфликтов интересов, возникающих у работников организации в ходе выполнения ими трудовых обязанностей. При разработке положения о конфликте интересов следует обратить внимание на включение в него следующих аспектов:

- цели и задачи положения о конфликте интересов;
- используемые в положении понятия и определения;
- круг лиц, попадающих под действие положения;
- основные принципы управления конфликтом интересов в организации;
- порядок раскрытия конфликта интересов работником организации и порядок его урегулирования, в том числе возможные способы разрешения возникшего конфликта интересов;
- обязанности работников в связи с раскрытием и урегулированием конфликта интересов;
- определение лиц, ответственных за прием сведений о возникшем конфликте интересов и рассмотрение этих сведений;

- ответственность работников за несоблюдение положения о конфликте интересов.

В основу работы по управлению конфликтом интересов в организации могут быть положены следующие принципы:

- обязательность раскрытия сведений о реальном или потенциальном конфликте интересов;
- индивидуальное рассмотрение и оценка репутационных рисков для организации при выявлении каждого конфликта интересов и его урегулирование;
- конфиденциальность процесса раскрытия сведений о конфликте интересов и процесса его урегулирования;
- соблюдение баланса интересов организации и работника при урегулировании конфликта интересов;
- защита работника от преследования в связи с сообщением о конфликте интересов, который был своевременно раскрыт работником и урегулирован (предотвращен) организацией.

Обязанности работников в связи с раскрытием и урегулированием конфликта интересов:

- при принятии решений по деловым вопросам и выполнении своих трудовых обязанностей руководствоваться интересами организации – без учета своих личных интересов, интересов своих родственников и друзей;
- избегать (по возможности) ситуаций и обстоятельств, которые могут привести к конфликту интересов;
- раскрывать возникший (реальный) или потенциальный конфликт интересов;
- содействовать урегулированию возникшего конфликта интересов.

В организации возможно установление различных видов раскрытия конфликта интересов, в том числе:

- раскрытие сведений о конфликте интересов при приеме на работу;
- раскрытие сведений о конфликте интересов при назначении на новую должность;
- разовое раскрытие сведений по мере возникновения ситуаций конфликта интересов.

Раскрытие сведений о конфликте интересов желательно осуществлять в письменном виде. Может быть допустимым первоначальное раскрытие конфликта интересов в устной форме с последующей фиксацией в письменном виде.

Учреждение берёт на себя обязательство конфиденциального рассмотрения представленных сведений и урегулирования конфликта интересов.

Поступившая информация должна быть тщательно проверена уполномоченным на это должностным лицом с целью оценки серьезности

возникающих для организации рисков и выбора наиболее подходящей формы урегулирования конфликта интересов. Следует иметь в виду, что в итоге этой работы учреждение может прийти к выводу, что ситуация, сведения о которой были представлены работником, не является конфликтом интересов и, как следствие, не нуждается в специальных способах урегулирования. Организация также может прийти к выводу, что конфликт интересов имеет место, и использовать различные способы его разрешения, в том числе:

- ограничение доступа работника к конкретной информации, которая может затрагивать личные интересы работника;
- добровольный отказ работника лица или его отстранение (постоянное или временное) от участия в обсуждении и процессе принятия решений по вопросам, которые находятся или могут оказаться под влиянием конфликта интересов;
- пересмотр и изменение функциональных обязанностей работника;
- временное отстранение работника от должности, если его личные интересы входят в противоречие с функциональными обязанностями;
- перевод работника на должность, предусматривающую выполнение функциональных обязанностей, не связанных с конфликтом интересов;
- передача работником принадлежащего ему имущества, являющегося основой возникновения конфликта интересов, в доверительное управление;
- отказ работника от своего личного интереса, порождающего конфликт с интересами организации;
- увольнение работника из организации по инициативе работника;
- увольнение работника по инициативе работодателя за совершение дисциплинарного проступка, то есть за неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей.

Приведенный перечень способов разрешения конфликта интересов не является исчерпывающим. В каждом конкретном случае по договоренности организации и работника, раскрывшего сведения о конфликте интересов, могут быть найдены иные формы его урегулирования.

При разрешении имеющегося конфликта интересов следует выбрать наиболее «мягкую» меру урегулирования из возможных с учетом существующих обстоятельств. Более жесткие меры следует использовать только в случае, когда это вызвано реальной необходимостью или в случае, если более «мягкие» меры оказались недостаточно эффективными. При принятии решения о выборе конкретного метода разрешения конфликта интересов важно учитывать значимость личного интереса работника и вероятность того, что этот личный интерес будет реализован в ущерб интересам организации.

Ответственными за прием сведений о возникающих (имеющихся) конфликтах интересов является непосредственно заведующий учреждением. Рассмотрение полученной информации целесообразно проводить коллегиально

В учреждении должно проводиться обучения работников по вопросам профилактики и противодействия коррупции. Цели и задачи обучения определяют тематику и форму занятий. Обучение проводится по следующей тематике:

- коррупция в государственном и частном секторах экономики (теоретическая);
- юридическая ответственность за совершение коррупционных правонарушений;
- ознакомление с требованиями законодательства и внутренними документами организации по вопросам противодействия коррупции и порядком их применения в деятельности организации (прикладная);
- выявление и разрешение конфликта интересов при выполнении трудовых обязанностей (прикладная);
- поведение в ситуациях коррупционного риска, в частности в случаях вымогательства взятки со стороны должностных лиц государственных и муниципальных, иных организаций;
- взаимодействие с правоохранительными органами по вопросам профилактики и противодействия коррупции (прикладная).

Возможны следующие виды обучения:

- обучение по вопросам профилактики и противодействия коррупции непосредственно после приема на работу;
- обучение при назначении работника на иную, более высокую должность, предполагающую исполнение обязанностей, связанных с предупреждением и противодействием коррупции;
- периодическое обучение работников организации с целью поддержания их знаний и навыков в сфере противодействия коррупции на должном уровне;
- дополнительное обучение в случае выявления провалов в реализации антикоррупционной политики, одной из причин которых является недостаточность знаний и навыков работников в сфере противодействия коррупции.

Консультирование по вопросам противодействия коррупции обычно осуществляется в индивидуальном порядке.

Федеральным законом от 06.12.2011г. №402-ФЗ «О бухгалтерском учете» установлена обязанность для всех организаций осуществлять внутренний контроль хозяйственных операций, а для организаций, бухгалтерская отчетность которых подлежит обязательному аудиту, также обязанность организовать внутренний контроль ведения бухгалтерского учета и составления бухгалтерской отчетности.

Система внутреннего контроля и аудита организации может способствовать профилактике и выявлению коррупционных правонарушений в деятельности организации. При этом наибольший интерес представляет реализация таких задач системы внутреннего контроля и аудита, как обеспечение надежности и достоверности финансовой (бухгалтерской)

отчетности организации и обеспечение соответствия деятельности организации требованиям нормативных правовых актов и локальных нормативных актов организации. Для этого система внутреннего контроля и аудита должна учитывать требования антикоррупционной политики, реализуемой организацией, в том числе:

- проверка соблюдения различных организационных процедур и правил деятельности, которые значимы с точки зрения работы по профилактике и предупреждению коррупции;
- контроль документирования операций хозяйственной деятельности организации;
- проверка экономической обоснованности осуществляемых операций в сферах коррупционного риска.

Контроль документирования операций хозяйственной деятельности прежде всего связан с обязанностью ведения финансовой (бухгалтерской) отчетности организации и направлен на предупреждение и выявление соответствующих нарушений: составления неофициальной отчетности, использования поддельных документов, записи несуществующих расходов, отсутствия первичных учетных документов, исправлений в документах и отчетности, уничтожения документов и отчетности ранее установленного срока и т.д.

10. Порядок пересмотра и внесения изменений в антикоррупционную политику организации

Данный локальный нормативный акт может быть пересмотрен, в него могут быть внесены изменения в случае изменения законодательства РФ. Конкретизация отдельных аспектов антикоррупционной политики может осуществляться путем разработки дополнений и приложений к данному акту.

**Положение
о мерах по предупреждению коррупции
Федерального государственного бюджетного учреждения
«Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-
сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства
здравоохранения Российской Федерации**

Введение

Настоящее положение отражает приверженность Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, Центр), его руководства, работников высоким этическим стандартам ведения открытой и честной деятельности Центра, для совершенствования корпоративной культуры, следования лучшим практикам корпоративного управления и поддержания деловой репутации ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России на должном уровне.

Положение о мерах по предупреждению коррупции в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России представляет собой комплекс взаимосвязанных принципов, процедур и конкретных мероприятий, направленных на профилактику и пресечение коррупционных правонарушений в деятельности Центра.

1. Общие положения.

1.1. Аннотация.

1.1.1. Цель разработки документа.

Положение о мерах по предупреждению коррупции в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России является базовым документом, определяющим основные задачи, принципы и направления антикоррупционной деятельности, целью создания которого является координирование деятельности работников Центра при реализации антикоррупционных мер, направленных на предупреждение, выявление и пресечение коррупционных проявлений в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России.

1.1.2. Краткое содержание документа.

В настоящем документе определены:

- цель и задачи Антикоррупционной политики Центра;
- принципы Антикоррупционной политики Центра;
- структура управления антикоррупционной деятельностью Центра;
- основные направления Антикоррупционной политики Центра;

– основные мероприятия по профилактике коррупции, правового просвещения и формирования основ законопослушного поведения работников Центра.

1.1.3. Информирование работников Центра о принятой Антикоррупционной политике.

Утвержденное Положение о мерах по предупреждению коррупции в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России доводится до сведения всех работников Центра, в том числе посредством оповещения по электронной почте. Ознакомление с Антикоррупционной политикой работников, принимаемых на работу в Центре, осуществляется под роспись.

1.2. Основные термины и понятия.

Контрагент - любое российское или иностранное юридическое или физическое лицо, с которым организация вступает в договорные отношения, за исключением трудовых отношений;

Коррупция - дача взятки, злоупотребление полномочиями, коммерческий подкуп либо иное незаконное использование работниками своего положения вопреки законным интересам ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России в целях получения выгоды в виде денег, ценностей, иного имущества или услуг имущественного характера, иных имущественных прав для себя или для третьих лиц либо незаконное предоставление такой выгоды указанному лицу другими физическими лицами, а также совершении указанных деяний от имени или в интересах юридического лица;

Противодействие коррупции - деятельность федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, институтов гражданского общества, организаций и физических лиц в пределах их полномочий (пункт 2 статьи 1 Федерального закона от 25 декабря 2008 г. N 273-ФЗ "О противодействии коррупции):

- а) по предупреждению коррупции, в том числе по выявлению и последующему устранению причин коррупции (профилактика коррупции);
- б) по выявлению, предупреждению, пресечению, раскрытию и расследованию коррупционных правонарушений (борьба с коррупцией);
- в) по минимизации и (или) ликвидации последствий коррупционных правонарушений.

Коммерческий подкуп (статья 204 Уголовного кодекса Российской Федерации) - незаконная передача лицу, выполняющему управленческие функции в коммерческой или иной организации, денег, ценных бумаг, иного имущества, оказание ему услуг имущественного характера, предоставление иных имущественных прав за совершение действий (бездействие) в интересах дающего в связи с занимаемым этим лицом служебным положением. Незаконное получение лицом, выполняющим управленческие функции в коммерческой или иной организации, денег, ценных бумаг, иного имущества, а равно незаконное пользование услугами имущественного характера или

другими имущественными правами за совершение действий (бездействие) в интересах дающего в связи с занимаемым этим лицом служебным положением;
Злоупотребление полномочиями (статья 201 Уголовного кодекса Российской Федерации) - использование лицом, выполняющим управленческие функции в коммерческой или иной организации, своих полномочий вопреки законным интересам этой организации и в целях извлечения выгод и преимуществ для себя или других лиц либо нанесения вреда другим лицам, если это деяние повлекло причинение существенного вреда правам и законным интересам граждан или организаций либо охраняемым законом интересам общества или государства;

Взятка (статья 291 Уголовного кодекса Российской Федерации) – получение должностным лицом, иностранным должностным лицом либо должностным лицом публичной международной организации лично или через посредника денег, ценных бумаг, иного имущества либо в виде незаконных оказания ему услуг имущественного характера, предоставления иных имущественных прав за совершение действий (бездействие) в пользу взяткодателя или представляемых им лиц, если такие действия (бездействие) входят в служебные полномочия должностного лица либо если оно в силу должностного положения может способствовать таким действиям (бездействию), а равно за общее покровительство или попустительство по службе;

Незаконное вознаграждение от имени юридического лица (статья 19.28 Кодекса об административных правонарушениях Российской Федерации) - незаконные передача, предложение или обещание от имени или в интересах юридического лица должностному лицу, лицу, выполняющему управленческие функции в коммерческой или иной организации, иностранному должностному лицу либо должностному лицу публичной международной организации денег, ценных бумаг, иного имущества, оказание ему услуг имущественного характера, предоставление имущественных прав за совершение в интересах данного юридического лица должностным лицом, лицом, выполняющим управленческие функции в коммерческой или иной организации, иностранным должностным лицом либо должностным лицом публичной международной организации действия (бездействие), связанного с занимаемым ими служебным положением;

Коррупционные проявления - действия (бездействия) работников ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, содержащие признаки коррупции или способствующие ее совершению;

Субъекты Антикоррупционной политики - любой сотрудник Центра, в том числе их представители, а также контрагенты и иные лица, связанные с ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, в тех случаях, когда соответствующие обязанности закреплены в договорах с ними;

Антикоррупционный мониторинг - мониторинг проводимых в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России мероприятий в области

противодействия коррупции, осуществляемый с целью обеспечения оценки эффективности указанных мероприятий; анализа и оценки данных, полученных в результате наблюдения; разработки прогнозов будущего состояния и тенденций развития, соответствующих мероприятий;

Антикоррупционная экспертиза - деятельность по предупреждению включения в проекты документов, положений, способствующих созданию условий для проявления коррупции; по выявлению и устранению таких положений в действующих документах;

Предупреждение коррупции - деятельность субъектов антикоррупционной политики, направленная на выявление, изучение, ограничение либо устранение причин и условий, способствующих коррупционным проявлениям;

Конфликт интересов - ситуация, при которой личная заинтересованность (прямая или косвенная) сотрудника ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России влияет или может повлиять на надлежащее исполнение им своих должностных (служебных) обязанностей и при которой возникает или может возникнуть противоречие между личной заинтересованностью сотрудника Центра и правами и законными интересами Центра, способное привести к причинению вреда интересам ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России;

Материальная выгода - экономическая выгода в денежной или натуральной форме, которую можно оценить и определить в качестве дохода в соответствии с налоговым законодательством Российской Федерации;

Личная выгода - заинтересованность работника ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, его близких родственников, супруга, супруги, усыновителя, усыновленных в получении нематериальных благ и иных нематериальных преимуществ. Не являются личной выгодой повышение по службе и объявление благодарности;

Личная заинтересованность работника (представителя организации) - заинтересованность работника (представителя организации), связанная с возможностью получения работником (представителем организации) при исполнении должностных обязанностей доходов в виде денег, ценностей, иного имущества или услуг имущественного характера, иных имущественных прав для себя или для третьих лиц;

Организатор закупки - лицо (юридическое или предприниматель без образования юридического лица), непосредственно выполняющее предусмотренные тем или иным способом закупки процедуры и берущее на себя соответствующие обязательства перед участниками закупки;

Предконфликтная ситуация - ситуация, при которой у работников Центра, а также Организатора закупок или его представителей, при осуществлении ими своей служебной или профессиональной деятельности возникает личная заинтересованность, которая может привести к конфликту интересов;

1.3. Цель и задачи Антикоррупционной политики Центра.

1.3.1. Цель Антикоррупционной политики – разработка и осуществление разносторонних и последовательных мер по предупреждению, устранению (минимизации) причин и условий, порождающих коррупцию, формированию антикоррупционного сознания, характеризующегося нетерпимостью работников ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, контрагентов, органов управления к коррупционным проявлениям.

1.3.2. Задачами антикоррупционной политики Центра являются:

- формирование у инвестиционного сообщества, контрагентов, органов управления, работников Центра единообразного понимания позиции ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России о неприятии коррупции в любых формах и проявлениях;
- минимизация риска вовлечения Центра, руководящих работников, других работников Центра, независимо от занимаемой должности, в коррупционную деятельность;
- предупреждение коррупционных проявлений и обеспечение ответственности за коррупционные проявления;
- возмещение вреда, причиненного коррупционными проявлениями;
- антикоррупционный мониторинг на соответствие эффективности мер антикоррупционной политики;
- формирование антикоррупционного корпоративного сознания;
- создание правового механизма, препятствующего подкупу субъектов антикоррупционной политики;
- установление обязанности работников Центра знать и соблюдать принципы и требования настоящей Политики, ключевые нормы применимого антикоррупционного законодательства;
- создание стимулов к замещению должностей в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России неподкупными лицами.

1.4. Принципы Антикоррупционной политики ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России».

Принципами антикоррупционной политики Центра являются:

- принцип неприятия коррупции в любых формах и проявлениях при осуществлении повседневной деятельности и стратегических проектов, в том числе во взаимодействии с инвесторами, контрагентами, представителями органов власти, самоуправления, политических партий, своими сотрудниками, членами органов управления, работниками и иными лицами;
- принцип минимизации риска деловых отношений с контрагентами, которые могут быть вовлечены в коррупционную деятельность или толерантны к коррупционным проявлениям. Реализация принципа осуществляется путем проверки наличия у контрагентов ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России собственных антикоррупционных процедур или политик, их готовности соблюдать требования настоящей Политики, а также оказывать взаимное содействие для этичного ведения деятельности и предотвращения коррупции;

Руководящие работники Центра должны формировать этический стандарт непримиримого отношения к любым формам и проявлениям коррупции на всех уровнях, подавая пример своим поведением.

- приоритет мер предупреждения коррупции и нравственных начал борьбы с коррупцией;
- недопустимость установления привилегий и иммунитетов, ограничивающих ответственность или усложняющих порядок привлечения к ответственности определенной группы работников Центра, совершивших коррупционные проявления;
- недопустимость ограничения доступа к информации о фактах коррупции и мерах антикоррупционной политики;

1.5. Правовая основа Антикоррупционной политики ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России.

Основополагающим нормативным правовым актом в сфере борьбы с коррупцией является Федеральный закон от 25 декабря 2008 г. N 273-ФЗ "О противодействии коррупции" (далее - Федеральный закон N 273-ФЗ), Указ Президента Российской Федерации от 02.04.2013 № 309 «О мерах по реализации отдельных положений Федерального закона «О противодействии коррупции».

Частью 1 статьи 13.3 Федерального закона N 273-ФЗ установлена обязанность организаций разрабатывать и принимать меры по предупреждению коррупции. Меры, рекомендуемые к применению в организациях, содержатся в части 2 указанной статьи.

Методические рекомендации Министерства труда и социальной политики Российской Федерации от 08.09.2013 года «О разработке и принятию организациями мер по предупреждению и противодействию коррупции».

Правовые акты и иные организационно-распорядительные документы Минздрава России.

Устав ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, локальные акты и иные организационно - распорядительные документы Центра в области противодействия коррупции.

1.6. Структура управления антикоррупционной деятельностью ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России:

Эффективное управление антикоррупционной деятельностью Центра достигается за счет продуктивного и оперативного взаимодействия следующих участников:

- 1) Директор ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России:
 - определяет ключевые направления Антикоррупционной политики Центра, и осуществляющий контроль над их эффективной реализацией;
 - утверждает своим приказом Антикоррупционную политику Центра, другие организационно-распорядительные документы Центра в области противодействия коррупции;

- рассматривает и утверждает изменения и дополнения к Антикоррупционной политике Центра;
 - контролирует общие результаты внедрения и применения Антикоррупционной политики Центра.
- 2) Ответственные лица за работу по профилактике коррупционных и иных правонарушений ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России:
- отвечают за организацию всех мероприятий, направленных на реализацию принципов и требований Антикоррупционной политики Центра;
 - осуществляют контроль над реализацией Антикоррупционной политики ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России;
- 3) Постоянно действующая Комиссия по соблюдению требований к служебному поведению и урегулированию конфликта интересов (далее Комиссия).
- коллегиальный орган_ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, осуществляющий рассмотрение вопросов, связанных с исполнением положений Декларации врачебной этики и соблюдением работниками Центра антикоррупционного законодательства Российской Федерации, урегулированием конфликта интересов, в том числе в силу выявления коррупционных проявлений;
 - разрабатывает и представляет на утверждение директору ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России проекты локальных нормативных актов Центра, направленных на реализацию мер по предупреждению коррупции (антикоррупционной политики, поведения работников и т.д.);
 - проводит контрольные мероприятия, направленные на выявление коррупционных правонарушений работниками Центра;
 - прием и рассмотрение сообщений о случаях склонения работников Центра к совершению коррупционных правонарушений в интересах или от имени иной организации, а также о случаях совершения коррупционных правонарушений работниками, контрагентами Центра или иными лицами, согласно Формы уведомления, (которая является приложением к Антикоррупционной политике);
 - организация заполнения и рассмотрения деклараций о конфликте интересов (при их наличии) (по Форме, являющейся приложением к Антикоррупционной политике);
 - организация обучающих мероприятий по вопросам профилактики и противодействия коррупции и индивидуального консультирования работников;
 - оказание содействия уполномоченным представителям контрольно-надзорных и правоохранительных органов при проведении ими инспекционных проверок деятельности ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России по вопросам предупреждения и противодействия коррупции;
 - оказание содействия уполномоченным представителям правоохранительных органов при проведении мероприятий по пресечению или расследованию коррупционных преступлений, включая оперативно-розыскные мероприятия;

- проведение оценки результатов антикоррупционной работы и подготовка соответствующих отчетных материалов руководству Центра.
 - проводит мероприятия, направленные на реализацию принципов и требований Антикоррупционной политики ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России;
 - координирует деятельность структурных подразделений Центра в области реализации Антикоррупционной политики ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России;
 - представляет учреждение при проведении научно-практических семинаров, конференций российского и международного уровня в сфере противодействия коррупции;
 - осуществляет взаимодействие с органами государственной власти и органами местного самоуправления, научными и образовательными организациями и учреждениями в сфере противодействия коррупции;
 - осуществляет реализацию мероприятий по формированию антикоррупционного корпоративного сознания;
 - организует и осуществляет мониторинг российского, применимого зарубежного и международного антикоррупционного законодательства и отслеживает вносимые в них изменения, а также релевантную судебную практику;
 - координирует процесс идентификации коррупционных рисков, характерных для областей деятельности ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России ;
 - проводит плановые и внеплановые проверки соблюдения ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России принципов Антикоррупционной политики Центра, составляет отчеты по результатам проведенных проверок;
 - инициирует актуализацию документов ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России в связи с изменением антикоррупционного законодательства.
- 4) структурные подразделения, работники ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России:
- осуществляют соблюдение и исполнение принципов и требований Антикоррупционной политики Центра в своей текущей деятельности.

2. Направления Антикоррупционной политики ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России.

2.1. Антикоррупционная экспертиза.

2.1.1. Центром определяется единый порядок проведения антикоррупционной экспертизы документов в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России;

2.2. Закупочная деятельность.

2.2.1. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России устанавливает:

- тщательное планирование потребности в продукции;
- анализ рынка;
- информационную открытость закупки;
- равноправие, справедливость, отсутствие дискриминации и необоснованных ограничений конкуренции по отношению к участникам закупки;
- честный и разумный выбор наиболее предпочтительных предложений при комплексном анализе выгод и издержек (прежде всего цены и качества продукции);
- целевое и экономически эффективное расходование денежных средств на приобретение товаров, работ, услуг и реализации мер, направленных на сокращение издержек Центра;
- отсутствие ограничения допуска к участию в закупке путем установления неизмеряемых требований к участнику закупки;
- обеспечение гласности и прозрачности закупок, предотвращение коррупционных проявлений, конфликта интересов и иных злоупотреблений.

2.2.2. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России в целях развития добросовестной конкуренции, обеспечения гласности и прозрачности закупки, предотвращения коррупции и других злоупотреблений заявляет о создании системы антикоррупционного контроля закупочной деятельности Центра.

2.2.3. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России осуществляет антикоррупционный контроль закупочной деятельности посредством установления стадий контроля: предварительный, текущий и последующий контроль.

2.2.4. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России заявляет, что неконкурентные закупочные процедуры осуществляются в случаях, прямо предусмотренных Положением о порядке проведения закупок товаров, работ, услуг для нужд Центра.

2.3. Антикоррупционный мониторинг.

2.3.1. Антикоррупционный мониторинг в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России включает мониторинг антикоррупционных мер и мероприятий, проводимых в рамках реализации Антикоррупционной политики Центра, а также выявленных фактов коррупции и способов их устранения.

2.3.2. Основными направлениями антикоррупционного мониторинга являются:

- обобщение и анализ результатов антикоррупционной экспертизы документов Центра;
- изучение мнения трудового коллектива о состоянии коррупции в Центре и эффективности принимаемых антикоррупционных мер;
- анализ исполнения антикоррупционных мероприятий, предусмотренных организационно-распорядительными документами Центра;
- изучение и анализ статистической отчетности о выявленных в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России фактах коррупции;

- анализ жалоб и обращений физических и юридических лиц о коррупционных проявлениях в Центре;
- изучение и анализ принимаемых в Центре мер по противодействию коррупции;
- анализ публикаций о коррупции в Центре в средствах массовой информации.

2.4. Разрешение обращений работников ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, контрагентов и иных (физических и юридических) лиц о фактах коррупции.

2.4.1. В Центре имеется прием обращений о фактах коррупции с использованием интерактивного канала взаимодействия с заявителями (интернет-сайт), а также посредством почты и при личном приеме.

2.4.2. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России стремится к созданию эффективной системы рассмотрения и разрешения обращений о фактах коррупции в Центре, подготовке ответов в сроки, установленные законодательством Российской Федерации и правовыми актами Центра.

2.5. Управление Конфликтом интересов.

В основу работы по управлению конфликтом интересов в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России положены следующие принципы:

- обязательность раскрытия сведений о реальном или потенциальном конфликте интересов;
- индивидуальное рассмотрение и оценка репутационных рисков для Центра при выявлении каждого конфликта интересов и его урегулирование;
- конфиденциальность процесса раскрытия сведений о конфликте интересов и процесса его урегулирования;
- соблюдение баланса интересов Центра и работника при урегулировании конфликта интересов;
- защита работника от преследования в связи с сообщением о конфликте интересов, который был своевременно раскрыт работником и урегулирован (предотвращен) Центром.

2.5.1. В ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России создана и функционируют Комиссия по соблюдению требований к служебному поведению и урегулированию конфликта интересов.

2.5.2. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России осуществляет реализацию мер по недопущению возникновения конфликта интересов, которые направлены на исключение возможности получения лично или через посредника материальной и (или) личной выгоды вследствие наличия у работников Центра, или членов их семей, или лиц, находящихся с ними в отношениях близкого родства или свойства (родители, супруги, дети, братья, сестры, а также братья, сестры, родители, дети супругов и супруги детей), прав, предоставляющих такую возможность в результате использования ими служебного положения.

2.5.3. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России стремится к недопущению и своевременному разрешению предконфликтных ситуаций среди работников Центра.

2.5.4. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России устанавливает меры корпоративного воздействия (ответственности) к работникам Центра за убытки, причиненные вследствие их неправомерных действий в условиях конфликта интересов.

2.6. Взаимодействие с контрагентами.

2.6.1. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России стремится иметь деловые отношения с контрагентами, которые поддерживают Антикоррупционную политику Центра, ведут деловые отношения в добросовестной и честной манере, заботятся о собственной репутации, демонстрируют поддержку высоким этическим стандартам, реализуют собственные меры противодействию коррупции и декларирующими неприятие коррупции.

2.6.2. В ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России разработана антикоррупционная оговорка и внедрена практика подписания антикоррупционной оговорки с контрагентами при заключении договоров, контрактов, соглашений.

2.6.3. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России внедряет специальные процедуры проверки контрагентов, в целях снижения риска вовлечения Центра в коррупционную деятельность и иные недобросовестные практики в ходе отношений с контрагентами. Это сбор и анализ находящихся в открытом доступе сведений о потенциальных организациях-контрагентах:

- их репутации в деловых кругах;
- длительности деятельности на рынке;
- участия в коррупционных скандалах и т.п.

2.6.4. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России проводит разъяснительную работу с кураторами договоров и контрагентами при отказах от подписания антикоррупционных оговорок.

2.6.5. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России заявляет, что отказывается от стимулирования каким-либо образом работников контрагентов, в том числе путем предоставления денежных сумм, подарков, безвозмездного выполнения в их адрес работ (услуг) и другими, не поименованными здесь способами, ставящего работника контрагента в определенную зависимость и направленного на обеспечение выполнения этим работником каких-либо действий в пользу Центра.

2.7. Формирование управленческого состава ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

2.7.1. В ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России реализуется системный подход к процессу согласования назначения кандидатов на руководящие должности и освобождения от данных должностей Центра.

2.7.2. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России осуществляет сбор и анализ информации о доходах, имуществе и обязательствах имущественного характера руководящего состава согласно федерального законодательства.

2.8. Участие в благотворительной деятельности и спонсорство.

2.8.1. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России не осуществляет самостоятельно или через своих представителей финансирование благотворительных и спонсорских проектов в целях получения или сохранения преимущества в своей деятельности.

2.8.2. Информация о благотворительной и спонсорской деятельности публикуется на Интернет-сайте ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России или раскрывается иным образом, в том числе и через средства массовой информации.

2.9. Участие в политической деятельности.

2.9.1. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России не осуществляет самостоятельно или через своих работников финансирование политических партий, общественных объединений в целях получения или сохранения преимущества в своей деятельности.

2.9.2. Работники ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России вправе участвовать в общественных объединениях, таких как политические партии, общественные организации, общественные движения, общественные фонды, и иных некоммерческих организациях, созданных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, а также в международных общественных объединениях, целью которых не является получение или сохранение преимущества для Центра в его деятельности.

2.9.3. Работникам ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России при участии в общественных объединениях запрещается предлагать, давать, обещать, или совершать платежи, вносить имущество, дарить подарки и т.д. от имени ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, с целью получения или сохранения преимущества для Центра в его деятельности.

2.9.4. Работники ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России самостоятельно несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации за участие в общественных организациях.

2.10. Взаимодействие с государственными служащими.

2.10.1. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России не осуществляет самостоятельно или через своих работников оплату любых расходов (денежное вознаграждение, ссуды, услуги, оплату развлечений, отдыха, транспортных расходов и иные вознаграждения) за государственных служащих и их близких родственников (или в их интересах) в целях получения или сохранения преимущества для Центра в его деятельности.

2.10.2. Работники Центра при взаимодействии с государственными служащими обязаны соблюдать положения настоящей Антикоррупционной политики.

2.10.3. Работники Центра самостоятельно несут ответственность за коррупционные проявления при взаимодействии с государственными служащими в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2.11. Платежи через посредников или в пользу третьих лиц.

2.11.1. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России» и ее работникам запрещается привлекать или использовать посредников, партнеров, агентов или иных лиц для совершения каких-либо действий, которые противоречат принципам и требованиям Антикоррупционной политики Центра или нормам применимого антикоррупционного законодательства.

2.11.2. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России обеспечивает наличие процедур по проверке посредников, партнеров, агентов и иных лиц для предотвращения и/или выявления описанных выше нарушений в целях минимизации и пресечения рисков вовлечения ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России в коррупционную деятельность.

2.12. Подарки и представительские расходы

2.12.1. Работники ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России от имени Центра вправе приобретать для третьих лиц и принимать от третьих лиц подарки и нести представительские расходы, включая расходы на питание, деловые приемы и командировки, связанные с их работой в Центре, только при условии, что подарки и расходы соответствуют критериям и согласованы по правилам, установленным в настоящем разделе.

2.12.2. Работникам ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России запрещено спрашивать, требовать или принуждать третьи лица делать подарки, либо оплачивать представительские мероприятия работникам или их близким родственникам. Все подарки и представительские расходы должны быть предварительно письменно одобрены директором ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России.

2.12.3. Полученные либо сделанные подарки и представительские расходы:

- должны быть допустимы законом, правилами и регламентами, действующими в Российской Федерации, нормами применяемого законодательства других стран;
- не должны нести в себе какие-либо репутационные риски для ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, работников и других лиц в случае раскрытия сведений о подарках либо представительских мероприятиях;
- должны быть непосредственно связаны с мероприятиями, проводимыми ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России в рамках продвижения, демонстрации или представления своих услуг, либо по случаю официальных государственных праздников;
- должны быть четко определены, чтобы не порождать сомнений, не являются ли они ненадлежащим платежом, вознаграждением (включая завуалированные выплаты) за оказанные услуги, либо не порождают ли они конфликт интересов;
- должны быть разумными и соответствующими случаю;

- не должны иметь высокую стоимость или относиться к предметам роскоши. Также подарком не могут быть денежные средства, в том числе подотчетные небольшие суммы, ценные бумаги, драгоценные металлы, подарочные сертификаты или иные денежные эквиваленты;
- информация о таких подарках должна быть представлена в надлежащей форме соответствующим государственным министерствам, ведомствам и надзорным органам;
- информация о таких подарках должна быть отражена в бухучете Центра. Работник ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, отвечающий за потраченную на подарок сумму, должен предоставить в бухгалтерию и директору ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России в обоснование расходов с тем, чтобы данный платеж или расход был аккуратно отражен и учтен в бухучете Центра.

3. Профилактика коррупции, обучение, правовое просвещение и формирование основ законопослушного поведения работников ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

3.1. Консультирование и обучение работников ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

Обучение проводится по следующей тематике:

- юридическая ответственность за совершение коррупционных правонарушений;
- ознакомление с требованиями законодательства и внутренними документами Центра по вопросам противодействия коррупции и порядком их применения в деятельности Центра;
- выявление и разрешение конфликта интересов при выполнении трудовых обязанностей;
- поведение в ситуациях коррупционного риска, в частности в случаях вымогательства взятки со стороны должностных лиц государственных и муниципальных, иных организаций;
- взаимодействие с правоохранительными органами по вопросам профилактики и противодействия коррупции (прикладная).

3.2. При организации обучения следует учитывать категорию обучаемых лиц.

Выделяются следующие группы обучаемых:

- лица, ответственные за противодействие коррупции в Центре;
- руководители структурных подразделений, специалисты Центра;
- иные работники Центра.

В некоторых случаях (проблема комплектования групп) возможна замена обучения в группах индивидуальным консультированием.

В зависимости от времени проведения выделить следующие виды обучения:

- обучение по вопросам профилактики и противодействия коррупции непосредственно после приема на работу;

- обучение при назначении работника на иную, более высокую должность, предполагающую исполнение обязанностей, связанных с предупреждением и противодействием коррупции;
- периодическое обучение работников Центра с целью поддержания их знаний и навыков в сфере противодействия коррупции на должном уровне;
- дополнительное обучение в случае выявления провалов в реализации антикоррупционной политики, одной из причин которых является недостаточность знаний и навыков работников в сфере противодействия коррупции.

3.3. Консультирование по вопросам противодействия коррупции осуществляется в индивидуальном порядке.

В этом случае определять должностных лиц Центра, ответственных за проведение такого консультирования. Консультирование по частным вопросам противодействия коррупции и урегулирования конфликта интересов рекомендуется проводить в конфиденциальном порядке.

3.4. В Центре осуществляются информационно-просветительские мероприятия.

3.4.1. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России создает и совершенствует работу раздела «Антикоррупционная политика» на интернет-сайте Центра, в рамках которого размещается информация о принятых в Центре документах, направленных на борьбу с коррупцией, о проводимых в Центре мероприятиях по противодействию коррупции, ее профилактике, правовому просвещению и формированию основ законопослушного поведения работников Центра.

3.4.2. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России размещает информацию о мероприятиях по реализации Антикоррупционной политики во всех средствах массовой информации в свободном доступе.

3.4.3. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России проводит вводный инструктаж по положениям Антикоррупционной политики Центра и связанных с ней документов – для всех вновь принятых работников Центра, а также анкетирование и тестирование сотрудников Центра по вопросам отношения к коррупционным проявлениям.

3.4.4. В Центре применяется практика использования социальной рекламы и средств наглядной агитации – информационных стендов по формированию негативного отношения ко всем коррупционным проявлениям и морального осуждения коррупционеров.

3.4.5. В Центре введена практика заслушивания, на заседаниях комиссии по соблюдению норм служебного поведения и урегулированию конфликта интересов, должностных лиц как субъектов Антикоррупционной политики Центра.

3.5. В ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России реализуются мероприятия стимулирующего характера.

3.5.1. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России заявляет о том, что ни один работник не будет подвергнут санкциям (в том числе уволен,

понижен в должности, лишен премии), если он сообщил о предполагаемом факте коррупции, либо если он отказался дать взятку, совершить коммерческий подкуп или оказать посредничество во взяточничестве, даже если в результате такого отказа у ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России возникли, в том числе, упущенная выгода или не были получены коммерческие и конкурентные преимущества.

3.5.2. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России стимулирует работников за предоставление подтвержденной информации о коррупционных проявлениях в Центре.

3.6. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России заявляет о проведении мероприятий по формированию антикоррупционного корпоративного сознания.

3.6.1. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России требует от своих работников соблюдения Антикоррупционной политики Центра, информируя их о ключевых принципах, требованиях и санкциях за нарушения. Все работники Центра должны руководствоваться Антикоррупционной политикой Центра и неукоснительно соблюдать ее принципы и требования. С каждым работником ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России в обязательном порядке подписывается обязательство (соглашение) о соблюдении принципов и требований Антикоррупционной политики Центра и норм антикоррупционного законодательства при заключении трудового договора.

3.6.2. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России декларирует необходимость разработки механизмов корпоративного воздействия за совершение коррупционных проявлений.

3.6.3. Соблюдение работниками ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России принципов и требований настоящей Политики учитывается при формировании кадрового резерва для выдвижения на вышестоящие должности.

4. Отчетность

4.1. Отчетность о реализации Антикоррупционной политики ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России и о соответствии деятельности Центра принципам и требованиям Антикоррупционной политики Центра и нормам применимого антикоррупционного законодательства осуществляется посредством антикоррупционного мониторинга, результаты которого оформляются два раза в год.

4.2. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России размещает информацию, содержащую результаты антикоррупционного мониторинга, в разделе «Антикоррупционная политика» на Интернет-сайте Центра.

5. Ответственность

5.1. К мерам ответственности за коррупционные проявления в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России относятся: меры уголовной, административной и дисциплинарной ответственности в соответствии с

законодательством Российской Федерации и, меры корпоративного воздействия в соответствии правовыми актами Центра.

5.2. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России вправе проводить служебные проверки по каждому обоснованному подозрению или установленному факту коррупции в рамках, допустимых законодательством Российской Федерации.

6. Внесение изменений

При выявлении недостаточно эффективных положений Антикоррупционной политики ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, либо при изменении требований применимого законодательства Российской Федерации, Центре организует выработку и реализацию плана действий по актуализации Антикоррупционной политики Центра

Приложение № 5

Декларация врачебной этики

**Федерального государственного бюджетного учреждения
«Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-
сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Общие положения

Главная цель профессиональной деятельности врача – сохранение жизни человека, профилактика заболеваний и восстановление здоровья, а также уменьшение страданий при неизлечимых заболеваниях. Свои обязанности врач выполняет, следуя голосу совести, руководствуясь клятвой Гиппократы, принципами гуманизма и милосердия, документами мирового сообщества по этике, ст. 41 Конституции России и Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.

Врач несет всю полноту ответственности за свои решения и действия. Для этого он обязан систематически профессионально совершенствоваться, памятуя, что качество оказываемой больным помощи никогда не может быть выше его знаний и умений. В своей деятельности врач должен использовать последние достижения медицинской науки, известные ему и разрешенные к применению.

Настоящая декларация принята на конференции трудового коллектива ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России и является обязательным для исполнения всеми врачами Центра.

В основу настоящей декларации положены Кодекс врачебной этики РФ (1997 г.) и Международный кодекс врачебной этики (принят 3-ей Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Лондон, Великобритания, октябрь 1949, дополнен 22-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 и 35-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983).

Основные обязанности врачей

Врач обязан оказывать пациенту качественную профессиональную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам.

Как в мирное, так и в военное время врач должен оказывать медицинскую помощь любому в ней нуждающемуся независимо от возраста, пола, расы, национальности, вероисповедания, социального положения, политических взглядов, гражданства и других факторов.

Врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты

медицинской помощи, вне зависимости от собственной профессиональной специализации и этических ценностей.

Мотивы материальной, личной выгоды не должны оказывать влияние на принятие врачом профессионального решения.

Врач не должен принимать поощрений от фирм-изготовителей и распространителей лекарственных препаратов, за назначение предлагаемых ими лекарств.

Врач должен при назначении лекарств строго руководствоваться медицинскими показаниями и исключительно интересами больного.

Врач должен добросовестно выполнять взятые на себя обязательства по отношению к Центру, в котором он работает.

Врач обязан доступными ему средствами (газеты, журналы, радио, телевидение, беседы и пр.) пропагандировать здоровый образ жизни, быть примером в соблюдении общественных и профессиональных этических норм. Поведение врача не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью.

Врач может заниматься какой-либо иной деятельностью, если она совместима с профессиональной независимостью, не унижает достоинства врача и не наносит ущерба пациентам и его врачебной деятельности.

Врач может содействовать врачебным объединениям и ассоциациям, активно участвуя в их работе, а также выполняя их поручения.

Врач должен всегда развивать свою профессиональную компетентность и поддерживать наивысшие стандарты профессионального поведения. Непрерывное совершенствование медицинских знаний и умений, повышение своего культурного уровня – первейший профессиональный долг врача. Врач должен быть компетентен в отношении моральных и юридических прав пациента.

Врач должен уважать законное право пациента или его законного представителя (когда он имеет дело с ребенком или недееспособным больным) принимать или отказываться от лечения).

Врач должен уважать права и предпочтения пациентов, коллег и других медицинских работников.

Врач должен осознавать свою важную роль в научных достижениях в обществе, но ему следует быть крайне осторожным, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы.

В любой ситуации врач не освобождается от обязанности оказывать неотложную медицинскую помощь, а также от этических и деонтологических обязательств по отношению к тем пациентам, кто в данный момент находится у него на лечении.

Врач должен стремиться использовать наилучшим способом медицинские услуги с максимальной пользой для пациентов и общества.

Врач должен принять соответствующие меры (извещение руководства Центра), если он страдает от душевного или физического заболевания, препятствующего выполнению должностных обязанностей.

Врач должен воздерживаться от действий, направленных на возбуждение ненависти либо вражды, а равно на унижение достоинства как пациента, так и коллег по признакам пола, расы, национальности, языка, происхождения, отношения к религии либо принадлежности к какой-либо социальной группе.

Врач должен поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Опрятность и соблюдение правил личной гигиены - неотъемлемое качество личности врача.

Врач должен постоянно помнить о своем долге сохранения человеческой жизни.

Врачебную практику врач может осуществлять только под собственной фамилией, не используя псевдоним и не указывая не присвоенных официально титулов, степеней, званий.

Обязанности врача по отношению к больному

Врач отвечает за качество оказываемой пациентам медицинской помощи. В своей работе он обязан руководствоваться законами Российской Федерации, действующими нормативными актами Минздрава России для врачебной практики (медицинскими стандартами), но в рамках этих предписаний, учитывая особенности заболевания, выбирать те методы профилактики, диагностики и лечения, которые сочтет наиболее эффективными в каждом конкретном случае, руководствуясь интересами больного. При необходимости врач обязан воспользоваться помощью своих коллег.

Врач не должен подвергать пациента неоправданному риску, а тем более использовать свои знания в негуманных целях. Врач должен действовать во благо интересов пациента, оказывая медицинскую помощь. При выборе любого метода лечения врач, прежде всего, должен руководствоваться заповедью "Non poscere!".

За исключением случаев неотложной помощи, когда он обязан предпринимать меры, не усугубляющие состояние больного, врач имеет право отказаться от лечения больного, если уверен, что между ним и пациентом нет необходимого взаимного доверия, если чувствует себя недостаточно компетентным или не располагает необходимыми для проведения лечения профессиональными знаниями и возможностями. В этих и подобных случаях врач должен принять все меры к информированию об этом руководство Центра.

Врач должен уважать право пациента на выбор врача и участие в принятии решений о проведении лечебно-профилактических мер. Добровольное согласие пациента на лечение врач обычно получает при личном разговоре с больным. Это согласие должно быть осознанным, больной должен быть непременно информирован о методах лечения, о последствиях их применения, в частности, о возможных осложнениях, других альтернативных

методах лечения. Проведение лечебно-диагностических мероприятий без согласия пациента разрешено только в случаях угрозы для жизни и здоровья пациента и неспособности его адекватно оценивать ситуацию. Желательно решение в подобных случаях принимать коллегиально. При лечении лиц, страдающих психическими заболеваниями, врач должен руководствоваться Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". При лечении ребенка врач обязан предоставлять полную информацию его родителям или законным опекунам, получить их согласие на применение того или иного метода лечения или лекарственного средства.

Врач должен уважать честь и достоинство пациента, относиться к нему доброжелательно, уважать его права на личную тайну, с пониманием воспринимать озабоченность родных и близких состоянием больного, но в то же время он не должен без достаточных на то профессиональных причин вмешиваться в частные дела пациента и членов его семьи.

Если пациент не способен осознанно выразить свое согласие, его должен выразить законный представитель или лицо, постоянно опекающее пациента.

Пациент имеет право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, но он может от нее отказаться или указать лицо, которому следует сообщать о состоянии его здоровья. Информация может быть скрыта от пациента в тех случаях, если имеются веские основания полагать, что она может нанести ему серьезный вред. Однако по четко выраженному пациентом требованию врач обязан предоставить ему полную информацию. В случае неблагоприятного прогноза для больного необходимо проинформировать его предельно деликатно и осторожно, оставив надежду на продление жизни, на возможный благоприятный исход.

По желанию пациента, врач не должен препятствовать реализации его права на консультацию другим врачом.

Самореклама при общении врача с больным недопустима.

При совершении ошибки или развитии в процессе лечения непредвиденных осложнений врач обязан проинформировать об этом больного, в необходимых случаях – заведующего и руководство Центра, и немедленно приступить к действиям, направленным на исправление вредных последствий, не дожидаясь указаний на это.

При отборе больных, требующих проведения сложных профилактических, диагностических и особенно лечебных мероприятий, врачи, вынужденно устанавливающие очередность в оказании помощи, должны исходить из строгих медицинских показаний и принимать решения в соответствии с действующими в Центре локальными нормативными актами.

Врач должен отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит его желание добиться привилегированного положения по сравнению с другими пациентами. Врач вправе принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, не

унижающей человеческого достоинства обоих, не противоречит принципам справедливости и порядочности и не нарушает законодательство.

Обязанности врачей по отношению друг к другу

Врач должен вести себя по отношению к своим коллегам так, как хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.

В течение всей жизни врач обязан сохранять уважение и чувство благодарности к тому, кто научил его искусству врачевания.

Врачи, обучающие студентов и молодых специалистов, своим поведением и отношением к исполнению своих обязанностей должны быть примером, достойным подражания молодых специалистов.

Врач должен быть честен в отношениях с коллегами и бороться с проявлением коллегами неэтичности, некомпетентности, обмана и мошенничества.

Врач обязан охранять честь и благородные традиции медицинского сообщества. Врачи должны относиться друг к другу с уважением и доброжелательностью.

Врачи обязаны с уважением относиться к другому медицинскому и вспомогательному персоналу Центра, постоянно заботясь о повышении его квалификации. Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений врача и медицинской сестры при исполнении ими профессиональных обязанностей осуждается медицинской этикой.

Попытки завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег неэтичны. Врач не вправе публично ставить под сомнение профессиональную квалификацию другого врача или каким-либо иным образом его дискредитировать. Профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, сделаны в неоскорбительной форме, желательно в личной беседе, прежде чем о них будет проинформировано врачебное сообщество или вопрос будет вынесен на обсуждение этического комитета (комиссии).

Врачебное сообщество в случае необоснованной клеветы обязано оказывать помощь врачу в восстановлении его профессиональной репутации.

В трудных клинических случаях опытные врачи должны давать советы и оказывать помощь менее опытным коллегам в корректной форме. Но за процесс лечения всю полноту ответственности несет только лечащий врач, который вправе принять рекомендации коллег или от них отказаться, руководствуясь при этом исключительно интересами больного.

Врачи-заведующие структурными подразделениями обязаны заботиться о повышении профессиональной квалификации своих коллег-подчиненных.

Врачебная тайна

Каждый пациент имеет право на сохранение личной тайны, и врач, равно как и другие лица, участвующие в оказании медицинской помощи, обязан сохранять врачебную тайну даже после смерти пациента, как и сам факт обращения за медицинской помощью, если больной не распорядился иначе.

Тайна распространяется на все сведения, полученные в процессе обращения и лечения больного (факт обращения за медицинской помощью, диагноз, методы лечения, прогноз и др.).

Медицинская информация о пациенте может быть раскрыта:

- по ясно выраженному письменному согласию самого пациента;
- по мотивированному требованию органов дознания, следствия и суда;
- если сохранение тайны существенным образом угрожает здоровью и жизни пациента и (или) других лиц (опасные инфекционные заболевания);
- в случае привлечения к лечению других специалистов, для которых эта информация является профессионально необходимой.

Врач должен следить за тем, чтобы лица, принимающие участие в лечении больного, также соблюдали профессиональную тайну.

Лица, пользующиеся правом доступа к медицинской информации, обязаны сохранять в тайне все полученные о пациенте сведения.

В процессе научных исследований, обучения студентов, ординаторов, аспирантов и усовершенствования врачей должна соблюдаться врачебная тайна. Демонстрация больного возможна только с его согласия.

Научные исследования и биомедицинские испытания

Перед началом клинических испытаний, биомедицинских исследований, в том числе апробации новых лекарственных средств, инновационных способов обследования и методов лечения пациентов, заведующий -врач должен подать документы на рассмотрение директору Центра, далее на утверждение Ученому совету Центра, далее Этическому комитету Центра с утверждением плана (протокола) предполагаемого исследования, в котором должны быть четко определены цели и этические аспекты, ход эксперимента, возможные осложнения пациентов.

Испытуемый после ознакомления с целями, методами, потенциальной пользой и возможным риском должен дать свое явно выраженное письменное согласие на участие в исследовании, которое по желанию пациента может быть беспрепятственно на любом этапе денонсировано им.

В отношении пациентов, неспособных дать осознанное согласие на участие в исследовании, согласие должно быть получено в письменной форме от родителей или другого законного представителя – юридически ответственного лица. Подобные исследования могут проводиться только в интересах спасения жизни, восстановления или поддержания здоровья исследуемого, без нанесения ему вреда, ухудшения здоровья и течения имеющегося заболевания.

Биомедицинские исследования на людях могут проводиться врачами в следующих случаях:

- если они служат улучшению здоровья пациентов, участвующих в эксперименте;
- если они вносят существенный вклад в медицинскую науку и практику;

если результаты предшествующих исследований и данные научной литературы не свидетельствуют о риске развития осложнений.

Биомедицинские исследования на людях должны проводиться квалифицированными в научном плане врачами-исследователями под наблюдением компетентных специалистов. Исследователи обязаны прервать испытание в случаях появления признаков, опасных для жизни и здоровья испытуемого. Испытания на беременных женщинах, на плодах и новорожденных запрещаются.

Испытатели обязаны застраховать свою ответственность на случай причинения неумышленного вреда здоровью испытуемых.

О результатах своих исследований врач после оформления авторского права на открытие, изобретение и др. должен через доступные ему средства профессиональной информации оповестить своих коллег.

Врачи, особенно руководители научных коллективов, в научных публикациях должны строго соблюдать авторские права. Включение себя без достаточных оснований в авторский коллектив, либо умалчивание фамилий лиц, активно участвовавших в исследованиях, является нарушением принципов профессиональной этики и законодательства РФ.

Трансплантация органов и тканей, репродукция, геном человека

Действия врача, его морально-этическая ориентация при трансплантации человеческих органов и тканей, вмешательстве в геном человека, в репродуктивную функцию определяются этико-правовыми и законодательно-нормативными актами РФ, Всемирной медицинской ассоциации и Всемирной организации здравоохранения.

Врач не должен эти области науки и медицинской практики использовать для извлечения личной финансовой выгоды.

Информация и реклама

Врач не должен участвовать в рекламировании средств и методов профилактики, диагностики, лечения и особенно лекарственных препаратов, не разрешенных к применению федеральными органами здравоохранения, равно как и наркотических средств, алкоголя, табачных изделий.

Публикации медицинского характера, выступления врачей на научных форумах, просветительская деятельность в прессе, на радио и телевидении должны быть безупречными в этическом плане, ограничиваться объективной научно-практической информацией и не содержать элементов недобросовестной конкуренции, рекламы и саморекламы. Все взаимоотношения со СМИ, любого характера должны быть согласованы с директором Центра.

Врач обязан сообщать руководству Центра о наблюдаемых им всех неизвестных, нежелательных побочных действиях лекарственных препаратов.

В информационных мероприятиях, организованных с участием фирм-производителей лекарственных средств и медицинской техники, врач должен, прежде всего, ориентироваться на информационные цели и лично не проводить

рекламную работу среди больных по покупке указанных средств до их государственной регистрации в установленном порядке.

В интересах обеспечения жизни и здоровья граждан России врач не должен пропагандировать и применять в целях профилактики и лечения методов и средств оккультно-мистического и религиозного характера.

Врачебные справки

Врачебные справки врач может выдать только в соответствии с действующими законодательными, нормативно-методическими и инструктивными документами.

Ответственность врача

Врач ответственен за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве Российской Федерации.

За свою врачебную деятельность врач, прежде всего, несет моральную ответственность перед больным и медицинским сообществом, а за нарушение законов Российской Федерации – перед судом. Но врач, прежде всего, должен помнить, что главный судья неисполнения его врачебного долга перед пациентом – это его собственная совесть.

Приложение № 6

Стандарты и процедуры, направленные на обеспечение добросовестной работы учреждения и поведения работников Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно- сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Общие положения.

1.1. Основными целями данного положения является реализация Федерального закона № 273-ФЗ "О противодействии коррупции" и принятие мер по профилактике коррупции, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России (далее Центр).

1.2. Основными мерами профилактики коррупции контроль за добросовестным выполнением должностных обязанностей сотрудника Центра.

1.3. Развитие воспитательных функций правосознания и ценностных ориентиров у работников Центра.

1.4. Настоящие стандарты поведения сотрудников воплощают в себе основные ценности и устанавливают обязательные для всех наших работников этические требования, являясь практическим руководством к действию.

1.5. Стандарты поведения призваны установить ключевые принципы, которыми должны руководствоваться работники Центра.

1.6. Настоящие стандарты направлены на планомерное внедрение программы соответствия предотвращение коррупции, обусловленные спецификой деятельности Центра по качественному оказанию медицинской помощи сердечно-сосудистым больным.

1. **Наши ценности.** Основу составляют три ведущих принципа: *добросовестность, прозрачность, развитие.*

1.1. Добросовестность означает непреклонное следование требованиям закона и надлежащее выполнение обязательств, принимаемых сотрудниками Центра. Главная цель – общегосударственные и правовые требования к деятельности работника, соблюдения ими этики и деонтологии .

1.2. Прозрачность означает обеспечение доступности информации, раскрытие которой обязательно в соответствии с применимым законодательством, а так же иных сведений, раскрываемых в интересах. Вся деятельность Центра осуществляется в соответствии со строго документированными процедурами, исполнения за надлежащим выполнением требований закона и внутренних локальных актов.

1.3. Деятельность Центра, направлена на введение элементов культуры врача, организационной структуры, правил и процедур, регламентированных внутренними нормативными документами, обеспечивающих недопущение коррупционных правонарушений.

2. Законность и противодействие коррупции. Приоритетом в деятельности Центра является строгое соблюдение закона, подзаконных актов, локальных нормативных актов Центра, которые служат основой для осуществления всех рабочих процессов в коллективе, центральным ориентиром при планировании деятельности и формировании стратегии его развития.

Каждый работник, совершивший правонарушение, не только подлежит привлечению к ответственности в общем порядке (к гражданско-правовой, административной, уголовной ответственности), но и будет подвергнут дисциплинарным взысканиям.

2.1. Общие требования к взаимодействию с третьими лицами. Важнейшей мерой по поддержанию безупречной репутации Центра является ответственное и добросовестное выполнение обязательств, соблюдение этических правил и норм, что является системой определенных нравственных стандартов поведения, обеспечивающей реализацию уставных задач Центра. Они не регламентируют частную жизнь работника, не ограничивают его права и свободы, а лишь определяет нравственную сторону его профессиональной деятельности, устанавливает, четкие этические нормы профессионального поведения.

2.2. Отношения с поставщиками. В целях обеспечения интересов Центра работники ответственные за отбор поставщиков товаров, работ и услуг, должны строго соблюдать законность и экономические интересы Центра. Процедуры такого отбора должны быть строго документированы и

осуществляться ответственными должностными лицами на основании принципов разумности, добросовестности и ответственности.

2.3. Отношения с пациентами. Добросовестное исполнение обязательств и постоянное улучшение качества оказываемых медицинских услуг пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В отношениях с пациентами не допускать использование любых неправомерных способов прямо или косвенно с целью получения иной незаконной выгоды.

2.4. Не допускать обеспечение любого рода привилегий, вручение подарков или иных подношений в любой форме, с целью понуждения их к выполнению возложенных на медицинских работников функций, с использованием ими своих должностных обязанностей.

2.4. Если работника, пациента, родственника (законного представителя) и т.д. принуждают любое прямое или косвенное требование о предоставлении перечисленных незаконных выгод, он обязан незамедлительно уведомить об этом лицо уполномоченному за противодействие коррупции для применения необходимых мер по предотвращению незаконных действий и привлечению нарушителей к ответственности

2.5. Всем медицинским работникам соблюдать приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения к пациенту.

2.6. Деятельность с использованием методов принуждения. Не допускать «Деятельность с использованием методов принуждения», которая означает нанесение ущерба или вреда, или угрозу нанесения ущерба или вреда прямо или косвенно любой стороне, или имуществу стороны с целью оказания неправомерного влияния на действия такой стороны.

Деятельность с использованием методов принуждения – это потенциальные или фактические противоправные действия, такие как, нанесение вреда имуществу Центра или законным интересам пациента с целью получения личной выгоды.

2.7. Деятельность на основе сговора. Не допускать «Деятельность на основе сговора», которая означает действия на основе соглашения между двумя или более сторонами с целью достижения незаконной цели, включая оказание ненадлежащего влияния на действия другой стороны.

2.8. Конфиденциальность. Работникам Центра запрещается сообщать третьим лицам сведения, полученные ими при осуществлении своей профессиональной деятельности, за исключением случаев, когда такие

сведения публично раскрыты самим Центром. Передача информации внутри Учреждения осуществляется в соответствии с процедурами, установленными внутренними локальными нормативными актами.

2.9. Любое нарушение требований, изложенных в стандартах и процедурах, является дисциплинарным проступком и влечет применение соответствующих мер ответственности, в рамках действующего законодательства.

Приложение № 7

Дополнительное соглашение к трудовому договору № _____ от «__» _____ г. о соблюдении требований Антикоррупционной политики ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

г. Москва

«__» _____ 201__ год

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России), именуемое в дальнейшем «Работодатель», в лице директора Бокерия Л.А., действующего на основании _____ Устава с _____ одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Работник», заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Работник ознакомлен с Антикоррупционной политикой ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, утвержденной приказом директора от 16.06.2016 г. № 138, и обязуется соблюдать установленные Антикоррупционной политикой требования.

2. Работник при исполнении своих должностных обязанностей в соответствии с Антикоррупционной политикой обязуется не совершать коррупционных правонарушений, т.е. – не давать взятки (не оказывать посредничество во взяточничестве), не злоупотреблять полномочиями, не участвовать в коммерческом подкупе либо ином противоправном использовании своего должностного положения вопреки законным интересам ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России в целях безвозмездного или с использованием преимущества получения выгоды в виде денег, ценных бумаг, иного имущества, в том числе имущественных прав, работ или услуг имущественного характера, в свою пользу или в пользу других лиц либо для получения преимуществ, достижения иных противоправных целей.

3. Работник обязан уведомлять Работодателя в случае обращения к нему каких-либо лиц в целях склонения его к совершению коррупционных правонарушений, а также в случаях, если Работнику станет известно, что от имени ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

осуществляется организация (подготовка) и/или совершение коррупционных правонарушений.

4. Работник обязан принимать меры по недопущению любой возможности возникновения конфликта интересов в понимании Антикоррупционной политикой и законодательства Российской Федерации и незамедлительно уведомить Работодателя о возникшем конфликте интересов или о возможности его возникновения, как только ему станет об этом известно.

5. Работнику известно о том, что Работодатель не подвергает его взысканиям (в т.ч. – применению дисциплинарных взысканий), а также не производит начисление премии, стимулирующих выплат или же не начисляет ее в меньшем по отношению к максимально возможному размеру, если Работник сообщил Работодателю о предполагаемом факте коррупционного правонарушения.

6. Работнику известно о том, что Работодатель стимулирует работников за предоставление подтвержденной информации о коррупционных правонарушениях в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России. Соблюдение Работником принципов и требований Антикоррупционной политики учитывается при выдвижении Работника на замещение вышестоящих должностей.

7. Работник предупрежден о возможности привлечения в установленном законодательством Российской Федерации порядке к дисциплинарной, административной, гражданско-правовой и/или уголовной ответственности за нарушение антикоррупционных требований, предусмотренных законодательством Российской Федерации, а также Антикоррупционной политикой.

8. Настоящее соглашение о соблюдении требований Антикоррупционной политики вступает в силу с момента подписания и действует до прекращения (расторжения) трудового договора.

9. Настоящее соглашение о соблюдении требований Антикоррупционной политикой является неотъемлемой частью Трудового договора, составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр настоящего соглашения хранится у Работодателя в личном деле работника, второй экземпляр – у Работника.

Дата подписания соглашения «_____» _____ 20____ г

Приложение № 8

Положение о конфликте интересов ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

1. Общие положения.

1.1. Настоящее положение вступает в силу действия в соответствии со ст. 13.3. «Обязанностью организаций принимать меры по предупреждению коррупции» ФЗ от 25 декабря 2008 года N 273-03 "О противодействии коррупции" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, N 52, ст. 6228; 2011, N 48, ст. 6730) и в целях реализации статьи 75 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) и в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526).

1.2. Предотвращение и урегулирование конфликта интересов в ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России формируется под влиянием как объективных, так и субъективных факторов.

1.3. Процесс формирования индивидуального правосознания сотрудников, становления профессиональной личности, объективно ориентированной в сфере права, имеющей определенную позицию в системе социальных (в том числе регулируемых правом) отношений, -осознающих свою позицию, свою ответственность и интересы.

2. Цели и задачи положения о конфликте интересов.

2.1. Своевременное выявление конфликта интересов в деятельности работников ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России является одним из ключевых элементов предотвращения коррупционных правонарушений.

2.2. Целью положения о конфликте интересов является регулирование и предотвращение конфликта интересов в деятельности работников Центра и возможных негативных последствий конфликта интересов для данного учреждения. 2.3. Основной задачей данного положения является ограничение влияния частных интересов, личной заинтересованности работников на реализуемые ими трудовые функции, принимаемые деловые решения. 2.4. Повышать в ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России правовую культуру и изменять правосознание медицинских работников.

3. Используемые в положении понятия и определения.

3.1. Конфликт интересов - ситуация, при которой личная заинтересованность (прямая или косвенная) работника ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России влияет или может повлиять на надлежащее исполнение им должностных (трудовых) обязанностей и при которой возникает или может возникнуть противоречие между личной заинтересованностью работника и правами и законными интересами организации, которые могут привести к причинению вреда правам и законным интересам, имуществу или деловой репутации данной организации.

3.2. Под конфликтом интересов понимается ситуация, при которой у медицинского работника или фармацевтического работника при осуществлении ими профессиональной деятельности возникает личная заинтересованность в получении лично либо через представителя компании материальной выгоды или иного преимущества, которое влияет или может повлиять на надлежащее исполнение ими профессиональных обязанностей, вследствие противоречия между личной заинтересованностью медицинского работника или фармацевтического работника и интересами пациента. 3.3. Положение о конфликте интересов - это внутренний документ учреждения, устанавливающий порядок выявления и урегулирования конфликтов интересов, возникающих у работников ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России в ходе выполнения ими трудовых обязанностей.

4. Круг лиц, подпадающих под действие положения.

4.1. Действие положения распространяется на всех работников ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России вне зависимости от уровня занимаемой должности, которые обязаны соблюдать также физические лица, сотрудничающие с данным учреждением на основе гражданско-правовых договоров.

4.2. Основные принципы управления конфликтом интересов в учреждении. В основу работы по управлению конфликтом интересов в учреждении положены следующие принципы; - обязательность раскрытия сведений о реальном или потенциальном конфликте интересов; - индивидуальное рассмотрение и оценка репутационных рисков для ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России при выявлении каждого конфликта интересов и его урегулирование; конфиденциальность процесса раскрытия сведений о конфликте интересов и процесса его урегулирования; обеспечение защиты работника от преследования в связи с сообщением о конфликте интересов, который был своевременно раскрыт работником и урегулирован ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России. Работники учреждения в связи с раскрытием и урегулированием конфликта интересов обязаны: - предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. - при принятии решений по деловым вопросам и выполнении своих трудовых обязанностей руководствоваться интересами ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России- без учета своих личных интересов, интересов своих родственников и друзей; избегать (по возможности) ситуаций и обстоятельств, которые могут привести к конфликту интересов;

5. Ответственность работника

5.1. В случае если конфликт интересов имеет место, то для его разрешения может ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России использовать следующие способы: - ограничение доступа работника к

конкретной информации, которая может затрагивать личные интересы работника; добровольный отказ работника или его отстранение (постоянное или временное) от участия в обсуждении и процессе принятия решений по вопросам, которые находятся или могут оказаться под влиянием конфликта интересов; временное отстранение работника от должности, если его личные интересы входят в противоречие с должностными обязанностями; - увольнение работника по инициативе работодателя за совершение дисциплинарного проступка, то есть за неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей. При принятии решения о выборе конкретного метода разрешения конфликта интересов учитывается значимость личного интереса работника и вероятность того, что этот личный интерес будет реализован в ущерб интересам ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России.

6, Лица, ответственные за прием сведений о возникшем конфликте интересов и рассмотрение этих сведений.

6.1. Должностными лицами, ответственными за прием сведений о возникающих (имеющихся) конфликтах интересов, является: 6.2. Должностное лицо, ответственное за противодействие коррупции в ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, назначенное приказом директора Центра.

6.3. Полученная информация ответственным лицом незамедлительно доводится до директора Центра, который назначает срок ее рассмотрения.

Приложение № 9

Меры по недопущению использования поддельных документов Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно- сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

1. Общие нормы

1.1. Общие нормы, устанавливающие ответственность юридических лиц за коррупционные правонарушения, закреплены в статье 14 Федерального закона № 273-ФЗ. В соответствии с данной статьей, если от имени или в интересах юридического лица осуществляется организация, подготовка и совершение коррупционных правонарушений, создающие условия для совершения коррупционных правонарушений, к юридическому лицу могут быть применены меры ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации. Ответственность физических лиц за коррупционные правонарушения установлена статьей 13 Федерального закона № 273-ФЗ.

Основными принципами в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России (далее Центр) противодействия коррупции является создание системы мер, разработка и выполнение комплекса мероприятий, позволяющих снизить вероятность нарушений: составления неофициальной отчетности, использования поддельных документов.

Этап I. Создание комиссии по недопущению составления неофициальной отчетности и использования поддельных документов. Право определения состава и создание комиссии по недопущению составления неофициальной отчетности и использования поддельных документов принадлежит директору Центра. В комиссию могут входить представители различных структурных подразделений (главные врачи институтов, научно-клинические специалисты, экономисты, бухгалтера, юристы и другие специалисты, в которых наибольшая вероятность возникновения коррупционных проявлений. Организует работу комиссии председатель, документацию ведет секретарь, избираемый из числа ее членов. Оформление создания комиссии и состав комиссии утверждается приказом директора Центра.

Этап II. Комиссия определяет структурные подразделения и ответственных лиц, которые имеют непосредственное отношение к составлению отчетности и оформлению документации с риском допущения подделки документации, при осуществлении ими профессиональной деятельности и возникновении личной заинтересованности в получении лично либо через третьих лиц материальной

выгоды или иного преимущества, которое влияет или может повлиять на надлежащее исполнение ими профессиональных обязанностей.

Этап III. Право принятия программы по недопущению составления неофициальной отчетности и использования поддельных документов принадлежит комиссии. Комиссия в сотрудничестве с ответственными лицами разрабатывает программу, которая включает комплекс мер и мероприятий по выявлению и недопущению составления неофициальной отчетности и использования поддельных документов по их пресечению. Проведение мероприятий внутреннего контроля, осуществляется согласно графика контрольных мероприятий, составленного комиссией. Утверждение и введение в действие программы по недопущению составления неофициальной отчетности и использования поддельных документов утверждается комиссией и вводится в действие приказом директора Центра. По итогам проведения внутреннего контроля комиссией, принимаются правовые меры к ответственным лицам, нарушившим законодательство РФ.

Этап IV. Принятие мер правовой ответственности оформляется протоколом результатов проверки комиссии, с приложением документации с фактами нарушения закона. Ознакомление нарушителя закона (ответственного лица) о несоблюдении установленных ограничений доводится до сведения под личную подпись. Для привлечения к ответственности работника по составлению неофициальной отчетности или использования поддельных документов в корыстных целях определяется комиссией мера ответственности, и вся оформленная документация направляется директору Центра для принятия окончательного решения о применении мер ответственности к работнику согласно действующего российского законодательства.

Приложение № 10

Социологический опрос врачей является частью системы управления, который наряду с другими инструментами вносит свой вклад в снижении конфликта «врач-пациент».

Анкета анонимна, ее результаты будут использованы только в обобщенном виде для проведения социологического анализа.

Конфиденциальный документ

Инструкция по заполнению: Вы можете ставить отметку в пустом прямоугольнике напротив выбранного Вами ответа. При этом, выбрать нужно только один вариант ответа, наиболее соответствующий Вашему мнению.

АНКЕТА ВРАЧА

возраст	Пол (жен., муж.)	должность	стаж работы	ученая степень	ученое звание
необходимо проставить отметку в соответствующих графах:					

Вопрос № 1

Стратификация общества (расслоение, неравенство социального положения) влияние на мировоззрение в правильном выборе профессии врача?

а) испытываю статус социальной несовместимости

☐

б) испытываю разочарование в профессии

☐

в) не влияет

☐

Вопрос № 2

По Вашему мнению, каким образом стратификация общества (расслоение, неравенство социального положения) влияние на конфликт пациента и врача?

а) богатый пациент требует не возможного

☐

б) несостоятельный пациент раздражителен, чувствуя неравные шансы к жизненным благам

☐

в) не влияет

☐

Вопрос № 3

По Вашему мнению, глобализация современного мира влияет на конфликт «врач-пациент»?

а) влияет на культурно-нравственные отношения

☐

б) развивает безразличие друг к другу

☐

в) не влияет

☐

Вопрос № 4

По Вашему мнению, источники СМИ, сеть «Интернет», популярные телепередачи, разбирая неудачные случаи лечения, негативно влияют на общественное мнение и на конфликт «врач-пациент»?

а) негативно влияют на врача, теряется удовлетворенность профессией

☐

б) негативно влияют на пациента, снижается статус врача

☐

в) не влияют

Вопрос № 5

Считаете ли ВЫ, что реклама через СМИ, интернет, публицистических псевдонаучных материалов о лечении заболеваний, оказывает влияние на пациента?

а) отрицательное влияние, пациент занимается самолечением

☐

б) пациент игнорирует назначения врача, считает, что он обладает медицинскими познаниями, и это порождает конфликт интересов

☐

в) не оказывает влияния

☐

Вопрос № 6:

По Вашему мнению, что послужило снижению статуса врача в обществе?

а) снижение качества лечения

☐

б) экономические реформы

☐

в) снижение нравственной культуры в обществе

☐

Вопрос № 7:

Что в большей степени снижает престижность статуса врача?

а) расслоение общества (богатые, бедные)

☐

б) низкий доход врача

☐

в) информатизация СМИ по негативному образу врача

☐

Вопрос № 8:

Как оценивается Вами статус профессора в медицинской организации?

а) доминирующий

☐
☐

б) высокий

в) престижный

г) средний

☐
☐

Вопрос № 9:

Желаете ли Вы повысить свой научно-профессиональный статус до звания профессора?

а) осознанное стремление

б) возможно

в) нет желания

г) высоким статусом обладает тот у кого есть денежные сбережения

☐
☐
☐
☐

Вопрос № 10:

Считаете ли Вы, что статус врача-профессора в обществе снижен, по каким причинам?

а) низкая заработная плата

б) снижение культуры и нравственности в обществе

в) изменение идеологической направленности

☐
☐
☐

Вопрос № 11:

Считаете ли Вы, что с присвоением звания профессора изменится не только профессиональный статус, но и личный?

а) да, считаю

б) нет, не считаю

☐
☐

Вопрос № 12:

По Вашему мнению, почему не все желают получить звание профессора?

а) недостаточно знаний и умений заниматься наукой

б) денежное содержание не отвечает затратам вложенного труда

в) недооценка обществом престижа статуса профессора

г) нет желания

☐
☐
☐
☐

Вопрос № 13:

Считаете ли Вы, что профессор обладает более высокой профессиональной компетентностью?

☐

а) да, считаю

б) затрудняюсь ответить

☐

Вопрос № 14:

По Вашему мнению, что стало причиной девальвации этики и деонтологии врача?

а) низкая оплата труда

б) политические реформы

в) увеличение объема оформляемой медицинской документации

☐☐☐

Вопрос № 15:

Считаете ли Вы, что коммерциализация медицинских услуг влияет на этику и деонтологию в поведении врача?

а) да, влияет

б) нет, не влияет

в) затрудняюсь ответить

☐☐☐

Вопрос № 16

По Вашему мнению, нарушение этики и деонтологии способствует возникновению конфликта «врач-пациент»?

а) да, способствует

б) нет, не способствует

в) затрудняюсь ответить

☐☐☐

Благодарим за участие!

Приложение № 11

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

УВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ!

Конфиденциальный документ

Просим Вас принять участие в социологическом опросе, целью которого является установление причин конфликта медицины и населения и улучшения качества оказания медицинских услуг населению.

Анкета анонимна, ее результаты будут использованы только в обобщенном виде для проведения анализа. Для получения реальной картины важно, что бы Вы ответили на поставленные вопросы правдиво, исходя только из собственного мнения.

Инструкция по заполнению: Вы можете ставить отметку в пустом прямоугольнике напротив выбранного Вами ответа. При этом, выбрать нужно только один вариант ответа, наиболее соответствующий Вашему мнению.

пациент, находящийся на стационарном лечении	пациент поликлиники	опекуны (законные представители несовершеннолетних пациентов)
необходимо проставить отметку в соответствующей графе:		

Вопрос № 1

Что по Вашему мнению снизило престиж профессии врача?

- а) низкий уровень заработной платы врача длительный период
- б) снижение качества лечения
- в) отсутствие контроля со стороны государства

☐
☐
☐

Вопрос № 2

Считаете ли Вы, что экономические реформы оказали влияние на снижение статуса врача?

- а) платные медицинские услуги
- б) неформальные платежи

☐
☐
☐

в) разделение общества на богатых и бедных

Вопрос № 3

По Вашему мнению средства массовой информации (телевидение, интернет, газеты и журналы) влияют на взаимоотношения врача и пациента?

а) Вы стали грамотнее и можете указать на ошибку врача

☐

б) Вы знаете свои права

☐

в) Вы можете заниматься самолечением благодаря рекламе

☐

Вопрос № 4

Если Вы считаете, что Вам оказана не качественная медицинская помощь, Вы будете жаловаться? Куда?

а) Медицинскую организацию (руководству)

☐

б) Росздравнадзор

☐

в) суд

☐

г) Минздрав

☐

д) Президенту

☐

Вопрос № 5

Вы уверены, что Ваша жалоба по нарушению качества лечения будет удовлетворена надзорными органами?

а) сомневаюсь

☐

б) уверен (а)

☐

в) нет

☐

Вопрос № 6

Что, по Вашему мнению, порождает конфликт между пациентом и врачом?

а) безразличие к пациенту

☐

б) нарушение норм этики и деонтологии

☐

в) незаинтересованность в излечении больного

☐

Вопрос № 7

Согласны ли Вы, что нарушение норм этики и деонтологии отрицательно влияет на качество лечения?

а) ухудшается качество лечения

☐

б) отрицательно влияет на психологическое состояние

☐

в) снижается инстинкт самосохранения

☐

Вопрос № 8

По Вашему мнению, в чем выражается незаинтересованность врача в излечении пациента?

а) в неформальных платежах

☐

б) в безнаказанности

☐

в) в отсутствии морального порицания во врачебном сообществе

☐

Вопрос № 9

По Вашему мнению, экономическая реформа здравоохранения улучшила или ухудшила доступность и качество медицинской помощи пациенту?

а) ухудшили доступность и качество медицинской помощи пациенту

☐

б) ничего не изменили

☐

в) улучшили доступность и качество медицинской помощи пациенту

☐

Благодарим Вас за участие!

Приложение № 12

Анкета анонимна, ее результаты будут использованы только в обобщенном виде для проведения анализа.

АНКЕТА ОРДИНАТОРОВ И АСПИРАНТОВ

Инструкция по заполнению: Вы можете ставить отметку в пустом прямоугольнике напротив выбранного Вами ответа. При этом, выбрать нужно только один вариант ответа, наиболее соответствующий Вашему мнению.

Ординатор	Аспирант
необходимо проставить отметку в соответствующей графе:	

ВОПРОС № 1

Как Вы считаете, каковы причины незаинтересованности современного врача в полном излечении пациента?

- ☐ а) низкая оплата труда
- ☐ б) сложные условия труда в физическом и психологическом плане
- ☐ в) отсутствие призвания в профессии

ВОПРОС № 2

Почему Вы решили выбрать профессию врача?

- ☐ а) по призванию
- ☐ б) желание иметь постоянную работу
- ☐ в) стремление хорошо зарабатывать

ВОПРОС № 3

По Вашему мнению, какой уровень высшего профессионального образования Вы получили в ВУЗе?

- ☐ а) низкий
- ☐ б) высокий
- ☐ в) недостаточный

ВОПРОС № 4

Вы готовы исполнять свой врачебный долг перед пациентом в дополнительные часы при непредвиденной ситуации?

- ☐ а) да, но только за дополнительную плату
- ☐ б) только при исполнении своих профессиональных обязанностей
- ☐ в) затрудняюсь ответить

ВОПРОС № 5

По Вашему мнению, несет ли врач ответственность за нарушение норм этики и деонтологии?

- ☐ а) нет, не несет
- ☐ б) да, несет
- ☐ в) затрудняюсь ответить

ВОПРОС № 6

Должен ли врач при оказании медицинской помощи помнить, что это не бизнес?

- ☐ а) нет, не должен, в современных условиях это бизнес
- ☐ б) обязан, человеческая жизнь превыше всего
- ☐ в) затрудняюсь ответить

ВОПРОС № 7

По Вашему мнению, что важнее в профессиональной деятельности врача?

- ☐ а) профессионализм
- ☐ б) высокая заработная плата
- ☐ в) уважение пациентов и их родственников

ВОПРОС № 8

Получаете ли Вы удовлетворение от выбора профессии врача при приобретении практических навыков?

- ☐ а) испытываю гордость за участие в спасении жизни людей
- ☐ б) имею возможность развиваться в профессии
- ☐ в) не получаю удовлетворения, считаю, что профессия выбрана ошибочно

Благодарим Вас за ответы!

Приложение № 13

Уважаемый врач!

Мы проводим исследование условий Вашей работы для разработки рекомендаций по их совершенствованию. Просим ответить на вопросы анкеты. Для этого обведите цифру, соответствующую выбранному ответу или укажите свой ответ.

НАСКОЛЬКО ВЫ СОГЛАСНЫ ИЛИ НЕ СОГЛАСНЫ СО СЛЕДУЮЩИМИ УТВЕРЖДЕНИЯМИ ПО ПОВОДУ СОСТОЯНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА?

	Почти все	Большая часть	Меньшая часть	Очень мало кто
№1. Люди относятся с доверием друг другу	1	2	3	4
№2. Каждый думает только о себе	1	2	3	4
№3. Люди стремятся помогать друг другу	1	2	3	4
№4. Люди думают только о том, как заработать больше денег	1	2	3	4
№5. Люди напряжены из-за тех реформ, которые выпали на их долю	1	2	3	4

КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ ПРОФЕССИЮ ВРАЧА В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

	Согласен	Скорее согласен, чем не согласен	Скорее не согласен, чем согласен	Не согласен
№6. Люди с уважением относятся к профессии врача	1	2	3	4
№7. Профессия врача не престижна	1	2	3	4

№8. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, РЕФОРМЫ, ПРОВОДИМЫЕ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, УЛУЧШИЛИ ИЛИ УХУДИЛИ ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ?

1. Улучшили 2. Ничего не изменили 3. Ухудшили

№9. КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ УРОВЕНЬ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ ВРАЧА?

1. Высокий, соответствует сложности и ответственности профессии врача
 2. Недостаточно высокий, не совсем соответствует сложности и ответственности профессии врача
 3. Низкий, совсем не соответствует сложности и ответственности профессии врача

№10. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В КАКОМ СЛОЕ ПО УРОВНЮ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ НАХОДЯТСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВРАЧИ В РОССИИ?

1. В высшем слое 2. В среднем слое 3. В нижнем слое

№11. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, НАСКОЛЬКО РАСПРОСТРАНЕНО В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПОЛУЧЕНИЕ НЕФОРМАЛЬНОЙ ПЛАТЫ ЗА ОКАЗЫВАЕМЫЕ ВРАЧАМИ УСЛУГИ?

1. Не бывает совсем 2. Бывает редко 3. Бывает часто 4. Бывает постоянно

№12. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, СУЩЕСТВУЮТ ЛИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ УСЛОВИЯ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ВРАЧ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ И КАЧЕСТВЕННО ВЫПОЛНЯЛ СВОИ ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ?

1. Существуют 2. Отчасти существуют, отчасти нет 3. Практически не существуют

№13. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В КАКОЙ СТЕПЕНИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИЩЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ СО СТОРОНЫ ГОСУДАРСТВА?

1. В достаточной степени 3. Низкая степень защищенности
 2. Степень защищенности недостаточна

№14. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В КАКОЙ СТЕПЕНИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ ЗА КАЧЕСТВЕННОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ СВОИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?

1. В достаточной степени 2. В недостаточной степени 3. В низкой степени

НАСКОЛЬКО ВЫ СОГЛАСНЫ ИЛИ НЕ СОГЛАСНЫ СО СЛЕДУЮЩИМИ УТВЕРЖДЕНИЯМИ ПО ПОВОДУ ВЫСТРАИВАНИЯ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ?

	Согласен	Скорее согласен, чем не согласен	Скорее не согласен, чем согласен	Не согласен
№15. При встрече с пациентом врачу необходимо выстроить с ним прежде всего доверительные, человеческие отношения, проявить заботу	1	2	3	4
№16. Отношения врача и пациента должны быть сугубо официальными	1	2	3	4
№17. Врачу необходимо обсуждать с пациентом его состояние и объяснять ему причины и способы лечения	1	2	3	4
№18. Врачу требуется лишь определить состояние пациента и назначить ему лечение, не тратя время на лишние разговоры	1	2	3	4
№19. Врачу слишком мало времени отводится на прием пациента, чтобы тратить его на разговоры с ним	1	2	3	4
№20. Пациент должен только слушать врача и выполнять то, что ему назначили	1	2	3	4

БЫВАЛИ ИЛИ НЕТ У ВАС СЛУЧАИ, КОГДА ВЫ.....

	Никогда	Редко	Часто	Постоянно
№21. Направляли пациента к другому специалисту	1	2	3	4
№22. Отказывались от разъяснения клинической ситуации пациенту из-за того, что больной не перенесет правды	1	2	3	4
№23. Не считали возможным долго выслушивать пациента из-за необходимости заполнить большой объем медицинской документации	1	2	3	4

ПАЦИЕНТЫ ЖАЛУЮТСЯ, ЧТО НЕ ВСЕ ВРАЧИ КАЧЕСТВЕННО ВЫПОЛНЯЮТ СВОИ ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ.

№24. ИСХОДЯ ИЗ ВАШЕГО ОПЫТА, КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, МОЖЕТ ИЛИ НЕТ ВРАЧ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОНЕСТИ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕКАЧЕСТВЕННОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ СВОИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?

1. В большинстве случаев может 3. В меньшинстве случаев может
2. Примерно в половине случаев может

УЧИТЫВАЯ УРОВЕНЬ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ ВРАЧЕЙ, КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ИМЕЮТ ИЛИ НЕ ИМЕЮТ ОНИ ЛИЧНУЮ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ В ПОЛУЧЕНИИ МАТЕРИАЛЬНОЙ ВЫГОДЫ (ДЕНЕГ, ПОДАРКОВ, МАТЕРИАЛЬНЫХ УСЛУГ И Т.П.) ОТ ЧАСТНОЙ КОМПАНИИ ИЛИ ОТ ПАЦИЕНТОВ, ДАЖЕ ЕСЛИ ЭТО ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?

	Большинство	Примерно	Меньшинство

	работников	половина работников	работников
№25. Не имеют личной заинтересованности	1	2	3
№26. Имеют личную заинтересованность, но отказываются от получения материальных выгод	1	2	3
№27. Имеют личную заинтересованность и не отказываются от получения материальных выгод	1	2	3

СТАЛКИВАЛИСЬ ЛИ ВЫ СО СЛЕДУЮЩИМИ ПОВЕДЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ ИЛИ ИХ РОДСТВЕННИКОВ?

	Никогда	Редко	Часто	Постоянно
№28. Разногласия с пациентом по поводу лечения	1	2	3	4
№29. Конфликты по поводу назначений лекарств, анализов или отказа от них	1	2	3	4
№30. Требование создания условий, противоречащих больничному режиму	1	2	3	4
№31. Ругань, оскорбление, унижающие достоинства врача в связи с недовольством результатами лечения	1	2	3	4
№32. Конфликты в связи с замещением бесплатных услуг платными	1	2	3	4
№33. Конфликты в связи с неправильным, по мнению пациентов, назначением лекарственной терапии	1	2	3	4
№34. Конфликты со стороны родственников в связи с наступлением инвалидности или смерти пациента	1	2	3	4
№35. Угрозы физической расправы	1	2	3	4
№36. Необоснованные жалобы руководству и в другие надзорные органы	1	2	3	4

№37. НА ВАШ ВЗГЛЯД, ПОЧЕМУ СЛУЧАЕТСЯ ТАКОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ?

1. Из-за чувства безнаказанности со стороны пациентов
2. Из-за желания обратить на себя внимание надзорных организаций
3. Из-за стремления бороться против понесенной несправедливости, и во что бы то ни стало, добиваться восстановления своих «прав»
4. Из-за надуманных, несоответствующих прав личности

КАК, ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, СМИ, СЕТЬ «ИНТЕРНЕТ», ПОПУЛЯРНЫЕ ТЕЛЕПЕРЕДАЧИ, РАЗБИРАЯ НЕУДАЧНЫЕ СЛУЧАИ ЛЕЧЕНИЯ, ВЛИЯЮТ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ МНЕНИЕ?

	Очень сильно	Не очень сильно	Слабо
№38. Увеличивается количество больных людей, занимающихся самолечением, не прибегая к услугам профессиональных медиков.	1	2	3
№39. Формируют фобии у врача, способствуют их психологической дестабилизации, следовательно, могут провоцировать врачебные ошибки	1	2	3
№40. СМИ формируют негативный образ врача в общественном мнении, в результате происходит утрата значения важной миссии врача в современном обществе.	1	2	3
№41. Недостоверное и непроверенное освещение в СМИ медицинских проблем с поиском скандального сюжета вызывает у врачей защитную ответную реакцию	1	2	3
№42. Оказывают позитивное влияние	1	2	3

№43. НА ВАШ ВЗГЛЯД, В КАКОЙ СТЕПЕНИ ЗАЩИЩЕНЫ ВАШИ ПРАВА ДЕЙСТВУЮЩИМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ (ГРАЖДАНСКИМ И УГОЛОВНЫМ КОДЕКСОМ)?

1. В достаточной степени 2. В недостаточной степени 3. В низкой степени

№44. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, НАСКОЛЬКО СИЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЛИЧНАЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ИЗЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА?

1. Сильной 2. Не достаточно сильной 3. Слабой 4. Можно сказать отсутствует

ЕСЛИ ЛИЧНАЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ИЗЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ СЛАБОЙ ИЛИ ОТСУТСТВУЕТ, ЧТО СИЛЬНЕЕ ВСЕГО НА ЭТО ВЛИЯЕТ?

	Сильнее всего влияет	Не очень сильно влияет	Слабо влияет
№45. Низкая оплата труда	1	2	3
№46. Сложные, тяжелые условия труда	1	2	3
№47. Отсутствие призвания к профессии	1	2	3
№48. Низкая квалификация	1	2	3
№49. Низкий престиж профессии	1	2	3
№50. Высокий риск ошибки в лечении	1	2	3
№51. Слабая социальная защищенность	1	2	3
№52. Наличие коммерческого интереса в отношениях с пациентом	1	2	3

ЧТО НА ВАШ ВЗГЛЯД, В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ МОЖЕТ ПОВЛИЯТЬ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РОСТ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ?

	Очень высокая степень	Высокая	Средняя	Низкая
№53. Существенное повышение заработной платы	1	2	3	4
№54. Улучшение оснащенности медицинской аппаратурой	1	2	3	4
№55. Повышение социально защищенности	1	2	3	4
№56. Повышение чувства долга перед больным	1	2	3	4
№57. Повышение ответственности медицинских работников за выполнение своих обязанностей	1	2	3	4
№58. Повышение у медицинских работников внутренней значимости больного как человека, сочувствия ему	1	2	3	4
№59. Неизбежность наказания за некачественное выполнение своих обязанностей, страх перед ним	1	2	3	4
№60. Повышение личной заинтересованности медицинских работников в излечении пациента	1	2	3	4

БЫЛИ ЛИ СЛУЧАИ, КОГДА У ВАС НАСТУПАЛО СЛЕДУЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ?

	Никогда	Редко	Часто	Постоянно
№61. Хроническая усталость, изнеможение	1	2	3	4
№62. Эмоциональное истощение	1	2	3	4
№63. Ощущение собственной бесполезности, желание все бросить	1	2	3	4
№64. Повышенная раздражительность при общении с пациентом, переход на повышенные тона	1	2	3	4
№65. Чувство тревожности, беспокойства	1	2	3	4
№66. Потеря смысла своего труда, разочарование	1	2	3	4
№67. Желание не выходить за рамки формальных отношений с пациентом	1	2	3	4
№68. Неспособность сопереживать больному	1	2	3	4
№69. Безразличие к результатам лечения пациента	1	2	3	4

ЕСЛИ ТАКИЕ СЛУЧАИ У ВАС БЫЛИ, ТО С ЧЕМ ЭТО СВЯЗАНО?

	Никогда	Редко	Част о	Посто янно
№70. В связи с чувством повышенного риска ошибки при назначении лечения	1	2	3	4
№71. В связи с повышенной напряженностью в работе	1	2	3	4
№72. В связи с неподобающим поведением пациентов	1	2	3	4
№73. В связи с ошибкой в расчетах при назначении лечения	1	2	3	4
№74. В связи с высокой ответственностью за результаты лечения	1	2	3	4
№75. В связи с необходимостью работать сверх нормы	1	2	3	4
№76. В связи с необходимостью принимать сложные и ответственные решения в сжатые сроки	1	2	3	4
№77. В связи с необходимостью на протяжении рабочего дня выслушивать жалобы больных на здоровье	1	2	3	4
№78. В связи со смертью пациента	1	2	3	4
№79. В связи с профессиональной беспомощностью, чувством вины перед родственниками пациента	1	2	3	4
№80. В связи с судебными разбирательствами	1	2	3	4
№81. Из-за страха заразиться от пациента	1	2	3	4
№82. Из-за непредсказуемости результатов лечения	1	2	3	4
№83. Из-за сменного графика работы, отсутствия режима питания	1	2	3	4
№84. Из-за невозможности установить диагноз больному	1	2	3	4

№85. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В КАКОМ СЛОЕ ПО УРОВНЮ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ ВЫ НАХОДИТЕСЬ?

1. В высшем слое 2. В среднем слое 3. В низшем слое

№86. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВЫ ГОТОВЫ ИСПОЛНЯТЬ СВОИ ОБЯЗАННОСТИ ПЕРЕД ПАЦИЕНТОМ В ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЧАСЫ ПРИ НЕПРЕДВИДЕННОЙ СИТУАЦИИ?

1. Готов(а) безусловно
2. Готов(а) в зависимости от личных обстоятельств
3. Готов(а) только за дополнительную плату

ОКАЗЫВАЯ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ, О ЧЕМ ВЫ ДУМАЕТЕ?

	В первую очередь	Во вторую очередь	В последнюю очередь	Это совсем отсутствует
№87. О том, чтобы сохранить здоровье пациенту	1	2	3	4
№88. О необходимости выполнить свой профессиональный долг	1	2	3	4
№89. О возможности заработать деньги	1	2	3	4

№90. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИЛИ НЕТ ВАМ ОКАЗЫВАТЬ ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ ПАЦИЕНТАМ?

1. Никогда 2. Редко 3. Часто 4. Постоянно

ЕСЛИ ПРИХОДИЛОСЬ, ТО КАКОЙ ХАРАКТЕР НОСИЛИ ЭТИ УСЛУГИ?

	Никогда	Редко	Часто
№91. Соответствовали установленным в Вашем учреждении формальным правилам	1	2	3
№92. Носили неформальный характер	1	2	3

№93. В КАКОЙ СТЕПЕНИ ВЫ УДОВЛЕТВОРЕНЫ ВЫБРАННОЙ ПРОФЕССИЕЙ?

1. В значительной 2. В не очень значительной 3. В слабой 4. Совсем отсутствует

ЕСЛИ СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ОТ ВЫБРАННОЙ ПРОФЕССИИ СИЛЬНАЯ, ТО ПОЧЕМУ?

	В	Во вторую	В последнюю	Это совсем

	первую очередь	очередь	очередь	отсутствует
№94. Испытываю гордость за свою профессию	1	2	3	4
№95. Я выполняю свой долг	1	2	3	4
№96. Имею возможность развиваться в своей профессии	1	2	3	4
№97. Моя профессия позволяет мне заработать хорошие деньги	1	2	3	4
№98. Моя профессия очень интересная	1	2	3	4
№99. В моей профессии нуждаются люди	1	2	3	4
№100. Я чувствую уважение людей	1	2	3	4

№101. ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, ДОСТАТОЧНО ЛИ У ВАС ПРАВОВЫХ ЗНАНИЙ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА?

1. Нет, недостаточно 2. Да, достаточно

№102. СЧИТАЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ НЕТ, ЧТО ЕСЛИ У ВРАЧА НЕДОСТАТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ О ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПЕРЕД ПАЦИЕНТОМ, ТО С НИМ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ КОНФЛИКТ?

1. Нет, не считаю 2. Да, считаю

№103. НА ВАШ ВЗГЛЯД, ВВЕДЕНИЕ В ТРУДОВОЙ КОДЕКС РФ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧА ЗА НАРУШЕНИЕ НОРМ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ПОВЫСИТ КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМЫХ ИМ УСЛУГ?

1. Нет, не повысит 2. Да, повысит

№104. КАКОЙ СТАЖ ВАШЕЙ РАБОТЫ ВРАЧОМ?

1. До 1 года 2. От 1 год до 3 лет 3. От 4 лет до 10 лет 4. От 11 до 20 лет 5. Больше 20 лет

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ!

Приложение № 14

Уважаемый пациент!

Мы проводим исследование того, как и какие услуги оказывают Вам в медицинском учреждении для разработки рекомендаций по их совершенствованию. Просим ответить на вопросы анкет. Для этого обведите цифру, соответствующую выбранному ответу или укажите свой ответ.

НАСКОЛЬКО ВЫ СОГЛАСНЫ ИЛИ НЕ СОГЛАСНЫ СО СЛЕДУЮЩИМИ УТВЕРЖДЕНИЯМИ ПО ПОВОДУ СОСТОЯНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА?

	Почти все	Большая часть	Меньшая часть	Очень мало кто
№1. Люди относятся с доверием друг другу	1	2	3	4
№2. Каждый думает только о себе	1	2	3	4
№3. Люди стремятся помогать друг другу	1	2	3	4
№4. Люди думают только о том, как заработать больше денег	1	2	3	4
№5. Люди напряжены из-за реформ, которые выпали на их долю	1	2	3	4

КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ ПРОФЕССИЮ ВРАЧА В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

	Согласен	Скорее согласен, чем не согласен	Скорее не согласен, чем согласен	Не согласен
№6. Люди с уважением относятся к профессии врача	1	2	3	4
№7. Профессия врача не престижна	1	2	3	4

№8. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, РЕФОРМЫ ПРОВОДИМЫЕ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УЛУЧШИЛИ ИЛИ УХУДИЛИ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ?

1. Улучшили 2. Ничего не изменили 3. Ухудшили

№9. КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТ УРОВЕНЬ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ ВРАЧА?

1. Высокий, соответствует сложности и ответственности профессии врача
2. Недостаточно высокий, не совсем соответствует сложности и ответственности профессии врача
3. Низкий, совсем не соответствует сложности и ответственности профессии врача

№10. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В КАКОМ СЛОЕ ПО УРОВНЮ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ НАХОДЯТСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ В РОССИИ?

1. В высшем слое 2. В среднем слое 3. В нижнем слое

№11. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, НАСКОЛЬКО РАСПРОСТРАНЕНО В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПОЛУЧЕНИЕ НЕФОРМАЛЬНОЙ ПЛАТЫ ЗА ОКАЗЫВАЕМЫЕ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ УСЛУГИ?

1. Не бывает совсем 2. Бывает редко 3. Бывает часто 4. Бывает постоянно

№12. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, СУЩЕСТВУЮТ ЛИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ УСЛОВИЯ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ВРАЧ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ И КАЧЕСТВЕННО ВЫПОЛНЯЛ СВОИ ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ?

1. Существуют 2. Отчасти существуют, отчасти нет 3. Практически не существуют

КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В КАКОЙ СТЕПЕНИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ТРУДОВЫЕ ПРАВООТНОШЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЮТ СОЦИАЛЬНУЮ ЗАЩИЩЕННОСТЬ СО СТОРОНЫ ГОСУДАРСТВА:

	В достаточной степени	Степень защищенности недостаточна	Низкая степень защищенности

№13. Пациентов	1	2	3
№14. Медицинских работников	1	2	3

№15. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В КАКОЙ СТЕПЕНИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ТРУДОВЫЕ ПРАВООТНОШЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА КАЧЕСТВЕННОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ СВОИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?

1. В достаточной степени 2. В недостаточной степени 3. В низкой степени

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РОССИИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПОЛИКЛИНИКАХ И БОЛЬНИЦАХ ВВЕДЕНА ПЛАТНАЯ УСЛУГА.

№16. НА ВАШ ВЗГЛЯД, В СВЯЗИ С ЭТИМ ПОВЫШАЕТСЯ ИЛИ ПОНИЖАЕТСЯ УРОВЕНЬ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПОЛИКЛИНИК И БОЛЬНИЦ ЗА КАЧЕСТВЕННОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ СВОИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?

1. Повышается 2. Не меняется 3. Понижается

НАСКОЛЬКО ВЫ СОГЛАСНЫ ИЛИ НЕ СОГЛАСНЫ СО СЛЕДУЮЩИМИ УТВЕРЖДЕНИЯМИ ПО ПОВОДУ ВЫСТРАИВАНИЯ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ?

	Согласен	Скорее согласен, чем не согласен	Скорее не согласен, чем согласен	Не согласен
№17. При встрече с пациентом врачу необходимо выстроить с ним прежде всего доверительные, человеческие отношения, проявить заботу	1	2	3	4
№18. Отношения врача и пациента должны быть сугубо официальными	1	2	3	4
№19. Врачу необходимо обсуждать с пациентом его состояние и объяснять ему причины и способы лечения	1	2	3	4
№20. Врачу требуется лишь определить состояние пациента и назначить ему лечение, не тратя время на лишние разговоры	1	2	3	4
№21. Врачу слишком мало времени отводится на прием пациента, чтобы тратить его на разговоры с ним	1	2	3	4
№22. Нет смысла для врача что-то объяснять пациенту по поводу лечения, так как у него нет необходимых для понимания знаний	1	2	3	4
№23. Пациент должен только слушать врача и выполнять то, что ему назначили	1	2	3	4

БЫВАЛИ ИЛИ НЕТ У ВАС СЛУЧАИ, КОГДА ВРАЧИ

	Никогда	Редко	Часто	Постоянно
№24. Направляли Вас к другому специалисту	1	2	3	4
№25. Отказывались от разъяснения Вам лечебной ситуации	1	2	3	4
№26. Не считали возможным долго выслушивать Вас из-за необходимости заполнить большой объем медицинской документации и т.п.	1	2	3	4

ПАЦИЕНТЫ ЖАЛУЮТСЯ, ЧТО НЕ ВСЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ КАЧЕСТВЕННО ВЫПОЛНЯЮТ СВОИ ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ.

№27. ИСХОДЯ ИЗ ВАШЕГО ОПЫТА, КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, МОЖЕТ ЛИЛИ НЕТ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОНЕСТИ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕКАЧЕСТВЕННОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ СВОИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?

1. В большинстве случаев может
2. Примерно в половине случаев может
3. В меньшинстве случаев может

УЧИТЫВАЯ УРОВЕНЬ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ИМЕЮТ ЛИЛИ НЕ ИМЕЮТ ОНИ ЛИЧНУЮ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ В ПОЛУЧЕНИИ МАТЕРИАЛЬНОЙ ВЫГОДЫ (ДЕНЕГ, ПОДАРКОВ, МАТЕРИАЛЬНЫХ УСЛУГ И Т.П.) ОТ ЧАСТНОЙ КОМПАНИИ ИЛИ ОТ ПАЦИЕНТОВ, ДАЖЕ ЕСЛИ ЭТО ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?

	Большинство работников	Примерно половина работников	Меньшинство работников
№28. Не имеют личной заинтересованности	1	2	3
№29. Имеют личную заинтересованность, но отказываются от получения материальных выгод	1	2	3
№30. Имеют личную заинтересованность и не отказываются от получения материальных выгод	1	2	3

БЫЛИ ЛИ У ВАС СЛЕДУЮЩИЕ СЛУЧАИ?

	Никогда	Редко	Часто	Постоянно
№31. Разногласия с врачом по поводу лечения	1	2	3	4
№32. Громкие споры по поводу назначений лекарств, анализов или отказа от них	1	2	3	4
№33. Требования по созданию особых условий	1	2	3	4
№34. Громкие споры в связи с недовольством результатами лечения	1	2	3	4
№35. Громкие споры в связи с замещением бесплатных услуг платными	1	2	3	4
№36. Громкие споры в связи с неправильным, по Вашему мнению, назначением лекарственной терапии	1	2	3	4
№37. Громкие споры в связи наступлением инвалидности или смерти родственника	1	2	3	4
№38. Жалобы руководству и в другие надзорные органы на качество лечения	1	2	3	4

№39. НА ВАШ ВЗГЛЯД, ПОЧЕМУ СЛУЧАЛОСЬ ТАКОЕ ПОВЕДЕНИЕ С ВАШЕЙ СТОРОНЫ?

1. Из-за чувства безнаказанности со стороны врача
2. Из-за желания обратить внимание надзорных органов по оказанию Вам медицинских услуг
3. Из-за стремления бороться против понесенной несправедливости и во что бы то ни стало добиваться восстановления своих прав
4. Из-за защиты моих прав по возмещению денежной компенсации морального вреда

КАК, ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, СМИ, СЕТЬ «ИНТЕРНЕТ», ПОПУЛЯРНЫЕ ТЕЛЕПЕРЕДАЧИ, РАЗБИРАЯ НЕУДАЧНЫЕ СЛУЧАИ ЛЕЧЕНИЯ, ВЛИЯЮТ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ МНЕНИЕ?

	Очень сильно	Не очень сильно	Слабо

№40. Увеличивается количество больных людей занимающихся самолечением, не прибегая к услугам профессиональных медиков.	1	2	3
№41. Формируют фобии у врача, способствуют их психологической дестабилизации, следовательно могут провоцировать врачебные ошибки.	1	2	3
№42. СМИ формируют негативный образ врача в общественном мнении, происходит утрата значения важной миссии врача в современном обществе.	1	2	3
№43. Недостовверное и непроверенное освещение в СМИ медицинских проблем с поиском скандального сюжета, вызывает у врачей защитную ответную реакцию	1	2	3
№44. Оказывает позитивное влияние	1	2	3

№45. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, НАСКОЛЬКО СИЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ В ЦЕЛОМ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ИЗЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА?

1. Сильной 2. Не достаточно сильной 3. Слабой 4. Можно сказать отсутствует

ЕСЛИ ЛИЧНАЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ИЗЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ СЛАБОЙ ИЛИ ОТСУТСТВУЕТ, ЧТО СИЛЬНЕЕ ВСЕГО НА ЭТО ВЛИЯЕТ?

	Сильнее всего влияет	Не очень сильно влияет	Слабо влияет
№46. Низкая оплата труда	1	2	3
№47. Сложные, тяжелые условия труда	1	2	3
№48. Отсутствие призвания к профессии	1	2	3
№49. Низкая квалификация	1	2	3
№50. Низкий престиж профессии	1	2	3
№51. Высокий риск ошибки в лечении	1	2	3
№52. Слабая социальная защищенность	1	2	3
№53. Наличие коммерческого интереса в отношениях с пациентом	1	2	3

ЧТО НА ВАШ ВЗГЛЯД, В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ МОЖЕТ ПОВЛИЯТЬ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РОСТ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ?

	Очень высокая степень	Высокая степень	Средняя степень	Низкая Степень
№54. Существенное повышение заработной платы	1	2	3	4
№55. Улучшение оснащенности медицинской аппаратурой	1	2	3	4
№56. Повышение социально защищенности	1	2	3	4
№57. Повышение чувства долга перед больным	1	2	3	4
№58. Повышение ответственности медицинских работников за выполнение своих обязанностей	1	2	3	4
№59. Повышение у медицинских работников внутренней значимости больного как человека, сочувствия ему	1	2	3	4
№60. Неизбежность наказания за некачественное выполнение своих обязанностей, страх перед ним	1	2	3	4
№61. Повышение личной заинтересованности медицинских работников в излечении пациента	1	2	3	4

БЫЛИ ЛИ СЛУЧАИ, КОГДА ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ У ВАС НАСТУПАЛО СЛЕДУЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ?

	Никогда	Редко	Часто	Постоянно
№62. Ощущение бесполезности лечения, желание все бросить	1	2	3	4
№63. Повышенная раздражительность при общении с врачом, переход на повышенные тона	1	2	3	4
№64. Чувство тревожности, беспокойства в ходе лечения	1	2	3	4
№65. Потеря смысла лечения, разочарование	1	2	3	4

ЕСЛИ ТАКИЕ СЛУЧАИ У ВАС БЫЛИ, ТО С ЧЕМ ЭТО СВЯЗАНО?

	Никогда	Редко	Часто	Постоянно
№66. В связи с чувством повышенного риска ошибки при назначении лечения	1	2	3	4
№67. В связи с повышенной напряженностью в ходе лечения	1	2	3	4
№68. В связи с неподобающим поведением врача	1	2	3	4
№69. В связи с ошибкой врача при назначении лечения	1	2	3	4
№70. В связи с невысокой ответственностью врача за результаты лечения	1	2	3	4
№71. В связи с большой затратой времени на лечение	1	2	3	4
№72. В связи с нежеланием врача принимать сложные и ответственные решения в сжатые сроки	1	2	3	4
№73. В связи с необходимостью на протяжении рабочего дня выслушивать жалобы врача на сложности лечения	1	2	3	4
№74. В связи со смертью родственника	1	2	3	4
№75. В связи с профессиональной беспомощностью врача	1	2	3	4
№76. В связи с судебными разбирательствами	1	2	3	4
№77. Из-за страха заразиться от других пациентов	1	2	3	4
№78. Из-за непредсказуемости результатов лечения	1	2	3	4
№79. Из-за ненадежности профессиональной деятельности врача	1	2	3	4
№80. Из-за невозможности установить врачом мне диагноз	1	2	3	4

ВОЗНИКАЛО ЛИ У ВАС В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ЖЕЛАНИЕ?

№81. Желание высказать огромную благодарность за самоотверженную работу врача	1	2	3	4
№82. Желание соперничать врачу	1	2	3	4
№83. Желание материально поощрить врача	1	2	3	4

КАК ВЫ ДУМАЕТЕ, ОКАЗЫВАЯ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ, О ЧЕМ ДУМАЕТ ВРАЧ?

	В первую очередь	Во вторую очередь	В последнюю очередь	Это совсем отсутствует
№84. О том, чтобы сохранить здоровье пациенту	1	2	3	4
№85. О необходимости выполнить свой профессиональный долг	1	2	3	4
№86. О возможности заработать деньги	1	2	3	4

№87. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ НЕТ ВАМ МАТЕРИАЛЬНО БЛАГОДАРИТЬ ВРАЧА?

1. Никогда 2. Редко 3. Часто 4. Постоянно

ЕСЛИ ПРИХОДИЛОСЬ, ТО КАКОЙ ХАРАКТЕР НОСИЛИ ЭТИ УСЛУГИ?

	Никогда	Редко	Часто
№88. Соответствовали установленным в медицинском учреждении формальным правилам	1	2	3
№89. Носили неформальный характер	1	2	3

№90. В КАКОЙ СТЕПЕНИ ВЫ УДОВЛЕТВОРЕНЫ В ЦЕЛОМ ПРОЦЕССОМ ВАШЕГО ЛЕЧЕНИЯ?

1. В значительной 2. В не очень значительной 3. В слабой 4. Совсем отсутствует

№91. НА ВАШ ВЗГЛЯД, ВВЕДЕНИЕ В ТРУДОВОЙ КОДЕКС РФ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧА ЗА НАРУШЕНИЕ НОРМ ЭТИКИ ПОВЫСИТ КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМЫХ ИМ УСЛУГ?

1. Нет, не повысит 2. Да, повысит

№92. КАКОЕ У ВАС ОБРАЗОВАНИЕ?

1. Среднее 2. Высшее

№93. ВАШ ВОЗРАСТ?

1. От 18 до 24 лет 3. От 35 лет до 44 лет 5. От 55 лет и старше
2. От 25 год до 34 лет 4. 45 до 54 лет

№94. ВАШ ПОЛ? 1. Мужской 2. Женский

№95. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В КАКОМ СЛОЕ ПО УРОВНЮ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ ВЫ НАХОДИТЕСЬ?

1. В высшем слое 2. В среднем слое 3. В низшем слое

№96. КАКУЮ ЗАРАБОТНУЮ ПЛАТУ (ПЕНСИЮ) ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ?

1. До 10 тыс. руб. 3. От 21 до 40 тыс. руб. 5. От 61 до 80 тыс. руб. 7. От 101 тыс. руб.
2. От 11 до 20 тыс. руб. 4. От 41 до 60 тыс. руб. 6. От 81 до 100 тыс. руб. и выше

№97. В КАКОМ МЕСТЕ ВЫ ЖИВЕТЕ?

1. Областной (краевой, республиканский) центр
2. Районный город
3. Поселок городского тип
4. Сельское поселение

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ!

Приложение № 15

Уважаемый ординатор, аспирант!

Мы проводим исследование условий Вашей работы для разработки рекомендаций по их совершенствованию. Просим ответить на вопросы анкет. Для этого обведите цифру, соответствующую выбранному ответу или укажите свой ответ.

НАСКОЛЬКО ВЫ СОГЛАСНЫ ИЛИ НЕ СОГЛАСНЫ СО СЛЕДУЮЩИМИ УТВЕРЖДЕНИЯМИ ПО ПОВОДУ СОСТОЯНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА?

	Почти все	Большая часть	Меньшая часть	Очень мало кто
№1. Люди относятся с доверием друг другу	1	2	3	4
№2. Каждый думает только о себе	1	2	3	4
№3. Люди стремятся помогать друг другу	1	2	3	4
№4. Люди думают только о том, как заработать больше денег	1	2	3	4
№5. Люди напряжены из-за тех реформ, которые выпали на их долю	1	2	3	4

КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВРАЧА В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

	Согласен	Скорее согласен, чем не согласен	Скорее не согласен, чем согласен	Не согласен
№6. Люди с уважением относятся к профессии врача	1	2	3	4
№7. Профессия врача не престижна	1	2	3	4

№8. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, РЕФОРМЫ ПРОВОДИМЫЕ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УЛУЧШИЛИ ИЛИ УХУДИЛИ ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ?

1. Улучшили 2. Ничего не изменили 3. Ухудшили

№9. КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ УРОВЕНЬ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ ВРАЧА?

1. Высокий, соответствует сложности и ответственности профессии врача
2. Недостаточно высокий, не совсем соответствует сложности и ответственности профессии врача
3. Низкий, совсем не соответствует сложности и ответственности профессии врача

№10. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В КАКОМ СЛОЕ ПО УРОВНЮ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ НАХОДЯТСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВРАЧИ В РОССИИ?

1. В высшем слое 2. В среднем слое 3. В нижнем слое

№11. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, НАСКОЛЬКО РАСПРОСТРАНЕНО В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПОЛУЧЕНИЕ НЕФОРМАЛЬНОЙ ПЛАТЫ ЗА ОКАЗЫВАЕМЫЕ ВРАЧАМИ УСЛУГИ?

1. Не бывает совсем 2. Бывает редко 3. Бывает часто 4. Бывает постоянно

№12. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, СУЩЕСТВУЮТ ЛИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ УСЛОВИЯ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ВРАЧ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ И КАЧЕСТВЕННО ВЫПОЛНЯЛ СВОИ ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ?

1. Существуют 2. Отчасти существуют, отчасти нет 3. Практически не существуют

№13. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В КАКОЙ СТЕПЕНИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИЩЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ СО СТОРОНЫ ГОСУДАРСТВА?

1. В достаточной степени
2. Степень защищенности недостаточна
3. Низкая степень защищенности

**№14. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В КАКОЙ СТЕПЕНИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ ЗА
КАЧЕСТВЕННОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ СВОИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?**

1. В достаточной степени 2. В недостаточной степени 3. В низкой степени

**НАСКОЛЬКО ВЫ СОГЛАСНЫ ИЛИ НЕ СОГЛАСНЫ СО СЛЕДУЮЩИМИ УТВЕРЖДЕНИЯМИ ПО
ПОВОДУ ВЫСТРАИВАНИЯ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ?**

	Согласен	Скорее согласен, чем не согласен	Скорее не согласен, чем согласен	Не согласен
№15. При встрече с пациентом врачу необходимо выстроить с ним прежде всего доверительные, человеческие отношения, проявить заботу	1	2	3	4
№16. Отношения врача и пациента должны быть сугубо официальными	1	2	3	4
№17. Врачу необходимо обсуждать с пациентом его состояние и объяснять ему причины и способы лечения	1	2	3	4
№18. Врачу требуется лишь определить состояние пациента и назначить ему лечения, не тратя время на лишние разговоры	1	2	3	4
№19. Врачу слишком мало времени отводится на прием пациента, чтобы тратить его на разговоры с ним	1	2	3	4
№20. Пациент должен только слушать врача и выполнять то, что ему назначили	1	2	3	4

**ПАЦИЕНТЫ ЖАЛУЮТСЯ, ЧТО НЕ ВСЕ ВРАЧИ КАЧЕСТВЕННО ВЫПОЛНЯЮТ СВОИ
ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ.**

**№21. ИСХОДЯ ИЗ ВАШЕГО ОПЫТА, КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, МОЖЕТ ИЛИ НЕТ ВРАЧ В
НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОНЕСТИ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕКАЧЕСТВЕННОЕ
ВЫПОЛНЕНИЕ СВОИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?**

1. В большинстве случаев может 3. В меньшинстве случаев может
2. Примерно в половине случаев может

**УЧИТЫВАЯ УРОВЕНЬ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ ВРАЧЕЙ, КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ИМЕЮТ ИЛИ НЕ
ИМЕЮТ ОНИ ЛИЧНУЮ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ В ПОЛУЧЕНИИ МАТЕРИАЛЬНОЙ ВЫГОДЫ
(ДЕНЕГ, ПОДАРКОВ, МАТЕРИАЛЬНЫХ УСЛУГ И Т.П.) ОТ ЧАСТНОЙ КОМПАНИИ ИЛИ ОТ
ПАЦИЕНТОВ, ДАЖЕ ЕСЛИ ЭТО ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ИХ ДОЛЖНОСТНЫХ
ОБЯЗАННОСТЕЙ?**

	Большинство работников	Примерно половина работников	Меньшинство работников
№22. Не имеют личной заинтересованности	1	2	3
№23. Имеют личную заинтересованность, но отказываются	1	2	3

от получения материальных выгод			
№24. Имеют личную заинтересованность и не отказываются от получения материальных выгод	1	2	3

СТАЛКИВАЛИСЬ ЛИЛИ НЕТ ВЫ СО СЛЕДУЮЩИМИ ПОВЕДЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ ИЛИ ИХ РОДСТВЕННИКОВ?

	Никогда	Редко	Часто	Постоянно
№25. Разногласия с пациентом по поводу лечения	1	2	3	4
№26. Конфликты по поводу назначений лекарств, анализов или отказа от них	1	2	3	4
№27. Требование создания условий, противоречащих больничному режиму	1	2	3	4
№28. Ругань, оскорбление, унижающие достоинства врача в связи с недовольством результатами лечения	1	2	3	4
№29. Конфликты в связи с замещением бесплатных услуг платными	1	2	3	4
№30. Конфликты в связи с неправильным, по мнению пациентов, назначением лекарственной терапии	1	2	3	4
№31. Конфликты со стороны родственников в связи наступлением инвалидности или смерти пациента	1	2	3	4
№32. Угрозы физической расправы	1	2	3	4
№33. Необоснованные жалобы руководству и в другие надзорные органы	1	2	3	4

№34. НА ВАШ ВЗГЛЯД, ПОЧЕМУ СЛУЧАЕТСЯ ТАКОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ?

5. Из-за чувства безнаказанности со стороны пациентов
6. Из-за желая обратить на себя внимание надзорных организаций
7. Из-за стремления бороться против понесенной несправедливости и во что бы то ни стало добиваться восстановления своих «прав»
8. Из-за надуманных, несоответствующих прав личности

№35. НА ВАШ ВЗГЛЯД, В КАКОЙ СТЕПЕНИ ЗАЩИЩЕНЫ ПРАВА ВРАЧЕЙ ДЕЙСТВУЮЩИМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ (ГРАЖДАНСКИМ И УГОЛОВНЫМ КОДЕКСОМ)?

1. В достаточной степени
2. В недостаточной степени
3. В низкой степени

№36. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, НАСКОЛЬКО СИЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЛИЧНАЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ В ИЗЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА?

1. Сильной
2. Не достаточно сильной
3. Слабой
4. Можно сказать отсутствует

ЕСЛИ ЛИЧНАЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ИЗЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ СЛАБОЙ ИЛИ ОТСУТСТВУЕТ, ЧТО СИЛЬНЕЕ ВСЕГО НА ЭТО ВЛИЯЕТ?

	Сильнее всего влияет	Не очень сильно влияет	Слабо влияет
№37. Низкая оплата труда	1	2	3
№38. Сложные, тяжелые условия труда	1	2	3
№39. Отсутствие призвания к профессии	1	2	3
№40. Низкая квалификация	1	2	3
№41. Низкий престиж профессии	1	2	3
№42. Высокий риск ошибки в лечении	1	2	3
№43. Слабая социальная защищенность	1	2	3
№44. Наличие коммерческого интереса в	1	2	3

отношениях с пациентом			

ЧТО НА ВАШ ВЗГЛЯД, В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ МОЖЕТ ПОВЛИЯТЬ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РОСТ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ВРАЧЕЙ?

	Очень высокая степень	Высокая	Средняя	Низкая
№45. Существенное повышение заработной платы	1	2	3	4
№46. Улучшение оснащённости медицинской аппаратурой	1	2	3	4
№47. Повышение социально защищённости	1	2	3	4
№48. Повышение чувства долга перед больным	1	2	3	4
№49. Повышение ответственности медицинских работников за выполнение своих обязанностей	1	2	3	4
№50. Повышение у медицинских работников внутренней значимости больного как человека, сочувствия ему	1	2	3	4
№51. Неизбежность наказания за некачественное выполнение своих обязанностей, страх перед ним	1	2	3	4
№52. Повышение личной заинтересованности медицинских работников в излечении пациента	1	2	3	4

НА ВАШ ВЗГЛЯД, С ЧЕМ СВЯЗНЫ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ, ПСИХИЧЕСКИЕ ПЕРЕГРУЗКИ В РАБОТЕ ВРАЧА?

	Никогда	Редко	Часто	Постоянно
№53. В связи с чувством повышенного риска ошибки при назначении лечения	1	2	3	4
№54. В связи с повышенной напряжённостью в работе	1	2	3	4
№55. В связи с неподобающим поведением пациентов	1	2	3	4
№56. В связи с ошибкой в расчётах при назначении лечения	1	2	3	4
№57. В связи с высокой ответственностью за результаты лечения	1	2	3	4
№58. В связи с необходимостью работать сверх нормы	1	2	3	4
№59. В связи с необходимостью принимать сложные и ответственные решения в сжатые сроки	1	2	3	4
№60. В связи с необходимостью на протяжении	1	2	3	4

рабочего дня выслушивать жалобы больных на здоровье				
№61. В связи со смертью пациента	1	2	3	4
№62. В связи с профессиональной беспомощностью, чувством вины перед родственниками пациента	1	2	3	4
№63. В связи с судебными разбирательствами	1	2	3	4
№64. Из-за страха заразиться от пациента	1	2	3	4
№65. Из-за непредсказуемости результатов лечения	1	2	3	4
№66. Из-за сменного графика работы, отсутствия режима питания	1	2	3	4
№67. Из-за невозможности установить диагноз больному	1	2	3	4

№68. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВЫ ГОТОВЫ ИСПОЛНЯТЬ СВОИ ОБЯЗАННОСТИ ПЕРЕД ПАЦИЕНТОМ В ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЧАСЫ ПРИ НЕПРЕДВИДЕННОЙ СИТУАЦИИ?

1. Готов(а) безусловно
2. Готов(а) в зависимости от личных обстоятельств
3. Готов(а) только за дополнительную плату

ОКАЗЫВАЯ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ, О ЧЕМ ВЫ ДУМАЕТЕ?

	В первую очередь	Во вторую очередь	В последнюю очередь	Это совсем отсутствует
№69. О том, чтобы сохранить здоровье пациенту	1	2	3	4
№70. О необходимости выполнить свой профессиональный долг	1	2	3	4
№71. О возможности заработать деньги	1	2	3	4

№72. В КАКОЙ СТЕПЕНИ ВЫ УДОВЛЕТВОРЕННЫ ВЫБРАННОЙ ПРОФЕССИЕЙ?

1. 1. В значительной 2. В не очень значительной 3. В слабой 4. Совсем отсутствует

ЕСЛИ СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ОТ ВЫБРАННОЙ ПРОФЕССИИ СИЛЬНАЯ, ТО ПОЧЕМУ?

	В первую очередь	Во вторую очередь	В последнюю очередь	Это совсем отсутствует
№73. Испытываю гордость за свою профессию	1	2	3	4
№74. Я выполняю свой долг	1	2	3	4
№75. Имею возможность развиваться в своей профессии	1	2	3	4
№76. Моя профессия позволяет мне заработать хорошие деньги	1	2	3	4
№77. Моя профессия очень интересная	1	2	3	4
№78. В моей профессии нуждаются люди	1	2	3	4
№79. Я чувствую уважение людей	1	2	3	4

№80. ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, КАКОЙ УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ ВЫ ПОЛУЧИЛИ В ВУЗЕ?

1. Низкий 2. Средний 3. Высокий

№81. ИЗМЕНИЛОСЬ ЛИ ВАШЕ ОТНОШЕНИЕ К ВЫБРАННОЙ ПРОФЕССИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ В ОРДИНАТУРЕ, АСПИРАНТУРЕ?

2. Изменилось в лучшую сторону 2. Не изменилось 3. Изменилось в худшую сторону

№82. ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, ДОСТАТОЧНО ЛИ У ВАС ПРАВОВЫХ ЗНАНИЙ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА?

2. Нет, недостаточно 2. Да, достаточно

№83. СЧИТАЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ НЕТ, ЧТО ЕСЛИ У ВРАЧА НЕДОСТАТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ О ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПЕРЕД ПАЦИЕНТОМ, ТО МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ С НИМ КОНФЛИКТ?

2. Нет, не считаю 2. Да, считаю

№84. НА ВАШ ВЗГЛЯД, ВВЕДЕНИЕ В ТРУДОВОЙ КОДЕКС РФ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧА ЗА НАРУШЕНИЕ НОРМ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ПОВЫСИТ КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМЫХ ИМ УСЛУГ?

2. Нет, не повысит 2. Да, повысит

№85. ГОТОВЫ ИЛИ НЕТ ВЫ ПОМЕНИТЬ ПРОФЕССИЮ ВРАЧА?

1. Нет, не готов 2. Да, готов

№86. ЕСЛИ ГОТОВЫ, ТО ПРИ КАКИХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ?

1. Разочарование в профессии врача	4. Неудовлетворенность социальным статусом
2. Сложные условия труда в физическом и психическом плане	5. Низкая заработная плата
3. Необоснованные конфликты с пациентами	

№87. КТО ВЫ? 1. Ординатор 2. Аспирант

№88. ВАШ ПОЛ? 1. Мужской 2. Женский

Приложение № 16

Таблица № 1.

Анализ частоты упоминаний лекарственных и фармацевтических препаратов на Телеканале РОССИЯ 1.

№	1. Название препарата	2. Количество рекламных роликов	3. Время упоминания лекарственных и фармацевтических препаратов (временной интервал 12.00 – 20.00)	4. Описание фармацевтического и лекарственного препарата
1.	Флебодиа	4	12.05	Препарат обладает флеботонизирующим действием.
			14.25	
			17.50	
			19.25	
2.	Белый уголь	2	14.40	Средство является биологически активной добавкой к пище, обладает способностью адсорбировать токсические вещества различной природы из желудочно-кишечного тракта.
			18.25	
3.	Иберагаст	4	13.10	Относится к фитопрепаратам на основе лекарственных растений. Препарат обладает выраженным терапевтическим эффектом и применяется при различной патологии желудочно-кишечного тракта.
			15.35	
			18.05	
			19.45	

№	1.	2.	3.	4.
4.	Супрастинекс	4	12.25	Противоаллергический препарат на основе левоцитиризина.
			14.43	
			17.30	
			19.05	
5.	Экзодерил	3	12.05	Противогрибковое лекарственное средство для наружного применения
			15.55	
			18.45	
6.	Кардиомагнил	2	13.10	Помогает при нарушенном мозговом кровообращении и других заболеваний, обусловлено свойствами ацетилсалициловой кислоты и гидроксида магния. Также средство обладает жаропонижающими, обезболивающими и противовоспалительными свойствами.
			15.15	
7.	Кларитин	2	12.25	Препарат для лечения аллергии
			16.20	
8.	Но-шпа	3	12.05	Спазмолитик, снижает тонус гладких мышц стенок полых органов и используются при различных патологических процессах, сопровождающихся спазмами.
			13.45	
			16.05	
9.	Де-нол	2	12.20	Препарат представляет собой лекарственное средство из группы противоязвенных средств,.
			14.20	
10.	Одестон	2	16.20	Препарат относится к группе спазмолитиков с желчегонным действием.
			17.40	
11.	Найз гель	2	15.25	Лекарственный препарат, обладающий болеутоляющим и противовоспалительным действием.
			19.45	
12.	Лиотон	2	13.20	Лекарственный препарат, обладающий антиэкссудативным, антитромботическим и противовоспалительным действием, применяющийся для лечения варикозного расширения вен, отеков, уплотнений, травм, ушибов, синяков.
			18.15	
13.	Венолайф гель	2	13.45	Наружное лекарственное средство для местного применения. Оказывает ангиопротекторное и

			17.40	венотонизирующее действие.
14.	Проктогливенол	2	15.25	Свечи от геморроя.
			19.50	
15.	Асепта гель	2	12.20	Стоматологический препарат, применяемый для лечения воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта и десен.
			18.50	
16.	Эспумизан	3	13.40	Применяется для снижения выраженности вздутия живота при различных патологических состояниях.
			15.45	
			18.50	
17.	Микодерил	3	13.55	Противогрибковое средство широкого спектра действия, основной компонент которого нафтифин.
			17.40	
			19.50	

Таблица № 2.

Анализ частоты упоминаний лекарственных и фармацевтических препаратов на 5 канале.

№	1. Название препарата	2. Коли- чество рекла- мных роли- ков	3. Время упоминания лекарственных и фармацевтических препаратов (временной интервал 09.00 – 18.00)	4. Описание фармацевтического и лекарственного препарата
1.	Флебодиа	8	9.25	Препарат обладает флеботонизирующим действием. Усиливает сосудосуживающее действие адреналина, норадреналина, блокирует выработку свободных радикалов, синтез ПГ и тромбоксана.
			10.40	
			11.15	
			12.10	
			13.25	
			15.00	
			16.20	
			17.40	
2.	Венарус	4	10.20	Венотонизирующий препарат. Относится к группе ангиопротекторов и средств, влияющих на микроциркуляцию крови.
			12.30	
			14.40	
			16.40	
3.	Мирамистин	4	9.40	Антимикробное, антисептическое средство для местного (наружного) применения.
			12.50	
			14.40	
			16.40	
4.	Фенистил гель	3	9.25	Представляет собой противоаллергическое средство для наружного использования.
			13.25	
			15.45	
5.	Экзодерил	7	10.00	Противогрибковое лекарственное средство для наружного применения
			11.55	
			13.25	
			15.00	
			15.45	
			16.40	
			17.40	

6.	Кардиомагнил	3	10.20	Помогает при нарушенном мозговом кровообращении и других заболеваний. Также средство обладает жаропонижающими, обезболивающими и противовоспалительными свойствами.
			13.25	
			15.45	
7.	Мезим форте	5	10.00	Ферментный препарат, который назначают пациентам для профилактики и лечения нарушений пищеварительной функции.
			12.50	
			13.55	
			16.20	
			17.40	
8.	Фитолизин	3	12.30	Препарат оказывает спазмолитический и диуретический терапевтический эффект, а также способствует растворению камней в структурах урогенитального тракта.
			13.40	
			16.40	
9.	Зодак	3	9.25	Противоаллергический препарат, блокатор гистаминовых H1-рецепторов
			13.25	
			15.25	
10.	Терафлекс	3	11.00	Для лечения дегенеративно-дистрофической патологии структур опорно-двигательной системы, а именно хрящей.
			14.40	
			17.55	
11.	Найз гель	3	11.15	Лекарственный препарат обладающий болеутоляющим и противовоспалительным действием.
			13.55	
			15.00	
12.	Гевискон	3	11.35	Препарат применяется в лечении состояний пищеварительной системы и желудка, сопровождающихся повышенной кислотностью.
			15.45	
			17.40	

13.	Эссенциале Форте Н	3	10.40	Помогает улучшить самочувствие и справиться с такими симптомами, как утомляемость, снижение аппетита и тяжесть в правом подреберье.
			13.25	
			16.20	
14.	Кларитин	8	9.40	Используется для лечения аллергии
			10.40	
			11.55	
			12.10	
			13.25	
			15.00	
			16.20	
			17.40	
15.	Гексорал	2	13.40	Используется для лечения патологии ЛОР-органов и ротовой полости.
			16.20	
16.	Банеоцин	3	11.15	Противомикробный антибактериальный порошок
			12.30	
			15.00	
17.	Лоцерил	2	9.40	Лечение поражений ногтей, вызванных различными видами грибов; профилактика грибковых поражений ногтей.
			16.20	
18.	Микодерил	4	10.20	Противогрибковое средство широкого спектра действия, основной компонент которого нафтифин.
			13.55	
			15.00	
			16.40	
19.	Долгит	2	14.20	Представляет собой лекарственное средство для наружного использования из группы нестероидных противовоспалительных средств.
			15.45	
20.	Вобэнзим	4	9.45	Данный препарат обладает выраженным иммуностимулирующим и противовоспалительным воздействием на организм.
			11.35	
			15.45	
			16.20	
21.	Фенистил гель	2	15.00	Представляет собой противоаллергическое средство для наружного использования.
			17.40	
22.	Д-пантенол	2	10.20	Способствует заживлению мелких ран, устраняет сухость и шелушение кожи.
			16.20	