

A photograph showing a person in a white lab coat sitting at a desk. Their hands are visible, one resting on a spiral-bound notebook and the other on a calculator. The desk is covered with various documents, including one with a blue pie chart. The background is a plain, light-colored wall.

С.В. Дьяченко
В.Г. Дьяченко

ПАЦИЕНТ, ВРАЧ И РЫНОК

Хабаровск • 2018

С.В. Дьяченко, В.Г. Дьяченко

Пациент врач и рынок

Хабаровск 2018

УДК614.253:316.6 :339.13

ББК 51.1 65.011.3

Д937

Рецензенты:

Зав. каф. фармации и фармакологии, ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.б.н., доцент **Слободенюк Елена Владимировна**

Зав. каф. патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., проф. **Авдеев Александр Иванович**

Дьяченко С.В.

Д 937 Пациент, врач и рынок : монография / С.В. Дьяченко, В.Г. Дьяченко. – Хабаровск: Изд-во Дальневосточ. гос. ун-та, 2018. – 486 с.

ISBN 978-5-85797-381-3

В монографии освещены подходы к трактовке проблем формирования взаимоотношений пациента и врача в условиях реализации рыночных механизмов в сфере производства медицинских услуг. Авторами проведен анализ причинно-следственных связей перехода от взаимоотношений пациента и врача в условиях восприятия медицины, как искусства, к медицине, как производству и продаже медицинских услуг, превращая сформировавшиеся ранее взаимоотношения к иным принципам, т.е. к принципам взаимоотношений производителя (врача) и потребителя (пациента). По мнению авторов, этот переход отрицательно отразился на уровне взаимного доверия и повысил риск возникновения конфликтных ситуаций. Конфликт интересов требует построения системы баланса и защиты интересов, как пациента, так и врача. Эта система должна выражаться в формировании разносторонних, сбалансированных законодательных принципов, основанных на гражданско-правовом договоре оказания медицинских услуг, системе страхования профессиональных рисков врачей и пациентов, регламентации норм профессиональной этики и разработки программ стандартизации медицинских услуг.

Целью публикации является попытка привлечь внимание общества и медицинских работников к тому, что в условиях продолжающейся коммерциализации медицины неизбежно формируются процессы интеграции научных знаний во всей системе взаимоотношений пациента и врача. Настоящее издание рассчитано на преподавателей медицинских вузов, врачей, руководителей медицинских организаций и представителей медицинской общественности.

© С.В. Дьяченко, В.Г. Дьяченко

© Дальневосточный государственный медицинский университет, 2018.

Перечень аббревиатур

ВБИ	Внутрибольничные инфекции
ВВП	Внутренний валовой продукт
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ГК РФ	Гражданский кодекс Российской Федерации
ИМН	Изделия медицинского назначения
ЛС	Лекарственные средства
МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
МКР	Модель конечных результатов
МКБ-10	Международная классификация болезней
МО	Медицинская организация
МЭК	Медико-экономический контроль
НИОКР	Научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы
НИУ ВШЭ	Научно-исследовательский университет Высшая школа экономики
ОРИ	Острые респираторные инфекции
ПГГ	Программа государственных гарантий
ПДЛС	Побочное действие лекарственных средств
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
САНПИН	Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы
СМП	Скорая медицинская помощь
СМЭ	Судебно-медицинская экспертиза
СНиП	Строительные нормы и правила
УК РФ	Уголовный кодекс Российской Федерации
ЭКМП	Экспертиза качества медицинской помощи
ISO (ИСО)	Международная организация стандартизации

СОДЕРЖАНИЕ

		Стр.
Предисловие		4
Введение		5
Глава 1.	Теоретические и философские основы взаимоотношений потребителя и производителя медицинских услуг	13
1.1.	Основные направления формирования знаний о человеке и его здоровье	14
1.2.	Здоровье, болезнь и охрана здоровья населения	29
1.3.	Биомедицинская этика, как система знаний о взаимоотношениях врача и пациента	39
Глава 2.	У истоков профессиональных, этических и правовых механизмов взаимоотношений врача и пациента	61
2.1.	Медицинское образование, производственный и этический контекст	62
2.2.	Выбор профессии и мотивации её освоения будущими врачами	81
2.3.	Этические правила и правовые вопросы взаимоотношения в системе «врач-пациент», основные модели	93
Глава 3.	Модернизация отечественной медицины и изменение взаимоотношений между пациентом и врачом	113
3.1.	Союз врача и пациента. Проблемы и перспективы.	114
3.2.	У истоков конфликта между пациентом и врачом	129
3.3.	Модернизация медицины, основанная на прагматизме и её влияние на взаимное доверие пациента и врача	147
Глава 4.	Партнерство или конфликт отношений пациента и врача	166
4.1.	Рост конфликтогенного потенциала современной медицины – объективная реальность	168
4.2.	Глобальные процессы в экономике и обществе и социальная роль современной медицины	183
4.3.	В поисках путей восстановления доверия между потребителями и производителями медицинских услуг	207
Глава 5.	Конфликт, как отражение особенностей потребительского поведения пациентов в рыночных условиях	221

5.1.	Конфликт, как интересубъектный способ развития социального института медицины.	224
5.2.	Потребительское поведение, как источник конфликта взаимоотношений между пациентом и врачом	249
5.3.	Особенности принятия решений потребителями на рынке медицинских услуг	269
Глава 6.	Дегуманизация медицины и кризис взаимоотношений врача и пациента	291
6.1.	Технологизация медицины – стимул прогресса дегуманизации производства медицинских услуг	294
6.2.	Основы психологии поведения потребителя и производителей медицинских услуг	313
6.3.	Ятрогении, как основная причина кризиса взаимоотношений между пациентами и врачами	335
Глава 7.	Снижение качества медицинских услуг, как причина конфликта в системе пациент-врач	358
7.1.	Низкий уровень качества медицинских услуг – основа значительной части конфликтов между пациентом и врачом	363
7.2.	Конфликт между пациентом и врачом, как следствие врачебных ошибок,	388
7.3.	Несчастные случаи и профессиональных преступлений, как источник конфликтов между пациентом и врачом	420
Заключение		448
Литература		455

Предисловие

Как в Европе, так и в России, начиная с эпохи Просвещения, профессия врача традиционно не позволяла ее представителям оставаться в стороне от общественных проблем. Политические катаклизмы на рубеже XX–XXI веков значительно изменили убеждения и ментальность членов профессионального сообщества медицинских работников, особенно в сфере взаимоотношений с гражданским обществом и его отдельными членами.

До Октябрьского переворота 1917 года взаимоотношения формировались в условиях системы купли-продажи медицинских услуг, как правило, практикующего врача частника с элементами земской и фабрично-заводской медицины, где сам гражданин нёс ответственность за уровень своего здоровья. К формированию советской модели производства медицинских услуг, которая уподобляла медицинскую помощь «дефицитным товарам» подлежащих централизованному распределению, система доступности и равенства срабатывала. В этой модели выбор доступной, качественной и безопасной медицинской помощи делало за гражданина его государство. Существенным её преимуществом являлось то, что до последнего времени медицинские услуги производились преимущественно в государственных медицинских организациях, которые в своей основе были для граждан бесплатными. Россияне за последнее столетие настолько привыкли к этому образу «бесплатного здравоохранения», что даже сегодня в условиях либеральной экономики им трудно представить, что такой, казалось бы, акт гуманности, как медицинская помощь может рассматриваться с позиций товарно-денежных отношений. В то же время цель у врача и пациента, в конечном итоге, общая (один стремится вылечить, другой – излечиться). Однако достижение общей цели невозможно без доверительных отношений между ними, без внимательного выслушивания больного врачом, установления с пациентом полного контакта в течение ограниченного времени приема (при отсутствии исчерпывающей информации об условиях его жизни, работы и отдыха), учета его состояния. Пациент в свою очередь должен попытаться найти общий язык с врачом, не скрывая даже неприятных для себя моментов. Однако следует отметить, что хотя врач и пациент – партнеры, но в этом партнерстве весьма сложно добиться консенсуса.

Достижение желаемого сторонами консенсуса осложняется отсутствием четких правил выстраивания их отношений. Если правила отношений стороны профессионального медицинского сообщества в определенной мере сформированы (этический кодекс и клятва врача, должностные инструкции и т.д.), то ответственность и нормы поведения пациента пока не определены. Пациент строит свои отношения с врачом в условиях стресса, полагаясь на свой жизненный опыт, довольно часто за пределами норм и правил, санкционированных обществом, что провоцирует конфликты.

Если человек начинает интересоваться смыслом жизни или её ценностью, это значит, что он болен

Зигмунд Фрейд

Введение

С момента запуска процесса социально-экономических либеральных реформ в России, среднестатистические граждане неоднократно убеждались в том, что их ожидания из года в год не сбываются. Развивающийся капитализм, как впрочем, и «развитой социализм» не принесли стабильности в отношения между различными профессиональными и социальными группами населения. Преданные своим освободителем от коммунистической идеологии и идеологом перестройки М.С. Горбачевым и его приспешниками, народ в мановение ока превратился в «электорат», а некогда единое государство Союз Советских Социалистических Республик прекратило свое существование, а правопреемником СССР стала Россия. Появилась, как говорят, написанная под диктовку «Вашингтонского обкома», и была одобрена новая конституция возникшего на пепелище политических битв нового государства – Российской Федерации. Либеральные реформы продолжаются несколько десятилетий... Однако до сих пор не наступил период ожидаемого благоденствия, а известный лозунг реформаторов-неолибералов: «свобода, равенство, братство» оправдался только в отношении отдельных, весьма немногочисленных групп населения, именно тех, кто стоял у истоков «перестройки».

С начала перестройки были отвергнуты советские критерии и принципы жизнеустройства общества, а затем в короткий исторический период был реализован переход к рыночной экономике «по Гайдару» со всеми атрибутами либеральной экономики. Е.Т. Гайдар рассуждал о том, что «Либеральные идеи в том виде, в котором они сформировались к концу XVIII века, предполагали акцент на свободу, равенство, самостоятельную ответственность за свою судьбу. Либеральное видение мира отвергало право человека на получение общественной помощи. В свободной стране каждый сам выбирает свое будущее, несет ответственность за свои успехи и неудачи».¹

Сегодня мы отдаем себе отчет в том, что в прежнее время забота о выброшенных за борт экономической жизни членах общества лежала на тех или других более тесных союзах – роде, общине, цехе и т.д. Но ныне

¹ Гайдар Е.Т. Богатые и бедные. Становление и кризис системы социальной защиты в современном мире. Статья первая - Вестник Европы, № 10, 2004.

все эти союзы оттеснены, а, то и вовсе уничтожены современным государством с молчаливого одобрения отечественного истеблешмента в погоне за личным обогащением путем распродажи направо и налево бывшей государственной собственности и невозполнимых природных ресурсов. Казалось бы, высокий уровень доходов от этих распродаж должен был бы поддержать охрану здоровья населения и социально защитить обездоленных в результате рыночных реформ. Как известно, доступное здравоохранение и призрение бедных в здоровом обществе считается одной из государственных забот.

С точки зрения обеспечения членов общества доступной, качественной и безопасной медицинской помощью сегодня можно констатировать формирование высокой степени социальной эксклюзии², связанной в первую очередь с недостаточным уровнем доходов значительной части граждан России, в результате чего медицинская помощь им просто недоступна, поскольку за доступность, качество и безопасность приходится доплачивать. Мы полагаем, что бедность в современном российском обществе вызвана не глобальным недостатком материальных благ, а является целенаправленной политикой федеральных и региональных элит по решению главной для них задачи – политического господства.

С теоретических позиций эти тенденции поведения элит подробно рассмотрены в удостоенной Нобелевской премии по экономике работе Амартия Кумар Сена «Политэкономия голода». В ней доказано, что бедность не связана с количеством производимых благ, а определяется возможностью людей получить доступ к этим благам.³ Хотелось бы отметить, что, на начальной стадии становления рыночных отношений в России в целом и на её окраинах, бедность воспринималась как временное обострение социально-экономических проблем в условиях реформирования, поэтому проблема бедности не привлекала большого внимания политиков и экспертов. Но более чем за 25 лет социально-экономических реформ стало очевидным, что это не случайность и не кратковременное явление, это вполне закономерный аспект рыночной политики государства. Для иллюстрации этого тезиса с точки зрения уровня здоровья россиян следует привести несколько неоспоримых фактов.

С одной стороны, можно гордиться тем, что Россия занимает первое место в мире по добыче и экспорту природного газа (35% мировой добычи). Можно гордиться и тем, что по запасам и физическому объёму экспорта алмазов, по экспорту платины, по разведанным запасам серебра, по разведанным запасам каменного угля, по запасам лесных ресурсов, по за-

² Abrahamson P. Postmodern Governing of Social Exclusion: Social Integration or Risk Management // Sociologisk Rapportserie. 1998. N 13. Kobenhavns Universitet: Sociologisk Institut. Mangan K.S. Should medical schools admit more applicants // The chronicle of higher education. 2000. August 4. V. XLVI. N 48. P. A42.

³ Sen A. K. Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation, Oxford University Press, 1981

пасам питьевой воды, по запасам осетровых, крабов, минтая в 200-мильной экономической зоне, по разведанным запасам олова, цинка, титана, ниобия и многого другого наша страна является мировым лидером. Можно гордиться и первым местом России в мире по темпам роста числа долларовых миллиардеров и вторым – по их количеству (после США).

Но совсем далеко от чувства гордости ощущения от того, что Россия входит в группу мировых лидеров по числу самоубийств среди пожилых людей, детей и подростков, а также по количеству разводов и рождённых вне брака детей, по числу абортот и числу детей, брошенных родителями, по потреблению спирта и спиртосодержащих продуктов, по продаже крепкого алкоголя, по продаже табака, по числу умерших от алкоголизма и табакокурения, по смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы, по потреблению героина (21% мирового производства), по количеству авиакатастроф и второе место в мире по продажам поддельных лекарств. Правда, совсем неизвестен рейтинг России по числу гибели её граждан от ятрогенных осложнений произведенных медицинских услуг. Негативный настрой усугубляют и другие показатели рейтинга России по оценкам ООН. В частности, это 67-е место в мире по уровню жизни, 71-е место по уровню развития человеческого потенциала, 72-место по рейтингу расходов государства на гражданина, 127-е место в мире по показателям здоровья населения, 111-е место в мире по средней продолжительности жизни, 134-е место в мире по продолжительности жизни мужчин и др.

Противоречия приведенной информации очевидны. Возникает вопрос, как при таком уровне национального богатства за более чем два десятилетия «перестройки» по Горбачеву, «рыночных преобразований» по Гайдару и Чубайсу, а так же реализации инновационных программ модернизации медицины⁴, Российское государство, по оценкам ВОЗ, с 26 места по уровню здоровья населения в 1987 г., переместилось в конец первой сотни. Но, что особенно неприятно, то это многие годы не решаемая проблема низкого уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи россиянам.

Более 25 лет назад, бывшие лидеры СССР и приближенные к ним представители «гражданского общества» в мановение ока превратились в предпринимателей, креативных менеджеров, банкиров и чиновников, проповедующих, вместо вчерашних идей всеобщего равенства, принципы рынка, приватизации государственной собственности, формирования прибыли и т.п. В своем большинстве врачи и другие медицинские работники не вписывались в общий мейнстрим трансформации «гражданского обще-

⁴ Медицина — область научной и практической деятельности по исследованию нормальных и патологических процессов в организме человека, различных заболеваний и патологических состояний, их лечению, сохранению и укреплению здоровья людей. Слово «медицина» происходит от латинского словосочетания *ars medicina* («лечебное искусство», «искусство исцеления») и имеет тот же корень, что и глагол *medeor* («исцеляю») (Черных П.Я. Историко-этимологический словарь русского языка. Т. 1. М.: Русский язык, 1999).

ства», что сопровождалось расширением понятийного аппарата. Кроме терминов консенсус, перестройка, новый хозяйственный механизм, инновации и другие, в обиходе появились выражения «социальная сфера» и «бюджетники», куда и была отнесена огромная армия медицинских работников. Чиновники подразумевали, что врачи, фельдшера, медицинские сестры и прочий медицинский персонал не приносят ощутимой пользы ни им самим, не интересам государства, а только потребляют скудные финансовые ресурсы бюджетов всех уровней. Производители медицинских услуг, по мнению представителей управляющих структур, необоснованно требовали повышения уровня своей заработной платы при невысоких показателях результатов своей деятельности, т.е. не обеспечивали достаточного уровня эффективности производства.

Казалось бы, что в этой ситуации руководителям отрасли отечественного здравоохранения следовало бы сделать непростой, но решительный шаг, увязать количество и качество производимых медицинских услуг и оплату труда в единое целое и «процесс пошел», как любил говорить вождь и идеолог либеральных реформ. Но многие годы даже этот, достаточно скромный, шаг по реформе системы взаимоотношений производителей медицинских услуг и собственников государственных медицинских организаций почему-то не был сделан. Повышение заработной платы «пнемножку и всем одинаково» в рамках единой тарифной сетки и последующих аналогичных «манёвров» властных структур не убедили производителей медицинских услуг в серьёзности намерений управляющих структур отрасли. Не удивительно, что эта имитационная модель не сопровождалась положительными эффектами. В конечном итоге реформы «забуксовали» окончательно, когда доктор-профессионал высокого класса, являясь главным субъектом производства медицинских услуг, вдруг обнаружил, что его заработная плата в 10, а то и в 20 раз меньше, чем у главного врача, главного бухгалтера, главного экономиста, главного эксперта и т.п. Знакомство с очередной стратегией развития отечественного здравоохранения (с 2015 до 2030 года)⁵ только подтверждает опасения профессиональное сообщество в том, что очередная программа реформ, как и несколько предыдущих – некая искусственно созданная конструкция без учета реальной ситуации в отрасли здравоохранения.

Между тем, ввиду сложившихся экономических условий, в которых оказались многие медицинские организации (экономические санкции, инфляция, повышение тарифов на всё...), проблема качества и эффективности приобретает особую актуальность. Однако новая стратегия развития отечественной медицины опять предусматривает усиление мер тотального контроля: «В целях организации контрольно-надзорной деятельности на основе системы управления рисками необходимо:

⁵ Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг.05.02.2015. <http://medportal.ru/> (по состоянию на 12.02.2015)

- ✓ *создать систему классификации объектов государственного контроля (надзора) в целях присвоения класса опасности в зависимости от степени угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан;*
- ✓ *применить различные режимы регулирования в зависимости от класса опасности того или иного объекта контроля (дифференцированная периодичность проведения плановых проверок, отсутствие проведения плановых проверок в отношении наименее опасных объектов контроля и т.д.);*
- ✓ *разработать и внедрить информационную систему управления рисками потенциальной опасности видов медицинской и фармацевтической деятельности и использование ее при планировании контрольных мероприятий и принятии решения о выделении финансирования на контрольно-надзорную деятельность;*
- ✓ *организовать взаимодействие информационной системы управления рисками потенциальной опасности видов медицинской и фармацевтической деятельности и создаваемой единой системой регистрации случаев причинения вреда в сферах государственного контроля (надзора);*
- ✓ *обеспечить внедрение принципов прозрачности деятельности контрольных и надзорных органов».*

Однако, именно в этой концепции, как и в нескольких предыдущих, начиная с 1997 г. вновь игнорируется система управления качеством производства медицинских услуг, вновь с завидной настойчивостью делается опора на контрольно-надзорную деятельность чиновников, что в рыночных условиях многократно доказывало свою неэффективность. В то же время для рыночной экономики характерна конкурентная модель медицинских организаций, заинтересованных в обновлении продукции (товаров и услуг).

В реальных условиях модернизации отечественного здравоохранения необходим поиск и подготовка амбиционных руководителей, которые бы не боялись, а наоборот искали инновационные проекты, решительно внедряли бы современные методы управления производством медицинских услуг для достижения высот по существенному улучшению доступности, качества и безопасности медицинских услуг потребителям (пациентам). Тем более, что в контексте рыночных реформ, труд медицинских работников с одной стороны – это служба обществу, измеряемая объемом и качеством услуг, масштабами рабочего времени, уровнем заработной платы и т.п., а с другой стороны – это труд избранных, благородных людей, освященных общечеловеческими нормами нравственности, сочувственным отношением к боли, страданию, несчастью, болезни другого человека.

Безусловно, отечественные производители медицинских услуг сегодня находится не в самой простой ситуации. Хотелось бы отметить, что, по

нашему мнению, непростая ситуация в медицине складывается не столько по причине значительного дефицита финансовых ресурсов, сколько по причине отсутствия, опирающихся на собственные научные разработки, программ реформ. Продолжающаяся опора на дискредитировавшие себя идеи экономистов-неолибералов, которые внедряют свои сомнительные стратегии везде, в том числе и в медицине, становится контрпродуктивной. В реальной ситуации, как, гражданам, так и медицинскому сообществу пришло время открытого и честного обсуждения проблем отечественной медицины, а не пребывания в постоянном страхе от того, что сам факт признания запустит поток судебных исков к производителям медицинских услуг и станет причиной их массового банкротства.

Статья 41 Конституции РФ провозглашает право каждого гражданина на охрану его здоровья и на медицинскую помощь. Вполне естественно, что потребителей медицинских услуг (пациентов) интересует не только сам факт охраны здоровья, но и уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи. Однако в силу разных обстоятельств, как объективных, так и субъективных, медицинскими работниками совершается немало отклонений от стандартных технологий медицинской помощи в результате ошибок, невыполнения должностных обязанностей и несчастных случаев. Следствием этих отклонений довольно часто становится ситуация, когда здоровью пациента причиняется вред.

Как бы потребителям медицинских услуг (пациентам) не хотелось бы сохранить романтические представления о профессии врача, как о профессии некоего «сообщества альтруистов», следует признать реалии сегодняшнего дня. А они достаточно прозаичны. Товарно-денежные отношения и суровая действительность рыночной экономики показывают, что медицинская услуга, несмотря на всю ее специфичность, все же является особым «товаром» с присущими ему экономическими характеристиками (ценой, качеством и т.п.) в системе новой экономической модели развития российского общества.

Между тем само общество не противится тому, что некоторые его члены за свои «экономические достижения» на грани или за пределами действия законов и здравого смысла, сколотили огромные капиталы, покупают дворцы по всему миру, футбольные клубы и т.п. Руководители некогда государственных отраслей народного хозяйства, став генеральными директорами акционерных обществ, назначили себе вознаграждение, измеряемое «астрономическими» для среднестатистического россиянина, суммами в долларах и евро.

Такое поведение заразно, и именно оно поразило некогда здоровый организм отечественной медицины и её элиту, как гигантская раковая опухоль. В результате, те медицинские работники, которые приспособились к работе в новых экономических условиях, в качестве приоритета, установи-

ли для себя некие параметры вознаграждения за произведенное количество и качество медицинских услуг, которые позволяют им ощущать себя на «гребне волны» рыночных реформ. Следует отметить, что это поведение формируется, как в государственном секторе производства медицинских услуг, так и за его пределами. Что же относительно сочетания экономических и рыночных с одной стороны, и моральных и этических принципов с другой стороны, то в работе любого медицинского работника, чем бы он ни занимался, они должны стать приоритетными. Без соблюдения этих принципов противоречия между медицинскими работниками и их пациентами сохранятся.

Несмотря на значительные изменения российского общества, противоречивые отношения врача и пациента сохраняют высокий уровень патернализма (врач «знает», что надо делать, даже против воли пациента), хотя в современном законодательстве и признаётся свободный выбор пациента (пациент распоряжается своим телом) медицинской организации, врача и т.п. Следует отметить, что противоречивые мотивы сочетания патернализма и свободного выбора пациента не являются уникальными для медицины, а свойственны всем областям общественной жизни. В сопоставимом анализе международного и русского исторического опыта патернализм связан, хотя и не жестко, с представлениями о преобладающей важности общественных интересов. Тем не менее, патернализм в чем-то сродни рабству, когда в силу обстоятельств потребитель (пациент) вынужденно зависит от производителя (медицинской организации и её персонала).

К сожалению, потребители медицинских услуг во многих случаях не требуют отчета по результатам деятельности от производителей, до сих пор находясь в путах рабской психологии патернализма. Причем это характерно не только для России. Ещё в начале XX века известный японский писатель Акутагава Рюноске рассуждая о вероятных перспективах борьбы с рабской психологией в тогдашней Японии писал: «Уничтожить рабство – значит, уничтожить рабское сознание. Но нашему обществу без рабского сознания не просуществовать и дня ...». Говоря о рабском сознании, мы должны отдавать себе отчет в том, что патернализм в отечественной медицине не изжит и является отражением стандартной управленческой практики в бывшем СССР. С ним связаны важные для представлений о хорошем враче: его способности сопереживать пациенту; делать ему во благо и только во благо всё, что возможно, и даже против его воли; право на сокрытие некоторой информации и т.п. Эти представления остаются весьма распространенными до сегодняшнего дня.

Проблема юридической защиты потребителя и ответственности производителя, связанной с оказанием медицинской помощи, сама по себе не нова. И мы будем недалеко от истины, предположив, что появление первых правил регулирования медицинской деятельности предопределило и появление ответственности за нее. Согласно современному российскому

законодательству медицинская деятельность подлежит обязательному регулированию и контролю.

На протяжении длительного периода времени проблема конфликта между потребителем (пациентом) и производителем (врачом), связанного с оказанием медицинской помощи, фактически не обсуждалась в отечественной правовой литературе. Во многом это объясняется существовавшей долгие годы государственной, плановой системой оказания медицинской помощи, в рамках которой общественные отношения традиционно регулировались нормами публичного права, что не позволяло в полной мере защищать частные интересы пациентов. Справедливости ради следует отметить, что в современном мире весьма сложно найти государство, большинство граждан которого положительно бы оценивали уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи. Причем совершенно не важно, идет ли речь о странах «третьего мира» или экономически развитых стран, таких как США и Канада.⁶ Характеризуя отношения между производителями и потребителями медицинских услуг в условиях рынка, необходимо отметить их высокую социальную значимость, с одной стороны, и многогранность – с другой, поскольку они включают в себя очень широкий сектор коммуникативных связей пациента с медицинским персоналом, администрацией медицинской организации, страховщиками и т.д.⁷ К сожалению, довольно часто консенсус в этих отношениях вещь довольно редкая, что нарушает весьма хрупкий баланс взаимоотношений сторон.⁸

Таким образом, врач и пациент являются основными субъектами производства и потребления медицинских услуг. Отношения этих субъектов в рамках рыночных отношений характеризуют каждого из них специфическими признаками, по которым врач приобретает функции производителя медицинских услуг, пациент – потребителя медицинских услуг. Основной сущностью их взаимоотношений в рыночных условиях становится не оказание и получение медицинской помощи вообще, а удовлетворение целевых потребностей, как производителя, так и потребителя медицинских услуг. Следовательно, чтобы добиться успеха в обеспечении стабильности функционирования системы «пациент-врач» необходимо подвергнуть анализу модели всех возможных соотношений элементов, характеризующих маркетинговую сущность взаимоотношений пациента и врача в условиях рынка медицинских услуг.

⁶ Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, et al. Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Comparative Effectiveness Review No 21 | prepared by the Southern California-RAND Evidence-based Practice Center under Contract No 290-2007-10062-I. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013.

⁷ Zinn, C. (1995). 14,000 preventable deaths in Australian hospitals. *British Medical Journal* 310: 1487.

⁸ Wald, H and Shojanian, K. Incident Reporting in Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2001.

**Медицина заставляет нас
умирать продолжительнее и
мучительнее**

Плутарх

Глава 1

Теоретические и философские основы взаимоотношений потребителя и производителя медицинских услуг

Глобальные проблемы мировой цивилизации в масштабах земного шара не могут быть разрешены усилиями отдельных стран в связи с тем, что природа едина, и взаимодействие с ней требует согласованной стратегии всех без исключения стран мира. Глобальные проблемы, так или иначе, затрагивают биологическую природу человека, ставя под угрозу его здоровье, да и саму возможность существования человечества. К ним следует отнести проблемы демографии и состояние здоровья различных народов, а так же уровень энергетической обеспеченности, продовольственную безопасность, степень загрязнения окружающей среды, динамику изменения климата, региональные военные конфликты и ряд других. Формирование выше указанных проблем – итог противоречивого развития социально – биологической двойственности человека и всего пути развития западной цивилизации. Основным пороком этого пути развития было гипертрофированное развитие науки производства при отсутствии подлинно гуманистических ценностей и использования силы как средства решения международных проблем (Рассел Б., 2000).

Только в конце XX века было дано устраивающее многих, но не всех, понятия медицины: «Медицина — система научных знаний и практических мер, объединяемых целью распознавания, лечения и предупреждения болезней, сохранения и укрепления здоровья и трудоспособности людей, продолжения жизни.¹ В этом определении концентрируется понимание того, что по существу медицина является одной из форм деятельности общества по борьбе с заболеваниями, а не комплексом мер по сохранению и приумножению уровня здоровья как отдельного человека, так и социума в целом. Конечно, медицинская наука и практика (или искусство) имеют социальное происхождение; они охватывают не только биологические знания, но и общественные проблемы.

Вынесение этого вопроса во введение наших рассуждений об основе взаимоотношений между врачом и пациентом не является отражением

¹ БСЭ, 3-е изд.- Т. 15.- 1974.- С. 562.

схоластики. Именно утверждение о том, что медицина в целом не только наука, но и практика, которая существовала задолго до развития других наук – является справедливым с точки зрения многих ученых. В тоже время отношение к медицине, как к биологической, так и к социальной науке, целью которой является чисто практический контекст в виде сохранения и умножения здоровья пациентов находит отражение в результатах исследований отечественных специалистов (Лисицин Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф., 1984; Грандо А.А., 1990; Казинс Норман, 1991; Дуброва В.П., 1999; Решетников А.В., 2003, 2004; Хрусталева Ю.М., Царегородцев Г.И., 2005; Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э., 2015). В современной медицине должны быть заложены необходимые элементы для принятия не только экономических, организационных, социальных, но и этических решений, тогда медицинские работники будут ответственны перед обществом, наукой о врачевании и характером ее теорий, решая проблемы теории и практики борьбы с заболеваниями, а также достижения консенсуса отношений с самим пациентом.

1.1. Основные направления формирования знаний о человеке и его здоровье

Сегодня можно рассматривать глобальные проблемы развития человека, как результат естественного хода событий, который не устраивает элиту мирового сообщества. Пессимисты говорят о тупиковом пути развития. Оптимисты считают постановку и осознания проблемы уже важным шагом на пути ее разрешения и видят прогресс в смене направления и способов развития совместного существования человечества и природной среды. В то же время не следует обольщаться оптимистическими посулами о светлом будущем и сидеть «сложив руки». Необходимы реальные действия, направленные на объединение действия и гармонизацию взаимодействий человеческих существ на благо сохранения мировой цивилизации (Поппер К.Р., 1992). Причем мировоззрение как обобщенная форма отношения человека к миру всегда, так или иначе, проецировалось на область медицинской практики, а уж тем более в еще большей степени – на область теории (Bloom S.W., Zambrana R., 1983).

Ретроспективно подвергая анализу последние несколько тысяч лет развития человечества, можно со значительным уровнем уверенности утверждать, что время в истории течет неравномерно, то ускоряясь, то замедляясь. Исследователям, находящимся в самой гуще житейских событий, насыщенных драматическими, а нередко и весьма трагическими столкновениями интересов, очень непросто понять и оценить общий вектор развития мировой цивилизации. «Большое видится на расстоянии» – это теперь не только поэтическая метафора, но и объективная реальность, требующая от мыслителей несколько отдалиться (во времени или даже на расстоянии) от исследуемого предмета настолько, чтобы научно познать и

философски оценить его (Хрусталев Ю.М., 2009). В этой связи, развитие мировой цивилизации тесно связано с уровнем знаний о человеке, его физическом, психическом и социальном здоровье, о возможности влиять на него, – именно всё то, что о чем даёт нам представление о медицинском знании. Оно тесно связано с историческим знанием и его периодизацией.² Для изучения формирования медицинского знания важно не только датировать, соотнести произошедшее с неким моментом времени, но и очертить границы периодов, когда проявлялось типическое сходство исторических феноменов между собой. На основании этого сходства можно выделить отдельные исторические периоды.

Между тем, медицина – ровесница первого человека на Земле. Ее история начинается вместе с возникновением человека. В связи с этим в основу изучения медицины положена принятая в современной исторической науке периодизация всемирной истории, согласно которой всемирно-исторический процесс делится на пять основных периодов: первобытная эра, древний мир, средние века, новое время и новейшая (или современная) история (табл. 1.1).

Таблица 1.1.

Периодизация и хронология всемирной истории человечества
(Философия науки и медицины: учебник. - Хрусталёв, Ю.М. 2009)

Периоды всемирной истории	Условные хронологические рамки	Абсолютный возраст
История первобытного общества	Приблизительно 2 млн лет назад - IV - I тыс. до н.э.	Приблизительно 2 млн лет (20 000 в.)
История Древнего мира	IV тыс. до н.э. - сер. I тыс. до н.э.	Около 4 тыс. лет (40 в.)
История средних веков	Середина V века - сер. XVII века	Около 1200 лет (12 в.)
История новой эпохи	Середина XVII в. - начало XX века	Около 300 лет (3 в.)
Современное время	С начала XX века и по настоящее время	Менее 100 лет

Прошлое медицины воссоздается на основе изучения фактов, источников. Все исторические источники делятся на 7 основных групп: письменные, вещественные (материальные), этнографические, устные (фольклорные), лингвистические, кинофотодокументы, фонодокументы.

Все базовые теории современной медицины, так или иначе, связаны с историей и философией медицины, определяющей фундаментальные по-

² Периодизация – подразделение прошлого на отрезки времени (исторические периоды, века, эпохи и т. п.) – одна из сложных проблем историописания (прим. авторов).

столулаты и позиции общих теоретических систем. Так, современные философские исследования (философская антропология, философия сознания, социальная философия) лежат в основе медицинской теории адаптивного реагирования (теория адаптации – общебиологическая теория медицины, однако медицина имеет дело не только с биологическими адаптациями, но и с адаптацией социальной, т.е. приспособлением человека к общественной жизни), – теории детерминизма (причинной обусловленности и связи патологических процессов, происходящих в организме), – а также теории нормальной (оптимальной) саморегуляции и теории общей патологии.

Современная медицина, ровно так же, как и каждый отдельный врач призваны формировать приоритетные направления и пути развития системы взглядов о здоровье человека. Однако и каждый индивидуум должен в полной мере осознавать, что за свое здоровье в первую очередь ответственен именно он сам (Эльштейн Н. В., 1996). Поэтому разрешение разницы взглядов на проблему здоровья и взаимоотношений врача и пациента, а так же связанного с ней ответственности предполагается только в условиях достижения консенсуса. Общественное сознание должно выработать подходы к охране здоровья, которые бы отражали интересы, как пациентов, так и медицинских работников, в противном случае проблемы снижения бремени болезней для общества никогда не будут разрешены. Как точно по поводу борьбы с болезнями относительно недавно сказал Фернан Бродель: «Война с болезнями – то есть спасение жизни миллионов и миллионов людей – гораздо важнее для рода человечества, чем наши жалкие политические войны...» (Braudel F., 1995).

Современная философия выступает в качестве методологического фундамента медицинского знания, что призвано объединить разрозненные частные исследования и системно применить их к изучению качественно своеобразной живой системы – человека. На первый план в деятельности современного врача выступает диалектический метод, поскольку только он обеспечивает комплексный, системный подход к вопросам болезни, её диагностики, лечения, профилактики и реабилитации в совокупности всех сторон взаимодействий с пациентом. Философскими основами клинической медицины становится так называемая «философия врачевания», т.е. теория постановки диагноза, лечения, реабилитации и т.д., выстроенная в соответствии с пониманием сущности человека как сложной биологической системы.

Философия и медицина – одинаково древние по своему происхождению феномены культуры. Их тесная связь проявляется в близости предметов исследования (изучение человека, его личности и влияния общества на личность), сходстве целей и задач, единстве методологии, ценностной ориентации. Необходимость тесного взаимодействия философии и медицины в свое время обосновал Гиппократ: «Медицина столь же мало может обхо-

даться без общих истин философии, сколь последняя без доставляемых ей медицинских фактов».

В этой связи следует указать на то, что в древности философия была всеобъемлющей наукой, включающей в себя все отрасли знания в качестве составных частей. Именно медицина, являясь одной из древнейших наук, истоки которой восходят к заре человечества, вправе претендовать на тесный союз с философией (Хрусталева Ю.М., Царегородцев Г.И., 2005). Причем, несмотря на разные пути к истинному знанию (медицина выбирает на заре своего существования путь практического действия, философия – путь теоретического обобщения и рефлексии), и та и другая решают одну и ту же проблему – проблему существования (выживания) человека, а так же проблему его самоопределения как природного и культурного существа. В этом вопросе, как философия, так и медицина не могут существовать раздельно, поскольку порознь они лишены цельности – философия удаляется от эмпирии, «витает в облаках», медицина же, погружаясь в исследование организма, забывает о личности, «утопает» в деталях и частностях.

Наука о человеке. Симбиоз философии и медицины. Сущность человека принято рассматривать в четырех основных параметрах: биологическом, психическом, социальном и космическом. Под биологическими параметрами понимается анатомическое и физиологическое строение, особенности генетики, основные процессы, обуславливающие функционирование человеческого организма. Эти свойства человека изучают различные отрасли биологии и медицины. Психические параметры отражают внутренний мир человека (интеллект, воля, память, характер, темперамент, эмоции и др.). Одной из основных проблем этой области знания является изучение внутреннего мира человека во всей его многомерности, сложности и противоречивости. С точки зрения социальных параметров человек — это общество в миниатюре и их изучает целый комплекс наук (Яскевич Я.С., Вязовкин В.С., Гафаров Х.С., 2009; Bloom S.W., 2002). Поведением занимаются социальная психология, социология личности и групп. Поскольку жизнедеятельность человека немыслима без многообразного мира культуры – мифологии, религии, искусства, науки, философии, права, политики, мистики, то становится очевидным, что одним из главных предметов культурологии также является человек. Что же относительно космических параметров человека, то они тесно связаны с проблемой его взаимоотношений с мирозданием. Эта связь человека всегда находила воплощение в мифах, религии, астрологии, философии, научных теориях. Ни у кого сегодня не вызывает сомнения зависимость жизни от процессов, происходящих во вселенной (Соколов Э.В., 2002; Мануильский М.А., 2007).

Неведомый гений написал когда-то на фронте Дельфийского храма: γνῶθι σεαυτὸν («познай себя»), что в последующем потребовало объяснений глубокого смысла этой надписи. Сократ первый увидел в ней глубочайшую загадку о человеке и первый догадался, что в ре-

шении этой именно загадки должна заключаться вся полнота человеческой мудрости. По его убеждению, пока не решена великая загадка о самом человеке, всякая наука и всякое знание могут служить только выражением ученого невежества, противоречия в бытии человека. В современном понимании человек, несомненно, представляет собой более, нежели простую вещь физического мира. Но и самое ясное познание истины о себе никогда не сделает человека другим, чем каким он существует на самом деле (Несмелов В.И., 1906).

Людвиг Фейербах рассматривал человека «как единственный, универсальный и высший предмет философии» (Фейербах Л., 1955; Любутин К.Н., 1988). Хотя, по мнению отдельных исследователей вне его поля зрения осталась предметная, практическая деятельность человека (Цанн-кай-си Ф.В., 1987). Конечным результатом науки о человеке, в сущности, является только неразрешимая загадка о нем: как он мог появиться в мире, когда природой своей личности он необходимо отрицает мир и, поскольку действительно отрицает его, сам в свою очередь необходимо отрицается миром? В то же время, несмотря на то, что во многих названиях современных областей знаний звучит слово «антропология» (культурная антропология, социальная антропология, политическая антропология, даже поэтическая антропология), современные науки пока еще не выработали общего подхода к пониманию основных загадок человека. Но все чаще слышатся голоса о необходимости создания особой науки о человеке, как бы она, ни называлась – общее «человековедение», теоретическая антропология или просто наука о человеке.

Симбиоз философских и медицинских идей известен с давних времен. Древневосточная мудрость, заключенная в египетской книге мертвых, индийских ведах, в учении китайских даосов (учение о бессмертии), а так же в трудах врачей – философов Востока (например, Авиценна) проповедовали этот симбиоз (Ибн Сина, 1957, 1960). Следует отметить, что основой восточной философской мысли всегда оставался принцип системности в изучении микро- и макрокосма, а особенностью – рассмотрение человеческого организма как самодостаточной сущности, в которой неразрывно связаны дух и тело. Именно восточная наука рассматривает болезни тела как болезни духа, соответственно лечение болезни – это, прежде всего восстановление душевного равновесия и духовного здоровья (Ренан Э., 1902; Ян Хин-Шун, 1950; Малявин В.В., 1992; Лао-Цзы, 2002; Чернышев К.Э., 2013).

В Древней Греции – колыбели философского знания Средиземноморья – философия и медицина так же тесно сотрудничали и дополняли друг друга. Их объединяло стремление разобраться в человеческой сущности. А попытка ответить на вопрос, что такое человек, какова (личная и общественная) ценность человеческого здоровья, является ли человек существом биологическим или социальным, рассматривалась в трудах древне-

греческих врачей и философов, в частности Эмпедокла, Аристотеля и Гипократа. На протяжении последующей истории развития человеческого сообщества, идеи объединения философского и медицинского знания находили свое отражение в трудах многих известных философов, врачей и естествоиспытателей. (Lloyd, G. E. R., 1971; Jacques J., 1999; Cantor D., 2002).

Активно развивается новая отрасль знания, находящаяся на стыке философии, медицины и естественнонаучных исследований – химия (алхимия). Колыбелью химии принято считать Александрийскую академию. Основанная Александром Македонским в 332 г до н.э. новая столица Египта – Александрия – стала крупнейшим торговым и культурным центром античного Средиземноморья. Птолемей Сотер, соратник Александра, ставший после смерти последнего царём Египта, основал Александрийскую академию, которая вместе с созданным при ней крупнейшим хранилищем античных рукописей – Александрийской библиотекой (около 700 000 рукописей) – просуществовала около тысячи лет (до VII в. н.э.).

Греки принесли в Египет свою натурфилософию, прежде всего учение Платона и Аристотеля. В самом Египте имелась высокоразвитая ремесленная химия, причём её существенное отличие от греческой заключалось в сосредоточении ремёсел вокруг храмов, прежде всего храмов египетского бога Тота (Дхути). В храмах используемые рецептуры и технологические процессы тщательно записывались, сохранялись и оберегались от непосвящённых; в то же время они тесно связывались с астрологией и магическими обрядами. В результате объединения практических знаний египетских жрецов и натурфилософии произошли два взаимообусловленных процесса:

1. *Эллинизация «священного тайного искусства» египетских жрецов. Практические знания приобрели «теоретическую базу» в виде платоновско-аристотелевского учения о четырёх элементах – стихиях.*
2. *Мистификация натурфилософии. В рациональную систему Аристотеля были привнесены посылки Пифагора о важнейшей роли числа и прочие мистические элементы, изначально совершенно нехарактерные для аристотелевской метафизики.*

Несмотря на нереальные цели (поиски эликсира жизни или философского камня), алхимия сыграла положительную роль как в изучении человеческого существа, так и в разработке некоторых приемов лабораторной техники, особенно необходимой развивающейся практической медицине. Европейские врачи-философы эпохи Средневековья (Ф.Рабле, Р.Бэкон, Парацельс, и др.) предвосхитили многие последующие медицинские открытия и разработки, приемы лечения болезней; они так же изучали воздействие общества (социального статуса личности) на развитие патологических процессов в организме (Левченков С.И., 2006). Преодолевая и пере-

смаывая многие основы древней медицины и философии человека, средневековые ученые, естествоиспытатели способствовали внедрению химических препаратов в медицину, а так же заложили основы теории адаптации человека в окружающей среде.

Соотношение философии и медицины в XVIII-XX веке диктовалось интересом к человеку, его новыми интерпретациями. Так, в философии французского материализма (идеи врачей Локка, Ламетри) человек понимается как машина, действующая по аналогии с макрокосмом (по законам классической механики Ньютона). В философии XIX века осмысливаются проблемы человека как социального существа, проблемы влияния психики на развитие патологических процессов в человеческом организме. Идеи, господствовавшие в этом временном промежутке (Фрейд, гештальтпсихология и др.) послужили возникновению в начале XX века психосоматической медицины (Ф. Александер, С. Джелифф, Ф. Данбар, Э. Вейсс, О. Инглиш и др.) опиравшейся в лечении человека на взаимосвязанность психических соматических и даже социальных процессов, сопровождающих развитие человека (Александер Ф., 2002)³. С позиции современных взглядов на человека и его здоровье предпочтительнее говорить о том, что медицина – это не только искусство практического врачевания, но и интеграционная наука, да и к тому же, не столь эмпирическая, сколько теоретическая. Стремление теоретически обобщить и философски интегрировать эмпирические знания, то есть критически осмыслить богатый арсенал опытных данных в значительном временном промежутке, позволяет глубже понимать сущность человека, его развитие, здоровье и уровень влияния на него медицины.

Медицина принципиально отличается как от известных общественных наук, так и от общественно-научных и гуманитарных дисциплин. Она представляет собой уникальное единство познавательных и ценностных форм умственного отражения и практического преобразования человеческой жизни. Медицина как по сути своей всегда молодая и динамично развивающаяся наука обладает огромным потенциалом для познания человека на базе новейшего экспериментального и клинического материала в области различных видов исследований. Она выступает как цель и смысл этого познания, к которому применимы все параметры системно-структурного анализа (Леви-Строс К., 1983).

Начиная с Гегеля и Шеллинга, системно-структурный подход постепенно превратился в общенаучный метод практически во всех формах исследования, а в наше время он становится нормативом теоретического мышления и в медицинской науке. Обращение к системно-структурному анализу новейших медицинских наблюдений и открытий актуально преж-

³ http://www.med-book.info/discipline/philosophy/index_320.html - ftn1.

де всего потому, что они восходят к насущным потребностям в научно-теоретическом обобщении и объяснении таких проблем, как здоровье и болезнь, норма и патология, соотношение биологического и социального, психического и соматического (Лисицин Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф., 1984).

Симбиоз философии и медицины, как особая отрасль научного знания становится особенно популярным на рубеже XX-XXI веков, когда реализуются исследовательские работы на стыке этих двух отраслей знания, обосновываются инновационные технологии диагностики и лечения заболеваний. Параллельно разрабатываются системы самооздоровления, самосовершенствования с учетом внутренних возможностей организма человека, резервов его духа, а также наследуемых структур психики и др. Этот симбиоз был призван обобщить имеющиеся практические знания о человеке как биологическом и социальном, материальном и духовном существе и найти адекватные пути его адаптации к окружающему миру.

Современная медицинская наука и практика развивается по нескольким направлениям, руководствуясь различными принципами, методологическими основаниями и философскими установками. Основные проблемы, которые встали сегодня во главу угла, – здоровье отдельной личности и здоровье популяции, проблемы человеческой духовности как основы психического и физического здоровья, социальные причины «болезней века», а так же этика взаимоотношений врача и пациента. Среди большого числа замечательных учёных XX столетия, стремившихся объединить философскую и медицинскую проблематику с целью решить насущные проблемы человечества следует назвать австрийского врача и философа З. Фрейда, швейцарского психиатра и культуролога К. Г. Юнга, немецко-французского врача и философа А. Швейцера, немецкого философ К. Ясперса, а так же врачей-исследователей Ф. Углова, Н. Амосова, М. Норбекова, Г. Селье и др.

Предметом внимания и исследования науки о человеке в начале XXI века стала первостепенная значимость социальных условий в формировании здоровья населения. Были представлены убедительные доказательства социальной обусловленности здоровья. Этот тезис приобрел ведущее значение в деятельности Всемирной организации здравоохранения. По известному определению ВОЗ здоровье – это состояние «полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов».

В то же время следует понимать, что категорию здоровья не следует сводить лишь к констатации факта отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта. Ведь здоровье – это состояние, которое позволяет человеку вести жизнь, полноценно выполнять свойственные ему функции, прежде всего связанные с формированием здорового потомства, а так же осуществлять трудовые и общественные обязанности. Для приумножения и

сохранения выше указанных функции, индивидуум должен вести здоровый образ жизни, который позволяет не испытывать проблем с обеспечением душевного, физического и социального благополучия. Именно с этой точки зрения следует понимать, что достижение оптимального уровня здоровья не является некоей недостижимой и не измеряемой категорией, поскольку на современном этапе развития измеряемый уровень здоровья тесно смыкается с измеряемым уровнем качества жизни.

Термин «качество жизни» сегодня широко используется исследователями состояния здоровья. Существует множество определений этого термина, но Всемирной организацией здравоохранения предложено следующее определение (WHOQOL Group 1995): восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культуры и ценностной ориентации, в которых они живут, и в связи с их целями, ожиданиями, нормами и заботами. Это комплексное понятие, подверженное сложному воздействию физического здоровья человека, его психического состояния, степени независимости, общественных взаимоотношений и особенностей окружающей среды. С учетом распространения этого понятия во всех областях, имеющих отношение к здоровью, очевидна потребность в шкале, которая могла бы применяться для сравнения подгрупп в рамках не только каждой конкретной культуры, но и для сопоставлений между различными культурами. В дальнейшем это определение несколько изменилось, правда, скорее по форме, чем по содержанию, и на сегодняшний день оно звучит следующим образом: качество жизни (life quality) – это восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума.

В контексте формирования знаний о человеке и его здоровье следует различать индивидуальное здоровье, т.е. здоровье конкретного человека и сообщества людей (популяции) – общественное здоровье. Индивидуальное здоровье оценивается по персональному самочувствию, наличию или отсутствию заболеваний, трудоспособности, физическому состоянию и развитию, личным ощущениям бытия, показателям качества жизни к другим критериям. При оценке общественного здоровья наряду с индивидуальными оценками, как правило, прибегают к анализу медико-статистических и демографических показателей и критериев.

Анализ международного опыта формирования теорий здравоохранения и медицины (социал-дарвинизм; социальная экология; теория стресса и общего адаптационного синдрома; фрейдизм и психоаналитическая психосоматика; неогиппократизм; теории социальной дезадаптации; «порочного круга», конвергенции и др.) показывает, что при всех несомненных достижениях современной медицинской науки, существуют проблемы до настоящего времени далекие от своего разрешения. В частности к ним следует отнести закономерности изменения здоровья человека под влиянием

на него условий и образа жизни населения (труда, питания, образования, воспитания, жилища, поведения людей, их взаимоотношений, психологических установок, социальной помощи и др.).

Не отвергая тесной взаимосвязи условий и образа жизни человека с его здоровьем, пока нет ответа на вопрос, что лежит в основе достаточного высокого уровня показателей здоровья и продолжительности жизни людей, переживших глобальные войны, голод и вселенские катастрофы. Причем многочисленные примеры наблюдаемых в медицинских организациях в рамках диспансеризации в течение последнего десятилетия ветеранов Великой Отечественной Войны, доживших до преклонного возраста (85-95 лет), сохранивших ясный ум и достаточный уровень физической и психологической адаптации к неблагоприятным условиям жизни, только усиливают интерес к проблеме знаний о человеке. Сегодня остается неясным причины достижения высокого уровня здоровья отдельными членами общества, которые десятилетиями существовали и продолжают существовать в рамках тяжелой социальной эксклюзии порожденной насильственным внедрением рыночных механизмов и принципов неолиберализма там, где эти стратегии явно противопоказаны. Это касается в первую очередь подавляющего большинства коренного и частично пришлого населения Сибири и Дальнего Востока России.

Формирования знаний о здоровье. Перед мировым сообществом в условиях формирования серьезных политических, демографических, энергетических и экологических рисков, стоит проблема сохранения здоровья человека, как главной ценности жизни и самой высокой ступени в иерархии потребностей. «Мы живем в эпоху перемен, характеризуемую старением населения и изменением структуры и распространенности заболеваний. Число людей с хроническими заболеваниями быстро возрастает. Для удовлетворения медицинских потребностей населения мы должны адаптироваться к этим изменениям. Мы должны постоянно помнить о том, что первичная медико-санитарная помощь – это одно из важнейших условий всеобщей доступности относительно недорогого медицинского обслуживания», – говорил министр здравоохранения и социального обеспечения Норвегии Бьёрн Хансен (Bjarne H. Hanssen). Однако если международному сообществу удастся все-таки обеспечить необходимый уровень медицинской помощи населению всех стран мира в обозримом промежутке времени, решит ли это формирующиеся проблемы здоровья отдельного индивидуума или популяции в целом?

Ответ на этот вечный вопрос пока нет, поскольку уровень знаний о человеке остается недостаточным, а в философии на рубеже XX– XXI веков проблема формирования знаний о человеке стала одной из ведущих, без понимания которой невозможно дальнейшее развитие общества. Антропологическое знание настоящего времени характеризуется несколькими особенностями.

- I. Во-первых, важное место в нем занимает проблема постижения внутреннего, духовного мира человека, логики его развития, а также причин, предопределяющих процесс самосовершенствования человека, творения им своего бытия.
- II. Во-вторых, современные философы обращают внимание на крайне скудный набор инстинктов, которыми человек наделен природой. Они называют человека «неспециализированным существом» и полагают, что именно слабая оснащенность его инстинктами, которые предопределяют жесткость поведения животных, дает человеку свободу выбора той или иной сферы деятельности.
- III. В-третьих, современная антропология пытается решить проблему противоречия понятий «общечеловеческое» и «индивидуальное» путем введения в научный оборот понятия «общеиндивидуальное». Она рассматривает общечеловеческие ценности в неотрывной связи с действительными ценностями каждого отдельного человека, справедливо полагая, что только когда гарантируются права, интересы каждого человека, можно вести речь и о реализации общечеловеческих ценностей.

Вероятно, целесообразно выделение четырех основных направлений современной философии человека:

- ✓ Психоналитическое (З. Фрейд, Э. Фромм);
- ✓ Философской антропологии (М. Шеллер, А. Гелен);
- ✓ Экзистенциальное (М. Хайдеггер, Ж.-П. Сартр, А. Камю);
- ✓ Католическое (Г. Марсель, Ж. Маритен, Иоанн-Павел II, Тейяр-де-Шарден).

В целом же, существует множество подходов и философских течений, которые занимаются рассмотрением вопросов, связанных с жизнью и предназначением человека, а так же его места в окружающем мире. Именно это указывает, как на сложность проблем, так и на неослабевающее внимание к ним (Поппер К.Р., 1983; Штофф В.А., 1994, Хайдеггер М., 1993).

К сожалению, современное состояние теоретической медицины, а именно – учения о болезни, а не о здоровье, компенсаторно-приспособительных процессах, механизмах компенсации нарушенных функций, связях и взаимоотношениях частей в организме и др., позволяет говорить о том, что она пока не представлена комплексным знанием и далеко, с точки зрения системности, не целостна. Г. Селье в работе «На уровне целого организма» (1972) писал: «Жизнь не является простой суммой своих составных частей... Чем дальше вы расчленяете... живые комплексы, тем дальше вы уходите от биологии и в конце концов вам остаются

ся только величественные, вечные и всеобъемлющие законы неживой природы...»).

Концепция здоровья. Понятие «здоровье», как и другие общие понятия, принадлежат к тем немногим смыслам, значение которых довольно часто воспринимается по-разному. Между тем, здоровье человека – это главная ценность жизни: его не возможно приобрести, но его следует сохранять, сберегать и приумножать. Здоровье – это одно из основных условий прогресса человеческого существования. Если вдуматься в современное определение здоровья, то можно сделать вывод, что абсолютное здоровье является абстракцией. Кроме того, современное понимание здоровья изначально исключает людей, имеющих какие-либо (врожденные или приобретенные) физические дефекты, даже в стадии компенсации. В каком направлении будет осуществляться формирование наших знаний о жизни и предназначении человека, его месте в окружающем мире в эпоху политических, экономических и социальных конфликтов сегодня трудно прогнозировать.

Вообще же прогнозирование любых явлений, в том числе и направления формирования новых знаний о человеке и его взаимодействии с окружающим миром, занятие неблагодарное. Хотя, если мы знаем все без исключения характеристики свойства физической системы, то теоретически можно надеяться на то, что с определенной долей вероятности, возможно, предсказать её поведение в будущем. Что же относительно систем, где взаимодействуют люди со всеми свойственными только им характеристиками, то по этому поводу Насим Николас Талеб, известный экономист и философ в своем оригинальном труде сказал следующее: «Как только в нашу систему привносится «человеческий фактор», все пророчества идут насмарку. А именно это совершенно другая задача: предсказать будущее для системы, элементами которой являются люди, если вы исходите из того, что они живые и имеют свободу выбора... Однако, веруя в свободу выбора, невозможно искренне верить в социальные и экономические прогнозы. Нельзя предсказать, как люди будут действовать».⁴ И действительно, весьма сложно предсказать, например, каким образом поведёт себя, как отдельный человек, так и крупные популяции, когда осознают всю тяжесть влияния на здоровье современников и их потомства опережающий рост числа мегаполисов, глобальное потепление климата, широкое распространение генно-модифицированных организмов, приближающийся дефицит пресной воды и т.п. (Талеб Н.Н., 2009).

Таким образом, поскольку общепринятая концепция здоровья человека не подвергалась пересмотру со времени основания ВОЗ, то определенный объем её критики присутствует почти во всех работах, посвящен-

⁴ Талеб Н.Н. Черный лебедь. Под знаком непредсказуемости./Пер. с англ. В. Сонькина, В. Бердичевского, М. Костиновой, О. Попова. Под ред. М.Тюнькиной. – М: Издательство Колибри., 2009., - 528 с.

ных понятию здоровья. Направления этой критики, как правило, укладываются в некую схему:

- ✓ *за идеальность цели, которую никогда не достичь;*
- ✓ *за то, что неопределенное понятие «здоровье» определяется через субъективное понятие «благополучие»; кроме того, социальное благополучие может оказывать существенное влияние на показатели здоровья, но не является его признаком;*
- ✓ *за статичность – здоровье надо рассматривать не в статике, а в динамике изменения внешней среды и в онтогенезе;*
- ✓ *за то, что полное благополучие ведет к уменьшению напряжения организма и его систем, к снижению сопротивляемости и, скорее, является предпосылкой нездоровья, чем сущностью здоровья.*

В современной России, в условиях радикальных экономических, социально-структурных перемен, негативно отразившихся на условиях жизни большинства людей и приведших к существенному перераспределению доступа различных социальных групп ко многим экономическим, социальным и психологическим ресурсам, исследование трендов, характеризующих неравенства в здоровье, приобретает особую актуальность (Решетников А.В., 2003; Bloom S.W., 1986). Снижение уровня благосостояния, перемены на рынке труда, рост социального неравенства и напряженности в обществе, как показано в ряде эмпирических исследований, проведенных в разных странах, сопровождаются ухудшением здоровья населения, а также изменениями в распределении его социальных паттернов (Hollingshead A. and Redlich F., 1958; Bloom S.W., 1990; Brint S., 1992).

Безусловным фактом является то, что в последние годы немаловажное влияние на развитие отечественной системы охраны здоровья граждан оказывают «талантливые экономисты». Они уже на протяжении многих лет дают советы, как наилучшим (с их точки зрения) образом реструктурировать систему здравоохранения. К сожалению, современные экономисты в силу особенностей своих профессиональных знаний концентрируются, в основном, на механизмах работы системы по производству медицинских услуг, пренебрегая тем, ради которого и существует здравоохранение, – здоровью граждан. Изучению соотношения ожидаемой пользы и возможного риска реализации медицинских технологий следовало бы уделить большее внимание при управлении медицинскими организациями (Швец Ю.Ю., 2014).

Для коренного улучшения ситуации в состоянии здоровья необходимо комплексное решение наиболее актуальных вопросов организации охраны здоровья населения с использованием новых технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Высокая заболеваемость и инвалидность среди всех без исключения возрастных групп свидетельствует о том, что проблема охраны здоровья граждан России угрожает безопасности государства. Благополучие россиян во многом определяется его

отношением к окружающей среде обитания и доступностью, качеством и безопасностью медицинской помощи. Зная генетическую характеристику и экологический портрет каждого индивидуума можно не только прогнозировать вероятность развития заболевания, но и обосновать профилактические рекомендации для предупреждения этих болезней и обеспечения долговременной активной жизни. Хотелось бы обратить внимание на то, что потенциал здоровья (естественная продолжительность жизни) значительно больше вероятной продолжительности времени жизни индивидуума (рис. 1.1).

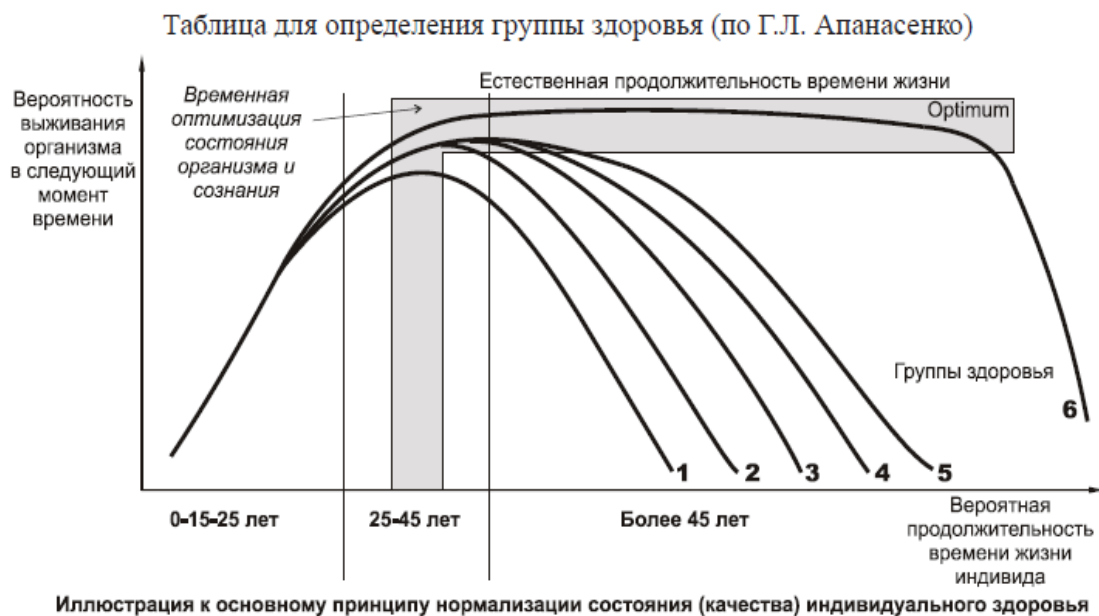


Рис. 1.1. Подходы к определению перспектив продолжительности времени жизни (Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология., 2000)

Однако, если потенциал индивидуального здоровья во многом определяется образом жизни каждого отдельного человека (Апанасенко Г.Л., Попова Л.А., 2000), то в условиях социальной нестабильности и экономического кризиса все более важное значение приобретает доступность, качество и безопасность медицинской помощи. В сочетании с тем, что объектом врачебной деятельности уже давно стал не только больной, но и здоровый человек, независимо от его возраста и социально-правового статуса, качественный и количественный кадровый дефицит в отрасли, усиливает риски формирования ятрогений (Балясный М. М., 1982; Магомедов А.З., 1991; Шапкина Н.Б., 2009; Дьяченко С.В. с соавт., 2015; Imbs J.L. et al., 1999; Cécile Mathys, Born Michel., 2009). В современном мире важным аспектом является самооценка здоровья индивидуумом (например, ощущение здоровья и благополучия).

Изменение акцентов в пользу включения самооценки аспектов состояния здоровья уходит корнями в определение здоровья ВОЗ (1948), ко-

торое привело к сдвигу парадигмы в трактовке здоровья. Определение ВОЗ включает не только физическое, но и психическое, и социальное благополучие и настаивает, что здоровье не должно просто приравниваться к отсутствию заболеваний и физических недостатков. Концептуально субъективное или «воспринимаемое» здоровье тесно связано с относительно новой областью исследований, а именно, с качеством жизни. Качество жизни лучше всего объясняется как конкретизация определения здоровья ВОЗ путем включения самооценки благополучия и уровня деятельности в физической, эмоциональной и социальной сферах жизни (Bullinger 1991,1992).

Между тем ВОЗ сформировала определенные позиции по ранжированию факторов влияющих на здоровье человека (табл. 1.2).

Таблица 1.2.

Факторы, влияющие на здоровье (в скобках - данные ВОЗ)

Сфера влияния факторов	Факторы, укрепляющие здоровье	Факторы, ухудшающие здоровье
Генетические – 15-20% (20%)	Здоровая наследственность. Отсутствие морфофункциональных предпосылок возникновения заболевания.	Наследственные заболевания и нарушения. Наследственная предрасположенность к заболеваниям.
Состояние окружающей среды - 20-25% (20%)	Хорошие бытовые и производственные условия, благоприятные климатические и природные условия, экологически благоприятная среда обитания.	Вредные условия быта и производства, неблагоприятные климатические условия, нарушение экологической обстановки.
Медицинское обеспечение - 10-15% (8%)	Медицинский скрининг, высокий уровень профилактических мероприятий, своевременная и полноценная медицинская помощь.	Отсутствие постоянного медицинского контроля за динамикой здоровья, низкий уровень первичной профилактики, некачественное медицинское обслуживание.
Условия и образ жизни - 50-55% (52%)	Рациональная организация жизнедеятельности: оседлый образ жизни, адекватная двигательная активность, рациональное питание, благоприятные условия труда и отдыха, регулярный контроль за своим здоровьем и др.	Отсутствие рационального режима жизнедеятельности, миграционные процессы, гипо- или гипердинамия, вредные привычки, стрессовые ситуации, низкий культурный и образовательный уровень, низкая медицинская активность и др.

Среди них были выделены биологические (наследственность, микро- и макробиологические факторы), природные (климат, ландшафт), физические (шум, вибрация, ультрафиолетовое облучение, радиационный фон,

электромагнитные поля и др.), химические, социально-экономические, психологические, уровень развития здравоохранения и медицинской науки и образ жизни человека. Ещё в 1994 году Межведомственная комиссия по охране здоровья населения Совета безопасности РФ определила это соотношение применительно к нашей стране.

На сессии «Наука — здоровью человека» совместного общего собрания РАН и РАМН в 2000 г. было отмечено болезнecентрическое или нозоцентрическое устройство российского здравоохранения: «Оно нацелено на лечение больных, а не на сохранение здоровья здоровых. У нас отсутствует идея здоровья как основы социального развития общества. Здоровье населения всегда рассматривалось как показатель благополучия нации, как системообразующий фактор, увязывающий культуру, экономику, экологию, просвещение, политику, био- и ноосферу, духовную жизнь человека. Существующий нозологический принцип организации охраны здоровья себя не оправдывает уже многие годы» (Амлаев К.Р. с соавт., 2008).

1.2. Здоровье, болезнь и охрана здоровья населения

Сам по себе переход от одного состояния человека к другому, например, от здоровья к болезни, не является внезапным или чем-то заранее предопределённым и неизбежным явлением. Между этими состояниями имеется ряд переходных стадий, которые не вызывают у человека выраженного снижения социально-трудовой активности и субъективной потребности в медицинской помощи. Поскольку в рамках исследования популяции людей существуют т.н. группы риска по развитию тех или иных отклонений в состоянии здоровья. Это дети, старики, беременные, мигранты, одинокие, лица без определенных занятий, без определенного места жительства, безработные, люди с девиантным поведением (проститутки, пьяницы, наркоманы, психопатические личности и др.), работающие во вредных производственных условиях и пр.

Академик РАМН Ю.Л. Лисицын несколько десятилетий назад предложил классификацию групп риска по формированию заболеваний:

1. Группы по демографическим признакам:

- ✓ дети
- ✓ старики
- ✓ одинокие
- ✓ вдовы, вдовцы
- ✓ мигранты, беженцы, перемещенные лица

2. Группы производственного, профессионального риска:

- ✓ работающие на вредных для здоровья производствах (тяжелое машиностроение, химическая, металлургическая промышленность, транспорт и др.)

3. *Группа риска по признакам функционального, патологического состояния:*

- ✓ беременные
- ✓ недоношенные дети, родившиеся с малой массой тела
- ✓ лица с генетическим риском, с врожденными аномалиями, дефектами
- ✓ инвалиды с детства

4. *Группы риска по признаку низкого материального уровня жизни, бедности, нищеты:*

- ✓ бедные, необеспеченные
- ✓ безработные, работающие неполный рабочий день
- ✓ лица без определенных занятий, без определенного места жительства

5. *Группа риска лиц с девиантным поведением:*

- ✓ злоупотребляющие алкоголем
- ✓ наркоманы
- ✓ токсикоманы
- ✓ проститутки
- ✓ с сексуальными отклонениями
- ✓ с деформациями психического здоровья и поведения (невропатии, психопатии и пр.)

Причем, по его мнению, это далеко не полная классификация больших факторов и групп риска (Лисицын Ю.П., 2007), однако более 50% из них связаны с образом жизни человека. В то же время следует понимать, что если не учитывать риски при формировании программ по охране здоровья населения, то уровень потерь здоровья многократно вырастет (табл. 1.2).

Таблица 1.2

Модель обусловленности общественного здоровья (Ю.П.Лисицын, 1992)

Факторы риска в %	Образ жизни	Внешняя среда	Генетический риск	Здравоохранение
В целом в популяции	50-55	20-25	15-20	8-10
В возникновении заболеваний: ИБС (ишемическая болезнь сердца)	60	12	18	10
Сосудистые поражения мозга	65	13	17	5
Рак	45	19	26	10
Диабет	35	20	35	10
Пневмония	19	43	18	20
Эмфизема легких, бронхиальная астма	35	40	15	10
Цирроз печени	70	9	18	3

Транспортные травмы	65	27	3	5
Самоубийства	55	15	25	5

Поэтому исходя из принципа, существующего со времен Гиппократов о том, что болезни легче и дешевле предупредить, чем их потом лечить, основные приоритеты, реализация которых даст наилучшие общественные результаты и позитивным образом отразится на всей системе охраны здоровья, должна стать стратегия массовой профилактики болезней и укрепление здоровья.

Современный врач-клиницист, при обращении к нему пациента в большинстве случаев устанавливает наличие или отсутствие болезни. Однако даже в относительно давние времена, например Гален, указывал на существование некоего переходного состояния между здоровьем и болезнью, которое в последующем классифицировали как предболезнь. Предболезнь в современном понимании – это латентный, скрытый период болезни или стадия функциональной готовности организма пациента к развитию патологии. Многолетняя клиническая практика показывает, что предболезнь сопровождается «весьма расплывчатым» набором симптомов. К ним следует отнести снижение аппетита, тошноту, головную боль, неприятные ощущения в области сердца, желудка, поясницы, ощущение общей слабости, головокружение, усталость, раздражительность и многие другие. Причем именно с этим «переходным периодом» врач общей (семейной) практики встречается постоянно. По этому поводу французский врач Рене Ларриш высказался весьма точно: «Болезнь – это драма в двух актах, из которых первый разыгрывается в угрюмой тиши тканей, при погашенных огнях. Когда появляется боль или другие неприятные ощущения, это почти всегда второй акт» (Вайнер Э.Н., 2011).

Причин возникновения состояния «между здоровьем и болезнью» достаточно много. С одной стороны, в последние десятилетия резко снизился объем двигательной активности людей всех возрастов, а доля физического труда в производстве с 90% снизилась до 10%. Физической культурой и спортом занимается небольшая часть людей, особенно регулярно и в течение всей жизни. С другой стороны, на органы чувств обрушились неведомые ранее по силе и разнообразию шумы, вибрации и разнообразные виды излучений, высокий уровень информационных технологий не только на производстве, но и дома.

В то же время, человек лишил себя многих ощущений непосредственного общения с природой. Объем «удобств», детренирующих организм человека вырос значительно, параллельно многократно увеличились потоки вербальной информации. Тем более, что в целом в результате постоянно растущего потока информации, сочетающего дефицит полезной и повышение вредной, формируется предрасположенность к возникновению состояния хронического стресса у лиц всех без исключения возрастных

групп людей. Состояние хронического стресса сопровождается понижением общей неспецифической устойчивости организма человека, что в свою очередь вызывает срыв компенсации за счет превышения уровня приспособительно-компенсаторных возможностей организма. Именно на этом этапе возникают условия для развития болезни.

Болезнь. В настоящее время существует около 100 определений понятия болезни: нарушение нормальной жизнедеятельности, адаптации к среде обитания (дезадаптация), функций организма или его частей, связей организма с внешней средой, гомеостаза (постоянства внутренней среды организма), невозможность полностью осуществлять человеческие функции и пр. Согласно определению ВОЗ: «Болезнь – это жизнь, нарушенная в своем течении повреждением структуры и функций организма под влиянием внешних и внутренних факторов». Болезнь характеризуется снижением приспособляемости к среде и ограничением свободы жизнедеятельности больного. В настоящее время всеми медицинскими учреждениями мира используется международная классификация болезней X пересмотра.

Следует отметить, что если здоровье и болезнь организмов животного мира имеют исключительно биологическую природу, то здоровье и болезнь человека, помимо биологического, включает в себя и социальный аспект. Социальный аспект здоровья и болезни человека проявляется в нарушении саморегуляции поведения, поэтому болезнь – это процесс в виде клинических (патологических) проявлений, отражающийся на социально-экономическом статусе человека. Таким образом, болеть не только вредно для здоровья, но и дорого с точки зрения экономики. Итак, в общем смысле болезнь – это нарушение жизнедеятельности организма под влиянием чрезвычайных факторов внешней или внутренней среды, которое характеризуется снижением трудоспособности и приспособления с одновременной мобилизацией защитных сил, что сопровождается экономическими потерями для отдельного человека, его семьи, предприятия (организации), где он работает и, наконец, для государства в целом.

Течение болезни принято разделять на несколько периодов:

- ✓ *Латентный (инкубационный)*
- ✓ *Продромальный*
- ✓ *Период выраженных клинических признаков*
- ✓ *Исход (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть).*

Такая периодизация сложилась при клиническом анализе острых инфекционных болезней (грипп, дизентерия, геморрагическая лихорадка и др.). Другие, в частности неинфекционные болезни (сердечнососудистые, эндокринные, злокачественные новообразования и др.) протекают по другому, что формирует иной подход к их периодизации (стадийности): начальная стадия, стадия собственно болезни, стадия завершения болезни (выздоровление: полное и неполное; рецидив, ремиссия). В этой связи сле-

дует уточнить несколько понятий, которые характеризуют исход/завершение болезни.

- I. *Выздоровление – это процесс который ведёт к устранению нарушений, вызванных болезнью, и восстановлению нормальных соотношений со средой, для человека – прежде всего к восстановлению трудоспособности. Полное выздоровление – это состояние, при котором исчезают все следы заболевания и организм полностью восстанавливает свои приспособительные возможности. При неполном выздоровлении сохраняются наличные последствия болезни. Они остаются надолго или навсегда. Выздоровление, как правило, обеспечивается срочными (аварийными) и долговременными защитно-компенсаторными реакциями организма.*
- II. *Ремиссия – это временное улучшение состояния больного, которое проявляется замедлением или приостановкой прогрессирования болезни, частичным обратным развитием или исчезновением клинических проявлений патологического процесса.*
- III. *Рецидив – это новое проявление болезни после мнимой или неполной её приостановки.*
- IV. *Осложнение – это вторичный по отношению к данной болезни патологический процесс.*
- V. *Хронизация процесса – это переход заболевания в хроническую форму, что означает трансформацию патологического синдрома в процесс с медленными, длительными периодами ремиссии (месяцы и даже годы). Например, в старческом возрасте многочисленные болезни приобретают хронический характер (хроническая пневмония, хронический гепатит и др.).*

Если принять определение Всемирной Организации Здравоохранения, гласящее, что здоровье — это «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни», то немногие из нас могут, считаться полностью здоровыми хоть какое-то время. К. Даннел и А. Картрайт⁵ и М. Е. Дж. Уодсворт, В. Дж. Г. Баттерфилд и Р. Блени⁶, еще в начале 70-х годов XX века в Великобритании, изучив ответы на вопросы, которые дала общественность, считают, что население страны может быть следующим образом распределено на группы (согласно их собственной оценке в процентах):

- ✓ Полностью здоровые люди (по определению ВОЗ) – 10 %
- ✓ Люди с отличным здоровьем – 25 %
- ✓ Люди с хорошим здоровьем – 30 %
- ✓ Люди с посредственным здоровьем – 25 %
- ✓ Люди со слабым здоровьем – 10 %

⁵ Medicine Takers, Prescribers and Hoarders, Routledge and Kegan Paul, London, 1972.

⁶ Health and Sickness: The Choice of Treatment, Tavistock Publ., London, 1971.

Вывод о том, здоров он или болен, пациент в первую очередь делает сам и на основании этого вывода он либо прибегает к самостоятельному лечению и уходу за собой, либо требует квалифицированной медицинской помощи. Рассмотрение типов встречающихся болезненных состояний позволяет установить определенные уровни здоровья, неполноценного здоровья и болезни. Основу населения составляют здоровые люди, ибо, хотя только 10% из них относятся к полностью здоровым, 25% считают, что они обладают отличным здоровьем.

В большинстве случаев (более 80 % обращений за медицинской помощью) первичную квалифицированную медицинскую помощь окажет участковый врач или врач общей (семейной) практики. В процессе болезни могут возникнуть проблемы, требующие комплексной помощи от узких специалистов – нейрохирургов, невропатологов, хирургов-кардиологов, пульмонологов, специалистов по пластической хирургии, детских хирургов и др.⁷ Следует тщательно отбирать больных для госпитализации, ибо случай, кажущийся редким на уровне участкового (семейного) врача, на уровне специалиста может оказаться обычным распространенным заболеванием.

В организации медицинской помощи имеется пересечение множества линий: между больным и домашним (семейным) врачом; между домашним врачом и специалистом общего профиля (терапевтом, педиатром и хирургом), между узкими специалистами (отоларингологом, офтальмологом, нейрохирургом, онкологом, кардиохирургом и т.п.) и теми, кто направляет к ним больных.⁸

Путь, который проходит пациент снизу вверх от уровня участкового врача (врача общей практики) до узких специалистов, зависит от выраженности и сложности заболевания. Конечно, встречаются и переходы от одного врача к другому врачу на том же уровне, если врач сочтет нужным прибегнуть к помощи более опытного и квалифицированного коллеги.

Однако до сих пор мы мало знаем о факторах, обуславливающих описанный выше переход больного с одного уровня медицинской помощи на другой. Почему больной решает обратиться к врачу или вообще в систему здравоохранения? Почему и на каком этапе участковый (семейный) врач решает, что его больному необходима специализированная помощь? Причины, влияющие на то или иное решение, зависят от взглядов, обычаев, привычек, надежд, связанных с особенностями больного, его семьи, а также от местного и национального культурного уровня. Если оставить в стороне социологические аспекты проблемы, то представляется, что при-

⁷ Royal College of General Practitioners. The future general practitioner – learning and teaching. Brit. Med. J. 1972.

⁸ UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. European Union of General Practitioners, 1994 (UEMO 94/087).

чины, по которым больной обращается за медицинской помощью, зависят от того, как он понимает следующие вопросы.⁹

Что такое норма? Представление людей о понятии «норма» нередко бывает неясным и ошибочным. Некоторые заболевания встречаются столь часто, что воспринимаются почти как нормальное состояние. Определенные индивидуальные ощущения, неудобства, расстройства также могут считаться нормой. Действия заболевшего зависят от того, насколько больным он себя считает. А это в свою очередь зависит от воспитания и социального положения человека, качества и характера медицинского просвещения и информации.

Что такое индивидуальная переносимость? Люди по-разному переносят те или иные неприятные ощущения. Во многом это обусловлено индивидуальными или семейными особенностями человека, его умением «мобилизовать» свой организм в надежде на улучшение.

Можно ли вылечиться? То, как человек понимает этот вопрос, зависит от его культуры, жизненного опыта и влияет на его решение, следует ли прибегать к медицинской помощи.

Можно ли предотвратить заболевание? Решение этого вопроса зависит от возможностей человека самостоятельно поддерживать свое здоровье. Однако он часто делает это, не отдавая себе отчета, между тем как в вопросе о том, обратиться ли к врачу, проявляя осторожность.

Распространенные болезни.

Конечно, тяжелые заболевания со смертельными исходами относятся к числу наиболее серьезных, но помимо них есть множество острых и хронических болезней, которые хотя и не заканчиваются смертью, но доставляют больным большие неудобства, расстройства, длительные страдания. Широкое распространение таких не смертельных заболеваний с самыми различными неприятными последствиями, которые они за собой влекут,— серьезная проблема для здравоохранения и профилактики.¹⁰

«Смертельные» заболевания. При рассмотрении основных причин смерти следует проводить различия между населением развитых и развивающихся стран. Сейчас средняя продолжительность жизни в России около 70 лет. В большинстве высокоразвитых стран основная масса «смертельных» заболеваний связана с процессами старения. Главнейшей причиной заболеваний, в конечном итоге ведущих к смерти, является патология сердца и сосудов, которая выражается в виде ишемической болезни сердца, атеросклероза, гипертонии, поражения клапанов сердца и пр. Не менее важное место в этом списке занимают различные формы злокачественных новообразований разных органов; их локализация в мире варьирует. К

⁹ LHV [Dutch National Association of General Practitioners]. Basic Job Description for the General Practitioner. Utrecht: LHV, 1993.

¹⁰ Velden, J. van der et al. Dutch National Survey of General Practice. Morbidity in General Practice. Utrecht: NIVEL, 1992.

группе «смертельных» заболеваний относятся также болезни, сопровождающиеся блокированием артерий мозга и их разрывом, что приводит к инсульту. Смерть происходит и в результате несчастных случаев, травм, от инфекционных заболеваний, в особенности болезней, поражающих дыхательные пути и ведущих к развитию воспаления легких и острых бронхитов.

В развивающихся странах причины смерти многообразны. И на жизнь, и на особенности смерти там влияют социальные условия: недоедание, многодетность, перенаселенность, невежество, предрассудки. Действие этих факторов, усугубляемое различными ограничениями и национальными проблемами, приводит к тому, что продолжительность жизни во многих развивающихся странах не превышает 50 лет. Особенно высок уровень смертности среди новорожденных и маленьких детей. От одной трети до половины детей умирает, не достигнув пяти лет.¹¹

В условиях промышленной революции и формирования индустриального общества, глобализации экономики, изменения климата, информатизации, социальных катаклизмов, сложной радиационной ситуации на планете, широкого применения ксенобиотиков в качестве лекарственных средств, нарастания дисбаланса отношений человека с природой появилась целая группа «новых» болезней и патологических синдромов. К наиболее распространенным из этой группы следует отнести «болезни цивилизации» и «ятрогении».

Болезни цивилизации. Эти заболевания, характерные для современного этапа общественного развития, стали называть «болезнями цивилизации». Как правило, они не имеют строго определенной этиологии, т.е. конкретной причины заболевания, в отличие, например, от инфекционных или паразитарных болезней, где выявлена этиологическая природа. Причинами «болезней цивилизации» являются сумма факторов – социальных, психологических, генетических, объединяемых понятием неадекватного, нездорового образа жизни. Опережающий рост этой весьма значительной группы болезней не может не беспокоить международное сообщество и продолжать равнодушно взирать на то, что происходит со здоровьем населения мира.

Потеря человечеством инстинкта самосохранения является отражением весьма сложных взаимоотношений человека и окружающего мира. Разные проявления современного кризиса индустриального и постиндустриального общества выглядят как симптомы медленного «наркотического» вползания человечества в необратимые самоубийственные процессы. Причем ресурсоемкость основанного на научной технологии стиля жизни превышает естественные ограничения среды обитания. Практиковать этот стиль жизни можно лишь за счет других живущих на Земле людей и за

¹¹ Fendall N. R. E., in International Medical Care, ed. by Fry J., Farndale W. A. J., Medical and Technical Publishing Co., Lancaster, 1972.

счет потомков. В настоящее время так живут почти 13 % населения Земли. Они поглощают около 70 % не возобновляемых ресурсов и выбрасывают такую же долю загрязняющих веществ (Агаджанян Н.А., Чижов А.Я., Ким Т.А., 2003).

Ятрогении. Сегодня в гражданском сообществе России наступило осознание проблемы разрыва между потребностями населения в получении доступной, качественной и безопасной медицинской помощи и системой здравоохранения, которая не может удовлетворить этих ожиданий. Причем, как и в предыдущие годы, так и сегодня, отечественные организаторы здравоохранения, как ученые, так и практики, замалчивают проблему ятрогений и не рассматривают производство медицинских услуг, как один из серьезных факторов риска нанесения вреда здоровью граждан (Дьяченко С.В. с соавт., 2015).

На современном этапе развития здравоохранения, когда агрессивность диагностики и лечения часто не соответствует уровню тяжести течения самого заболевания, резко увеличивается риск развития патологических синдромов спровоцированных самими медицинскими услугами. Это ятрогении и проблема их формирования и распространения по мере усложнения медицинских технологий вышла на новый виток развития. Согласно Международной классификации болезней (МКБ), любой патологический процесс, возникший в результате медицинского мероприятия, является ятрогенией (Автандилов Г.Г., 2006).

Противоречия политики охраны здоровья населения РФ. Нечеткость и непрозрачность государственной политики охраны и укрепления здоровья граждан России, представленной в предыдущих вариантах и последнем варианте концепции реформ отечественного здравоохранения до 2030 года, стимулирует неупорядоченное производство медицинских услуг. Такая нечёткость и двойственность реформ совершенно необоснованны ни с позиции экономики, ни с позиции здравого смысла, когда вместо воздействия на причины возникновения заболеваний отечественная система здравоохранения перешла от превентивных мер массовых оздоровительных мероприятий к лечению в основном запущенных и хронических болезней. Решая текущие задачи без учета перспектив, руководство отрасли фактически латает постоянно образующиеся дыры в системе, не поспевая за скоростью их образования (Комаров Ю.Н. с соавт., 2013).

В настоящее время кризис отечественной медицины специалисты по реформированию отрасли, которые представляют Высшую школу экономики (ВШЭ) чаще всего рассматривают с точки зрения дефектов законодательства и проблем экономики. В частности, директор Института экономики здравоохранения ВШЭ Л.Д. Попович с коллегами считает, что сегодня следует понимать, какая модель здравоохранения формируется в России, регламент которой должен быть заложен законодательно. А пока, по её мнению, наше государство тратит на медицинскую помощь гражда-

нам значительно меньше, чем могло бы себе позволить, добирая оставшуюся сумму «из карманов граждан», что суммарно составляет около 1036 долларов США на душу населения в год. Но при этом, эффективность медицинской помощи и показатели здоровья соотечественников находятся на низком уровне (Попович Л.Д., 2014). К тому же все цели и задачи, в том числе и система стандартизации реформирования отрасли ориентированы на некую усредненную популяцию населения. В то время как структура смертности и заболеваемости россиян сильно отличается в разных регионах и возрастных группах: молодые болеют и умирают от совершенно других причин, чем пожилые.

По мнению другой группы специалистов, которая представлена в значительной мере т.н. «организаторами здравоохранения», здравоохранение – это отрасль, обеспечивающая национальную безопасность страны, поскольку без здоровых граждан невозможно добиться роста производства и обеспечить обороноспособность (Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э., 2015). По их мнению, система здравоохранения РФ находится в периоде нарастания ключевых проблем, что не обеспечивает необходимый уровень доступности и качества медицинской помощи населению. На фоне сформировавшегося к 2013 г. дефицита числа медицинских кадров, стационарных коек, государственного финансирования, структурные преобразования сети здравоохранения, предпринятые в 2014-2015 гг., привели к еще большему сокращению структурных мощностей здравоохранения. Число медицинских кадров сократилось на 23 тыс., число стационарных коек – на 47 тыс.

Ситуация в отрасли усугубилась снижением государственных расходов на здравоохранение: в 2014 г. – на 7%, а 2015 г. – на 17%, в 2016 г. – на 20% в сопоставимых ценах по сравнению с 2013 годом. Как следствие, сократились объемы бесплатной медицинской помощи для населения: число посещений в связи с заболеваниями – на 137 млн (на 14%), число госпитализаций пациентов в стационары – на 677 тыс. (на 2%), число вызовов скорой медицинской помощи – на 1,7 млн (на 4%). При этом число больных людей в стране не уменьшилось, а стационарозамещающие виды помощи, призванные заменить сокращение объемов скорой и стационарной медицинской помощи, недостаточны (из-за дефицита кадров и средств в медицинских организациях ПМСП).

В складывающейся кризисной ситуации особенно важно обеспечить эффективную работу здравоохранения в условиях снижения реальных доходов населения и ухудшения общей экономической ситуации в России, а, кроме того, изменить отношение социума к медицинским работникам, поскольку в этих условиях проблемы социального взаимодействия врача и пациента только нарастают. Это продиктовано тем, что проводимые реформы уже привели к серьезным трансформациям правовых и финансово-организационных механизмов. В современных условиях работа медицин-

ских работников характеризуется существенными различиями: от частной врачебной практики до службы в государственном медицинском учреждении. Декларировано, что медицинская помощь не только общедоступна, но и учитывает индивидуальные пожелания пациентов: они могут выбирать между государственной и частной клиникой, платными или бесплатными медицинскими услугами. Вместе с тем на политическом уровне признается, что поставленные задачи решены лишь частично, что вызывает конфликт интересов производителей и потребителей медицинских услуг (Ефименко С.А., 2006; Дмитриева О.Н., 2007).

Современный этап развития отечественного здравоохранения характеризуется трансформацией парадигмальных моделей постановки и решения задач в социальной сфере на уровнях государства и общества, практиками социального реформирования института охраны здоровья, возникновением качественно новых факторов заболеваемости в условиях структурно-функциональных изменений современного общества. Все это актуализирует комплексную социологическую рефлексию указанных проблем и разработку практических рекомендаций, научно обоснованных решений, скоординированных представлений о том, какой комплекс задач необходимо решать и в какой стратегической перспективе (Ефименко С.А., 2005; Дмитриева О.Н., 2007).

Принимая позиции как экономистов, так и организаторов здравоохранения следует сказать о том, что истоки кризиса отечественной медицине гораздо серьезнее и глубже, чем кажется на первый взгляд. Причем, следует согласиться с теми специалистами, которые считают, что причина кризиса заключается и в том, что в какой-то момент врачи, впрочем, как и другие медицинские работники, утратили «неуловимую, не выразимую словами связь со своими пациентами». Именно эта связь культивировалась веками и основывалась на этических принципах врачебной профессии (Жура В. В., 2008; Charon R., 2001,2006).

1.3.Биомедицинская этика, как система знаний о взаимоотношениях врача и пациента

В ходе исторического развития медицина всегда была связана с общечеловеческими ценностями. Этическая проблематика в отношениях между врачом и пациентом во все времена была неотделима от любого вида врачебной деятельности. Между тем, каждая эпоха накладывала отпечаток на образ врача, в известной мере формировала его общечеловеческие и профессиональные качества. По справедливому мнению академика А.В. Решетникова, «кризис профессиональных ценностей, социальная деградация профессионализма для медицины начала XXI века выражаются в разрыве между декларируемыми и реальными профессиональными ценностями, деперсонализации профессиональных отношений» (Решетников А.В., 2010).

Современное состояние отечественной медицины поддерживается выдающимися достижениями мировой науки, высоким уровнем внедрения сложных технологий во все сферы деятельности человека, повсеместным использованием инноваций, как в промышленности, так и в социальной сфере. Все это, так или иначе, накладывает отпечаток на формирование современного специалиста. В конечном итоге у каждого практикующего врача с учетом общей культуры, особенностей характера, уровня образования, влияния учителей и наставников вырабатывается свой, зачастую оригинальный подход к пациентам, что позволяет решать сложные клинические задачи. Однако не всё так однозначно, в одном случае формируется талантливый врач, в другом – добросовестный труженик, в третьем – ремесленник, усвоивший только азы медицинской науки и практики. Причем при всех изменениях социально-экономических формаций, нам хотелось бы быть уверенными в этом, неизблемыми остаются базовые качества врача: умение общаться с больными и его близкими, в сочетании с состраданием, бескорыстием, профессионализмом, высокой профессиональной и общей культурой (Сокол А.Ф., 2014).

В то же время, несмотря на то, что базовые качества врача преобладают в мотивациях взаимодействия с пациентами, именно взаимоотношения производителя и потребителя медицинских услуг в реальной ситуации требуют высокой степени консенсуса. Самым сложным вопросом, который накладывает отпечаток на деятельность практикующих врачей, является их способность эффективно общаться с пациентами (Тягунов, Д.В., 2010; Фрост Ричард, 2010). Удовлетворенность больного медицинской помощью в значительной степени зависит от того, принесло ли общение с врачом положительные эффекты. При анализе многолетней экспертной практики нами выявлено, что наиболее часто причинами жалоб и заявлений, поступающих от пациентов, – это неспособность практикующих врачей внимательно выслушать, давать ясные и понятные ответы, и, в первую очередь, точно выявить те проблемы, с которыми пациент пришел к врачу (Дьяченко В.Г., 1996, 2007; Дьяченко В.Г., Солохина Л.В., Дьяченко С.В., 2013; Дьяченко В.Г., Дьяченко С.В., Авдеев А.И., 2015).

В тисках системного кризиса. Взаимоотношения между врачом и пациентом – одна из важных проблем медицины. Их неурегулированность, формирование конфликтных ситуаций отрицательно сказываются на уровне качества медицинской помощи и уровне здоровья пациентов (Тихомиров А.В., 2007; Сучков А.В., 2008; Фанда В.В., 2013). Причем отрицательное влияние на здоровье оказывают не только крайние проявления нарушения взаимоотношений, которые трансформируются в последующем в жалобы, заявления и иски в суды, но и аналогичное влияние на здоровье оказывают стертые проявления конфликтных ситуаций. Поскольку при оказании медицинской помощи в коммуникации участвуют две стороны, зачастую имеющие обоюдные претензии, то риск формирования конфлик-

та усиливается самой сложностью общения (Эльштейн, Н.В., 1990,2005; Фриц Е., 2008; Черкалина, Е.Н., 2008,2009; Barker K.N. et al.,2002).

В этой связи следует отметить, что даже традиционное общение предусматривает коммуникативную, интерактивную и перцептивную стороны, которые в реальной действительности, конечно же, не реализуются изолированно. Причем коммуникативная функция общения состоит в обмене информацией между врачом (производителем) и пациентом (потребителем) медицинских услуг, интерактивная заключается в организации взаимодействия между ними, а перцептивная в виде процесса восприятия субъектами взаимодействия друг друга для установлении определенного уровня взаимопонимания (Конечный Р., Боухал М., 1974; Казинс Норман., 1991; Ташлыков В.А., 1999).

В условиях, когда социальное напряжение в общественной жизни усилилось по мере того, как программы обеспечения социально-незащищенных слоёв населения доступной, качественной и безопасной медицинской помощью перестают работать, а диспансеризация и профилактическая работа на уровне первичной медико-санитарной помощи практически свёрнута из-за более чем 50% дефицита физических лиц участковых врачей, взаимопонимание между врачами и пациентами достигается все реже и реже. Кроме того по мере внедрения в нашу жизнь принципов рыночной экономики, изменились условия жизни и работы врачей. Их материальное положение оставляет желать много лучшего, частная практика пока не получила широкого развития, да и рассчитана она, скорее всего только на обеспеченные слои населения. Осложняет ситуацию и то, что система управления отраслью базируется на жестких административных принципах, что подавляет инициативу отдельных производителей медицинских услуг. В таких условиях лечащий врач работает с «оглядкой на начальника», будучи нередко от него незащищенным. Это связано с тем, что система стандартизации (порядки и протоколы, утвержденные Приказами министра здравоохранения РФ) несовершенна и, зачастую, не соответствует достижениям мировой медицинской науки и практики. Кроме того ресурсная база стандартизации остается весьма слабой.

Частные проблемы, отрицательно влияющие на взаимопонимание врача и пациента, дополняются общими проблемами в виде противоречивой социальной ситуации в результате реформирования Российского государства в целом и отечественной системы здравоохранения в частности. Проводимые реформы уже привели к серьезным изменениям в сфере охраны здоровья граждан. Трансформируются правовые и финансово-организационные механизмы охраны здоровья населения исходя из потребностей в первую очередь политических и экономических элит, а социальная составляющая института охраны здоровья начинает меняться применительно к условиям функционирования современного общества. В рыночных условиях работа специалистов здравоохранения характеризуется суще-

ственными различиями: от частной врачебной практики до службы в государственной медицинской организации. Декларировано, что медицинская помощь не только общедоступна, но и учитывает индивидуальные пожелания пациентов: они могут выбирать между государственной и частной клиникой, платными или бесплатными медицинскими услугами. Вместе с тем даже на политическом уровне признается, что поставленные задачи решены лишь частично (Попович Л.Д., 2009; Улумбекова Г.Э., 2010,2011; Костакова Т.А., 2011; Потапчик, Е.Г., 2011; Щеглов К., 2013).

Свою позицию по реализации поставленных перед отечественной медициной задач на заседании Президиума Госсовета 30 июня 2013 года выразил Президент РФ В.В. Путин: «...Мы уже привыкли к термину «медицинские услуги», однако медицина – это не сфера обслуживания, её недаром называют искусством врачевания, а профессии врача, медсестры предполагают служение людям. И в нашей стране огромное число медработников с честью выполняют эту почётную миссию. Здесь всегда будут ценны и значимы милосердие, внимание, доброе отношение к пациентам, благородство. Воспитание этих качеств у студентов медицинских вузов должно быть таким же приоритетным, как и получение современных знаний. Необходимо вести тщательный отбор среди абитуриентов, поступающих в высшие и средние учебные образовательные учреждения медицинского профиля. Здесь должны учиться те, кто считает медицину своим призванием...» (Путин В.В., 2013).

После таких слов Президента РФ и аргументов-то «против» не находится. Однако, в реальной ситуации всё это «благие намерения», а системный кризис в отечественном здравоохранении формируется уже не первый десяток лет, виток за витком, что, на наш взгляд уже давно требует не «правильных» выступлений и докладов на разных уровнях, разработки очередных виртуальных планов инноваций, а их реального воплощения в жизнь, основанного на политической воле и здравом смысле. Казалось бы, уже давно пора переходить от инновационных планов социального проектирования отрасли здравоохранения к их реализации. Между тем уже третье десятилетие широкий круг проблем отечественной медицины не находит своего разрешения, что, на наш взгляд, является следствием глубокого системного кризиса управления.

А между тем обсуждаемые вопросы весьма актуальны, но принимаемые решения, а самое главное их исполнение весьма далеки от реальной действительности и чаще всего выглядят, как бесконечный перечень «протоколов о намерениях». На этом фоне в широких слоях граждан России, отчисляющих значительную часть заработанных ими средств во внебюджетные фонды (Пенсионный фонд, Фонды обязательного социального и медицинского страхования), и являющихся постоянными потребителями медицинских услуг, формируется вопрос к властным структурам государства: «Когда, наконец, будет в полном объеме выполняться 41 статья Кон-

ституции Российской Федерации, а если она не выполняется, то, что необходимо сделать для её неукоснительного исполнения?»).

Подробное рассмотрение содержания этой статьи: *«Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. 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 укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом»*¹² в сравнении конституционной нормой ст. 42 Конституции СССР 1977 года: *«Граждане СССР имеют право на охрану здоровья. Это право обеспечивается бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения; расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан; развитием и совершенствованием техники безопасности и производственной санитарии; проведением широких профилактических мероприятий; мерами по оздоровлению окружающей среды; особой заботой о здоровье подрастающего поколения, включая запрещение детского труда, не связанного с обучением и трудовым воспитанием; развертыванием научных исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости, на обеспечение долголетней активной жизни граждан»*¹³ указывает на определенную разницу в трактовке гарантий предоставления гражданам РФ и СССР доступной, качественной и безопасной медицинской помощи.

Организация производства медицинских услуг в разных странах и даже отдельных регионах этих стран, имеет значительные отличия. Эти отличия могут колебаться от подходов в виде полностью негосударственной системы до системы, которая организована исключительно государством. Сегодня очень трудно детально описать все существующие системы, но можно отметить, что в отдельных странах медицинские услуги оказываются только в экстренных случаях, в других – создана система обязательного медицинского страхования, а некоторые страны организовали всеобъемлющую систему охраны здоровья населения, куда вошло и производство медицинских услуг. Между тем подавляющую часть систем здравоохранения мира объединяет стандартная технология организации массо-

¹² Ст. 41 Конституции Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года)

¹³ Конституция (Основной закон) Союза Советских Социалистических республик (принята на внеочередной седьмой сессии Верховного Совета СССР девятого созыва 7 октября 1977 года).

вого производства медицинских услуг на первичном уровне, основанная на семейном подходе.

В здравоохранении России доступность, качество и безопасность медицинской помощи в ближайшие годы планируется обеспечивать за счет повышения структурной эффективности системы производства медицинских услуг в целом и отдельной медицинской организации, в частности. Повышения эффективности планируется добиваться за счет следующих направлений:

- ✓ *переориентации части объемов медицинской помощи со стационарного на амбулаторный этап;*
- ✓ *широкого развития ресурсосберегающих, стационарозамещающих технологий,*
- ✓ *модернизации системы первичной медико-санитарной помощи и др.*

Анализ ситуации в системе производства медицинских услуг в медицинских организациях России и результаты социологических опросов населения показывают, что отечественная медицина накопила значительное число проблем, которые концентрируются на нескольких направлениях. Проблемы, отражающие организацию процесса медицинской помощи:

- ✓ *значительное ослабление идеологии профилактической направленности в деятельности медицинских работников всех уровней;*
- ✓ *учащение расхождений диагнозов между этапами первичной медико-санитарной помощи и специализированными клиническими отделениями;*
- ✓ *смещение периода дифференциальной диагностики в день поступления в приемное отделение стационара;*
- ✓ *чрезмерное разделение стационарной медицинской помощи на терапевтическую и хирургическую;*
- ✓ *придание приоритета хирургическим операциям на фоне безразличия к альтернативным (антибактериальная и лучевая терапия, полихимиотерапия и пр.) видам лечения.*

С концептуальных позиций отечественная медицина в последние годы все больше и больше скатывается к принципам аллопатической медицины, когда врач занят поиском и лечением заболеваний в ущерб анализу системы взаимодействий между организмом пациента и окружающей средой, в ущерб поиску механизмов формирования равновесия между человеком и природой.

В рамках реализации программ модернизации отрасли планируется сделать многое:

- ✓ *увеличить число посещений, в том числе профилактических, что будет способствовать раннему выявлению заболеваний,*
- ✓ *снизить число обострений и осложнений при хронической патологии;*

- ✓ *уменьшить объемы стационарной помощи;*
- ✓ *повысить эффективность использования коечного фонда за счет улучшения работы койки, увеличения оборота, снижения средней длительности пребывания в стационаре и сокращения числа необоснованных случаев госпитализации, реорганизовать систему восстановительного лечения и долечивания (реабилитация) и пр.*

Однако идеология работы большинства лечащих врачей в ближайшие годы меняться не планируется в принципе, поскольку сосредоточение внимания на лечении заболеваний, к сожалению, не сопровождается концентрацией производства медицинских услуг на соблюдении технологических стандартов и безопасном применении лекарственных препаратов, особенно при распространенных заболеваниях. Это в свою очередь формирует реализацию риска развития патологических синдромов, связанных с применением самих лекарств, т.е. – лекарственной болезни.

Распространенные болезни. Специализированные научные издания, практические руководства, справочники, учебники и популярные издания, как правило, посвящаются лечению тяжелых заболеваний, требующих весьма серьезных вмешательств. Между тем в реальной жизни врач первичной медико-санитарной помощи сталкивается с множеством болезней и патологических синдромов, которые при правильном отношении, уходе и разумной помощи организму пациента со стороны лечащего врача, в большинстве случаев заканчиваются полным выздоровлением. Именно эта группа заболеваний остаётся, как правило, вне поля зрения «узких» специалистов, особенно тех из них, которые работают в госпитальном секторе производства медицинских услуг.

В программах подготовки врачей практически на всех факультетах отечественных медицинских вузов число часов, отведенных изучению способов предупреждения, раннего распознавания и эффективного лечения распространенных болезней с которыми ежедневно по многу раз сталкивается участковый врач или врач общей (семейной) практики уделено неоправданно мало внимания. Вот почему многие выпускники медицинских вузов во время приема на работу в амбулаторно-поликлинические учреждения при разговоре со старшими коллегами неожиданно для себя узнают, что в большинстве случаев им придется иметь дело с достаточно ограниченным кругом т.н. распространенных болезней.¹⁴

Если провести анализ заболеваемости по обращаемости любой территориальной поликлиники обслуживающей все возрастные группы насе-

¹⁴ С термином «распространенные болезни» мы впервые столкнулись в публикациях Джона Фрая, который более четверти века работал врачом общей практики, заслужил признание пациентов и коллег, был удостоен высоких наград, как у себя в Великобритании, так и за рубежом, в течение ряда лет был экспертом ВОЗ. Его перу принадлежат несколько книг, одна из которых изданная еще в 1974 году (John Fry. Common diseases: their nature, incidence and care. MTR Medical and Technical Publishing Co., Ltd. Lancaster, 1974. 294 p.) так и называется «Распространенные болезни. Их природа, частота и лечение» (прим. автор).

ления, причем, совсем не важно, где она расположена – в центре областной столицы или в маленьком, затерянном среди тайги рабочем поселке, то первое место займут пациенты, которые обращаются по поводу вполне стандартных наборов симптомов: лихорадка, кашель, насморк, общее недомогание, головная боль и пр. Это, как правило, болезни органов дыхания – МКБ-10 Класс X (J00 – J99). Причем чаще всего врачу приходится иметь дело с так называемыми острыми респираторными инфекциями (ОРИ) или острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ). Последующие места занимают пациенты, которые обращаются по поводу различных сердечно-сосудистых расстройств, повышения артериального давления и сопутствующих ему болям в области сердца, головной боли и пр. – МКБ-10 Класс IX (100-199) «Болезни системы кровообращения», а так же болезни костно-мышечной системы, мочеполовой системы, органов пищеварения и т.п.

Остается только сожалеть о том, что все меры способствующие охране и укреплению здоровья граждан Российской Федерации в виде поддержания в нормальном состоянии элементов окружающей природной и социальной среды, повышении качества первичной медико-санитарной помощи, решение проблем кадровой ситуации в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях и многое другое, постоянно отодвигаются на «второй план». И действительно реорганизация ПМСП исходя из принципов внедрения технологии врача общей (семейной) практики, уступает место другим, более важным, с точки зрения представителей управляющих структур отрасли, мероприятиям.

И вот уже чиновники федерального и регионального уровня заняты закупками сверхдорогостоящего медицинского оборудования для массового внедрения высоких технологий. Хотя в кризисной ситуации все усилия и оставшийся интеллектуальный ресурс отрасли следовало бы направить на системные меры по восстановлению участковой службы на инновационном уровне в виде технологии врача общей (семейной) практики. Причем, не надо ничего «изобретать», поскольку идеология организации массовой медицинской помощи населению успешно внедрена во всех экономически развитых и развивающихся странах мира, кроме России.

Стратегия реформ отечественной медицины. Вместо системных мер по стабилизации первичной медико-санитарной помощи, а затем по мере её восстановления, – реализация проектов по обеспечению высоких технологий, «рулевыми отрасли» была начата беспрецедентная по своим масштабам «акция» по закупке компьютерных томографов, современных ультразвуковых сканнеров, операционных роботов, лабораторных роботизированных систем и многого другого. И действительно, эта «акция» в 2011-2012 гг. пополнило основные производственные фонды большинства медицинских организаций России. А результаты? Было истрачено более полтриллиона рублей народных средств, несколько десятков нечистых на

руку руководителей отрасли оказались в «местах не столь отдалённых», а уже в 2015 году с помощью активистов Общероссийского народного фронта было выявлено несколько тысяч единиц неустановленного медицинского оборудования для реализации высоких технологий. И пока никто не ответил налогоплательщикам на вопрос, каков уровень эффективности проведенной «акции», каковы экономические потери от реализации избранной стратегии реформирования отрасли? Но самое главное, уровень здоровья населения. А он, как ни странно, после реализации мер по перевооружению большинства медицинских организаций России продолжает снижаться, то же самое можно сказать об уровне доступности, качества и безопасности медицинской помощи широким слоям россиян (Улумбекова Г. Э., 2012.).

Справедливости ради, следует указать на то, что образ жизни и условия жизнеобеспечения российского общества, уровень его образования и культуры, использование научных знаний для предупреждения и лечения болезней, для максимального продления активной творческой жизни человека все чаще становятся предметом для обсуждения в различных государственных структурах и виртуальном пространстве отечественных СМИ. Выступая 7 сентября 2015 года на форуме Общероссийского народного фронта (ОНФ) «За качественную и доступную медицину!», Президент Российской Федерации В.В. Путин сказал буквально следующее: «Не может быть ничего такого уничтожено в системе здравоохранения, что является обязательным для оказания бесплатной медицинской помощи, которая предусмотрена Конституцией Российской Федерации».

Хорошие, правильные слова. Но вот направление реформ отечественного здравоохранения за последние десятилетия жесткого курса государства на либерализацию экономики и внедрения рыночных механизмов почему-то не сформировали устойчивого курса на улучшение медицинской помощи гражданам, а все усилия были направлены на ликвидацию инерционного «нерыночного» характера постсоветской системы. Причем «ликвидаторы» очень настойчивы в своих усилиях, хотя бы с точки зрения формирования механизмов реформ прописанных в Федеральном законе от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

«Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств.», — гласит п. 2 ст. 5 этого Закона. Гарантии обеспечения? Вот они — пп. 4-5 ст.10: *«Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются... применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи; предоставлением медицинской организацией гарантированного*

объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Иными словами, у государства есть определённые «стандарты» и «программы», которые могут изменяться... на уровне правительства (в реальности – приказами Министерства здравоохранения РФ). И все-таки остается неясным вопрос о приоритетах при оказании бесплатной медицинской помощи (Коньков Н., 2015).

В условиях системного кризиса отрасли здравоохранения РФ ждать взвешенных решений от управляющих структур государства не представляется возможным, следовательно, и ответов на поставленные вопросы не будет – приоритеты другие. По мнению президента «Лиги защитников пациентов», участник форума ОНФ Александра Саверского, – большинство специалистов участвовавших работе форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!», пришли к логичному выводу: реформу, которую начали без согласия населения, нужно остановить! «Сначала нужно было усилить амбулаторное звено, а потом сокращать койки. Мы все сделали наоборот, в результате давление на амбулаторное звено усилилось, а возможностей не прибавилось. Тот, кто может себе позволить, уходит в платную медицину, кто не может – не лечится». Отсюда и показатели смертности (по данным участников форума, за первые шесть месяцев 2015 года умерли на 27 тыс. человек больше, чем за аналогичный период годом ранее). В 2014 году рост платных услуг составил 25%, за полгода текущего – 13%. И это только за счет тех, кто может платить.

По мнению многих участников форума ОНФ, всё обсуждение системного кризиса отечественной медицины «вылилось» в констатацию частных случаев, а мнения многих членов экспертного сообщества так и не было услышано именно в отношении будущей модели отечественного здравоохранения. Для совместного обсуждения делегаты подготовили блок предложений по реформированию отечественного здравоохранения:

- ✓ *Сельские больницы закрывать нельзя*
- ✓ *Расходы на медицину существенно снижаться не будут*
- ✓ *Госчиновники должны лечиться в России*
- ✓ *Ввоз иностранных лекарств и медтехники не запретят*
- ✓ *Требования к дженерикам нужно ужесточить*
- ✓ *Рекламу лекарств – под контроль*
- ✓ *Рост цен на медикаменты будут отслеживать*
- ✓ *Сокращение бесплатных медицинских услуг незаконно*
- ✓ *Скорой помощи нужен новый механизм финансирования*
- ✓ *Страховщики должны контролировать качество медицинских услуг*

Удивительно, но главную проблему – тяжелейший кадровый кризис отрасли здравоохранения России, как итога продолжающейся деградации отечественной медицинской школы обсуждали довольно невнятно и не как

ведущую в рейтинге проблем. Вместе с тем, следует признать, что по окончании работы форума ОНФ были сформулированы резолюции по пяти направлениям: «Доступность и качество медицинской помощи: итоги оптимизации»; «Система подготовки медицинских кадров для нового качества здравоохранения»; «Лекарственное и технологическое обеспечение здравоохранения – резерв для повышения доступности и качества медицинской помощи»; «Детское здравоохранение – актуальные проблемы сохранения здоровья нации» и «Экономика и управление системой здравоохранения: устойчивость и развитие».¹⁵

Между тем только представители властных структур, которые привыкли получать медицинскую помощь в зарубежных клиниках, не хотят видеть очевидного – в условиях социально-экономического кризиса отмечается резкое снижение эффективности всех системных функций российского здравоохранения – развития медицинской науки, профилактики и лечения заболеваний, а особенно подготовки и использования кадров, а так же управления медицинскими организациями. И, наконец, кризис означает неопределенность будущего (преодоление упадка или окончательное разрушение) самого здравоохранения, поскольку весьма неопределенным выглядит будущее его основы – кадровой структуры отрасли (Афанасьев Ю., 2003; Мещерякова М.А., 2004; Оллсоп Дж., Джонс К., 2007; Булатов С.А., 2010; Блиев Ю., 2011, Дьяченко В.Г. с соавт., 2012). Анализ кадровой ситуации показывает, что несмотря формирующиеся деструктивные тенденции в системе подготовки, формирования профессиональных мотивации медицинских работников, большинство из них в своей повседневной деятельности руководствуются гуманными целями профессии, избавления пациентов от страданий, бескорыстной лечебной помощи людям, которые нуждающимся в ней (Кульман Э., 2007; Глыбочко П.В., 2011; Васкес Абанто Х.Э., 2013, 2014).

Однако некоторые врачи видят пациента в качестве прямого или опосредованного источника своих доходов, а иногда и сверхдоходов. В этом случае между врачом и пациентом могут возникать «нестандартные» взаимоотношения за пределами моральных, нравственных, этических¹⁶ и деонтологических¹⁷ норм и принципов.

Медицина весьма древняя наука, поэтому с течением времени многие этические принципы оформились в четко сформулированные правила и нормы поведения врача. Свод этих норм ещё в XVIII веке английским фи-

¹⁵ 6-7 сентября в Москве проходил Форум Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!». 11 ключевых тем медицинского форума ОНФ. новостная служба /07 сентября 2015 г. <http://www.pravmir.ru/11-klyuchevyih-tem-meditsinskogo-foruma-onf/>

¹⁶ Этика (греч. *ethos* – привычка, обычай) – дисциплина, изучающая мораль, нравственность, ее принципы и механизмы действия.

¹⁷ Медицинская деонтология (от греч. *deon, deontos* – долг, должное; *logos* – учение) – это совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей.

лософом Бентамом был назван медицинской деонтологией, которая включает в себя учения, как о профессиональной этике, врачебном долге, так и о врачебной тайне. Она изучает принципы поведения медицинского персонала, систему его взаимоотношений с больными, их родственниками и между собой. В круг ее задач включается также устранение «вредных последствий неполноценной медицинской работы».

Большое внимание уделено и роли пациента. Врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели – избавлению от болезни и защите здоровья. Однако экономические и мировоззренческие различия между людьми иногда превращают принцип общих интересов в пустую мечту. Этика врача нередко вступает в противоречие с системой оплаты труда медицинского работника и может становиться несовместимой с принципами гуманизма, милосердия и высокой морали врача. В этой связи русский писатель-гуманист и врач В.В. Вересаев образно замечал, что каждый шаг врача отмечается рублем, и звон этого рубля стоит между врачом и страдающим человеком (Вересаев В.В., 1902).

История медицины и практический опыт здравоохранения со всей очевидностью показывают, что медицинская помощь не может быть полноценной, если самый высокопрофессиональный медицинский работник не обладает необходимыми этическими качествами, т.е. совокупностью норм поведения и морали. Известно, что, помимо общих моральных норм, регулирующих жизнь общества, существуют нормы классической медицинской этики, имеющие свою специфику, связанную с природой самой профессии. Наряду с термином «медицинская этика» часто применяется термин «деонтология» – учение о должном поведении медицинских работников. Деонтология служит составной частью медицинской этики и носит более конкретный характер применительно к отдельным медицинским специальностям. Именно поэтому понятия «медицинская этика» и «деонтология» органически связаны, так как имеют дело с моральными и нравственными нормами и основанными на них принципами и правилами поведения медицинских работников, выполняющих свой гражданский и профессиональный долг. В реальной жизни соблюдение деонтологических правил дополняется определенным нравственно-этическим содержанием. Однако, многие нормы морали, особенно профессиональной, так тесно сливаются с деонтологическими требованиями, что их трудно отделить друг от друга (Прихода И.В., Рыбальченко А.А., 2009).

Медицинская этика возникла тысячелетия назад, одновременно с началом врачевания. Во многих древнейших письменных источниках по медицине наряду с советами по сохранению здоровья и лечению болезней излагаются правила поведения врача. Наиболее известным документом является Клятва Гиппократова (V в. до н.э.), оказавшая огромное влияние на все последующее развитие медицинской этики. Нормы медицинской этики изменялись в зависимости от социальных условий, развития культуры, до-

стижений медицины, однако традиционные вопросы оставались незыблемыми на протяжении веков. Основные аспекты медицинской этики:

- ✓ *медицинский работник и общество;*
- ✓ *нравственные качества и внешний вид медицинского работника;*
- ✓ *медицинский работник и пациент;*
- ✓ *медицинский работник и родственники пациента;*
- ✓ *медицинская тайна;*
- ✓ *взаимоотношения представителей медицинских профессий;*
- ✓ *усовершенствование знаний;*
- ✓ *этика эксперимента.*

Союз профессиональной культуры, этики и деонтологии. Профессиональная культура представляет собой форму медицинской культуры человечества, существующую в рамках профессионального сообщества медицинских работников и синтезирующую в себе медицинские знания, теоретические воззрения, медицинские технологии и социальные практики, традиции и специфическую языковую систему, выработанные человечеством с целью сохранения здоровья и жизни человека, борьбы с различными его заболеваниями (Жарова М.Н., 2011).

Специфика современной медицинской культуры состоит в том, что применяемые в ее области социальные практики и биомедицинские технологии, нацеленные на сохранение жизни и здоровья человека, используются в обществе в системе властных отношений, которые распространяются даже на предельные грани человеческого бытия – процессы зарождения жизни и перехода от жизни к биологической смерти человека. Медицинские практики вырабатываются с целью раздвинуть временные границы человеческого бытия и улучшить качество жизни человека в этих границах. Но человек в силу своих культурно-антропологических особенностей создает продукты, сочетающие в себе благо и зло, пользу и вред, восстанавливающие здоровье и в то же время причиняющие тот или иной вред. И медицинская культура во всех своих формах противоречива, а порой и парадоксальна, как сам человек в своих потребностях, интересах, нормах и правилах, которыми он руководствуется в реальной жизни. «...Здесь каждая единичная форма деятельности чревата метафизической противоположностью: созидание – разрушением, познание – невежеством, свободная деятельность – сковывающей нормой, стремление дать добро оборачивается злом» (Жданов Ю.А., 2005).

Профессиональная медицинская культура современного российского общества основана на идеях диалектико-материалистической философии. На этой теоретической основе вырабатываются подходы к созданию новых биомедицинских технологий, методов и средств диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний. Она является сложноорганизованной открытой развивающейся социальной системой, институциональной по своей форме, включающей в себя такие подсистемы, как медицинское

образование, органы и учреждения здравоохранения, медицинское страхование и социальную защиту населения, научно-исследовательские учреждения и др. Эта форма культуры существует на уровне массового профессионального сознания и уровне индивидуального сознания представителей профессионального сообщества (Дуброва В.П., 1999; Жарова М.Н., 2010).

Сегодня существуют самые различные мнения и позиции по проблемам профессиональной культуры, этики и деонтологии врача, однако следует обратить внимание на то, что это проблема сугубо нравственная и, зачастую, личная. В условиях демократического общества, каждый волен делать нравственный выбор, – отдать предпочтение той или иной позиции, которая определяется воспитанием, усвоенными культурными традициями, опытом учителей и многим другим. Вместе с тем следует отдавать себе отчет о том, что нравственный выбор врач делает исходя из окружающей его реальность, поскольку за позицией нравственного выбора стоят живые люди, которые имеют право на свои убеждения и свобода которых не должна быть никем ограничена. Неслучайно и то, что медицинская этика определяется как интеллектуальное пространство для диалога между различными точками зрения и подходами к решению непростых морально-этических ситуаций в профессиональной медицинской практике.

Любой пациент, в каком социально-экономическом положении бы не находился, при наличии выбора врача предпочтёт обратиться за помощью к профессионалу в своей области знаний, поскольку именно профессионализм является отличительным признаком, в известном смысле отделяющий его от остальных специалистов в области производства медицинских услуг. Но в отличии от понятия «профессия врача», понятие «профессионализм врача» фиксирует не только род деятельности, но и меру овладения специальными знаниями и практическими навыками (компетенций), приобретенных в результате специальной подготовки в сочетании с опытом самостоятельной работы. Именно профессионализм врача позволяет производить медицинские услуги требуемого уровня качества. Профессионализм во всех рассматриваемых случаях должен дополняться морально-этическими качествами врача (Силуянова И.В., 2000, 2002).

Целью сочетания профессионализма и высоких морально-этических качеств врача является достижение максимально возможного уровня здоровья пациента в результате оказания медицинской помощи. С точки зрения медицинской философии следует признать, что «основание» любого действия – есть в строгом смысле понятия суть того, что называется «целью».¹⁸ Цель медицинского знания и медицинской деятельности врача-профессионала – это спасение жизни или помощь в достижении здоровья. Среди оснований формирования профессии медицинского работника, и в

¹⁸ Хайдеггер М.. «Наука и осмысление» - М. Хайдеггер. «Время и бытие». Статьи и выступления. М. Республика, 1993 г. с. 245.

этом одна из ее особенностей, определяющим является не только экономическое, не только познавательное, но и моральное – «решительное действие на благо страдающего человека».¹⁹

Профессиональная этика. Под профессиональной этикой принято понимать исторически сложившуюся совокупность нравственных норм, предписаний, заповедей, кодексов, оценок, научных теорий о должном поведении представителя определенной профессии, его нравственных качествах, вытекающих из социальной функции профессии и обусловленных спецификой профессиональных обязанностей. Профессиональная этика – это учение о профессиональной морали, представляющей собой конкретизацию общих нравственных принципов и норм применительно к различным видам профессиональной деятельности. Нормы педагогической, врачебной, инженерной этики отражают в специфической форме и конкретизируют применительно к деятельности лиц этих профессий общие принципы морали. Поэтому правильное решение нравственных проблем профессиональной деятельности возможно только на основе общих требований морали господствующей в обществе. Следовательно, профессиональная этика связана с разделением труда и выполнением общественных и трудовых функций.

Для достижения главной цели медицинской помощи – спасение жизни и формирования максимально возможного уровня пациента каждому современному врачу необходимо не только хорошее профессиональное образование, опыт работы, но и непрерывное совершенствование знаний и умений. Врач при общении с пациентом во время выполнения своих профессиональных обязанностей должен тщательно подбирать соответствующие слова и выражения, в сочетании с индивидуальным подходом по мере степени углубления в проблемы пациента. При наличии препятствие при получении информации или раздражение со стороны пациента, выделяют главное согласно своим приоритетным в работе задачам. Но даже уникальная деликатность врача не способна застраховать их от неудовлетворенности пациента, Несмотря на это, медицинские работники продолжают действовать в интересах пациента и искать способы наилучшего воздействия на его здоровье (Васкес Абанто А.Э., Васкес Абанто Х.Э., 2013,2014).

В то же время врачи-клиницисты довольно часто являются свидетелями, а иногда и прямыми участниками несправедливых обвинений в адрес коллег разных специальностей. Что делать, когда эти вопросы поднимаются людьми, которые сделали для себя любимым занятием бегать по всем возможным инстанциям всего лишь потому, что хотят показать свое превосходство, у них есть «нужные» связи или хотят подчеркивать свое служебное положение? Они могут легко и без страха, на приеме или на вы-

¹⁹ Pellegrino E.D., Thomasma D.C. A philosophical basis of medical practice: Toward a philosophy a. Ethic of the healing professions N.Y., Oxford univ. Press, 1981, - XVIII, p.144.

зовах на дому, оскорблять, выгонять (будто мы напросились к ним в гости!), кричать на медицинского работника без всякого основания (потому что он быстро осмотрел пациента, сразу уходит и куда-то спешит, «ты должен был...»), пациенту показалось, что должен был мыть руки у него дома а не брызгать свои руки каким-то «вонючим» средством и т.д.). Такие граждане если уже начали «преследование», то удовлетворяются только тогда, когда есть «расправа» над медицинским работником, чаще всего врачом (Васкес Абанто Х.Э., 2013). Именно в таких ситуациях необходим поиск консенсуса с обеих сторон.

С точки зрения достижения консенсуса во взаимоотношениях производителя медицинских услуг (врача) и их потребителя (пациента) в условиях формирования демократического общества, медицинская этика всегда будет востребована как необходимое условие диалога. Причем общество, как правило, не обладает гарантиями, что более правильный, с той или иной точки зрения подход, станет определяющим сегодня и его будет разделять большинство лечащих врачей. Уважение свободы каждой позиции – основное условие этического диспута (Силуянова И.П., 2002). В то же время, очевидно, что правильный выбор пути к достижению консенсуса между врачом и пациентом определяется нравственной культурой человека, опорой которой является весьма устойчивое образование контрагентов этих взаимоотношений.

Именно уровень знаний и следование принципам моральных законов, которые довольно часто формируются не только в образовательных, но и религиозных структурах, позволяют врачу достигнуть совершенства в добродетели, любви к ближнему и сострадания к пациенту. С помощью этического знания человек способен изменять, творить самого себя. «Человеком нельзя быть, им можно лишь делаться. И это дело не статических свойств интеллектуального аппарата, но динамика достижений, т.е. аппарата стремлений, изволения, морального определения и достижения».²⁰ К сожалению, уровень и число проблем этического плана пронизывает всю конструкцию современной медицины, начиная с пересадки органов и тканей, кончая эвтаназией.

И все-таки главной проблемой медицинской этики и деонтологии следует назвать проблему взаимоотношений медицинского работника и пациента, а этой проблеме – поведение медицинского работника у постели больного (Петров Н.Н., 1948; Рудык Ю.С., Пивовар С.Н., 2005). В этой связи следует отметить, что взаимоотношения врача и пациента весьма своеобразны. Поведение больной человека во многом качественно отличается от поведения здорового. Особое физическое состояние человека в период болезни, глубина переживаний, психическое напряжение, вера в выздоровление, надежда на возвращение к привычной жизни, к семье, а

²⁰ А.А.Ухтомский. Интуиция совести. Спб., 1996.,с.492.

так же восстановление трудовой и социальной активности создают особую атмосферу отношений (Грандо А.А., 1990). Этика выдвигает определенные требования не только к внешним формам поведения медицинского работника, но и к внутренним качествам, его нравственному сознанию. Именно к соблюдению этих требований от медицинского персонала призывают управляющий структуры как отрасли в целом, так и отдельных медицинских организаций, формируя документы (клятвы, кодексы, обязательства и пр.) различного уровня.

В экономически развитых странах уже давно созданы Советы, Комитеты, Комиссии по этическим проблемам медицины при клиниках, научных центрах и высших учебных заведениях. В России этот процесс, как и многое другое, пока находится в зачаточном состоянии. Между тем профессиональный этикет требует корректности в отношениях между всеми членами коллектива медицинской организации, невзирая на чины и звания. Почтительное обращение к коллегам, также как и белый цвет медицинского халата, подчеркивает чистоту и высокий смысл профессии. Особенно строго этого принципа следует придерживаться, если общение происходит в присутствии пациента. Панибратство, пренебрежение со стороны начальства и заискивание подчиненных вредят авторитету медицинских работников. Крайне неэтичной считается ситуация, когда врач ставит под сомнение в присутствии пациента профессионализм своего коллеги. К сожалению, уровень корпоративной культуры и этики в отечественной медицине пока далёк от оптимального уровня.

Биомедицинская этика. Основные проблемы. На рубеже XIX-XX веков Альбертом Швейцером²¹ сформирована концепция «благоговения перед жизнью», в которой он провозгласил жизнь высшей, абсолютной ценностью. Он понимал мораль как благоговение перед жизнью во всех ее формах, что же относительно этики, то он считал: «Этика благоговения перед жизнью – это этика Любви, расширенной до всемирных пределов» (Швейцер А., 1990). Он утверждал, что первичной, исходной мыслью человека является мысль о жизни, а воля к жизни является элементарным, непосредственным, постоянно пребывающим фактом. Он полагал, что высшим проявлением воли к жизни на основе благоговения перед ней является посвящение собственной жизни облегчению чужих страданий. «Добро – то, что служит сохранению и развитию жизни, зло есть то, что уничтожает жизнь или препятствует ей» (Швейцер А., 1992). Он призывал уважать жизнь с позиций принципов морали: «Фундаментальный принцип морали – это уважение к жизни. Добро – это знать жалость, помогать другим сохранять свою жизнь и оберегать их от сострадания. Зло – это не проявлять сострадание, не сочувствовать всем тварям, причинять им боль и вызывать их смерть» (Швейцер А., 1953).

²¹ Альберт Швейцер (1875 – 1965) – врач, теолог, музыкант, общественный деятель, философ, лауреат Нобелевской премии мира (прим. авторов).

По его мнению, служение людям имеет деятельный характер и выражается в совершенно очевидных, однозначных в своей гуманности действиях. Он считал, что оказание медицинской помощи больному, спасение ему жизни – это однозначное, лишённое двусмысленности добро. Рассматривая сострадание как подлинно человеческое качество, он утверждал, что «В природе одно создание может причинить боль другому и даже инстинктивно вести себя самым безжалостным образом по отношению к другому... Тот, кто привыкает к этому и перестает всякий раз испытывать страдания, в действительности уже не является человеком» (Швейцер А., 1992).

Идеи А. Швейцера нашли свое отражение во временном промежутке XX века, когда начали реализовываться идеи конструирования, видоизменения, модификации человека. В это время предельно обострились проблемы причинения вреда здоровью, риска негативных последствий от применения биомедицинских технологий не только на уровне индивидуума, но и на уровне значительных популяционных групп людей. Примерами таких негативных последствий стала практика эвтаназии в нацистской Германии, исследования на людях с нарушением норм медицинской этики и ряд других.

На рубеже XX – XXI веков на первый план вышли общечеловеческие проблемы, связанные с признанием абсолютной ценности самой жизни человека, что стало стимулом развития биомедицинской этики (биоэтики). Она стала новой междисциплинарной областью знания. Сам термин «биоэтика» был введен американским онкологом Ваном Ренселером Поттером в 1969 г., по его определению биоэтика – это соединение биологических знаний и человеческих ценностей. Он говорил: «Человечество нуждается в соединении биологии и гуманистического знания, из которого предстоит выковать науку выживания и с её помощью установить систему приоритетов» (Potter V.R, 1970). Эта дисциплина развивалась как область интеграции между наукой и системой человеческих ценностей, естественным и гуманитарным знанием, как систему знания и практики, регулиующую вмешательство в любую жизнь в пределах биосферы. Так была задана более глобальная составляющая биоэтического знания (Potter V.R, 1988).

Однако формирование биоэтики не было безоблачным процессом, поскольку в рыночной экономике не существует такого вида профессиональной деятельности, которая бы содержательно осуществлялась в отрыве от какой-либо конкретной экономической формы и рыночных отношений. Воздействие рыночных механизмов на формирование современных инновационных процессов в отечественной медицине позволяет говорить о ней, как о конвейере по производству медицинских услуг. Именно в рыночных условиях, когда товар (медицинская услуга) реализуется по двум основным критериям (цена и качество), – важное значение приобретают доверительные отношения между потребителями и производителями ме-

дицинских услуг. Пациент, в рамках реализации идеологии «информированного согласия», неожиданно для себя узнает, что стопроцентных гарантий приобретения безопасных медицинских услуг не существует.

В медицине, как и в других областях производственной деятельности, существует риск формирования случайных явлений, которые могут стать причиной нанесения ущерба здоровью потребителя или потере им самой жизни, что предусматривает его юридическую защиту. Известно, что путь к истине при оказании медицинской помощи лежит через формирование гипотез, их проверки, проведения пробных испытаний, а уж затем практической реализации технологии. Но даже такой подход не исключает непредсказуемых исходов и ошибок. Однако их вероятность возрастает в тех случаях, когда не был сформирован достаточный уровень взаимоотношений между лечащим врачом и пациентом.

Причем если лечащий врач (doctor, англ.) – «...это врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения, то пациент (patient, англ.) – это физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния...».²² Причем само по себе определение врач (доктор) указывает на сущность данной профессии, а вот определение пациент имеет не столь четкую характеристику. В частности, пациент может быть и больным и здоровым, но оставаться человеком, который нуждается в оказании медицинской помощи. Например, вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний осуществляется, как правило, только здоровым пациентам. Кстати перевод с англ. «patient» имеет несколько значений (больной, терпеливый, страдающий).

Таким образом, изначально взаимоотношения между врачом и пациентом в реальной практике формируются с позиций доминирования врача (производителя медицинских услуг) над пациентом (потребителем медицинских услуг). И, если, пациент лишается возможности иметь полную информацию о предстоящих диагностических манипуляциях, оперативных вмешательствах, лекарственной терапии, а лечащий врач принимает решение за него, то даже в случае положительного результата лечения, у пациента могут возникнуть сомнения в адекватности и правильности медицинского вмешательства. А уж, если результат лечения оказался ниже ожидаемого или лечение вообще закончилось нанесением вреда здоровью пациента, то в таких ситуациях возникает конфликт, связанный с понятием «безопасность медицинской помощи». Между тем безопасность пациентов является основополагающим принципом современной медицины. Од-

²² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (редакция от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

нако каждому этапу процесса производства медицинских услуг свойственен некий атрибут «небезопасности», который связан с тем или иным уровнем риска (Card A.J., Ward J., Clarkson P.J., 2012).

В настоящее время, несмотря на существенное повышение уровня знаний в области предоставления безопасных медицинских услуг, даже в экономически развитых странах весьма часто наблюдаются случаи неблагоприятных последствий в результате медицинских вмешательств. Ряд проведенных ретроспективных обзоров сообщений о клинических ситуациях дает неопровержимые свидетельства вреда, нанесенного пациентам. Однако масштаб проблемы в других областях общественного здравоохранения неизвестен, данных о каких-либо проводимых по этой теме научных исследованиях практически не имеется (ВОЗ, 2005). Именно это формирует проблему, которая тесно связана с соблюдением принципов биомедицинской этики, что находит своё отражение в растущем потоке жалоб и обращений пациентов в различные инстанции.

В качестве примера приводим обращение пациентки В., по мнению которой её здоровью был причинен при оказании медицинской помощи в одной из больниц г. Хабаровска в 2016 г., когда во время оперативного вмешательства по поводу желчекаменной болезни осложненной механической желтухой был повреждён несъемный зубной протез. Сроки госпитализации с 10.05.2016 по 20.05.2016.

Пациентка В. до операции была проконсультирована врачом-анестезиологом, когда и было зафиксировано наличие в полости рта несъемного зубного протеза с признаками патологической подвижности. От неё. было получено письменное информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, под общим обезболиванием содержащее информацию о факторах риска, в том числе и том, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения.

Оперативное вмешательство – лапароскопическая холецистэктомия была выполнена под эндотрахеальным наркозом. При проведении анестезиологического пособия во время интубации трахеи произошло значительное смещение зубного протеза (протез остался целым, изломов и повреждений нет). На второй день после оперативного вмешательства больная была осмотрена зубным врачом, который установил отсутствие кровотечения в месте фиксации протеза, а на четвертые сутки пациентке В. в одной из ведущих стоматологических поликлиник города был организован консилиум, в ходе которого был установлен диагноз: хронический пародонтит, генерализованная форма, тяжелой степени, стадия ремиссии. Потеря зубов обусловлена несчастным случаем на фоне хронического пародонтита. Послеоперационный период протекал без осложнений, и пациентка В. была выписана в предусмотренные стандартом сроки в удовлетворительном состоянии.

После выписки пациентка В. обратилась с жалобой к руководителю медицинской организации, где проводилась операция и в региональный Минздрав с претензией о нарушении медицинскими работниками её права «на оказание качественной медицинской помощи».

В соответствии с приказом главного врача медицинской организации была проведена внутренняя проверка уровня доступности, качества и безопасности, которая установила, что при оказании медицинской помощи пациентке В. нарушений медицинских и организационных стандартов (порядков и протоколов) медицинским персоналом допущено не было. Выпадение зубного протеза не явилось следствием неправомерных или непрофессиональных действий врача-анестезиолога, а произошло вследствие дистрофических изменений челюсти и длительного (с 2005 года) стояния протеза. Выпадение протеза не повлияло на качество и объем проводимого анестезиологического пособия и последующего оперативного вмешательства.

С целью разрешения сложившейся ситуации администрация медицинской организации обратилась в ведущую стоматологическую клинику города с просьбой о проведении пациентке внеочередного льготного зубопротезирования, что и было осуществлено в оговоренные сроки.

Таким образом, приведенный случай оказания медицинской помощи, несмотря на то, что были соблюдены медицинские и законодательные стандарты, а исход основного заболевания был вполне благоприятным, стал источником конфликта между производителем и потребителем медицинских услуг. Причем данные конфликты могут иметь объективную и субъективную природу. В данном случае объективной природы конфликта (неудовлетворение обещанного, отклонение от стандартов медицинских технологий, отказ в госпитализации, требование в приобретении медикаментов, расходных материалов и др.) не выявлено, а вот субъективная природа конфликта налицо. В частности, этот тип конфликтов часто связан с несовпадением ожиданий пациента с реальностью. В частности, многие пациенты, подписывают информированное согласие формально, не отдавая себе отчета в реальной оценке риска исхода медицинского вмешательства.

По нашему мнению в приведенном примере мы имеем дело не с врачебной ошибкой, а с несчастным случаем. Большинство специалистов использует понятие «несчастный случай» в ситуациях, когда неблагоприятный исход заболевания связан со случайными обстоятельствами, «непреодолимой силой», т.е. этот исход лечащий врач не может заранее предвидеть и предотвратить (Дьяченко С.В., 2015).

Существует немало книг, где обсуждаются вопросы медицинской деонтологии. Бесценно значение таких руководств в деле врачебного искусства, как «Дневник старого врача» Н.И. Пирогова, «Записки врача» В.В. Вересаева, «Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих вра-

чей» Р.К. Ригельмана и др. Реальная медицинская практика указывает на то, что для успешного исхода лечения исключительно важным является характер отношений, который устанавливается при первом контакте пациента с врачом. Только тот специалист может рассчитывать на успех лечения, который учитывает индивидуальные и личностные особенности больного. Пациент чутко прислушивается к каждому слову врача. Он должен постоянно ощущать оптимизм врача, особенно в критические минуты, это помогает ему уверовать в положительный результат проводимого лечения и преодолевать трудности на пути к выздоровлению.

Если уровень доверия пациента к лечащему врачу недостаточен, то именно этот фактор становится причиной конфликта. Наш анализ многочисленных жалоб и заявлений пациентов и их родственников указывает на то, что значительная часть этих обращений была обусловлена скорее неудачами в общении врача и пациента, чем действительно низким уровнем доступности, качества и безопасности медицинской помощи.

Человек только тогда имеет право смотреть на другого сверху вниз, когда он наклоняется чтобы помочь другому человеку подняться

Габриель Гарсия Маркес

Глава 2

У истоков профессиональных, этических и правовых механизмов взаимоотношений врача и пациента

На рубеже XX–XXI веков в России формируются перемены во всех областях общественной жизни. В области медицины и здравоохранения эти перемены обострили ряд традиционных этических проблем медицинской деятельности и обозначили ряд новых, связанных с неуклонным развитием медицинской науки и практики. Многообразие форм организации медицинской помощи различным категориям граждан, внедрение новых биомедицинских технологий, дефекты материально-технического обеспечения НИОКР и систем производства медицинских услуг обусловили чрезвычайную актуальность традиционных этических проблем взаимоотношений врача и пациента (Жарова, М. Н., 2011).

Совесь, этика, мораль и нравственность формируют для каждого человека ограничения в виде правил, которые накладывают на свободу поведения индивидуума собственных ограничений, так и ограничений окружающих. Безусловно, эти правила довольно часто идут в разрез с желаниями врача доминировать при любом контакте с пациентом, в отдельных случаях, навязывая последнему свое мнение при принятии решения по выбору того или иного метода оказания медицинской помощи. Но именно эти правила компенсируют разрушительное действие патернализма (от лат. *pater* – отец), на взаимоотношения производителя и потребителя медицинских услуг.

В условиях рыночной экономики, когда каждое действие производителя неважно чего (лекарственных средств, медицинских услуг, товаров медицинского назначения и т.п.) оценивается с позиции эффективности под лозунгом «При минимальных затратах добиться максимальных результатов», возникает проблема приоритетов для профессионала. С одной стороны – это совесть, этика, мораль и нравственность, а с другой – это максимальная прибыль, личное обогащение, безудержное доминирование над неимущими. Именно в такой ситуации очень важным является отбор

кандидатов для овладения профессией медицинского работника (Прихода И.В., Рыбальченко А.А., 2009; Katrova L.G., Freed J.R., Coulter I.D., 2001; Karsh BT, Holden RJ, Alper SJ, et al., 2006).

Подготовка профессионалов в любой отрасли человеческой деятельности формируется в рамках системы структурированных единым замыслом знаний о характере движущих сил и главных детерминант профессионализма (Зазыкин В. Г., Чернышев А. П., 1993; Климов Е.А., 2004). Их можно представить в виде объективных, связанные с реальной системой профессиональной деятельности и субъективных, таких как мотивы, интересы и компетентность (Рыбников Н.А., 1922; Чижкова М.Б., 2015; Тукинов Д.Р. с соавт., 2017). Достижение востребованного рынком труда уровня профессиональной подготовки специалиста формируется в результате реализации стратегии, тактики и техники оптимального формирования и последующего эффективного функционирования профессионалов высокого класса (Макарова Е.Н., 2015).

2.1. Медицинское образование, производственный и этический контекст

Систематизация различных подходов отечественных и зарубежных исследователей по проблеме профессионального становления личности врача, критерии ее оптимального развития приводит нас к выводу о том, что существует взаимосвязь учебной мотивации и структурных компонентов профессиональной направленности будущего врача ещё на этапе додипломной подготовки. Анализ динамики и структуры учебной мотивации позволяет установить, что в течении всего периода подготовки врача ведущее место занимают профессиональные мотивы, затем познавательные мотивы, мотивы социальной идентификации и утилитарные мотивы (Якунин В.А., 1998). На этом этапе изменения мотивации связаны с изменением уровня осознания мотивов, с их переводом из актуальной формы в потенциальную, с изменением идентификации личности себя с образом профессионала и с изменением отношения к определенным компонентам профессиональной подготовки (Ковалев В.И., 1988; Доника А.Д., 2005).

По мнению известного врача П.А. Леуса (Леуса П.А., 2000) целью медицинского образования, кроме высокого уровня профессиональных компетенций, является формирование череды качеств, которые необходимы для осуществления профессиональной деятельности.

- ✓ *Ответственность за свои действия, когда произведенные услуги и качество их выполнения приобретает особый смысл. Это связано с тем, что ни одна профессия не имеет такого близкого, конкретного соприкосновения с самым важным и сокровенным для любого человека — жизнью и смертью. Врачуверяется самое драгоценное — жизнь и здоровье людей. Он несет ответственность не только перед отдельным больным, его родными,*

но и перед обществом в целом. Поэтому врач не имеет права быть безответственным.

- ✓ **Способность к оценке причинно-следственных связей.** В данном случае речь идет не об обывательской, а о пытливой профессионально-врачебной наблюдательности, позволяющей увидеть, запомнить и с медицинской точки зрения оценить не только малейшие изменения в физическом и психологическом состоянии человека, но и процессы, происходящие во внешней среде. Высокая значимость такого рода наблюдательности в практической и научной работе врача бесспорна.
- ✓ **Самообладание.** Ежедневная клиническая практика, помимо других качеств, нередко требует от врача особой выдержки, именуемой самообладанием или профессиональным мужеством. Нельзя не вспомнить слова профессора М.М. Дитерихса (Дитерихса М.М., 1925) о том, что врач «должен быть не смелым, а не пугающимся, мужественным – вот то качество, которое гарантирует больному благоприятный выход из опасного положения».
- ✓ **Решительность и мужество.** При этом необходимо подчеркнуть, что врачебное мужество допустимо проявлять только во всеоружии знания. Идти на риск имеет право только тот, кто достаточно подготовлен ко всякого рода случайностям. Только в этом случае может быть оправдано еще одно драгоценное качество врача – решительность.
- ✓ **Оптимизм.** Практическая деятельность врача тяжела. Врачам всех специальностей, приходится переживать немало горьких минут, созерцая разочарование тех пациентов, которым сегодня мы не в силах вернуть полное здоровье, а можем лишь частично облегчить их состояние, помогая избавиться от тех или иных симптомов. Однако достижения современной медицины неизменно поддерживают наше убеждение в правоте слов И.И. Мечникова (Мечникова И.И., 1964) о том, что наука может и должна в будущем даровать людям счастливое существование.

В последние десятилетия в связи с бурным развитием медицинской науки и практики, было внедрено огромное количество инновационных методов диагностики, лечения, компьютерной обработки данных и т.д. Очевидна высокая ценность использования самой современной и высокоточной медицинской техники для помощи врачу в диагностике и наблюдении за больным, изменениями в ходе течения того или иного заболевания. Однако современные и высокоточные исследования ни в коем случае не должны способствовать разрыву общения врача и пациента. К сожалению, нередко имеют место такие ситуации, когда врач, вызвав очередного больного и даже не взглянув на него, погружается в изучение всякого рода лабораторных данных, рентгенологических снимков, данных функциональ-

ной диагностики, заключений узких специалистов и т.п. Затем осматривая пациента, не обращает внимания на самого больного, выражение его лица, манеру держаться, говорить и реагировать на ситуацию. Подобная практика явно порочна.

В тоже время в условиях современной медицинской организации, которая производит медицинские услуги, работа врача представлена в виде бесконечной череды исполнения стандартных технологий, что практически не оставляет ему времени на раздумья, оценку личности пациента, анализу его окружения в семье и на рабочем месте. А между тем, врач обязан входить в непосредственный контакт с больным, научиться пытливый взглядом смотреть на него, замечать и выявлять такие изменения в его состоянии, которые подчас недоступны самым тонким и совершенным методам объективного исследования. При этом важно широко использовать все достижения медицинской науки и практики для максимально точной постановки диагноза, коррекции лечебно-профилактических мероприятий, оценки их эффективности, но относясь к ним как к вспомогательным и не в коем случае не подменяющим самого общения с пациентом. Именно такое отношение к своей профессии должно сформироваться у будущего врача, который должен стремиться к достижению профессиональной зрелости, что позволит приносить наибольшую пользу своим пациентам.

О профессиональном развитии. Вершина зрелости человека (акме) является многомерным состоянием, которое охватывает значительный по протяженности этап его жизни и демонстрирует, насколько он состоялся как личность, как гражданин, как специалист в какой-то профессиональной области деятельности. Однако это состояние никогда не является статичным образованием, а отличается большей или меньшей вариативностью, изменчивостью (Маркова А.К., 1996; Поваренков, Ю.П., 2013). В то же время главная проблема акмеологии¹ – это не столько хронологическая протяженность полноценной зрелости, сколько душевное состояние человека, способное превратить любой жизненный период в период расцвета. Специфика исследований этапов становления профессионала проявляется в оценке разработки и эффективном внедрении в практику алгоритмов, методов и технологий, которые обеспечивают формирование у человека способности к саморазвитию, самоактуализации, самосовершенствованию и самореализации и способствуют достижению высшей степени развития человека в различных сферах его жизнедеятельности (Климов Е.А., 2004).

Ещё в 1952 г. была сделана попытка разработки единой теории профессионального развития (Super D.E., 1957). В основе ее лежали положения о том, что все люди отличаются друг от друга по способностям и интересам и обучаются определенным профессиям в соответствии с этими ка-

¹ Акмеология (от греч. ακμή — вершина и λόγος — учение) — раздел психологии развития, исследующий закономерности и механизмы, обеспечивающие возможность достижения высшей степени (акме) индивидуального развития. (прим. автора).

чествами, а каждая профессия предъявляет свои требования к личности. Причем сама личность должна отвечать этим специфическим требованиям, проявлять упорство в развитии необходимых навыков и умений, а также учиться взаимодействовать с другими людьми в труде. Выделялись пять основных этапов профессионального пути:

- I. **Этап роста** (развитие интересов, способностей от рождения до 14 лет).*
- II. **Этап исследования – эксперимента** (предварительный профессиональный выбор и его апробация, 15–17 лет), перехода (реализация Я-концепции, 18–21 год) и пробы (овладение составом профессиональной деятельности, 22–24 года).*
- III. **Этап утверждения** – профессиональное образование и упрочение своих позиций в обществе (25 – 44 года).*
- IV. **Этап поддержания** – создание устойчивого профессионального положения (45 – 64 года).*
- V. **Этап спада** – уменьшение профессиональной активности (65 лет и более).*

Другие публикации на тему формирования этапов становления профессионализма в той или иной мере опирались на подходы известного американского психолога Дональда Э. Сьюпера (Super D.E. et al., 1963), а так же Ф. Хейвигхерста, Э.Ф. Зеера, Б. Ливехуда, Г. Шиши, А.К.Марковой, Е.А. Климова и др.). Так, по мнению Е.А. Климов в 15-16 лет у ребенка должно быть ясное понимание кем быть и где получать профессиональное образование. Он полагал, что на стадии «оптации» (от лат. орто-выбирать) – от 11 до 18 лет формируется позиция профессионального самоопределения и выбор профессии, а на следующей стадии, стадии адепта (лат. adeptus — достигший), стадии профессиональной подготовки происходит закрепление приверженности к избранной профессии и её освоение. Эти периоды сопряжены с этапом вступления во взрослость, который характеризуется достижением пика биологического созревания организма, оптимизмом молодых людей, планированием ими своего личного и профессионального будущего, достижением возраста гражданской зрелости, изменением социальных ролей, часто разлукой с родительским домом (Ильин Е.П., 2012).

Абитуриенты, поступающие в медицинский вуз, опираются не только на этические мотивы овладения профессией врача, но и исходят из представлений об «идеальном образе», воплощающем в себе необходимые и наиболее значимые профессионально-личностные качества медицинского работника. Данные представления в совокупности со специальными знаниями, умениями и навыками интегрируются на личностном уровне индивидуальной смысловой системы мотивов и обуславливают успешность профессиональной и личностной подготовки будущего специалиста (Доника А.Д., 2009; Чижкова М.Б., 2015).

Высшее медицинское образование и экономический уклад. Начало XXI века ознаменовалось формированием значительных перемен в мировой экономике, которая стремится к глобализации. Российская Федерация в условиях глобализации, с точки зрения развития экономики и географического положения, испытывает трудности в конкурентной борьбе, поскольку две трети территории страны – это территория вечной мерзлоты. Для сохранения независимости страны жизненно важным условием является переход к новому технологическому укладу на основе инновационных преобразований в науке и образовании, которые более двух десятилетий находятся в фазе стойкой стагнации. Основной причиной стагнации отечественной науки и образования являются направления неолиберальных реформ на рубеже XX-XXI века, которые привели к потере большинства высокотехнологических производств и созданию в России примитивной, сырьевой экономики. Попытки реформирования отечественного образования все эти годы строились вокруг мировоззренческой установки неолибералов. Весьма точно эта установка выражена в высказывании бывшим министром образования РФ А. Фурсенко: «...недостатком советской системы образования была попытка формировать человека-творца, а сейчас задача заключается в том, чтобы взрастить квалифицированного потребителя, способного квалифицированно пользоваться результатами творчества других». Между тем реальная ситуация в системе образования России свидетельствует о необходимости пересмотра в первоочередном порядке общей концепции образования и значительного увеличения средств бюджетного финансирования на цели образования (Чернецова Н.С., Соколова О.Ю., 2016).

В то же время в мировой практике наблюдается рост рынков образования в абсолютных цифрах, особенно в таких странах, как Китай и Индия. Доля молодежи, которая после окончания средней школы продолжает учебу в вузах постоянно растёт. Так в Китае сегодня тринадцать процентов восемнадцатилетних идут учиться в университеты, а это – десятки миллионов (Майбуров И., Стровинский Л., Цзин Цзян, 2006). В экономически развитых странах потенциал роста рынка высшего образования ещё более высок, учитывая, что, например, в государствах Евросоюза 45% от числа выпускников средних школ стремятся продолжить обучение в университетах (Кокшаров А., 2004).

В условиях нарастающей конкуренции на рынке образовательных услуг на успех могут рассчитывать вузы, которые в состоянии обеспечить востребованный работодателями уровень подготовки выпускников. Реформирование отечественного здравоохранения предусматривает направления усилий медицинских работников и общественности на улучшение доступности, качества и безопасности медицинской помощи, что во многом зависит от уровня профессиональных компетенций специалистов как главного ресурса отрасли (Павлов В.Н., Цыглин А.А., 2015). В соответ-

ствии с Государственной программой развития образования на 2013–2020 гг. одной из ключевых задач медицинских вузов является создание современной системы оценки качества образования на основе принципов открытости, объективности, прозрачности, общественно-профессионального участия. Для её реализации требуется внедрение интегрированной системы менеджмента качества. Тем более, что с 2016 г. в России изменились правила допуска к медицинской деятельности. Сертификация специалистов заменяется системой аккредитации кадров здравоохранения. Эти изменения коснутся всех медицинских работников (Петров В.И., Мандриков В.Б., Сабанов В.И., Голубев А.Н., 2016).

Изменение экономического уклада в XIX веке потребовало перемен всех направлений человеческих знаний. Появилось новое направление в философии – герменевтика (*hermeneutics*), связанное с реализацией воззрений Ф. Шлейермахера и В. Дильтея, М. Хайдеггера, Х. Г. Гадамера и др. (Левицкая И.А., 2012). Технический прогресс позитивно повлиял на развитие экономики, что потребовало опосредованной трансформации знаний в области естествознания и медицины. В течение определенного периода своего развития общество накапливает теоретические знания и опыт. Последующая передача знаний и опыта от прошлых поколений к настоящим и от настоящих к будущим осуществляется, главным образом, через различные тексты, что требует толкование их языка, понимания смысла написанного. Особенно ярко этот процесс проявляется в медицинской науке и практике, что потребовало формирования соответствующих подходов в рамках медицинской герменевтики.²

В XIX веке появились и стали формироваться разные направления медицины, параллельно открывались соответствующие подразделения в университетах в виде кафедр, факультетов и институтов. Основой медицинского образования стало преподавание у постели больного, однако освоение теоретических основ медицинских знаний потребовало создания теоретических кафедр, а время подготовки врача увеличилось с 3 до 5-6 лет, как в традиционных университетах, так и в частных медицинских школах. Система высшего медицинского образования России пытается унаследовать лучшие международные традиции и подходы, сложившиеся в XIX веке, а также все ее приобретения времен СССР. С начала политической и социально-экономической перестройки нашего государства постоянно идет речь о реформе высшей школы, в том числе и медицинской (Щепин О.П., 1998). Тем не менее, в последние десятилетия многие завоевания отечественной системы подготовки врачей и медицинского образо-

² Медицинская герменевтика исходит из того, что понимание – фундаментальная черта познавательного процесса, который отражает особенности медицинской деятельности, её творческий и культурный потенциал. Понимание является обязательным условием трансляции медицинских знаний из теории в практику и стало познавательной основой процесса диагностики, лечения и профилактики, раскрывая смысл медицинских знаний и формируя фундамент общения врача и пациента (прим. авторов).

вания в целом оказались утраченными, что требует корректировки стратегических планов подготовки кадров для обеспечения населения доступными, качественными и безопасными услугами (Альтбах Ф., 2001).

Эффективность функционирования систем здравоохранения различных стран зависит от результатов деятельности врачей и средних медицинских работников, что, в свою очередь, напрямую связано с уровнем их подготовки, наличием необходимого уровня знаний, навыков, умений и мотиваций (Findlay S., 1995; Askildsen JE, Holmas TH., 2003; Dubois SA, McKee M, Nolte E, eds., 2006). Проблемы, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения, постоянно определялись как самая важная преграда на пути увеличения масштаба приоритетных вмешательств и достижения Целей тысячелетия в области развития. Ключевой проблемой, с которой сталкиваются представители власти, формирующие политику государств, является обеспечение систем здравоохранения достаточным кадровым потенциалом, для того чтобы они могли предоставлять услуги, которые улучшают или поддерживают здоровье населения (Motova G., 2012). В контексте решения проблем формирования кадрового потенциала для отрасли здравоохранения требуется осмысление новых тенденций, обусловленных демографическими, технологическими, политическими, социальными, экономическими и эпидемиологическими изменениями социума (Чернецова Н.С., Соколова О.Ю., 2016).

Ещё в июне 2008 г. в Таллинне (Эстония) ЕРБ ВОЗ провело конференцию, где был рассмотрен вопрос влияния кадровой ситуации в системах здравоохранения на здоровье граждан и состояние экономики государств, однако в последующие годы проблемы медицинского образования и кадрового обеспечения систем здравоохранения решены не были. Это подорвало надежды на продолжение использования механизмов саморегуляции профессии врача и веру в альтруистическую миссию медицинских работников (Lester H., Schmittiel J. et al., 2010). В связи с этим государство стало всё чаще вмешиваться в регулирование спроса и предложения на рынках образовательных и медицинских услуг, усиливая методы контроля в рамках процесса лицензирования и сертификации. Однако это не противоречит реализации механизмов рыночного типа в медицинском образовании, поскольку рыночные механизмы современной экономики основаны на допущении, что каждая услуга является товаром, который продается на открытом рынке.

Представление о том, что рыночные механизмы всегда обеспечивают лучшие результаты, чем государственное планирование, может оказаться привлекательным для того, кто не учитывает социальные последствия либеральных реформ (Kuhlmann E., 2008). Между тем, либеральные реформы неизбежно приводят к созданию условий, при которых уязвимые группы общества, особенно наименее обеспеченные, не будут иметь равного доступа к качественному образованию, а порождаемый рынком индивидуа-

лизм в конечном итоге приведёт к разрушению коллективной ответственности (Lee R.M.K.W., Chiu-Yin Kwan, 1997). Производство образовательных услуг, а также их сбыт, обращение, покупка и потребление не следует рассматривать отдельно друг от друга, а во всех сложности взаимосвязей, как отражение единой системы бизнеса (Амблер Т., 1999).

За годы перехода России к новому экономическому укладу отечественная система образования, претерпела заметные изменения. Она стала более открытой и демократичной, исчез чрезмерный идеологический и административный контроль. После принятия 29 государствами подготовленной правительствами Великобритании, Германии, Италии и Франции в 1999 году Болонской Декларации, Россия, вступила в эпоху всеобщей и глубокой трансформации национальной системы образования, подписав в 2003 году соответствующее соглашение. С этого времени отечественная система высшего медицинского образования в условиях рыночной трансформации здравоохранения переживает сложный этап модернизации. Причем поиск путей и способов подготовки врачей «нового поколения», что, как ни странно, дополняет нарастание глубочайшего кадрового кризиса в системе производства медицинских услуг (Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В., 2012). В этой связи следует отметить, что в рамках реализации либеральных реформ, кроме государственных медицинских образовательных учреждений, унаследованных Россией от образовательной системы СССР, на рынке появились «новички» – медицинские факультеты государственных федеральных университетов и негосударственных вузов. В настоящее время в РФ по программам высшего медицинского образования идет подготовка специалистов в 88 медицинских вузах и факультетах (Медицинские вузы России, 2016).

От сертификация к аккредитации. Казалось бы, рост числа производителей на рынке образовательных услуг должен был усилить конкурентную борьбу между производителями на основе, прежде всего, повышения качества подготовки будущих врачей. Однако на практике этого не происходит. В современных условиях возникли проблемы несоответствия качества подготовки будущих врачей требованиям медицинских организаций в рамках функционирования системы «вуз – реальная клиническая практика» (Скворцова В.И., 2012; Краснопольская И., 2016). Негосударственные вузы по качеству подготовки выпускников, как ни парадоксально, не опережают государственные вузы. В целях систематического обновления знаний и профессиональных навыков специалистов в настоящее время начата реализация идеологии непрерывного образования. Результатом этого процесса должна стать модель сертификации специалистов (Merkur S., Mladovsky P., Mossialos E., McKee M., 2008; Motova G., 2012).

В течение последних нескольких лет в системе здравоохранения России была проведена системная работа по обновлению образовательных

программ разных уровней и профилей, определению и внедрению новых стандартизованных подходов к оценке качества подготовки медицинских работников и их аккредитации. Созданный в этих целях «Портал непрерывного медицинского образования» обеспечивает доступ врача к реестру дополнительных образовательных программ, где предоставлена возможность формирования индивидуального плана обучения, выбора образовательной программы, включающей симуляционные тренинги, стажировки, циклы повышения квалификации и др. (Глыбочко П.В., 2012).

По мнению чиновников Минздрава РФ, поэтапное внедрение аккредитации по всей группе специальностей «Здравоохранение и медицинские науки» позволит уже в 2017 году, начав с аккредитации выпускников медицинских вузов, планомерно перейти к аккредитации всех без исключения медицинских работников. И действительно модель контроля качества подготовки специалистов, участвующих в производстве медицинских услуг должна базироваться на соответствии выработанным критериям и стандартам. Причем разработка и реализация федеральных государственных образовательных стандартов третьего поколения (ФГОС-3) началась достаточно давно, что позволяет надеяться на то, что оценка качества подготовки выпускников медицинских вузов, проводимые производителями образовательных услуг (медицинские вузы) будут соответствовать оценкам аккредитационных агентств, причем, не только отечественных, но и зарубежных (Мотова Г.Н., 2012). Однако в современных условиях этих формальных оценок явно недостаточно, поскольку качество специалистов на рынках труда оценивается в объемах реальной их потребности в каждом его секторе отдельно.

В условиях рыночной трансформации производства образовательных услуг высшее медицинское образование должно быть ориентировано на фундаментальную подготовку будущего врача для работы в условиях конкретного рабочего места в медицинской организации соответствующего уровня. Именно с этой точки зрения реальное производство образовательных услуг в отдельных медицинских вузах становится угрозой для его дальнейшего существования в связи с низким уровнем компетенций выпускников. В этих вузах стандартизованный образовательный процесс заменяется его имитацией – студенты делают вид, что учатся, а преподаватели делают вид, что учат. Вместо повышения уровня требований к студенту по овладению теоретическими и практическими основами профессии и объективизации контроля профессиональных компетенций, преподаватели заняты «упрощением» учебников и учебных пособий, формированием учебной информации об устаревших технологиях, забывая о том, что выпускникам придется работать в медицинских организациях ориентированных на внедрение инновационных технологий завтрашнего дня. Именно сегодня во многих медицинских организациях при проверке соответствия претендентов (молодых специалистов) стандартам свободных штатных

должностей, возникают вполне обоснованные претензии к уровню качества подготовки выпускников вузов.

С одной стороны эти претензии постоянно звучат из кабинетов ответственных чиновников. Так Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова, отвечая на вопрос журналиста радиостанции «Эхо Москвы» А. Венедиктова «Как вы оцениваете нынешний уровень подготовки врачей в РФ?» «...Это самая большая проблема сегодняшнего дня. Уровень подготовки не просто снизился, а он просто бесстыдно низкий. Во-первых, состарились те преподаватели, которые в начале 80-х годов были яркими, молодыми, перспективными. Во-вторых – новые преподаватели, молодые, не пришли в отрасль и в вузы...» (Венедиктов А., 2012).

С другой стороны существуют претензии специалистов изнутри системы подготовки кадров для отрасли здравоохранения. В частности указывается на то, что произошла существенная деформация профессии преподавателя медицинского колледжа и университета. Профессиональная роль мастера, учителя и воспитателя в последние годы заменяется ролью технического специалиста по производству образовательных услуг. Основной задачей такого преподавателя является предоставление стандартной информации по избранной специальности, обучения исполнению элементарных задач по диагностике и лечению распространенных заболеваний, а также овладение стандартным набором профессиональных навыков и проверка освоения образовательной программы через систему формализованных контрольных процедур.

В такой системе преподаватели разделяются на две категории: «instructor», чья задача работать с основным потоком студентов, и «academic» – исследователь, творец, который работает с немногими «посвященными» (как правило, ординаторами и аспирантами), включая их в деятельность научной или узкоспециализированной медицинской школы. Воспроизводство же самого преподавательского корпуса нарушается, поскольку рабочее место категории «instructor», непривлекательно для талантливых выпускников вуза, как с позиций социального статуса, так и с позиций достойного уровня вознаграждения за творческий труд, – они находят творческую, и высокооплачиваемую работу в бизнесе (Ефимов В.С., 2016).

И действительно для учреждений социальной сферы важное значение имеет мотивации сотрудников «правильно» выстроенной системой оплаты труда, в частности так называемой «оплатой за результат» (pay for performance) т.е. за количество и качество произведенных услуг. Однако, например, исследование применения оплаты по результату в США показали, что как только выплаты прекращались, то снижалось качество предоставляемых услуг (Lee R.M.K.W., Chiu-Yin Kwan, 1997). Расширение применения высоких технологий в отечественной медицине предполагает повышение квалификации преподавательского корпуса медицинских вузов,

которые смогли бы формировать конкурентоспособного специалиста. Принцип практического обучения «Смотри и повторяй» перестал отвечать современным требованиям. На передний план выходят симуляционные технологии обучения, которые дополняют традиционное обучение у постели больного (Глыбочко П.В., 2015).

Глобализация мировой экономики, усложнение общественных отношений, рост открытости России для граждан других государств, так или иначе, касаются рынка образовательных услуг. Именно завтра понадобятся специалисты новой формации для реализации прорывных технологий в медицине. Каким образом на эти вызовы ответит система отечественного медицинского образования? Ведь изменения образовательных программ в рамках реализации ФГОС-3 приведет к росту числа студентов, которые получают подготовку в ординатуре и аспирантуре, а это увеличит сроки постдипломной подготовки врачей от 2 до 5, а то и до 7 лет. Кроме того, нарастание процессов глобализации расширит сектор рынка образовательных услуг для студентов из стран ближнего и дальнего зарубежья, что потребует совершенствования знания иностранных, а особенно английского и китайского языков, преподавателями медицинских вузов.

Качество образовательных услуг и образовательная среда. Между тем университеты всего мира сталкиваются со сходным кругом проблем – от недостаточного финансирования до фундаментальных вопросов взаимоотношений университетов и общества. В прошлые годы университеты могли по праву считаться источниками и проводниками новых идей и знаний. Однако современные возможности информационных технологий, глобализация открытого доступа к информации через Интернет в корне изменили глобальную образовательную среду. Широкое внедрение «ИТ» технологий резко изменило возможности доступа до образовательной информации всех без исключения потребителей, появились реальные возможности её получения непосредственно от ведущих преподавателей не только отечественных, но и зарубежных медицинских школ.

По мнению специалистов, решение проблем современных университетов потребует глубокого анализа образовательной среды (Mullan F., Politzer R.M. & Davis C.H., 1995; Summerlee A. J. S., Murray J., 2008). Анализ тенденций развития образования позволяет говорить о том, что ощущается острая необходимость перехода от информационно-сообщающего обучения на обучение, моделирующее и формирующее будущую профессиональную деятельность. Рынок стимулирует переход к активным формам обучения, позволяющим готовить специалиста, способного быстро адаптироваться к изменяющимся производственно-экономическим условиям, систематизировать проблемы медицинского образования, разрабатывать и профессионально принимать оптимальные альтернативные решения.

Петр Дуткевич, директор Центра государственного администрирования и управления, Карлтонского университета, (Канада) считает, что в качестве примера перехода к активным формам обучения может служить Университет Мак Мастера. В конце 1960-х гг. в этом университете на базе медицинской школы было реализовано так называемое проблемно-ориентированное обучение (Lester H., Schmittiel J. et al., 2010). Данный подход представлял собой ориентированный на студентов метод обучения, когда они изучают предмет через опыт решения поставленной задачи. При таком варианте подготовки формируется как стратегическое мышление, так и требуемые знания по предмету у будущих врачей. Основные цели проблемно-ориентированного обучения заключаются в развитии гибкого мышления, формирования эффективных навыков решения проблем, самоподготовки и сотрудничества, а также обоснование внутренней мотивации к формированию необходимого уровня компетенций. Он указывает на то, что образовательные учреждения, которые не учитывали особенностей завтрашнего дня, перестали быть востребованными и быстро прекратили свое существование (Дуткевич Пётр., 2015).

Обсуждение настоящего и будущего высшей медицинской школы в рамках изучения официальных точек зрения представителей властных структур, экспертных интервью различного уровня и результаты творческих семинаров позволило прийти к выводу о том, что важнейшей проблемой сегодняшней высшей медицинской школы является «имитационная модель» реформирования, что требует неотложных системных решений на уровне государства. Механизмы глобализации и рынок ставят новые задачи перед образовательными организациями, они достаточно давно были четко определены Дж. Уэлшем, исполнительным директором «Дженерал Электрик»: «Если скорость перемен внутри института меньше, чем скорость перемен снаружи, конец его близок» (Уэлч Дж., Бирн Р. Джек., 2004).

Исходя из практики управления бизнесом, те отечественные медицинские вузы, которые в обозримом временном периоде не примут системных решений по своей модернизации, станут нерентабельными, то надобность в дальнейшем их существовании отпадёт. Именно в складывающейся ситуации с высшей медицинской школой в РФ, требуется государственное вмешательство, но не в регулирование уровня конкуренции между медицинскими вузами разных форм собственности, а в регулирование допуска образовательных учреждений на рынок производства образовательных услуг с позиции их соответствия современным структурным и технологическим стандартам.

Стандарты высшего медицинского образования. Мы полагаем, что переходу на современные образовательные стандарты в отечественной высшей медицинской школе должен предшествовать системный анализ образовательной среды для оценки её достижений и недостатков. Остаётся

только сожалеть о том, что в довольно узком кругу представителей управляющих структур и экспертов чаще всего обсуждаются технические и технологические стандарты высшей медицинской школы, а структурные стандарты выпадают из сферы их внимания. Кто-то может сказать, что это детали, однако именно в деталях и скрываются истинные причины провалов реформы медицинского образования последних десятилетий.

В этой связи следует обратиться к опыту Абрахама Флекснера, который ещё в 1910 г. опубликовал свой доклад о медицинском образовании в США и Канаде. Этот доклад был сформирован на основании изучения образовательного процесса всех 155 медицинских школ этих государств. Проведенный анализ включал в себя 5 направлений:

- I. требования при поступлении,*
- II. количество и подготовка преподавателей,*
- III. финансовое состояние и цена обучения,*
- IV. качество учебных лабораторий,*
- V. состояние клинического госпиталя.*

Именно в этом докладе было указано, что качественные медицинские школы не могут существовать в отрыве от учебных лабораторий по химии, патологии и другим дисциплинам, а так же университетских клиник. В разделе рекомендаций по реформированию А. Флекснер призывал опираться на опыт лучших, приняв за образец/стандарт их структуру и функции. Число медицинских школ, по его мнению, следовало уменьшить со 155 до 31.

Что же относительно медицинского образования России того времени, то оно было построенное по образцу стандартов ведущих университетов Германии и Швейцарии. Но образцом для всей страны служил Клинический городок медицинского факультета Московского университета, построенный в 1887–1897 гг., как прообраз современного «частно-государственного партнерства»: земля на Девичьем поле была выделена Московской думой, а деньги на строительство дали 35 купцов-благотворителей. В результате за несколько лет медицинский факультет получил 12 великолепных зданий клиник, амбулаторию и 8 НИИ. Выступая в 1897 г. в Москве на открытии Международного съезда врачей, Рудольф Вирхов сказал: «В центре Европы создан центр науки, который и по направлениям, и по рангу своих представителей принадлежит одному из лучших, какой только может показать нация... Учитесь у русских» (Герасимов Г.А., 2012).

Остается только сожалеть о том, что более чем через 100 лет с момента опубликования доклада А. Флекснера и создания клинического городка медицинского факультета Московского университета, представители современного здравоохранения России не обращают внимание на то, что организационный стандарт того времени предусматривал ***«обязательное наличие университетской клиники в составе высшей медицинской***

школы». А между тем основоположник научного менеджмента Фредерик Уинслоу Тэйлор ещё в начале XX века говорил о том, что сберечь собственное время и ресурсы помогает творческое отношение к прошлому и чужому опыту. Именно такой подход позволяет оптимизировать организационную структуру, выбрать эффективную стратегию развития для своей организации (Taylor F.W., 1911).

По мнению президента Всемирной федерации медицинского образования Ганса Карле (Hans Karle, WFME) медицинский ВУЗ должен обеспечить студентам ресурсы, необходимые для получения достаточного клинического опыта, в том числе возможность обследования достаточного количества пациентов и посещения клинических учреждений. Всемирные стандарты WFME касаются всех трех этапов медицинского образования: базового высшего медицинского образования; последиplomного медицинского образования; повышения квалификации медицинских работников (Карле Ганс., 2003).

Следовательно, исходя из истории формирования медицинского образования в России, позиций международных организаций (WFME), подписанного РФ в 2003 г. Болонского соглашения, внедрение в настоящее время образовательной системы «вуз – реальная клиническая практика», построения концептуальной модели аккредитации образовательных систем, многочисленных заявлений чиновников различного уровня об успешной реализации ФГОС-3, медицинские вузы России должны пройти этап структурно-функциональной трансформации. В её основе должны лежать результаты проспективных исследований и анализа текущей деятельности. Для этого следует учитывать следующие давно известные обстоятельства:

- ✓ *Адаптацию цели и задач медицинского школы к показателям научного, социально-экономического развития региона.*
- ✓ *Изменение требований к подготовке специалистов в соответствии с документированными потребностями медицинских организаций, в которых им предстоит работать.*
- ✓ *Совершенствование учебных планов в рамках соответствия достижениям фундаментальных, биомедицинских, клинических наук, а также динамики структуры и характера заболеваемости населения региона.*
- ✓ *Обновление ресурсов, используемых в процессе обучения, в соответствии с изменением потребностей медицинского вуза и др.*

Однако главное обстоятельство, которое тормозит реализацию позитивных изменений в отечественной высшей медицинской школе, является отсутствие университетских клиник в большинстве провинциальных медицинских вузов России. Это обстоятельство формирует парадоксальную ситуацию, когда администрация многих государственных медицинских организаций считает кафедры вуза балластом, разрушая некогда достаточно

устойчивый механизм конструктивных производственных взаимоотношений между государственными образовательными и медицинскими организациями. А ведь именно «у постели больного» формируются этические и деонтологические принципы медицинской профессии у будущих врачей.

В настоящее время за пределами университетских клиник созданы препятствия к реализации участия сотрудников клинических кафедр вузов в производстве медицинских услуг и совершенствованию принципа медицинского образования «у постели больного». Переход России к непрерывному медицинскому образованию требует разработки специального подхода к формированию содержания, организации и контроля результатов подготовки врача. Развитию подобного подхода препятствует отсутствие современной национальной системы квалификаций, механизма формирования современных стандартных требований к профессии и стандартных технологий для каждой медицинской специальности. Переход к непрерывному обучению требует изменения системы управления образовательной сферой и ее ресурсного обеспечения.

По мнению профессора Южного федерального университета А.Г. Бермуса, ключ к современной концепции содержания образования находится в самом слове, имеющем смысл «содержания», т. е. отношения совместности, возникающей в образовательном пространстве, которое имеет разные традиции. «Наиболее традиционная «школа знания» строится на совместности, возникающей вокруг учебного текста (книги), в отношении к которой один из участников взаимодействия (учитель) осуществляет передачу этого знания, а другой (ученик) – получателя. Очевидно, что основным (если не единственным результатом) обучения становятся формально-демонстративные знания. Другая традиционная «школа деятельности» предполагает совместную деятельность учащихся и учителя по поводу решения учебных проблем. Результатами этой совместности являются компетенции как субъективированные образы деятельности по решению проблем» (Бермус А.Г., 2005).

Именно в условиях рыночной трансформации как отрасли здравоохранения в целом, так и системы медицинского образования, возникает конфликт интересов между штатными представителями коллективов медицинских организаций и представителями клинических кафедр вузов. Вполне естественно, что использование административного ресурса представителями коллективов медицинских организаций решает большинство проблем конфликта в их пользу. Сотрудникам клинических кафедр медицинских вузов не остается иного способа остаться на конвейере по производству медицинских услуг, как в рамках современного трудового законодательства стать штатными сотрудниками медицинских организаций. И в этом плане не имеет никакого значения юридический статус медицинской организации, и то, что является ли она клинической базой медицинского вуза.

Таким образом, приходится констатировать факт того, что участие профессоров, доцентов и других преподавателей клинических дисциплин медицинских вузов испытывает сегодня значительные ограничения, причем, как ни странно, даже в так называемых «клинических больницах». Надежд на то, что с течением времени будет разработано оптимальное положение о клинических базах, которое явится своеобразным «регулятором» взаимоотношений между вузовскими работниками и сотрудниками медицинских организаций не имеют под собой реальной основы, поскольку в условиях рынка взаимоотношения между производителями медицинских услуг формируются в рамках спроса, предложения и жёсткой конкуренции. Попытка вмешиваться в производственные процессы с помощью регулирующих документов, не поддерживаемых даже частью коллектива медицинской организации, вызывает конфликты, свидетелями которых мы периодически становимся.

Университетская клиника, как обязательное условие стандартизации медицинского вуза. Для любой медицинской организации, является ли она клинической базой вуза или существует за пределами интересов системы медицинского образования, весьма важным аспектом деятельности является выбор места на рынке медицинских услуг. Многие руководители государственных медицинских организаций стремятся увеличить объем поступления финансовых ресурсов для решения уставных задач. Возможный выход из такого положения – расширение оказания платных медицинских услуг населению и получение дополнительных финансовых ресурсов, что естественно становится в линейную зависимость между объемами производимых медицинским персоналом услуг и уровнем вознаграждения, в первую очередь врачебного персонала. Именно в эту схему достаточно сложно вписываются сотрудники клинических кафедр медицинских вузов не имеющих собственных клиник.

Специфика производства образовательных услуг в медицинском вузе обусловлена, прежде всего, тем, что подготовка врачей – особая сфера образовательного процесса, которая существенно отличается от образовательной деятельности вузов иной направленности. Именно поэтому основным стандартом медицинского вуза, который определяет выбор технологий преподавания и уровень качества образовательных услуг является стандарт структуры (основные фонды, кадры, материально техническое обеспечение и финансы). Стандарт основных производственных фондов медицинского образовательного учреждения – здания и сооружения, где расположены учебные лаборатории, классы, лекционные залы и университетская клиника – многопрофильное лечебное учреждение федерального уровня на 1000-1200 коек должны соответствовать требованиям СНиПов и САНПинов. Причем непосредственно университетская клиника должна представлять собой современный как лечебный, так и научный образова-

тельный комплекс, основной целью которого является: подготовка медицинских кадров (рис.2.1).



Рис. 2.1. Внешняя и внутренняя среда производства образовательных услуг медицинского вуза (Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В., 2012)

Внедрение ФГОС-3 в реальных условиях медицинских вузов Дальневосточного федерального округа (ДФО), который является самой отдаленной провинцией России, значительно затруднена по причине того, что они не имеют собственных клиник. И в контексте обсуждаемой проблемы представляет особый интерес два события, которые произошли в 2016 году в разных частях страны. Первое, – в течение нескольких дней в Дальневосточном федеральном университете (Владивосток) обсуждали перспективы развития ДФО до 2030 г., в рамках которого был заслушан доклад «Университеты будущего: глобальные тренды и перспективные модели» (Ефимов В.С., 2016).

Второе, – 25 октября 2016 г. (Резиденция «Горки» Московская обл.) было проведено заседание президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 25 октября 2016 г. № 9, о паспортах приоритетных проектов по основному направлению стратегического развития Российской Федерации «Образование» и «Здравоохранение» (Протокол, 2016). Остается только сожалеть о том, что оба этих события обошли молчанием проблемы качества отечественного медицинского образования с позиции стандартизации структурных элементов медицинских вузов, особенно организации университетских клиник.

Безусловно, что особенности организации учебного процесса в медицинских вузах в условиях реализации ФГОС-3 должны предусматривать компетентностный подход в подготовке будущих врачей, используя инновационные методы, инструменты и технологии образовательного процесса включающих широкое применение интерактивных технологий в рамках разработанных и внедряемых в практику электронных учебно-методических комплексов и фондов оценочных средств. Однако практическая подготовка специалиста любого профиля должна осуществляться на производственном конвейере медицинских услуг в университетской клинике, который невозможно заменить самыми совершенными симуляторами.

И дело совсем не в том, что нас преследует «навязчивая идея» о том, что каждый медицинский вуз в РФ должен иметь собственную университетскую клинику, а в том, что международная практика показывает, что в большинстве стран мира медицинский факультет университета или медицинский вуз может реализовать задачи по достижению заявленного уровня качества выпускников только в условиях наличия собственной клиники (University Hospital/Teaching Hospital), руководитель и медицинский персонал которой являются сотрудниками/преподавателями вуза, а структура подразделений клиники соответствует программам дипломной и постдипломной подготовки специалистов медицинского профиля.

В этой связи следует отметить, что в современной России ведущие медицинские вузы имеют университетскую клинику и даже не одну. В

частности в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова при наличии двух десятков собственных клиник вместе с Правительством Москвы с 2014 г. реализуется совместный проект «Университетские клиники» в рамках которого в медицинских организациях (клинических больницах) г. Москвы формируются единые команды специалистов университета и практикующих врачей (Краснопольская И., 2016). По мнению ректора этого университета, члена-корреспондента РАН П.В. Глыбочко сегодня следует расширять возможности практической подготовки специалистов используя открывающиеся возможности совместной работы с органами исполнительной власти регионов исходя из потребностей рынка. В частности: «...Возникла необходимость формирования системы высокотехнологичных стажировок для специалистов учреждений здравоохранения различных форм собственности. Первый МГМУ имени И.М. Сеченова активно использует учебно-тренинговый центр «Практика-медика» и Университетскую виртуальную клинику «Ментор медикус...» (Глыбочко П.В., 2012).

Однако подобных положительных примеров в отечественной медицине всего около десяти, а в большинстве случаев роль университетской клиники выполняет банальная областная/краевая или городская больница, где структура и уровень ресурсного обеспечения, в частности обновления основных фондов, не всегда соответствует целям и задачам образовательного процесса. А между тем университетская клиника должна обеспечивать непрерывное совершенствование методов диагностики и лечения, внедрение современного медицинского оборудования, за счёт формирования инновационных лечебно-диагностических отделений и вспомогательных служб. Но самое главное, – формировать специфическую среду в виде объединения медицинской организации, решающей задачи диагностики, лечения, профилактики и реабилитации заболеваний и медицинского вуза, где преподаватели осуществляют реализацию подготовки специалиста с требуемым уровнем компетенций на рынке труда. Для формирования нужного уровня компетенций у выпускников медицинского вуза эта специфическая среда должна обеспечить условия для доступности работы с современной профессиональной информацией. В свою очередь это требует обновление библиотечного фонда вуза, создания современной электронной библиотеки, оснащения учебных аудиторий и лекционных залов новым технологическим оборудованием для обеспечения образовательного процесса, а так же создания сети фантомных и симуляционных классов и лабораторий (Павлов В.Н., Цыглин А.А., 2015).

Концепция модернизации медицинского образования в России своей главной задачей определяет сохранение его фундаментальности, традиционности и соответствия актуальным потребностям, как отдельной личности, так и общества в целом. Остается только сожалеть о том, что медицинские образовательные учреждения Дальнего Востока России продолжают оставаться на периферии мейнстрима инновационного развития оте-

чественного образования, занимая места в четвертой десятке в различных отечественных рейтингах. Следует признать свершившимся факт окончательного расслоения медицинских вузов России на бесспорных лидеров и явных аутсайдеров.

Группу лидеров представляют вузы, преимущества которых заложены в регулярно обновляемых основных фондах, включая современные университетские клиники, в сочетании с высоким уровнем интеллекта профессорско-преподавательского состава и инновационной направленностью управлением производства образовательных услуг. Группу аутсайдеров представляют провинциальные медицинские вузы, дислоцированные в дотационных регионах страны, причинами отставания которых являются устаревшие основные фонды, отсутствие университетских клиник, тяжелейший кадровый кризис и неэффективное управление производством образовательных услуг.

Выход из сложившейся ситуации видится в совершенствовании механизмов государственной аккредитации медицинских вузов в сочетании с плановыми и внеплановыми проверками по примеру внеплановых учений, которые с завидной регулярностью проводит Минобороны РФ. Организация жесткой стандартизации производства образовательных услуг в сочетании с современными методами управления вузами позволит в течение обозримого временного периода приблизить аутсайдеров к лидерам.

2.2. Выбор профессии и мотивации её освоения будущими врачами

Новая фаза развития мировой цивилизации решающим образом связана с повышением роли человеческих ресурсов: интеллекта, созидательных способностей и качеств личности. Следовательно, именно в этой фазе развития резко возрастает и роль образования, оно все более прямо и непосредственно определяет социально-экономический прогресс и возможностей использования человеческого капитала (Улумбекова Г.Э., 2015). В этой связи следует отметить, что будущее не только общего образования, но и высшей школы во многом определяется сценариями социально-экономического развития России и её регионов. При этом важно оценивать вероятность возникновения и степень влияния кризисных ситуаций в медицинском образовании на процессы реформирования отечественной медицины.

Динамически меняющееся российское общество постоянно выдвигает новые требования к высшей медицинской школе как социальному институту, который опосредованно влияет на уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи широким слоям населения. Это, свою очередь, требует изменения целей, задач и отдельных функций высшей школы, а, следовательно – форматов и технологий ее деятельности (Сафонова М.А., 2011).

С позиции социальной значимости медицинские профессии во все времена занимали уверенные лидирующие позиции в списке нужных профессий, а профессия врача даже в условиях либеральных экономических реформ и рыночной экономики остается частым выбором молодых людей вступающих во взрослую жизнь. Определенный интерес вызывает оценка движущих мотивов выбора профессии и её освоения студентами медицинского вуза на стадии оптации и адаптации (Климов Е.А., 2004; Доника А.Д., 2009). Причем абитуриенты, поступающие в медицинский вуз, опираются не только на те или иные мотивы овладения профессией врача, но и исходят из представлений об «идеальном образе», воплощающем в себе необходимые и наиболее значимые профессионально-личностные качества медицинского работника. Данные представления в совокупности со специальными знаниями, умениями и навыками интегрируются на личностном уровне индивидуальной смысловой системы мотивов и обуславливают успешность профессиональной и личностной (деонтологической) подготовки будущего специалиста (Чижкова М.Б., 2015).

Анализ мотиваций выбора и освоения профессии врача. Для уточнения мотиваций выбора и овладения врачебной профессией было проведено специальное исследование. Объектом исследования стали студенты стоматологического и лечебного факультетов Государственного бюджетного образовательного учреждения Высшего образования «Дальневосточный государственный медицинский университет» (ГБОУ ВО ДВГМУ). Предмет исследования – оценка выбора профессии врача, анализ мотиваций овладения профессиональными компетенциями и оценка профессиональных планов. Метод исследования – анкетный опрос в сочетании с полустандартизированным индивидуальным и коллективным интервью (Погосян Г. А., 1985; Бондаренко А. Г., 2006; Krueger R.A., 1998). В 2017 г. по специально разработанной программе опрошены 164 студента стоматологического и 324 студента лечебного факультетов ГБОУ ВО ДВГМУ. В ходе исследования изучены несколько аспектов, влияющих на выбор врачебной специальности и формирование профессиональных компетенций, которые стали источником задач для достижения поставленной цели в виде мотивации в овладении профессиональными знаниями и умениями, а также последующего выбора сегмента на рынке труда.

Анализ контингентов студентов подвергнутых социологическому опросу показал, что структура источников финансирования профессиональной подготовки студентов стоматологического и лечебного факультетов ГБОУ ВО ДВГМУ различна. Так значительная часть студентов (более 87%) стоматологического факультета обучалась за счёт средств спонсоров – как правило, обеспеченных родителей (платное обучение по контракту), а на лечебном факультете картина обратная – более $\frac{3}{4}$ студентов обучалось за счёт средств федерального бюджета. Подавляющее число студентов обоих факультетов, обучающихся за счет средств федерального бюд-

жета, поступало в рамках конкурсного набора, большинство из которых выпускники средних школ городов региона имеющие высокий уровень Единого государственного экзамена (ЕГЭ).

Остается только сожалеть о том, что система набора абитуриентов для обучения в высшей медицинской школе не учитывает особенностей врачебной профессии, требующей как призвания в сочетании с высокими моральными принципами, так и достаточного уровня мотивации к освоению профессионального мастерства, что сказывается на объеме «потерь» (отчисления) студентов в процессе обучения. Наибольший уровень потерь приходится на первый и второй год обучения на обоих факультетах. Ведущей причиной отчисления является академическая задолженность.

По данным анализа индивидуальных и коллективных интервью большая часть причин прекращения обучения студентами на начальном этапе подготовки связана с недостаточными ценностными ориентациями. Это происходит в условиях, когда будущий врач запроектировал в своем сознании овладение профессиональным мастерством на основе желания лечить людей с позиции своих потребностей, но без учёта своих способностей и возможностей. Между тем, выработанные и принятые обществом основания для оценки труда медицинского работника, его сложности в сочетании с системой духовных ценностей, профессионального менталитета и правил профессиональной этики требуют длительных и значительных усилий со стороны молодых людей, выбравших эту благородную, но сложную и тяжёлую профессию.

Результаты мотивов выбора профессии врача показало, что более трети из них не были охвачены мероприятиями по профориентации. Между тем, значительной части студентов медицинского вуза присущи внутренние мотивы, причем преобладающим является внутренний социальный мотив – «желание помогать/лечить людей». (рис.2.2).

Причем, для студентов лечебного факультета этот мотив сочетался с мотивом «интересная специальность» (22,72 и 22,58% соответственно). Что же относительно студентов стоматологического факультета то ведущим мотивом, повлиявшим на профессиональный выбор, представлен «желание помогать/лечить людей» (18,0±1,58%) в сочетании с мотивом «престижная профессия» (18,85±1,61%). Следующие места среди мотивов, определивших выбор профессии на лечебном факультете, заняли «склонность (призвание) к профессии» (13,74±1,29%) и «престижная профессия» (12,62±1,24%), а на стоматологическом факультете – «высокооплачиваемая профессия» (14,43±1,45%) и «интересовала специальность» (14,77±1,46%)

Отдельные студенты не готовы и не мотивированы к значительным нагрузкам, связанных даже с начальным этапом профессиональной подготовки на первых курсах вуза, что иногда отрицательно сказывается на показателях успеваемости и формирует разочарование сделанным профессиональным выбором.



Рис. 2.2. Основные мотивы, повлиявшие на выбор профессии врача среди студентов ГБОУ ВО ДВГМУ (% от числа опрошенных)

По данным проведенного опроса среди студентов лечебного факультета только $57,39 \pm 2,90\%$ укрепились в правильности выбора профессии врача, а число разочаровавшихся составило $10,65 \pm 1,81\%$. Среди студентов стоматологического факультета $74,07 \pm 3,44\%$ опрошенных укрепились в правильности выбора профессии врача-стоматолога, а число разочаровавшихся составило $8,02 \pm 2,13\%$.

Настораживает значительная доля студентов на обоих факультетах, затруднившихся ответить на поставленный вопрос ($31,96 \pm 2,73$ и $17,90 \pm 3,01\%$ соответственно) (табл. 2.1).

Таблица 2.1.

Изменились ли Ваши мотивы выбора профессии в процессе обучения в вузе?

Мотивы \ Факультеты	Лечебный	Стоматологический	p
Укрепился в выборе профессии	$57,39 \pm 2,90$	$74,07 \pm 3,44$	$<0,001$
Разочаровался в выборе профессии	$10,65 \pm 1,81$	$8,02 \pm 2,13$	$>0,05$
Затрудняюсь ответить	$31,96 \pm 2,73$	$17,90 \pm 3,01$	$<0,001$

Успешность учебной деятельности на стадии оптации и адаптации детерминирована уровнем развития мотивационной сферы личности. Мо-

тив для будущего врача представляется в виде интереса и побуждения к активности по овладению профессиональными знаниями и умениями, направленной на формирования востребованных рынком труда компетенций.

Только $60,54 \pm 2,82\%$ студентов лечебного факультета указали на то, что учатся с интересом, что же относительно студентов стоматологического факультета, то доля обучавшихся с интересом составила всего $55,76 \pm 3,87\%$ (табл. 2.2).

Таблица 2.2.

Проявление интереса к обучению профессии врача (% от числа опрошенных)

Мотивы \ Факультеты	Лечебный	Стоматологический	p
Учусь с интересом (нравится)	$60,54 \pm 2,82$	$55,76 \pm 3,87$	$>0,05$
Трудно сказать	$28,87 \pm 2,59$	$31,52 \pm 3,62$	$>0,05$
Учиться не интересно	$3,74 \pm 1,11$	$1,21 \pm 0,85$	$>0,05$
Учусь по необходимости	$8,84 \pm 1,66$	$11,52 \pm 2,49$	$>0,05$

От $8,84 \pm 1,66\%$ студентов лечебного факультета до $11,52 \pm 2,49\%$ студентов стоматологического факультета высказали мнение о том, что учатся «по необходимости», а от $28,87 \pm 2,59\%$ до $31,52 \pm 3,62\%$ затруднились ответить на этот вопрос.

Среди трудностей, отрицательно сказывающихся на уровне успеваемости ведущее место, как на лечебном, так и на стоматологическом факультете, занимают чрезмерная умственная нагрузка ($27,43 \pm 1,77$ и $27,54 \pm 2,23\%$ соответственно), сложность изучаемых дисциплин ($15,99 \pm 1,45$ и $23,08 \pm 2,10\%$ соответственно) и организация учебного процесса ($16,93 \pm 1,48$ и $17,12 \pm 1,88\%$ соответственно). Другие причины, отрицательно сказывавшиеся на уровне успеваемости, по мнению респондентов, имели меньшее значение (рис. 2.3).

Отсутствие выхода из сложившейся ситуации, когда студент не в состоянии преодолеть причины, отрицательно сказывающиеся на успеваемости, формирует кризисную ситуацию, которая может стать причиной прерывания или прекращения обучения. Сам по себе кризис профессионального становления можно рассматривать и как постоянные «разочарования» (кризисы разочарования) в различных аспектах своего обучения и будущей работы. Но самым болезненным становится разочарование в самом себе, неуверенность студента в том, что он правильно выбрал профессию, что из него получится настоящий профессионал и т.п. Смена (или перестройка) иерархии жизненных и профессиональных ценностей лежат в основе многих вариантов кризиса профессионального становления.



Рис. 2.3. Причины, отрицательно сказывающиеся на уровне успеваемости студентов ГБОУ ВО ДВГМУ (% от числа опрошенных)

Динамика мотивов выбора профессии и будущие профессиональные планы выпускников медицинского вуза. Подготовкой кадров специалистов высшего звена в здравоохранении на Дальнем Востоке России занимается 5 медицинских ВУЗов: г. Благовещенск – Амурская государственная медицинская академия; г. Владивосток – Владивостокский государственный медицинский университет; г. Хабаровск – Дальневосточный государственный медицинский университет и Институт подготовки специалистов здравоохранения Минздрава Хабаровского края; г. Якутск – медицинский институт Якутского государственного университета. И хотя труд медицинских работников относится к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности, он в значительно большей мере, чем у представителей других профессиональных групп, связан с ответственностью за здоровье и жизнь отдельных людей и общества в целом. Выпускник школы или колледжа, выбирающий профессию врача – это потенциальный субъект труда специалиста в сложных социально-экономических условиях. Типичные проблемы данной стадии становления профессионала: принятие решений в ситуации неопределенности, выбор не только профессии, учебного заведения, но и образа жизни, связанного с будущей профессией (Костакова Т.А., 2011; Дьяченко В.Г. с соавт, 2012).

Параллельно анализу мотивов выбора профессии врача и мотивации освоения её основ был проведен сравнительный анализ студентов обучавшихся в 2010 г. по программе ФГОС-2 и в 2015 г. по программе ФГОС-3. Исследуемая группа студентов ГБОУ ВО ДВГМУ продолжала освоение способов самостоятельной жизни, включая обучение избранной профессии и временное трудоустройство. Завершался этот этап различными вариантами апробации своего соответствия избранной профессии, как во время производственной практики, так и в процессе реальной трудовой деятельности, часто совмещаемой с учебой. С завершением стадии выбора профессии и созданием личного профессионального плана, будущий врач вступает в стадию собственно профессионального развития, что явилось причиной вопроса о специальности, по которой респондент собирается работать после окончания вуза.

Как в 2010 г., так и в 2015 г. наиболее критическими, согласно концепции нормативных кризисов и стадий профессионализации, оставались возрастные периоды: 17-18 лет (поступление в ВУЗ и начальный этап обучения), 22-25 лет (выбор профиля специализации, выбор места работы, возможное образование семьи и т.п.). Именно в эти периоды становления врача наблюдались высокие показатели состояния тревожности, эмоциональной нестабильности и распространенности невротических расстройств. Особенностью рассматриваемого профессионального поля является наблюдаемая во всем мире феминизация его субъекта деятельности.

Результаты регулярных опросов старшеклассников общеобразовательных школ, учащихся медицинских колледжей и абитуриентов ДВГМУ показали, что работа по оказанию помощи старшеклассникам в выборе профессии врача недостаточна, поскольку более чем 51,81% старшеклассников и 45,32% абитуриентов указывали на то, что они не были охвачены мероприятиями профориентации. Среди желающих поступить в медицинский вуз преобладали девушки (74,32%) и молодые люди, родственники которых так или иначе были связаны с медицинскими профессиями (57,12%).

Основной частью студентов ГБОУ ВО ДВГМУ в 2010 г. являлись лица принятые и обучающиеся по направлениям медицинских организаций (целевой набор) на бюджетной основе (32,8%), второе место занимают выпускники поступавших и обучавшихся в рамках общего конкурса на бюджетной основе (32,4%), третье место – студенты обучавшиеся за счет личных средств родителей или спонсоров (31,6%). Незначительная часть (3,1%) обучалась за счет личных средств, т.е. студенты сочетающие учебу в вузе с работой. К 2015 г. соотношение источников финансирования обучения студентов ДВГМУ кардинально не изменилось, однако более 65% из них обучалось за счет средств налогоплательщиков (табл. 2.3).

Анализ трудоустройства студентов, обучавшихся по целевому набору, окончивших вуз и вернувшихся на «малую родину» составляет всего 15

– 20% от всего числа «целевиков». Единственный субъект РФ Дальневосточного федерального округа, который добился возвращения до 96-98% «целевиков» – это Республика Саха (Якутия), которая в течение второго десятилетия ведёт целенаправленную, системную работу по подготовке молодых специалистов для здравоохранения территории.

Таблица 2.3.

Структура источников финансирования подготовки студентов ДВГМУ охваченных социологическим опросом в 2010–2015 гг. (%)

№ п/п	Принцип обучения	2010 г.	2015 г.
1.	Обучение по целевому набору на бюджетной основе	32,8	33,1
2.	Обучение в рамках конкурса на бюджетной основе	32,4	31,6
3.	Обучение за счет родителей (спонсоров)	31,6	32,1
4.	Обучение за счет личных средств	3,1	3,2

Данные социологического опроса студентов ДВГМУ в 2010–2015 гг. показал снижение числа студентов, обучавшихся с интересом с 58,6 до 54,2% и значительного роста числа студентов, которые учились без особого интереса с 3,5 до 15,7% (табл. 2.4.).

В рамках реализации коллективных интервью обсуждению подвергались проблемы углубления профессиональной подготовки по специальности врача общей (семейной) практики с выпускниками всех факультетов медицинского вуза.

Таблица 2.4.

Анализ мотиваций студентов ДВГМУ к обучению профессии врача (%)

№ п/п	Мотивации к профессиональному обучению	2010 г.	2015 г.
1.	Учился с интересом	58,6	54,2
2.	Затрудняюсь ответить	25,5	19,4
3.	Учился без особого интереса	3,5	15,7
4.	Учился по необходимости	12,4	10,7

В этом смысле вызывали интерес выдержки из индивидуальных интервью, касающихся формирования профессиональных компетенций и планов будущих врачей.

Лечебный факультет:

- ✓ «...Очень понравились занятия по хирургии, профессор В. подробно объяснил план операции и блестяще выполнил её в нашем присутствии. Буду хирургом...»
- ✓ «...Учились в клинике «Семейной медицины», сложилось впечатление, что и преподаватели и персонал не представляют содержание работы врача общей практики и не заинтересованные в нашей профессиональной подготовке. Приложу максимум усилий для того, чтобы никогда не работать в поликлинике...»

- ✓ *«...После получения сертификата врача общей практики сделаю всё возможное чтобы стать узким специалистом...»*

Педиатрический факультет:

- ✓ *«...Вынуждена слушать лекции профессора, которые в своих лекциях дублирует главы из учебника по педиатрии Шабалова. Учебник лучше...».*
- ✓ *«...Не собираюсь работать участковым врачом-педиатром – это сложная и неблагоприятная работа, планирую освоить специальность, связанную с ультразвуковой диагностикой...».*
- ✓ *«...Не сделал ни одной спинномозговой и плевральной пункции даже на симуляторе, не владею приемами первичной реанимации, ни разу не пользовался дефибриллятором...»*

Стоматологической факультет:

- ✓ *«...После практики в частной клинике, где столкнулся с практическим применением 3D технологий в стоматологии, понял, что обучался в университете технологиям устаревшим ещё в прошлом веке...»*
- ✓ *«...Практические занятия проходили в частной клинике, преподаватель принимал своих пациентов, а мы сидели в другом кабинете и «читали» учебник...»*
- ✓ *«...Пошел работать ассистентом в частную клинику, чтобы «набраться» практических навыков. УНИСТОМ – это отстой!...»*

При оценке студентами своего будущего социального статуса, который отражал совокупность прав и обязанностей, социальные ожидания, нормы поведения и особенности функционирования системы производства медицинских услуг, было выделено четыре основных профессиональных контекста мотиваций.

1. Экономический (58,5%), который определялся эффективностью экономического стимулирования, уровнем и принципом оплаты труда в сочетании с дополнительной зарплатой (официальной и теневой), а так же стратегией повышения уровня зарплаты как показателем успешности деятельности специалиста.

2. Профессионально-должностной (27,5%): в виде формирования успешной профессиональной карьеры, уровня притязаний в сочетании с трудовой мобильностью и удовлетворенностью своим квалификационно-должностным положением.

3. Престижный (9,1%), который определялся уровнем оплаты труда, доступностью повышения квалификации, занимаемую должность в сочетании с опытом врачебной деятельности и мнением коллег-профессионалов, доступность имущественных благ и привилегий.

4. Социально-психологический (4,9%) в виде адаптации в коллективе медицинской организации в сочетании с профессиональным ростом, фор-

мирования авторитета в глазах коллег и пациентов, наличия коммуникативных каналов, а так же число наград и поощрений.

Ожидаемым лидером мотиваций формирования социального статуса стал экономический (58,5%), где опрашиваемые студенты весьма чётко указывали контекст мотиваций, который определялся эффективностью экономического стимулирования, уровнем и принципом оплаты труда в сочетании с формированием успешной карьеры. Что же относительно престижа и социально-психологического контекста профессиональных мотиваций, то они отодвинуты в нижнюю часть рейтинга.

Вызывает беспокойство, что профессиональная компетентность в среде будущих врачей перестала быть ведущим контекстом мотиваций оказывающих влияние на социальный статус врача. В то же время именно профессиональная компетентность выступает интегральной составляющей профессиональной подготовки молодого врача, которая обуславливает способность решать типичные профессиональные задачи, а также проблемы, которые возникают в реальных ситуациях его профессиональной деятельности, с использованием знаний и профессионального опыта.

Мы полагаем, что именно будущий социальный статус молодого специалиста и этические установки, полученные в процессе обучения и определяет формирование профессиональных планов после окончания обучения в медицинском вузе. Однако, по мнению руководителя Высшей школы организации и управления здравоохранения Г.Э. Улумбековой 25% выпускников медицинских вузов в РФ уходит из профессии, что усилит кадровый кризис. По её мнению: «...Кадровый дефицит в отрасли составляет 170 тыс., или 30% врачей» (Улумбекова Г.Э., 2015),

Мы полагаем, что одной из причин этого явления стало ухудшение отношения общества к медицинским работникам, что отрицательно сказалось и продолжает сказываться на взаимоотношениях отдельного пациента и медицинского работника. В то же время по данным нашего исследования профессиональные планы будущих врачей отличаются от тех, которые приведены Г.Э. Улумбековой, – всего от 2,7% выпускников ГБОУ ВПО ДВГМУ в 2010г. до 1,8% в 2015 г. планировали свою трудовую деятельность за пределами профессии врача (табл. 2.5.).

Анализ профессиональных предпочтений выпускников ДВГМУ в 2010 г. указывал на то, что первое место в них занимало трудоустройство в коммерческих медицинских организациях (27,41%), втором место – трудоустройство в федеральных или региональных медицинских организациях (22,78%) на должности узких специалистов, т.е. именно там, где кадровая ситуация пока далека от критической. Третье место в рейтинге предпочтений занимали 20,08% респондентов, которые планировали покинуть регион и работать по избранной специальности в центральных регионах России или столичных городах (Москва и С.Петербург).

Таблица 2.5.

Структура направлений планирования своей деятельности после окончания обучения выпускниками ГБОУ ВПО ДВГМУ (%)

№ п/п		2010 г.	2015 г.
1.	Работать в коммерческих медицинских организациях	27,4	31,2
2.	Работать в региональных (краевых, областных) и федеральных МО ДФО врачом по узкой специализации	22,7	25,4
3.	Покинуть Дальний Восток России и переехать на постоянное место жительства в её центральные регионы и работать врачом	20,1	25,3
4.	Вернуться по месту постоянного жительства в ДФО и работать врачом в соответствии с сертификатом	12,4	8,6
5.	Заниматься научной деятельностью после обучения в аспирантуре (ординатуре)	8,1	3,3
6.	Уехать на постоянное место жительства за рубеж и работать врачом	4,6	2,3
7.	Не планирую работать врачом	2,7	1,8
8.	Затрудняюсь ответить	1,5	1,8
9.	Не планирую работать вообще	0,4	0,3

Только 12,36% опрошенных выпускников строили планы трудоустройства по месту постоянного жительства в ДФО по специальности согласно полученному сертификату врача общей практики. Относительно небольшая группа выпускников (8,11%) планировала продолжить образование и заниматься научной деятельностью. Всего 4,63% наиболее подготовленных студентов, изучающих иностранные языки (английский и реже японский, китайский, корейский), строили планы, связанные с отъездом на постоянное место жительства за рубеж (США, Австралия, Ю. Корея и КНР).

Доля выпускников 2010 г. лечебного и педиатрического факультетов, которые после получения диплома врача не планировали трудоустроиться в медицинских организациях, минимальна – 2,70%. Исключение составляли выпускники стоматологического факультета, где 99,7% респондентов однозначно указали на свои планы продолжать профессиональную карьеру врача-стоматолога. В то же время, только 6,25% выпускников лечебного факультета планировали работать в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) участковыми (семейными) врачами после сдачи сертификационного экзамена, на педиатрическом факультете таких несколько больше – 8,33%.

В течение истекших пяти лет (с 2010 по 2015 гг.) профессиональные планы выпускников ДВГМУ претерпели определенные изменения. Достоверно выросла доля студентов, которые планируют работать в коммерческом секторе – с 27,4 до 31,2%, аналогичные изменения претерпели профессиональные планы выпускников по трудоустройству в медицинских организациях третьего уровня (краевых, областных и федеральных) с узкой специализацией. Выросла доля выпускников, планирующих покинуть регион и переехать на постоянное место жительства в центральные регионы России. В то же время достоверно уменьшилось число будущих врачей планирующих вернуться к месту постоянного жительства в малые города, рабочие поселки и сельские поселения ДФО – с 12,4 до 8,6%, а так же число лиц, планирующих заниматься научной деятельностью – с 8,1 до 3,3%.

Профессиональные планы выпускников медицинского вуза, несмотря на заявленные управляющими структурами отрасли программу реформ медицинского образования и организации ПМСП, не соответствуют прогнозам и ожиданиям экспертов и аналитиков. По мнению большинства опрошенных выпускников медицинских вузов для их привлечения на пустующие многие годы должности врачей общей практики (участковых врачей), необходимы меры направленные на повышение их социального статуса. Сегодня именно этой весьма многочисленной группе медицинских работников требуется повышение уровня общественного внимания, а не только рост заработной платы и адекватное обеспечение жильём. Повысив социальный статус выпускников медицинских вузов общество вправе ожидать от них должного уровня профессиональной компетентности и мотивации в сочетании с наличием необходимых личностных качеств: доброты, гуманности, чуткости, терпения, сочувствия и эмоциональной адекватности.

Профессиональное развитие будущих врачей состоит в реализации совокупности их установок и ожиданий по отношению к рынку труда и определения своего места в нем. Именно на этом этапе происходит проигрывание, оценка перспектив исполнения своей профессиональной роли, вариантов собственного профессионального пути. Аспект выбора медицинской организации в зависимости от формы собственности студентами первых курсов лечебного и стоматологического факультетов ГБОУ ВО ДВГМУ. В государственных медицинских организациях планирует работать всего $31,40 \pm 2,71\%$ студентов лечебного и $14,55 \pm 2,74\%$ студентов стоматологического факультетов.

Итак, выбор специальности и успешность обучения в медицинском вузе будущего врача определяются связями психологических свойств личности, мотивов и внешних факторов. В условиях рынка производства образовательных услуг необходимо создание системы социологического сопровождения формирования профессиональных компетенций будущих врачей, что потребует разработки методики, которая включала бы ком-

плексное изучение профессионально значимых и морально-этических характеристик будущих специалистов и пути повышения уровня мотиваций, необходимых для овладения профессиональным мастерством. Именно тогда появится возможность скорректировать адекватное представление о профессии, создавая стойкий интерес к ней, и дальнейшую ее популяризацию. В то же время полученные данные наглядно продемонстрируют долю студентов, которые действительно будут продолжать развиваться и работать в медицинской сфере.

2.3. Этические правила и правовые вопросы взаимоотношения в системе «врач-пациент», основные модели

Профессиональный выбор любого человека формируется в современной, достаточно сложной обстановке трансформации моральных и этических ценностей. Особое значение этот выбор приобретает в профессиональной деятельности, которая связана с ответственностью за жизнь и здоровье других людей (врач, фельдшер, медицинская сестра и др.). Деятельность врача напрямую связана с жизнью и здоровьем его пациентов. Имея дело, с часто не похожими друг на друга людьми, врач вынужден ежедневно принимать решения, которые не всегда можно уложить в алгоритмы и стандарты профессиональной деятельности. Тем более, что в сформированные в течение значительного исторического промежутка традиционные взаимоотношения врача и пациента, извне, почти насильно внедряются рыночные механизмы (спрос и предложение), принципы ведения бизнеса, производство и продажа медицинских услуг и много того, что связано с изменившейся политической и экономической системой Российского государства, что потребовало поиск нового типа отношений врача и пациента.

Конечно же, их поиск и формирование не было спонтанным, а было отражением значительных достижений биологической и медицинской науки и результатом внедрения инновационных технологий в производство медицинских услуг. В современных условиях медицинские работники в отдельных случаях вынуждены были принимать решения, которые входили в противоречие с нормами классической медицинской этики. На этом фоне повысилось внимание к правам личности, в том числе и к правам пациента, что в конечном итоге привело к новому пониманию сути взаимоотношений между медицинским работником и пациентом. Известная в течение тысячелетий модель взаимоотношений «опекунского» типа стала терять некогда весьма прочные позиции.

Основы врачевания с позиции этики и права. В условиях, когда для начала постижения основ врачевания в медицинском вузе, является только высокий балл Единого государственного экзамена (ЕГЭ), а морально-этические качества будущего врача отходят на второй план, всё чаще и чаще приходится сталкиваться с молодыми людьми, которые приходят в

профессию в надежде реализовать себя в медицинском бизнесе. Причем, по нашим многолетним наблюдениям, доля бизнес мотивированных студентов в среде будущих врачей стабильно увеличивается. Однако даже если будущий профессионал мотивирован жить по совести, по Божьим Законам, довольно часто его благие намерения тонут в пучине неопределенности, поскольку современное Российское общество пока ещё не сформировало собственных идеологических принципов, а идеологические принципы социального государства – бывшего СССР сегодня разрушены полностью.

Повышение уровня интереса к НИОКР в междисциплинарном поле от педагогики до социологии медицины обусловлено формированием закономерностей и механизмов формирования профессионализации на разных стадиях подготовки врача. Особую значимость имеет додипломная стадия, на которой закладываются не только базовые компетенции, но и возможные предпосылки девиаций в профессиональной роли. В современных реалиях распространяется социальная практика выбора профессии и/или специальности в зависимости от степени благоприятности условий поступления в медицинский вуз, а не профессионального интереса. По мнению А.Д. Доника «Немотивированный выбор профессионального поля является одной из причин того, что 29,3% выпускников медицинских вузов уходят из медицинской профессии. Оставшиеся в профессии подвержены постоянному влиянию стрессоров, обусловленных не только особенностями профессиональной деятельности, сопряженной с эмоциональным и физическим напряжением, но и неадекватностью степени их материального вознаграждения» (Доника А.Д., 2010).

Изучение социального взаимодействия сложной общественной системы современной России, находящейся в процессе трансформации от принципов социализма к принципам либеральной экономики, является одной из приоритетных задач социологии медицины. В переходный период развития российского общества, отмеченный процессами сложного качественного роста, когда принципиально меняются механизмы его устройства и функционирования, правомерно ожидать повышенного внимания к теоретическим и практическим проблемам социального взаимодействия, в том числе взаимодействия производителей (врачей) и потребителей (пациентов) медицинских услуг.

В условиях формирования рыночных механизмов современное общество переживает период трансформации, когда манифестируется «аксиологический хаос». Именно в современных условиях трансформации общества формируется необходимость разработки аксиологической точки зрения, чтобы задать направление процессу изменения, поскольку отсутствие такой перспективы создает опасность социальной дезинтеграции. Учитывая неизбежность разногласий по вопросам высших ценностей, будущий врач не может рассчитывать на то, что окружающие будут поддерживать стандартные принципы справедливости. Поэтому он будет под-

держивать только тот справедливый стандарт, который, по его мнению, может быть достигнут посредством «перекрывающегося консенсуса» (Петров А.В., Мирошникова О.В., 2011), т.е. согласия со стороны других людей, которые, тем не менее, могут иметь отличные представления о добре и зле.

В то же время в большинстве случаев следует признавать, что многие представители современного медицинского сообщества могут придерживаться отличных от общепринятых ранее принципов и норм, и что проблемы высших ценностей должны быть решены в условиях, приемлемых для всех. В этой связи следует признать, что было бы неразумно навязывать взгляды, которые сформировались в медицинском сообществе социального государства, к которым с полным обоснованием можно отнести бывший СССР, современным специалистам. В связи с этим, толерантность, подразумевающая антидогматизм, представляется ценным ресурсом на пути современного общества к принципу глобальности, предполагающему различие и сосуществование индивидуальностей с различными ценностями и идеалами (Мирошникова О.В., Рева И.Е., 2011).

Принципы гармонии и взаимопонимания субъектов взаимодействия становятся ведущими ценностями в построении социальных отношений различного уровня. Для осуществления нового типа социальных отношений необходимо воспроизводство такого типа личности, который обладал бы развитой культурой толерантности. Согласно Декларации принципов толерантности, утвержденной резолюцией 5.61 Генеральной конференции ЮНЕСКО от 16 ноября 1995 года, «в школах и университетах, в рамках неформального образования, дома и на работе необходимо укреплять дух толерантности и формировать отношения открытости, внимания друг к другу и солидарности»³.

Формирование толерантности имеет свои особенности в различных культурных конфигурациях. Одной из таких конфигураций является медицина (Мирошникова О.В., Гребенюк М.О., 2010). Здесь принцип толерантности имеет особенное значение, поскольку она непосредственно связывает гуманистические принципы формирования культурных паттернов профессиональной деятельности. Это требует специального подхода к системе медицинского образования. В медицинских вузах современной России наблюдаются попытки решать проблему подготовки толерантных специалистов области здравоохранения. Решение данной проблемы осложняется недостаточной разработанностью целевых установок, принципов, дидактических средств, определяющих профессиональную культуру и правовые установки будущих врачей, что происходит в условиях формирующегося количественного и качественного кадрового кризиса в отрасли. Именно кадровый кризис усиливает значение внедрения этических принципов в

³ Декларация принципов толерантности. – Париж, 1995. <http://www.un.org> (по состоянию на 06.07.2017)

сферу производства медицинских услуг, поскольку биомедицинская этика – это сфера нормативной регуляции, предметом которой являются отношения, затрагивающие жизнь, здоровье человека, опосредованные мировоззренческими установками о достоинстве личности, свободе как автономии личности, свободе совести и др.

В период становления либеральной экономики с помощью реализации механизмов рынка важное значение приобретает понимание биоэтики, как антропологического учения о мере возможного вмешательства в биологическую природу человека, а сами теоретико-правовые парадигмы её познания группируются в соответствии с решением проблемы о доминанте духовного либо природного начал. Причем в историко-правовом контексте существуют два подхода к решению указанной проблемы. Первый из них, основываясь на контексте европейского правового гуманизма, обосновывающего в качестве базовой ценности универсальность и автономию личности, ее права и свободы, коренящиеся в абсолютизации биологической природы человека, легитимирует биоэтику как нормативное обоснование возможности медико-биологической трансформации человеческого организма, обусловленной необходимостью его совершенствования. Второй представляет собой религиозно-консервативное обоснование духовности как доминанты человеческой природы, сущности человека и обосновывает недопустимость подобных трансформаций как противоречащих религиозной этике.

Современные открытия в биомедицинской сфере являются предпосылкой реконструкции традиционных правовых и нравственных ценностных ориентации и установок. Такая реконструкция коснулась не только сферы научного мировоззрения, но и этической сферы, обнажила множество проблем в сфере защиты и реализации прав человека. Противоречие между современным мировоззрением и классическим пониманием прав человека следует рассматривать как одну из важнейших проблем нормативного регулирования медицинских инноваций. В условиях постмодернистского отрицания абсолютных нравственных ценностей в современной юридической антропологии биомедицинские инновации интерпретируются в контексте этики общества потребления, где смысл человеческой жизни редуцируется к получению материальных благ и гедонизму (Золотарева Е.А., 2009).

У истоков конфликта интересов врача и пациента. На протяжении длительного периода времени проблема конфликта, связанного с оказанием медицинской помощи, фактически не обсуждалась в отечественной правовой литературе (Михайлова Х.Н., 2008). Во многом это объясняется существовавшей долгие годы государственной, плановой системой оказания медицинской помощи, в рамках которой общественные отношения традиционно регулировались нормами публичного права, что не позволяло в полной мере защищать частные интересы пациентов. Ситуация корен-

ным образом изменилась в 1993 г., с принятием Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, включивших в себя раздел IV «Права граждан в области охраны здоровья» и раздел VI «Права граждан при оказании медико-социальной помощи», где в том числе ст. 30 «Права пациента», ст. 31 и ст. 32 предусматривают право на информированное согласие пациента на оказание ему медицинской помощи. Введение правовых норм, закрепляющих права пациента, в особенности на информированное согласие, в значительной степени изменило статус пациента, поскольку до принятия вышеназванных прав пациент являлся, скорее, объектом медицинской помощи, нежели полноправным субъектом правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи.

Формирование определенных норм в Гражданском кодексе Российской Федерации (глава 39, ст. 779) и введение словосочетания «медицинские услуги», а также имплементация новых способов финансового обеспечения и рыночных механизмов предоставления медицинских услуг поставили вопрос о рассмотрении процесса оказания медицинской помощи как вида услуг. Таким образом, с этого временного периода в отечественном праве сложилась комплексная система регулирования правоотношений, связанных с оказанием медицинских услуг, включающая в себя нормы частного и публичного права. Введение частноправового элемента в регулирование вышеназванных отношений поставило вопрос анализа конфликта на новую доминанту. Поскольку гражданско-правовое регулирование предоставляет человеку (пациенту) возможность защищать нарушенные имущественные и личные неимущественные права не только посредством восстановления нарушенного права, но и придавая дополнительное стоимостное выражение в форме компенсации (Сергеев А.П., Толстой Ю.К., 2006). Именно это становится ведущей причиной роста конфликта интересов производителей и потребителей медицинских услуг.

В условиях рыночной экономики, инновационной системы производства товаров и услуг не существует такого вида профессиональной деятельности, которая бы содержательно осуществлялась в отрыве от какой-либо конкретной экономической формы и рыночных отношений. Воздействие рыночных механизмов на формирование современных инновационных процессов в отечественной медицине позволяет говорить о ней, как о конвейере по производству медицинских услуг.

Именно в рыночных условиях, когда товар (медицинская услуга) реализуется по двум основным критериям (цена и качество) важное значение приобретают взаимоотношения между потребителями и производителями медицинских услуг. Пациент, в рамках реализации идеологии «информированного согласия», неожиданно для себя узнает, что стопроцентных гарантий приобретения безопасных медицинских услуг не существует. В медицине, как и в других областях производственной деятельности, существует риск формирования случайных явлений, которые могут стать при-

чиной нанесения ущерба здоровью потребителя или потере им самой жизни, что предусматривает его юридическую защиту.

Проблема юридической ответственности, связанной с оказанием медицинской помощи, сама по себе не нова. И мы будем недалеко от истины, предположив, что появление первых правил регулирования медицинской деятельности предопределило и появление ответственности за нее. Согласно современному российскому законодательству медицинская деятельность подлежит обязательному регулированию и контролю. Механизмом регулирования является лицензирование и аккредитация, а инструментом контроля – привлечение к административной, гражданской или уголовной ответственности производителей медицинских услуг.

Привыкнув к тому, что существенным преимуществом системы производства медицинских услуг в России является то, что по сей день оно государственное и в значительной мере остаётся бесплатным, многие потребители медицинских услуг относятся к здравоохранению, как к некоей сфере деятельности весьма далёкой от экономических принципов. Несмотря на то, что медицинская услуга является эквивалентом товара, т.е. продукцией, произведенной медицинской организацией, которая должна быть продана и, как результат факта купли–продажи, – пополнить доходную часть финансового плана производителя, общество сохраняет двойственность своего отношения к отечественной медицине. С одной стороны политические и экономические элиты РФ прекрасно представляют уровень недофинансирования программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам, гарантированной 41 ст. Конституции РФ, с другой стороны они в своих публичных выступлениях «мастерски» обходят этот важный вопрос. Именно эта двойственность позволяет Правительству РФ периодически обновлять Постановление о предоставлении платной медицинской помощи застрахованных по ОМС гражданам в государственных медицинских организациях, не добавляет стабильности во взаимоотношения врача и пациента.

Справедливости ради следует сказать о том, что если в экономически развитых странах медицинское образование относится к числу самых дорогих и индивидуально оплачиваемых, то подготовка врачей в отечественных вузах до недавнего времени осуществлялась исключительно за счет государственного бюджета. Именно это позволяет обществу предъявлять весьма обоснованные претензии к врачам, которые нарушают, устоявшиеся столетиями моральные профессиональные принципы. Кроме того для «бесплатной медицины» характерны: длительное ожидание на прием к врачу и ограниченное время у врача на прием больного, плохое питание в больницах, переполненные палаты, недостаток лекарств и т.д., что так же накладывает свой отпечаток на их взаимоотношения с пациентами.

Сегодня важное значение имеет профессиональная толерантность врача, что должно обеспечивать эмоциональную стабильность, у равнове-

шенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом. Причем, профессиональная толерантность врача начинает формироваться в процессе обучения в вузе, впоследствии в процессе самостоятельного профессионального общения с пациентами с различными психологическими качествами, разного возраста, уровня образования, социальной и профессиональной принадлежности. Но это означает, что она формируется в русле определенных культурных традиций, которые через систему образования оказывают влияние на личные ценности. Этот общий культурный контекст в наше время имеет выраженную мультикультуральную или инкультуральную направленность.

В складывающихся условиях значение биоэтики как системы нормативной регуляции обусловлено совокупностью проблем и противоречий, возникающих в связи с правовым регулированием применения современных медицинских технологий. Современное право как нормативная система ограничено в своих возможностях решать проблемы регулирования отношений, связанных с защитой права на жизнь и здоровье, на свободу и личную неприкосновенность в процессе правового регулирования эвтаназии, абортов, трансплантации человеческих органов и тканей, вмешательства в геном человека. В случае правовых пробелов концепции и нормы биоэтики могут выступать в качестве регулятивных средств, решая задачу предупреждения конфликтов и социокультурных различий понимания сущности права человека на жизнь и здоровье в различных правовых системах. Между тем право на жизнь определяется ценностными установками государственной политики, историко-культурным и духовно-нравственным контекстом формирования правовой системы, совокупностью целей, идей и принципов, составляющих его содержание, детерминированное исторически сложившимися культурными, политическими и юридическими условиями его защиты в правоохранительной системе РФ.

Роберт Витч и модели взаимоотношений врача и пациента. В современной биоэтике все чаще как самостоятельный этический раздел рассматривается принцип справедливости (Тищенко П.Д., 2001). Проблема справедливости применительно к медицине – это проблема соблюдения прав всех членов общества на получение медицинских услуг в необходимом для каждого объеме, на одинаково высоком качественном уровне и в необходимое время, а также равных прав всех членов общества при их участии в биомедицинских исследованиях. «Принцип справедливости в здравоохранении сегодня, с одной стороны, непосредственно связан с правом человека на охрану здоровья в рамках социального института здравоохранения и, с другой стороны, является основанием оценки достигнутого уровня социальной защиты человека в данном обществе в области здравоохранения» (Силуянова И.В., 2001). В современной медицине и здравоохранении одновременно сосуществуют две формы справедливости, выде-

ленные еще Аристотелем: справедливость в виде следования закону и справедливость в виде равенства прав всех членов общества в области удовлетворения главных потребностей человека – права на жизнь, здоровье, охрану чести и достоинства.

Справедливость может быть достигнута при соблюдении трех последовательных принципов: равной свободы каждой личности, равных возможностей и различия. В соответствии с принципами равной свободы и равных возможностей, справедливым признается неравенство в доступности и качестве медицинских услуг. Принцип различия проявляется в признании справедливым получение определенной доли ресурсов общества – обязательного минимума и дополнительного объема в соответствии со своей ценностью для общества. В мировой философии широко распространена идея о справедливости неравенства. Идея справедливости как неравенства лежит в основе признания правомерности существования в обществе различных систем здравоохранения, в рамках которых функционирует система оказания медицинской помощи для привилегированных слоев общества. Данная система основана на практике «двойного стандарта». Она предполагает оказание более широкого и более высококачественного спектра медицинских услуг на бесплатной (за счет государственных средств) основе привилегированным категориям граждан. Это связано с дифференциацией членов общества по ценности их жизни и уровня трудоспособности для общества. Степень справедливости системы здравоохранения отражают показатели уровня здоровья граждан – уровень заболеваемости, смертности, продолжительности жизни, рождаемости и другие, которые изучаются специалистами в области медицинской демографии, организации здравоохранения и социальной медицины, социологии и т.д. В настоящее время все более утверждается мнение, что невозможно считать справедливой такую систему здравоохранения, которая не может обеспечить доступную и качественную медицинскую помощь для всех нуждающихся в ней людей.

Биоэтика в условиях модернизации медицины. В начале XX века развитие медико-биологических наук, появление новых медицинских технологий, включающих методы анестезии, использование антибиотиков вакцинацию и другие методы борьбы с инфекционными и заразными заболеваниями, открыло большие перспективы для активного вмешательства и преобразования жизни человека. Это время, когда провозглашается и претворяется в жизнь идея о возможности целенаправленного вмешательства не только в патологические процессы, но и коррекции нормальной жизнедеятельности человека, причем на всех уровнях – биологическом, социальном, психическом. Все большее внимание уделяется идее совершенствования человеческого рода по различным параметрам и при помощи самых разных биомедицинских, психофизиологических, социально-

медицинских и других технологий (Витч Р., 1994; Кавелина Т. А., 2006; Жарова М.Н., 2011).

В настоящее время описана природа новых этических подходов в медицине, не существовавшей ранее, в которую включены все проблемы генетики, геной инженерии и вопросы, связанные с воспроизводством человека (клонирование, суррогатное материнство, искусственное зачатие и др.) (Коновалова, Л.В., 2004). На этом фоне подвергаются изменению многие профессиональные проблемы медицинской деонтологии, такие как взаимоотношения врачей и пациентов, врачей и родственников пациентов и многие другие. Власть медицины над организмом человека в результате технических достижений в области медицины и биологии становится беспрецедентной, а потому пугающей и непредсказуемой. Поэтому появление в сфере здравоохранения принципа информированного согласия вызвано острой необходимостью, как для врача, так и для пациента, в решении возникающих дилемм в области медицины.

По мере специализации и дифференциации медицины, в результате формирования новых направлений производства медицинских услуг, появляется масса сложных, зачастую непредвиденных, деонтологических проблем. Это и взаимодействие врачей разных специальностей в процессе лечения больного, взаимоотношения составляющих системы «врач-прибор-больной» и, наконец, нерешенные морально-этические вопросы, связанные с актуальными и спорными проблемами инноваций в медицинской и биологической науке (Tangwa G.B., 2004). Идеи модификации человека, отбора «наиболее ценных» представителей общества для создания нового типа общества, членами которого будут здоровые, талантливые, работоспособные люди, достигают своего наибольшего выражения в теориях евгеники и эвтаназии, что периодически в обновляемых вариантах «смущают» врачебное сообщество.

В сфере медицинских биотехнологий появилось такое явление как «совершенствование биологической системы – человека», то есть использование достижений технологий в области биомедицины путем прямого вмешательства в организм с целью изменения не патологических, а нормальных его процессов (при помощи внедрения в тело механических либо компьютерных имплантов, с помощью лекарственных средств, геной инженерии). Возможности инструментов «совершенствования» позволяют использовать их в качестве механизмов биотерроризма (измененные генетически микроорганизмы, стойкие к воздействию имеющихся медикаментов, или лекарственные средства, вызывающие амнезию); агентов социального контроля (например, в качестве препаратов, усмиряющих хулиганов или блокирующих рождаемость у лиц, нуждающихся в социальном пособии и (или) защите); в качестве средств, предназначенных для усовершенствования или улучшения умственных или телесных характеристик

(медикаменты, улучшающие память, или мускулы, развитые в результате генной инженерии) (Леон Р. Касс., 2004).

Между тем по мере развития медицинских технологий и нарастания силы «биовласти» набирает силу противоположный процесс – индивидуального сопротивления, как отдельного человека, так и различных общественных групп этой власти (Bayertz K., 2006). Утверждение в обществе прав пациента, включающее, в том числе право выбора лечащего врача, медицинского учреждения, и отказ от медицинской помощи являются проявлением власти человека над собственной жизнью. Уже не общество, а личность решает, в какой мере допускать человека врачующего к вмешательству в его жизнь, и кто выступит в роли врачевателя (Камалиева И.Р., 2013).

На сегодняшний день сфера производства медицинских услуг регламентируется моралью и правом – двумя формами общественного регулирования. Принципиальным отличием регулирования через право человеческих отношений, в отличие от морального, является реализация норм правового регулирования через законодательные акты, судебные решения, правительственные постановления. Переплетение правового регулирования моральных вопросов врачебной деятельности с принципами биоэтики отражено в законодательных актах разных государств. Что же относительно морального регулирования, то оно подвержено влиянию индивидуального нравственного сознания и общественного мнения. Таким образом, нравственные требования предполагают добровольное и свободное их исполнение, а правовые требования, напротив, допускают косвенное или прямое принуждение (Эльштейн Н.В., 2000; Камалиева И.Р., 2013). Несмотря на то, что в современных правовых государствах происходят серьезные изменения, направленные на рост влияния правосудия охранительного, в пределах которого права и свободы человека признаны ценностями, становящимися приоритетной задачей охраны системы правосудия, все же, принудительный характер права не трансформируется в иные формы регулирования (Ясперс К., 1999; Callahan Daniel., 1995). К сожалению, в поведении медицинских работников в условиях рынка всё реже превалирует нравственный компонент, уступая приоритет экономическим мотивациям.

Несомненно, проблемы отечественной медицины не ограничиваются изменением поведения производителей медицинских услуг. Многие из проблем являются отражением отсутствием «политической воли» у управляющих структур по преодолению нерациональных моделей производства медицинских услуг, использования устаревших стандартов медицинской помощи, хронического дефицита финансирования государственных медицинских организаций и снижения уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению. Значительная часть из этих факторов определяет поведение современных врачей, когда невоз-

можно осуществление полноценного осмотра на приеме в поликлиниках при временном нормативе около 15 минут, когда в больнице имеется дефицит лекарственных средств и расходных материалов, что стимулирует производителей медицинских услуг к формулированию предложений родственникам в приобретении лекарств лекарство за свой счет. Это осложняет формирование консенсуса во взаимоотношениях производителей и потребителей медицинских услуг (Карсон Р., 1998; Тищенко П. Д., 2006).

Базовые модели взаимоотношения врача и пациента. В разных культурах и в разных обществах отношения между врачом и пациентом складываются и понимаются по-разному. Американский биоэтик Роберт Витч⁴ выделяет четыре базовые модели взаимоотношения врач-пациент, характерную для современной культуры: инженерную, пастырскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную (рис.2.4.).

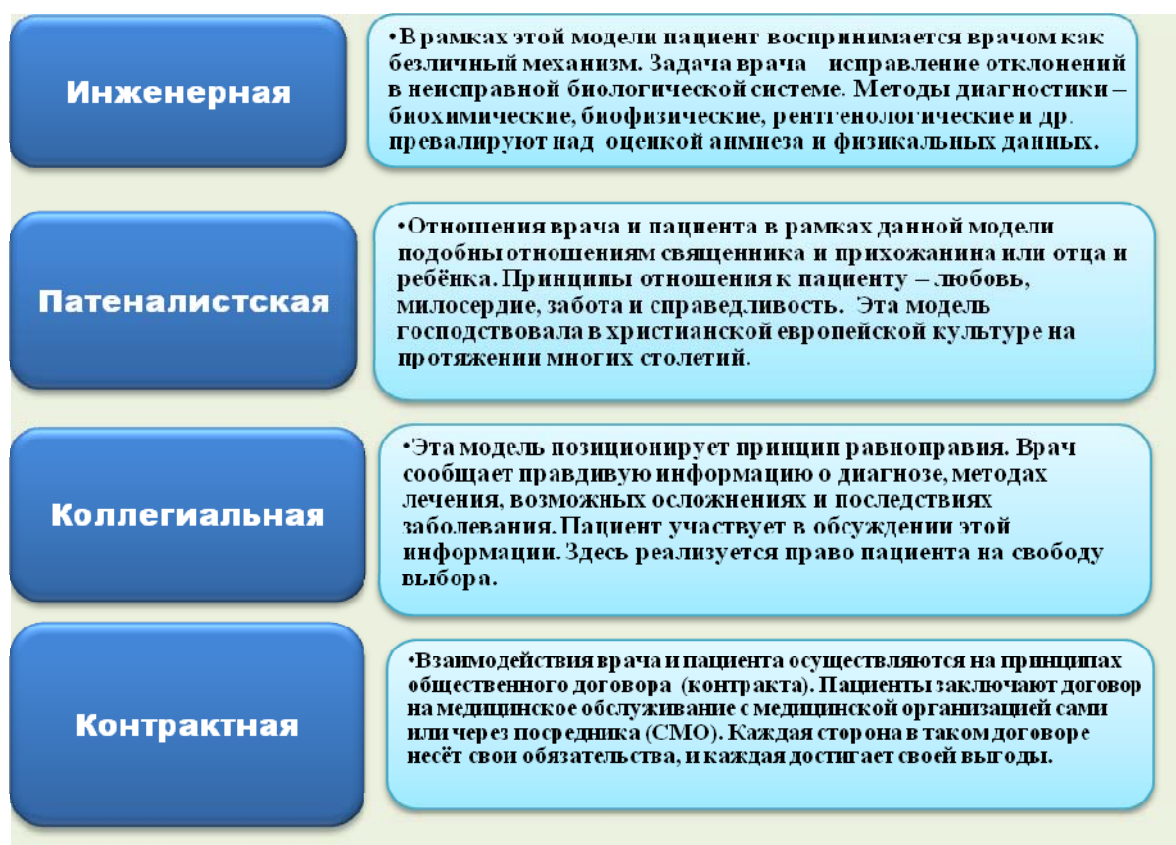


Рис. 2.4. Модели взаимоотношений врача и пациента по Р. Витчу

⁴ Роберт Витч родился в 1939 году в Утике, штате Нью-Йорк США. В 1961 году он завершил образование в университете Парду по фармации, а затем – в 1962 году в Калифорнийском университете Сан-Франциско по фармакологии. Работал в Гастингском центре с момента его основания в 1970 году и до 1979 года. В 1979 года он стал профессором, а в 1989 по 1996 годы был директором Института этики имени Кеннеди Джорджтаунского университета. В орбите интересов Витча оказались такие науки, как медицинская этика и философия медицины. Витч увлёкся либерализмом американской философии, кроме всего прочего уделявшим огромное внимание и правам пациента. На мировоззрение Роберта Витча повлияли исследования Иммануила Канта (1724-1804), автора теории справедливости Джона Роулза (1921-2002), создателя модели развития науки Томаса Сэмюэля Куна (1929-1996) и представителя эмпиризма и агностицизма Дэвида Юма (1711-1776) (прим. авторов).

Инженерная модель взаимоотношения врача и пациента. В рамках этой модели пациент воспринимается врачом как безличный механизм. Задача врача – исправление отклонений в неисправном физиологическом механизме. Методы диагностики, которые использует врач, биохимические, биофизические, рентгенологические и другие. Смысл производства медицинских услуг сводится к манипулированию с телом пациента. Врач с помощью определенных физических воздействий стремится вернуть физиологический механизм человека в положение равновесия. Инженерная модель строится на представлении о медицинской деятельности как о сфере прикладного применения объективного научного знания о природных механизмах жизнедеятельности человеческого организма. Объективное знание определяет выбор метода лечения, которое осуществляется как техническая процедура (Бедрин Л.М., 1986; Гадамер Х., 1989; Ефименко С.А., 2006; Katz J., 1984).

Предполагается, что это знание ценностно нейтрально, а поэтому выбор лечебного воздействия не зависит от личностных предпочтений и интересов врача. Благо пациента (уровень его здоровья) также уясняется через совокупность объективных признаков: данных функциональных и лабораторных исследований. Поскольку пациент не обладает необходимыми научными знаниями о собственном состоянии, то учет его мнения при выборе лечебного мероприятия не только бесполезен, но и может быть вреден из-за привнесения субъективных оценок. Его личное мнение о собственном благе (здоровье), поскольку оно необъективно и ненаучно, с точки зрения врача довольно часто считается не заслуживающим внимания. В то же время, поскольку врач руководствуется сугубо объективными знаниями, на его выбор не оказывают влияния собственные субъективные предпочтения и интересы. Поэтому властное доминирование врача признается не только естественным, но и приемлемым для пациента (Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В., 2011).

Достаточно давно Роберт Витч отмечал, что инженерная модель опирается на устаревшее представление о природе научного знания. Как убедительно демонстрирует современная философия науки, объективное знание «нагружено» значительным объемом неосознаваемых самими учеными предпосылок, среди которых немаловажную роль играют личные и групповые интересы, а также, и не в последнюю очередь, определенные моральные предпочтения. В этой связи следует понимать, что технократизм при производстве медицинских услуг, характерный для инженерной модели, морально ущербен, поскольку практически низводит личность больного человека до статуса неодушевленного предмета, что, отметим, приходит в резкое противоречие с принципом уважения автономии пациента (Витч, Р., 1994).

В принципе критика идеологии инженерной модели обоснованна и справедлива в той степени, в которой речь идет об ее универсализации, то есть превращении в некую базисную, основополагающую модель оказания медицинской помощи. Современный моральный стандарт медицинской деятельности предписывает самым решительным образом не допускать деперсонализации отношения врача к пациенту, требует уважения его как личности. Основным недостатком этого типа отношений является технократический подход к пациенту, который противоречит принципу уважения прав и достоинства личности. Пациент не участвует в обсуждении процесса лечения. В современной медицине в значительной части наблюдений лечащий врач действительно взаимодействует с пациентом как узкий специалист и выполняет чисто технические функции, причем, чем выше уровень используемых технологии, тем выше уровень деперсонализации потребителя медицинских услуг.

Патерналистская модель взаимоотношения врача и пациента. В рамках реализации этой модели межличностные отношения подобны отношениям священника и прихожанина, отца и ребёнка, наставника и подопечного. Такой подход, до недавнего времени являвшийся основным в медицине, сохраняет свое значение на протяжении всей её истории, начиная с античности, поскольку патерналистские нотки слышатся и в клятве Гиппократов: «...Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением»... Именно врач, как любящий и понимающий отец, сострадает больному, помогает ему, берет ответственность за принимаемые решения о его лечении, проявляя асимметрию во взаимоотношениях с пациентом, что, как правило, и является основанием для критики. До настоящего времени в рамках существующей патерналистской модели утверждается, что отношения между врачом и пациентом могут превратиться в отношения «начальник-подчиненный», и не ставится под сомнение безусловная и исключительная компетентность врача в определении блага для пациента.

Асимметричность диалога «врач-пациент» можно объяснить различиями в их когнитивных представлениях, коммуникативным доминированием врача как профессионала, обладающего всей полнотой клинического мышления (теоретического и практического знания в отношении диагностики, лечения, профилактики и реабилитации). Именно врач в ситуации устного медицинского дискурса доминирует, задает уточняющие вопросы пациенту во время сбора анамнеза, проявляя коммуникативную инициативу, лидерство в диалоге «врач-пациент».

Патернализм был и остается абсолютным принципом в медицинской этике на протяжении двух тысячелетий. Полагаем, что эта модель взаимоотношений переживет и смену парадигм в биомедицинской этике эпохи постмодерна. Он остаётся основным принципом как в педиатрии так и в гериатрии. В условиях рыночной экономики патернализм применим в от-

ношениях производителя (врача) и потребителя (пациента), который в силу своего общекультурного и образовательного уровня не способен адекватно воспринимать медицинскую информацию, сообщаемую производителем, а иногда и не желает вникать в подробности и нюансы своего диагноза и лечения, полностью полагаясь на мнение лечащего врача. В современной медицине такая модель остается наиболее предпочтительной и самой распространенной.

Коллегиальная модель взаимоотношений врача и пациента. Некоторые специалисты по этике и медицинскому праву говорят о том, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели – к ликвидации болезни и защите здоровья пациента. Именно в модели коллегиального типа доверие играет решающую роль. Когда два человека действительно отстаивают общие цели, их доверие оправдано. Такой солидарный способ взаимодействия соратников. Здесь налицо равенство и уважение (Доманова С.А., 2013). Однако этнические, классовые, экономические и ценностные различия между людьми в условиях рынка превращают принцип общих интересов, необходимых для модели коллегиального типа, в пустую мечту.

И все-таки в основе этой модели лежит принцип равноправия. Врач сообщает правдивую информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания. Пациент участвует в обсуждении этой информации. Следовательно, коллегиальная модель строится на «информированном согласии», которое реализует право пациента на свободу выбора способа лечения, или отказа дать свое согласие на предлагаемый способ лечения. Коллегиальная модель чаще всего успешно применяется при ведении пациентов с хроническими заболеваниями, когда взаимоотношения между лечащим врачом и пациентом продолжают многие годы, в практике семейных врачей, при общении с родственниками некомпетентных пациентов.

На общение между врачом и пациентом влияют гендерные, психологические, статусные особенности личности участников коммуникации. Современное поликультурное, поликонфессиональное, полиэтническое общество оказывает влияние на коммуникативные аспекты медицинского дискурса, способствует возникновению особых ситуаций при ведении пациентов разной этнической и религиозной принадлежности, в связи с этим в литературе возник термин «этнотерапевтическая эмпатия», согласно которому необходимо учитывать, возможно, разную этническую принадлежность врача и пациента. В таком случае меняется содержание вопросов, задаваемых пациенту при сборе общего и семейного анамнеза, информации о социальных условиях, о функционировании различных органов организма. На этой основе могут возникнуть номинативные, тематические и поведенческие табу. К ним могут относиться жесты, которые наряду с мимикой довольно часто несут невербальную информацию об истинном состоянии

организма человека, поскольку имеют рефлекторную природу. Жесты, поза, мимика – невербальный язык, выражающий широкий спектр эмоций участников общения (от радости и удивления до страдания и презрения).

Знание этнокультурных особенностей мимики и жестов во многих случаях помогает врачу избежать недоразумений в общении. Таким образом, врачу, равно, как и пациенту важно учитывать диалектику национального и общечеловеческого, внутрикультурного и межкультурного, личностного и коллективного. Коммуникативная толерантность необходима как производителю, так и потребителю медицинских услуг, особенно в условиях расширения миграционных потоков в начале XXI века.⁵

Коммуникативные помехи могут возникать и в тех случаях, когда лечащий врач не адаптировал свой вербальный уровень презентации информации к уровню компетенции (интеллектуальной, культурной, речевой) пациента. В этих обстоятельствах пациент может недопонять значение терминов, и как следствие, принять неправильное решение относительно дальнейшего лечения. Устный медицинский дискурс способен вербализировать далеко не все компоненты, из которых он складывается. Значительная их часть остается на уровне интуитивного знания и невербальных аспектов общения, подчиняющихся закономерностям психической организации индивида – субъекта общения (Жура В.В., 2008).

В конечном итоге модель коллегиального типа реализует право пациента на свободу выбора. Однако, эта виртуальная гармония в отношениях между врачом и пациентом является чаще всего исключением из правил. Трудности применения коллегиальной модели взаимоотношений между врачом и пациентом во многом объясняются различиями между психоэмоциональными типами пациентов (требовательный, капризный, склонный к драматизации ситуации, высокомерный, организованный и т.п.), что предполагает выбор именно врачом варианта коммуникации, её целей, способов и форм предоставления специальной медицинской информации.

Контрактная модель взаимоотношений врача и пациента. Взаимодействия врача и пациента осуществляются на принципах общественного договора. Пациенты заключают договор на медицинское обслуживание с лечебным учреждением или через страховую компанию. Каждая сторона в таком договоре несёт свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды. Контрактная модель призвана защитить моральные ценности лично-

⁵ В мусульманских странах левая рука считается «нечистой», поэтому врачу следует подавать рецепты, лекарства пациенту правой рукой, или еще лучше – обеими руками. Демонстрируя свое уважение к лечащему врачу, буддисты будут подавать предметы обеими руками или правой рукой, поддерживая её под локтем кистью левой руки. Этого же они будут ждать и от него. Русский жест «до свидания» может быть воспринят японцами как «иди сюда», а для грека он будет оскорбителен, т.к. напоминает жест «забрасывание грязью». Жест головой «да» и «нет» у греков, турок и болгар, имеющих прямо противоположное значение, по сравнению с другими европейцами. Жест «О Key» (большой и указательный палец вместе), получающий все большее распространение среди молодежи, в России и Америке означает «все отлично», а в Португалии и Венесуэле – неприличный жест, в Греции – «отстань» и т.п. (Прим. авторов).

сти, однако в структуре оказания медицинской помощи населению занимает незначительное место. вырабатывается совместно.

Говоря о контрактной модели взаимоотношений между медиками и пациентами, Р. Витч имел в виду не только юридическое содержание понятия «контракт» (договор), но и более общее, «символическое». Нарушение договора одной из сторон дает другой право на его расторжение. Чем привлекательна контрактная модель в качестве образцовой структуры взаимоотношений между врачами и пациентами? По мнению Р. Витча, именно эта модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности. В рамках контрактной модели «...индивидуумы и группы взаимодействуют между собой таким образом, что каждая из сторон несет определенные обязательства и каждая достигает некоторых выгод... Основные моральные принципы свободы, сохранения достоинства, правдивости, верности принятым обязательствам и справедливости существенно важны для реализации контрактных отношений».

Контрактная форма отношений позволяет избежать тех пагубных для свободы пациента недостатков, которые присущи инженерной и патерналистской моделям. Одновременно она не уповает на иллюзию возможности соучастия пациента в качестве «коллеги» врача. Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными и возможными. При этом он может делегировать определенные «властные» полномочия врачу с тем, чтобы тот мог адекватно выполнить свои профессиональные обязательства. С точки зрения рыночных отношений контрактная модель более реалистична, чем коллегияльная. Она учитывает невозможность равенства врача и пациента, то есть 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, и потребовать компенсации (Тогунов И.А., 2002, 2008). Таким образом, для регламентации взаимоотношений между врачом и пациентом кроме норм этики и деонтологии, важное значение имеют правовые нормы.

Правовые основы оказания медицинской помощи. Обеспечение и защита прав граждан, в том числе и прав в области здравоохранения, является одной из целей, для реализации которых государству и делегируются определенные властные полномочия. Однако эта власть может быть использована лишь в очерченных законом пределах. Например, статья 21 Конституции РФ гласит: «Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным и иным опытам». В то же время права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены только федеральным законом и только в той мере, в которой

это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства. Перечень оснований для ограничения гражданских прав, установленный в п. 3 ст. 55 Конституции РФ, является исчерпывающим. Они же продублированы в п. 2 ст. 1 ГК РФ (Конституция РФ, 2011; Гражданский кодекс РФ, 2011).

Таким образом, современные реалии обуславливают, с одной стороны, необходимость защиты публичных интересов, а с другой – дальнейшее развитие частноправовых отношений, защиту интересов личности в цивилизованных формах. Баланс частного и публичного интересов поможет предотвратить или, по крайней мере, сгладить возникающие в обществе социальные конфликты, более адекватно регулировать как имущественные, так и личные неимущественные права, законные интересы субъектов рассматриваемых общественных отношений. Представляется возможным сделать вывод, что и между услугодателем в лице врача (медицинской организации) и пациентом возникают частноправовые отношения по своей сути, но, в ряде случаев, отягощенные «публичным элементом» (Гражданское право, 2009).

Данная позиция находит отражение не только в доктрине, но и в действующем законодательстве. Ныне действующий Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» – это комплексный акт, содержащий нормы различных отраслей права. С одной стороны, в него входят нормы, регулирующие административно-правовые отношения между органами управления здравоохранением и медицинскими организациями, с другой стороны, – нормы, регламентирующие особенности правового положения пациента, которые нельзя назвать административно-правовыми.

Важно также разграничить функции органов государственного управления здравоохранением и функции лечебно-профилактического учреждения. Анализ имеющихся функций органов управления и медицинских организаций показывает, что по отношению к гражданам (пациентам) они свои властные полномочия практически полностью утратили. Следует также отметить, что ранее действовавшие Основы законодательства об охране здоровья граждан 1993 года принимались в переходный период, до принятия и введения в действие первой и второй частей Гражданского кодекса РФ. Согласно ст. 8 ГК РФ, гражданские права и обязанности могут возникать из действий граждан и организаций, хотя прямо и не предусмотрены законом, но в силу общих начал и смысла гражданского законодательства порождающих их. Наличие данной нормы также предполагает признание отношений по врачеванию гражданско-правовыми. С принятием части второй ГК РФ медицинские услуги получили свое окончательное закрепление в качестве сделок гражданско-правового характера. Согласно ч. 2 ст. 779 ГК РФ: «Правила настоящей главы применяются к договорам

оказания услуг связи, медицинских, ветеринарных, аудиторских, консультационных, информационных услуг...». Сторонами данного договора являются исполнитель и заказчик, т.е. равные субъекты. Кроме того, договор возмездного оказания медицинских услуг является публичным (Гражданский кодекс РФ, 2011).

Договор возмездного оказания услуг распространяется на большинство отношений по медицинскому обслуживанию. Однако существуют жизненные обстоятельства, когда гражданин не может выразить свою волю в какой-либо форме вследствие внезапного заболевания или травмы (бессознательное состояние). В этом случае обязанность по оказанию экстренной медицинской помощи возникает в силу закона (публичный элемент). Если же пациент пришел в сознание, то все дальнейшие отношения по поводу здоровья гражданина и проведения медицинских манипуляций складываются в соответствии с его волеизъявлением. Иногда медицинская помощь оказывается независимо или помимо воли лица (ст. 34 Основ законодательства об охране здоровья граждан), что является проявлением публичных начал в правовом регулировании (защита интересов общества и государства). В этих условиях о равенстве сторон и заключении ими сделки речи быть не может (21.11.2011 № 323-ФЗ).

Таким образом, правовое регулирование общественных отношений по охране здоровья граждан РФ и медицинской помощи обеспечивается нормами различных отраслей права: конституционным, гражданским, административным, уголовным, семейным, уголовно-процессуальным и гражданским процессуальным правом и другими (Косолапова Н.В., 2000). Необходимо также отметить, что в связи с качественными изменениями законодательства меняется соотношение норм публичного и частного права, регулирующих медицинскую деятельность, в пользу последнего. При этом не исчезло (и не может исчезнуть) публично-правовое регулирование рассматриваемых правоотношений и деятельности медицинских организаций, хотя его содержание и характер претерпели значительные изменения (Декларация о правах пациентов в России, 2011; Егоров К.В., 2006, 2011).

И, тем не менее, ситуационный анализ в сфере правоотношений при оказании медицинской помощи позволяет говорить о том, что многие права пациента в России грубо нарушаются. Это зачастую выражается в неуважительном отношении к пациенту на всем протяжении лечебного процесса; в нарушении прав пациента на получение информации о состоянии своего здоровья и тяжести конкретного заболевания, методах диагностики и лечения, в том числе о ближайших и отдаленных его результатах; в неоказании либо некачественном оказании медицинской помощи и т.п. Многие из деяний, совершаемых медицинскими работниками, характеризуются повышенной общественной опасностью, влекут полную или частичную утрату здоровья пациентов, подрывают авторитет отечественной медицины в глазах общества (Мирошниченко Н.В., 2007).

И, хотя официальной статистики нарушений прав граждан производителями медицинских услуг в отечественных клиниках сегодня не существует, однако определенное представление об уровне предоставления безопасной медицинской помощи дают материалы СМИ и обращения граждан в правоохранительные органы, в то время как органы здравоохранения тщательно скрывают реальное положение дел. Отечественная медицина утратила былой авторитет. Все это способствует криминализации рассматриваемой сферы и росту соответствующих преступных деяний, связанных с причинением вреда здоровью пациентов при оказании медицинской помощи (Дьяченко В.Г. с соавт., 2013).

Существуют субъективные и объективные причины столь критической ситуации с реализацией прав граждан РФ на доступную, качественную, а самое главное, безопасную медицинскую помощь. За последние десятилетия в отечественной медицине сформировались новые тенденции: применение высокоэффективных и в то же время сильнодействующих («агрессивных») лекарственных средств, инновационных и весьма сложных по исполнению методик диагностирования и лечения. С одной стороны, они дарят надежду пациентам, помогают излечиться от тяжелых, а зачастую ранее неизлечимых заболеваний, а с другой – таят в себе определенную опасность, приводя к росту риска реализации факторов причинения вреда здоровью пациентов. Относительная нечеткость правовой регламентации современных методов оказания медицинской помощи вызывает затруднения в юридической оценке действий медицинских работников (Сухарникова Л.В., 2006).

Рассмотренные выше модели взаимоотношения врач–пациент являются «идеальными» конструкциями. Реальный выбор того или иного типа отношений определяется особенностями личности врача, конкретной ситуацией состояния пациента, характером медицинской помощи. Существуют другие ориентиры, по которым можно охарактеризовать формы модели взаимоотношений врач–пациент, например, если учитывать не только биологический, но и биографический план заболевания. В значительной мере различаются отношение к пациенту в остром периоде заболевания или к хроническим больным, а также инвалидам или умирающим. Острые заболевания. Больные могут быть пассивными участниками взаимоотношения врач-пациент. Основная задача врача – вылечить пациента и как можно быстрее вернуть к прежнему образу жизни.

И тем не менее, социальный институт отечественного здравоохранения находится в кризисной ситуации. Традиционно российской медицине был присущ патернализм, сейчас проводя реформы здравоохранения, правительство опирается на западноевропейский и американский опыт, не учитывая исторически сложившиеся особенности российского общества. Существует настойчивая тенденция реформировать медицину на основе рыночных отношений, сделать здравоохранение сегментом рынка, но в

медицине формула «товар-деньги-товар» не так действенна, как может показаться на первый взгляд. Развитие медицины – это, прежде всего, развитие отношений врача и пациента, которые гораздо глубже и шире коммерческих формул, т.к. включают в себя не только экономические проблемы, а еще социальные и этические. Доказательством служит то, что биоэтика как наука возникла в благополучной Америке, когда оказалось, что отлаженные коммерческие отношения врача и пациента не могут помочь в решении этических проблем, неизбежно возникающих в этих отношениях (Чеботарева О.А., 2006).

Учитывая специфику развития современного российского общества, где предпочтение до сих пор отдается патерналистской модели, можно предположить, что именно патернализм будет блокировать решение этических и социальных проблем при производстве медицинских услуг. Патерналистские традиции отечественной медицины, приобретают новое значение в условиях реализации рыночных механизмов при реформировании отечественного здравоохранения.

Окружи больного любовью и разумным утешением, но, главное, оставь его в неведении того, что ему предстоит и, особенно того, что ему угрожает

Гиппократ

Глава 3

Модернизация отечественной медицины и изменение взаимоотношений между пациентом и врачом

Современный этап реформы здравоохранения России характеризуется сложностью и противоречивостью. Концепция реформы отрасли до 2020 года продолжает углубляться, претерпевая изменения по ходу реализации ввиду несовпадения прогнозных и действительных результатов. К сожалению и сегодня нет гарантии того, что в дальнейшем реформа системы здравоохранения пойдет в соответствии с намеченным планом и достигнет результатов, продекларированных в указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». Предусмотренные структурные преобразования системы здравоохранения, с учетом достигнутого ресурсного и кадрового состояния отрасли, исходя из особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости, климатических и географических особенностей, плотности населения и транспортной доступности медицинских организаций, потребуют инновационных подходов к управлению производством медицинских услуг населению. Управление отраслью в современном понимании должно основываться на стандартизации и реальной оценке результатов деятельности системы, в частности достигнутом уровне качества медицинской помощи (КМП).

В то же время, по мнению специалистов МЗ РФ, доступность, качество и безопасность медицинской помощи в ближайшие годы будут обеспечиваться за счет повышения структурной эффективности системы здравоохранения. Повышения эффективности планируется добиться за счет следующих направлений модернизации отрасли:

- ✓ *переориентации части объемов медицинской помощи со стационарного на амбулаторный этап;*
- ✓ *широкого развития ресурсосберегающих, стационарозамещающих технологий,*
- ✓ *модернизации системы первичной медико-санитарной помощи и др.*

С концептуальных позиций отечественная медицина в последние годы все больше и больше скатывается к рыночным принципам ранее ей не свойственным. Именно в этой ситуации врач занят поиском и лечением заболеваний в ущерб превентивным мерам по их предупреждению. Анализу системы взаимодействий между организмом пациента и окружающей средой придается все меньше значения, что наносит ущерб поиску механизмов формирования равновесия между человеком и природой. Здоровый образ жизни не стал приоритетом для большинства россиян.

3.1. Союз врача и пациента. Проблемы и перспективы

Сегодня, когда старая, существовавшая в XX веке система организации медицинской помощи в СССР полностью разрушена, а новая, которая уже в течение более четверти века реформируется, но не может стабилизироваться, некогда достаточно крепкий союз врача и пациента «дал трещину», которая с течением времени становится всё шире и шире. Именно сегодня, как никогда для укрепления этого союза необходимо формирование взаимопонимания между пациентами и медицинскими работниками на сложном пути продолжающихся реформ, где нет простых решений. И, как бы банально это ни звучало, но самое главное для предотвращения конфликтных ситуаций необходимо терпение пациента и правильное, грамотное и своевременное выполнение врачом своей работы. Пациент, который в результате оказания медицинской помощи стал чувствовать себя лучше или выздоровел, не будет стимулировать конфликт, а вот с ухудшением самочувствия или снижением уровня здоровья, предпосылки к его развитию будут усиливаться и обостряться. Кроме того – не нужно бояться конфликтов, это тривиальная часть взаимодействия людей. Однако если имеется хотя бы минимальная возможность предотвратить конфликт или избежать возникновения конфликтной ситуации, или погасить её, то лучше сделать это. Предотвращение конфликта облегчает жизнь и врачу, и пациенту.

Меняющаяся структура населения и медицинская помощь. По мере роста продолжительности жизни населения России, меняется не только его демографическая структура, но и органная патология в виде реализации мультипликативных эффектов на фоне старения биологических систем, что в перспективе меняет привычную структуру оказания медицинской помощи и уровень потребления лекарственных средств. Прогнозируется, что к 2050 г. расходы на предоставление длительного ухода в экономически развитых странах вырастут от уровня чуть выше 1% ВВП до 2–4% валового внутреннего продукта. В 25 странах Европейского Союза прогнозируется увеличение доли населения в возрасте 65 лет и старше с 17,7 % в 2007 г. до 20,68% к 2020 г. и до 28,25% к 2040 г.. При этом

крайне важным является вопрос об уровне инвалидности среди пожилого населения. Аналогичные тенденции формируются и в РФ.

Между тем, само по себе старение – это сложный биологический процесс, включающий изменение обменных реакций и сдвиги в нервной и эндокринной регуляции. Этот процесс протекает длительно с индивидуальными особенностями. Глубокое и всестороннее изучение возрастных изменений, происходящих в организме, показывает, что происходит одновременно два взаимосвязанных процесса: неумолимое угасание функций организма и сопротивление (торможение) угасания. Благодаря этому многие люди сохраняют до глубокой старости удовлетворительное самочувствие и работоспособность, хорошо приспосабливаются к изменяющимся условиям внешнего мира. Развитие геронтологии (от греч. *geron* — старец, *logos* — учение) – науки, изучающей процессы старения с позиций биологии, физических и духовных особенности старых людей, а также их социальной значимости становится одной из актуальных задач отечественного здравоохранения.¹ Причем, продление жизни человека и не вообще жизни, а жизни активной, творческой, когда человек может не только «числиться» на работе, но и работать эффективно, следует рассматривать не только с точки зрения её продления, но сохранения и приумножения качества этой жизни.

Рост старших возрастных групп в структуре населения России, наличие характерных особенностей возраста и имеющихся проблем неизбежно приводит к увеличению количества обращений данной категории граждан за медицинской помощью как в амбулаторно-поликлинические, так и в стационарные медицинские организации. Потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у пожилых в 2-4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста, а уровень госпитализации составляет около более 165 на 1000 человек, что несколько ниже реальной потребности. Людям преклонного возраста, по их субъективному мнению, необходима стационарная медицинская помощь (Солодухина Д.П., Георгиева Л.Х., 2011).

В настоящее время в стационарных учреждениях здравоохранения наблюдается тенденция сокращения длительности пребывания больного на койке и другие признаки интенсификации лечебно-диагностического процесса. Для пожилых пациентов с хроническими вялотекущими формами заболеваний, которые нуждаются в длительной поддерживающей терапии или реабилитационных мероприятиях после госпитализации, как правило, приводит к ощущениям преждевременной выписки, поскольку после пребывания в круглосуточном стационаре пациент и его родственники остаются один на

¹ Геронтология – наука, занимающаяся изучением процессов, механизмов старения, его биологических, медицинских и социальных аспектов. Геронтология включает гериатрию, герогигию, геронтопсихологию. Гериатрия – область медицины и геронтологии, изучающая протекание болезней у людей пожилого и старческого возраста и методы их лечения. Возрастная градация: 60 -74 – пожилые >75 – старые >90 — долгожители (прим авторов).

один с проблемами пожилого человека. Оставшись в домашних условиях без посторонней помощи в лице медицинских работников, пожилые не всегда могут самостоятельно справиться с решением основных проблем ухудшающих качество их жизни (Мочкин И.А., 2006).

В работах многих авторов, изучающих потребности пожилого населения отмечается, что эта группа пациентов нуждается в длительной поддерживающей медико-социальной помощи (Максимова Т.М., Лушкина Н.П., 2010). Кстати, по нашему мнению, совсем не обязательно эта помощь должна осуществляться в круглосуточных специализированных стационарах. Медицинская помощь пожилым может, а в условиях слабой экономики должна организовываться в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях, а именно в условиях ПМСП, путем создания школ активного долголетия, полустационаров для пожилых и пр.

Например, идеология школы активного долголетия должна быть направлена на изменение отношения пациентов пожилого возраста к своему здоровью, привлечение их к посильному труду, активному досугу и к регулярным занятиям физической культурой. Основные цели и задачи такого подразделения поликлиники заключаются:

- ✓ *повышение информированности населения об особенностях жизни в пожилом возрасте и факторах, влияющих на продолжительность жизни;*
- ✓ *ознакомление с принципами и особенностями питания, режимом двигательной активности в пожилом возрасте;*
- ✓ *формирование у пожилых пациентов ответственного отношения к своему здоровью, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача;*
- ✓ *обучение практическим методам оздоровления и профилактики заболеваний.*

В решении проблемы организации доступности, качества и безопасности медико-социальной помощи пожилым принято рассматривать только ответственность системы здравоохранения в целом, так и медицинских работников в частности. А что сами пожилые пациенты? Каковы их мотивы здоровьесохраняющего поведения? Стремятся ли они повысить уровень качества своей жизни?

К сожалению, примеров здоровьесохраняющего поведения среди пожилых людей пока не достаточно. Лишь немногие из них до преклонных лет сохраняли высокий уровень качества жизни, что позволяло им делиться своим опытом. В частности, известный балетмейстер Игорь Моисеев в день своего 90-летия дал такой рецепт сохранения качества жизни пожилым в стихах:

Если старость держит вас за фалды
И мешает мчаться и лететь,

Не спешите стать простой кувалдой,
Плотно есть, лениться и толстеть.
Старость в силах мы отодвигать
Научитесь **преодолевать**.

Придавая проблеме повышения качества жизни пожилым государственным значение, за последние десятилетия во многих экономически развитых странах созданы институты геронтологии, геронтологические центры, кафедры при вузах и специализированные учреждения в системах здравоохранения и социальной защиты. К сожалению, отечественная система здравоохранения, на фоне роста продолжительности жизни россиян, пока не выработала структурных элементов медицинских организаций и механизмов поддержания и сохранения жизни пожилых и престарелых, что всё чаще и чаще становится причиной многочисленных конфликтов между пациентами и медицинскими работниками. На этом фоне отмечается рост жалоб и заявлений на отношение медицинских работников к пожилым пациентам.

В качестве примера приводим типичную ситуацию формирования конфликтной ситуации между родственниками пожилой пациентки и персоналом двух медицинских организаций.

Пациентка Г. 75 лет со 1 июня по 10 июля 2015 г. находилась на стационарном лечении в реанимационном, а затем в неврологическом отделении одной из больниц г. Хабаровска по поводу тяжёлого течения гипертонической болезни осложненной инсультом. В результате оказания медицинской помощи сохранить жизнь больной удалось, но её состояние требовало постоянной медико-социальной помощи в связи с тем, что у больной сформировались левосторонний гемипарез, тяжёлая энцефалопатия и гиперкинетический синдром. Больная самостоятельно не могла принимать пищу, что явилось показанием для наложения ей гастростомы.

После выписки для продолжения лечения в амбулаторных условиях по месту жительства больная на дому осматривалась терапевтом, хирургом, урологом, ЛОР-врачом, неврологом, психиатром. Для разработки индивидуальной программы реабилитации, оформлялся посыльный лист на МСЭ для присвоения группы инвалидности, проводились активные осмотры, контроль и коррекция лечения, беседы о необходимом уходе за пациенткой силами родственников. Состояние пациентки оценивалось как стабильное, хотя восстановление психоневрологических функций было маловероятным событием. Участковый врач обращал внимание на некачественный ежедневный уход со стороны родственников, проводила беседы с ними. К концу августа 2015 г. сформировались пролежни крестцовой и пяточной области, и пациентка К. была госпитализирована в хирургиче-

ское отделение 5 сентября, где находилась до 29 октября 2015 г. до излечения пролежней.

В течение всего времени пребывания пациентки К. в хирургическом отделении, его сотрудники отмечали агрессивное поведение родственника, который бесконтрольно вмешивался в лечебный процесс, самовольно давал ей разные лекарственные препараты, срывал повязки, самовольно обрабатывал пролежни без соблюдения правил асептики. На замечания персонала реагировал с агрессией, пытался спровоцировать драку.

Диагноз. Обширный инфицированный пролежень крестцово-копчиковой области, пяточной области слева. Сопутствующий диагноз: ЦВЗ, сочетанная энцефалопатия III степени (постинсультная, дисциркуляторная). Левосторонний спастический гемипарез. Атеросклероз аорты и её ветвей, сосудов головного мозга, психоорганический, эпилептиформный синдром. Артериальная гипертензия 3 ст., риск 4. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Относительная митральная недостаточность. ХСН I ст., II ф.кл.

После выписки из хирургического отделения, были даны рекомендации по лечению у терапевта и хирурга поликлиники. В дальнейшем пациентка К. наблюдалась терапевтом, хирургом, урологом, неврологом поликлиники, с контролем и коррекцией лечения. Тем не менее, во время лечения, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях по месту жительства возник ряд проблем, которые и стали причиной конфликтной ситуации:

- ✓ По мнению родственников пациентки, медицинский персонал двух больниц и территориальной поликлиники не справился с возложенными на него обязанностями, в результате чего к концу августа 2015 г. у больной К. сформировались пролежни в обл. крестца и пятки, а в течении 2015-2016 гг. не наблюдалось положительной динамики общего состояния.
- ✓ По мнению медицинского персонала больниц и территориальной поликлиники, несмотря на выполнение протоколов оказания медицинской помощи и регулярных посещений больной на дому в 2015-2016 гг., родственники пациентки не в полном объеме выполняли рекомендации по уходу за ней, что привело к формированию пролежней. Состояние пациентки К. оценивается как стабильное, однако полная реабилитация маловероятна.

Родственники больной К. неоднократно обращались самые разные инстанции, начиная с губернатора региона, заканчивая депутатами Государственной Думы РФ, многочисленные ведомственные и вневедомственные проверки и комиссионные экспертизы нарушений доступности и качества оказания медицинской помощи не выявили. В описанном нами примере в судебные инстанции родственники пациентки К. не обращались,

хотя в настоящее время формируется тренд роста числа судебных исков к медицинским организациям по поводу организации медицинской помощи пожилым пациентам.

В заключение следует отметить, что в подобных ситуациях администрации большинства государственных медицинских организаций оказываются ежемесячно, тратя значительное время на внутренние проверки и экспертизы, формирование ответов в вышестоящие органы власти, но ситуация не меняется. Системно вопрос организации медико-социальной помощи пожилым в России не решается в принципе, хотя вполне успешно решаются проблемы роста продолжительности жизни россиян.

Анализ выше приведенного примера из отечественной клинической практики показывает, что эффективное предупреждение жалоб, заявлений, а уж тем более судебных исков требует особого внимания врачей и медицинского персонала (Дьяченко С.В., Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б., 2015). Необходимо установление плодотворного взаимодействия с пациентами и их родственниками. Причем такой подход следует распространять на всех людей, независимо от того, заметна у них склонность к сутяжничеству или нет. И, главное правило, которому призывают следовать юристы – предельно четко оформлять первичную медицинскую документацию.

В тоже время эффективность практической деятельности врача во многом зависит от того, насколько профессионально специалист организует взаимодействие с пациентами, их родственниками и ближайшим окружением, и, конечно же, с коллегами. В психологии для характеристики тех компонентов общения, которые связаны с взаимодействием людей, с непосредственной организацией их совместной деятельности применяется специальный термин – «интерактивная сторона общения», который представляет собой построение общей стратегии взаимодействия для обеспечения взаимопонимания (Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В., 2011).

Взаимопонимание людей – это такой уровень их взаимодействия, при котором они осознают содержание и структуру настоящего и возможного очередного действия партнера, а также взаимно содействуют достижению единой цели. Для взаимопонимания недостаточно совместной деятельности, нужно взаимодействие (Дьяченко С.В., Дьяченко В.Г., 2015). Оно исключает свой антипод – взаимопротиводействие, с появлением которого возникают недопонимание, а потом и непонимание человека человеком. Пациенты и их родственники, с которыми в процессе организации медицинской помощи трудно наладить взаимопонимание, несмотря на обоюдное стремление к нему, могут быть отнесены к разным психотипам, культурам, конфессиям и т.п. Однако врач не должен позволять себе, не учитывать особенностей пациентов и их родственников. Причем пациентов и их родственников, с которыми часто возникают трудности, в уста-

новлении сотрудничества условно можно разделить на следующие типы: настырно-требовательные, вязкие, хронически недовольные.

Настырно-требовательные умеют обосновать свои самые бессмысленные требования. *Вязкие* пользуются медицинской помощью столь интенсивно, что вызывают раздражение и досаду. *Хронически недовольные* изводят и часто повергают врачей в отчаяние, постоянно предъявляя им претензии о неэффективности применяемого лечения, ухода и т.п.

По мнению многих психологов, существует ряд приемов, облегчающих работу с указанными выше типами пациентов. Настырно-требовательным следует разъяснить их права на хорошее медицинское обслуживание, которое, однако, не обязательно включает выполнение каждого требования. В случае вязких пациентов целесообразно проводить регулярные короткие осмотры в строго установленные часы и медицинского обоснование для назначения очередного приема необязательно. Столкнувшись с хронически недовольными пациентами, лучше всего признать неутешительные результаты лечения, разделить их пессимизм и обратить свое внимание, скорее на установление с ними хороших отношений, чем на выполнение стандартов оказания медицинской помощи. Существенную роль в этом взаимодействии медицинских работников и пациентов играет этика и деонтология.

Рассматривая же первопричины выше описанного конфликта между родственниками больной К. и медицинскими работниками, ловим себя на мысли о том, что обе стороны по-своему правы. Родственники больной не в состоянии обеспечить ей должного уровня ухода на дому, поскольку не имеют достаточного уровня материальных, технических и экономических ресурсов. Социальные службы по многим причинам, чаще всего по причине нехватки экономических ресурсов, также ограничены в своих возможностях. Что же относительно медицинских организаций и непосредственно лечащих врачей, то в рамках исполнения ими видов и объемов медицинской помощи согласно Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ, ими были реализованы стандартные технологии в полном объеме и вовремя. Тем не менее, следует признать, что всем участникам конфликта без исключения не хватило должного уровня терпения в отстаивании своих позиций и настойчивости в формировании консенсуса между сторонами конфликта.

Возраст пациента, как фактор риска формирования конфликта. Считается, что в среднем у одного пациента старше 60 лет обнаруживается от четыре до шести различных заболеваний, что закономерно сопровождается увеличением потребления таким пациентом разнообразных лекарственных средств. Однако в организме пожилых людей чаще всего изменяются фармакодинамика и фармакокинетика препаратов, отмечается значительно большая частота их побочных действий. Незнание врачом этих

особенностей может усугубить течение болезни у пожилых пациентов. Поэтому уже сейчас весьма актуальной задачей является овладение медиками различных специальностей основами гериатрической фармакологии.

Особенности действия лекарственных препаратов у лиц пожилого возраста также создают сложности в лечении этих пациентов. Врач должен иметь четкое представление о принципах дозирования лекарственных средств в гериатрии, об особенностях взаимодействия препаратов, о путях повышения устойчивости организма пожилых людей к нежелательному воздействию медикаментов (Дьяченко С.В., 2014). Вопрос о назначении того или иного лекарственного препарата должен решаться лишь после всестороннего анализа его воздействия на организм пожилого пациента. Одним из правил гериатрической фармакотерапии является строгая индивидуализация доз. В самом начале лечения препараты назначают в дозах, уменьшенных примерно в 2 раза по сравнению с таковыми для больных среднего возраста. И только постепенно повышая дозу, устанавливают индивидуальную переносимость препаратов. По достижении лечебного эффекта дозу уменьшают до поддерживающей, которая, как правило, тоже ниже дозы, назначаемой пациентам среднего возраста (Лазебник Л.Б., Кузнецов О.О., Конев Ю.В., 2004).

Способ приема лекарства должен быть как можно проще и понятнее для пациента. По возможности следует избегать назначения жидких лекарственных форм, так как из-за ослабленного зрения и тремора рук пожилые больные испытывают затруднения при их дозировке. Кроме того, отсутствие четкого контроля за герметичностью флакона может привести к изменению концентрации препарата, его загрязнению или порче. В стационаре медперсонал особое внимание должен уделять контролю за своевременным приемом назначенных лекарств, так как пожилые и старые люди нередко забывают принять лекарство вовремя или, наоборот, принимают его повторно, не дожидаясь назначенного времени (Лазебник Л.Б., 2004).

Согласно медицинской статистике, риск возникновения побочных эффектов у пациентов старше 60 лет в 1,5 раза выше, чем у молодых. А у больных 70–79-летнего возраста неблагоприятные реакции на введение лекарств развиваются в 7 раз чаще, чем у пациентов 20–29 лет. Люди пожилого и старческого возрастов в 2–3 раза чаще, чем молодые и среднего возраста, госпитализируются по поводу побочных действий препаратов. А наибольшее число смертельных исходов, связанных с нерациональной фармакотерапией, приходится на возрастную группу 80–90 лет. Следует подчеркнуть, что лекарственные препараты, назначенные пожилым людям без учета особенностей гериатрической фармакотерапии, могут причинить гораздо больший вред, чем сама болезнь, для лечения которой их применяют (Лазебник Л.Б. с соавт., 2014; Дьяченко С.В. с соавт., 2015).

Для проведения адекватной фармакотерапии врач должен знать о лекарственных препаратах многое, а о препарате, который назначается конкретному больному – знать все. Многие практикующие врачи ориентируются в фармакодинамике, тогда как фармакогенетические факторы и фармакокинетические особенности препаратов им известны недостаточно, что создает торможение в развитии всей фармакотерапии. Традиционно используемые понятия терапевтической, токсической и летальной доз весьма условны. Анализ значительного числа источников литературы по проблемам эффективной фармакотерапии и результаты собственных исследований свидетельствуют о том, что фармакотерапевтический эффект в большей степени связан не столько с дозой препарата, а с уровнем его концентрации в плазме. Причем последняя может варьировать в широких пределах у разных пациентов исходя из уровня и скорости биотрансформации ксенобиотиков.

В связи с выше указанным не вызывает удивления факт того, что в некоторых случаях лекарственные средства вызывают преждевременную смерть лиц старше трудоспособного возраста не только из-за своей повышенной токсичности, но и по причине назначения лечащим врачом многих лекарств одновременно. Некоторые из них превращаются во «взрывоопасный коктейль», другие — накапливаются в организме пациента, вызывают у последнего новые заболевания. Все это не имеет никакого отношения к рациональной фармакотерапии. Анализ первичной медицинской документации показывает, что значительное число листов назначений содержит от 7 до 11 лекарственных препаратов, причем такая практика уже не является редкостью. А между тем, только около 10% лиц пожилого возраста вообще не принимают никаких лекарств. Полипрагмазия, формируя осложнения течения основного заболевания, расширяют пропасть в понимании причинно-следственных связей многочисленных случаев ухудшения состояния пожилых пациентов во время лечения между потребителями и производителями медицинских услуг.

В связи с особенностями физиологических и патологических процессов в пожилом возрасте, необходимостью специфичного подхода к ведению пациентов старших возрастных групп еще в начале прошлого столетия делались попытки выделения гериатрии и соответствующей специальности врача-гериатра в отдельную клиническую дисциплину. Однако специальность врача-гериатра была введена лишь в 1994 г. и место данного специалиста в системе первичного звена здравоохранения пока определено недостаточно четко, в связи с чем его функциональные обязанности не реализуются в полной мере.

Исходя из приведенного ранее примера конфликта между родственниками пациентки К. и производителями медицинских услуг, следует отдавать себе отчет в том, что в Российской Федерации постинсультные рас-

стройства занимают первое место среди причин инвалидизации – около 80% пациентов становятся инвалидами. Заболеваемость инсультом составляет 2,5-3 случая на 1000 населения в год, а смертность в остром периоде инсульта в РФ достигает 35%, увеличиваясь на 12-15% к концу первого года после перенесенного инсульта; в течение 5 лет после инсульта умирают 44% пациентов. Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидности и составляет 3,2 на 10 000 населения, к труду возвращается 20% лиц, перенесших инсульт, при том, что одна треть заболевающих инсультом - люди работоспособного возраста. Таким образом, в РФ инсульт ежегодно развивается у 400-450 тысяч человек, примерно 200 тысяч из них погибает.

Сами по себе сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ. По оценкам экспертов ВОЗ, в 2012 году от ССЗ умерло 17,5 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,4 миллиона человек умерли от ишемической болезни сердца и 6,7 миллиона человек в результате инсульта. Причем, более 75% случаев смерти от ССЗ происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. По данным прогнозных оценок ВОЗ, к 2030 году от ССЗ в мире, главным образом, от болезней сердца и инсульта, умрет около 23 миллионов человек, и ССЗ останутся единственными основными причинами смерти (Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям. ВОЗ, 2010; ВОЗ, 2015).

Следовательно, в ближайшие годы необходимо изменить направленность работ по снижению или, хотя бы, по стабилизации распространения ССЗ в РФ. В частности эта стратегия должна быть построена на снижении влияния факторов риска ССЗ (рис. 3.1.). Однако идеология работы большинства лечащих врачей в отечественном здравоохранении не меняется в принципе, поскольку все усилия сосредоточены на лечении заболеваний, выполнении объемов производства медицинских услуг в рамках реализации «Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению».

Такой подход, к сожалению, не сопровождается концентрацией внимания на соблюдении технологических стандартов превентивной медицины – сохранения здоровья здоровых и предупреждение развития заболеваний и патологических синдромов у пациентов из групп риска. И уж совсем не уделяется должного внимания безопасному применению лекарственных препаратов и технологических приемов диагностики и лечения, особенно при распространенных заболеваниях. Это в свою очередь формирует реализацию риска развития патологических синдромов, связанных с производством медицинских услуг – ятрогенией (Дьяченко С.В. с соавт., 2015).

	Факторы риска инфаркта миокарда	Отношение шансов или во сколько повышается риск ?		Факторы риска ишемического инсульта	Отношение шансов или во сколько повышается риск по отношению к контролю?
1	Повышение в крови липидов (соотношение апо В /апо А1)*	3,25	1	Артериальная Гипертония	2,64
2	Курение	2,87	2	Сердечные причины	2,38
3	Стресс	2,67	3	Курение	2,09
4	Сахарный диабет	1,91	4	Повышение в крови липидов (соотношение апо В /апо А1)*	1,89
5	Артериальная гипертония	1,91		Отношение талия/бедро	1,65

Рис. 3.1. Основные факторы риска инфаркта миокарда и ишемического инсульта²

Именно эти моменты отрицательно скажутся на взаимоотношениях пациентов и медицинских работников. Первые будут продолжать формировать поток обращений, заявлений и судебных исков, в которых опишут, зачастую не без основания, черствость, невнимательность и непрофессиональное поведение медицинских работников. Однако, при этом вся мера ответственности за своё здоровье перекладывается на производителей медицинских услуг. Причем пациенты и их родственники при этом забывают о том, что десятилетиями игнорировали призывы лечащих врачей к здоровьесохраняющему поведению, включая соблюдение режима труда и отдыха, диеты, отказ от вредных привычек и многое другое. И, когда к возрасту 50-60 лет они накопят несколько заболеваний (атеросклероз, гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца и др.), будут требовать от лечащего врача прописать «чудодейственные таблетки». А лечащий врач опять порекомендует похудеть, перейти на диету для больных ССЗ, соблюдать режим труда и отдыха согласно выявленным заболеваниям и патологическим синдромам, регулярно посещать школу для больных гипертонической болезнью и серьезно заняться профилактикой осложнений ССЗ (инфарктов и инсультов).

² Yusuf S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case- control study. Lancet 2004 Sep 11-17; 364(9438):937-52. O'Donnell MJ et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study Lancet 2010; available at: <http://www.thelancet.com>

Пожилые люди в российской провинции. В особо сложном положении в последние десятилетия находятся Российские провинции, где, несмотря на предпринимаемые Правительством РФ усилия по повышению рождаемости структура населения продолжает оставаться в тисках многолетней депрессии. Число лиц старше трудоспособного возраста в структуре населения продолжает неуклонно расти. Все попытки исправить ситуацию за счёт интенсификации миграционных процессов оказываются неудачными. Типичным с этой точки зрения стал Дальний Восток России, численность населения которого в 1991 г. составляла 8,1 млн., а уже в 2017 г. – менее 6,2 млн. Уровень демографических потерь стал беспрецедентным фактом истории Дальневосточного федерального округа. Причем основная часть потерь населения произошла за счёт непрекращающихся до сих пор миграционных процессов (Дьяченко В.Г. с соавт., 2013; Мотрич Е.Л., 2017). Ряд исследователей приходят к выводу о том, что вследствие вымывания наиболее активной части населения постепенно формируется структура, отличающаяся преобладанием лиц пожилых и пенсионных возрастных групп (Киселев С.Н., 2017). Так, если численность населения России выросла с 2009 по 2015 годы на 4 641 тыс. человек, или на 3,3 %, то население ДФО за этот же период времени продолжало ежегодно снижаться и сократилось к 2015 г. на 266 тыс. человек, или на 4,2 % (рис. 3.2.).

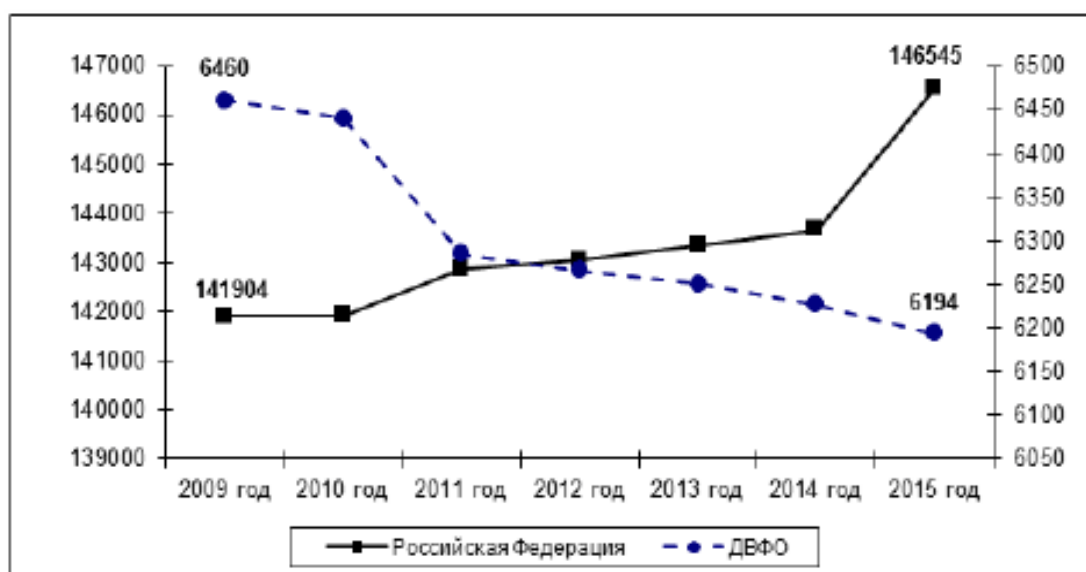


Рис.3.2. Динамика численности населения РФ и ДФО в 2009 – 2015 гг. (С.Н. Киселев, 2017)

Кроме того, следует отметить, что доля лиц старше 65 лет в структуре населения региона стабильно увеличивается. Если в 1989 г. их доля в структуре населения ДФО составляла 5,0 %, в 2001 г. – 7,7 %, а в 2015 г. – 12,2 %. Постарение населения уже сегодня создает серьезные проблемы в плане увеличения демографической нагрузки на тех, кто занят трудовой

деятельностью. Естественно, что при таком соотношении занятого населения и иждивенцев трудно обеспечить необходимый уровень качества жизни дальневосточникам и сохранить привлекательность региона для потенциальных переселенцев. Что же относительно динамики демографической нагрузки с 2002 по 2015 гг., то она выросла на 1-го трудоспособного дальневосточника на 27,1%. Параллельно произошло снижение удельного веса детей в структуре нагрузки с 56,2 % до 47,1 % и рост удельного веса лиц старше трудоспособного возраста с 43,8 % до 52,9 %. Следовательно, на Дальнем Востоке России продолжают происходить процессы деформации возрастной структуры населения.

Таким образом, рост удельного веса в структуре населения Дальнего Востока России лиц старше трудоспособного возраста позволяет прогнозировать сохранение значительного уровня заболеваемости сердечнососудистой патологией и злокачественными новообразованиями, что требует серьёзных мероприятий по реорганизации медицинской помощи пожилым людям. Причем сделать это следует не с позиций существующих глобальных «инновационных проектов», сама суть и существование которых, не позволяет оценивать степень их успешности (эффективности) и формирует блокаду общественного контроля (Роснано, Сколково, НИУ ВШЭ, Дальневосточный гектар и др.), а с точки зрения реальных затрат и фактических результатов. К сожалению, большинство реализуемых, т.н. инновационных проектов, в течение короткого промежутка времени «обрастают» сопутствующими фирмами и компаниями, а их менеджеры занимаются освоением бюджетных средств, забывая о конечном результате проекта.

Эти проекты существуют десятилетиями не принося реальных результатов, а их руководители регулярно отчитываются об успешном освоении бюджетных денег. Но о конечном результате проектов в виде, например, производства солнечных панелей, мобильных телефонов, автомобилей, тракторов, гражданских самолетов, медицинского оборудования, лекарственных препаратов, грамотных экономистов по цене ниже китайских, а по качеству выше, как-то все забывают. Поэтому разработка эффективной модели медико-социальной помощи пожилым людям в РФ по нашему глубокому убеждению не будет осуществлена в обозримом промежутке времени, поскольку за годы либеральных реформ полностью прекратилась серьёзная подготовка специалистов данного профиля в образовательных учреждениях отечественной системы здравоохранения. А без специалистов, которые сформируют идею, создадут практическую модель, обеспечат её эффективное функционирование и ответят перед заказчиком о достигнутом результате в установленные сроки, ничего не получится.

В тоже время, было бы неправильно говорить о том, что отечественная система здравоохранения не предпринимает мер по модернизации производства медицинских услуг всем возрастным группам населения,

включая лиц пожилого возраста. В частности, в рамках реализации программ модернизации региональных систем здравоохранения, «дорожных карт» и т.п. планируется сделать многое за счет с одной стороны увеличения числа амбулаторно-поликлинических посещений, в том числе профилактических, уменьшения объемов стационарной помощи, а с другой стороны за счет повышения эффективности использования коечного фонда круглосуточных стационаров. Но оба направления модернизации, так или иначе, связаны с изменением подходов к управлению производством медицинских услуг. В последнее время много говорится о стратегии оптимизации оказания медицинской помощи. Ведущая роль в разработке проектов оптимизации отводится Министерству здравоохранения РФ. Так проект «Бережливая поликлиника» призван минимизировать временные затраты пациента на посещение врачебных кабинетов, оптимизировать работу регистратуры, врачей и лаборатории (Павлов А.В., 2017).

Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова в своем выступлении на пленарном заседании Общероссийского образовательного семинара-совещания по вопросу организации ПМСП на принципах бережливого производств 03 апреля 2017 года в Ярославле отметила, что результаты Ярославской области вдохновляют: проект «Бережливая поликлиника» был запущен в конце 2016 года, но даже за такой короткий срок удалось добиться важных показателей – очереди в пилотных медицинских организациях сократились в 8 раз, время ожидания приема врача у двери кабинета - в 12 раз?!. Вероника Игоревна отметила, что дружелюбие и комфортность поликлиники – это необходимые требования, только тогда пациенты будут обращаться сюда с профилактическими целями.

Говоря о предстоящих планах, министр заявила о превращении в «бережливые» более 200 поликлиник по всей стране в ближайшие два года. «Для всей страны это важнейший пилотный проект, который позволит чуть более чем за четыре месяца полностью переформатировать логистику технологических процессов». Одна из основных целей проекта - сократить время нахождения пациента в поликлинике. В среднем, от момента входа в поликлинику до момента выхода из нее пациент проводит сейчас около 40 минут?! Эксперты Минздрава предполагали, что реализация позволит это время сократить вдвое (Степанов И., 2017).

В связи с тем, что мы имеем определенный опыт участия в реализации различных пилотных инновационных проектов с начала 1990-х годов, следует сказать «Блажен, кто верует», поскольку именно при их реализации возникают извечные вопросы, на которые часто нет ответов.

✓ *Как изменится положение пациента в новой системе координат? Его уже не будут «заставлять» выстаивать многочисленные очереди в поликлинике и неделями ждать очередь на госпитализацию в круглосуточный стационар. Ему не будут предлагать «обойти очередь» запла-*

тив в кассу больницы или непосредственно исполнителю медицинских услуг «энную сумму» в рублях или в валюте.

- ✓ *Как изменится положение лечащего врача в поликлинике? Результаты работы врача общей (семейной) практики будут оцениваться по качеству написанных им отчетов о проделанной работе (видах и объемах оказанных услуг) или всё-таки по состоянию здоровья закрепленного населения и показателям доступности, качества и безопасности оказанных пациентам медицинских услуг.*
- ✓ *Как изменится положение лечащего врача в круглосуточном стационаре? Результаты его работы по производству медицинских услуг будут оцениваться по количеству часов, проведенных на рабочем месте с последующей почасовой оплатой. Или вознаграждение за проделанную работу будет учитывать количество произведенных услуг, но с параллельной оценкой их качественных характеристик, т.е. с учетом мнения потребителей (пациентов).*
- ✓ *И, наконец, появится ли возможность у пациента и врача увидеть друг в друге не оппонента, не контрагента по договорным отношениям, а людей, которые объединят свои усилия на достижение максимального результата оказания медицинской помощи. Именно союз пациента и врача, основанный на взаимном доверии, по нашему мнению, и должен стать основой будущей парадигмы развития отечественного здравоохранения.*

А между тем реально существующая «договорная модель» взаимоотношений пациента и врача характеризуется обязательным адекватным информированием пациента производителем медицинских услуг о всех возможных вариантах лечения, рисках применения тех или иных технологий, угрозах здоровью и др. Она строится на контракте, договоре: потребители и медицинские работники, являющиеся контрагентами по договору обязаны уважать права друг друга. Появление договорной модели в системе взаимоотношений пациента и врача стали следствием трансформации социально-экономических основ Российского государства с начала 1990-х годов, которая обусловлена доминированием торговых отношений в социальной сфере.

Система взаимодействия потребителя и поставщика не обходит стороной сферу медицинских услуг. Данная позиция рассмотрения моделей взаимоотношений пациента и врача особенно актуальна в настоящее время, когда государственные и негосударственные медицинские организации производят медицинские услуги как в рамках исполнения Программы государственных гарантий за счёт средств ОМС, так в рамках платной системы оказания медицинских услуг. Действительно, медицинские работники сегодня рассматриваются как поставщики медицинских услуг. В данном контексте к ним предъявляется ряд соответствующих требований. Прежде

всего, – стандартные требования к доступности, качеству и безопасности оказываемых услуг, Причем требование к высокому уровню обслуживания пациентов, включает в себя и реализацию этических принципов деятельности медицинских работников, а также индивидуальный подход, и высокий культурный уровень общения с пациентом, с позиции нравственных ценностей и принципов. В свою очередь пациент как «потребитель медицинских услуг» обладает правом выбора поставщика данных услуг, что является стимулирующим фактором для оказания эффективного и высококвалифицированного медицинского обслуживания.

3.2. У истоков конфликта между пациентом и врачом

История человечества – это история различного рода конфликтов между десятками стран и народов, между большими и малыми социальными общностями, и наконец, – между отдельными людьми. Одна часть людей стремились решить возникающие противоречия с помощью доведения конфликта до его апогея и тогда конфликт разрешался с помощью войны, а все «лавры» доставались победителю. Другая часть – мечтала о формировании различных союзов на основе систем сдержек и противовесов, возводя во главу угла понятие «плохой мир лучше самой прекрасной войны». В конечном итоге многие люди с древнейших времен мечтали о создании бесконфликтного общества, а государство рассматривали, как универсальный механизм для предотвращения и разрешения социальных конфликтов – законы Хаммурапи II (1792-1750 гг. до н.э.), постулаты Царя Соломона (965-928 гг. до н.э.) и др.

Что же относительно современности, то конфликты различных уровней от межгосударственных конфликтов до конфликтов между отдельными людьми – это повседневная реальность. Что же относительно медицины, то производство медицинских услуг, как область, затрагивающая важнейшие интересы каждого человека по сохранению своей жизни и здоровья, – не может существовать без конфликтов. В защите этих интересов даже от воображаемой угрозы человек легко может перейти все разумные границы. Но если в здравоохранении СССР конфликтная ситуация получала развитие чаще всего только в личном общении пациента и врача с привлечением администрации лечебного учреждения в качестве арбитра, то в условиях либеральной трансформации российского общества, всё чаще и чаще случаи взаимного непонимания между пациентом и врачом, после серии мучительных экспертиз, в том числе и судебно-медицинских, – заканчиваются в судах. Пациенты и их родственники обычно негативно относятся к судебным разбирательствам и решениям судей, даже если дело решается в их пользу. А если дело разрешается в пользу медицинской организации или врача, то негативная реакция потребителей медицинских услуг и их родственников достигает своего пика, что иногда печально за-

канчивается для лечащего врача. Они подвергаются физическому воздействию (избиению) или даже убийству.

Но даже, если судебное дело разрешено в пользу врача, оно все равно наносит ущерб его профессиональной репутации, а также неизменно отнимает много времени и нервов. Как и многие болезненные ситуации, конфликт гораздо легче предупредить, чем прекратить, поэтому каждому практикующему врачу можно посоветовать проанализировать типичные конфликтные ситуации и заранее обдумать меры их первичной профилактики при общении с пациентами.

Современное общество и система производства медицинских услуг. Производство медицинских услуг в современном мире тесно связано с ростом инноваций, появлением стандартов опережающих технологий и методов современной фармакотерапии. Однако критический анализ медицинской информации указывает на то, что наблюдается неуклонный рост риска нерациональных решений в медицинской практике и, как следствие, значительный рост уровня ятрогений. В связи с этим формируется две взаимопротивоположные точки зрения на отношения общества и медицинских работников. Сторонники первой считают, что консервативное общественное мнение тормозит прогресс современной медицины. Сторонники второй убеждены в том, что инновационное развитие медицины нарушает гармоничное единство природы и человека и может привести его к вырождению.

Тем не менее, общество и медицина не противостоят друг другу, хотя и находятся в сложном взаимодействии. Медицинские работники и медицина в целом вольно или невольно влияют на общественное мнение, изменяя его. От соблюдения медицинских норм в разных сферах деятельности популяции людей зависят жизнь и здоровье каждого отдельного человека, и общество заинтересованно их учитывать.

С другой стороны российское общество постоянно ограничивает расходы на здравоохранение, относя охрану здоровья населения в раздел одного из главных бюджетопотребителей доходов государства, не забывая повторять, как «мантру» о том, что медицинская профессия – это призвание людей склонных к самопожертвованию на благо отдельного человека и общества в целом. На этом фоне на второй план уходит понимание того, что эффективная работа по охране здоровья населения и уровень медицинских технологий дает значительные экономические эффекты в виде роста производительности труда, увеличения длительности трудоспособного возраста и снижение расходов социальных внебюджетных фондов и др. Поразительно, но управляющие структуры государства делают вид, что эффективная медицина может продолжать существовать без адекватного финансирования, постоянной подпитки молодыми медицинскими кадрами, сокращая реальные расходы на производство медицинских услуг в госу-

дарственных медицинских организациях и медицинское образование в специализированных колледжах и вузах.

Социальная роль здравоохранения в целом и производства медицинских услуг в частности является предметом широкого общественного обсуждения в современной России. Реализация различных программ, концепций, проектов модернизации отрасли позволила решить некоторые насущные задачи, но породила массу новых проблем. Самой главной проблемой, по нашему мнению является конфликтогенность отечественной медицины и здравоохранения, как отражение падения престижа профессии врача в российском обществе.

Формирование недовольства населения медицинскими работниками, невероятный рост числа и уровня конфликтных ситуаций взаимоотношений пациента и врача нельзя объяснить некими «сложными» цивилизационными изменениями, поскольку в большинстве других стран мира, в том числе и развитых, ничего подобного не наблюдалось. Хотя, конечно проблемы взаимоотношений между обществом и медициной в период реформирования отрасли, как в мировой практике, как и в России, – наблюдались. В частности к ним можно отнести расширение медиализации, присвоение здравоохранением определенных функций социального контроля, транснациональное расширение фармацевтического рынка, смена моделей взаимоотношения врача и пациента как результат коммерциализации медицины, изменение конфигурации стандартов производства медицинских услуг под влиянием новых биотехнологий, инновационного медицинского оборудования и др.

По мнению известного эстонского врача Натана Эльштейна (Natan V. Elshstein) рассматривая ситуацию с истоками формирования конфликта взаимоотношений пациента и врача, следует сделать две оговорки. Во-первых, нельзя рассматривать эти вопросы только в одном ракурсе – этика врача и его отношение к больному. Поведение врача обычно является отражением отношения к нему общества и больных (Эльштейн Н.В., 1990). Тем не менее, речь не идет о равнозначных отношениях. В них кто-то обычно сильнее, и этим «кто-то» всегда должен быть врач. Если он настоящий врач, личность. Во-вторых, и этика врача, и этика больного (о ней почти не пишут), а, следовательно, и их взаимоотношения не являются постоянными, данными раз и навсегда, во все времена и в любой стране. Конечно, есть незыблемые постулаты, независимые ни от каких факторов: врач обязан нести тем, кто к нему обращается, добро, однако и пациенту следует относиться к врачу доверительно и уважительно (Эльштейн, Н.В., 2005). Но меняется жизнь, меняются возможности медицины; в разных странах различны принципы здравоохранения и материальное состояние общества; неодинаково место, отводимое здоровью, в иерархии ценностей и качества жизни; различны подходы к науке о должном - деонтологии - в

демократических и тоталитарных государствах; различаются традиции сохранения здоровья, скажем, в Швеции, Эфиопии, Китае и других странах. Все это обуславливает вечность и в то же время изменчивость рассматриваемой проблемы. По данным национальной медицинской библиотеки США в Бетезде (Мериленд), отражающей публикации 3600 ведущих медицинских журналов государств всех континентов, только за период с 1991 по 1995 гг. было опубликовано 4725 статей, в той или иной степени затрагивающих вопросы взаимоотношений врачей и пациентов. Думается, одна эта цифра - лучшее доказательство актуальности проблемы (Elshtein N.V., 1996). Таким образом, с точки зрения производства и потребления медицинских услуг, взаимоотношения потребителя и производителя в значительной мере зависят от того, насколько структура и функции производственной системы отвечают ожиданиям, как пациентов, так и врачей.

Любая система, в т.ч. система по производству медицинских услуг и её структурные элементы должны работать в единой организационной технологии отрасли здравоохранения государства, которая в свою очередь должна соответствовать определенным принципам функционирования систем (рис. 3.3.).

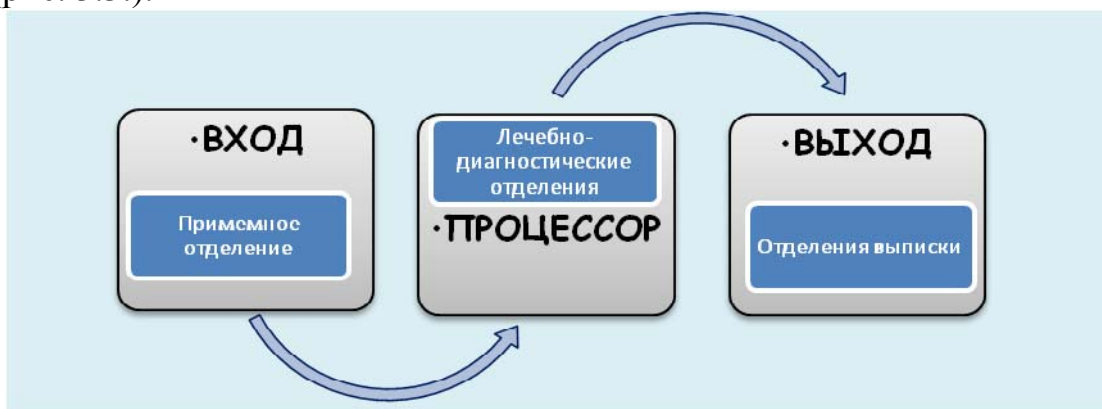


Рис. 3.3. Общий принцип работы систем

Система медицинских учреждений, как в государственном, так и в коммерческом секторе должна решать определенные задачи для достижения цели/результата функционирования отечественного здравоохранения. В частности, с точки зрения обеспечения достаточного уровня доступности, качества и безопасности производимых услуг система медицинских учреждений должна стремиться к достижению определенных результатов в виде сохранения и приумножения атрибутов здоровья своих пациентов. Следует отметить, что российские бизнес организации, предприятия и учреждения до настоящего времени отстают от своих зарубежных анало-

гов в применении современных методов управления качеством³, хотя это направление имеет свою историю, огромный потенциал и развивается с начала XX века.

Осуществление производственных процессов в условиях рыночных отношений приобретают большую ориентированность на удовлетворение пациента получаемыми услугами, т.к. услуга становится предметом купли и продажи. Это повышает требования к качеству оказания медицинской помощи и ставит вопрос о стоимости производимых услуг. В связи с этим возникает необходимость использования стандартов как измерителей оказания медицинской помощи. При этом кроме технологических стандартов выполнения операций и процедур, касающихся диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, должны быть разработаны стандарты оказания медицинской помощи при различных нозологиях с учётом стоимости проводимых процедур. К сожалению, выработать стандартные требования, касающиеся управления взаимоотношениями пациента и медицинского работника, ввести по регулированию данного процесса жесткий регламент пока никому не удается – настолько многогранен и сложен этот процесс. Для реальной оценки уровня качества произведенных медицинских услуг весьма важным моментом является ориентация системы на потребителя. Потребители (пациенты) часто представляют собой внешнюю по отношению к системе производства медицинских услуг сторону, и поэтому о них говорят как о внешних потребителях. В медицинских организациях также есть внутренние потребители, например, клинические отделения больницы, являются клиентами приемного отделения, лечебные подразделения – клиентами диагностических отделений и т.д.

Среди специалистов по управлению наиболее сложным структурным элементом производственной системы признаются кадровые ресурсы медицинской организации. Здесь и большие различия в профессиональной подготовке, демографических параметрах, личностных особенностях производителей медицинских услуг, и разнонаправленность и сложность задач и функций различных категорий медицинского персонала и многое другое. В определенной мере на успех результатов управления медицинской организации влияет, насколько верно ее руководители представляют её, как систему (конвейер по производству медицинских услуг), имеющую вход и выход. И насколько они склонны к проведению преобразований, направленных на улучшение качества и удовлетворение ожиданий пациентов (рис. 3.4).

³ ✓ Enthoven A.C., Singer S.J., Managed competition and California's health care economy. "Health affairs", 1996, № 15(1)/. – P. 39-57

✓ Nolan T. W. «Quality as an Organizational Strategy» Paper presented at Philadelphia Annual Quality Conference: Philadelphia Area Council for Excellence, May 1990.

✓ World Bank. World development report 1999/2000. Entering the 21st Century. Washington D.C.: Oxford University Press. 2000.

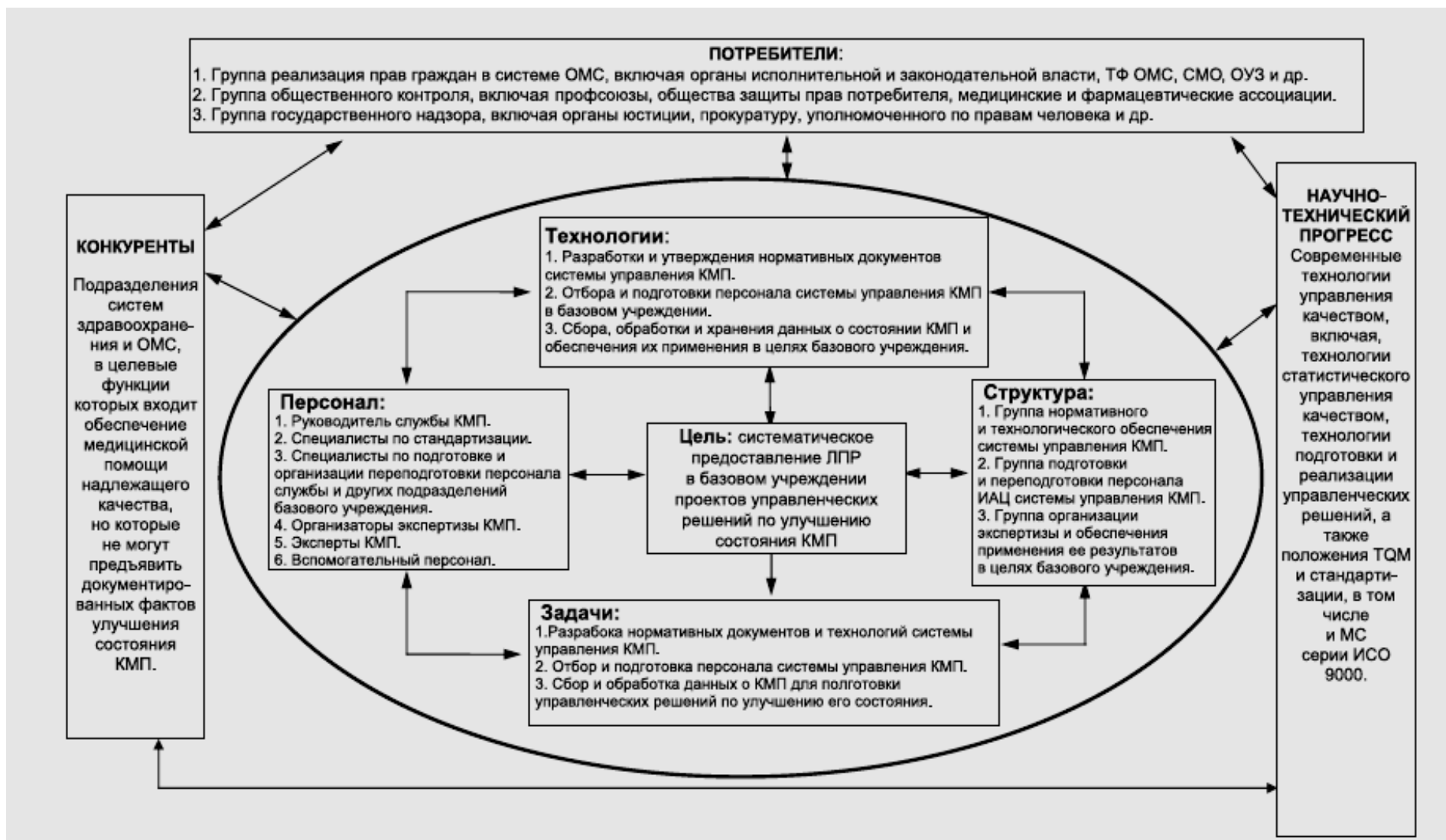


Рис. 3.4. Состав и содержание внутренних переменных и факторов внешней среды системы управления качеством производства медицинских услуг для удовлетворения ожиданий пациентов

В связи с возрастающей ролью контроля качества медицинской помощи со стороны ФОМС, ТФОМС и СМО, установлены новые требования к специалистам, осуществляющим контроль качества медицинской помощи, возникает неотложная потребность единого подхода к подготовке специалистов, осуществляющих контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Новый закон⁴ установил определенные требования к допуску специалистов–экспертов и экспертов КМП к экспертной работе. На основании принятых изменений в законодательную базу специалистом в экспертной деятельности может быть эксперт, прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, по специально созданной модульной обучающей программе, в рамках реализации требований современного законодательства РФ и приказа ФОМС № 230 (табл. 3.1).

Целью внутреннего контроля качества являются оценка одного или нескольких направлений деятельности производственного конвейера и медицинского персонала:

- ✓ *Оценка правильности действия или решения врача, отделения ЛПУ или ЛПУ в целом в конкретном клиническом случае.*
- ✓ *Оценка профессионального уровня медицинского работника или группы медицинских работников, занятых в диагностическом или лечебном процессе определенного вида, по их действиям и решениям в совокупности клинических случаев.*
- ✓ *Оценка качества и безопасности медицинской помощи в следующих случаях:*
 - ❖ *при выполнении диагностических и лечебных процедур без отклонения от технологии;*
 - ❖ *при выполнении диагностических и лечебных процедур при отклонении от технологий;*
 - ❖ *при выполнении диагностических и лечебных процедур в экстремальных условиях;*
 - ❖ *при нарушении правил поведения и предписаний врачей со стороны пациента.*

В конечном итоге основой внутреннего контроля качества производимых медицинских услуг является самоконтроль специалистов, принимающих участие в любых производственных процессах, начиная от санобработки пациента в приемном отделении, кончая производством самым сложным в технологическом отношении оперативным вмешательством.

⁴ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Таблица 3.1.

Цели и функции ведомственного, вневедомственного и независимого контроля КМП

Внутренний (ведомственный) контроль	ККМП при осуществлении ОМС (внешний или вневедомственный) контроль	Независимый контроль
Цель – сбор информации для обеспечения надлежащего объема и качества медицинских услуг	Цель – сбор информации для обеспечения предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе ОМС и рационального использования средств ОМС	Цель – контроль и надзор в сфере обеспечения доступности и качества МП; соответствия медицинских организаций лицензионным требованиям; экспертизы временной нетрудоспособности и др.
Функции: <ul style="list-style-type: none"> ☐ организация и проведение внутри-учрежденческого контроля КМП и экспертизы временной нетрудоспособности; ☐ информирование заинтересованных сторон о результатах контроля качества медицинской помощи и экспертизы временной нетрудоспособности 	Функции: <ul style="list-style-type: none"> ☐ разработка нормативно-методических документов по вопросам организации и проведения экспертизы КМП в системе ОМС; ☐ контроль объемов, сроков и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС; ☐ контроль соответствия счетов медицинских организаций, выставленных к оплате, условиям действующих договоров, территориальной программе ОМС, Tarifному соглашению; ☐ информирование заинтересованных сторон о результатах контроля объемов и качества медицинской помощи застрахованным гражданам 	Функции: <ul style="list-style-type: none"> ☐ контроль соблюдения стандартов КМП; ☐ анализ единых системных контрольных показателей (индикаторов) качества; ☐ проверка соответствия документов лицензиата установленным лицензионным требованиям; ☐ контроль экспертизы временной нетрудоспособности; ☐ информирование заинтересованных сторон осуществляемого контроля и надзора

Самоконтроль на входе на конвейер по производству медицинских услуг предполагает следующее. В приемном отделении ЛПУ анализируется состояние пациента при поступлении в стационар или в смотровом кабинете, при принятии на лечение в поликлинику, ретроспективно оцениваются предшествующие медицинские услуги, повлиявшие или не повлиявшие на состояние конкретного пациента. Это, прежде всего, анамнестические данные и объективный статус при первичном осмотре, своевременность поступления на лечение, правильность тактики предыдущего обследования, лечения и пр. Контроль на входе предполагает анализ длительности предыдущего лечения, времени пребывания в приемном отделении до госпитализации и т.п.

Самоконтроль процесса и результатов осуществляется на основании стандартов обследования, лечения и исходов заболевания, т. е. стандартов КСГ или протоколов оказания медицинской помощи, характеризующих

состояние пациента при выписке или переводе на следующий этап производства медицинских услуг.

Экспертный контроль заведующего отделением может быть на входе, как в поликлинике, так и в стационаре, во время оказания медицинской помощи, а также во время выписки пациента или при переводе в другое лечебное подразделение или ЛПУ.

Второй уровень контроля КМП оценивает деятельность по оказанию медицинской помощи на уровне ЛПУ, причем оценка деятельности складывается из интегральной оценки деятельности всех индивидуальных уровней, а также степени достижения утвержденной модели конечных результатов деятельности ЛПУ. Этот уровень контроля осуществляется заместителем главного врача (менеджером) ЛПУ по клинико-экспертной работе и соответствующей комиссией ЛПУ. На этом уровне контроля КМП целесообразно использовать три основных направления экспертизы:

- ✓ *оценка КМП по случаям законченного лечения выписанных пациентов;*
- ✓ *оценка выявленных дефектов оказания медицинской помощи (грубые дефекты диагностики и лечения, приведшие к развитию нового патологического состояния или резкому ухудшению основного заболевания; внутрибольничные инфекции; неоправданные оперативные вмешательства; нарушение санитарно-эпидемиологического режима и пр.);*
- ✓ *оценка уровня летальности как в целом по ЛПУ, так и по его подразделениям.*

Третий уровень контроля качества производства медицинских услуг оценивает деятельность производственной системы. На этом уровне весьма целесообразно проводить оценку деятельности службы в целом. Критериями оценки, интегральными показателями службы должны являться коэффициенты достижения конечных результатов ее деятельности по вопросам первичной, вторичной и третичной профилактики, раннего выявления патологии, по уровням заболеваемости по обращаемости, госпитальной заболеваемости, эффективности диспансеризации, уровню осложнений, инвалидности, смертности, клинической и экономической эффективности ЛПУ и т.п.

Комплексная система управления эффективностью и качеством деятельности ЛПУ предполагает четкую работу всех звеньев управления и совпадения их интересов по обеспечению КМП на всех уровнях. На основе стандартизации медицинских технологий и операций следует обеспечить четкую организацию медицинского обслуживания, регламентации труда исполнителей, структуры, объема помощи на всех этапах реализации медицинского технологического процесса, оптимального размещения всех видов ресурсов и контроля за их использованием. Если выше описанная

система управления качеством работает оптимально, то все её усилия должны быть направлены на максимальное удовлетворение ожиданий пациента.

Болевые точки взаимоотношений пациента и медицинского персонала. Исходя из смысла известной поговорки «театр начинается с вешалки» применительно к медицине её можно трансформировать с точки зрения организации производства медицинских услуг в следующем контексте: «больница начинается с приёмного отделения», а «поликлиника – с регистратуры». А ведь именно на начальном этапе производства медицинских услуг, в начале медицинского конвейера и зарождается большинство конфликтов между пациентом и врачом. В качестве примера приведем несколько случаев формирования конфликта «на пустом месте» в отделениях многопрофильных больниц.

Обращение пациентки. В ночь с 25 на 26.07.16 г. я проснулась от боли под лопаткой и в поясничном отделе справа, было трудно дышать, боль усиливалась на вдохе. Вызвали бригаду скорой медицинской помощи (СМП), после осмотра врач СМП поставил болеутоляющий укол и повёз в больницу. Зайдя в приёмное отделение, врач СМП передал персоналу сопроводительные документы, указав устно, что у меня пиелонефрит.

Медсестра приёмного отделения с раздражением высказала мне своё мнение о том, что не обязательно ночью «нужно было обращаться за медицинской помощью, а сделать это можно было и днем. На мой ответ о том, что боли начались ночью, она ответила: «Но ты же не умираешь, привыкли на халяву, лечи вас за копейки...». На мой ответ, что я застрахована по ОМС, о чем свидетельствует наличие полиса, а медицинский персонал больницы работает не совсем уж за копейки, она разразилась комментариями: «...не считайте мои деньги и т.д.». Я подумала, «...неужели сегодня за вход в приёмное отделение нужно платить деньги?»».

Я вижу по телевизору бесконечные сюжеты о страховой медицине, о её преимуществах, а на деле – никакого толку. А мне опять на мое обращение придёт отписка, что факт грубости персонала не подтвердился, что я сама неадекватно себя вела и пр.

Материалы служебной проверки. В соответствии с письмом министерства здравоохранения Хабаровского края в связи с жалобой на оказание медицинской помощи в КГБУЗ «Больница» была проведена служебная проверка качества оказания медицинской помощи пациентке Б.

Комиссией изучены обращение больной Б., объяснительная записка медицинской сестры приёмного отделения П., запись видеокамеры приёмного отделения, запись в журнале приёма больных дежурным урологом. В результате проверки установлено следующее:

Пациентка Б., была доставлена в приёмное отделение КГБУЗ «Больница» 25.07.2016 г. в 2 ч. 54 мин. бригадой скорой медицинской помощи. Во время оформления документов между пациенткой и медицинской сестрой возник конфликт, спровоцированный медицинской сестрой, которая задавала вопросы «почему пациентка обращается ночью, а не днём...» и по своему комментируя эмоциональные ответы пациентки, страдающей от острой боли. В дальнейшем пациентка была осмотрена дежурным урологом, который провёл необходимые исследования, установил диагноз, дал пациентке необходимые объяснения, назначил лечение. Пациентка отказалась от госпитализации, и в настоящее время получает лечение в амбулаторных условиях под наблюдением врачей поликлиники. Из телефонного разговора с заявительницей установлено, что никаких претензий к качеству медицинской помощи она не имеет.

Комментарий пациентки Б. на полученный ответ. Вышеуказанная отписка мне не нужна, не присылайте, не нервничайте, да и другого ответа я и не ждала, а зачем пишу – просто меня переполняет возмущение из-за унижений полученных мною при обращении за медицинской помощью. Из-за подобных унижений люди в большинстве случаев лечатся самостоятельно, по интернету, самостоятельно обращаясь в аптеки и пр.

Анализ данного случая оказания медицинской помощи пациентке Б. указывает на то, что конфликтная ситуация сформировалась между потребителем и производителем медицинских услуг в условиях полного отсутствия контакта между пациенткой и медицинским персоналом приемного отделения больницы. Медицинская сестра приемного отделения, в рамках исполнения служебных обязанностей и работающая в режиме «сутки через сутки» (24 часа подряд) выработывает в неделю более 90 часов (вместо 40-50 часов по трудовому законодательству). Своим поведением она укладывается в клиническую картину синдрома профессионального выгорания (равнодушие, индифферентность поведения, угрюмый характер, отсутствие реакции на замечания, негативное отношение к пациентам и т.п.).

Причиной этого синдрома у медицинских работников являются стрессы, средние по интенсивности и продолжительные по времени. Провоцируют стресс, как правило, перегрузки и высокий уровень ответственности перед пациентами, а также недостаточный уровень профессиональных навыков и социальная незащищенность. Профессиональное выгорание меньше касается людей, имеющих опыт успешного преодоления профессионального стресса и способных конструктивно меняться в напряженных условиях. Также ему более стойко противостоят люди, имеющие высокую самооценку и уверенность в себе, своих способностях и возможностях. Важной отличительной чертой людей, устойчивых к профессиональному выгоранию, является их способность формировать и поддерживать в себе

позитивные, оптимистичные установки и ценности, как в отношении самих себя, так и других людей и жизни вообще.

С другой стороны многие медицинские работники, большей частью врачи достаточно редких специальностей (нейрохирурги, колопроктологи, кардиохирурги, урологи и др.), затратив десятилетия на достижение необходимого уровня компетенций для осуществления профессиональной деятельности по избранной специальности в государственных медицинских организациях, сталкиваются с тем, что официальная оплата их сложного и тяжёлого труда не соответствует ожиданиям. Причем в частном секторе производство данного вида услуг практически не реализуется или реализуется крайне редко. Кроме того, если раньше врачи многопрофильных медицинских организаций были заинтересованы в оказании помощи пациентам по линии платных медицинских услуг, то в процессе модернизации отрасли здравоохранения объем доплат за производство данного вида услуг снизился, что отрицательно повлияло на число принимаемых больных. Уменьшение реальных доходов данной группы врачей провоцирует рост неофициальных финансовых отношений между потребителями и производителями медицинских услуг. Причем многие пациенты искренне убеждены в том, что для получения качественной медицинской помощи необходимо «отблагодарить» врача. Заинтересованность обеих сторон в «платежах мимо кассы» приводит к возникновению самоорганизующейся системы неофициальных бизнес-отношений пациента и врача. Важным условием воспроизводства такого взаимодействия является традиция обращения к врачу по знакомству, в этом случае «рекомендатель» часто выступает в роли посредника, заранее оговаривая сумму оплаты медицинской услуги (Григорьев М.С., Гриб В.В., Вахнина Н.А., 2012).

Многочисленные неофициальные контакты с пациентами в медицинских организациях различного уровня, привели нас к выводу о том, что мнение пациентов об уровне неофициальных платежей значительно критичнее оценок лечащих врачей. Большинство потребителей медицинских услуг убеждены в том, что наряду с «мздоимцами», в больницах и поликлиниках работает много добросовестных врачей, готовых в любой момент оказать необходимую медицинскую помощь. Тем не менее, случаи, когда по формальным причинам госпитализация пациентов в специализированные отделения искусственно затягивается, не являются исключением из правил. Причем, как правило, этот процесс начинается уже в приемном отделении многопрофильной больницы.

11.10.2016 г. в администрацию городской больницы г. Хабаровска обратилась пациентка В. 07.07.1992 г.р., постоянно проживающая в г. Амурске Хабаровского края, которая дважды обращалась на консультативный приём к колопроктологам данной медицинской организации: 06.07.2016 г. (врач А.) и 03.08.2016 (зав. отд. О.) по поводу нагноившейся

копчиковой кисты. В плановой госпитализации больной В. было отказано. При очередном обращении пациентки В. в колопроктологический центр 11.09.2016 г. (врач В.) диагностирован рецидив эпителиальных копчиковых ходов, однако в госпитализации вновь было отказано, но больная была проинформирована о возможности получить лечение в колопроктологическом отделении на платной основе.

Данные внутренней проверки заявления пациентки В. показали, что в записях консультативного приёма врачей колопроктологов информация о пациентке В. отсутствует (за исключением констатации факта обращения). Согласно пояснительным запискам врачей-колопроктологов, показаний для оперативного лечения они не находили.

Анализ клинической информации позволил экспертной комиссии установить следующее:

- ✓ обращение больной В., связано с тем, что с июля по сентябрь 2016 г. она трижды обращалась за медицинской помощью к врачам-колопроктологам городской многопрофильной больницы г. Хабаровска, где каждый раз ей рекомендовалось либо амбулаторное лечение по месту жительства в ЦРБ г. Амурска, либо стационарное лечение в колопроктологическом отделении, но на платной основе;
- ✓ плановая госпитализация и оперативное лечение проведено только после обращения больной В. в администрацию больницы;
- ✓ больной В., жительнице г. Амурска, искусственно затягивался процесс госпитализации в колопроктологический центр, что привело к дискредитации медицинской организации;
- ✓ факт незаконного взимания денежных средств с пациентки В. не установлен.

По результатам служебной проверки составлен следующий ответ заявительнице: Экспертная комиссия ознакомилась с Вашим обращением, медицинской картой стационарного пациента, записями в журнале консультативного приёма врача-колопроктолога и пояснительными записками врачей. В результате проверки установлено, что врачами колопроктологического центра допущены нарушения маршрутизации при оказании специализированной помощи. Им вынесено административное взыскание. После Вашего обращения вопрос о стационарной помощи решён положительно, Вам проведено лечение согласно порядкам и стандартам оказания медицинской помощи по профилю «Колопроктология».

Анализ приведенной нами ситуации указывает на то, что это типичный пример современных взаимоотношений между пациентами и врачами, он не является исключением из правил, поскольку ежегодно во многих медицинских организациях регистрируется десятки подобных случаев. Очевидно, что это связано с формированием системных предпосылок возник-

новения неформальных финансовых отношений между пациентом и врачом, которые отражают хроническое недофинансирование производства медицинских услуг по программам государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и размывания границ между нравственной нормой и патологией у части медицинских работников. Кроме того, многие пациенты полагают, что если они финансово не заинтересуют лечащего врача, то не получают необходимой медицинской помощи.

По мнению специалистов занятых исследованием динамики взаимоотношений между пациентами и врачами, предельно часто в ответах опрашиваемых пациентов фигурирует аргумент: «без денег у нас ничего не делается». Этот тезис производители медицинских услуг расценивают как ложный стереотип, утверждая, что качество медицинских услуг зависит не от готовности пациента «отблагодарить», а от профессиональной компетенции врача (Григорьев М.С., Гриб В.В., Вахнина Н.А., 2012; Комаров Ю.М., 2013; Дьяченко В.Г., Солохина Л.В., Дьяченко С.В., 2013). К этому следует добавить и тревогу значительной части медицинских работников, которую вызывает падение престижа самой профессии врача, что, с одной стороны, обусловлено низким уровнем материального вознаграждения медицинских работников, а с другой – отношение к ним общества. Если ещё в начале своей профессиональной карьеры начиная с 1960-х годов было ощущение того, что врач воспринимается населением, своими пациентами как гуманист и подвижник, то сегодня, по мере рыночной трансформации отечественной медицины, он превращается в традиционного субъекта рыночных отношений, производителя услуг. Именно этот «производитель услуг» воспринимается, как своеобразный бизнесмен и делец, который во главу угла ставит свою выгоду и уже затем – здоровье пациента.

В тоже время, было бы неправильным все проблемы взаимоотношений пациента и врача ставить в зависимость от проводимых рыночных преобразований отечественного здравоохранения. В этой связи следует указать на то, что, если происходящие на федеральном уровне трансформации медицинского права, экономики производства медицинских услуг, системы медицинского страхования и др., направлены на улучшение взаимоотношений между потребителями и производителями медицинских услуг, то для реализации всех нововведений требуется ещё и инициатива на местах. Именно реализации этой инициативы пока не происходит (Дьяченко В.Г., 2016).

Между тем максимальные права по модернизации системы регионального здравоохранения делегированы действующим законодательством региональным органам управления, большинство из которых пассивно ждет инициирования механизмов повышения доступности, качества и безопасности медицинской помощи в частности, в виде связи уровня оплаты труда медицинских работников с количественными и качественными ха-

раактеристиками результатов их деятельности. Вероятно, что значительная часть ненадлежащего исполнения своих обязанностей медицинскими работниками, так или иначе, связана с оценкой результатов их деятельности на конкретном рабочем месте, что является опосредованной причиной многочисленных обращений и жалоб пациентов.

Пациентка А. 56 лет, после обращения за медицинской помощью в травматологический пункт офтальмологического отделения городской многопрофильной больницы 13.05.15 в 18.30 с жалобами на боли в глазу, написала заявление в вышестоящие инстанции о «хамском» отношении к ней дежурного врача, который отказал ей в медицинской помощи, по экстренным показаниям ссылаясь на формальные причины. Причем причину своего обращения в травматологический пункт, работающий круглосуточно, пациентка объяснила тем, что по служебным обстоятельствам в течение рабочего времени не смогла попасть на приём офтальмолога в поликлинику по месту жительства.

Проведенная внутренняя экспертиза данного случая показала следующее:

- ✓ *дежурный офтальмолог П. причиной отказа в медицинской помощи назвал «плановое кварцевание кабинета» для приема больных и допустил развитие конфликтной ситуации вступив в спор о регламенте работы служебных помещений с пациенткой, в ходе которой по его мнению были допущены резкие высказывания с обеих сторон;*
- ✓ *пациентка А. покинула травмпункт, не будучи осмотренной, не получила рекомендаций по лечению и обследованию, что могло угрожать ей расстройством зрения в последующем;*
- ✓ *дежурный офтальмолог П. не сделал соответствующей записи в журнале обращений;*
- ✓ *объективных уважительных причин отказа в экстренной помощи пациентке А. со стороны дежурного офтальмолога в травматологическом пункте нет, что свидетельствует о неисполнении им своих должностных обязанностей.*

Анализ формирования данного конфликта в очередной раз подтверждает информацию о том, что конфликтное поведение среди пациентов присуще лицам предпенсионного или пенсионного возраста, обладающим невысоким уровнем образования, неустроенной личной жизнью, имеющим мало комфортные бытовые условия. Среди них значительна доля тех, кто, несмотря на неудовлетворительное состояние здоровья, вынуждены работать иногда даже сверх обычной нормы нагрузки, установленной по специальности или возрасту, что затрудняет предоставления им медицинской помощи в плановом порядке. Кроме того, субъектами конфликтов в медицинской практике чаще становятся граждане с низким уровнем доходов,

ограничивающим их возможности в получении оплачиваемых (или частично оплачиваемых) видов медицинской помощи и лечении эффективными лекарственными средствами.

Что же относительно социально-экономических характеристик медицинских работников и их партнеров по конфликтному взаимодействию – пациентов практически аналогичны. Различия выявлены в том, что в конфликт часто вступают врачи, имеющие высокую профессиональную квалификацию. Несмотря на осознанный выбор специальности и значительный опыт работы с людьми, низкая заработная плата, соответствующая лишь уровню прожиточного минимума, является одним из основных факторов, определяющим социопсихологический дискомфорт персонала и влияющим на характер интерсубъектных взаимоотношений в момент оказания медицинской помощи (Paine W. S., 1985; Tang C. S-K., Lau B. H-V., 1996). Именно для этой категории специалистов характерен «синдром выгорания».

По мнению американских исследователей К. Маслача и С. Джексона диагностика синдрома выгорания строится на основании трехкомпонентной модели (Maslach C, Jackson S. E., 1981; Maslach C., 1982). В соответствии с данной моделью "выгорание" понимается как синдром эмоционального истощения, деперсонализации и редукации своих личных достижений.

- I. Эмоциональное истощение рассматривается как основная составляющая "профессионального выгорания" и проявляется в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или эмоциональном перенасыщении.
- II. Деперсонализация – проявляется в деформации отношений с другими людьми. В одних случаях это может быть повышение зависимости от других, в других – повышение негатива, циничности установок и чувств по отношению к реципиентам: клиентам, подчиненным и другим.
- III. Редукция личных достижений – может проявляться либо в тенденции к негативному оцениванию себя, своих профессиональных достижений и успехов, негативизме относительно служебных достоинств и возможностей, либо в редуцировании собственных достоинств, ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим.

Примеров наложения синдрома профессионального выгорания на взаимоотношения пациента и врача бесчисленное множество. Особый интерес представляет оценка модели выгорания в свете теории справедливости. В соответствии с ней медицинские работники оценивают свои возможности относительно окружающих в зависимости от факторов вознаграждения, цены и своего вклада. В частности ожидание производителей

медицинских услуг справедливых взаимоотношений, при которых их усилия, получают адекватный ответ от пациентов, не всегда оправдываются.

Между тем, в профессиональной деятельности взаимоотношения не всегда строятся на основе фактора справедливости. Например, отношения между врачом и пациентом считаются в основном «дополняющими»: врач обязан оказывать внимание, проявлять заботу и «вкладывать» больше, чем пациент. Следовательно, две стороны строят свое общение, придерживаясь различных позиций и перспектив. В результате устанавливаются неравноценные отношения, что может стать причиной профессионального выгорания врачей.

По нашему мнению, большая часть медицинского персонала полагает, что они вкладывают больше в своих пациентов, чем получают в ответ в форме позитивной обратной связи, улучшения здоровья и благодарности. Причем именно у этих групп персонала чаще наблюдается высокий уровень эмоционального истощения, деперсонализации и редуций личных достижений, что отрицательно отражается на системе взаимоотношений с пациентами и становится причиной конфликта.

Пациент М. 79 лет обратился в администрацию многопрофильной больницы с жалобой на ненадлежащие, по его мнению, действия медицинского персонала приемного отделения, которые по формальным причинам задержали его плановую госпитализацию на 10 дней. В связи с обращением пациента М. 05.02.16 была проведена служебная проверка, в результате которой было выяснено следующее:

- ✓ *пациент М. был записан на плановое лечение в офтальмологическое отделение на 27.01.2016г., после предшествующего курса в июле 2015 г., по поводу частичной атрофии зрительного нерва, первичной открытоугольной глаукомы 2А левого глаза, терминальной оперированной глаукомы правого глаза;*
- ✓ *при поступлении в офтальмологический стационар больным были предоставлены необходимые документы и результаты обследования, однако ЭКГ от 15 января 2016 г. не была описана в территориальной поликлинике, кроме того в заключении лечащего врача по месту жительства пациента не было проведено соответствующего лечение сердечно-сосудистых заболеваний, что явилось причиной задержки госпитализации в офтальмологическое отделение;*
- ✓ *по согласованию с администрацией больницы был организован осмотр терапевтом, описана ЭКГ, даны рекомендации по лечению и пациент был госпитализирован в профильное отделение на плановое лечение;*
- ✓ *с целью стабилизации патологического процесса, улучшение трофики глазного дна, нормализация глазного давления проведена*

комплексная терапия, в результате которой внутриглазное давление снизилось соответственно стадии глаукомы;

- ✓ *пациент М. был выписан с положительным результатом лечения под наблюдение офтальмолога и терапевта по месту жительства (даны рекомендации по постоянному лечению основного заболевания и повторному курсу метаболической терапии через 6 месяце);*
- ✓ *отклонений от стандартов оказания медицинской помощи больным с глаукомой (приказ МЗ РФ от 01.11.05 №657) и сочетанной патологией глаза (приказ МЗ РФ от 12.09.05 №568) выявлено не было.*

Анализ сути конфликта между пациентом и врачом приемного отделения заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий.

Пациент считает, что у него минимум обязанностей перед врачом, а то, что, не было выполнено на предыдущем этапе оказания медицинской помощи, является дефектом системы здравоохранения, который должен быть исправлен представителями самой системы в кратчайшие сроки.

Врач приемного отделения находится в достаточно жестких рамках исполнения должностных обязанностей, организационных и технологических стандартов, отклонения от которых чревато последствиями для него, а, самое главное, имеет минимальные возможности для исправления дефектов предыдущего этапа. Несмотря на то, что в данной конкретной ситуации он повел себя достаточно корректно по отношению к пациенту, предпринял возможные в данной ситуации действия по снятию напряжения конфликта, все равно сформировалась письменная жалоба пациента М. с последующим служебным разбирательством и медицинской экспертизой.

В этой связи следует отметить, что стратегия преодолевающего поведения медицинского работника в ситуации стресса – один из важнейших факторов, определяющий вероятность развития у него психосоматических заболеваний. Стратегии подавления эмоций часто повышают риск состояний предболезни или болезни. Однако умение управлять эмоциональными проявлениями, а иногда и подавлять их – необходимый «навык» для медицинских работников.

Для развития профессионального выгорания важно и то, как врач справляется со стрессом. Исследования показывают, что наиболее уязвимы те, кто реагируют на него агрессивно, несдержанно, хотят противостоять ему любой ценой, не отказываются от соперничества. Такие медицинские работники склонны недооценивать сложность стоящих перед ними задач и время, необходимое для их решения. Стрессогенный фактор вызывает у них чувство подавленности, уныния, из-за того что не удается достичь намеченного. Такому типу личности присущи две основные особенности:

чрезвычайно высокая соревновательность и постоянное ощущение цейтнота. Подобные медицинские работники амбициозны, агрессивны, стремятся к достижениям, загоняя при этом себя в жесткие временные рамки. Именно из этой группы специалистов не следует формировать персонал регистратур поликлиник, приемных отделений больниц, травмпунктов, станций СМП и других экстренных служб.

3.3. Модернизация медицины, основанная на прагматизме и её влияние на взаимное доверие пациента и врача

Рассматривая проблему реформирования отечественной медицины в рамках формирования рыночной экономики в контексте уровня доступности медицинской помощи, необходимо перейти от зачастую необоснованных заявлений представителей властных структур о мнимом благополучии в отрасли производства медицинских услуг, теоретических споров на многочисленных совещаниях и научных конференциях врачей и ученых, к реальным оценкам состояния отечественной медицины, особенно провинциальной. Стратегия модернизации регионального здравоохранения должна строиться на реальной оценке состояния здоровья населения, результатах деятельности, как отрасли производства медицинских услуг в целом, так и отдельных медицинских организаций и, самое главное, – на изучении мнения самих производителей и потребителей медицинских услуг. К сожалению, региональные программы модернизации провинциального здравоохранения до сих пор базируются на анализе «причесанных» статистических показателей, а не на достоверных результатах научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ (НИОКР).

Доверие или прагматизм? Между тем, только достоверные знания о процессах производства медицинских услуг с учетом мнений производителей и потребителей позволят сформировать оптимальную организационную систему. Такая система даст возможность обеспечить своевременное поступления пациента в медицинскую организацию, аккредитованную для оказания медицинской помощи при конкретном заболевании или патологическом состоянии, то есть производственный конвейер, оснащенный необходимым лечебно-диагностическим оборудованием, укомплектованный подготовленными медицинскими кадрами и обеспеченный необходимыми лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения согласно соответствующим стандартам (порядкам и протоколам).

Анализ фундаментальных и прикладных работ отечественных и зарубежных авторов в области реализации рыночных реформ в здравоохранении России с позиции обеспечения граждан доступной, качественной и безопасной медицинской помощью показывает, что в отечественной медицине в последние десятилетия культивируются определенные правила иг-

ры, которые можно объединить под понятием «прагматизм».⁵ Российскому обществу дали понять, что будущее отечественной медицины связано с неторопливым продвижением в строго избранном направлении, шаг за шагом, экономя и строго рассчитывая ресурсы, экономя оставшиеся силы и средства. И ни в коем случае не планировать догнать, а уж тем более перегнать по уровню доступности, качества и безопасности, а тем более по показателям здоровья населения, экономически развитые страны. Сегодня значительная часть граждан, в том числе и медицинские работники, заняты привычным для последних лет процессом – «выживанием, во что бы то ни стало».

В этой связи следует отметить, что поведение индивидуума, который живет – одно, а который выживает – совсем другое. У выживающих формируются свои, маленькие ценности, разительно отличающиеся от ценностей тех, которые живут. Все, что не решает проблемы сегодняшнего дня, кажется лишним и отбрасывается. Здесь некогда думать о завтрашнем дне, вся энергия направлена на решение своих маленьких, сиюминутных проблем. Именно эти выживающие, как пациенты, так и медицинские работники находятся в состоянии постоянной депрессии и заражают депрессией всю систему медицинской помощи населению.

В реальных условиях проводимых либеральных реформ формируются основные принципы выживания:

- ✓ *минимум потребностей,*
- ✓ *минимум затрат,*
- ✓ *мелкие рациональные движения,*
- ✓ *полное отсутствие амбиций и высоких устремлений.*

Такая стратегия эволюции отечественной медицины в условиях рынка, вероятно закономерна, поскольку опирается не только на политическое, экономическое и социальное состояние государства, но и на специалистов, в т.ч. и чиновников, которые формируют принципы идеологии и приоритеты реформ здравоохранения России в начале XXI века. Конечно же, стратегия выживания – это стратегия системы со слабым ресурсным обеспечением.

Анализ официальной статистической информации по результатам реформ 2005-2012 гг. показывает, что стратегия выживания достигли своей цели. Так, темп снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний

⁵ Прагматизм (греч. *πράγματος* – дело, действие) – философское течение, базирующееся на практике как критерии истины и смысловой значимости. По мнению отечественных реформаторов, современный прагматизм в условиях рыночной трансформации экономики страны – это универсальный механизм решения настоящих и будущих проблем социальной сферы страны, в том числе и здравоохранения. По их мнению – это единственный путь, который позволит обеспечить выполнение в полном объеме программы госгарантий во всех без исключения субъектах РФ, повысит качество, помирят врача и пациента, защитит низкодоходные категории населения от прямой оплаты медицинской помощи как в легальном, так и в теневом секторе рынка медицинских услуг. Сегодняшних руководителей отрасли здравоохранения России довольно часто называют прагматиками (прим. авторов).

за период 2005-2012 гг. во всех возрастах составил 29%, при этом максимальные темпы сокращения смертности наблюдались в возрастной группе 40-59-летних. Смертность от внешних причин снизилась с почти 320 тысяч человек в 2005 году до 197 тысяч в 2012 году. Одновременно, рост уровня рождаемости позволил в 2012 году впервые за десять лет добиться превышения рождаемости над смертностью и обеспечить естественный прирост населения.

Однако, угроза блокирования сформировавшихся тенденций позитивных изменений показателей здоровья населения страны сегодня исходит из позиций прагматизма – «*минимум потребностей*» и «*минимум затрат*», которые сопровождаются идеологией «оптимизации» отечественной медицины в виде сокращения коечного фонда (только в 2014 г. коечный фонд больниц сократился почти на 30 тысяч) и этот процесс продолжается. Причем эти сокращения отмечены в 73 субъектах РФ. Сокращение коечного фонда не привело к увеличению дней работы койки в году: вместо плановых 329,0 дней в 2014 г. среднегодовая занятость койки составила всего 321,0 день. В связи с этим в 2014 г. по сравнению с 2013 г. более чем в половине субъектов РФ снизилось число госпитализаций, что сопровождалось ростом внутрибольничной летальности на фоне снижения числа госпитализированных пациентов, формирования в отдельных субъектах РФ тенденции к росту числа умерших на дому. Негативные последствия проводимой оптимизации особенно сильно затронули отдаленные северные и сельские поселения Российской провинции. В результате в 2014 году было госпитализировано на 32,2 тысячи сельских жителей меньше, чем в 2013 году, а смертность сельского населения в 2014 году была выше, чем городского на 15%.

Большинство отечественных экономистов, а так же отдельные представители Правительства РФ заявляют, что проблемы здравоохранения можно решить за счет роста конкуренции и внедрения частного бизнеса. Про конкуренцию, особенно в условиях провинциальных систем здравоохранения, где зачастую наблюдается дефицит не только медицинских организаций, но и врачей самых распространенных специальностей, в настоящее время даже рассуждать нецелесообразно. А, попытка привлечения негосударственных медицинских организаций для исполнения ППГ, как правило «упирается» в заниженные тарифы на медицинские услуги и принципиального нежелание частных работников работать в системе ОМС. Иллюстрацией формирующихся проблем в сельском здравоохранении являются сведения представленные Г.Э. Улумбековой (2015): в РФ 34% населенных пунктов с численностью населения свыше 100 человек не имеют медицинской инфраструктуры, а с численностью менее 100 человек – 82%. Причем в сельской местности проживает 38 млн человек, или 26% населения страны (Улумбекова Г.Э., 2015).

О возможной ошибке выбора стратегии прагматизма. Ситуация в отечественной медицине в 2014-2016 гг. позволяет предположить наличие неверных оценок при выборе приоритетов трансформации отечественного здравоохранения в условиях рынка при смене экономической и политической модели развития государства. Возможно разработчики либеральных реформ (Гайдар Е.Т., 2005;2006; Гаврилов Э.Л., 2016) допустили глобальные ошибки и не учли факторов риска, которые через определенный промежуток времени привели к неверным оценкам и неверным решениям. Следует помнить, что ложный вывод – это интеллектуальная катастрофа, которую сложно исправить. Выбор стратегии прагматизма можно было бы изменить на иную стратегию развития в 1990-х годах при условии проведения качественного системного анализа состояния и перспектив развития отечественной медицины. По мнению Елиезера Юдковски основной частью методологии анализа представляется обнаружение и устранение возможных ошибок в рассуждениях о глобальных рисках или факторов, ведущих к неверным оценкам и затем к неверным решениям (Юдковски Е., 2007).

Рассуждая о глобальных рисках долгосрочных изменений системы охраны здоровья населения России следует помнить о том, что эти рассуждения подвержены тем или иным систематическим ошибкам и искажениям, которые оказывают влияние на конечные выводы этих рассуждений, а, следовательно, и на конечный результат реформ. «Ошибки», «предубеждения» или «отклонения в ходе рассуждений», (*cognitive biases*) следует рассматривать как «когнитивные искажения». Когнитивные искажения являются естественным свойством человеческого ума, что не исключает их формирования при разработке глобальных проектов (Фукуяма Ф., 2002). Основным способ исправления когнитивных искажений является эксперимент, который может проводиться в ограниченных коллективах, территориях или анклавах в виде пилотного проекта, после проверки результатов которого можно реализовать стратегию реформ на всей генеральной совокупности. Именно в этих условиях существует возможность отсрочить наступление или предупреждения реализации глобальных рисков.

Что же относительно международных оценок результатов рыночных реформ в России, то, по мнению экспертов ВОЗ в 1987 году отечественное здравоохранение занимало 26 место, а в 2008 году по мере реализации идей отечественных и зарубежных реформаторов-либералов – Е.Т. Гайдар, А.Б. Чубайс, Джеффри Сакс и др. – уже 131 места в мировом рейтинге систем охраны здоровья населения. Следует отметить, что российские власти и гражданское общество на эти оценки отреагировали достаточно спокойно (Гайдар Е.Т., 2005;2006; Бергер М., Проскурина О., 2008; Сакс Джеффри Д., 2011), словно не замечая того, что в государстве сформировалось региональное неравенство. Значительная часть провинций отстает по уровню

финансового обеспечения ПГГ и результатам функционирования системы охраны здоровья населения от самодостаточных субъектов РФ. В то же время, по мнению значительного числа международных экспертов между объемом финансирования ПГГ, сроками производства необходимых видов и объемов медицинских услуг и показателями здоровья населения существует линейная связь. Занижение тарифов на медицинские услуги и формирование дефицита финансирования ПГГ губительно сказывается на уровне доступности и качества медицинской помощи, что в конечном итоге отрицательно влияет на взаимоотношения между пациентом и врачом.

Оценка эффективности реформ отечественной медицины в условиях политической, социальной и экономической трансформации государства в настоящее время должна проводиться с помощью анализа динамики состояния здоровья населения. Однако, чтобы избежать ошибок в трактовке причинно-следственных связей изменений уровня здоровья существует универсальный метод в виде оценки доступности и качества медицинской помощи потребителями медицинских услуг (Гехт И.А., Артемьева Г.Б., 2014; Кочкина, Н.Н., Красильникова, М. Д., Шишкин С.В., 2015; WHO, 2000). В то же время использование оценок потребителей оказанных медицинских услуг порождает серьезные методологические проблемы, хотя в экономически развитых странах построение и анализ индексов удовлетворенности населения системой здравоохранения являются стандартной практикой. Исследования, выполняемые в России, по большей части ограничиваются анализом динамики общих оценок удовлетворенности населения состоянием отечественной медицины, доступностью и качеством медицинской помощи и, зачастую, методологически выглядят весьма спорно.

Система ОМС и защита прав пациентов. В течение последних пяти лет в СМИ и официальных изданиях тиражируется мнение о том, что страховые медицинские организации (СМО) в условиях конкуренции, усиления борьбы на страховом рынке, наконец-то начнут системно защищать права застрахованных на получение доступной, качественной и безопасной медицинской помощи. Анализ содержания официальных сайтов страховых медицинских организаций работающих в системе ОМС в ДФО показывает, что большинство СМО на своих официальных сайтах не размещают справочных материалов по результатам проводимых вневедомственных экспертиз и информации о защите прав застрахованных. Кроме того во многих провинциальных субъектах РФ отсутствует реальная конкуренция на рынке ОМС. В связи с этим, гражданам застрахованным в системе ОМС не следует особенно обольщаться по поводу того, что деятельность сотрудников СМО направлена в первую очередь на защиту их прав при получении медицинской помощи, особенно тем из них, которые имеют несчастье проживать за пределами региональных столиц в отдаленных северных и сельских поселениях.

Результатами рыночных реформ последних лет стали тенденции следующего порядка: чем дальше застрахованный живет от регионального центра, тем беднее медицинская организация к которой он приписан, тем ниже уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи, тем меньше желающих защищать его права. Отдельные Территориальные фонды ОМС вместе со своими филиалами и страховыми медицинскими организациями в субъектах РФ, особенно там, где отсутствует конкуренция, как страховщиков, так и производителей медицинских услуг выродились в бюрократические структуры, где почти не осталось места защите интересов застрахованных. Там доминируют интересы чиновников этих финансово-кредитных учреждений и корпоративные интересы сотрудников СМО и производителей медицинских услуг. Такое положение дел усугубляет уровень формирования конфликтов между пациентами и медицинскими работниками.

Результаты изучения мнения 358 жителей Дальневосточного федерального округа (ДФО) застрахованных в системе ОМС показал, что всего 7,8% из них при получении полиса ОМС общероссийского образца пытались выбрать себе СМО, которая потенциально бы могла защищать их права. Однако, кроме словесных заверений сотрудников о том, что права застрахованных будут защищены, информации, характеризующей этот важный раздел работы страховщиков, не существовало. Таким образом, выбор страховщика в большинстве случаев осуществлялся респондентами по принципу «шаговой доступности» или выполнения распоряжения работодателя о получении полиса ОМС в конкретной СМО.

Анализ ответов на вопрос об уровне взаимодействия застрахованных с представителями СМО показал, что всего 3,1% респондентов пытались обращаться по вопросам нарушения доступности, качества и безопасности медицинских услуг в рамках исполнения Территориальной программы ОМС, что, как правило, сопровождалось минимальным интересом страховщиков и формальными отписками. В большинстве случаев обращений реальной помощи респонденты не получали в том числе и по вопросам обеспечения досудебной защиты прав застрахованных при получении медицинских услуг в рамках исполнения ПГГ, что в конечном итоге заканчивалось самостоятельным обращением в судебные инстанции.

Доступность – триггер конфликта пациента и медицинского работника. Обеспечение доступности медицинской помощи для широких слоев населения неизменно декларируется как важнейшие приоритет государственной политики в области охраны здоровья. В этой связи следует отметить, что комплекс мер, призванных реализовать эти приоритеты был сформирован и в 2011–2016 гг. во всех субъектах РФ были осуществлены программы модернизации отрасли, включающие масштабное переоснащение производственных мощностей медицинских организаций медицин-

ским оборудованием, широкое внедрение информационных технологий, изменение кадровой политики, внедрение медицинских стандартов и др. Кроме того с 2013 г. во всех субъектах РФ реализованы планы мероприятий (дорожные карты), направленные на повышение эффективности здравоохранения, включая реструктуризацию медицинских организаций, сокращение избыточного коечного фонда и перемещение части производства медицинских услуг, оказывавшейся в круглосуточных стационарах, в поликлиники, маршрутизацию потоков пациентов, повышение оплаты труда медицинских работников. Эти мероприятия были призваны повысить уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи.

Дало ли внедрение комплекса этих мер реальный эффект? С одной стороны данные управляющих структур однозначно отвечают на этот вопрос утвердительно, указывая на повсеместное повышение доступности и качества медицинской помощи. С другой стороны следует в качестве важного индикатора результативности программ модернизации отрасли рассматривать оценки потребителями медицинских услуг происходящих изменений с точки зрения уровня доступности и качества медицинской помощи. Именно в этом плане ситуация неоднозначна. Потребители медицинских услуг отмечают снижение этих показателей. Так, согласно данных опроса общественного мнения, проведенного Левада-центром в октябре 2014 года, из 3,5 тысяч опрошенных пациентов государственных медицинских организаций, 32% отметили ухудшение в работе поликлиник и больниц (Гаврилов Э.Л., 2016). Как правило, пациенты высказывали неудовлетворение ростом очередей на прием к врачу, отсутствием нужных специалистов в медицинских организациях, увеличение сроков ожидания проведения необходимых исследований и задержку плановой госпитализации. Именно эти дефекты указывают на снижение уровня доступности медицинской помощи широким слоям населения, что усиливало недовольство граждан положением в отечественной медицине.

Основываясь на материалах Венской ассамблеи Всемирной организации здравоохранения в 1988 году и данных литературы (Линденбратен А.Л., 2011; Петрова И. А., 2011; Улумбекова Г.Э., 2011), можно выделить следующие виды доступности медицинской помощи:

- ✓ *физическая доступность;*
- ✓ *территориальная (транспортная) доступность;*
- ✓ *временная доступность;*
- ✓ *информационная доступность;*
- ✓ *экономическая доступность;*
- ✓ *психологическая доступность;*
- ✓ *организационная доступность;*
- ✓ *кадровая доступность.*

Причем ограничение в доступности медицинской помощи испытывают не только граждане развивающихся, но и граждане экономически развитых стран (Shi L., Tsai J., Collins P., 2009; Murata, C., 2011).

Результаты исследования Н.Н. Кочкиной (Кочкиной Н.Н., 2015), со-трудницы Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» посвященного оценке доступности и качества медицинской помощи в России указывают на то, что мнения людей о вероятности получения, в случае необходимости, хорошей медицинской помощи разделились примерно поровну между позитивными и негативными ожиданиями. Уверены в возможности получения хорошей медицинской помощи 47% взрослого населения России, а не уверены – 46%. Следует отметить, что доля абсолютно уверенных респондентов очень мала (7%), 40% скорее уверены, что смогут получить качественную медицинскую помощь, 34% скорее не уверены, а 12% и вовсе не питают надежд в отношении отечественной медицины. Однако различия в оценках изменений в отечественном здравоохранении и в ожиданиях получения качественной медицинской помощи немедленно исчезают, как только задается вопрос о возможной ситуации серьезного заболевания.

В такой ситуации большинство во всех без исключения слоях населения начинает осознавать собственную незащищенность и недостаток общественной поддержки. Не менее 80% во всех слоях населения уверены в том, что в случае серьезной болезни им не будет обеспечена бесплатная медицинская помощь в требуемом объеме. И в целом на помощь со стороны общества не стоит рассчитывать, а нужно быть готовым к тому, что больные останутся наедине со своими проблемами. Такое понимание ситуации уже демонстрируют одинаково единодушно как люди, на собственном опыте знакомые с системой здравоохранения, так и те, кто нечасто пользуется ее услугами. В среднем почти две трети взрослого населения страны уверены в том, что профессиональный уровень большинства врачей в России ниже, чем требуется (58%), а врачи больше заботятся о своих доходах, чем о пациентах (60%) (Кочкина Н.Н., Красильникова, М.Д., Шишкин С.В., 2015).

Доступность медицинской помощи жителям российских провинций. Дальний Восток России, как самая отдаленная часть российского государства, в течение всей своей истории представлял средоточие проблем как социально-экономического, так и климатогеографического характера, что обуславливало перекосы развития региона в сторону добывающих отраслей промышленности, военно-промышленного комплекса в ущерб развитию социальной инфраструктуры, в том числе и здравоохранения. Эти и другие проблемы не могли не повлиять на уровень доступности и качества медицинского обслуживания пациентов. Население региона, привыкшее за последние годы к повсеместному снижению качества произ-

водимых товаров и услуг, достаточно болезненно воспринимает недостаточный уровень. Надежды на рыночные реформы и введение системы ОМС, к сожалению, до сих пор не оправдались.

А между тем современная медицинская помощь на Дальнем Востоке России представляет собой сложную систему, предполагающую взаимодействие врачей, медсестер и другого медицинского персонала, а также сложных приборов, оборудования и правил проведения процедур. Стремление производителей к обеспечению высокого качества медицинских услуг можно ожидать только в условиях, когда методы стимулирования производства будут сосуществовать с оптимальными механизмами регулирования тарифов и обеспечения достаточного уровня доступности медицинской помощи для широких кругов пациентов. Особенно это важно для территорий ДФО, где в течение многих десятилетий интенсивно развивался промышленный потенциал региона, на фоне которого социальная инфраструктура (здравоохранение, образование, ЖКХ, транспорт и пр.) отставала.

В этой связи несколько лет назад при формировании стратегии развития ДФО среди приоритетов социально-экономической политики были названы:

- ✓ *принятие неотложных мер в сфере демографии и здоровья населения, направленных на стабилизацию демографической обстановки в обществе, снижение смертности в трудоспособном возрасте, материнской и младенческой смертности;*
- ✓ *структурная и технологическая модернизация здравоохранения, обеспечивающая доступность качественных медицинских услуг для населения;*
- ✓ *создание развитой инфраструктуры жизнеобеспечения и реабилитации лиц, работающих в экстремальных условиях, формирование стандартов здорового образа жизни;*
- ✓ *внедрение инновационных технологий в здравоохранении, решение проблемы его кадрового обеспечения.*

Если подвергнуть анализу эти направления, то все они, так или иначе, связаны с уровнем обеспечения доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению Дальнего Востока. Справедливости ради следует отметить, что по обеспечению доступности медицинских услуг и приемлемому уровню качества медицинской помощи для дальневосточников в 2011-2017 гг. сделано много, но предстоит сделать ещё больше.

В этой связи следует указать на то, что более половины жителей Дальнего Востока испытывают на себе влияние социальной эксклюзии⁶ в

⁶ Термин «социальная эксклюзия» впервые появился в 1974 г. во Франции для обозначения различных категорий населения, не имеющих социальной защищенности. Сегодня многие жители отдаленных и

том числе и при оказании медицинской помощи. Сегодня мы являемся свидетелями «структурной модернизации» сельского здравоохранения, когда повсеместно под различными предложениями или ликвидируются «неэффективно» функционирующие сельские участковые больницы и врачебные амбулатории – жёсткий вариант модернизации, или центральные районные больницы превращаются в «региональные центры специализированной медицинской помощи населению», участковые больницы и врачебные амбулатории трансформируются в ФАПы – мягкий вариант модернизации. Проводимая структурная модернизация резко ограничивает доступность медицинской помощи для дальневосточников. Причем, складывающаяся ситуация была бы не столь провальной, если бы вся Россия состояла из вполне благополучных в транспортном отношении краев и областей, таких как Московская, Ленинградская, Белгородская и др.

Но ведь в Сибири и на Дальнем Востоке России жители многих сельских поселений находятся за пределами устойчивой доступности автомобильного, железнодорожного и водного транспорта. А стоимость авиабилетов на внутрирегиональные или внутрирайонные рейсы иногда превышает стоимость авиабилетов до Москвы... А, поскольку в большинство населенных пунктов Российской глубинки: «Только самолетом можно долететь...», то доступность врачебной медицинской помощи для её жителей резко снижается. Из-за нарастающего кадрового кризиса, который характеризуется тем, что когда квалифицированный врач в больнице или поликлинике уходит на пенсию, на его место не приходит молодой специалист, то самым популярным медицинским работником в сельских и отдаленных северных районах опять становятся средний медицинский работник – фельдшер, акушерка, медицинская сестра и зубной врач.

Конечно, крупные федеральные и региональные медицинские центры в результате программы модернизации 2011-2015 гг. сделали значительный шаг вперед, в этом нет сомнения, а вот модернизация медицинских учреждений в глубинке, без соответствующего ресурсного (в первую очередь, кадрового) обеспечения была заранее обречена на провал. Сегодня необходимо позаботиться об обеспечении провинциальных ЛПУ, в первую очередь, врачебными кадрами, незамедлительного перехода сельского здравоохранения на технологии врача общей практики с параллельным выстраиванием стройной системы непрерывного медицинского образования.

Данные социологических опросов потребителей медицинских услуг, проведенные нами в 2015-2016 гг. указывают на то, что большинство из

сельских поселений ДФО живут в ситуации социальной эксклюзии, с позиции реализации права пользования культурными благами, доступностью разнообразных рынков, включая такие существенные, как рынок труда, права на медицинскую и прямую социальную помощь и т.д. В ситуации социальной эксклюзии оказываются любые граждане, чьи законные или даже обычные права, так или иначе, ущемляются (прим. авторов).

них (92,3%) искренне рассчитывает на беспрепятственное получение доступной и качественной медицинской помощи, как одного из основополагающих прав граждан России в рамках исполнения 41 ст. Конституции РФ (Дьяченко В.Г., 2016). Они категоричны в том, что ограничение видов и объемов медицинской помощи, даже по срокам её предоставления из-за дефицита бюджета региона, недостатка средств территориального фонда ОМС. Они против любых ограничений, в частности, введения листов ожидания на плановую госпитализацию, что, по их мнению, является грубым нарушением конституционных прав.

Анализ данных официальных отчетов управляющих структур (материалы коллегий региональных министерств здравоохранения и материалов интервью чиновников в региональных СМИ) даёт достаточно «благостную» картину уровня доступности медицинской помощи для широких слоев дальневосточников. По мнению представителей управляющих структур более 70% населения не имеют претензий к уровню доступности, качества и безопасности предоставляемой по ПГГ медицинской помощи (Витько А.В., 2014; Шпорт В.И., 2016). В то же время исследования, проведенные по данному вопросу специалистами далёкими от региональных управляющих структур, показывают другие результаты. В частности Т.В. Кононенко было проведено анкетирование 734 респондентов, проживающих в северных районах Хабаровского края (Комсомольском, Амурском, Солнечном, Верхне-Буреинском, Советско-Гаванском, Ванинском). Анализ результатов опроса показал целый ряд объективных причин нарушения доступности медицинской помощи. На значительную удаленность ближайшего учреждения здравоохранения от места проживания указали 89,6% респондентов, на нерегулярное автобусное сообщение – 95%, на отсутствие необходимого специалиста – 85,3%, на физические ограничения, связанные со здоровьем – 36,8%, на низкий уровень доходов – 86,7% (Кононенко Т.В., 2012).

В результате социологических опросов потребителей медицинских услуг в ДФО проведенных нами в 2015-2016 гг. были получены данные о сроках задержки предоставления медицинских услуг застрахованных в ОМС в рамках исполнения Территориальной ПГГ (табл. 3.2).

Анализ задержки предоставления медицинских услуг указывает на то, что даже при попытке записаться на прием к участковому врачу наблюдается очередь, что выливается в среднюю задержку приема в течение 6,6 дня. Причиной сложившейся ситуации является повсеместная недоукомплектованность физическими лицами штатных должностей участковых врачей или врачей общей (семейной) практики от 30 до 50%. Аналогично выглядит ситуация со средними сроками ожидания приема узкими специалистами поликлиник (11,2 дня). Основная причина – дефицит кадров.

Таблица 3.2.

Уровень сроков ожидания получения плановой медицинской помощи в рамках исполнения ПГГ по данным социологических опросов пациентов

Число респондентов	Средние сроки ожидания планового приёма к участковым врачом (дней)	Средние сроки ожидания приема узким специалистом в поликлинике (дней)	Средние сроки ожидания плановой госпитализации в круглосуточный стационар (дней)	Средние сроки ожидания плановой госпитализации в дневной стационар (дней)
	M±m	M±m	M±m	M±m
Жители города (n=251)	5,6±0,3	10,2±1,3	14,1±1,6	8,4±0,9
Жители села (n=107)	7,4±0,8	12,9±1,2	15,8±1,3	4,6±0,4
Всего (n=358)	6,6±0,5	11,2±1,3	15,0±1,5	6,5±0,2

Что же относительно сроков ожидания плановой госпитализации, то, если задержка госпитализации в дневной стационар (6,5 дня) сопоставима со сроками ожидания приема участкового врача, то сроки ожидания плановой госпитализации в круглосуточный стационар (15,9 дня) значительно опережают сроки ожидания приема в поликлиниках при том, что показатель среднегодовой занятости койки в круглосуточном стационаре во всех территориях ДФО значительно ниже нормативного (340 дней в году).

Большая часть респондентов (85,3%) высказывает мнение о готовности обратиться в компетентные органы при нарушении их прав производителями медицинских услуг. Однако меньше половины из них (44,8%) считают, что для того что-бы оперативно решить проблемы ограничения доступности медицинской помощи при исполнении ПГГ, следует обращаться непосредственно к руководителю конкретной медицинской организации. Другая часть респондентов высказывает ряд иных мнений по данному вопросу, поскольку зачастую, даже обращение в самые высокие инстанции, не обеспечивают декларируемого уровня доступности медицинских услуг и просто человеческого отношения к пациентам со стороны медицинских работников.

В качестве примера, когда декларируемая доступность медицинской помощи в реальных условиях не выполняется, приводим пример итогов собеседования с пациенткой И., проживающей в г. Хабаровске, работаю-

щей на промышленном предприятии, имеющей регистрацию в центральном районе города и полис ОМС российского образца.

Больная И. 46 лет обратилась на центральную подстанцию СМП г. Хабаровска с жалобами на остро возникшие боли в обл. левой половины грудной клетки сжимающего характера 16.02.2014 г. в 5 час. 30 мин., после того, как попытки в течении трех часов снять болевой синдром с помощью неоднократного приема валидола, корвалола и нитроглицерина не удалось. Фельдшер линейной бригады СМП, прибывший на вызов в 8 час. 30 мин. выяснил, что пациентка страдает гипертонической болезнью ИБ и ишемической болезнью сердца в течение трёх последних лет. При её осмотре было выявлено повышение АД до 190/100 мм.рт.ст., на ЭКГ синусовый ритм, ЧСС 84 в мин., признаки гипертрофии левого желудочка, единичные предсердные и желудочковые экстрасистолы. Проведено лечение каптоприл 25 мг. внутрь (под язык), после чего через 15 мин. АД снизилось до 150/90 мм.рт.ст. Однако состояние больной оставалось прежним, головная боль, чувство тревоги и боли в области сердца сохранялись. Повторно внутрь – каптоприл 25 мг. и нитроминт под язык (2 толчка). Через 15 мин. головная боль, чувство тревоги и боли в обл. сердца были купированы. АД 140/85 мм.рт.ст. Пациентке было рекомендовано амбулаторное лечение у участкового врача или врача общей практики в терапевтической поликлинике.

На вопрос больной о возможности её госпитализации в кардиологическое отделение городской больницы был получен следующий ответ от сотрудника СМП: «В настоящее время я не нахожу показаний для Вашей госпитализации в экстренном порядке. Что же относительно плановой госпитализации, то этот вопрос входит в компетенцию участкового врача или кардиолога поликлиники».

В этот же день, 16.02.2014 г. в 10 часов утра пациентка И. по телефону попыталась вызвать участкового врача на дом, поскольку чувствовала себя недостаточно комфортно, чтобы самостоятельно явиться на прием в поликлинику. На что сотрудница регистратуры дала ей следующий ответ: «К сожалению, на Вашем участке в течении последнего года участкового врача нет и вызова врача на дом не осуществляются. Поэтому, при ухудшении состояния вызывайте бригаду СМП, а в плановом порядке я запишу Вас на прием к терапевту поликлиники на 10 час. 21.02.2014 г.».

18.02.2014 г. в 21 час состояние больной И. вновь ухудшилось, повторилась клиника гипертонического криза и острого приступа ИБС, что стало причиной повторного вызова бригады СМП. Прибывший через 30 мин. фельдшер линейной бригады СМП подтвердил диагноз больной И. гипертоническая болезнь ИБ, криз (АД 200/110мм.рт.ст.) и ишемическая болезнь сердца (острый приступ). Лечение: каптоприл 25 мг. под язык,

затем в\енно медленно сернокислая магнезия 25% - 5,0. Через 20 мин. АД снизилось до 180/100 мм.рт.ст., но продолжали беспокоить головная боль и боль за грудиной. Предложена госпитализация в кардиологическое отделение, куда больная была доставлена машиной СМП 18.02.2014 в 23 часа 30 мин.

В приемном отделении дежурный врач после осмотра, повторного производства ЭКГ и измерения артериального давления подтвердил диагноз фельдшера СМП, но отказал в госпитализации, ссылаясь на отсутствие мест в кардиологическом отделении. Свое решение он записал в специальный журнал, в пациентке выдал «на руки» справку где рекомендовал проведение обследования и длительной комплексной терапии: ингибиторами АПФ, мочегонными препаратами, β -блокаторами и статинами в условиях поликлиники.

21.02.2014 г. больная И. в плановом порядке попала на прием к врачу-терапевту поликлиники по месту жительства, которая наспех прочитав записи предыдущих специалистов, выслушала информацию о жалобах пациентки, провела осмотр и выписала направление на госпитализацию в кардиологическое отделение, где ей ранее было отказано в госпитализации. На вопрос больной о том, что там возможно опять нет свободных мест, врач ответила: «Это уже не моя проблема...».

В этот же день, после очередного обращения к дежурному врачу приёмного отделения больницы она была поставлена на очередь для плановой госпитализации на 06.03.2014 г., получив те же самые рекомендации по лечению, что и в предыдущее посещение этой больницы.

24.02.2014 г. на фоне проводимого лечения у пациентки наблюдалось усиление головной боли, появился «шум в ушах и мушки перед глазами» (АД до 240/125 мм.рт.ст.), усилились боли в обл. сердца, головокружение и дезориентация в окружающей обстановке.

Была вызвана бригада СМП, которая после проведения экстренных мероприятий на дому, снижения АД до 190/100 мм.рт.ст. была в этот же день госпитализирована в неврологическое отделение больницы с подозрением на инсульт, но после обследования переведена в кардиологическое отделение. Проведено стандартное лечение в течение 12 дней. На фоне значительного улучшения состояния (АД нормализовалось, боли в обл. сердца были купированы, исчезли признаки хронической сердечной недостаточности) больной И. назначена поддерживающая терапия и в удовлетворительном состоянии она была выписана на амбулаторное лечение под наблюдение участкового врача территориальной поликлиники.

Реакция больной И. 46 лет, на взаимоотношения с производителями медицинских услуг была предсказуемой, она написала несколько жалоб: руководству регионального здравоохранения, страховой медицинской организации и территориальной поликлиники. Из всех инстанций она полу-

чила однотипные ответы, где было указано на то, что медицинские работники действовали в рамках исполнения существующих стандартов производства медицинских услуг (порядков и протоколов). Задержка в госпитализации была объяснена хроническим дефицитом кадров в первичном звене здравоохранения города.

Приведенный пример не является исключением из правил, поэтому значительная часть опрошиваемых нами пациентов полагает, что при попытке ограничения доступности медицинской помощи со стороны производителей медицинских услуг следует обращаться с заявлениями и жалобами во все существующие инстанции. В частности в любые организации, имеющие непосредственное отношение к здравоохранению (22,3%); территориальные органы управления здравоохранением (12,4%); страховые медицинские организации (9,1%); Росздравнадзор (7,3%); Роспотребнадзор (5,2%); судебные инстанции (3,7%); территориальный фонд ОМС (2,1%); остальные затрудняются ответить на заданный вопрос. Усугубляет ситуацию решения проблемы ограничения доступности медицинских услуг для дальневосточников низкая плотность расселения всех без исключения территорий ДФО – менее 0,1-0,8 человека на 1 км².

Казалось бы, в сложных климатогеографических условиях Сибири и Дальнего Востока для компенсации низкой плотности населения политика экономического развития и расселения жителей этих провинций должна была строиться на преимущественном освоении южных районов. Однако региональная экономическая политика, проводимая бывшим СССР в XX веке строилась на принципах преимущественного развития значительной части промышленного производства в северных и северо-восточных районах освоения. В то же время, например, в Канаде, напротив, промышленное производство смещалось в южные регионы страны, т.е. туда, где комфортнее жить, формировать доступные транспортные связи. Однако проблему низкой плотности расселения жителей не стоит переоценивать, поскольку около 80% населения РФ живет в городах. Конечно, сельские и северные отдаленные территории требуют специальных подходов к оказанию медицинской помощи, в ряде случаев – повышенных тарифов за медицинские услуги и нестандартных подходов к внедрению конкуренции (например, проведение конкурса на монопольное право оказания медицинской помощи в отдаленных районах по определенным стандартам на 3–5 лет). Однако это никак не оправдывает формирование социальной эксклюзии для жителей отдаленных провинций российского государства.

Физическая и территориальная (транспортная) доступность медицинской помощи. Территориальная (транспортная) доступность медицинской помощи имеет большое значение для большинства дальневосточников проживающих в сельских поселениях и рабочих поселках. В городах, учитывая развитие современных средств связи и улучшение до-

рожной сети, а также внедрение современных медицинских технологий, близость медицинских организаций, оказывающего плановую специализированную помощь, к месту жительства, как правило, не является главным приоритетом. На первый план выходит создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи. Для городов типичными являются нерешенные проблемы транспортной доступности неотложной и экстренной медицинской помощи (Рагозин А.В., 2011).

В этой связи для оценки уровня доступности медицинской помощи жителям сельских поселений и рабочих поселков необходимо формировать специфические подходы и критерии. В частности, по мнению В.С. Козака оценка доступности ПМСП сельским жителям первоначально может основываться на анализе именно территориальной доступности (состояние дорог в регионе, рейсовый транспорт, обеспеченность личным транспортом). Для получения количественных показателей предлагалось оценивать территориальную доступность по 5-балльной системе: при отдаленности фельдшерско-акушерских пунктов или участкового врача меньше 1 км доступность оценивается в 5 баллов, от 1 до 3 км – 4 балла, 3–10 км – 3 балла. При отдаленности медицинских учреждений более 3 км транспортная доступность медицинской помощи оценивается следующим образом: наличие рейсового транспорта, работающего без выходных, не менее 8 раз в сутки – 5 баллов; сезонное отсутствие дорог – 0 баллов (Козак В.С., 2004).

В мировой практике имеется иной подход к оценке территориальной доступности медицинской помощи. Так Поль Деламер (Paul L. Delamater) считает целесообразным определять территориальную доступность медицинской помощи не по расстоянию в километрах, а по времени, затрачиваемому на поездку в лечебное учреждение. Если пациенту приходится тратить на дорогу более 30 минут, доступность признается ограниченной (Delamater P.L. et al., 2012). Такой временной «стандарт» неприемлем для здравоохранения большинства территорий ДФО в силу особенностей их географического расположения и состояния транспортных связей. Практически для большинства пациентов при таком подходе для жителей поселений ДФО медицинская помощь будет признана территориально недоступной.

Между тем 67,8% жителей сельских поселений ДФО указывают на то, что средние сроки ожидания бригады «скорой медицинской помощи», вызванной из районного центра, исчисляются часами, 45,1% респондентов не охвачены профилактическими осмотрами и не прошли плановой диспансеризации, 36,7% из числа опрошенных не имеют возможности обратиться за квалифицированной помощью к врачу общей практики. В реальной ситуации они могут рассчитывать лишь на доврачебную помощь – медицинские услуги фельдшера, медицинской сестры и зубного врача.

Большинство респондентов (83,9%), как жителей городских, так и сельских поселений указывают на ограничение транспортной доступности медицинской помощи, только 16,1% опрошенных обеспечены «шаговой доступностью» при получении квалифицированной или специализированной медицинской помощи. Среднее расстояние между местом проживания респондента и медицинской организацией, где работает врач общей практики, составляет 5,3 км (от 0,5 до 48 км).

Справедливости ради следует отметить, что в ходе проверки уровня доступности медицинской помощи аудиторами Счётной палаты РФ были выявлены аналогичные факты. В их докладе говорится: «Согласно результатам проверки, в России 17 с половиной тыс. населенных пунктов вообще не имеют медицинской инфраструктуры, из них более 11 тыс. расположены на расстоянии свыше 20 км от ближайшей медицинской организации, где есть врач. Причем 35% населенных пунктов не охвачены общественным транспортом. «...879 малых населенных пунктов не прикреплены ни к одному ФАПу или офису врачей общей практики. При этом данный дефицит не компенсируется выездными методами. Ряд регионов с низкой плотностью населения (Омская область, Камчатский и Приморский края) вообще не имеют мобильных медицинских бригад». В качестве примера ограничения доступности медпомощи, аудитор привел результаты проверки по Забайкальскому краю, где возможность вызова врача и скорой медицинской помощи крайне ограничена в связи с отсутствием по ряду населенных пунктов прямого транспортного сообщения: «Так, чтобы доехать до села Молодовское «Скорой» требуется более 2-х часов» (Кукарцова А., 2015).

Кадровый кризис и доступность медицинской помощи. Тиражируемый многие годы в официальных докладах чиновников различного ранга, депутатов и журналистов тезис о высоком уровне обеспеченности кадрами медицинских работников региональных систем здравоохранения России является ни чем иным, как «добровольным заблуждением». Действительно в РФ показатель числа врачебных должностей превышает 45 на 10 000 населения, что значительно выше показателей экономически развитых стран (26-31 на 10 000 населения). Однако, для точности оценок и сравнений, следует пристально рассмотреть методики расчета этих показателей. Итак, принятая в РФ методика расчета показателя обеспеченности населения врачами и средним медицинским персоналом в корне отличается от использующихся за рубежом, где учитываются специалисты, занимающиеся непосредственно производством медицинских услуг. В отечественном же здравоохранении учитываются все специалисты, имеющие диплом.

При использовании международных принципов определения этих показателей обеспеченность населения врачебными должностями в субъектах РФ ДФО составит 26-31 на 10 000 населения, а средними медицин-

скими работниками 76-83 на 10 000 населения. Но это плановые должности, а реальную ситуацию в медицинских организациях следует оценивать по уровню укомплектованности плановых должностей «физическими лицами». Укомплектованность плановых должностей физическими лицами составляет во многих территориях ДФО всего от 45 до 67%. При этом уровень совместительства персонала на конкретных рабочих местах уже давно находится в пределах от 1,7 до 2,1 ставок, что составляет более 80 часов рабочей нагрузки в неделю, вместо 40 по трудовому законодательству РФ. Усугубляет ситуацию и то, что доля врачей предпенсионного и пенсионного возрастов в большинстве медицинских организаций превышает 65%, а медицинских сестер – 50%.

Данные опроса 79 медицинских работников поликлиник и больниц ДФО относительно оценки ситуации в региональном здравоохранении не стали неожиданными. Доминируют в целом негативные мнения: 57,4% респондентов оценивают ее как критическую, а более 38,6% – как неопределенную. Лишь 3,1% опрошенных медицинских работников считают, что ситуация в отрасли стабильная, а менее 1% респондентов – ситуация вселяет оптимизм.

Среди наиболее актуальных проблем региональной медицины, более $\frac{2}{3}$ медицинских работников (71,7%) основной проблемой назвали недостаточный уровень финансирования производства медицинских услуг. Значительное число респондентов (39,2%) в качестве других проблем указало на недостаточный уровень лекарственного обеспечения, на медленное обновление медицинских технологий и медицинского оборудования – 38,5%, на старение медицинского персонала и сокращение притока молодых кадров – 56,3%. Причем достаточно неожиданным было высказывание об уровне квалификации персонала принимаемого на работу в медицинские организации: 26,7% респондентов считает, что качество подготовки врачей и медицинских сестер за последние 10 лет определенно снизилось, и 55,6% – что скорее снизилось, чем повысилось. Только 7,5% опрошенных считают, что качество подготовки персонала определенно повысилось. Весьма негативное отношение к качеству подготовки молодых врачей доминирует среди работников круглосуточных стационаров (85,3%). Основная часть медицинских работников, обучавшихся на курсах повышения квалификации, удовлетворены качеством преподавания и уровнем полученных знаний и умений (74,9%), 17,3% респондентов негативно отзываються о курсах повышения квалификации и далеки от того, чтобы считать организацию повышения квалификации непрерывным процессом. Тем не менее, роль кадровых проблем в снижении доступности медицинской помощи несомненна, однако их значение оценивается медицинскими работниками не столь высоко, как дефицит финансирования, уровень обеспечения лекар-

ственными средствами и медицинским оборудованием и реализация устаревших технологий производства медицинских услуг.

Рассматривая проблему реформирования отечественной медицины в рамках формирования рыночной экономики в контексте уровня доступности медицинской помощи, необходимо перейти от зачастую необоснованных заявлений представителей властных структур о мнимом благополучии в отрасли производства медицинских услуг, теоретических споров на многочисленных совещаниях и научных конференциях врачей и ученых, к реальным оценкам состояния отечественной медицины и проблемам взаимоотношений пациентов и медицинских работников. Не пора ли медицинскому сообществу признать, что большинство этих проблем связано с тем, что врачи пытаются перенести свою долю ответственности с помощью реализации принципа «информированного согласия» на плечи пациентов, всё реже проявляя сострадание, ссылаясь на необходимость прагматического подхода к профессиональной деятельности. Однако дело совсем в другом, – многие врачи вовлекаясь в сложные ситуации пациентов из сострадательных побуждений, впоследствии расплачиваются своими эмоциями и душевными страданиями.

Между тем, несмотря ни на что, основой взаимоотношений между пациентом и врачом является доверие, основанное на поддержке друг друга, взаимопонимании и уважении, а во многих случаях и выражения безмерного сочувствия к проблемам пациента (Ригельман Р., 1994). В основе деятельности медицинского работника лежит сострадание, которое по своей природе не имеет научного объяснения, хотя следует понимать, что медицина вне сострадания и без сострадания существовать не может.

**Но знай – за ложь сурова будет
месть, утратишь всё – и голову
и честь**

Фирдоуси

Глава 4

Партнерство или конфликт взаимоотношений пациента и врача

Перспективной моделью взаимоотношений пациента и врача следует рассматривать социальное партнерство, когда стороны производства и потребления медицинских услуг выступают в роли партнеров, целью которых является достижение максимального уровня здоровья пациента при минимальном потреблении ресурсов производства. Реализация этой благородной цели, к сожалению, постоянно наталкивается на естественные и искусственно создаваемые препятствия (Лисицын Ю.П., Семенова Л.П., 1983; Illich I., 1974; Barzansky, H. et al., 1998). В частности одним из таких препятствий является медиализация. Для отечественной социологии медицины это явление стало достаточно новым, хотя само понятие описано в ходе реализации стратегии реформирования отечественного здравоохранения на рубеже XX и XXI веков академиком РАМН А.В. Решетниковым (Решетников А.В., 2002).

Именно в этот период развития отечественного здравоохранения производители медицинских услуг стали всё чаще и чаще брать на себя функции социального контроля, что понизило значение мнения потребителей медицинских услуг относительно доступности, качества и безопасности медицинской помощи. Рост зависимости пациентов от производителей медицинских услуг создало социальные риски, к которым российское общество оказалось не готовым (Щепин О.П. и др., 1999; Седова Н.Н., Чеботарева О.А., 2004, Андреев А.А., Седова Н.Н., 2003; Андреев А.А., 2006).

Поле взаимоотношений, на которое вступает пациент и врач для сохранения и приумножения здоровья, является медицина, как совокупность наук и практической деятельности, направленные не только на сохранение и укрепление здоровья людей, но и на предупреждение и лечение болезней. Причем для обеих сторон взаимоотношений медицина может быть наукой, а может быть и искусством. В таком подходе нет противоречия, противоречие возникает с момента внедрения медицину и систему взаимоотношений пациента и врача бизнеса, когда на фоне призвания к профессиональной медицинской деятельности для медицинских работников фор-

мируется мотивации к получению прибыли, причем её размер диктуется не морально-этическими нормами, а жёсткими экономическими законами рынка и либеральной экономики.

К сожалению, большинство пациентов осознаёт истинную ценность здоровья только после столкновений тяжелыми и хроническими болезнями или физическими увечьями. Именно в этот момент они начинают понимать, что только здоровье может сочетаться с ощущением счастья. И действительно, невозможно представить счастливую жизнь индивидуума за пределами физического и нравственного здоровья. Кроме того, многим людям для достижения достаточного уровня качества жизни, недостаточно только отсутствия телесных недугов, им требуется ещё и душевная гармония с собой, близкими людьми и окружающим миром. Вот почему врач должен воспринимать пациента как единый биологический, физический и социальный объект во всех его достаточно сложных и многогранных взаимодействиях с окружающей средой.

Но именно здесь взаимоотношения пациента и врача в условиях бизнеса подвергаются серьёзным испытаниям, поскольку пациент в большинстве случаев не придерживался принципов «здоровьесохраняющего» поведения, а наоборот – принципов «здоровьеразрушительного» поведения (Атмайкина О.В. с соавт., 2014). Такой образ жизни и приводит к формированию хронических болезней сочетающихся с осложнениями. Врач, как производитель медицинских услуг в условиях рыночной экономики находится в довольно сложном положении. С одной стороны, как представитель общества и профессионал он должен придерживаться принципа «болезнь легче и дешевле предупредить, чем лечить», но с другой стороны он находится под давлением соблазна бизнеса, основанного на принципе «получение максимальной прибыли». И именно здесь срабатывает механизм ценообразования связанный с принципом, «чем тяжелее заболевание, чем больше осложнений, тем больше объем диагностических и лечебных мероприятий, а, следовательно, и цена услуги». На этом этапе во взаимоотношениях пациента и врача начинают доминировать экономические ценности, отодвигая на второй план моральные, которые до последнего времени рассматривались как абсолютные.

В реформируемой медицине устойчивость абсолютных ценностей под влиянием рынка вызывает наибольшее количество опасений, а необходимость выработки цены на не имеющее ценника здоровье приводит к неясностям и социальным спорам по поводу справедливости возникающего прейскуранта (Эггертссон Т., 2001; Morgan M., 1991). Именно в медицине отсутствие материальной опоры ценообразования не позволяет делать хоть какие-то предположения относительно механизма ценообразования (Zelizer V., 1978). Именно в медицине предоставляющие медицинские услуги специалисты выступают в роли ценоустановителей, чье наличное знание о механизмах ценообразования может быть использовано для изу-

чения тех интерпретаций цены, которых придерживаются продавцы (Callon, M., 1998). По мнению исследователей из экономически развитых стран вероятность подвергнуться одному из семи основных хирургических вмешательств, у обычного человека на одну треть выше у врача или члена его семьи. Это служит яркой иллюстрацией оппортунистического поведения в условиях асимметрии информации (Григорьева Н.С., 2015). Ведь медицинским работником, по их мнению, движет не столько желание помочь пациенту, сколько стремление увеличить свою личную выгоду.

Однако взаимоотношения между пациентом и врачом в идеале должны строиться на взаимном доверии и честном отношении друг к другу, что в конечном итоге определяется понятием совести.¹ Большинству медицинских работников присуще наличие некоего внутреннего цензора, который помогает различать положительные и негативные аспекты в оценке его профессиональной деятельности. Для врача-профессионала очень важно научиться прислушиваться к голосу внутри себя, заниматься самооценкой и следовать советам своей совести. Только это качество позволит в условиях бизнеса и рыночной экономики установить требуемый уровень доверия пациентов и их родственников.

Когда люди говорят о каком-либо понятии или событии, пытаются понять его суть, они обязательно обращаются к истокам. В данном случае также очень важно знать, как и когда впервые возникает чувство совести. В современной науке существуют две абсолютно противоположные теории, но при этом каждая из них очень интересна и актуальна. Приверженцы первой считают, что совесть человека – это чувство, которое имеет природный характер. Другие же уверены в том, что оно прививается с раннего детства. Обе теории имеют право на жизнь, поскольку, для того чтобы сформировалось данное чувство, необходимо наличие причинно-следственной связи. Большинство специалистов утверждают, что совесть формируется в той среде, где вырос человек. Если же по каким-то причинам не получается выполнять определенные принципы, тогда индивидуум испытывает чувство вины (Шамов И.А., 2006).

4.1. Рост конфликтогенного потенциала современной медицины – объективная реальность

Подвергая анализу развитие медицины, начиная от письменных источников Древнего Вавилона, кончая современными воззрениями представителей достаточно новой науки «Социологии медицины» мы убеждаемся, что основой отношений между пациентом и врачом было и остается доверие. Относительно недавно взаимоотношения между пациентом и врачом

¹ Совесть – это понятие морального сознания, внутренняя убежденность в том, что является добром и злом, сознание нравственной ответственности за свое поведение. Совесть – это выражение способности личности осуществлять нравственный самоконтроль, самостоятельно формулировать для себя нравственные обязанности, требовать от себя их выполнения и производить самооценку совершаемых поступков (Большой энциклопедический словарь – БЭС. <http://slovari.299.ru/enc.php>).

сводилось к тому, что пациент полностью доверял врачу право принимать решения о своей жизни и здоровье. Причем врач действуя «исключительно в интересах больного» в большинстве случаев поступал так, как считал нужным. В предыдущие годы считалось, что держать больного в неведении гуманнее, чем вовлекать его в решение сложных медицинских проблем, хотя это касалось его собственного здоровья. Согласно бытовавшему многие годы мнению, это даже повышало эффективность лечения, избавляя больного от сомнений и неуверенности. Пациент доверял врачу, а врач брал на себя заботу о нем. Таким образом, ещё совсем недавно, традиционно взаимоотношения больного и врача основывались на слепой вере – врач не делился с больным своими сомнениями и скрывал от него неприятную правду (Ригельман Р.К., 1994).

Результат лечения во многом определялись ценностным содержанием взаимодействия врача и пациента. Помимо традиционной ценности — здоровья человека, это взаимодействие строилось на основе таких ценностей, как оптимизм, воля к выздоровлению, вера и надежда, уважение к личности, эмпатия и поддержка, сохранение жизненной перспективы, активная жизнедеятельность и сохранение связи с социумом (Чазова А.А., 2003; Ефименко С.А., 2005; Truax C, Warg, D., Frank, J., 1966; Saari C., 1994).

Практика показывает, что эффективность медицинских услуг повышается, если реализуется гуманистический подход, при котором обеспечивается возвышение личности пациента, рассматриваемого медперсоналом в качестве ведущей ценности в организации всей деятельности по охране здоровья населения и оценке качества предоставляемых медицинских услуг. Гуманизм в медицине предполагает не только следование известному принципу «не навреди» и аналогичным традициям врачебной практики, но и трансформацию ролей пациента — врача на гуманистической (партнерской) основе. При этом ключевое значение принадлежит усилиям пациента, направленным на выздоровление и обретение трудоспособности с сохранением активной роли в обществе. Однако в производственной системе, где объектом получения услуг является человек, а субъектом производящим эти услуги является также человек, невозможно обойтись без конфликтов и профессия медицинского работника, конечно, не являются исключением.

Анализ причинно-следственных связей конфликтов между пациентами и медицинским персоналом выявил ряд противоречий между требованиями нормативных документов, предписывающих гуманистическое отношение врача к пациенту и существующей практикой регламентирующего стиля отношений при производстве медицинских услуг по технологическим стандартам. В связи с этими противоречиями существует проблема формирования высокого уровня гуманистических отношений врача и пациента. Она проявляется в том, что отношения между сторонами стандар-

тизованного лечебного процесса в ряде случаев строятся на директивной основе с элементами прагматизма и подавления воли больного, недостаточного учета индивидуально-психологических особенностей, а также психосоматического состояния значительной части пациентов, страдающих хроническими заболеваниями. Именно это приводит к пассивному отношению пациента к лечению и снижает его эффективность, уменьшает шансы на выздоровление.

Современные взаимоотношения врача и больного в значительной степени определяют успех оказания медицинской помощи, однако строятся они уже не только на сотрудничестве и слепой вере, а и на обсуждении сомнений, рисков применения тех или иных технологий. Как правило, сегодня пациент и врач сообщают друг другу полную правду, даже в тех случаях, когда речь идет о неизлечимых заболеваниях в условиях современных достижений медицинской науки и практики. Именно в этих ситуациях от медицинских работников требуется особое отношение к пациенту, основанное на участии и сострадании.

О чувстве сострадания к пациентам. Понятия «производство медицинских услуг» и «сострадание» – это неуместное с позиции современных реформаторов отечественного здравоохранения сочетание. Имея значительный опыт работы в качестве лечащих врачей в медицинских организациях и преподавателей в высшей медицинской школе, нам все реже и реже приходится встречаться с одновременным сочетанием этих понятий при производстве медицинских услуг, а уж тем более в реализации программ подготовки будущих врачей. А между тем в идеальном варианте высокий уровень компетенций современного врача дает высокий уровень конечных результатов только в тех случаях, когда врачебное мастерство и мудрость сочетаются с состраданием к пациенту.

Примером этого могут служить видео и печатные материалы, размещенные в различных СМИ о том, как бывший геолог, «экс-губернатор Корякского округа Владимир Логинов (2000-2005 гг.) ползком на коленях забирается в лифт консультативной поликлиники Краевой больницы №1 в Хабаровске» на глазах у десятков медицинских работников, которые считают себя профессионалами (рис. 4.1.).

Журналисты, которые разместили данный материал в СМИ указали на то, что пациент уже не первый раз подвергался такому унижению (Искандиров А., Вандышева-Кремнева Ю., 2016). Со слов жены пациента, которая беседовала с журналистами, её муж страдает тяжелой формой диабета, после развившихся осложнений была ампутирована нога и он передвигается на инвалидной коляске, которая не помещается в кабине малогабаритного лифта данной поликлиники. Причина обращений именно в эту медицинскую организацию стала необходимость консультативного осмотра врача-сурдолога, кабинет которого находится на 4 этаже для

очередного переосвидетельствования в Краевой МСЭК по поводу инвалидности.



Рис. 4.1. Пациент, не поместившийся в лифт и «оригинальный пандус» в виде сорванной с петель двери для инвалидов-колясочников в регистратуре консультативной поликлиники Краевой клинической больницы №1 (Хабаровск, апрель 2016 г.)

Попытки представить документы в МСЭК от врача-сурдолога негосударственной медицинской организации, где организована доступная среда для инвалидов, окончились неудачей, поскольку специалисты Краевой МСЭК не приняли этого заключения, несмотря на наличие у этого врача соответствующих разрешительных документов (лицензия, сертификат и т.п.). В региональном «Минздраве» родственникам пациента подтвердили необходимость заключения именно от врача-сурдолога, кабинет которого расположен на 4 этаже государственной поликлиники с малогабаритным лифтом.

В последующем в различных кабинетах государственных структур родственница пациента выслушала массу советов: «о необходимости найма грузчиков или носильщиков; о подтвердившихся фактах игнорирования в данной медицинской организации Федеральной государственной программы «Доступная среда», о дефиците санитаров и финансовых ресурсов, о проекте реконструкции здания поликлиники» и много чего другого. Не было ни слова сказано об отсутствии совести и сострадания у всех «специалистов», которые, так или иначе, имели отношение к организации медицинской помощи этому пациенту.

Это свидетельствует о том, что душевная черствость и равнодушные глубоко укоренились в среде медицинских работников данного учреждения и для конкретного пациента ситуация не изменится и в будущем. И при прохождении очередного переосвидетельствования в МСЭК, куда надо будет предоставить документ от врача-сурдолога государственной медицинской организации, он опять столкнется с описанными выше проблемами.

Почти параллельно выше описанному случаю оказания медицинской помощи инвалиду-колясочнику прошло Заседание совета при Губернаторе Хабаровского края по делам инвалидов. На встрече члены советы обсудили изменения в законодательные акты РФ по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов. Главной темой заседания стала проблема адаптации среды для людей с ограниченными возможностями в больницах и других значимых учреждениях. Заместитель председателя Правительства края по вопросам социального развития Владимир Чаюк отметил, что Краевая клиническая больница №1 лучше других!? адаптирована для людей с ограниченными возможностями. Сергей Пудовиков, главный врач «Краевой клинической больницы №1» рассказал об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов. В частности он заявил: «Сейчас можно с уверенностью сказать, что главный корпус полностью адаптирован для инвалидов. Также регулярно ведется работа по обучению медицинских работников особенностям работы с маломобильными гражданами» (Ухина Ю., 2016).

Для нас трудно было сопоставить и понять содержание этих двух событий, произошедших в Хабаровск в апреле 2016 г., поскольку проблема доступности медицинской помощи для лиц с ограниченными возможностями рассматривалась с противоположных позиций. С одной стороны, имело место вопиющее равнодушие и полное отсутствие сострадания к пациенту от персонала и руководителей государственной медицинской организации в сочетании с наличием препятствий для получения медицинской помощи инвалидом, а с другой стороны – благостные заявления чиновников «об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов и других маломобильных групп населения к социально значимым учреждениям».

Именно это несоответствие «слова и дела» во многих случаях является пусковым механизмом конфликта между потребителями и производителями медицинских услуг. А дополняется конфликтогенная ситуация тем, что, даже преисполненные чувства сострадания к пациентам медицинские работники, в процессе рутинной, монотонной и низкооплачиваемой работы перестают видеть смысл в своей деятельности. А происходящее нарушение всех мыслимых и немыслимых принципов организации медицинской помощи в отношении беспомощных людей уже не вызывает у них острых эмоций и сострадания. Ведь мимо инвалида, заползавшего в лифт

консультативной поликлиники Краевой клинической больницы №1, проходили десятки медицинских работников одетых в белые халаты, и все стыдливо отворачивались, делая вид, что происходящее их не касается. Таким образом, откровенная ложь одних и равнодушие других закладывает взрывоопасный механизм во взаимоотношения пациентов и медицинских работников.

По мнению тибетского ламы и настоятеля крупного монастыря в Непале Чокьи Ньима Ринпоче, сострадательный и мудрый врач для решения проблем сложившихся в современной медицине, во главу угла должен поставить высокие технологии обеспеченные финансовыми ресурсами. Но именно сочетание сострадания с эффективным медицинским уходом и высокими технологиями должны сделать жизнь человека лучше и длиннее (Чокьи Ньима Ринпоче, Дэвид Шлим, 2014). В тоже время, немногие специалисты пытаются проявить это сострадание, развивая различные способы проведения собеседования, совершенствования эмпатии и навыков быстрого реагирования в сложных клинических ситуациях.

Конфликт между пациентами и медицинскими работниками чаще всего формируются в условиях, когда в силу искажения информации о качестве, доступности и безопасности медицинской помощи в отечественных медицинских организациях, пациенты сталкиваются с обратной стороной отечественной медицины. Их ожидания, основанные на заявлениях представителей властных структур в СМИ, в большинстве случаев не оправдываются. Причем, причины конфликтов самые разнообразные. В частности, на первый план в последние годы выступает, не состояние основных производственных фондов больниц и поликлиник (несоответствие стандартам СНИПов и САНПИНов), не отсутствие стандартного медицинского оборудования, не дефицит лекарственных препаратов и средств медицинского назначения, а хронический дефицит кадров медицинских работников, низкий уровень их квалификации и полное игнорирование многими из них принципов этики и деонтологии. Складывается впечатление, что болезнь под названием «черствость и равнодушие» всё глубже проникает в ряды медицинских работников, оказывая свое деструктивное действие на ту часть общества, которая некогда считалась его элитой.

Неизбежен ли конфликт между пациентом и врачом? По самому определению «конфликт (от латинского *conflictus* – столкновение) является одновременным столкновением разнонаправленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов пациентов и врачей, которые, как правило, фиксируются в достаточно жесткой форме. Причинами столкновения могут быть самые разные проблемы, связанные с производством медицинских услуг от обеспечения их доступности, кончая их качеством и безопасностью. Конфликт в медицине является одним из видов социального взаимодействия, субъектами и участниками которого выступают отдельные индивиды, большие и малые социальные группы и организации.

Существенным преимуществом отечественного здравоохранения является то, что, несмотря на перманентные реформы под руководством либеральных политиков и экономистов, большая часть медицинских организаций остается в собственности государства, а система ОМС, несмотря на её многочисленные недостатки, позволяет гарантировать всем гражданам РФ бесплатную медицинскую помощь в рамках исполнения программы государственных гарантий. И если за рубежом медицинское образование относится к числу самых дорогих и индивидуально оплачиваемых, то в России подготовка значительной части врачей до последнего времени осуществлялась за счет государственного бюджета (Лисицин Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф., 1984; Глыбочко П.В., 2011; Чернецова Н.С., Соколова О.Ю., 2017). Вполне естественно, что в условиях продолжающегося экономического кризиса и частичной потери рычагов управления отраслью здравоохранения РФ, сформировались проблемы, которые во многих случаях провоцируют конфликтные ситуации. Это длительное ожидание на прием к врачу и ограниченное время у врача на прием больного, низкая зарплата медперсонала, плохое питание в больницах, переполненные палаты, недостаток лекарств и т.д.

Серьезным плюсом отечественного здравоохранения является то, что ещё с дореволюционной России в медицине укоренились гуманистические и демократические принципы, внимание к «маленькому человеку». Справедливости ради следует отметить, что с каждым годом число медицинских работников, которые придерживаются этих принципов, уменьшается. Тем не менее, большинство граждан РФ до сих пор уверены в своем неотъемлемом праве на доступную, качественную и безопасную медицинскую помощь. Хотя уверенность в том, что если, паче чаяния, он заболит, то может рассчитывать на оказание медицинской помощи независимо от материального положения недорогими или бесплатными лекарствами в последние годы, сильно поколеблена (Улумбекова Г.Э., 2012; Дьяченко В.Г., 2015).

Дело в том, что ситуация в отечественной медицине после буржуазной революции 1991-1993 гг. кардинально изменилась. Значительно увеличился объем производства платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях при параллельном функционировании дефектной системы ОМС. Многие бизнес организации, страхуют своих сотрудников в системе ДМС, что снижает их уязвимость при получении медицинских услуг. Однако пенсионеры, инвалиды и категории граждан с низким социальным статусом и непостоянными доходами, оказываются в бедственном положении. Многие из них настолько привыкли к определенному образу жизни, что им трудно представить, что такой, казалось бы, акт гуманности, как медицинская помощь человеку, может рассматриваться с позиции рыночных отношений, реализации механизма «купли-продажи».

т.е – банальных товарно-денежных отношений (Потапчик, Е. Г., 2011; Попович Л.Д., 2014; Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э., 2015).

Между тем, отечественные политические и экономические элиты через систему СМИ пытаются убедить своих граждан считать подобное положение нормой. Хотя именно такая трактовка реформирования системы отечественной медицины вызывает бурные столкновения на нижнем уровне взаимоотношений пациентов и медицинских работников, т.е. непосредственно в регистратурах поликлиник, приемных отделениях больниц, кабинетах лечащих врачей и непосредственно при контактах сотрудников линейных бригад СМП с больными и их родственниками (Улумбекова Г.Э., 2011; Дьяченко С.В., Дьяченко В.Г., 2015).

Целью любого контакта в медицине является то, что пациенты, в конечном счете, хотят излечиться, а медицинские работники – вылечить пациентов, но достижение этой общей цели невозможно без выстраивания доверительных отношений. Для этого необходимо соблюдение некоторых «не писанных правил»: внимательного выслушивания больного, установления с ним полного контакта в течение ограниченного времени приема (при отсутствии информации об условиях его жизни), учета его состояния, принадлежности к той или иной конфессии, семейных и культурных традиций (Дьяченко В.Г., 2009). Больной со своей стороны также должен попытаться найти общий язык с медицинскими работниками. Однако, если принципы отношений врача с пациентом в какой-то мере сформулированы (клятва врача, должностные инструкции, традиции и т.д.), то права, обязанности, ответственность и нормы поведения пациента гласно или негласно не определены вообще, и он вынужден строить отношения с врачом по ходу дела, интуитивно, полагаясь на свой жизненный опыт в условиях, психологически для него непростых, и находясь не в лучшем физическом и душевном состоянии (Ainsworth-Vaughn N., 1992; Aronsson K., Rundstrom B., 1998).

В такой ситуации многое зависит от умения врача выбрать правильный стиль поведения с каждым конкретным пациентом. Учитывая важность сообщаемых больным сведений для постановки диагноза, можно считать, что умение выслушать больного – необходимое условие успешного лечения. Хотя при этом опытный лечащий врач может улавливать в информации предоставляемой пациентом сомнительные с его точки зрения жалобы, факты о патологических синдромах и самочувствии, одновременно сомневаясь в правдивости рассказа пациента. Довольно типичной является ситуация – больной утверждает, что неукоснительно следовал указаниям лечащего врача, хотя в реальном исполнении мог игнорировать их, в результате лечение не помогло. Такие отношения могут стать источником недопонимания и спровоцировать конфликт (Чазова А.А., 2003; Дмитриева О.Н., 2007; Дмитриев А.В., 2003; Bliesener T., Siegrist J., 1981).

Анализ обозримого временного промежутка взаимоотношений врача и пациента позволяет прийти к неприятному выводу: никогда ещё пациенты отечественных клиник не были так недовольны своими врачами. Сами же медицинские работники с недоумением и душевной болью вынуждены признать, что отечественная медицина переживают глубокий кризис, причем с наибольшей остротой кризис отразился на профессиональном сообществе врачей (Волчановский М.Е., 2008; Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В., 2012; Дьяченко С. В., 2015). Представители самой гуманной профессии постепенно утрачивают доверие своих пациентов. Неуловимая, сложная, зачастую почти неощутимая связь между врачом и пациентом, которая культивировалась веками, оказывается разорванной (Вересаев В., 1902; Карсон Р., 1998).

Кроме того, взаимоотношения с пациентом лечащими врачами в большинстве случаев осуществляется совместно со средним медицинским персоналом (медицинские сестры, фельдшеры, лаборанты и др.) Чрезвычайно важным моментом является то, что взаимоотношения пациентов со средним медицинским персоналом длится достаточно долго, во всяком случае, значительно дольше, чем у лечащего врача. Контакт медицинской сестры с больным при этом не должен переходить определенных границ. Имеет значение и умение сестры хранить тайны больного. Умение выслушать больного для сестры так же важно, как и для врача. И конечно, имеет значение личность медицинской сестры.

Конфликт между пациентом и медицинским персоналом относится к группе социальных конфликтов, которые не следует рассматривать как неизбежный исход отдельных случаев производства медицинских услуг. Наш многолетний опыт общения с тысячами разных пациентов указывает на то, что много зависит от позиции медицинского работника, в частности врача. Лечащие врачи в условиях дефицита времени не всегда пытаются войти в положение больного, хотя многим из них, особенно возрастным врачам приходилось самим бывать в роли пациента. После чего они высказывали массу претензий к лечащим врачам связанных в основном с тем, что те не учитывали психологии больного (своего коллеги) с поправкой на его профессиональные знания, особенности восприятия данных лабораторных и инструментальных исследований, разговоров персонала и др.

С теоретических позиций субъекты и участники социального конфликта характеризуются: различными рангами; различными статусами; обладают определенной силой; действуют в различном окружении (Майерс Д., 2000). Объект конфликта – конкретная потребность (причина), мотивация, движущая сила. Определить объект в конкретном конфликте далеко не просто. Субъекты и участники конфликта, преследуя свои реальные или мнимые цели, могут скрывать, маскировать, подменять истинные мотивы, побудившие их к противоборству. Так во взаимоотношениях пациента и врача каждый из субъектов противоборства старается доказать,

что основной мотив его конфликтной деятельности – стремление добиться максимально возможных благ для своих пациентов. Однако во взаимоотношениях пациента и врача, как правило, доминирует врач, позволяя себе в отдельных случаях с позиций патернализма нарушать принципы профессиональной этики и деонтологии (резкость, грубость, ненормативная лексика и т.п.) мотивируя том, что всё что он делает, направлено на пользу пациента.

В прошлые годы пациенты прощали профессионально подготовленным врачам многое, даже грубость, за высокий уровень квалификации и профессионального мастерства. Однако времена изменились, и сегодня за грубостью отдельных врачей скрывается низкий уровень компетенций, принятие ошибочных решений в критических ситуациях, что является причиной развития ятрогенных заболеваний и провоцирует конфликты с пациентами и их официальными представителями. В качестве примера приводим конфликтную ситуацию, возникшую при оказании медицинской помощи в хирургическом отделении городской многопрофильной больницы пациенту Н.

Пациент Н. 59 лет, житель г. Хабаровска, доставлен бригадой СМП в приёмное отделение городской больницы 08.01.17 в 15 ч.50 мин. с подозрением на «острый живот». Больной был осмотрен дежурным хирургом, который, с учётом объективных клинических и данных лабораторных анализов диагностировал острый аппендицит. С учётом сопутствующей патологии у пациента Н. в виде ИБС, пароксизмальной формы мерцательной аритмии вне пароксизма, НК 0, гипертонической болезни III ст., риск 4, компенсация (оперирован в октябре 2016 г. в КХЦ), была проведена консультация дежурного терапевта, после чего больному по экстренным показаниям в этот же день в 22 часа 10 мин. был прооперирован – операция аппендектомия. Операционный диагноз – острый флегмонозный аппендицит.

Перед операцией у пациента получено информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в том числе переливание крови и её компонентов, содержащее информацию «я предупрежден о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода». Также пациентом было дано добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства, где содержится следующая информация «я предупрежден о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, не-

преднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода».

В ходе оперативного вмешательства отмечалась повышенная кровоточивость, что потребовало дополнительной ревизии илеоцекального угла с дополнительным прошиванием сосудов. Достигнут гемостаз. В раннем послеоперационном периоде также отмечалась кровоточивость в области послеоперационных швов с развитием подкожной гематомы. В ходе дополнительного уточнения анамнеза было выяснено, что пациент постоянно принимает варфарин. В связи с этим было скорректировано лечение, назначена гемостатическая терапия, включая транексам по 1000 мг/сутки, инфузии свежезамороженной плазмы. На фоне проводимой гемостатической терапии в течение суток кровоточивость была остановлена.

В последующие дни в гемограмме отмечалось умеренное снижение показателей гемоглобина (до 97 г/л) и эритроцитов ($2,89 \times 10^{12}/л$), однако на момент выписки пациента из стационара показатели «красной крови» находились в пределах референсных значений.

Пациент выписан из стационара 25.01.2017 (на 11 сутки) в удовлетворительном состоянии, на амбулаторное долечивание к хирургу по месту жительства, с рекомендациями по наблюдению у терапевта по поводу сопутствующих заболеваний. Продолжительность госпитализации не превысила установленных сроков.

После выписки из хирургического отделения пациент Н. обратился с жалобой в федеральное и региональное Министерство здравоохранения, где им высказана иная трактовка как самого процесса, так и результатов оказанной ему медицинской помощи. Приводим оригинал жалобы.

«08.01.2017 года по скорой помощи меня доставили в приемный покой гор. больницы, где меня осмотрел врач хирург и посоветовал лечь в отделение хирургии для обследования по факту сильных болей в правом нижнем углу живота. Когда он заполнял историю болезни, то я предупредил его, что 07.11.2016 года перенес операцию на сердце и перечислил принимающие лекарства, среди которых был и «Варфарин». Когда меня разместили в палату отделения хирургии, то пришедший дежурный врач П. пояснил, что у меня аппендицит, и что он его сейчас удалит. Я просил более тщательно меня обследовать, так как я принимаю лекарства после перенесенной операции на сердце, а затем я приму решение, где мне оперироваться, так как я являюсь пенсионером МВД.

Врач П. сказал, что это ерунда «раньше ляжешь, раньше выйдешь» и приказал медсестрам готовить меня к операции, и уже через некоторое время меня завели в операционную. Где долго меня усыпляли, а затем через два часа врач П. привез меня в палату и как говорят, лежащие со мной палате больные просто сбросил с каталки на кровать, хотя высота была более 50 сантиметров. Выразался при этом нецензурной бранью в адрес

молодых медсестер. Проснулся я около 3-х часов ночи и почувствовал, что кровь вытекает из раны, и верхняя, и нижняя простыни мокрые от крови. Приглашенный в палату врач П. стал выражаться нецензурной бранью и говорить, что он не знает, почему кровотечение. Затем он сорвал пластырь, удалил салфетки и, обрезав один шов, стал сушить рану без обезболивания, затем закинул салфетки в рану и ушел спать. А кровь через некоторое время обратно стала вытекать из раны. Утром около 7 часов в палату пришел врач П. и снова сорвал пластырь, и стал совать салфетки в рану. От боли я пытался убрать от раны руку врача, но тот ударил меня по руке при этом выражался нецензурной бранью. Медсестра заклеила рану и ушла. Около 9 часов в палату вновь пришел врач П. с врачом В. и показав ему мою кровавую повязку стал объяснять, что не знает почему течет обильно кровь. Тогда врачу В. пояснил ему, что я принимал «Варфарин», и, что это написано в истории болезни. На что врач П. выматерился в адрес «Варфарина» и мой тоже и ушел из палаты. Лечащий врач В. срочно приказал капать мне плазму и кровеостанавливающее лекарство.

Через два дня кровь перестала сочиться. Но у меня образовался огромный синяк с правого боку и на половом органе. Через некоторое время, когда врач. П. дежурил по отделению, то зашел в палату и беспричинно стал кричать на меня, выражаться нецензурной бранью, угрожал вышвырнуть меня из отделения. На мои требования прекратить так со мной разговаривать не реагировал. В результате у меня был сердечный приступ, и пришлось принимать таблетки. Свидетелями выше изложенного являются соседи по палате В. и др.»

По нашему мнению в течение последних лет, поведение отдельных врачей, которые оказывают экстренную медицинскую помощь, находится за пределами здравого смысла и в большинстве случаев связано с развитием синдрома хронической усталости или синдрома профессионального выгорания. Трактовка этого случая членами экспертной комиссии по итогам её работы была стандартной, как результаты сотен подобных документов.

Анализируя полученную информацию, комиссия установила следующее: Пациент Н., 59 лет, на момент поступления городскую больницу имел острую хирургическую патологию (острый флегмонозный аппендицит). Наличие данной патологии определяет неотложные показания к оперативному лечению, выжидательная тактика, на которой настаивает заявитель в своём обращении, в данной ситуации была неприемлемой. Хирургическое и медикаментозное лечение назначено в полном объёме, согласно порядкам и стандартам лечения пациентов с острой хирургической патологией. Консультации специалистов проведены своевременно, лечебные и диагностические возможности медицинской организации использованы в полном объёме.

Нарушения качества оказания пациенту Н. медицинской помощи и оформления медицинской документации не выявлено. Возникшая в ходе операции и продолжавшаяся в раннем послеоперационном периоде повышенная кровоточивость изначально была не до конца ясна лечащему врачу, в связи с чем в ходе общения, выяснения деталей анамнеза отмечалась повышенная эмоциональность, как пациента, так и лечащего врача. На основании вышеизложенного комиссия ходатайствует о вынесении дисциплинарного взыскания врачу хирургического отделения П. за нарушение врачебной этики.

А между тем за агрессивным поведением врача П. просматриваются признаки профессиональной деформации личности², причинами которой могут являться: монотонность работы, смысл и результаты которой сомнительны; вкладывание в работу значительных личностных ресурсов при недостаточности признания; строгая регламентация времени работы, особенно при нереальных сроках ее исполнения; напряженность и конфликты в профессиональной среде, недостаточная поддержка со стороны коллег и их излишний критицизм; нехватка условий для самовыражения личности на работе; работа без возможности дальнейшего обучения и профессионального совершенствования и, наконец, неразрешенные личностные конфликты.

В этой связи следует отметить, что агрессивное поведение таких специалистов зависит от трех основных групп причин: биологических, социальных и психологических (Бисалиев Р.В., Кубекова А.С., Хаджимурадов А.В., 2013).

- ✓ *К биологическим относятся: наследственность, отягощенную психическими заболеваниями, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков и психотропных препаратов, наличие в анамнезе тяжелых или повторных черепно-мозговых травм, а также в ряде случаев инфекций, интоксикаций и т.д.*
- ✓ *К социальным относятся: полученное образование, наличие и характер выполняемой работы, семейное положение, общение в асоциальных группах и др. Одну из центральных ролей в организации агрессивного поведения играют характеристики мотивационной сферы, а также уровень социализации индивида со степенью интериоризации регулирующих поведение морально-этических и правовых норм.*
- ✓ *К психологическим относятся: выраженность в структуре личности черт эгоцентризма, эмоциональной неустойчивости, импульсивности, тревожности, а также склонность к дисфориям,*

² Профессиональная деформация личности - изменение качеств личности, наступающее под влиянием выполнения профессиональной деятельности, проявляется в профессиональном жаргоне, манерах поведения, физическом облике (прим. авторов).

к эмоциям ярости и гнева. Могут иметь значение особенности самооценки, локуса контроля.

К сожалению, менеджеры медицинских организаций не обращают должного внимания на поведение данной группы медицинских работников, а между тем у некоторых из них наблюдается профессиональная деформация личности, которая требует вмешательства психологов, а в отдельных случаях и специфического лечения. Итак, профессиональная деформация личности – это перечень явлений социально - психологического характера, к которым относятся все нарушения норм (морально-этических, правовых, деятельностно-служебных и т.п.), и которые может совершить только субъект-профессионал, специалист в определенной сфере (Назаров Ю., 2005). По мнению большинства психологов, самое большое влияние профессиональная деформация оказывает на личностные особенности представителей тех профессий, работа которых связана с людьми – бизнесмены, руководители производств, медицинские работники, педагоги, психологи и др. (Трунов Д.Г., 2004; Теперкина М.В., 2006).

Следовательно, большинство медицинских работников и особенно врачей экстренных служб находятся в группе риска по формированию синдрома хронической усталости, который довольно часто сочетается с профессиональной деформацией личности. Именно это во многих случаях развития конфликтных ситуаций является триггером тяжелейшего конфликта, остановить лавинообразное движение которого довольно часто не удается. Увеличение частоты конфликтов между пациентами и врачами, а в отдельных случаях и их неизбежность, накладывает отпечаток на снижение доверия общества к отечественной медицине и отдельным её представителям.

Доверие и нарративная медицина. Конечно, если рассматривать динамику трансформации отечественной медицины за истекшую четверть века, нам с болью приходится признать исчезновение взаимного доверия важного аспекта в системе «пациент—врач». Незаметно для обеих сторон произошла подмена исцеления, основанного на взаимной привязанности и доверии, на производство медицинских услуг и больничный уход в виде стандартных технологических процедур и бесстрастного выполнения должностных обязанностей. Из производства медицинских услуг (медицинской помощи) постепенно исчезло умение слушать и оценивать сказанное пациентом (жалобы, анамнез, причину обращения к врачу и т.п.).

Концентрация усилий врачей стала сводиться к оценке данных лабораторной и инструментальной диагностики, а клиническое наблюдение за состоянием пациента в ответ на проведенное оперативное вмешательство или назначенную лекарственную терапию, заменяется оценкой данных телеметрических систем. Врач больше не занимается личностью больного, а лишь «ремонтирует» отдельные, неправильно работающие части биологической системы. При этом душевное состояние пациента и уровень

его страданий чаще всего не учитывается (Готлиб А.С., 2010; Mishler E., 1984), что отрицательно сказывается не только на уровне доверия пациента к лечащему врачу, но и на общем состоянии пациента.

Вполне определено, что исправить ситуацию недоверия может нарративный поворот в современной медицине, который основан на оценке личных историй пациентов, когда рассказ страданиях пациента, часто обреченного на одиночество, будет выслушан и найдет отклик лечащего врача (Лехциер В.Л., 2009;2012). Появившийся сравнительно недавно термин нарратив³ используется в самых различных дисциплинах, начиная с истории, философии, лингвистики, биоэтики, социологии, кончая медициной. Следует отметить, что теоретическое осмысление этого направления в философии медицины еще только начинается (Fraser F.D.,2007; Doguoglu U., Kuenzle D., 2008).

Итак, нарративная медицина – это современный подход к оказанию медицинской помощи, когда лечащий врач принимает непосредственное участие в формировании реакций на устный рассказ пациента о своем состоянии во всем разнообразии его ощущений и переживаний. Являясь доверенным собеседником, участником истории развития заболевания, лечащий врач, сближаясь с пациентом, глубже ощущает динамику его эмоций, физических страданий, что позволяет ему с индивидуальных позиций осуществлять психотерапевтическое воздействие. В конечном итоге, нарративная медицина – это, если угодно, отражение несогласия определенной группы врачей с «дегуманизации» современной медицины как побочного эффекта индустриализации медицинской помощи в виде производства медицинских услуг. По их мнению, эта дегуманизации, связана, прежде всего, с кризисом индивидуального клинического подхода и нарастания стандартизации в производстве медицинских услуг, с постепенным превращением медицинской помощи в производственную систему (Готлиб А.С., 2010; Charon R., 2001).

Отечественные врачи–клиницисты все чаще и чаще предпочитают игнорировать рассказы пациентов об истории возникновения заболевания, изменении мироощущения по мере формирования патологических синдромов, ориентируясь при принятии клинических решений на данные измерения функций «биологической системы» пациента с помощью современной приборной базы (Wood J., 2005). Естественно, одной из причин является все возрастающее внедрение в медицину высоких технологии. История болезни, составленная «по старинке», кажется расплывчатой, неоднозначной, субъективной и даже неправильной по сравнению с результатами ультразвукового исследования, ядерного магнитного резонанса, ком-

3 Нарратив (англ. *narrate* — языковой акт, то есть вербальное изложение) – понятие философии постмодернизма, фиксирующее процессуальность самоосуществления как способ бытия повествовательного текста (Энциклопедия «История философии» <http://psylib.org.ua/buuks/gritz01/narrattiv.htm>).

пьютерной томографии, эндоскопии или ангиографии. Кроме того, чтобы составить полную историю болезни, требуется немало времени. Отдельные медицинские работники считают, что современная приборная база позволяет вообще не разговаривать с пациентами (Мещерякова Т.В., 2010).

Такое положение обусловлено не только современными философскими взглядами на болезнь, но и экономическими изменениями. Общество все больше полагается на технологию, чем на человеческое общение. Врач затрачивает в десять раз больше времени на проведение операции или инвазивной диагностической процедуры, чем на общение с пациентом или его семьей. В настоящее время медицина уделяет основное внимание острым заболеваниям и оказанию неотложной помощи, а не профилактике и сохранению здоровья. Так как превентивная медицина, требующая наименьших денежных затрат, отнимает слишком много времени, ее практически игнорируют. В то же время, управляющие структуры убеждены в том, что для сохранения здоровья граждан необходимы тщательные и скрупулезные профилактические меры (Greenhalgh T., Hurwitz B., 1999).

Таким образом, в настоящее время существует достаточно много причин для того, чтобы на самых начальных этапах взаимоотношения пациента с системой оказания медицинской помощи формировалась конфликтная ситуация, которая может угаснуть по мере общения с грамотным, профессионально подготовленным врачом, который обладает необходимым уровнем компетенций в социальной и медицинской психологии. Лечащим врачом перед началом и в процессе лечения будут учтены индивидуальные особенности пациента, а все его страхи, беспокойство, тревога и неуверенность будут компенсированы лечебными воздействиями, а если нужно, то и медикаментозными вмешательствами.

В медицинской организации, которая управляется грамотным менеджером (главным врачом), пациент не будет испытывать чрезмерных физических страданий, сталкиваться с недоброжелательным отношением, с необходимостью длительного ожидания приема и т.п. Волнение перед производством болезненность процедур будет погашено превентивным собеседованием. Больному будет терпеливо разъяснена медицинская терминология, для того чтобы он по-своему не истолковывал услышанные во время лечения разговоры персонала. Естественно, в такой ситуации он должен ощущать благожелательную атмосферу, внимание, покой и сострадание. Однако на всё это накладывает свой отпечаток глобальные процессы, происходящие в мировой экономике в виде формирования связи между показателями, характеризующими интеллектуальный и экономических потенциал социально-экономических систем государств (Береговая И.Б., 2017).

4.2. Глобальные процессы в экономике и обществе. Социальная роль современной медицины

Экономической основой современного мирового хозяйства служит интернационализация производства – развитие такого организационно-экономического сотрудничества, которое выпуск изделий в одних странах объединяет с их потреблением в других. Связи национальных экономик становятся постоянными, когда возникает международное разделение труда - специализация отдельных стран на производстве тех или иных товаров и услуг в целях их продажи на мировом рынке.

Глобализация мировой экономики создает серьезную основу решения всеобщих проблем человечества. В качестве позитивных последствий глобализационных процессов называли углубление специализации и международного разделения труда. Было много разговоров о том, что в условиях разделения труда более эффективно распределяются средства и ресурсы, что в конечном счете должно способствовать повышению среднего уровня жизни и расширению жизненных перспектив населения. Считалось, что важным преимуществом глобализационных процессов станет экономия на масштабах производства, что потенциально может привести к сокращению издержек и снижению цен, а, следовательно, к устойчивому экономическому росту. Кроме того, идеологи глобализации указывали на преимущественные выгоды связанные с выигрышем от свободной торговли на взаимовыгодной основе, удовлетворяющей все стороны.

Россия в глобальном мире. К сожалению, в течение последних 25 лет Россия, следовавшая этим принципам, вступив во Всемирную торговую организацию потеряла все свои прежние преимущества, как на внутренних, так и на внешних рынках. Под различными предлогами наша страна была со всех сторон «обложена» различными экономическими санкциями, производимая продукция стала не конкурентоспособной на международных рынках, поскольку санкционная политика экономически развитых стран лишила отечественную промышленность в получении инвестиций и современных технологий. Темпы роста прямых инвестиций в развитие отечественной экономики за последние десятилетия резко снизились, что оказалось губительным для производства отечественного семенного фонда для развития сельского хозяйства, производства пассажирского авиатранспорта, отечественных лекарств и средств медицинского назначения, современного медицинского оборудования и многого другого. Экономика России стала сырьевым придатком западного мира.

В начале XXI века Россия занимает в мировой экономике особое место, являясь по своим объективным экономическим показателям «страной-середняком». При доле в мировой численности населения, равной 2,25 %, она производит 2,5 мирового ВВП, являясь 10 страной мира по этому показателю, однако по уровню ВВП на душу населения она находится на 65 месте. Данное положение имеет место при измерении ВВП по паритетам покупательной способности валюты, но при использовании официального курса рубля показатели существенно скромнее. В целом по всему ком-

плексу из 5 качественных показателей наша страна занимает 62 место, а с учетом ВВП – 49-е.

Весьма сложно оценивать место России в международных экономических отношениях. Так, по величине экспорта она занимает 19 место в мире, и её доля по этому показателю составляет 2,1 % от мирового уровня. По величине импорта Россия в мире 23 с показателем в 1,1 % от мирового импорта. В российской экономике по разным оценкам сложился значительный профицит внешней торговли, практически равный величине импорта, что, безусловно, не является положительной характеристикой. Что касается структуры экспорта, то по данным Федеральной службы государственной статистики, в 2004 году нефть и нефтепродукты составляли около 58 % стоимости вывозимых из России товаров, металлы, драгоценные камни и изделия из них -- 20,3 %, машины и оборудование 7,8 %, продукция химии и нефтехимии -- 6,6 %. Россия является третьей нефтедобывающей страной мира после Саудовской Аравии и США и вторым поставщиком нефти на мировой рынок, а также крупнейшим мировым производителем и экспортером природного газа (Богомолов О.Т., 2013). По мнению отдельных экспертов, модель экономики современной России определить невозможно, так как она находится в процессе преимущественно стихийного формирования.

Итак, глобализация экономики России – это, прежде всего негативные последствия в виде оттока капитала, роста нелегальной миграции, разрушения внутренних экономических структур и, как следствие, нанесение урона малому и среднему бизнесу.

I. Отток капитала. С оффшорной политикой (как последствием глобализации) сталкиваются даже промышленно-развитые страны, такие как США. Но на их стороне опыт многолетнего поддержания национальной конкурентоспособности за счет уменьшения налогового бремени и всяческих уступок корпорациям, что позволяет хотя бы частично уменьшить отток капитала. Для России такой подход к решению вопроса пока еще в новинку.

II. Нелегальная миграция. Россия в процессе глобализации открыла границы для мигрантов, чем те воспользовались с неожиданной притязью: по официальным данным в 2010 году Россия заняла второе место в мире по количеству мигрантов (после США). Рост количества мигрантов приводит к росту безработицы среди коренного населения, а это, в свою очередь, обостряет социальные конфликты, усиливает недовольство реализуемой на государственном уровне политики, способствует росту преступности, уменьшению благосостояния народа и так далее.

III. Разрушение внутренних экономических структур и, как следствие, нанесение урона малому и среднему бизнесу. Нельзя не рассматривать такое влияние глобализации на Россию, как риски для отечественных производителей, создаваемые за счет появления на рынках доступной и

качественной импортной продукции, которая зачастую выигрывает и по цене, и по качеству. Низкая конкурентоспособность российских товаров, конечно, преодолима, и глобализация создает все необходимые условия для роста качества товаров и услуг, но полностью реализовать такую возможность и снизить уровень рисков для малого и среднего предпринимательства возможно только при грамотной политике государства.

Понимая, что максимальные преимущества от глобализации получают страны, ориентированные на наукоемкое производство, политические и экономические элиты Россия много времени тратят на обсуждение стратегии вложения средства в развитие наукоемких производств и привлечения иностранных специалистов, Однако результаты пока неутешительны, во всяком случае с позиции развития отечественного здравоохранения, производства медицинских услуг, современных лекарственных средств, сантранспорта и медицинского оборудования. Очень возможно, что формируемое направление развития позволит перейти от сырьевой экономики к индустриальной и в полной мере ощутить все преимущества национально ориентированной экономической политики государства по переходу на «цифровую экономику».

В этой связи следует отметить, что цифровая экономика, как понятие была озвучена Всемирным банком в 2016 году в «Докладе о мировом развитии — 2016: цифровые дивиденды». Эксперты Всемирного банка указывали на определенное назначение реализации цифровых дивидендов для России в виде формирования баз открытых данных, системы электронного правительства, работы отечественных цифровых гигантов, таких как «Яндекс», «Касперский», обеспечения работы служб онлайн-заказов, сокращения срока регистрации прав собственности при помощи информационных технологий до 10 дней, широкое внедрение IT технологий в производство медицинских услуг и т.п.

Президента РФ В.В. Путина о цифровой экономике сказал что она: «задает новую парадигму развития государства, экономики и всего общества», то есть цифровая экономика – это некая инфраструктура для действующей национальной экономики. Идеологию реализации новой парадигмы он озвучил следующим образом: «Правительству Российской Федерации разработать совместно с Администрацией Президента Российской Федерации и утвердить программу «Цифровая экономика», предусмотрев меры по созданию правовых, технических, организационных и финансовых условий для развития цифровой экономики в Российской Федерации и её интеграции в пространство цифровой экономики государств – членов Евразийского экономического союза».

С цифровой экономикой тесно смыкается «креативная индустрия», которая определяет диапазон экономической деятельности в виде тысяч малых предприятий, нацеленные на творческую деятельность, и могут стать предвестником нового порядка в экономике. Её потенциал для разви-

тия огромен, и это одна из наиболее быстро растущих секторов мировой экономики не только с точки зрения получения дохода, но и создания рабочих мест и экспортных поступлений (Макарова А.Д., 2016). Значительная часть мировых интеллектуальных и творческих ресурсов в современном мире инвестируются в различные отрасли нематериального производства, чьи результаты являются «реальным» и значительным, как и отрасли промышленности производящие товары. Человеческое творчество и инновации, как на индивидуальном и групповом уровнях, являются ключевыми факторами этих отраслей, и стали настоящим богатством народов в XXI веке (Newbiggin J., 2017).

Итак, глобальные процессы в мировой экономике и их отражение на экономике России в конечном итоге показали, что ВВП в 1990 г. составлял 570,40 \$ млрд., а в 2015 г. – 649,64 \$ млрд. в постоянных ценах, однако годовая динамика не столь оптимистична (рис. 4.2).

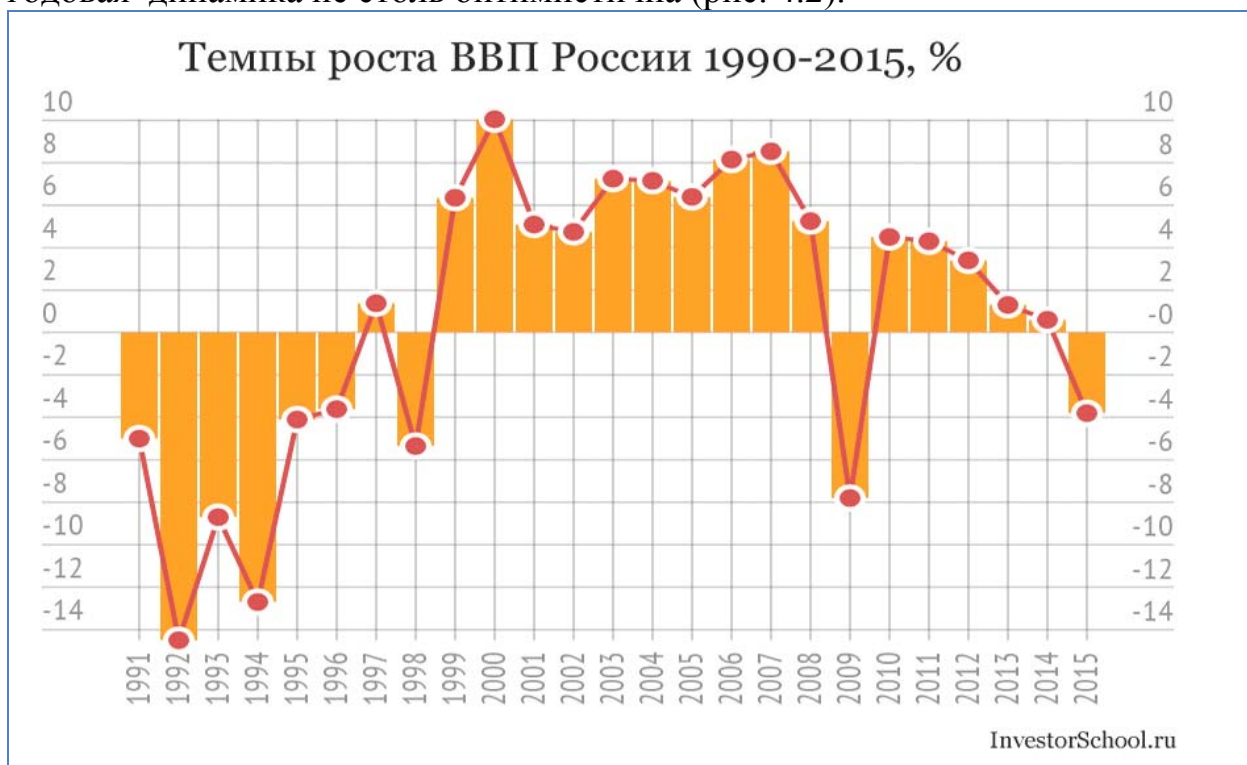


Рис.4.2. Динамика ВВП России за 1990-2015 гг. (<http://investorschool.ru/vvp-rossii-po-godam>. по состоянию на 27.08.2017)

Кризисные явления в мировой экономике и экономике России в 2008-2009 и 2014-2015 гг. дали снижение темпов роста ВВП в эти же годы. Кроме того, по данным Международного валютного фонда ВВП России в 2016 году продолжает снижаться. В пересчете на каждого гражданина он составляет \$8058, что на \$389 ниже результата 2015-го года. Что же относительно государственных расходов на здравоохранение, то в 2014 г. по сравнению с 2013г. они в постоянных ценах сократились на 9%, а в 2015г. – на 12,2%, причем уровень расходов на здравоохранение в России в тече-

ние последних лет составляет от 3 до 5% ВВП страны (в США – более 18% от ВВП).

Об эффективности отечественного здравоохранения. «Здравоохранению России не хватает денег на выполнение государственных гарантий» – эти обвинения в адрес Правительства РФ звучат постоянно в течении не одного десятка лет. Однако в ответ на эти обвинения государственные структуры разрабатывают довольно «странные» с точки зрения мирового опыта схемы производства медицинских услуг, которые противоречат коммерческим и социальным, бюджетным и страховым принципам и, в конечном итоге, ведут к росту платности и сокращению доступности медицинской помощи населению (Кучеренко В.З., Кравченко Н.А., Рагозин А.В., 2010). Анализ статистических данных свидетельствует о том, что на самом деле ресурсы отрасли ограничены, но используются они крайне неэффективно: в этом легко убедиться, сравнив здравоохранение России со странами с сопоставимыми расходами на медицину

По мнению ректора ВШОУЗ проф. Гюзель Эрнестовны Улугбековой,⁴ несмотря на то, что в последние 8 лет в РФ было достигнуто некоторое улучшение состояния здоровья населения, но по большинству показателей она отстает от развитых стран. Так, ожидаемая продолжительность жизни в 2014 г. была на 6,2 года ниже, чем в «новых» странах ЕС (Чехии, Эстонии, Венгрии, Польше, Словакии, Словении) – соответственно 71 и 77,2 года.

Эти 6 стран были выбраны для сравнений с РФ, поскольку они имеют близкий ВВП на душу населения в год: 23–25 тыс. \$ППС, т.е. сопоставимы по уровню экономического развития с РФ В 2013 г. государственные расходы на здравоохранение были в 1,5 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС (соответственно 910 и 1410 \$ППС на душу населения в год (рис. 4.3.).

В конце 2016 г. в проекте федерального бюджета на 2017-2019 годы предусмотрено сокращение расходов в номинальном выражении на 500 млрд рублей по сравнению с 2016 годом. В документе говорится о сокращении расходов на оборону, поддержку экономики и здравоохранения. В последние 10 лет на финансирование отечественной медицины государство тратило 3-3,5% ВВП. К 2019 году эти расходы составят 3,1% ВВП. Следует отметить, что даже и этот уровень расходов не гарантирован, так как значительная часть расходов на здравоохранение финансируется из региональных бюджетов. В то же время следует отметить, что регионы финансируют здравоохранение в рамках выполнения «майских указов» 2012 года Президента РФ В.В. Путина, что потребует дополнительной нагрузки на региональные бюджеты.

⁴ <http://rusrand.ru/analytics/analyticszdravoohranenie-rossii-mify-realnost-resheniya> (по состоянию на 26.08.2017)

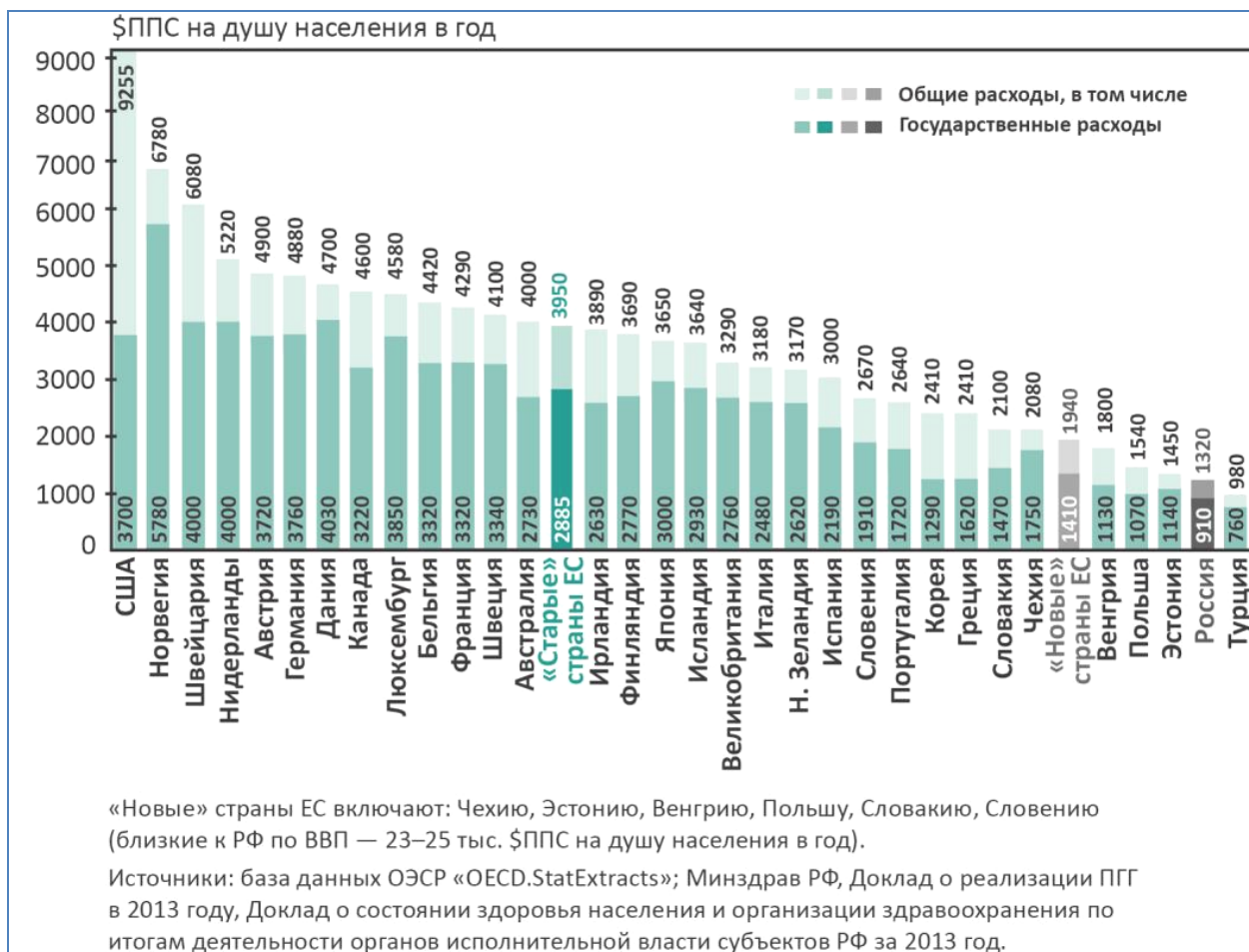


Рис. 4.3. Общие и государственные подушевые расходы на здравоохранение в России (2013) и странах ЕС (2012) в \$ППС

В начале 2017 года Минздравом РФ была скорректированная государственная программа «Развитие здравоохранения» (13.01.2017). В документе снижены плановые показатели общей смертности, продолжительности жизни, охвата населения диспансеризацией и другие. По новой версии программы к 2020 году число умерших в РФ останется на уровне 13 случаев на тысячу населения.⁵ Итак, если говорить об эффективности отечественного здравоохранения, то следует в первую очередь сопоставить объем затрат населения на его функционирование и результаты в виде атрибутов здоровья граждан нашего государства (физическое развитие, заболеваемость, смертность, доступность, качество и безопасность медицинской помощи населению и качество жизни отдельных социальных групп и общества в целом) (рис. 4.4.).

Именно в таком плане следует рассматривать формировать маркеры экономической эффективности производства медицинских услуг и давать комплексную оценку функционирования отрасли (Габуева Л.А., 2015).

⁵ <https://vademec.ru/news/2017/01/16/eksperty-raskritikovali-novuyu-programmu-minzdrava/> (по состоянию на 26.08.2017)

Именно от обсуждения вопросов эффективности постоянно уклоняются представители управляющих структур, поскольку даже неполная статистика Росстата указывает на значительные затраты и совсем незначительные достижения.

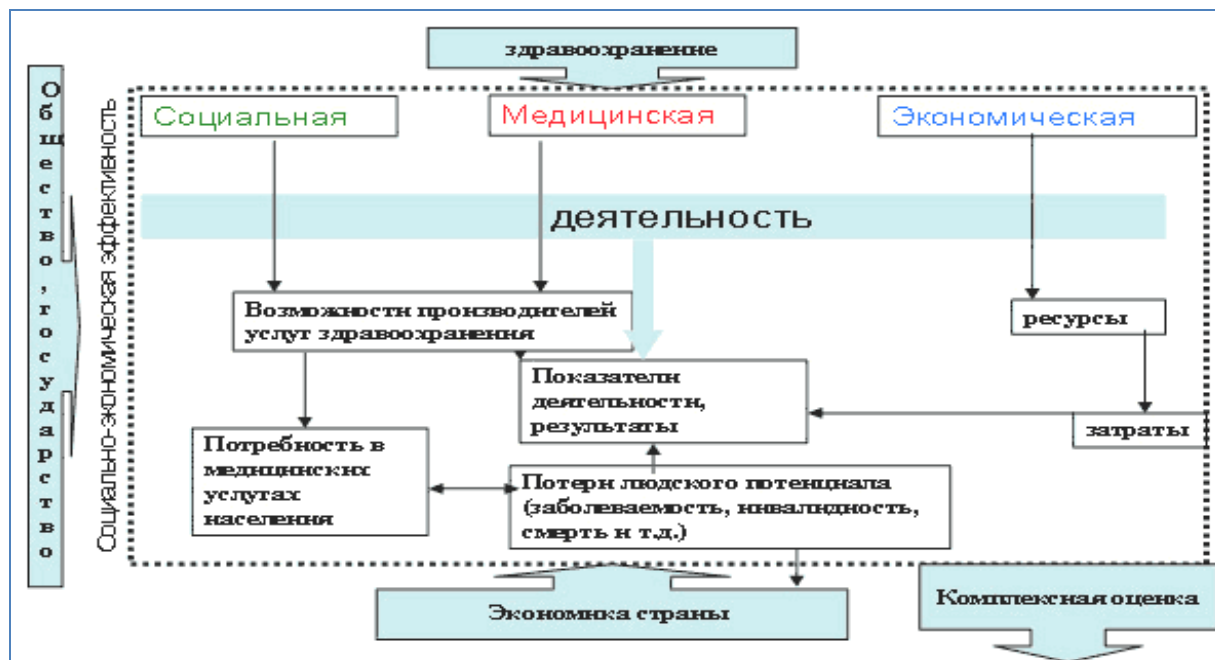


Рис. 4.4. Оценка эффективности отечественного здравоохранения (Габуева Л.А., 2007)

В этой связи следует повторить известный афоризм. «В основе низкой эффективности всегда лежит плохое управление». И действительно здравоохранение большинства регионов представляет собой своеобразную матрицу проблем, характерных для России в целом: низкий уровень эффективности и деградация государственного управления отраслью на фоне, дотационной региональной экономики и роста бедности населения.

На это накладываются многолетние, не решаемые проблемы производства медицинских услуг:

- ✓ гипертрофия бюрократического аппарата органов управления здравоохранением региона;
- ✓ приверженность руководителей медицинских организаций традиционным, устаревшим принципам управления производственными процессами;
- ✓ отсутствие на официальных сайтах медицинских организаций государственного сектора производства медицинских услуг информации о результатах работы, как по видам и объемам медицинской помощи населению, так и по оценкам уровня доступности, качества и безопасности в рамках исполнения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской

помощи населению.

Между тем эффективное управление предполагает наличие общей реальности для управляющих структур, для производителей и уж, тем более, для потребителей, причем, желательно, чтобы все перечисленные имели одинаковое личное восприятие ситуации. С точки зрения системного подхода в управлении, без наличия устойчивого механизма формирования «обратной связи» между производителями и потребителями, система функционирует неэффективно (Габуева Л.А., 2006). Наши оппоненты (госслужащие, депутаты и представители госкорпораций) в своих утверждениях о том, граждане России равны в своих правах при получении медицинских услуг, убедили бы нас в этом, аргументируя свою позицию следующим образом: «Лично Я и моя семья много лет получаем медицинскую помощь в обычной территориальной поликлинике по полису ОМС, мы не имеем претензий к данной медицинской организации и уверены в том, что система работает эффективно». Причем, хотелось бы, чтобы эта позиция могла быть легко проверена представителями общественных организаций. Ведь данные обратной связи с большинством потребителей медицинских услуг утверждают, что в реальной ситуации они не встречаются в очередях в поликлиниках и больницах госслужащих, депутатов, представителей госкорпораций и членов их семей. Эта группа населения России по-своему воспринимает ситуацию в отечественном здравоохранении и получает медицинскую помощь в «специальных» медицинских организациях.

Что же относительно показателя эффективности, то следует отметить, что Россия заняла последнее место в рейтинге эффективности систем здравоохранения, включающем 55 стран. Выше и лучше РФ оказались такие страны, как Бразилия, Азербайджан, Колумбия, Иордания и т.д. Рейтинг ежегодно составляется аналитиками агентства Bloomberg на основе международной статистики, публикуемой Всемирной организацией здравоохранения, Всемирным банком, Международным валютным фондом и т.д. (Башкатова А., 2016)

Конечно, сегодня можно с определенной долей недоверия относиться к различного вида рейтингам, однако, если рассмотреть ситуацию подробнее, то можно увидеть неоднозначные соотношения затрат и результатов в здравоохранении разных стран. В частности, США тратят на здравоохранение более 18% от ВВП, т.е. более 9 тыс. долл. на душу населения. Однако в рейтинге по результатам деятельности они занимают места в третьем и даже в пятом десятке, хотя продолжительность жизни американцев приближается к 79 годам. В тоже время в Гонконге расходы на здравоохранение составляют 5,4% от ВВП, или около 2 тыс. долл. на душу населения, а продолжительность жизни достигает 84 лет. С точки зрения эффективности систем здравоохранения близко к Гонконгу находятся Сингапур (расходы – 5% ВВП, или 2,8 тыс. долл. на душу населения, а продол-

жительность жизни – 83 года) и Испания (расходы – 9% ВВП, или 2,7 тыс. долл. на душу населения, а продолжительность жизни – около 84 лет).

По мнению директора фонда независимого мониторинга «Здоровье» Эдуарда Леонидовича Гаврилова можно сослаться ещё на один рейтинг, который ранее был опубликован британским медицинским журналом *Lancet*. Он ранжирует страны по уровню здоровья населения, учитывая такие показатели, как уровень гигиены, детскую смертность, употребление алкоголя, курение и т.д. В рейтинге участвуют 188 стран, Россия заняла 119-е место рядом с Сирией и Украиной. Кроме того он приводит данные о том, что «за 2013–2015 годы в России сокращено более 100 тыс. коек, преимущественно специализированных и в первую очередь в районных больницах». И, «Только в 2014 году отечественное здравоохранение не досчиталось 90 тыс. медработников, а по итогам 2015-го объем платных мед.услуг перевалил за 500 млрд руб., что почти в пять раз выше уровня 2013 года» (Гаврилов Э.Л., 2016).

В такой ситуации можно, конечно, ничего не менять, уповая на инстинкт самосохранения большей части россиян, которые выкроют из своих скромных семейных бюджетов деньги на платную медицину. Но тогда может усилиться и без того мощное расслоение внутри российского общества по степени доступности к качественным медицинским услугам. Однако о принципе классического социального (медицинского) страхования «богатый платит за бедного, здоровый за больного» придется забыть, что отрицательно скажется на взаимоотношениях пациентов и медицинских работников, породив массу конфликтных ситуаций.

Общество потребления и медицина. Общество потребления – это одна из сторон развитого капитализма. Оно невозможно без его ключевых атрибутов: рынка, социально-экономического неравенства, массовой культуры и адекватного капитализму типа личности потребителя (Бодрийяр Ж., 2006; Ritzer G., 2011). Его истоки уходят глубоко в историю раннего капитализма, однако в качестве целостной системы оно возникает в США сразу после Второй мировой войны, а в странах Западной Европы – по мере их послевоенного восстановления (в основном со второй половины 1950-х гг.). В России его заметные ростки появляются уже во второй половине 1990-х гг., а в нулевые годы оно складывается как относительно целостная, хотя и незрелая форма, для которой характерен очаговый характер существования присущих ему общественных отношений (Ильин В.И., 2005).

Обществом потребления является совокупность общественных отношений, в которых ключевое место играет индивидуальное потребление, опосредованное рынком. Отсюда появляется новое отношение к людям. Современное общество формирует своих членов способом, который диктует в первую очередь обязательно играть роль потребителей. Такое общество будет закономерно порождать зрелый капитализм (Бауман З., 2005). Разумеется, в любом обществе потребление индивидов составляет базис

наряду с производством. На определенном этапе индивидуальное потребление становится ключевым фактором экономического развития, подвергаясь глубокой институционализации. Однако, вопрос о том, что конкретно несет с собой этот этап развития капитализма, остается неоднозначным (Ильин В.И., 2005).

В экономически развитых странах мира во второй половине XX века сформировалось общество потребления, которое характеризуется бессознательной, цепной психологической реакцией потребления предметов, услуг, идей и т.п. В социально-философском труде Жана Бодрийяра «Общество потребления» (*La société de consommation: ses mythes et ses structures*) написанного в 1970 году, общество потребления характеризуется, как общество самообмана, где невозможны ни подлинные чувства, ни культура, и где, даже изобилие является следствием тщательно маскируемого и защищаемого дефицита, имеющего смысл структурного закона выживания современного мира.

В этом его идеи перекликаются с теорией дефицитной экономики. Бодрийяр рассматривал потребление в отрыве от естественной природы, считая его следствием возведённой в культ социальной дифференциации, направленной на оправдание в любых условиях необходимости экономического роста. Он считал, что в манипулировании потреблением содержится объяснение парадоксов современной цивилизации, для которой равно необходимы бедность, войны и эстетическая медицина, преследующие одну и ту же цель – создание уходящих в бесконечность целей для наращивания производства (Бодрийяр Ж., 2006).

Чтобы понять суть общества потребления, необходимо уяснить два важных момента:

- I. потребление начинает играть преобладающую роль в социальных отношениях, что приводит к изменению этих отношений.*
- II. доминирующим в понимании потребления является не экономический, а социальный и культурный подход.*

Иными словами, общество потребления в отличие от «общества как такового» выводит потребление за рамки экономической сферы. Потребление уходит за рамки потребления как материального, утилитарного процесса по удовлетворению индивидом своих потребностей в социокультурную сферу. Поэтому потребление целесообразно рассматривать не только с экономических, но и с социальных, культурных оснований (Ядов В.А., 1975; Котлер Ф., 1994; Ильин Е.П., 2012; Baudrillard J., 1998).

Потребление с точки зрения социологии тесным образом связано с потребностями принадлежности к определенной потребительской страте. Оно затрагивает ряд не связанных между собой объектов: досуга, развлечений, общения и т.д. Сфера деятельности потребителя, различные жизненные ситуации влияют на потребительскую потребность через систему

диспозиций. Однако, потребление в традиционном смысле подвергается инверсии и становится своего рода социокультурным фактором, влияющим на формирование идентичности.

Потребление как социокультурный фактор включает в покупки товаров, услуг и их использования (Седдон Дж., 2009; Овсянников А.А., 2010; McCracken G., 1988). Оно может включать в себя множество объектов, не соотносимых между собой. Сюда можно отнести виртуальное и реальное общение с другими, прослушивание музыки, просмотр видеороликов, клипов, кинофильмов, покупка одежды, разного рода предметов, и, наконец, приобретение медицинских услуг. Как видим, некоторые объекты, такие, как, например, медицинские услуги для поддержания здоровья, выходят за рамки традиционного понимания потребления.

В мировом общественном сознании укрепляется представление о потреблении как одном из важнейших критериев стратификации. Понятие «общества потребления» относится к категорийному аппарату теории социальных изменений. В данном понятии концептуализируются не социальные структуры, а процессы социальной трансформации. Это значит, что общество потребления не характеризуется однозначно наличием или отсутствием тех или иных элементов социальной структуры, будь то институты, роли, статусы, ценности, нормы или различные социальные слои. Оно характеризуется изменением этих элементов, направленностью этих трансформаций. Таким образом, теория общества потребления является теорией трансформации современного общества (Ильин В.И., 2005).

Буржуазная революция 1991 года и последующие либеральные реформы в России стали предтечей структурных изменений в экономике и изменений политической системы, которые сопровождались значительной трансформацией потребительских практик и их роли в повседневной жизни людей. Именно высокие стандарты потребления, соответствующие западным образцам, были одной из важнейших ценностных ориентаций населения во время революции и либеральных реформ, а стремление к ним – мощной движущей силой (Заболотнов А.Ю., 2014).

В этой связи следует указать на то, что в последующие годы потребление играет все более важную роль в формировании ценностных ориентаций граждан России и становится предметом общественных дискуссий на страницах СМИ. Зародился и прогрессирует на информационном рынке сегмент глянцевого журналов, ориентированных исключительно на практические советы относительно потребления (модные тенденции, обзор распродаж, кулинарные рецепты, спонсируемые производителями, путеводители по клубам, ресторанам, магазинам, медицинским организациям и т.д.), государственные и негосударственные телевизионные каналы сделали своим основным программным содержанием рекламу товаров и услуг в прямой и косвенной форме (обзор модных тенденций, рассказы о различных способах потребления, правах потребителя и др). Появляются публи-

кации в периодической прессе и книги, посвященные формированию, преимуществам и проблемам общества потребления (Гопкало О.О., 2005).

В современную Россию в XXI веке массово проникает западная культура потребления, на пороге революция потребительских притязаний, создается новейшая система средств потребления, которая копирует иностранные образцы, возник видимый социальный слой людей, который по материальным возможностям может позволить себе воспроизводство стилей жизни зажиточных групп развитых стран мира. Однако большинство населения в это пространство потребления не допускается. Ведь для такого общества существует виртуальное (СМИ) и вторичное общество потребления (рынок фальсифицированных и подержанных товаров). Другими словами, это большинство людей живет в тени общества потребления: оно его ощущает, но может пользоваться его благами в ограниченных и суррогатных формах. Однако оазисы общества потребления являются источником желаний, надежд, иллюзий и мотивов для огромной части населения, особенно — современной молодежи (Заболотнов А.Ю., 2014; Featherstone M., 1991).

В обществе потребления у человека есть почти все, что ему нужно для жизни, но он не может найти главного — смысла этой жизни, писал философ и основатель Третьей Венской школы психотерапии Виктор Франкл еще в середине XX века. По его словам, подобный «экзистенциальный вакуум» провоцирует депрессию и насилие в обществе, а чтобы найти ответ на вопрос о смысле существования, нужна новая формулировка проблемы — своеобразный коперниканский переворот (Франкл В., 2016).

Идеология общества потребления, т.е. общества непрерывной заботы о вас достигает кульминации в идее, что Вас следует рассматривать в качестве потенциального больного, которого требуется совершенствовать и лечить. В глобальном плане требуется вера в то, что большой социальный организм очень болен, а граждане-потребители очень хрупки, находятся все время на краю упадка сил и утраты равновесия. Такое восприятие действительности требует, чтобы повсюду, как у медицинских работников, так и СМИ, у моралистов-аналитиков — существовал бы «терапевтический» дискурс.

Между тем в современной России не существует рационального потребителя, самостоятельно осуществляющего свой выбор. Индивидуальный, продиктованный реальными потребностями выбор иллюзорен — он продиктован самой структурой общества потребления, придающей значение не самим товарам или услугам, а абстрактным ценностям поля потребностей. Потребности производятся вместе с товарами и услугами, которые их удовлетворяют. В основе выбора товара или услуги лежит стремление к социальному отличию, и, поскольку поддержка таких отличий есть жизненное условие существования современной цивилизации, потребность всегда остаётся неудовлетворенной. Социальная обеспеченность, «сча-

стве» становятся императивами общества потребления, которое не поощряет пассивность и экономность, поскольку за ними следует утрата потребительской способности (Бодрийяр Ж. , 2000).

Если говорить о потребителях в сфере производства медицинских услуг, то следует отметить, что современная медицина – это непрерывная смена поколений врачей, гипотез, представлений, стереотипов и, если хотите, моды. В XXI веке резко выросло влияние технической, информационной и лекарственной экспансии на фоне всепроникающей и повсеместной компьютеризации, обновления и модернизации медицинского оборудования. Особое значение приобрело внедрение микропроцессоров и цифровых технологий для реализации автоматического управления программной фармакотерапией. Резко увеличились возможности получения готовой медицинской научной продукции через опции всемирной компьютерной сети. Современное общество пронизано психологией потребления. Оно требует увеличения ресурсов для обеспечения повсеместного, всё больше возрастающего лечебно-диагностического процесса, направленного на сохранение и приумножения уровня здоровья и качества жизни членов общества.

Все это формирует высокий уровень избыточной диагностики, выявления все новых и новых заболеваний и патологических синдромов. Именно на этом фоне «пышным цветом» расцветает «перепотребление» лекарственных средств. Вовлеченная в рыночные процессы отечественная медицина стала полем деятельности бизнеса, а ведущими игроками на этом поле стали не практикующие врачи, а менеджеры медицинских организаций всех форм собственности, производители медикаментов и медицинской техники. Регуляторами производства медицинских услуг в рамках реализации отечественной модели здравоохранения стали отраслевые приказы и стандарты (порядки и протоколы), а так же механизмы рынка – спрос и предложение. Причем, как реализация медицинского страхования, так и производство медицинских услуг поддерживаются всепроникающей, назойливой рекламой лекарственных препаратов, средств медицинского назначения и невероятно широкого спектра услуг, а их производители успешно манипулируют поведением пациентов.

Именно в сложившейся ситуации, когда от практикующего врача требуются определенные знания и умения (компетенции), например, для проведения рациональной фармакотерапии, оперативных вмешательств и др., у значительной части специалистов наблюдается недостаточный уровень компетенций востребованный потребителями на рынке медицинских услуг. Между тем только сплав знаний и умений в сочетании со способностью реализовать стандартные медицинские технологии при производстве медицинских услуг конкретному пациенту позволяет надеяться на ожидаемый результат в виде атрибутов здоровья, удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью и минимизации уровня затрат.

К сожалению, сегодняшние устремления практикующего врача в реальной жизни направлены на сам процесс производства медицинских и фармацевтических услуг, а не на их результат. Значительная часть усилий тратится на углубленную и излишнюю диагностику, политерапию, а не на скорейшее достижение выздоровления. Основной акцент делается на чрезмерное применение дорогостоящих, высокотехнологичных инструментальных и лабораторных методов, сопровождающихся глубоким проникновением в органы, ткани и даже клетки. Параллельно реализуются разносторонние методы сложной лабораторной диагностики, которые дают множество ненужных для проведения рационального лечения сведений. Довольно часто достигается молекулярный уровень познания. Движение по направлению повсеместной реализации высоких технологий в производстве медицинских услуг выглядит оптимистично, однако, как и у любого инновационного процесса имеется обратная сторона – это значительный рост стоимости их производства на фоне увеличения числа ятрогенных заболеваний и синдромов.

Чрезмерная сложность и расширение показаний для применения высоких технологий формирует негативные тенденции в виде утраты практикующими врачами клинических навыков (расспроса, сбора анамнеза, осмотра, перкуссии, аускультации), и уже, бывшие когда-то основы врачебного искусства (наблюдательность, тонкое восприятие, интеллектуальный анализ и синтез) становятся невостребованными, теоретические основы фармакотерапии отстают от успехов диагностики. В амбулаторно-поликлинической повсеместно сохраняется банальная схема назначений лекарственных средств «по 1 таблетке (капли, мл. и т.п.) 3 раза в день».

Наблюдается разрыв междисциплинарных связей параллельно с излишней специализацией практикующих врачей. На базе общей деградации подготовки специалистов, снижения уровня их профессиональных компетенций, наблюдается рост числа взаимных консультаций и консилиумов врачей, которые, как правило, никак не влияют на конечный результат лечения, зато становится способом размывания ответственности лечащих врачей за принимаемые решения и исходы лечения конкретных пациентов. При этом уже давно не является приоритетом принцип «...не навреди...», применяются спорные комбинации лекарственных препаратов, лечение из года в год становится все агрессивнее. Одновременно назначается от 7 до 10 препаратов, довольно часто парэнтерально. Такие тенденции порождают рост побочных эффектов (аллергия, диарея, слабость, головная боль, гипотензия, тошнота, рвота и т.п.).

Применение значительного числа медикаментов, зачастую со сходным терапевтическим эффектом у больного – это реальная практика. Наиболее известна медикаментозная или лекарственная полипрагмазия (полифармация, полифармакотерапия) – одновременное назначение нескольких лекарственных препаратов у пожилых больных. «Массирован-

ный лекарственный удар» (Лазебник Л.Б. соавт., 2014), как правило, получает наиболее уязвимый контингент больных, т.е. люди, страдающие от полиморбидности – одновременно протекающих нескольких заболеваний в различных фазах и стадиях. Чаще всего это пожилые пациенты.

К сожалению, медицинское сообщество в России недооценивает масштабы данной проблемы. Смертность в результате развития у пациентов неблагоприятных побочных реакций вышла в мире на 4-е место после смертности от таких причин, как сердечнососудистые, онкологические заболевания и травмы. Из объективных причин лекарственной полифармакотерапии вытекают субъективные ятрогенные, вызванные назначениями практикующего врача, и дисконплаентные, обусловленные действиями получающего лечение больного. Нередко врачи принимают решения о назначении какого-либо лекарственного препарата, находясь под суггестивным воздействием недавно полученной информации о чудесных свойствах очередной фармацевтической новинки, подтвержденных «уникальными» результатами очередного многоцентрового исследования. Однако в рекламных целях умалчивается о том, что в такое исследование больные включались по жестким критериям, исключающим, как правило, осложненное течение основного заболевания или наличие других «сопутствующих» заболеваний.

Рынок и государственное вмешательство. Коммерциализация отечественного здравоохранения усиливает экономическую заинтересованность в закреплении гегемонии и монополии производителя медицинских услуг. Кроме того, не для кого не является секретом монопольное положение крупных зарубежных фирм, производящих лекарственные препараты. Для предотвращения монопольных тенденций в сфере производства и потребления медицинских услуг, лекарственных препаратов и средств медицинского назначения требуется активное государственное и общественное вмешательство. Сегодня потребление медикаментов, товаров медицинского назначения и медицинских услуг из чисто рыночного феномена превратилось в феномен социальный и политический и, хотя они не являются главным источником прибыли и власти для мировой элиты, но стабильно обеспечивают сверхдоходы для её представителей. Между тем, инструментами современного потребления медицинских товаров и услуг, обеспечивающими его постоянный рост, являются брендинг, маркетинг, дизайн, реклама, процесс разработки и реализации которых для удобства можно объединить в понятие креативные индустрии.⁶ Разработка эффективных стимулов и формирование причинно-следственных связей, которые приводят потребителей медицинских услуг к совершению определен-

⁶ Креативная индустрия – это деятельность, в основе которой лежат индивидуальное творческое начало, навык и талант, которые несут в себе потенциал создания добавленной стоимости и формирования рабочих мест путем производства и эксплуатации интеллектуальной собственности (Национальный фонд Великобритании по поддержке науки, технологий и искусства – Nesta. (Nesta.,2013).

ных действий при обращении за медицинской помощью является важным аргументом в пользу творческого подхода к разработке специальных разделов брендинга, маркетинга, дизайна и рекламы. Причем, очень важно знать, почему тот или иной потребитель (пациент) принял решение обратиться за медицинской помощью именно в данную медицинскую организацию, приобрел этот, а не другой медикамент, и почему, наконец, совершил это приобретение сегодня, а не месяц, квартал или год спустя.

Анализируют эти связи специалисты по триггер-маркетингу, которые занимается изучением внутренних и внешних факторов, влияющих на покупательский спрос. Поскольку психологический триггер – это такие специальные «спусковые крючки», вызывающие определенную психологическую реакцию у потребителя в виде непреодолимого желания совершать определенное действие, то для оценки покупательского спроса на медицинские услуги, лекарственные средства и предметы медицинского назначения изучение триггерных механизмов является важной задачей для этих специалистов.

Специфика формирования спроса на медицинские услуги состоит в том, что их высокая социальная приоритетность сочетается с низкой эластичностью спроса. Насущность потребности в медицинских услугах резко ограничивает заменяемость данной группы расходов домохозяйств в целях удовлетворения иных нужд (расходы на питание, услуги ЖКХ и др.). В силу этих причин рынок фармацевтической продукции характеризуется особым стереотипом потребительского поведения: приобретение лекарств «про запас», а также их неоправданное перепотребление. На традиционных товарных рынках подобные явления встречаются только в исключительных случаях, при его крайней разбалансированности.

Производство медицинских услуг (медицинская помощь) – это общественное благо особого рода. Конечный эффект труда медицинских работников характеризуется ярко выраженным социальным характером, хотя его социальная результативность не всегда поддается точной количественной оценке, а следовательно, и стоимостному измерению. Особый характер медицинской помощи как общественного блага диктует необходимость ограничения и сведения к минимуму права интеллектуальной собственности в здравоохранении: патентование лекарственных препаратов, например, либо не разрешается, либо оплата авторского вознаграждения (гоноара) за патент не допускается.

Несмотря на значительные успехи в реализации процессов стандартизации производства медицинских услуг в России, они характеризуются крайним разнообразием и большой долей клинической неопределенности, в том числе относительно ожидаемой результативности. Хотя медицинская практика основана на достижениях современной науки, врачи принимают значительную часть клинических решений, руководствуясь накопленным профессиональным опытом, уровнем компетенций с учетом характероло-

гических особенностей пациентов и их установку на лечение. Неодинаковая степень клинической определенности зависит от многообразия вариантов проведения лечебных процедур и выполнения хирургических операций.

Кроме того, реализация механизмов медицинского страхования, диктует необходимость сочетания медицинской и экономической эффективности с социальной справедливостью. Социальная справедливость – это, прежде всего, всеобщая доступность медицинских услуг. Она обеспечивается функционированием системы здравоохранения, основанной и на принципе бесплатного предоставления населению медицинской помощи в рамках исполнения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Эти гарантии основаны на принципе социальной солидарности, предусматривающем, который предусматривает несколько позиций. В частности: здоровые платят за больных, трудоспособные – за лиц старше трудоспособного возраста, высокообеспеченные слои населения – за малообеспеченных.

В этой связи следует отметить, что в реальной ситуации предпочтение отдается экономической эффективности, в ущерб социальной справедливости, что во многом определяет модель, тип финансирования и хозяйствования отечественной системы здравоохранения. Это является следствием того, что чисто рыночный механизм спроса, предложения, ценообразования, игнорируя социальные факторы, ставит в выгодное положение материально обеспеченные слои населения, лишая возможности доступа к жизненно необходимым благам низкодоходных, социально незащищенных граждан нашего государства. Именно наличие проблем обеспечения достаточного уровня социальной справедливости при оказании медицинской помощи всем членам общества становится причиной роста уровня конфликтности в отечественной медицине.

Социальная роль отечественной медицины. Современная социально-экономическая, морально-психологическая и духовная ситуация в России крайне противоречива. Имеет место нестабильность в экономике, остро ощущается дефицит бюджетов всех уровней, практически не снижается численность людей с доходом ниже прожиточного минимума, усиливается дифференциация населения по доходам, повышается напряженность на рынке труда, уровень заработной платы, пенсий и социальных пособий неприемлем для значительной части граждан, остро проявляются тенденции социальной эксклюзии. Сложившаяся ситуация требует принятия адекватных мер прежде всего в сфере развития системы социальной защиты населения и обеспечения социальной безопасности, что может быть достигнуто только путем реформирования общественной жизни, проведением грамотной и эффективной социальной политики государства. В силу непродуманности реформ под угрозой уже оказались не только интересы и потребности отдельных людей или наиболее ущемленных социаль-

ных групп, но и общества в целом. Известно, что жизненно важные параметры российского общества стали угрожающими самому существованию социума. Специалисты говорят о предельно критических значениях жизненно важных показателей общества в целом.

Многие специалисты и эксперты указывают на факт того, что отечественная медицина уже более четверти века находится в кризисном состоянии. Методы диагностики и лечения все более совершенствуются, однако граждане не стали меньше болеть. Возникает парадоксальная ситуация: чем прогрессивнее производство медицинских услуг, тем длиннее список болезней. Наблюдается ухудшение здоровья населения, рост социально-значимых заболеваний, в СМИ доминирует гедонистическая реклама, а не пропаганда здорового образа жизни.

И действительно в условиях системного кризиса отечественного здравоохранения, социальная роль медицины должна стать предметом широкого общественного обсуждения. Продолжающиеся реформы, не очень понятные населению и значительной части медицинских работников, хотя и позволили решить некоторые текущие проблемы, но одновременно стали источником деструктивных явлений отечественной медицины (Петров А.В., Мирошникова О.В., 2011; Комаров Ю.М., 2013; Кукарцова А., 2015). Всё чаще и чаще представители политических, экономических и культурных элит России уезжают лечиться в зарубежные клиники, поскольку, когда дело касается их собственного здоровья и жизни, то рассуждения о положительных результатах реформ отечественного здравоохранения куда-то исчезают. Это место занимают сентенции о свободе выбора, о демократии, о том, что для граждан России, которые имеют возможность оплатить лечение или отдельных категорий граждан занимающая особое положение в обществе, не должно существовать нравственных и иных барьеров для лечения за рубежом (Израиль, США, ФРГ, Япония, КНР и др.) – ведь речь идет о здоровье «особо ценных» представителей российского общества.

А «простые граждане, которым не повезло» в период начального этапа либеральных реформ, которые не стали бизнесменами, депутатами и чиновниками, именно они то и не имеют достаточных финансовых и административных ресурсов для организации лечения за рубежом, следовательно, их жизнь не представляет большой ценности для современного государства. Именно простые граждане РФ обречены на то, что им придется стоять в многочасовых очередях в поликлиниках и многодневных очередях на лечение в больницах, а иногда и платить из своего кармана за оказанные медицинские услуги. Причем именно эти граждане формируют значительную часть внутреннего валового продукта страны, но вынуждены испытывать на себе результаты низкого уровня эффективности управления государственного аппарата, в частности управляющих структур отечественного здравоохранения России. На это накладывается девиантное поведение отдельных медицинских работников, которые не выдержали ис-

пытания результатами рыночных реформ и стали относиться к своей работе, как к бизнесу.

Остается только сожалеть, что социальная эксклюзия, касающаяся уровня доступности для широких слоев граждан России медицинской помощи даже в рамках исполнения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, не находят должного отражения в идеологии социального регулирования, ни в многочисленных интервью представителей управляющих структур, ни в публикациях официальных экспертов представляющих государственные структуры.

Дело в том, что с одной стороны в отечественных СМИ ежедневно подается обширная информация по сбору средств для лечения россиян, в том числе и детей, в зарубежных клиниках или на проведение высокотехнологических процедур в отечественных медицинских центрах (пересадка костного мозга, печени, почки, лечение онкологических заболеваний и др.), которые отечественная, государственная «медицинская машина» не в состоянии обеспечить – то ли по причине своей вопиющей отсталости, то ли из-за хронического недофинансирования, то ли в связи с банальным желанием медицинских работников «заработать» на поставке своих сограждан в зарубежные клиники на платное лечение.

С другой стороны, отечественная печать и телевидение продолжают настойчиво внедрять в массовое сознание россиян мысль о незащитности и бесправии пациента перед системой производства медицинских услуг и медицинскими работниками. По мнению журналистов, сограждане почти всегда умирают от равнодушия врачей, их халатности и непрофессионализма. Так уже многие годы формируется негативный образ врача. Если опираться на информацию отечественных СМИ, то складывается впечатление, будто медицинские работники просто не способны оказывать качественную медицинскую помощь, как в силу нежелания, так и неумения, а большинство из них заинтересовано только в «платных пациентах».

В современных отечественных СМИ болезнь уже неразрывно связана с затратами. Формируется позиция, что медицинский полис ОМС сегодня – вещь просто бесполезная при отсутствии денег. «Официально не откажут, но и лечить не будут». Главный принцип работы отечественной медицины – количество, но не качество. Именно под этим углом зрения рассматриваются в периодической печати разные аспекты современного здравоохранения. Констатируется повсеместное нарушение правил оказания медицинской помощи, халатное и хамское отношение к больным, «опоздание» бригады СМП на три и более часов. Во многих публикациях страховая медицина получила название «медицина страха» или «страх, а не медицина» (Кузнецов А.В., 2009).

Публикация статей о негативных сторонах медицинского обслуживания, отношении медицинских работников к пациентам, состоянии системы медицинского страхования, этике врача и других на страницах как

центральных, так и местных СМИ не случайна. Наблюдается тенденция к увеличению публикаций по широкому спектру данной проблемы. Объяснений этому множество. Главным из них, на наш взгляд, является то, что государство не может обеспечить в полной мере реализацию прав граждан на бесплатную, качественную медицинскую помощь, продекларированную в ст.41 Конституции РФ. А длительный период существования «бесплатной» медицинской помощи в СССР сформировал настолько устойчивые патерналистские ориентации в массовом сознании, что переход на рыночные отношения в отечественном здравоохранении стал безусловным разочарованием для людей, каждый из которых является актуальным или потенциальным пациентом. Коммерциализация медицинской деятельности поставила под сомнение бескорыстность врачебной деятельности, именно это вызывает недоверие к врачам, а заодно к власти, проводящей либеральные реформы.

По мнению независимых экспертов Андрея Рагозина и Натальи Кравченко, отечественной медицине следует избавиться от ведомственного наследия «советской спецмедицины», где всегда существовали «спецбольницы» для номенклатуры, которая жестко регламентировала круг лиц имеющих право получать в них медицинскую помощь. В современной России любая «уважающая себя госструктура» считает необходимым обеспечить работников и членов их семей «своими» поликлиниками, больницами и санаториями. При этом все пользующиеся этой привилегией (кроме военнослужащих) сохраняют право на получение помощи в рамках ОМС. Ни одна ведомственная система не может обеспечить полный цикл помощи, тем более гарантировать ее по всей территории страны. Многие «ведомственные» ЛПУ подобны ласковому теляти, сосущему двух матерей: за одно и то же обращение получают деньги и по линии бюджета, и по линии ОМС, находя тысячу причин уклониться от приема застрахованных по ОМС «с улицы».

По мнению экспертов, общий размер как прямых, так и косвенных государственных затрат на эту «сословную» привилегию никому не известен, поскольку они замаскированы в бюджетах всех уровней и госкорпораций под ничего не говорящими общими статьями. Поэтому реальные государственные расходы на здравоохранение в России можно смело увеличить еще минимум на 1% ВВП (Рагозин А.В., Кравченко Н.А., 2015). Закрытость этого сектора и отсутствие даже формального контроля за эффективностью его расходов со стороны государства, системы ОМС и общества заставляет предположить широкие возможности для злоупотреблений.

В отличие от России во всех без исключения развитых странах здравоохранение является не сословным, а общенациональным. Это значит, что нет оплачиваемых из общественных фондов альтернативных медицинских систем для элиты, а для людей с высокими доходами и запросами работает

сектор платной медицины и частного страхования (Рагозин А.В., Кравченко Н.А., Розанов В.Б., 2013). Все или платят за себя сами, или пользуются одинаковым гарантированным объемом помощи в общедоступных лечебных учреждениях. Единственное исключение – военная медицина. И это не популизм, а здравый смысл: данный подход создает мощную систему эффективных обратных связей, ускоряет обнаружение ошибок и решение проблем, объединяет нацию в борьбе за доступность и качество медицинской помощи, превращает здравоохранение в объект общего внимания, заботы и национальной гордости (Рагозин А.В., Кравченко Н.А., 2015).

Поскольку рынок качественных медицинских услуг в России сузился и не отвечает ожиданиям отдельных пациентов, то реформируемые медицинские организации своеобразно компенсировали эти ожидания состоятельных сограждан. В частности, отдельные государственные медицинские организации даже на Дальнем Востоке России открыли специальные структурные подразделения для того, чтобы соответствовать рыночным ожиданиям этой группы населения. Тем самым они облегчили им доступ на зарубежные рынки медицинских услуг, компенсируя свои затраты за посредническую деятельность (Дьяченко В.Г., с соавт., 2013).

Например, «Международный медицинский координационный центр» Консультативно-диагностического центра «Вивея» в г. Хабаровске (КГБУЗ КДЦ «Вивея») осуществляет свою деятельность на международной медицинской арене, где «новейшие интересные и плодотворные теоретические разработки сочетаются с богатейшим опытом успешной практической деятельности». ⁷ В сферу его интересов входит:

- ✓ оказание координационных услуг по подготовке документов на лечение и обследование в зарубежных клиниках;
- ✓ предоперационное обследование при планировании оперативного лечения в зарубежных клиниках;
- ✓ оказание услуг по организации дальнейшего ведения пациентов после лечения в зарубежных клиниках;
- ✓ перевод истории болезни на английский язык;
- ✓ организация услуг по сопровождению пациента, оформление визы, бронирование гостиницы и пр.

Центр осуществляет партнерские отношения с зарубежными коллегами в следующих центрах и клиниках:

- ✓ Университетский госпиталь Северенс, г. Сеул
- ✓ Госпиталь Парквей, Сингапур
- ✓ Госпиталь Shemer Израиль и г. Хайфа
- ✓ Госпитали г. Пусан Ю. Корея: Уредыль, Буминг и др.
- ✓ Сотрудничество компанией Интермедицина, Япония.

⁷ Информация взята с официального сайта КГБУЗ КДЦ "Вивея", Хабаровск. viveya.medkhv.ru (по состоянию на 24.08.2017) (прим. авторов).

Конечно, организация подобных центров в государственных медицинских организациях системы здравоохранения России является отражением складывающейся ситуации, когда граждане, имеющие определенные привилегии или высокие доходы, обеспечиваются доступом на международные рынки медицинских услуг. Что же относительно остального населения региона, то оно подпадает под государственную стратегию социального регулирования и получает медицинскую помощь в рамках исполнения программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Если говорить о ранее приведенном КГБУЗ КДЦ «Вивея», то история его развития началась в далеком 1932 году, когда он был организован для обслуживания членов КПСС региона и назывался «Поликлиника краевого партактива». С первых дней существования и до настоящего времени эта медицинская организация подчинялась краевым органам здравоохранения и финансировалась из бюджета краевых органов управления. В 1991 г. в истории поликлиники партактива начинается новый этап, который связан с тем, что сам партактив КПСС «трансформировался», изменилась форма собственности поликлиники, расширилась зона обслуживания, за счет средств бюджета и фонда ОМС произошло переоснащение и расширение производственных мощностей организации, что позволило активно развивать коммерческую деятельность.

Функционально эта медицинская организация в рамках исполнения программы государственных гарантий, продолжала оказывать бесплатную медицинскую помощь ограниченным контингентам, однако место партактива КПСС было занято, сформировавшимся после буржуазной революции 1991-1993 гг., представителями новых региональных элит (государственными служащими, депутатами всех уровней и др.). Что же относительно остальных жителей региона, то они получили возможность пользоваться услугами этой медицинской организации в рамках её коммерческой деятельности по специальному достаточно демократичному прејскуранту, оплачивая медицинскую помощь за счет личных средств.

Такой вариант социального регулирования медицинских услуг по программе ОМС в различных элитных специальных медицинских центрах сформировался практически во всех регионах ДФО, что вносит свой «вклад» во взаимоотношения пациентов и медицинских работников. В то же время следует понимать, что общепринятый в цивилизованном мире механизм социального регулирования является важной составляющей в любом обществе, где не делается исключения для отдельных (привилегированных) групп граждан в ущерб остальным. Он позволяет находить баланс между потребностями различных людей и групп. Также он позитивно сказывается на стабильности человеческого общества, даря чувство уверенности в завтрашнем дне каждому индивиду (Галиев Г.Т. с соавт., 2014).

Само по себе социальное регулирование в широком понимании этого термина, отображает воздействие на поведение людей, общественные отношения с целью придания им определённого направления в развитии. Социальное регулирование следует отличать от технического, биологического и тому подобного регулирования, поскольку оно, в отличие от названных, воздействует только на отношения между людьми (Леви-Строс К., 1983; Морозова Л. А., 2009). Таким образом, общество пытается получить соответствие между поведением отдельной личности и целого социума. При этом сбалансированы их интересы, цели и задачи, что вытекают из имеющихся объективных возможностей. Следует отметить, что без наличия соответствующего механизма взаимодействия под вопросом стоит само существование общества. Его составной частью и является наличие основной цели. Она способствует поддержанию дисциплины и развитию отдельных групп социума, а также его отдельных частей и элементов. Самым важным из последних составляющих является личность.

Социальное регулирование в целом принято делить на нормативное и казуальное. Нормативное регулирование воздействует на индивидуально-неопределённый круг лиц (то есть на всех людей), а казуальное – воздействует на конкретного человека или поимённо определённую группу лиц. Социальное регулирование осуществляется посредством специальных приёмов, которые принято называть социальными регуляторами, которые используют для приведения чего-либо в соответствие с установленными нормами, правилами. Если нет таких норм и правил, то социальная регуляция теряет всякий смысл (Ижаева З.Н., 2009).

В этой связи следует сказать, что социальная норма – это эталон поведения, одобренный сообществом людей. В зависимости от размеров сообщества, принявшего норму, она может быть универсальной, сословно-корпоративной или групповой. Значительная часть социальных норм зафиксирована письменно (правовые законы, уставы, инструкции, организационные нормы). Это так называемые писанные или институциональные нормы. Другие нормы неписанные – не зафиксированы письменно, законодательно, они подразумеваются и действуют по традиции, обычаю или привычке в виде этических норм поведения представителей той или иной профессиональной группы общества. Причем эти нормы довольно часто настолько устойчивы, что даже смена экономической и политической формации принципиально не влияет на них.

Прогрессивное развитие уже существовавших и новых отраслей медицины во второй половине XX и начале XXI века ознаменовалось появлением целого ряда неизвестных ранее морально-этических и правовых проблем. Веками применявшиеся принципы оказания медицинской помощи требовали адаптации к изменившимся условиям. Общество осознало, что «увеличивать продолжительность жизни населения можно, не только снижая смертность от тех или иных болезней, но и продлевая, по возмож-

ности, жизнь уже заболевших людей с помощью современных средств ранней диагностики, лечения и реабилитации» (Конституция РФ, 1997).

Трансплантация органов и тканей человека, генная инженерия, репродуктивные технологии, создание новых лекарственных средств, развитие нанотехнологии и многие другие открытия медицинской, биологической и других наук дали широкий доступ людям к технологиям эффективного воздействия на ранее неизлечимые патологические процессы, тяжелые и даже смертельные заболевания. В этой связи, – вполне закономерна возросшая потребность в более детальном изучении проблем социального регулирования сферы медицинской деятельности (Пищита А.Н., 2008).

Конечно, нельзя испытывать иллюзии по вопросу о том, что механизм социального регулирования получился идеальным хотя бы у одного государства. Но он постепенно совершенствуется. И ускорить этот процесс под силу каждому члену общества, необходимо только трудиться на его благо и следить за тем, чтобы оно двигалось вперед в своём развитии. Поскольку это в немалой степени зависит от каждого отдельного гражданина и государства как управляющей структуры, гражданам необходимо проявлять больше активности, отстаивая свои интересы.

К сожалению, глобальные процессы, происходящие в российском обществе и отечественной экономике, вносят свои коррективы в реализацию механизмов социального регулирования в рамках формирования общества потребления и креативной экономики. Поэтому, пока здравоохранение в России не станет общенациональным и в его развитии не будут заинтересованы все группы населения «с правом голоса», пока коррумпированные элиты не осознают растущие риски для них самих, пока ведомственные больницы (кроме госпиталей силовых структур) не станут общедоступными (полностью включатся в систему ОМС) или будут приватизированы (дав толчок развития стагнирующего многие годы рынку ДМС и въездному медицинскому туризму), все разговоры о росте социальной справедливости и эффективности российской медицины останутся «пустым звуком».

4.3. В поисках путей восстановления доверия между потребителями и производителями медицинских услуг

Снижение уровня качества производимых медицинских услуг в сочетании с врачами, провоцирующими распространение явления, которое в экономически развитых странах иногда именуется «медицинским империализмом» (MacLachlan J., Siegel M. H., 1980). Параллельно формируется обратная ситуация, когда недоверие пациентов к врачам, их предубежденность, а, порой, и просто дезинформированность, снижают обращаемость за медицинской помощью, сокращают число необходимых врачебных вмешательств, что наносит непоправимый вред здоровью (Кузнецов А.В., 2009; Street J., 1991.). Однако процесс возникновения но-

вых проблем современного общества, в виде зависимости от антибиотиков, амфетаминов и барбитуратов, применения репродуктивных технологий, трансплантации органов и тканей, клонирования и эвтаназии, возрастания ятрогенных рисков (т.е. тех рисков, которые связаны с угрозой здоровью при оказании медицинской помощи). Например, развитие ятрогенных синдромов становится всё более распространенным явлением в случаях применения высокотехнологичных и чрезмерно радикальных методов лечения и диагностики заболеваний.

В реальной жизни «идет негласное соревнование» между представителями элит в потреблении весьма дорогостоящих услуг косметологов, пластических хирургов, диетологов, клинических фармакологов и других модных специалистов, которые сами формируют и расширяют рынок медицинских услуг. И вот в СМИ появляется информация, что некий миллиардер оплатил себе шестую по счёту пересадку сердца и продолжает жить, в то время как простой пациент уже давно бы счёл счёты с жизнью. А некая поп-дива (императрица, принцесса и др.) в возрасте 70 лет с помощью новомодных методик оздоровления, липосакции и других ухищрений косметологии выглядит на 25 лет. Общество незаметно для себя погружается в неестественную погоню за медицинскими услугами, лекарственными препаратами, средствами омоложения и продления жизни. Правительства и парламенты многих государств в качестве некоего оценочного результата своей деятельности вносят показатель объема и качества медицинских услуг, вместо оценочных критериев состояния здоровья населения. В результате медицина проникает во все сферы общественной жизни, что носит название «медикализация»⁸

Медикализация, как социальный феномен современного мира. Медицинализация, является социальным явлением который отражает парадигму в области политики здравоохранения или вернее особенности функционирования различных моделей организации охраны здоровья населения с позиций политологии. В этом плане интересны работы американского социолога медицины М. Филда, рассматривающего здравоохранение как систему структур и ролей, обеспечивающих оказание медико-санитарной помощи на национальном уровне (Field M., 1957), постмодернистский дискурс по проблеме медикализации представлен многими работами Келли, Фуко, Вальцера, Конрада, Фридмана, Гейба, (Равочкин Н.Н., Малиновский В.А., 2014; Kelly I., McKeon G., 1976; Foucault M., 1980; Walzer M., 1987; Conrad D., 1992; Friedman M., 1999; Geib R., Kahlman D., 2000).

⁸ Медицинализация – это процесс, характеризующийся проникновением в массовое сознание медицинского языка и стиля мышления, медицинских концепций и представлений о причинах, формах течения и формирования подходов оказания медицинской помощи при различных заболеваниях, возрастанием зависимости от медицины повседневной жизни и деятельности людей, закреплением медицинских «ярлыков» за некоторыми человеческими свойствами или типами поведения (инвалид, наркоман, алкоголик и т.д.), которые могут способствовать исключению стигматизированных лиц из процесса нормального социального взаимодействия (прим. авторов).

Наиболее весомый вклад в развитие дискуссий о медикализации внёс Айван Иллич, который вызвал значительный интерес своими публикациями на эту тему (Illich I., 1974, 1976, 2003). Вопрос о медикализации общества он поместил в широкую социокультурную перспективу, сформулировав четыре главные позиции.

- ✓ *Во-первых, современная медицина не столько избавляет людей от зла, сколько приумножает его. Это проявляется в форме «клинического ятрогенеза» – эпидемий, порожденных самой медициной. Эффективность медицинского вмешательства оказывается иллюзией, терапия остается бесполезной, врачи своим лечением вызывают опасные побочные эффекты, а пациенты оказываются беззащитными. Иначе говоря, современная медицина сама является источником многочисленных опасностей и вредна для здоровья.*
- ✓ *Во-вторых, имеет место «социальный ятрогенез», связанный с общей медикализацией жизни. Врачи, получив монополию на лечение, добились полного контроля над остальными людьми, морочат им головы и опустошают кошельки. Лечение, хотя и объявлено «свободным от ценностей», но стоит дорого. Имеет место медикализация бюджета – как личного, так и государственного. Расходы на здравоохранение продолжают расти, но лучше было бы потратить эти деньги на решение других проблем – борьбу с бедностью, улучшение образования, защиту окружающей среды. Фармацевтические кампании все активнее вмешиваются в жизнь людей, а врачи с их помощью установили «диагностический империализм». Успехи медицины в увеличении продолжительности жизни превратили людей в беспомощных пациентов с неисчислимым количеством всевозможных недугов.*
- ✓ *В-третьих, прогресс современной медицины породил также «культурный ятрогенез». Он ведет к уничтожению культуры. На протяжении всей истории человечества культура позволяла людям оставаться людьми. Человек всегда должен был мириться с болью, болезнью и смертью, и это удавалось благодаря культурным ценностям и ритуалам. Современная медицина научилась побеждать боль, успешно борется с инфекционными и другими болезнями и благодаря технологиям искусственного жизнеобеспечения и ре-анимации превращает смерть в результат рутинного медицинского решения, принимаемого врачами в палатах интенсивной терапии.*
- ✓ *В-четвертых, здоровье оказывается предметом политики. Прогресс современной медицины ведет к тому, что все больше людей оказываются пациентами. Производительные силы общества*

тают на глазах, а продолжающаяся медиализация сопровождается ростом «контрпродуктивности».

По мнению Иллича, людям необходимо противопоставить этой политике врачей собственные «политические контрмеры». Необходимо ввести публичный контроль над профессиональной медицинской мафией. Но главное, необходимо заново открыть для себя правду о здоровье. В современном индустриальном обществе медицина стремится превратить здоровье в товар. Необходимо помнить о том, что здоровье – это плод добродетели. Важно вернуть людям уважение к собственной природе, в которой неизбежно сокрыты боль, болезнь и смерть. Несмотря на высокий уровень критики, его представления о медиализации оказались во многом сходны с сочинениями американских социологов медицины. Его жесткие заявления о власти «медицинской мафии», по сути дела, повторяют высказывания других авторов о превращении медицинских работников в агентов социального контроля в современном мире (Фуко М., 1997, 1998; Foucault M., 1980).

Интерпретация многих отклонений в состоянии здоровья людей, которые не всегда требуют медикаментозного вмешательства, сегодня конструируются по инициативе международных фармацевтических концернов, которые заинтересованы в продаже все новых лекарств новым потребителям своей продукции. Продавая лекарства против облысения, импотенции и остеопороза, фармацевтические компании в значительной мере оказались ответственными за создание все новых болезней и опасных состояний там, где им прежде не находилось места. В то же время исследователи находят в этих процессах и позитивные стороны – пациенты впервые получили большую свободу в выборе лекарственных препаратов, и у них появилась возможность заботиться о своем здоровье, избегая излишней опеки со стороны врачей (Payer L., 1992).

XXI век дал новый толчок развитию социологии медицины, появились новые взгляды на медиализацию общества. В частности таким примером может стать книга Конрада «Медиализация общества: о трансформации человеческих состояний в излечимые расстройства» (2007). В эту публикацию был включен ряд вопросов, обсуждавшихся автором ранее, а также добавлены новые концептуальные подходы к медиализации. В частности он с новых позиций рассмотрел вопрос о медиализации маскулинности. В поле его зрения попали такие состояния, как андропауза, облысение и эректильная дисфункция, где им указано на то, что отказ Американской ассоциации психиатров считать гомосексуальность болезнью не привел к полной демедиализации этого состояния, и на современном этапе оно содержит в себе значительный потенциал для ремедиализации (Conrad P., 2004).

Медицинский антрополог М. Лок (M. Lock) с начала 2000-х гг. переключила свое внимание на стремительно растущий рынок биомедицинских технологий, где наряду с новыми лекарствами появились генетический

скрининг, компьютерная медицинская диагностика и т.д. Согласно её воззрениям, развитие новых методов генетического анализа и пренатальной диагностики породили среди людей иллюзию, что с их помощью можно заблаговременно узнать о здоровье своего будущего потомства. Обращаясь к генетическому тестированию, некоторые женщины на основе полученных результатов стали принимать решения о прерывании беременности, что само по себе тоже является риском. Но, как напоминает Лок, всякий генетический анализ основан на учете вероятностных данных, и не бывает абсолютно точных генетических прогнозов (Lock M., 2002).

В последующих своих исследованиях она указывает на то, что современное общество продолжает стремительно меняться под натиском биомедицинских технологий, но уже не поддается тем эмоциональным выводам, которые были характерны для первопроходцев концепции риска. Генетика, геномика и эпигеномика действительно порождают неопределенные образы будущего. И, если прежде медицина была ориентирована на явные проявления патологии и девиации, то сегодня все чаще дело касается медицины благополучия. Именно в недрах благополучия посредством медицины вскрываются потаенные опасности, хотя будут ли они или нет – неизвестно. Индивидам все время приходится прикидывать свои шансы на завтрашний день, а опираться в этом приходится лишь на себя. С того момента, когда в государственной политике большинства развитых стран возобладал неолиберальный подход, объемы государственной поддержки различных категорий нуждающихся сократились. Здоровье и нездоровье все чаще становятся личным делом граждан (Lock M., 2010).

Справедливости ради, следует отметить, что во второй половине XX века, в экономически развитых странах резко сократилось число случаев острых заболеваний, однако в невиданных масштабах выросло число хронических болезней. Люди повсеместно чувствуют себя нездоровыми и с тревогой смотрят в завтрашний день (Бек У., 2000). Ещё в 2002 г. «Британский медицинский журнал» посвятил целый выпуск вопросу о медицине, обратив внимание на тот факт, что зачастую сами врачи тяготеют к излишнему контролю над судьбами пациентов (Moynihan R., 2002). Между тем мнение о том, что масштабы медицины растут, уже никого не удивляет. Мировая практика показывает, что идет повсеместное удорожание медицинских услуг, что не покрывается объемом финансирования даже ведущих экономик мира (Conrad P., 2004).

В XXI век постсоветская Россия вошла на пике либеральных реформ, с 15 статьей новой конституции РФ, пункт 4 которой имеет неоднозначное толкование⁹. По мнению отдельных экспертов, этот пункт несет в себе су-

⁹ Статья 15 Конституции РФ (1993) Пункт 4. Общеизвестные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы.

ществленное ограничение государственного суверенитета России, позволяя западным «партнерам» сдерживать развитие России через правовые механизмы специализированных международных учреждений и организаций. И действительно, если где-нибудь в Женеве, Брюсселе, Страсбурге или Нью-Йорке «международное сообщество» решит принять какую-нибудь самую дикую с нашей точки зрения «международную норму» касающуюся, в том числе и охраны здоровья населения, то для нас, граждан России, она тоже будет обязательной.

Таким образом, положение о приоритете «общепризнанных норм» по отношению к федеральным законам РФ, по сути, закрепляет механизм внешнего управления Россией, резко ограничивая суверенитет как исполнительной, так и законодательной ветвей власти в стране. Поскольку большинство глобальных проектов по реализации либеральных реформ, которые реализуются за последние 25 лет в России, будь то политика, экономика, государственное строительство и социальная защита граждан, так или иначе касаются системы охраны здоровья и организации медицинской помощи населению, то именно сочетание процессов нарастающей медицинской помощи обществу с отдельными положениями международного права становятся «бомбой замедленного действия». Эта бомба, заложенная в основание системы взаимоотношений пациентов и медицинских работников может стать пусковым механизмом социального взрыва. Когда наступит этот «социальный взрыв» предсказать трудно, но анализ ситуации в отечественной медицине указывает на то, что время его наступления не за горами.

На пути к развитому консьюмеризму.¹⁰ Развитие технической и экономической базы общества потребления в России, с одной стороны, расширяет возможности потребительской свободы, а с другой – принуждает индивидов к сложному выбору лучшего среди слабо различимых однотипных товаров и услуг. Все эти сдвиги в организации системы производства создают возможности для формирования творческого потребительства. Оно имеет двоякий смысл, с одной стороны, это все тот же консьюмеризм, смысл которого в перепотреблении, в выходе за пределы естественных потребностей. В силу этого креативный консьюмеризм так же работает на экономику общества потребления, как и его классический аналог. С другой стороны, креативный консьюмеризм – это уже культура не масс, а индивидов. Даже если их миллионы (Ильин В.И., 2011).

Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора.

¹⁰ Консьюмеризм - организованное движение граждан, общественных или государственных организаций за расширение прав потребителей и усиление воздействия на производителей товаров и услуг. В более широком понимании консьюмеризм означает всемирное движение общественных организаций и государственных органов в поддержку прав и возможностей потребителей в их отношениях с производителями и поставщиками товаров, работ, услуг (прим. авторов).

В качестве примера развитого консьюмеризма можно привести идеологию конструирования тела, поскольку в обществе потребления тело человека имеет тенденцию к превращению в предмет социального конструирования с помощью множества рыночных рычагов. Обычное тело в таких ситуациях рассматривается, как нечто не соответствующее высоким стандартам. Интернет, реклама, содержание специализированных сайтов позволяют найти потребителям соответствующую модель поведения в виде готовых рецептов похудения, избавления от целлюлита, методик укрепления волос, накачивания мышц и т.д. А самое главное, – освоение алгоритмов сохранения и приумножения уровня здоровья и качества жизни. Многие потребители, не доверяя рекламе и стремясь реализовать свой творческий потенциал, начинают экспериментировать со своим телом и здоровьем, пытаясь найти свой эффективный путь решения проблем. Часть активных потребителей приобретают неформальный статус экспертов, выступая в качестве консультантов, сначала в кругу друзей и близких, а затем в социальных сетях.

Сама по себе проблема защиты государством прав граждан, в том числе их прав как потребителей, имеет долгую историю. Потребитель выступает очень важным звеном в системе экономических и рыночных отношений. В обществе потребления между товаропроизводителем (поставщиком, продавцом) и потребителем всегда существовали противоречия, и в роли главного регулятора этих противоречий, как правило выступала третья сторона – государство. Третья сторона формировала механизмы регулирования доступности, качества и безопасности товаров и услуг путем разработки соответствующих законов и подзаконных актов.

С точки зрения защиты прав потребителей медицинских услуг в России формируется многоуровневая система защиты прав пациентов. Она включает в себя с одной стороны государственные контролирующие органы (Росздравнадзор, Роспотребнадзор и др.), управления и отделы по качеству и защите прав потребителей при региональных правительствах и местных администрациях, подразделения правоохранительных органов, а с другой стороны – общественные объединения граждан по защите прав пациентов, созданные на добровольных началах.

К сожалению, существует множество недобросовестных производителей медицинских услуг, лекарственных средств и товаров медицинского назначения, указывающих недостоверную, либо неполную информацию о своей продукции. В этом плане достаточно опасной является недобросовестная деятельность фармацевтических компаний, которые способны нанести в отдельных случаях значительный вред здоровью потребителей указывая неполный состав препаратов, производя замену дорогостоящих компонентов на более бюджетные, что повышает риск причинения вреда здоровью пациента, усугубив течение заболевания или вызвав развитие негативных последствий применения такого лекарственного средства.

Между тем в современном мире все большее количество людей следят за соблюдением своих потребительских прав. Граждане начали интересоваться качеством покупаемой продукции, а также степенью ее безвредности для здоровья. В России за последнее время появилось множество информационных потоков, несущих просвещение населения в области оценки качества приобретаемых товаров и услуг. Чем более образованным становится общество и его отдельные представители, тем более важное место в нем занимает консьюмеризм. Современная медицинская организация любой формы собственности в условиях реализации высокого уровня маркетинга может защитить себя от чрезмерного воздействия консьюмеризма, исходя из того, что только честная и высокоуровневая маркетинговая концепция способна удовлетворить ожидания потребителей медицинских услуг, не посягая на их права. Для этого медицинские организации должны соблюдать несколько принципов:

- I. Предоставление медицинских услуг пациентам должно проходить на высшем уровне, достигая максимального удовлетворения их потребностей.*
- II. Медицинская организация и её персонал должны осознавать, что высокий уровень производства способен принести достойные финансовые поступления (прибыль) и повысить уровень вознаграждения врачам и другому персоналу за счет роста числа пациентов (потребителей) и формирования положительного имиджа.*
- III. Мотивации персонала по непрерывному повышению квалификационных характеристик и уровню компетенций, освоение новых технологий производства медицинских услуг, повышение эффективности производства становится пусковым механизмом для реализации достойной конкуренции медицинской организации на рынке.*

Таким образом консьюмеризм становится своеобразным защитным барьером между потребителями (пациентами) и недобросовестными производителями (медицинскими организациями) (Campbell С., 1989; Featherstone М., 1991). Этот барьер способен существовать только в высокообразованном обществе, где потребители интересуются тем, что они покупают и стремятся защитить себя от негативных последствий потребления медицинских услуг ненадлежащего качества (Колонута А.Е. с осавт., 2009). С каждым годом влияние и значимость консьюмеризма будет расти, что, безусловно, станет хорошим показателем уровня заботы общества о своем здоровье и соблюдении прав пациентов при потреблении медицинских услуг. В конечном итоге системно налаженная защита прав потребителей медицинских услуг со значительной степенью вероятности вытеснит с рынка недобросовестных производителей.

В этой связи следует отметить, что защита прав пациентов – относительно новое явление в мировой практике. Появление и развитие идеи прав пациентов как особой группы общечеловеческих прав приходится на последнюю четверть XX века. До начала 1970-х гг. отношения медицинских профессионалов и пациентов определялись в основном правилами медицинской этики. Как отмечается в исследовании болгарской некоммерческой организации Index Foundation,¹¹ в Западной Европе данный процесс был неразрывно связано с масштабными реформами национальных систем здравоохранения, начатыми из-за стремительно растущей стоимости медицинских услуг и роста запросов населения.

Изучение опыта экономически развитых стран показывает, что проблемы реализации прав пациентов, получения ими доступной и качественной медицинской помощи актуальны для тех из них, где системы здравоохранения достаточно развиты и высок уровень требований граждан к государству и медицинским учреждениям. Степень гражданской и политической активности в вопросах, связанных с обеспечением прав потребителей медицинских услуг, напрямую коррелирует с социальным благополучием в стране, с относительно неплохим состоянием дел по решению наиболее существенных проблем, таких как нищета. Иными словами, озабоченность общества и государства правами пациентов является свидетельством определенного уровня развития здравоохранения и социальной сферы в целом, уровня, на котором в центре внимания государственной политики оказывается непосредственно гражданин.

Модернизация здравоохранения и рост потребительской свободы. Исходя из того, что модернизация отечественного здравоохранения является одним из направлений деятельности государства, которое должно обеспечивать безопасность и достойный уровень качества жизни каждого гражданина, в том числе и при оказании медицинской помощи, следует поставить вопрос о наличии оценочного критерия выполнения или не выполнения этих направлений деятельности государственных структур. По нашему мнению одним из оценочных критериев может являться объем жалоб и обращений граждан в различные инстанции, вплоть до Президента РФ и концентрирующихся в его знаменитой «зелёной папке». Во время встречи с губернаторами регионов президент передает им эту папку с определенными пожеланиями (Латухина К., 2017).

Между тем, рост числа жалоб и обращений граждан недовольных уровнем доступности, качества и безопасности медицинской помощи свидетельствует то, что работа с обращениями с жалобами граждан на местах находится в состоянии застоя и погрязла в формализме. К сожалению, все государственные структуры имеющие отношение к управлению процессом производства медицинских услуг находятся в состоянии стагнации. И хотя

¹¹ Walter Keim. Patients' Rights Laws in Europe // <http://aitel.hist.no/~walterk/wkeim/patients.htm>.

повсеместно наблюдается количественный рост бюрократического аппарата, однако сам «новый» аппарат управления здравоохранением с самого начала своего формирования обречен на бездействие и пронизан мицелиями коррупции, несмотря на официально объявленную борьбу с ней.

А граждане России вполне обоснованно требуют от медицинских работников высокого уровня компетенций, владения современной медицинской техникой, знания всего спектра лекарственных средств, разработанных международными фармацевтическими концернами, сочувствия, сострадания, стремления к исполнению ожиданий каждого пациента обратившегося за медицинской помощью. К сожалению, эти требования и ожидания большей частью неисполнимы по причине низкого уровня доверия граждан РФ к отечественному здравоохранению, что дополняется устоявшимся мнением населения о том, что работники медицинских организаций не имеют должного уровня профессиональных компетенций. Такой диссонанс приводит к негативным последствиям. Многие граждане РФ перестают обращаться в государственные медицинские организации, справедливо полагая, что в этих клиниках уровень доступности, качества и безопасности медицинских услуг имеет недостаточный уровень для производства качественных услуг. Таким образом, уровень доверия пациентов государственным медицинским организациям и их персоналу является эмпирическим показателем институционального кризиса отечественной системы здравоохранения (Карпикова, И.С., 2015).

А пока, пациентов отечественных медицинских организаций, которые ежедневно сталкиваются с проявлениями махровой бюрократии и коррупции на самом нижнем уровне производства медицинских услуг мало волнуют «невероятные» достижения медицины экономически развитых стран (США, ФРГ, Япония, Австралия, Сингапур, Великобритания и др.). Они хотели бы, что доступные и качественные медицинские услуги, финансируемые за счёт их собственных налоговых отчислений, были оказаны им «здесь и сейчас», без всяких проволочек и ссылок на текущую модернизацию системы, нехватку финансов, персонала, оборудования, производственных площадей, усталости медицинского персонала и т.п. Но эти пожелания «тонут» в сонме бумаг, инструкций и т.п. как для потребителей, так и для производителей медицинских услуг. В частности, только один документ об «информированном согласии» пациента состоит из, как минимум, четырех страниц убогистого текста, требующего внимательного прочтения и подписей в нескольких местах.

В таких условиях инновационное развитие производственных процессов в медицинских организациях блокируется тем, что исполнители на конвейере по производству медицинских услуг опутанные сотнями инструкций и распорядительных документов, которые как правило, не имеют прямого отношения к самому производству, как в количественном, так и в качественном измерении. Причем по исполнению выше указанных, зача-

стью противоречащих друг другу документов, требуются еженедельные или ежемесячные отчеты. Это тормозит поступательное развитие производства, снижает количественные и качественные характеристики конечного продукта – медицинской услуги.

Относительно недавно вышла книга Норта, Уоллиса и Вайнгаста «Насилие и социальные порядки. Концептуальные рамки для интерпретации письменной истории человечества» (Douglass C. North, John Joseph Wallis, Barry R. Weingast., 2009). В этой книге авторы (нобелевский лауреат по экономике, политолог и историк) отмечают интересные факты. В частности, те правительства, которые принимали рекомендации Международного валютного фонда и западных экспертов по борьбе с коррупцией, попадали после этого в очень тяжелую ситуацию – число бюрократов увеличивалось, а коррупция трансформировалась и поднималась на более высокий уровень власти. Что же относительно простых граждан, то для них ничего не менялось. Этот «печальный» опыт не изучается управляющими структурами, и отечественная медицина продолжает реформироваться по «калькам» МВФ и зарубежных экспертов, весьма далёких от понимания реальной ситуации в отечественном здравоохранении.

Справедливости ради следовало бы указать на то, что властные структуры современной России предпринимали многочисленные попытки по устранению структурных диспропорций отрасли и повышения её эффективности. Еще в 1997 была сформирована добротная Концепция реформирования здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренная Постановлением Правительства РФ.¹² Этот план должен быть реализован в два этапа до 2005 года и предусматривал:

- ✓ *реструктуризацию здравоохранения и создание новой системы стимулов для медицинских работников;*
- ✓ *четкое определение государственных гарантии оказания медицинской помощи и реальное их ресурсное обеспечение;*
- ✓ *повышение финансового обеспечения здравоохранения экономически слабых регионов за счет централизованных резервов;*
- ✓ *улучшение организации системы ОМС за счет наделяния страховщиков реальными носителями финансовых рисков, что должно было бы стать побуждающим моментом к повышению качества оказываемой медицинской помощи.*

Однако, эта вполне жизнеспособная концепция не была реализована по причине отсутствия каких-либо источников финансирования программы реформ. Таким образом, известный многие годы лозунг либералов-реформаторов «Реформы без денег» в очередной раз показал свою несостоятельность.

¹² Постановление Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. N 1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации" Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/12104340/#ixzz4uGEGnKLc>.

То, что отечественная система здравоохранения нуждается в реформировании, ни у кого не вызывает сомнений. В своих посланиях Федеральному собранию Президент РФ В.В. Путин открыто признавал, что отечественная система здравоохранения неэффективна, качество и доступность медицинской помощи постоянно снижаются, затраты растут, а гарантированная бесплатная помощь населению давно уже носит «декларативный характер». «Между тем по важнейшим показателям здоровья, – говорилось в послании президента, – Россия уступает многим странам».

В результате население страны вот уже третье десятилетие не имеет тенденции к ни к количественному, ни к качественному росту, причем эта тенденция, судя по прогнозам специалистов, не изменится и в обозримом временном промежутке. В структуре населения все больше и больше преобладают лица старше трудоспособного возраста, а число детей и подростков стабильно сокращается. Казалось, что именно в этой ситуации отечественными властными структурами будут предприняты решительные шаги по охране здоровья матерей и детей, взвешенная семейная и демографическая политика. Как показала история реформ именно эти шаги и были запланированы ведущей политической партией государства «Единая Россия».

По мнению многих представителей этой партии, стратегия принятия решений в здравоохранении России должна подчиняться принципу: «Достижение максимальной эффективности от каждой единицы сил и средств, вложенных в сферу здравоохранения». Однако руководствоваться этим принципом выразили желание не многие из руководителей медицинских организаций. Воспитанные в системе здравоохранения СССР, они привыкли к тому, что вся интеллектуальная деятельность по анализу, планированию и принятию решений уходит в верхние эшелоны управления, а главному врачу отводится роль исполнения «указаний свыше». В этой связи эффективная деятельность отдельных медицинских организаций и системы здравоохранения в целом в значительной мере наталкивается на «риффы» неспособности многих административных работников действовать в условиях экономической самостоятельности. Для решения проблемы модернизации отрасли требуется подготовка специалистов-управленцев новой формации, способных принимать решения в условиях рыночных отношений и динамичного изменения внешнего окружения системы здравоохранения (Дьяченко В.Г., 2015).

В настоящее время, по оценкам различных экспертных групп, от 15 до 40% производственных мощностей отечественных медицинских организаций занято доработкой «произведенной продукции» — медицинских услуг до требуемого уровня качества, т.е. долечиванием пациентов, которым на предыдущих этапах оказания медицинской помощи эти услуги были оказаны без должного уровня качества или в неполном объеме. Если в промышленности около 30% ресурсов тратится на восполнение потерь в

связи с низким качеством выпускаемой продукции, то экономисты в здравоохранении затрат на устранение «брака» при производстве медицинских услуг стараются не замечать, мотивируя это сложностями учета затрат в медицине. Исследования зарубежных коллег показывают, что затраты на медицинскую помощь низкого качества всегда выше, чем затраты на высококачественную помощь, потому что первая дает до 30-50% брака, на устранение которого требуются значительные дополнительные расходы.¹³

В современном мире потребители привыкли с легкостью получать достоверную и понятную информацию обо всем (от покупок продуктов, банковских и телекоммуникационных услуг до услуг произведенных медицинскими организациями различных форм собственности). Они считают, что возможность подключиться к своим аккаунтам и личным данным у них должна быть всегда, везде и через любой подходящий им сервис связи: будь то круглосуточная телефонная линия, веб-сайт или же многочисленные мобильные приложения.

Но когда дело доходит до информации о медицинских услугах, то потребители (пациенты) не всегда видят различия между теми, кто предоставляет услуги, и теми, кто гарантирует их оплату. Всю наличествующую информацию пациенты воспринимают как отражение единой системы здравоохранения и считают, что их взаимодействие с системой (например, выбор и покупка медицинских услуг у производителей разных форм собственности, выбор и покупка услуг страховых медицинских организаций) должно быть простым и сверхпрозрачным. Между тем отрасль здравоохранения с точки зрения скорости разработки и качества IT продукции отстает от других отраслей народного хозяйства РФ. Однако пациенты (потребители) просто-напросто хотят получить нужную им информацию по принципу «здесь и сейчас». Такое активное поведение пациентов тесно смыкается со своей противоположностью – высоким уровнем пассивности в отстаивании своих прав. Во многом это зависит от низкого уровня информированности граждан о своих правах. Правовая неграмотность провоцирует нарушения на местах, в медицинских организациях, а страх вступить в конфликт с медицинской корпоративной средой и неуверенность пациентов в результативности жалоб и обращений тормозят преодоление негативных тенденций. В современной России отсутствуют эффективные механизмы систематического информирования и юридической подготовки граждан по вопросам прав в области охраны здоровья. Информационно-разъяснительная работа с населением не является предметом специальной компетенции какого-либо государственного органа. Фактически государство переложило эту задачу на страховые медицинские организации, участвующие в ОМС, но последние по ряду причин не справляются с этой работой.

¹³ Schoenbaum S. C., Gottlieb L. K. Algorithm based improvement of clinical quality. Br Med J 1990; 301: 1374-1376.

Вступив на капиталистический путь развития, Россия, оказалась вовлечена в консьюмеристскую идеологию, распространяющуюся в связи с изменениями в производстве и потреблении посредством масс-медиа, рекламы, печати и иных СМИ. Эта идеология пропагандирует многообразие социальных отношений, которые теперь направлены на присвоение материальных ценностей. Кроме России, многие развивающиеся страны проходят те же ценностные трансформации, которые коснулись экономически развитых стран запада во второй половине XX века, поскольку число и степень глобальных связей постоянно увеличивается, то в настоящее время наблюдается своеобразный экономический рост во многих развивающихся странах.

Сегодня актуальным становится изучение, как национальных моделей перепотребления медицинских услуг, так и их недопотребления, что приводит к выводу о том, что недопотребление стимулирует потребительские ожидания граждан в основном с точки зрения роста доступности, качества и безопасности медицинских услуг. В конечном итоге было бы неправильным считать, что модернизируемая рыночная модель отечественного здравоохранения стимулирует развитие принципов консьюмеризма и полностью исключает идеологию антиконсьюмеризма (Кузнецов Д. А., Максимов М. А., 2013).

На этом фоне, защита прав пациентов остается «неактуальной» темой среди проблем, которыми занимаются отечественные правозащитники и гражданские активисты. Права пациентов оказываются в поле общественного внимания в России заметно реже, чем, например, права дольщиков или автомобилистов, хотя они касаются всех без исключения граждан и нарушаются гораздо чаще. При этом данная сфера далека от политики и, казалось бы, должна привлекать все без исключения структуры гражданского общества России. В реальной ситуации анализ основных причин неэффективности системы обеспечения прав пациентов в РФ и анализ различных её аспектов (нормативно-правовой базы, специфики правового самосознания производителей (врачей) и потребителей (пациентов), работа отдельных механизмов государственного и общественного контроля над соблюдением прав пациентов), требует предложения конкретных шагов для улучшения ситуации. Наиболее важным шагом в этом направлении должна стать разработка специального закона «О защите прав пациентов».

Я убежден: чаще всего люди конфликтуют именно потому, что нечетко формулируют абстрактные понятия. Тот, кто предпочитает размытые формулировки, неосознанно, в глубине души, сам ищет конфликта. Никакого другого объяснения я этому не нахожу.

Харуки Мураками

Глава 5

Конфликт, как отражение особенностей потребительского поведения пациентов в рыночных условиях

В условиях рыночной экономики производство товаров и услуг, а затем последующая их реализация возможна с позиций прямой, непосредственной продажи продукции потребителю и косвенной, опосредованной продажи. В первом случае производитель продает товар или услугу непосредственно потребителю, а во втором, более распространенном случае между производителем и потребителем товара или услуг стоит торговый посредник, соединяющий продавца с покупателем и тем самым выполняющий отдельные функции продавца. Иногда, например, при реализации лекарственных средств, посредников может быть несколько. В такой ситуации производитель продает их только оптом торговым посредникам, которые распределяют их малыми партиями и перепродают в сеть розничной торговли.

В отечественной медицине промежуточные торговые звенья между производителями медицинских услуг (медицинскими организациями) и потребителями (пациентами) неизбежны, так как, по мнению представителей управляющих структур, медицинским организациям чаще всего «неудобно» заниматься реализацией медицинских услуг непосредственно финансово-кредитным организациям (территориальным фондам ОМС). Одновременно и потребителям медицинских услуг предпочтительнее делегировать полномочия приобретения медицинских услуг на рынке другому юридическому лицу, которое становится посредником. В роли этого посредника уже многие годы выступают страховые медицинские организации, которые вместе с выполнением функции «покупки» для пациентов, застрахованных в системе ОМС, медицинских услуг, должны выполнять функцию защиты их прав перед производителями. Таким образом, страховые медицинские организации, не являясь производителями, не заинтересованы в эффективном производстве медицинских услуг. А, как и любой

посредник, они стремятся повысить собственные доходы за счет увеличения издержек обращения медицинских услуг, поскольку финансовые ресурсы на свою деятельность они получают из общего объема страховых взносов системы ОМС. В итоге это сказывается на конечной цене, по которой приобретаются медицинские услуги.

В России, как и в других государствах с экономикой рыночного типа действуют регулируемые рынки. На таких рынках управление со стороны государственных органов представляется в виде жестких однонаправленных плановых или административно-распорядительных схем. Рынок медицинских услуг по сути дела превратился в инструмент государственного распределения, в котором за потребителем (пациентом) лишь частично сохранено право принятия решения, когда, у кого и сколько покупать. Рыночное регулирование подразумевает, что государство в лице федеральных, региональных, местных органов власти устанавливает самые общие правила поведения участников рынка, чаще всего в виде «мягких» или «узких» ограничений, касающихся вида товаров и услуг, объемов продаж и цен. Отношения между государством и субъектами рыночного процесса осуществляется на основе договоров, соглашений, государственных заказов, контрактов, государственных субсидий, дотаций и др. Однако с учетом того, что спрос на медицинские услуги формируют потребители (пациенты), то именно им должно принадлежать решающее слово в воздействии на рынок. Однако этого пока не происходит в силу чрезмерного государственного регулирования этого рынка.

Общественные отношения в сфере производства и продажи медицинских услуг регулируются комплексным правовым подходом с применением норм гражданского, публичного, международного публичного и частного права. Вместе с тем, соотношение публичного и частноправового регулирования в различных странах имеют свои особенности. С точки зрения систематизации, можно выделить три основные модели регулирования этих процессов. Первая модель – преобладание частноправового регулирования. Вторая модель – преобладание публично-правового регулирования. Третья модель – преобладание смешанного правового регулирования (Михайлова Х.Н., 2009).

По мнению отдельных специалистов, научными интересами которых является правовое регулирование общественных отношений, независимо от типа организации правового регулирования отечественного здравоохранения, возникает потребность в определении и разграничении правовой сущности понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга». Они считают, что медицинскую помощь необходимо рассматривать как системообразующее, публично-правовое понятие, регулируемое нормами публичного и международного права. А медицинскую услугу, которая является формой правового регулирования сложного комплекса отношений, возникающих между производителем медицинской услуги (медицинской ор-

ганизацией или врачом частной практики) и конкретным потребителем (пациентом) следует рассматривать как отношения основанные на договоре и регулирующие комплексным методом правового регулирования (Васильва Е.Е., 2004; Нагорная С.В., 2004; Duguet Anne-Marie, 2005).

Таким образом, исходя из приоритета прав пациента, необходимо отметить, что правоотношения, возникающие в сфере оказания медицинских услуг, обладают следующими характерными чертами, влияющими на развитие конфликта в этой сфере:

- I. во-первых, отношения врача и пациента при оказании медицинской услуги ассиметричны, поскольку врач является специалистом, а пациент, как правило, подчиняется предписаниям;*
- II. во-вторых, медицинские услуги оказываются в условиях несовершенного знания о человеке и состоянии его здоровья;*
- III. в-третьих, при возникновении конфликта важной становится проблема доказывания наличия факта нарушения прав пациента, вследствие несчастного случая, медицинской ошибки и иных ненадлежащих действий или бездействия персонала медицинской организации.*

Следовательно, под конфликтом, связанным с оказанием медицинской услуги, следует понимать осознанное или неосознанное нарушение сторонами, вследствие действия или бездействия, социальных и/или экономических прав и интересов субъектов правоотношения, предусмотренных и охраняемых соответствующим законодательством, связанных с предоставлением медицинских услуг. Конфликт, связанный с оказанием медицинских услуг, в сфере гражданско-правовых отношений возникает в случае, когда в ходе оказания медицинской услуги происходит осознанное или неосознанное нарушение стороной или сторонами имущественных и личных неимущественных прав контрагента. Соответственно, под юридическим конфликтом следует понимать конфликтное отношение (разногласия или споры), связанные с оказанием медицинской услуги и выраженные в юридически значимых действиях, в бездействии и их последствиях и/или состояниях.

Глобальные изменения, начавшиеся в 90-х годах прошлого века, оказали существенное влияние на социально-экономические условия функционирования и развития системы оказания медицинской помощи в Российской Федерации. Стремительное развитие отечественного и международного рынка медицинских услуг поставило следующие вопросы:

- ✓ расширения гражданско-правового компонента в правовом регулировании вышеназванных отношений;*
- ✓ разработки комплексной системы гражданско-правовых и публично-правовых способов регулирования вышеназванных отношений;*

- ✓ *формирования современной системы урегулирования споров и защиты прав пациентов и врачей.*

Таким образом, рыночная трансформация отечественного здравоохранения на фоне радикальных изменений правоотношений, связанных с реализацией человеком права на здоровье и оказание медицинской помощи, требует анализа этих изменений не только с точки зрения современной экономики, но и с точки зрения значительного роста конфликтогенного потенциала системы взаимоотношений производителей и потребителей медицинских услуг. Ситуация усугубляется ещё и тем, что формирующийся в течении последних десятилетий отрицательный опыт взаимодействия пациентов с медицинскими организациями стимулирует рост уровня недоверия не только к конкретной организации, но и к ее персоналу, а так же к системе отечественного здравоохранения в целом. В связи с этим, проблема роста конфликтогенного потенциала современной медицины дополняется тем, что низкий уровень доверия граждан к производителям медицинских услуг отрицательно влияет на их социальный статус.

5.1. Конфликт, как intersубъектный способ развития социального института медицины

Процесс оказания медицинской помощи включает различные виды взаимоотношений в триаде «врач-пациент-общество» (информационные, экономические, правовые, этические и др.), а также различные типы социальных взаимодействий - конкуренция, кооперация, конфликт с учетом набора функций каждого из них. Одной из форм реализации взаимоотношений социальных субъектов в медицинской сфере является конфликт, который выступает как intersубъектный способ развития социального института медицины. Согласие (явное или неявное) среди субъектов взаимоотношений на рынке медицинских услуг, принятие решений, консенсус в подходах в сообществе потребителей и производителей, особая общность условий взаимодействия между ними определяют понятие intersубъектность.

Учитывая, что в ближайшие годы ожидать значительного увеличения финансового обеспечения производства медицинских услуг из официальных источников (ОМС и бюджет) явно не приходится, все большее значение начинают приобретать вопросы, связанные с самостоятельной предпринимательской деятельностью государственных медицинских организаций. В перспективе необходимо рассматривать эту деятельность как один из будущих основных источников финансирования медицинских организаций всех форм собственности. Предпринимательская деятельность государственных медицинских организаций, и в частности оказание платных медицинских услуг, является весьма сложной, многогранной, и не только экономической, но и социально-психологической проблемой, затрагивающей все слои общества и ломающей сложившиеся, на протяже-

нии нескольких поколений, стереотипы о бесплатности государственной медицинской помощи.

В условиях либеральных реформ производство медицинских услуг является неотъемлемой частью общественного производства и подчиняется общим экономическим законам. Но, как и все общественные законы, экономические законы не действуют автоматически и прямолинейно. Наряду с множеством факторов, оказывающих свое влияние на характер действия экономических законов, огромную роль играет специфика конкретной сферы экономики. Медицина является весьма специфичной сферой производства. Одна из его основных особенностей заключается в том, что здравоохранение производит не товары, а специфические медицинские услуги, которые обеспечивают особо жизненно важную для человека функцию – функцию поддержания жизни и ее качества.

Медицинская услуга, выступающая как специфический товар, обладает рядом отличительных свойств. Она не может накапливаться, храниться, оказываться впрок, и помимо высокой индивидуальности, неотделимости от источника, широкого диапазона характеристик, выделения в качестве объекта купли-продажи не результата, а процесса деятельности. Исходя из выше сказанного, можно выделить некоторые свойства присущие только медицинским услугам.

- ✓ *Особая жизненная важность – сохранение здоровья и самой жизни.*
- ✓ *Невозможность замены другой услугой.*
- ✓ *Невозможность отложить потребление услуги, при отложенности последствий (результатов) оказания медицинских услуг во времени.*

Кроме того, как правило, объем медицинских услуг определяется производителем услуги, а не ее потребителем. А потребитель ограничен в информации об услуге – он не обладает знаниями, которые позволили бы оценить не только качество услуги, но и саму необходимость ее оказания. В дополнение к выше указанным условиям в медицине имеется сложная и неоднозначная связь между затратами и результатами, опосредуемая исходным состоянием здоровья потребителя (пациента). Поэтому прогнозировать конечный результат оказанных медицинских услуг достаточно сложно, что существенно влияет на рыночный спрос, на механизм ценообразования, на роль оценки доступности, качества и безопасности произведенных медицинских услуг. Все выше перечисленные характеристики медицинской услуги подтверждают тезис о том, что их следует отнести к числу товаров, общественное предпочтение на которые, как правило формируется выше индивидуальных ожиданий (Дьяченко С.В. Дьяченко В.Г., 2015). Именно этот тезис и является одной из основных причин государственного регулирования рынка медицинских услуг и ограничения полной свободы рыночных отношений в сфере их производства и сбыта.

Поведенческая экономика, как источник социальных конфликтов. По мнению Абрахама Маслоу¹, иррациональные процессы не доминируют в жизни большинства людей. Его гуманистическая теория основана на описании человека, рационально принимающего решения и осознанно стремящегося (хорошо или плохо – это другой вопрос) актуализировать свой потенциал. С точки зрения А. Маслоу, человек, как правило, сосредоточен на том, чтобы стать тем, чем позволяет стать его потенциал и стремится к самоактуализации. Основными путями этого процесса являются: самопознание, равнодушие к собственному внутреннему миру, умение управлять собой, способность достигнуть гармонии с душевным сознанием, желание нести ответственность за свои поступки, жизненный путь, природное становление, умение делать адекватный выбор. Одним словом, это постоянный труд над собой во имя реализации творческого потенциала и достижения пика духовного развития (Маслоу А., 2004).

Вместе с тем, он с большим сожалением подчеркивал, что на уровень своего повседневного бытия, строящегося в соответствии с усвоенными высшими потребностями, поднимается сравнительно небольшое число людей. Объясняя причины этого, он указывал на значение мотивации, которая является наиболее существенной в системе побуждений того или иного человека (Фрейджер Р., Фейдимен. Д., 2004). Согласно его представлениям, в мотивационной сфере человека имеют место два вида мотивов. Первая группа - это мотивы дефицитарные (за ними стоят потребности в пище, сексуальная потребность, потребность в безопасности и другие подобные потребности), которые, если они удовлетворены, снимают у человека напряжение, которое он испытывает (рис. 5.1.).

Вторая группа мотивов, в терминологии А. Маслоу, – бытийные, побуждающие человека подниматься над рутинным течением жизни, например, отстаивать справедливость, защищать честность, бороться за истину и т.п. Следование их голосу вызывает у человека сплошь да рядом дискомфорт в его взаимоотношениях с окружением, заставляет забыть о спокойной жизни, рождая возникновение состояния напряжения. И большинство людей программирует свои поступки и деяния, привыкая постоянно прислушиваться к своим дефицитарным мотивам, обеспечивая движение своей жизни как по накатанной колее (Бодалев А., Васина Н., 2010). По его мнению жизнь в соответствии с дефицитарными мотивами превращает человека в обыкновенного респондента, «просто реагирующего на стимулы, на поощрения и наказания, на чрезвычайные обстоятельства, на боль и страх, на требования других людей, на рутинные каждодневные события»

¹ Абрахам Харольд Маслоу (1908 - 1970 гг.) – известный американский психолог, который посвятил свою жизнь изучению природы человека, его взаимоотношениям с самим собой и окружающим миром. Его идеи стали основой создания гуманистической теории самоактуализация индивида, его высшим ценностям и смыслу жизни (https://www.syl.ru/article/184225/new_abraham-maslou-biografiya-psihologa).

(Фрейджер Р., Фейдимен Д., 2002). И, наоборот, люди, руководимые в своих поступках и деяниях бытийными мотивами, вырываются из повседневной рутины и все больше прибавляют как личности в качестве самостоятельности. Их жизнь можно определить как усилие или рывок, когда человек использует все свои способности в полную силу.



Рис.5.1. Иерархия человеческих потребностей по Абрахаму Маслоу (Маслоу А., 2004)

Теории А. Маслоу находят применение в поразительно широком диапазоне областей человеческой деятельности, от сельхозпредприятия до банка, от малого и среднего бизнеса до межгосударственных корпораций, от культуры до медицины. Они используются при подготовке коммерческой рекламы на телевидении и программ органов здравоохранения. Представляется, что его теории особенно актуальны для современной акмеологии, когда на фоне возрастающего уровня конфликтологии в обществе наблюдается всплеск насилия, грубого секса, равнодушия к чужой жизни и т.п., что объясняется якобы превалированием животного начала в человеке.

Психология Маслоу вплетена во все сферы функционирования не только американского общества, но и в общества государств, которые встали на путь реализации либеральных ценностей не только в экономике, но и в культуре, социальной работе и здравоохранении. Его пророчества, сформулированные в «Мотивации и личности», оказывают неизгладимое влияние на наши ценности, образ мыслей, процесс обучения, и на то, как мы позиционируем себя в современном мире. Открытая им истина живет в каждом, его влияние ощущается в непрерывном поиске человеком путей проявления своей природы.

С теоретических позиций, основной постулат экономической теории гласит, что человек принимает решения, исходя из перспективы добиться оптимального результата. Из тех товаров (услуг), которые может позволить себе семья и её отдельные члены, они, по логике оптимальности, должны выбрать наиболее эффективные. Другой постулат, заключается в том, что выбор «наилучшего решения» совершается при ограниченном семейном бюджете. А это, в свою очередь, заставляет продавцов назначать цены таким образом, чтобы предложение оказывалось равным спросу. В сущности, на сочетании оптимизации и баланса спроса и предложения «держится» классическая экономическая теория – подобно тому, как классическая физика «держится» на законах Ньютона. Поэтому поведение экономических субъектов можно описать относительно сложными математическими формулами, которые так или иначе будут опираться на расчет баланса спроса и предложения (Талер Ричард, Санстейн Касс., 2017).

В этой связи, экономическая теория, как утверждается в классических руководствах, изучает выбор, который совершает человек, имеющий в своем распоряжении, как правило, ограниченные ресурсы. Например, по какой причине, тот или иной индивидуум приобрел в аптеке дорогое лекарство для ухода за кожей, чтобы избежать раннего появления морщин, но отказался от приобретения глюкометра и жизненно важного сахароснижающего препарата, поскольку страдает сахарным диабетом второго типа. Почему он поступает так иррационально? На этот вопрос и пытаются ответить специалисты, которые занимаются поведенческой экономикой.

Планируя те или иные программы реформирования экономики, правительства по определению предполагают, что граждане-налогоплательщики внимательно отнесутся к рациональным аргументам реформаторов. Однако в реальной жизни люди довольно часто ведут себя за пределами этих предположений властей. Например, вопреки классическому представлению об экономически рациональном поведении потребителей, реальные люди по-разному относятся к одним и тем же денежным суммам, полученным из разных источников (зарплата, доходы от инвестиции, выигрыши в лотерею, наследство и т.д.), и зачастую распределяет свои расходы в зависимости от источников дохода. Регулярные доходы чаще направляются на покупку предметов первой необходимости, а нере-

гулярные – на развлечения и приобретение предметов роскоши. Из этого следует, что два разных человека с абсолютно одинаковым уровнем доходов, но принципиально разными источниками будут тратить и сберегать деньги по-разному. Именно это ставит перед управляющими структурами задачу, стимуляции разумного (рационального) поведения граждан. Соответственно, экономисты (и другие заинтересованные стороны) могут извлекать дополнительное знание, обладающее прогностической ценностью, из информации о структуре доходов, а не только об их размере. Именно это является основой современной поведенческой экономики.

Итак, поведенческая экономика – дисциплина на стыке экономики и психологии, которая возникла в 1970-х годах, решает проблемы теории потребительского выбора. Прежде, подавляющее большинство экономистов воспринимали человеческий мозг и сознание как «черный ящик», принципиально закрытый для исследователя, а потому как бы несуществующий для науки. Краеугольным камнем стандартной экономической модели было представление о «рациональном выборе», который нужно описывать на математическом языке. По мнению специалистов, занимающихся проблемами поведенческой экономикой, необходимо изучать поведение реальных людей, стремиться, основываясь на своем знании о человеке, скорректировать политические решения в различных областях – от образования и здравоохранения до общественной безопасности и финансовых продуктов., а самое главное подталкивать (nudge) их к рациональному поведению. Они назвали этот процесс «либертарианским патернализмом» (Талер Р., 2017).

Нобелевский лауреат по экономике Ричард Талер² назвал знание о поведении на рынке конкретного человека «ментальным (психологическим) учетом» (mental accounting). Его теория «поведенческой экономики» показывала, что, распределяя свои личные бюджеты, люди довольна часто принимают отнюдь не рациональные решения. Например, расходуют деньги по кредитной карте и одновременно поддерживают некоторый запас сбережений, хотя для «Homo economicus» было бы логичнее использовать отложенные средства для погашения накопленного долга. Или, на распродажах – часто покупают то, чем потом никогда не воспользуются и др. В мае 2016 года, уже, будучи признанным экономистом, Ричард Талер подчеркнул: «Настала пора перестать относиться к поведенческой экономике как к научной революции — это просто возвращение к незашоренной, побуждаемой интуицией дисциплине, которая была изобретена Адамом Смитом и дополнена мощными статистическими инструментами и наборами данных».

² Р.Талер родился в 1945 году в американском штате Нью-Джерси, В настоящее время является профессором в школе бизнеса при Чикагском университете. Известный специалист в области исследования финансового и экономического поведения потребителей. Является автором публикаций «Квазирациональная экономическая теория» и «Проклятие победителей: парадоксы и аномалии экономической жизни». В 2005 г. получил премию Пола Самуэльсона, в 2017 г. стал Нобелевским лауреатом в области экономики за вклад в «поведенческую экономику» (прим. авторов).

Что же относительно постсоветской России, то она с 1991 года проходит некие стадии общественного развития, которые фиксируются в человеческом сознании и отражаются на взаимоотношениях людей, в том числе и в здравоохранении. Причем большинство пациентов государственных медицинских организаций не уверены, что деньги, которые будут заплачены ими в качестве социальных отчислений в пенсионный фонд, фонды социального и обязательного медицинского страхования, отразятся на уровне пенсий, выплат по листкам нетрудоспособности и обеспечат бесперебойное производство медицинских услуг в рамках исполнения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Сегодня значительная часть граждан России до конца не осознает направления финансовых потоков, которые формируются из собираемых государством налогов. В этой связи следует отметить, что в нашем государстве гражданин несет налоговую нагрузку, ровно такую же, как и средний европеец, – это примерно 40% реального дохода. Россияне хорошо представляют информацию о налогах, которые платят сами (транспортный налог и налог на имущество). Что же относительно подоходного налога и социальных налогов, то это ответственность работодателя и граждане имеют о них довольно ограниченную информацию. Акцизы на бензин, табак и алкоголь, налог на добавленную стоимость, которые граждане платят как потребители, импортные пошлины и т.п. находятся за пределами интересов большинства россиян, поскольку они плохо представляют, как работают государственные каналы распределения этих средств.

Выше сказанное позволяет сделать вывод о том, что потребитель медицинских услуг (пациент) при необходимости предпочитает платить лечащему врачу, медицинской сестре и нянечке из собственного кармана во время или после производства медицинских услуг. Его действия обусловлены тем, что он не до конца уверен в том, что даже если он заплатит главному врачу медицинской организации или заведующему отделением, то все будет справедливо распределено между исполнителями услуг. Причем только такой подход, по мнению большинства пациентов, может оправдать эфемерную надежду на то, что комплексная услуга медицинского персонала конкретному пациенту будет соответствовать стандарту доступности, качества и безопасности медицинской помощи. Именно на этой стадии общественных отношений формируется большинство конфликтов, которые, хотя и регулируются законодательно, но все-таки не обеспечивают нужного уровня равновесия взаимоотношений различных общественных групп.

Известный социолог Р. Дарендорф говорил: «... равновесная модель общества... постулирует относительно стабильную систему, состоящую из частей, чьи функции определяются соотношением с системой» (Дарендорф Р., 1994). В то же время, чтобы разрешить проблемы на уровне социальных систем, необходимо не опровергнуть, а дополнить равновесную модель

общества в виде её конфликтной модели. С позиции конфликтной модели общество спланируется не посредством общественного согласия, а с помощью принуждения, путем контроля одних социальных групп над другими, и подобно тому, как конфликт ускоряет изменения, можно считать, что доминирование одних социальных групп над другими поддерживает конфликты. Социальные конфликты, как правило, исходят из меняющихся структур общества, когда например, консенсус во взаимоотношениях пациента и врача, вновь замещается патерналистской моделью, что усиливает уровень конфликтогенности этих взаимоотношений.

Кроме того, социальное взаимодействие пациента и врача дополняется растущим уровнем неудовлетворенности значительной части пациентов реальным состоянием профессионализма медицинских работников и качеством медицинских услуг, что выражается в жалобах, заявлениях и судебных исках как к медицинским организациям, так и отдельным врачам (Саверский А.В., 2013). Что же относительно современности, то, к сожалению, население и медицинские работники противостоят друг другу так, что социальный конфликт «пациент – врач» по масштабам распространённости в российском обществе приближается к общенациональной проблеме (Наумова Р.Л., 2011; Кузнецова Т.Н., Сальникова К.М., 2015).

Внимательный взгляд на современное российское общество указывает на то, что оно так и не смогло трансформироваться для принятия рыночных отношений. Именно это и является пусковым механизмом большинства социальных конфликтов. К сожалению, в России пока ещё не образовался реальный и многочисленный средний класс, на котором бы держалась вся экономика, – это квалифицированные рабочие, управляющие, врачи, учителя, научные сотрудники, инженеры, фермеры, представители малого и среднего бизнеса. Следовательно, в обществе по разным направлениям будет продолжаться формироваться масса конфликтов, что породило значительное число их классификаций (Козырев Г.И., 2001; Кибанов А.Я. с соавт., 2010; Щербаков И.Д., 2014). По нашему мнению наиболее приемлемой является следующая классификация конфликтов (рис. 5.2.).

В последнее время многие специалисты и эксперты считают, что «общая теория конфликта» возможна, поскольку любой конфликт (от межличностного до международного) в широком смысле социален и в каждом из них речь идет о столкновении интересов из-за объекта конфликта. При этом объектом конфликта может быть любой элемент материального мира и социальной реальности, способный служить предметом личных, групповых, общественных, государственных интересов. Чтобы стать объектом конфликта, этот элемент должен находиться на пересечении интересов различных социальных субъектов, т.е. отдельных людей, различных профессиональных, национальных, возрастных или любых других групп, коллективов, объединений, включая нации, государства и межгосу-

дарственные союзы (Дружинин В. В., Конторов Д. С., Конторов М. Д., 2001).

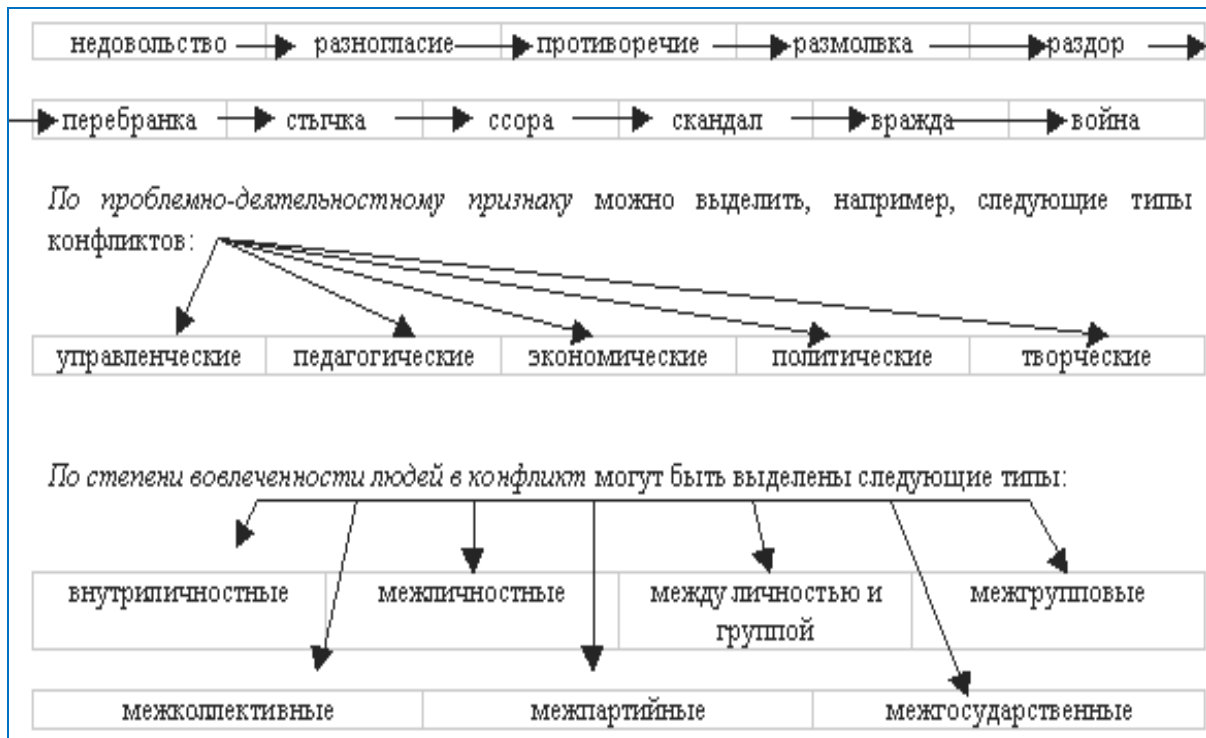


Рис. 5.2. Происхождение и классификация конфликтов

На наш взгляд, главной причиной возникновения социального конфликта между потребителями и производителями медицинских услуг является усиливающаяся неудовлетворенность членов общества доступностью, качеством и безопасностью оказания медицинской помощи. Развитие гражданского общества и рост юридической грамотности населения привели к нарастающей активности пациентов в сфере защиты своих прав (Канунникова Л.В. с соавт., 2010). Сообщество потребителей медицинских услуг 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» (Дарендорф Р., 1994).

Эти ценности не могут быть сравнимы с имущественными интересами, которые не представляют достаточной ценности для члена общества при утрате им жизни или нанесения ущерба состоянию здоровья. Сознательно и добровольно вверяя медицинскому работнику самое дорогое, что дается природой, – свою жизнь и здоровье, пациент вправе рассчитывать на надлежащее оказание медицинской помощи (Сергеев Ю.Д., Трефилов А.А., 2012). Причем у современных врачей не вызывает сомнения тезис о том, что достижению надлежащего уровня качества медицин-

ской помощи должна быть подчинена вся идеология управления медицинской организацией любой формы собственности.

При разработке системы управления качеством медицинских услуг внедряются международные требования к стандартам менеджмента качества (ИСО 9001:2000), а так же российских аналогов (ГОСТ Р ИСО 9001 - 2001). Метод всеобщего управления качеством акцентирует внимание не на персонале медицинской организации, а на процессе производства медицинских услуг, в который вовлечен этот персонал. Большинство «брака» при производстве медицинских услуг (отклонения от стандартных технологий) происходит из-за низкого уровня управления производственными процессами, а не по вине медицинского персонала, и долг руководителей обеспечить разработку и совершенствование таких процессов, которые бы дали возможность медицинскому персоналу качественно выполнять технологические стандарты (Дьяченко В.Г., 2007). А пока на фоне отсутствия стратегии управления качеством медицинских услуг растёт уровень конфликтности отечественной медицины в сочетании с падением престижа профессии врача в обществе.

Рост конфликтности в медицинской среде. Наличие конфликтов в корпоративной среде медицинских работников является реальным фактом, который следует признать, хотя делались и продолжают делаться попытки отрицания их существования. В условиях рыночной трансформации медицины продуцируется высокий уровень конфликтов не только в границах социопрофессиональной группы медицинских работников, но и за её пределами. В частности растущий уровень конфликтности затрагивает отношения с субъектами, находящимися в поле деятельности производителей медицинских услуг в частности, с пациентами и их родственниками. Безусловно, рост конфликтности медицины является негативным явлением. Однако такой односторонний взгляд на проблему не позволяет рассмотреть конфликт, как источник развития и движения вперед отечественной медицины.

Рост конфликтности отечественной медицины нельзя объяснить некими «цивилизационными изменениями» в виде расширения медикализации, присвоения производителями медицинских услуг функций социального контроля, транснациональной трансформации глобального фармацевтического рынка и смены моделей взаимоотношения пациента и врача. В тоже время к сугубо цивилизационным изменениям, безусловно, следует отнести расширение сфер жизни под медицинским контролем – от медицины «life style» до эвтаназии (Емельянов С.М., 2000; Дмитриев А.В., 2003; Ениколопов С. Н., 2007). Таким образом, конфликтный потенциал медицины как социального института проявляется на всех уровнях общественной жизни. В то же время, его изучение носит дискретный характер и содержит немало «белых пятен». Так, с нашей точки зрения, почти отсутствует или вскользь осмысливается сущность конфликта в медицине

как системе intersubъектных взаимодействий и взаимоотношений (Дарендорф Р., 1994; Кармин А.С., 2000; Ениколопов С.Н., Садовская А.В., 2000; Ефименко С.А., 2005).

Конфликты в медицине, так же как и в других сферах человеческой деятельности, происходят на трех уровнях противоречий:

- I. система охраны здоровья населения – общество;*
- II. медицинские организации (администрация) – медицинский персонал;*
- III. медицинский персонал – пациенты (и их родственники).*

Причем довольно часто предпосылки противоречий формируются на первом уровне, когда в здравоохранении государства формируется системный кризис, как правило, связанный со структурными элементами системы производства медицинских услуг. Приведенные уровни раскрывают формирование так называемых вертикальных конфликтов, субъекты которых занимают разное социальное положение и обладают разной силой влияния на причинно-следственные связи конфликтов.

В частности, если говорить об отечественном здравоохранении, то это устаревшие основные фонды многих государственных медицинских организаций, которые должны были бы в соответствии со стандартами современных СНИПАов и САНПИНов, претерпеть существенные изменения в виде реконструкции зданий, сооружений и коммуникаций. Либо, в идеальном варианте, – должны быть заменены введенными в строй новыми (современными) основными фондами медицинских организаций, оснащенных инновационными моделями диагностического и лечебного оборудования. Однако для решения данной проблемы необходимо согласованное решение государственных структур и общества. Но отечественный истеблишмент принципиально не желает замечать невероятную отсталость структурных элементов отечественной системы производства медицинских услуг, которая дополняется системным кризисом кадров и хроническим дефицитом финансовых ресурсов, что не позволяет реализовывать современные стандартные технологии и добиваться запланированного уровня здоровья граждан. В конечном итоге это становится пусковым механизмом конфликта в медицинской среде, куда с помощью нехитрых манипуляций с общественным мнением (социальная реклама, данные социологических опросов и публикаций, агитационные программы на государственных каналах ТВ и др.) власти «переводят стрелки» на второй или третий уровень формирующихся противоречий.

Сегодня в системе отечественного здравоохранения существуют конфликты и противоречия по поводу проводимой политики в области охраны здоровья населения между основной частью граждан (гражданским обществом) с одной стороны и органами власти – с другой, между управленческими структурами федерального уровня и управленческими структурами регионального уровня. Эти противоречия формируются в области

дефективного управления отраслью, одноканального финансирования, «оптимизации» (ликвидации) значительной части производственных мощностей медицинских организаций муниципального уровня или перевода их на региональный уровень, внедрения технологий «бережливых поликлиник» и других подобных проектов, которые не находят положительного отклика ни у общества ни у медицинских работников. Управляющие структуры не хотят признать факт того, что они не в состоянии в полном объеме финансировать программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению из-за плачевного состояния экономики государства продолжающей идти по либеральному пути. Однако власти умело манипулируют общественным сознанием, поэтому проблемы отечественного здравоохранения не имеют должного общественного резонанса.

В посвященной проблематике конфликтов литературе подробным образом изучены производственный и семейный конфликты, интраперсональный и ряд других. При этом в основу многочисленных классификаций положены самые разные, не схожие между собой, основания, однако не исключающие друг друга.

Проблематика конфликта в медицине создает триединство предметных областей: социологии конфликта, социологии личности и социологии медицины. В связи с этим следует выделить несколько категории конфликтов в медицинской организации при производстве медицинских услуг (рис. 5.3.).

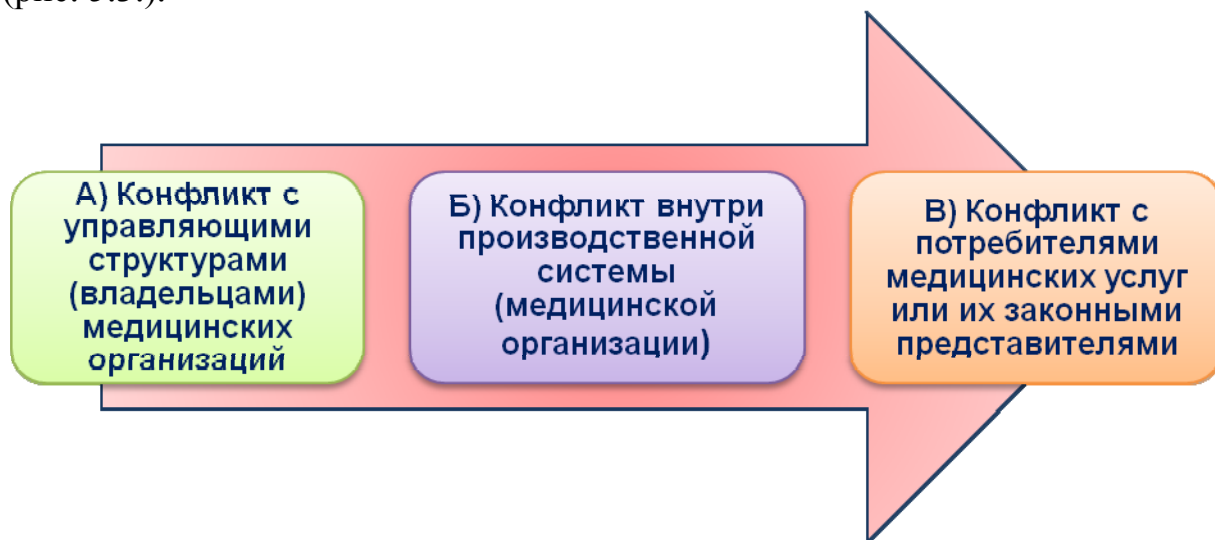


Рис. 5.3. Категории конфликтов в медицинской организации при производстве медицинских услуг

А). Производитель медицинских услуг ожидает от управляющих структур отрасли здравоохранения (владельцев основных фондов) внятных направлений реформирования производства медицинских услуг в условиях рынка (например, выполнения параметров Постановления Правительства Российской Федерации от 05.11.97 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации»).

Б) Конфликт интересов в достижении конечного результата между представителями администрации медицинской организации и медицинским персоналом (например, заработная плата руководителя в 10 и более раз превышает заработную плату ведущих производителей медицинских услуг и не зависит от конечных результатов их деятельности).

В) Конфликт интересов производителей медицинских услуг с потребителями в условиях рынка (например, материальное вознаграждение производителей медицинских услуг в большей мере зависит от уровня отношений с администрацией медицинской организации, чем от уровня удовлетворенности пациентов, оказанными им медицинскими услугами).

Поскольку уровень конфликтогенности в медицинской среде имеет устойчивую тенденцию к росту, а властные структуры не хотят брать на себя ответственность за итоги двадцатипятилетних реформ отечественного здравоохранения, то большинство конфликтов переводится на интересующий уровень системы взаимоотношений «пациент – врач» без учета системных причин их формирования. В конечном итоге, суть конфликтов в системе «пациент – врач» заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия. Выделяются объективные и субъективные конфликты.

Объективные конфликты вызваны неудовлетворением обещанного, несправедливым распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов. Источниками таких конфликтов могут служить обещание врачом больному полного излечения, что в реальной жизни может окончиться формированием инвалидности в результате особенностей течения болезни. В отдельных случаях медицинские работники в силу обстоятельств ненадлежащим образом выполняют свои обязанности, что провоцирует развитие послеоперационных или медикаментозных осложнений. Во многих случаях объективные конфликты связаны с ненадлежащим управлением медицинскими организациями и реальным сокращением коечного фонда круглосуточных стационаров, ростом числа случаев отказов в госпитализации или несвоевременной госпитализации. Дополняется это несвоевременным выполнением операций, процедур, требованиями оплаты выполненной работы, покупки медикаментов, расходных материалов и средств медицинского назначения, которые должны быть оплачены за счёт средств ОМС и т.п.

Субъективные конфликты вызываются несовпадением ожиданий пациентов с реальностью. Источником таких конфликтов может служить несоответствующее представление о должном поведении медицинского персонала (черствость, грубость, неучтивость), проведении процедур и манипуляций (отсутствие должного навыка, нерегулярность, непунктуальность, халатность), уровне санитарно-гигиенических условий нахождения медицинских организаций (отсутствие вентиляции, нерегулярная уборка

палат, наличие грязи и запаха, высокого уровня шума и др.). Дополняется это ненадлежащим уровнем диагностики или лечения пациентов.

Как объективные, так и субъективные конфликты, как правило, дополняются особенностями поведения сторон конфликта, как следствие накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности. Именно в таких ситуациях острое конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью. Такие варианты конфликтов нередко обусловлен предвзятым отношением пациента к медицинской организации в целом или к отдельному представителю медицинского персонала в частности.

Производство медицинских услуг является весьма сложным и многосторонним процессом, который включает в себя различные виды взаимоотношений пациента и врача, регулируемое обществом и государством. На эти взаимоотношения оказывают влияние различные факторы (информационные, экономические, правовые, этические и др.), а также различные типы социальных взаимодействий (конкуренция, кооперация, конфликт и др.). Наиболее часто встречающейся формой реализации взаимоотношений социальных субъектов в медицинской сфере является конфликт, который выступает как интерперсональный способ развития производства медицинских услуг, как составная часть социального института системы охраны здоровья населения.

Субъектами производства медицинских услуг, участвующими в конфликтных ситуациях являются медицинские работники, пациенты, медицинские коллективы в целом, группы поддержки, принимающие сторону пациента и других участников, входящих в сферу медицинской деятельности. Состояние конфликтности взаимоотношений врача и пациента зависит от уровня управления медицинской организацией, состояния её материально-технической базы, уровня квалификации медицинского персонала, доступности качества, безопасности производимых медицинских услуг и их стоимости, а так же от оценки пациентом результатов оказанной медицинской помощи.

Итак, в основе любого конфликта лежит «потребность», «интерес» и материальные блага, пациент посредством обращения за оказанием медицинской услуги стремится удовлетворить свою потребность и интерес в улучшении уровня качества своего здоровья, состояния своего организма или в сфере эстетического усовершенствования внешнего вида своего тела.

Конфликт, проистекающий из факта оказания медицинских услуг, можно охарактеризовать как социальный и в случае нарушения стороной/сторонами охраняемых законом прав и интересов другой стороны – юридическим, поскольку под юридическим конфликтом стоит понимать любой конфликт в котором спор, так или иначе, связан с правовыми отношениями договаривающихся сторон. В соответствии с законодательством, производство медицинских услуг (оказание медицинской помощи) регули-

руется нормами публичного и частного права, следовательно, как у пациента, так и у врача могут возникнуть разногласия, что, как правило, переводит их в юридическую стадию. И наконец, возможен переход конфликта сторон в экономическую стадию, когда возникает необходимость реализации компенсационной меры при возникновении юридического конфликта.

Под экономическим конфликтом понимается любой конфликт, в основе которого лежит экономический интерес (в данном случае оказание медицинской услуги). Экономическая составляющая конфликта при оказании медицинских услуг определяется исходя из двух компонентов: во-первых, жизнь человека, психическое и физическое здоровье, выраженное в стоимостных характеристиках, и во-вторых, имущественный вред причиненный в результате ненадлежащего оказания или неоказания медицинской услуги (стоимость медицинских услуг, сопутствующие расходы на реабилитацию и т.д.). В настоящее время мы наблюдаем все возрастающую роль экономической составляющей конфликта связанного с оказанием медицинских услуг, поэтому с целью сохранения баланса публичного и частного интереса, необходимо уделять большое внимание юридическому конфликту и способам его урегулирования (Михайлова Х.Н. , 2008).

В качестве примера приводим длительную процедуру (в течении 3 месяцев) рассмотрения конфликта в сфере производства медицинских услуг, инициатором которой была сторона поддержки пациента.

1.Заявление инициатора рассмотрения конфликта

Главному врачу ГКБ № 1 От доверенного лица Ш. гражданина республики Узбекистан И. (проживающего в Смидовическом районе ЕАО) по поводу оказания ему медицинской помощи.

01 июня 2016 года, мой подопечный И., ввиду плохого самочувствия (температура 39.5°C, тошнота, рвота) был вынужден обратиться в поликлинику по месту жительства, где была проведена диагностика, поставлены три капельницы, в результате чего состояние больного стабилизировалось, температура снизилась до 38.5°C, рвота прекратилась, и лечащий врач направил его в ГКБ № 1 г. Хабаровска. Больного по моей просьбе повезли в больницу мой сын и невестка в 15 час. 20 мин. В 16 час. 20 мин. мне позвонил сын и сообщил, что врач осуществлявший прием больных Ф., отказала в госпитализации и сообщила о том, что госпитализация возможна только за наличный расчет из условия 3500 рублей в сутки. И это несмотря на то, что мой подопечный предъявил паспорт гражданина Узбекистана, патент и медицинскую страховку в которой черным по белому определен перечень страховых случаев, в том числе и заболевание. Однако по заявлению врача Ф. страховым случаем представленной страховки является только ушибы, переломы, а заболевание не является страховым случаем и предложила покинуть приемное отделение. Отказав в госпитализации человеку с температурой 39.5°, рвотой, поносом, которые продолжались трое суток и сопровождалась обезвожива-

нием, поставила под угрозу его жизнь, заявив при этом: «...ничего страшного, сутки он проживет».

Я приехал через 30 минут, врач Ф. подтвердила, что госпитализация И. возможна только после оплаты 3500 рублей в сутки, проигнорировав предъявленный страховой полис. Мы позвонили в страховую компанию выдавшую медицинский полис и сообщили об отказе в госпитализации застрахованного больного. Специалист страховой компании попросила передать телефонную трубку врачу Ф., но та в грубой форме отказалась с ней разговаривать, заявив, что нечего ее запугивать. Активное участие в творимом беззаконии принимала и второй врач, которая отказалась сообщить свою фамилию.

Я был вынужден обратиться с заявлением в прокуратуру Ц. района г. Хабаровска, где мне порекомендовали обратиться на горячую линию в Минздрав Хабаровского края. И только после обращения на «горячую линию» врач Ф. согласилась госпитализировать пациента И., на основании медицинского полиса. На момент его госпитализации медсестра в очередной раз подтвердила высокую температуру больного, сообщив вслух ее значение 39.5°, что полностью опровергает утверждение врача Ф., о том, что на момент осмотра больного у него была нормальная температура. Госпитализация была осуществлена через три часа после поступления больного в приемный покой больницы.

Кроме того врач Ф., заявила, что больной будет обследован на СПИД. По моему мнению обязанностью персонала больницы является исключение всех возможных причины болезни, а не попытка сведения счетов с больным, который отказался оплачивать незаконно навязываемые побоиры. Больной И. проходил медицинскую комиссию в ЕАО два месяца назад, в том числе и на наличие СПИД.

Прошу принять меры к сохранению видеозаписи в приемном покое с 15.20. до 18.30. для дальнейшего расследования и подготовки обращения представителя республики Узбекистан к Губернатору Хабаровского края.

07.06.2016. С уважением, доверенное лицо Ш.

2. Служебная записка медицинского персонала ГКБУЗ ГКБ № N

Считаем необходимым сообщить о конфликтной ситуации, возникшей между дежурными врачами инфекционного отделения и лицами, сопровождавшими пациента.

Мы осуществляли дежурство в инфекционном отделении 01.06.2016. в 16.00 в приёмный покой обратился пациент И., 11.12.89 г.р. с направлением на госпитализацию, выданным районной больницей ЕАО. Направительный диагноз: острый гастроэнтерит. Состояние больного на момент обращения средней тяжести. Температура тела 37,4°C. ЧСС 80 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Умеренно выраженная интоксикация. Болен третий день, беспокоили повышение температуры до 39°C с ознобом, повторная рвота, дискомфорт в животе, слабость. Диареи не было.

В гемограмме от 01.06.16 – умеренная воспалительная реакция с нейтрофилёзом, сдвигом влево, тромбоцитопения. Учитывая нетипичную для кишечной инфекции клиническую картину, особенности эпидемиологического анамнеза (проживает на территории частного хозяйства, выполняет строительные работы, ходит в тайгу), сложилось впечатление о возможном начале одной из природно-очаговых инфекций (ГЛПС, лептоспироз, группа клещевых инфекций).

Таким образом, имелись показания для экстренной госпитализации пациента и оказания ему экстренной медицинской помощи. Об этом был информирован сам пациент, а также, ввиду имеющегося определённого языкового барьера (пациент является гражданином Узбекистана), сопровождающие его лица, мужчина и женщина, представившиеся «работодателями» больного. При обращении пациент предъявил паспорт гражданина Узбекистана и страховой полис добровольного медицинского страхования СК «Гелиос». В договоре, прилагавшемся к страховому полису, был указан порядок действий, необходимых в случае возникновения экстренной ситуации.

Поэтому лицам, сопровождавшим пациента, было предложено срочно связаться со страховой компанией и согласовать с ней госпитализацию больного (в последующем, страховые компании, оформившие полис добровольного медицинского страхования, гарантируют медицинской организации, оказывающей помощь, своевременную оплату страхового случая). Помимо этого, лица, сопровождающие больного, были информированы о том, что в случае, если страховая компания не признает возникшую ситуацию страховым случаем, возникнет необходимость решения вопроса об оплате дальнейшего обследования и лечения за период, следующий за экстренной ситуацией, пациентом или его работодателями.

Разговор с сопровождающими был выстроен в предельно корректной форме, однако их реакция была неадекватной и агрессивной. Мужчина, сопровождающий больного, потребовал от дежурного врача письменный отказ в госпитализации пациента. Ему в этом было отказано и ещё раз подчёркнуто, что пациента необходимо госпитализировать, что его состояние вызывает у нас опасение о возможном дебюте тяжёлого заболевания, что диагноз в настоящее время не ясен и ситуация требует дополнительного обследования. Однако сопровождающий ничего не хотел слышать и продолжал настаивать на выдаче «расписки врача об отказе в госпитализации».

Сопровождающая женщина кричала, употребляя ненормативную лексику, угрожала жалобами в различные вышестоящие инстанции, последующей расправой и наказанием. Между тем, в приёмный покой продолжали обращаться больные, бригадой скорой медицинской помощи были доставлены пациенты, требующие экстренной медицинской помощи, при этом скандалящие сопровождающие полностью блокировали работу

приёмного покоя. Им было предложено выйти и совершить необходимые телефонные звонки, а пациент, осмотренный и готовый к госпитализации, пересел в тамбур ожидания.

Тем временем мы продолжили приём больных. Через некоторое время в приёмный покой без стука ворвался, не обращая внимания на проводимый осмотр пациента, ещё один мужчина, ранее не присутствовавший при конфликте, и, представившись «доверенным лицом» иностранного гражданина, но не предъявивший, ни документов, удостоверяющих личность, ни доверенности, позволявшей представлять интересы пациента. Он стал обвинять врачей и медицинскую организацию в «недопустимых преступных деяниях, отказе в госпитализации тяжёлого пациента», оскорблял и угрожал обращениями в прокуратуру и другие организации, уголовным преследованием.

Ему также были даны разъяснения о том, что об отказе в госпитализации не может идти никакой речи, что скандал возник необоснованно и только затягивает госпитализацию больного, нуждающегося в экстренной медицинской помощи. Сам пациент при этом был уведён сопровождающими из приёмного покоя и находился вне досягаемости, то есть сопровождающие осознанно препятствовали госпитализации больного.

Сопровождающий, представившийся «доверенным лицом» и назвавший свою фамилию – Ш., связался с кем-то по сотовому телефону и предложил пообщаться дежурному врачу Ф. якобы с представителем страховой компании, готовым подтвердить, что полис распространён на все случаи заболеваний. Однако мы отказались говорить с кем бы то ни было по сотовому телефону.

О сложившейся ситуации было доложено заместителю главного врача по медицинской части, согласована тактика, и сопровождающим в очередной раз было предложено вернуть больного в приёмный покой. После этого на пациента И. была оформлена необходимая медицинская документация и начато оказание ему медицинской помощи. Следует отметить, что с момента обращения пациента в отделение прошло два часа (время поступления в отделение – 18.00), и такая задержка госпитализации произошла благодаря действиям сопровождавших лиц.

В конечном итоге, нам удалось погасить конфликт, не прибегая к помощи полиции, однако, находясь под сильным психологическим прессингом, мы и не имели возможности вызвать помощь. Считаем возникшую ситуацию в чистом виде провокацией, спланированной «работодателями» иностранного пациента с целью дискредитации нашего лечебного учреждения.

В настоящее время пациент И. продолжает лечение и обследование в инфекционном отделении ГКБУЗ ГKB № N. Состояние его остаётся среднетяжёлым, но имеется положительная динамика. За прошедшее время ни представители пациента, ни страховая компания «Гелиос»,

оформившая полис ДМС, с медицинской организацией не связывались. В случае поступления каких-либо жалоб от вышеупомянутых лиц готовы дать дополнительные пояснения.

Дежурные врачи инфекционного отделения Ф. и И. 02.06.16.

3. АКТ внутренней проверки качества и безопасности оказания медицинской помощи пациенту И.

В соответствии с приказом главного врача от 09.06.2016. №222, в связи с обращением доверенного лица Ш. в адрес главного врача КГБУЗ «ГКБ № N» по вопросам оказания медицинской помощи больному И., комиссией в составе: заместителя главного врача по клинико-экспертной работе; заведующего отделом КЭР и начальника юридического отдела была проведена внутренняя проверка организации и качества оказания медицинской помощи больному И. в КГБУЗ «ГКБ № N». Комиссией изучены обращение Ш., медицинская карта стационарного больного №???, служебная записка дежурных врачей.

В результате проверки установлено следующее:

В 16.00 в приёмный покой обратился пациент И., 11.12.89 г.р. с направлением на госпитализацию, выданным районной больницей ЕАО. Направительный диагноз: острый гастроэнтерит. Состояние на момент обращения средней тяжести. Температура тела 37,4°C. ЧСС 80 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Умеренно выраженная интоксикация. Болен третий день, беспокоили повышение температуры до 39°C с ознобом, повторная рвота, дискомфорт в животе, слабость. Диареи не было. В гемограмме от 01.06.17 – умеренная воспалительная реакция с нейтрофилёзом, сдвигом влево, тромбоцитопения.

Учитывая нетипичную для кишечной инфекции клиническую картину, особенности эпидемиологического анамнеза (проживает на территории частного хозяйства, выполняет строительные работы, ходит в тайгу), сложилось впечатление о возможном начале одной из природно-очаговых инфекций (ГЛПС, лептоспироз, группа клещевых инфекций).

Таким образом, имелись показания для госпитализации пациента по экстренным показаниям и оказания ему экстренной медицинской помощи. Об этом был информирован сам пациент, а также, ввиду имеющегося определённого языкового барьера (пациент является гражданином Узбекистана), сопровождающие его лица. При обращении пациент предъявил паспорт гражданина Узбекистана и страховой полис добровольного медицинского страхования СК «Гелиос». В договоре, прилагавшемся к страховому полису, был указан порядок действий, необходимых в случае возникновения экстренной ситуации, а также перечень страховых и не страховых случаев.

Учитывая тот факт, что диагноз при поступлении был неясным, было необходимо согласовать со страховой компанией госпитализацию пациента и оплату его лечения. Поэтому лицам, сопровождавшим паци-

ента, было предложено срочно связаться со страховой компанией и согласовать с ней госпитализацию больного. Помимо этого, лица, сопровождающие больного, были информированы о том, что в случае, если страховая компания не признает возникшую ситуацию страховым случаем, возникнет необходимость решения вопроса об оплате дальнейшего обследования и лечения за период, следующий за экстренной ситуацией, пациентом или его работодателями. В ходе общения дежурного врача и сопровождавших пациента лиц возникла конфликтная ситуация, связанная с непониманием последними ситуации, при этом затруднялась работа приёмного покоя. Сам пациент при этом был уведён сопровождающими из приёмного покоя, что привело к затягиванию процесса оформления его госпитализации (с момента обращения до поступления в отделение прошло 2 часа).

В инфекционном отделении пациент И. был обследован и получил лечение согласно порядкам и стандартам обследования и лечения инфекционных больных. На фоне патогенетической и симптоматической терапии 09.06.16 (на 9-й день болезни) наступила апирексия, состояние больного улучшилось. В ходе серологического обследования методом нМФА был подтверждён диагноз «геморрагическая лихорадка с почечным синдромом» с ростом титров антител в парных сыворотках (от 09.06 – 1:1024, от 13.06 – 1:6400). Помимо этого, в ходе обследования были исключены другие природно-очаговые инфекции (лептоспироз, иерсиниоз, клещевые трансмиссивные инфекции). Пациент выписан 14.06.16 в удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание с подробными рекомендациями.

На основании представленного СК «Гелиос» гарантийного письма, являющегося составной частью договорных обязательств между страховой компанией и КГБУЗ «ГКБ № N», в страховую компанию представлен счёт-фактура на оплату оказанной медицинской услуги – лечение, наблюдение и уход в инфекционном отделении пациента И.

Анализируя полученную информацию, комиссия установила следующее:

Пациент И., 27 лет, был доставлен в среднетяжёлом состоянии в инфекционное отделение на 3-й день болезни с подозрением на острую кишечную инфекцию. Однако во время осмотра дежурным врачом с учётом клинико-эпидемиологических и лабораторных данных своевременно заподозрена природно-очаговая инфекция – геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, несущая потенциальную угрозу тяжёлых осложнений. Диагноз был подтверждён серологически.

Нарушений организации, качества оказания пациентке медицинской помощи пациенту И. не выявлено. Факт отказа в медицинской помощи иностранному гражданину не установлен. Сам пациент претензий к ме-

дицинской организации не имел. Жалоба Ш., не являющегося официальным представителем пациента И., признана необоснованной.

Подписи:

4.О рассмотрении обращения гражданина Узбекистана И. в адрес прокуратуры Краснофлотского района г. Хабаровска на неправомерный отказ в госпитализации.

Заместителю начальника управления – начальнику отдела организации специализированных видов медицинской помощи МЗ Хабаровского края Гребенникова А.Ф.

В соответствии с письмом от 26.06.16 №И-11ж было рассмотрено обращение гражданина Узбекистана И. в адрес прокуратуры Ц. района на неправомерный отказ сотрудников КГБУЗ «ГКБ № 1» в госпитализации.

08.06.16 в адрес главного врача КГБУЗ «ГКБ № N» поступило обращение Ш., назвавшегося представителем пациента И., по вопросам оказания ему медицинской помощи в инфекционном отделении. Во исполнение приказа главного врача от 09.06.16 г. №222 была проведена внутренняя проверка качества оказания медицинской помощи пациенту в отделении КГБУЗ «ГКБ №1» и по существу обращения.

По существу обращения сообщаем следующее:

Факта отказа в госпитализации в отделение КГБУЗ «КБ № N» пациенту И. не было. Напротив, дежурный врач, осмотрев пациента, заподозрил потенциально опасное для его жизни заболевание – геморрагическую лихорадку с почечным синдромом. При обращении пациент предъявил паспорт гражданина Узбекистана и страховой полис добровольного медицинского страхования СК «Гелиос». В договоре, прилагавшемся к страховому полису, был указан порядок действий, необходимых в случае возникновения экстренной ситуации, а также перечень страховых и не страховых случаев. Конфликтная ситуация возникла не с пациентом, а с лицами, сопровождавшими его, в связи с непониманием обязательств застрахованного лица согласовать со страховой компанией его госпитализацию в стационар. Жалоба признана необоснованной. Материалы внутренней проверки прилагаем.

Главный врач/подпись.

Анализ представленных документов по конфликтной ситуации при оказании медицинской помощи иностранному гражданину И. позволяет прийти к заключению, что конфликт сформировался в условиях, когда обе стороны взаимоотношений не были готовы, как к предупреждению конфликтной ситуации, так и к её преодолению. Между тем, одним из первых шагов в разрешении межличностных конфликтов является факт признания существующих между оппонентами противоречий. Пациент и его доверенные лица были сконцентрированы на возможно быстрой госпитализации, а медицинские работники на строгом соблюдении должностных обя-

занностей. При условии признания противоречий обеими сторонами конфликта, был бы четко определен предмет спора, очерчены границы взаимных претензий, затем выявлены позиции сторон, медицинскими работниками должна была быть проявлена инициатива по нахождению консенсуса и погашения конфликта в виде совместного поиска вариантов его разрешения. Совместный поиск выхода из конфликтной ситуации предполагает соблюдение ряда условий:

- ✓ *Отделение реальных причин конфликта от инцидента (формального повода для начала столкновения);*
- ✓ *Концентрация внимания на существующих проблемах, а не на личных эмоциях;*
- ✓ *Действовать по принципу «здесь и сейчас»*
- ✓ *Создавать обстановку равного участия в поисках возможных вариантов урегулирования конфликта;*
- ✓ *Говорить только за себя; уметь слышать и слушать другого;*
- ✓ *Соблюдать уважительное отношение к личности оппонента – говорить о фактах и событиях, а не о качествах той или иной личности;*
- ✓ *Создавать климат взаимного доверия и сотрудничества.*

К сожалению, в данном примере стороны конфликта слышали только себя, даже не сделали попыток погасить его, что и привело к разрастанию конфликта, втягивания в него сторонних организаций, однако на конечный результат производства медицинских услуг пациенту И. это никакого влияния не оказало. Следовательно данная конфликтная ситуация возникла на «пустом месте» и все усилия по разрешению конфликта были контрпродуктивными. В этой связи следует признать, что многие конфликты между пациентом и врачом легче предупредить, чем разрешить. Поскольку центральными фигурами конфликтов являются конкретные личности, то такая профилактика должна быть личностно-ориентированной.

При исследовании личностных профилей медицинских работников в результате применения наблюдения и стандартизированных опросников склонность к конфликтности и тенденция к избеганию конфликтов выявилась следующим образом: 8,5 % – очень высокая степень конфликтности; 25 % – высокая степень конфликтности; 58 % – выраженная степень; 8,5 % – низкая степень конфликтности. Тактика поведения в конфликте зависит от степени конфликтности и уровня конфликтогенности медицинского работника (Руженков В.А., Чернева Я.А., 2011). Исследование личностных профилей пациентов с различными заболеваниями показывает, что у них формируется высокий уровень психологической защиты и неадаптивные стратегии совладания со стрессом, кроме того отмечается наличие тревожно-депрессивной симптоматики. В тоже время число пациентов, обращающихся за помощью к психотерапевтам составляет менее 10%, несмотря на

то, что более $\frac{2}{3}$ их них имеют значительные отклонения в психоэмоциональной сфере. Полученные результаты говорят о важном значении личностного профиля и поведенческого реагирования в этиологии и патогенезе различных заболеваний. Однако, в лечении патологии внутренних органов в настоящее время психотерапевтического подход применяется крайне редко (Штаньков С.И., 2014; Linehan M., 1993; Bateman A.W., Tyrer P., 2004).

При переходе к пациентоориентированной системе отношений в здравоохранении существует необходимость активизировать позитивную функцию конфликта на основе коллегиальной модели взаимоотношений врача и пациента. Другие модели взаимоотношений (контрактная, техницистская и патерналистская) содержат риски негативного развития конфликта (Ефименко С.А., 2006).

Формирование конфликтных ситуаций при госпитализации пациентов круглосуточные стационары связаны ещё и с общими тенденциями, которые носят название «оптимизация медицинской помощи». По мнению многих специалистов по управлению и экспертов, сама программа оптимизации медицинской помощи, т.е. закрытие или сокращение коечного фонда круглосуточных стационаров, фактически была направлена на снижение доступности медицинских услуг для населения. По мнению президента Лиги защиты прав пациентов Александра Сверско-го: «Когда произошло репрофилирование стационарной медицинской помощи в амбулаторную – увеличилась лишь нагрузка на поликлиники (которые к этому не были готовы) в то время как стационарной помощи стало в разы меньше» (Саверский А.В., 2013). В результате оптимизации увеличилось количество смертей на дому и от заболеваний, которые раньше, как правило, не приводили к летальному исходу. По мнению заместителя председателя формулярного комитета Павла Андреевича Воробьева «Люди все чаще умирают от воспаления легких. Им отказывают в госпитализации, в результате чего они вначале попадают в реанимацию, а потом и на тот свет»³.

Стратегия реформ и конфликты. В настоящее время мы являемся свидетелями и участниками вялотекущего процесса преобразований в отечественной медицине в течение двух десятилетий, который, то набирает обороты в одном направлении, но резко их снижает в другом. Таких примеров достаточно много, в частности - это переход ПМСП на идеологию врача общей (семейной) практики, подготовка медицинских сестер с высшим образованием, организация полустационарных видов помощи в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях и т.п.

Становится понятным мнение отдельных экспертов, что в условиях продолжающихся рыночных реформ вернуться к прежним постулатам

³ Профессор Павел Воробьев: «У врачей опустились руки, а медсестры сбежали из больниц. URL: <http://cc-300.livejournal.com/1089402.html> (дата обращения 29.10.2017)

управления отраслью в виде жёсткого нормирования «вся и всего», начиная от числа медицинских организаций, больничных коек, врачей, медицинских сестер и т.п., а затем тратить огромные усилия на выполнение планов нормирования – задача вполне осуществимая, но бессмысленная, поскольку параллельно с государственным сектором производства медицинских услуг уже вырос и сохраняет положительный тренд негосударственный сектор, который работает преимущественно исходя из рыночных критериев спроса и предложения.

В этой связи мы не хотели бы полностью исключать нормирование, как таковое из процесса управления отраслью здравоохранения. Но перейти к обсуждению этого вопроса с позиции нормирования Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи на иных принципах. В частности использование нормирования не структурных элементов системы производства медицинских услуг, а нормирование производственных показателей системы, т.е. видов и объемов производства, производительности труда медицинского и иного персонала ЛПУ с ориентацией на конечный результат в виде уровня здоровья населения.

В 2010 году распоряжением Правительства РФ от 11 ноября № 19540-Р была утверждена программа «Развитие здравоохранения» на текущее десятилетий (2010-2020 гг.), которая, как надеется большинство медицинских работников, определяет основные направления реформ и «реперные точки» инновационного развития системы охраны здоровья населения России. Эта программа была публично представлена на коллегии Минздрава России 28 сентября 2012 года.⁴

Именно в этой Программе появились приоритетные направления модернизации отрасли, которые сводились к нескольким принципам.

- ✓ *Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни.*
- ✓ *Развитие системы качественной и доступной медицинской помощи (в том числе детям).*
- ✓ *Обеспечение системы здравоохранения квалифицированным персоналом.*
- ✓ *Разработка, внедрение и институционализация инновационных технологий.*

Об источниках и уровне финансирования основных направлений программы «Развитие здравоохранения» в последнее время говорится достаточно много на разных уровнях. Сумма средств, заявленная на реализацию выше указанного проекта в 2013-2020 гг., внушительна – 30 трлн рублей.

И, все-таки, при всей несомненной системности программы «Развитие здравоохранения», по нашему мнению, существует высокий уровень

⁴ Материалы доклада министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой 28.09.2012 г. (Минздрав РФ).

рисков в реализации этой программы в отдаленных Северо-Восточных провинциях России. Именно в этих провинциях противоречивость политических и социально-экономических реформ нашла зеркальное отражение в сложности проводимых преобразований в системе здравоохранения. Это обусловлено многими факторами, которые можно объединить в три основные группы:

- I. несовершенство принципов финансирования медицинской помощи, неэффективное использования выделенных ресурсов, господство административно-командных методов управления;*
- II. появление новых проблем, связанных с переходом от государственной системы здравоохранения к бюджетно-страховой с качественно новыми экономическими отношениями в условиях рыночной экономики;*
- III. недооценка важности реформ системы здравоохранения, как важнейшего сектора экономики Сибири и Дальнего Востока России.*

В условиях недостаточного финансирования отрасли здравоохранения региона в последнее десятилетие со всей остротой стал вопрос о необходимости ускоренного перехода от экстенсивно ориентированной, распределительной системы ресурсного обеспечения ЛПУ на интенсивные модели развития и экономические методы управления (Дьяченко В.Г. с соавт., 2013). И, тем не менее, именно в этом программном документе впервые за многие годы, наконец, были сформированы приоритеты и целевые ориентиры модернизации отрасли отечественного здравоохранения.

Между тем, до большинства производителей медицинских услуг, в очередной раз не были доведены и разъяснены цели преобразований в системе отечественного здравоохранения, что демотивировало поведения исполнителей и блокировало реализацию идеологии целевого управления. Именно оно делает основной упор на мотивацию человеческих ресурсов, обеспечение сотрудничества между всеми членами трудового коллектива, профессиональное развитие работников и рост производительности труда.⁵ Целевое управление персоналом можно определить как процесс, направленный на достижение поставленных задач и запланированных результатов. К сожалению, отечественные реформы производства медицинских услуг в рыночных условиях не опирались на современные концепции управления персоналом.⁶ В условиях рынка в системе производства медицинских услуг были утеряны мотивационные критерии деятельности медицинских работников, не изучались потребности, интересы, настроения,

⁵ Грэхем Х.Т., Бенетт Р. Управление человеческими ресурсами: Учеб. пособие для вузов / Пер. с англ. под ред. Т.Ю. Базарова и Б.Л. Еремина. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003.

⁶ ✓Гутгарц В.И. Информационные технологии в управлении кадрами. – М.: ИНФРА-М 2003 .
✓Юнг П. Концепция развития персонала в альянсе VAG. – 1998. – С. 43.

их личные цели, а также возможность интеграции мотивации с производственными требованиями и целями медицинских организаций.

Кадровая политика большинства отечественных медицинских организаций до настоящего времени не ориентирована на развитие своего кадрового потенциала, укрепление морально-психологического климата и на реализацию социальных программ. Система развития медицинского персонала в виде взаимосвязанных действий, включающих выработку стратегии, прогнозирование и планирование потребности в персонале, управление карьерой и профессиональным ростом, организацию процесса адаптации, обучения, тренинга, формирование организационной культуры не реализуется. Всё это в комплексе дополняет уровень конфликтности отношений между потребителями и производителями медицинских услуг. Анализ многочисленных конфликтных ситуаций убеждает нас в том, что в конфликт довольно часто вступают медицинские работники, имеющие высокую профессиональную квалификацию.

Большинство из них не приемлет либеральную стратегию реформирования отечественной медицины, результатом которой становится ликвидация медицинских организаций и сокращение коечного фонда большинства круглосуточных стационаров в сельской местности, небольших городах и поселках городского типа, что сопровождается снижением доступности видов и объемов медицинских услуг для жителей провинциальных поселений. Несмотря на осознанный выбор специальности и значительный опыт работы с людьми, низкая заработная плата уникальных по своим компетенциям врачей-клиницистов, незначительно превышающая прожиточный минимум, является одним из основных факторов, определяющим социопсихологический дискомфорт значительной части персонала большинства медицинских организаций. Именно этот фактор стрессогенно влияет на характер intersubъектных взаимоотношений в момент оказания медицинской помощи.

5.2. Потребительское поведение, как источник конфликта взаимоотношений между пациентом и врачом

Поведение потребителя на рынке медицинских товаров и услуг, наличие противоречий между пациентом и врачом становятся источником социальных конфликтов, что выводит конфликтологию в ряд самостоятельных дисциплин. Становление рыночных отношений в различных сферах производства делает конфликтологию значимой и актуальной проблемой для современного состояния российского общества. Вместе с тем, сопоставление с нынешней общественной ситуацией показывает, как много еще существует проблем, настоятельно требующих своего незамедлительного анализа и поиска путей решения.

Прежде всего, в методологическом отношении требуется дальнейшее обоснование и углубление анализа содержания конфликтов между пациен-

том и врачом, их принципиальной основы с позиции вхождения социума в рынок. Эта задача особенно важна именно в условиях начавшейся трансформации российского общества, поскольку эта трансформация предполагает и даже требует соответствующего преобразования и общественного сознания, восприятия им социальной реальности. «Бесконфликтного» общественного бытия, как это утверждалось еще совсем недавно идеологами тоталитаризма применительно к нашему обществу, нет и быть не может, поскольку по своей сути оно представляет собой непрерывный процесс возникновения и разрешения разного рода противоборств личностей и социальных групп. Отношение к конфликтности в обществе ориентируется на утверждение о том, что, с одной стороны, столкновения отдельных личностей и социальных групп по тем или иным основаниям – нормальное явление общественной жизни, а с другой, – существует острая необходимость поиска таких условий, которые способны придать этим столкновениям максимально цивилизованный и гуманный характер. Довольно часто основой роста конфликтности в обществе является покупательское поведение потребителей. Причем, покупательское поведение – процесс принятия решения потребителем о распределении своего дохода между различными товарами и услугами, которые он намеревается приобрести. Знание этого механизма позволит более рационально распределить ресурсы, как потребителю, так и производителю товаров и услуг (Алёшина И.В., 2000; Лыгина Н.И., 2005).

Специфика рынка медицинских услуг состоит в том, что этот рынок имеет многочисленные сегменты, которые группируются по определенным категориям потребителей со своими требованиями, вкусами, запросами, традициями, культурными особенностями, границами платежеспособного спроса и т.п. В практическом маркетинге медицинских услуг потребители делятся на две группы: конечные потребители (пациенты) и организации, являющиеся по своей сути посредниками (страховые медицинские организации), которые приобретают медицинские услуги для застрахованных пациентов. По логике проводимых реформ, именно потребитель, решая, что и где покупать, определяет, какие медицинские услуги должны пользоваться спросом.

Система потребления в рыночных условиях видоизменяется под действием совокупности возросших общественных рисков таким образом, что иерархию фиксированных, внушаемых средствами массовой информации и «Интернетом» потребностей дополняет «самовоспроизводящийся риск». Человек в современном обществе образован и материально обеспечен, но он постоянно испытывает страх перед неопределенностью своего положения и боязнь потерять стабильность своего существования в условиях формирующихся социально-экономических рисков, знания о которых распространяются через СМИ. Потребитель в условиях современной России не имеет права на спокойное существование, поскольку кроме бесконечно

растущего разнообразия предметов потребления на него действуют внешние тревоги и неопределенности дальнейшей судьбы. Его обязанность отныне – приобретать что-либо сегодня, поскольку завтра у него просто может не стать для этого материальных средств, здоровья, времени, сил. «Избыток рисков оставляет далеко позади избыток богатств».

В состоянии ценностно-мировоззренческой паники и предельной раздробленности современное сообщество потребителей вынуждено считаться с четко определенными, санкционированными системами поведения на рынке. Результатом сложной противоречивой механики рисков является выделение особого «посреднического» слоя представителей общества, занятого распространением знаний о том, какие товары и услуги следует приобретать, о формировании стиля потребления. Это слой относительно новой мелкой буржуазии, взаимоотношения которой с интеллектуалами раскрывают основы стимулирования спроса на стилизацию жизни. Новая мелкая буржуазия фактически представляет собой слой менеджеров, руководителей маленьких отделов, офисных работников, всевозможных помощников и ассистентов. «Новизна» для данного слоя выражается, с одной стороны, инвестированием в культурный и образовательный капитал, с другой стороны, мобильностью в социальном пространстве, «уничтожением расчетливого аскетизма» и последующим принятием «гедонистических норм потребления». Стиль жизни новой мелкой буржуазии современной России можно считать синонимом западного потребительского стиля жизни. То есть этот слой сегодня является носителем ценностей и материальных форм жизни потребительского стиля.

Факторы, формирующие поведение потребителей. На поведение потребителей медицинских услуг оказывает влияние целый ряд факторов – внешние (факторы среды и факторы маркетинга) и внутренние (психологические и личностные).

Внешние факторы в виде особенностей культуры/субкультуры, принадлежности к тому или иному общественному классу, референтным группам, роли и статусы потребителя. Степень влияния каждого внешнего фактора на потребителей (пациентов) не одинакова. Немаловажное влияние на уровень культуры каждого человека оказывает его жизненный опыт. В этой связи следует отметить, что уровень культуры оказывает самое непосредственное воздействие на жизнь потребителей медицинских услуг. С точки зрения маркетинга, это явление находит свое выражение в том, какие товары медицинского назначения, лекарственные средства и медицинские услуги приобретаются, какое значение им придается в процессе потребления. Кроме того, по мере изменения культурного уровня потребителей медицинских услуг меняются его потребительские пристрастия, что должно подвергаться постоянному анализу со стороны маркетологов.

Субкультура является составной частью культуры данного сообщества. Она определяется набором взглядов, ценностей и норм поведения,

трансформированных к некоторой группе людей, объединенных на национальной, религиозной, расовой, региональной или какой-нибудь другой основе. Такие группы потребителей медицинских услуг могут быть рассмотрены как отдельные сегменты рынка, для которых характерно специфическое покупательское поведение.

Под общественным классом обычно понимается совокупность отдельных людей или семей, которые характеризуются схожими убеждениями, стилем жизни, интересами и поведением. Как правило, при выделении общественных классов учитываются такие характеристики, как профессия, доходы, ценностная ориентация, классовое сознание и богатство (Гембл П., 2002). В экономически развитых странах такие классы были сформированы достаточно давно и выглядят, как весьма стабильная структура (Спесивцева А. Л., 2015; Gilbert D., Kahl J., 1982) (табл. 5.1.).

По мнению Макса Вебера помимо экономического критерия (отношения к собственности и уровень доходов) следует учитывать социальный престиж (получение индивидом от рождения или благодаря своим личным качествам определенного социального статуса, позволяющего занять ему соответствующее место в социальной иерархии) и политическую власть. Им была сформирована теория трехкомпонентной стратификации, характеризующую политическую власть как взаимодействие между «классом», «статусом» и «групповой властью». Вебер считал, что классовая позиция определяется, исходя из навыков и образования человека, а не столько их отношения к средствам производства (Вебер Макс., 1990).

Большой вклад в развитие теории социальной стратификации внесли к Толкотт Парсонс, Ральф Дарендорф, Бенджамин Барбер и др. (Парсонс Т., 2000; Dahrendorf R., 1959; Barber R. Benjamin., 1999). Сторонники этой теории социальной стратификации считают, что понятие класса годится только для анализа социальной структуры обществ прошлого. В современных условиях отношения собственности потеряли свою определенность, оказались размыты и поэтому понятие «класс» следует заменить понятием «страта» или слой, а общество рассматривать с точки зрения теории социальной стратификации, а не теории социально-классового строения общества. Страты, в отличие от класса, формируются не только по формальным экономическим признакам (наличие частной собственности, доход, профессии и др.), но и по таким признакам, как престиж, образ и стиль жизни, объем власти и авторитета. В классической социологии собственность выступает в качестве ключевого элемента классовой границы. Отношение к средствам производства – основной классообразующий фактор в теории марксизма.

Новое постперестроечное время внесло принципиальные перемены в социальную структуру российского общества. Буржуазная революция 1991 г., по сути, возродила уничтоженную в свое время коммунистами, систему прежних капиталистических отношений, и привела к сосуществованию ка-

питалистической собственности с государственной. Результат этого – перемены классовой, социально-профессиональной и социально-функциональной структуры общества (Арутюнян Ю.В., 2002; Горшкова М.К., Тихонова Н.Е., 2004). В последнее десятилетие в результате продолжающихся либеральных реформ произошли значительные изменения в социальной стратификации российского общества.

Таблица 5.1.

Характеристики шести основных общественных классов США

Общественный класс	Характеристика класса
Высший высший класс	Элита общества, происходящая из именитых семей и живущая на наследуемое богатство. Жертвуют деньги на благотворительные цели, владеют более чем одним домом, посылают детей в частные школы, не привыкли выставлять свое богатство напоказ. Служат референтной группой для остальных классов. Рынок драгоценностей, антиквариата, домов, услуг по организации отдыха и путешествий.
Низший высший класс	Лица свободных профессий или бизнесмены, получающие высокие доходы в силу своих исключительных способностей. Активны в общественных и гражданских делах, жаждут признания своего социального положения и демонстративно тратят. Стремятся перейти в высший высший класс. Рынок дорогих домов, яхт, плавательных бассейнов, автомобилей.
Высший средний класс	Делающие карьеру лица свободных профессий, управляющие, бизнесмены. Проявляют заботу об образовании, духовной жизни, культуре и гражданских делах. Рынок хороших домов, мебели, одежды и бытовых приборов.
Низший средний класс	Служащие, мелкие предприниматели, «рабочая аристократия» (водопроводчики, средний инженерно-технический состав заводов). Озабочены соблюдением норм и правил культуры, созданием себе ореола респектабельности. Рынок товаров типа «сделай сам», хозяйственных принадлежностей, одежды строгого стиля.
Высший низший класс	Мелкие служащие, квалифицированные и полуквалифицированные рабочие. Озабочены проблемами четкого разделения ролей полов, укреплением своего положения в обществе. Рынок спортивных товаров, пива, товаров для домашнего хозяйства.
Низший низший класс	Неквалифицированные рабочие, лица, живущие на пособия. Рынок пищевых продуктов, телевизоров, подержанных автомобилей.

Во-первых, коренным образом изменился сам характер стратификационной системы. Если в советском обществе преобладала этакратическая

система, построенная на властных иерархиях и формальных рангах, то в современном российском обществе формирование стратификационной системы происходит на экономической основе, когда главными критериями становятся уровень доходов, владение собственностью и возможность осуществлять самостоятельную хозяйственную деятельность.

Во-вторых, сложился многочисленный предпринимательский слой, высшие представители которого составляют значительную часть хозяйственно-экономической элиты, а в ряде случаев даже входят в политическую элиту страны. Независимо от качественных оценок этого слоя, ясно одно: переход к рыночной экономике породил новые социальные группы, не только обладающие экономической свободой, но и претендующие на самые высокие места в общественной иерархии. Кроме того, заметно изменилась социально-профессиональная стратификационная структура в связи с появлением в ходе реформ новых престижных, высокооплачиваемых профессий и видов деятельности (предпринимательской, коммерческой, финансово-банковской, управленческой, юридической и др.).

В третьих, отчетливо сформировалось полярное расслоение общества, вызванное резкой дифференциацией доходов населения России (незадолго до распада СССР децильный коэффициент равнялся пяти, в 1997 г. он повысился до двенадцати, а в настоящее время достиг двадцати пяти, и это не предел). Причем, несмотря на существующую социальную полярность общества, начинает формироваться средний слой, основу которого составляют высокообразованные, инициативные, предприимчивые социальные категории (бизнесмены, менеджеры, представители аппарата государственного управления среднего звена, лица интеллектуальных профессий, фермеры, высококвалифицированные рабочие и служащие). Доля среднего класса в России пока не очень высока и, по разным оценкам, составляет от 25 до 42% (Никс Н. Н., 2014).

Для общественных классов характерны свои предпочтения на рынке средств медицинского назначения, лекарств и медицинских услуг. Исходя из этого, каждый из общественных классов представляет собой определенную группу потребителей с примерно одинаковым поведением, обусловленным их экономическим положением на рынке здравоохранения (Волчанский М.Е., 2008).

Существенное влияние на поведение потребителей медицинских услуг оказывают так называемые референтные группы, под которыми понимается некоторая совокупность людей, способных оказывать влияние на отношения и поведение человека. С учетом степени такого влияния наиболее часто рассматривают следующие типы референтных групп:

- I. первичные и вторичные;*
- II. притягивающие и отталкивающие;*
- III. формальные и неформальные.*

Наибольший уровень влияния на поведение потребителей характерен для первичных групп. Такие группы образуют непосредственно окружающие данного человека люди, и прежде всего члены семьи, соседи, друзья, коллеги по работе и др. Во вторичных референтных группах влияние на мысли и поведение человека не является столь существенным и носит в основном эпизодический характер. К таким группам относятся различные общественные организации, профсоюзы и профессиональные ассоциации.

Для притягивающих референтных групп потребителей медицинских услуг характерно наличие таких ценностей и такого поведения их членов, которые являются желательными для данного потребителя. Он готов воспринимать сложившиеся нормы, ценности и поведение соответствующей совокупности людей и стремится ассоциировать себя с такой группой. В реальной ситуации могут встречаться и такие группы потребителей, ассоциаций с которыми данный человек стремится избежать. В этом случае говорят об отталкивающих референтных группах.

И, наконец, формальные референтные группы потребителей характеризуются тем, что для них четко определен качественный состав, оговорены нормы и правила поведения. В отличие от формальных, в неформальных референтных группах нет четкой структуры организации, они образуются благодаря наличию общих интересов для данной совокупности людей.

Каждая из референтных групп оказывает определенное влияние на потребителя. Это влияние находит свое выражение в следующем:

- I. изменяются стиль жизни и здоровье сохраняющееся поведение члена референтной группы;*
- II. меняются представления человека о своем здоровье, отношении к жизни и её качеству;*
- III. складывается определенное мнение индивидуума о конкретном средстве медицинского назначения, лекарственном препарате и медицинской услуге.*

Значительное влияние на покупательское поведение оказывают семья и домашнее хозяйство. Это обусловлено тем, что семьи и домохозяйства приобретают и потребляют значительное число различных медицинских товаров и услуг. Именно семья формирует пациентов в качестве потребителей медицинских услуг. Члены семьи играют разные роли в процессе потребления медицинских товаров и услуг, что позволяет классифицировать последних:

- I. инициаторов, членов семьи, от которых исходит инициатива в приобретении конкретной медицинской услуги;*
- II. влияющих лиц, членов семьи, сознательно или подсознательно, словами и действиями оказывающих влияние на принятие решения о приобретении средств медицинского назначения, лекарства или услуги и их потреблении;*

- III. лиц, принимающих решение о приобретении медицинского товара или услуги;*
- IV. потребителей, членов семьи, непосредственно пользующихся средств медицинского назначения, лекарства или медицинскими услугами.*

Указанные роли отдельных членов семьи в процессе принятия решения существенно зависят от этапа жизненного цикла семьи:

- I. холостяки (молодые, неженатые люди, живущие отдельно от родителей);*
- II. молодая семья без детей;*
- III. молодая супружеская пара с детьми до 6 лет;*
- IV. супружеские пары с детьми (младшему ребенку 6 и более лет);*
- V. зрелая супружеская пара со взрослыми детьми;*
- VI. пожилые супружеские пары, живущие без детей;*
- VII. престарелые одиночки.*

На каждом из этапов жизненного цикла семья имеет свои определенные потребности в медицинских услугах. Если молодые супружеские пары с детьми значительные средства тратят на приобретение медицинских товаров детского ассортимента, то пожилые супружеские пары придают первостепенное значение качеству жизни, уделяя особое внимание приобретению лекарственных препаратов и услуг с помощью которых возможно восстановление утраченных функций органов и систем (пересадка органов и тканей).

Внутренние факторы или т.н. личностные факторы, которые характеризуют постоянные и устойчивые формы поведения потребителя:

- I. возраст;*
- II. образ жизни;*
- III. работа;*
- IV. экономические условия.*

В течение своей жизни каждый индивидуум меняет свои нужды и потребности. Соответственно с этим происходят изменения в ассортименте и номенклатуре потребляемых медицинских товаров и услуг. Так, в детском возрасте отдается предпочтение качественным вакцинам, лекарственным препаратам и средствам медицинского назначения, связанных с оказанием медицинской помощи при острых заболеваниях и травмах. Молодые люди в возрасте от 20 до 34 лет, как правило, потребляют наименьший уровень видов и объемов медицинских услуг, а больше внимания уделяют потреблению средств поддержания/формирования гармоничности физического развития, косметологии и стоматологии. Изменения в ассортименте и номенклатуре приобретаемых медицинских товаров и услуг происходят и в последующие годы, причем на эти изменения самое непосредственное влияние оказывает этап жизненного цикла семьи о нарастающий «объем поломок биологической системы» индивидуума.

Что же относительно образа жизни обычно понимаются устоявшиеся формы бытия человека в окружающем мире, которые находят свое выражение в его деятельности, интересах и убеждениях. При этом деятельность индивидуума, как правило, связана с работой, общественными мероприятиями, отдыхом, развлечениями, семьей, СМИ, моде и др. Описанием этих параметров и их измерением занимается психографика, которая позволяет измерить характеристики образа жизни и сформировать их классификатор. Используя психографику, специалисты могут определить, какое влияние оказывает образ жизни на потребление конкретных медицинских товаров и услуг, а следовательно, должным образом моделировать поведение соответствующих потребителей.

За последние два десятка лет рыночных преобразований в общественном сознании россиян укоренилось понятие «средний класс». Именно средний класс является наиболее интересным сегментом для маркетологов и рекламистов. Однако среди ученых-социологов, маркетологов и рекламистов не существует единого мнения, каким образом сегментировать потребителей современной России по признаку «общественный класс». Изучение проблемы социальной стратификации не ново, однако социальные преобразования последних десятилетий вносят существенные коррективы в подходы к сбору информации относительно специфики изменений в социальных классах и в выявление возникающих новых социальных образований, в прогнозировании перспектив и проблем развития общества (Кифоренко И.К., 2015).

В экономически развитых странах, где капитализм развивается в течение нескольких столетий, социокультурное поле господствующего класса (буржуазии) часто делится на две части. Первая часть – это поле отношений, порожденных длительным пребыванием в буржуазном статусе. Здесь находятся люди, выросшие в относительном богатстве, которое является для них естественным состоянием. Вторая часть – это поле отношений, возникающих в связи с быстро и неожиданно свалившимся успехом в бизнесе. Длительность семейного опыта пребывания в буржуазном поле порождает разные субкультуры. Старая буржуазия тяготеет к имитации аристократического образа жизни и стремится отгородиться в повседневной жизни от «вульгарных» обладателей новых капиталов. Утонченные потребительские практики усваиваются уже на ранних фазах социализации. Они закрывают социокультурное поле старой буржуазии надежнее, чем деньги. В современной России старой буржуазии нет и быть не могло. Отсюда – отсутствие свойственного для обществ на западе определенного комплекса неполноценности тех, кто не имеет благородных корней (Ильин В.И., 2000).

Новая буржуазия – это феномен известный всем странам, вступающим в эпоху первоначального накопления капитала. В постсоветской России они получили ироническое прозвище «новые русские». Правда, этот

термин, имеющий социокультурное содержание, шире категории соответствующего класса и включает всех вдруг разбогатевших граждан России. Для этой категории характерна модель престижного потребления, описанная Торстейном Вебленом (Веблен Т., 1984; Veblen T., 1934). Потребление, основным мотивом которого является демонстрация своего высокого социального положения (прежде всего социально-экономического), он называл показным (Conspicuous Consumption), престижным (потребление во имя завоевания престижа), статусным (цель – демонстрация высокого статуса). Средством демонстрации статуса является высокая цена демонстративно потребляемых товаров и услуг. Демонстративное потребление – это «использование потребления для доказательства обладания богатством», потребление «как средство поддержания репутации» (Веблен 1984). Этот стиль потребления, по его мнению, был характерен для так называемого «праздного класса» – новых богатых американцев, которые старались подражать высшему классу Европы, но в отличие от него выставляли свое потребление напоказ. Это показное потребление позволяло праздному классу укрепить свое представление о себе как об элите американского общества.

Жизненные стратегии народившейся российской буржуазии часто направлены на увековечивание своего статуса через детей, которые должны вырасти уже в совершенно новых условиях и приобрести аристократический блеск, о котором их родители не могут даже мечтать. Отсюда вытекают и практики в сфере потребления образовательных услуг. Особой популярностью в этом кругу пользуются учебные заведения с элитным статусом. Об уровне образования, получаемого там, родители далеко не всегда могут судить, но школы привлекают новую отечественную буржуазию широким набором предметов, вызывающих ассоциации с известной из литературы аристократией (от древних языков до верховой езды). Высокая плата за обучение создает социальный барьер, препятствующий допуску детей из простых семей, что формирует имидж избранности. В провинции численность буржуазии не настолько велика, чтобы можно было формировать свои школы. Здесь дети буржуазии перемешиваются в лицеях и спецшколах с детьми из семей нового среднего класса. Однако в столицах (Москва, Санкт-Петербург) уже заметно формирование буржуазных школ, классовый статус которых обеспечивается очень высокой платой за обучение (Порецкина Е., 2001).

В современной России значительная часть представителей крупной и средней буржуазии имеет номенклатурный характер – это бывшие советские руководители, «красные директора», партийные или комсомольские работники или члены их семей. Встречаются здесь и выходцы из научной интеллигенции. Все это не может не накладывать отпечатка на субкультуру этого класса, которая ближе, чем в Западных странах к субкультуре нового среднего класса (Мареева С.В., 2016). Современная российская бур-

жуазия с первых шагов своей истории отличается относительно высоким уровнем образования (хотя имеется немало исключений). В силу этого ее потребительские практики существенно отличаются от тех, которые были характерны для формирующейся русской буржуазии конца XIX – начала XX веков, когда основная ее часть (купцы, промышленники) выходила из низших сословий – крестьян, мещан, имевших достаточно невысокий образовательный уровень.

В то же время в среде средней российской буржуазии велик процент людей, «сделавших себя». Многие из них вышли из необразованных слоев общества благодаря твердому и наглому характеру, решительности, склонности к авантюризму, нередко их успех во многом обусловлен противозаконной деятельностью, моральной неразборчивостью, связями с миром криминала. Эта часть буржуазии в силу своей заметности в постсоветский период породила главного героя современности – «нового русского» – человека относительно богатого, начисто лишённого интеллигентности, образования, вкуса. По мнению представителей экспертного сообщества к среднему классу зрелого индустриального и информационного общества обычно относят группы самостоятельно занятых, т.е. мелких предпринимателей, коммерсантов, ремесленников. Это традиционный средний класс, с длительной историей, который в ином концептуальном контексте именовался мелкой буржуазией (Порецкина Е., 2001; Усова А.Н., 2013; Кильдюшева О.А., Кулешова Г.П., 2017). Но наряду с ним все большее значение приобретает «новый средний класс», который сформировался в государствах с развивающейся экономикой (Батуренко С. А., 2016). Новый средний класс России в значительной мере космополитичен и вестернизирован. Его представители обычно неоднократно бывали на Западе, порою жили там, активно покупают журналы, рекламирующие стили жизни западного среднего класса. Отсюда и поиск референтных групп не в своем доме, а на за рубежом, среди людей своего круга, своей профессии (Порецкина Е., 2001).

Это накладывает отпечаток на процесс потребления в современной России, который складывается под воздействием множества факторов, таких, как многонациональность, многоконфессиональность, климатические особенности, географическое положение региона, этнические особенности населения. Потребление превращается в интегральный аспект социальной жизни, элемент повседневной жизни, который способен по-новому структурировать общество, объединить, а может быть, и разъединить индивидов, интегрировать или изолировать их. Ситуация складывается таким образом, что российское общество сильно дифференцируется посредством особенностей потребления товаров и услуг.

В современных условиях в среде нового отечественного среднего класса активно формируется отношение к своему здоровью как к большой ценности, в том числе и экономической. Это во многом вытекает из образа

жизни: в социальном поле этого класса. Поскольку время стоит больших денег, а больничные листы, нетрудоспособность из-за плохого самочувствия все чаще воспринимаются как большая роскошь. Требования образа жизни подкрепляются референтной группой – западными средними классами и журналами, которые активно рекламируют товары и услуги, нацеленные на поддержание здоровья. У одних индивидуумов – это активные занятия спортом, физкультурой. На них ориентируется бизнес, вводящий в действие все новые и новые спортивные залы, бассейны, фитнес-центры и т.п. Постепенно к заботе о здоровье примешивается символический компонент. И тогда в среде молодых представителей нового среднего класса становится престижно посещать спортивные залы, которые превращаются в классовые маркеры. Отсюда – ориентация на дорогие спортивные центры, которые могут себе позволить только люди состоятельных классов. "Это очень дорогое удовольствие, - говорит менеджер, - Я плачу взносы в клуб. 600 долларов за полгода... Это элитарный клуб, который есть в каждой стране. Дело в том, что очень хочется посещать такой клуб, если есть финансовые возможности... За удовольствие приходится платить. В какие-то дешевые клубы меня просто не затащишь (Порецкина Е., 2001). Таким образом, даже престижный спортивный клуб превращается в символ исключительной социальной идентичности.

У другой группы представителей среднего класса забота о здоровье проявляется в выборе различных диет, витаминных добавок, показной заботе о качестве продуктов питания и т.п. Следствием превращения здоровья в экономическую ценность является рост спроса на услуги платной медицины, которой приписывается более высокое качество по сравнению с медицинскими услугами полученными в рамках исполнения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС. За этим выбором стоят не только утилитарные соображения – получение доступной, качественной и безопасной медицинской помощи, но и статусные. Поскольку в определенных кругах нового среднего класса уже просто неприлично ходить в обычные поликлиники, это может быть расценено коллегами как скaredность. За выбором платной медицины стоит и принцип, типичный для бизнеса: «Время – деньги». Трата на платную поликлинику, где действует экономический фильтр, отсекающий очереди, представляется как рациональный шаг, как забота о драгоценном времени.

Маркетинг бесцеремонно вторгается в жизнь значительного числа семей «новых русских». Выбор товаров и услуг, соответствующих как своему статусу, так и индивидуальности, занимает все большее место. Насыщение рынка широким спектром товаров и услуг не облегчает, а усложняет проблему. Большое предложение и высокая покупательская способность превращают выбор значимых товаров и услуг в сложную задачу. Она решается с помощью серьезного и системного изучения рынка с помощью

СМИ, специализированных сайтов Интернета, посещения специализированных магазинов и т.п.. В конечном итоге в этом поиске на первое место выходит не цена, а качество – технологическое и символическое – товаров и услуг.

Содержательной основой поведения потребителей, по мнению специалистов по потребительскому поведению Д. Хокинса и Р. Беста, является процесс принятия решения о покупке и то, какие условия и факторы влияют на это решение. Они считают, что, если изучить все эти факторы и условия, можно научиться управлять этим поведением (Hawkins D.I., Best R.I., Coney K.A., 1991). Специалисты отмечают, что условия и факторы, влияющие на принятие решения о покупке, можно разделить на внешние и внутренние (со стороны потребителя). В качестве внутренних факторов выступают особенности восприятия, характеристики индивида как потребителя, способность к обучению, запоминанию, потребности, побуждающие действия и установки клиента, а также его эмоциональное состояние. Внешние факторы также многосторонни и отличны друг от друга. Это и оказание воздействия со стороны референтных групп на потребителя, и состояние политической и экономической обстановки в стране на данный период, и показатели демографической политики. Имидж, стиль жизни и статус нередко оказывают на потребителя наибольшее влияние.

В реальной ситуации важно понимать, что социально-экономический механизм, обеспечивавший политическую стабильность современной России, постепенно разрушается. Его основой относительно недавно была дорогая нефть. Как следствие – не только постоянный рост потребления, но и возможность для власти поддерживать равновесие среди элитарных страт в широких слоях российского общества, пытаясь удовлетворить и тех и других. Однако, все чаще и чаще общество ощущает дестабилизацию некогда существовавшего равновесия и совсем не потому, что нефть подешевела. Мировая экономика изменяется необратимо в ходе перманентного, вялотекущего кризиса. Сама российская экономика и общество меняются о значительной скоростью, что порождает новые интересы потребителей, новые проблемы производителей, и, что совсем неудивительно, новые конфликты взаимоотношений потребителей и производителей по разным направлениям.

Стратегия потребления и конфликты между потребителями и производителями медицинских услуг. Под стратегией потребления обычно понимают целенаправленную деятельность субъекта в сфере личного потребления для удовлетворения материальных и духовных потребностей наиболее приемлемым способом, позволяющую адаптироваться к изменениям, а в случае необходимости заблаговременно предпринимать соответствующие действия (Ильина И.Ю., 2009). Она различала три основные стратегии потребительского поведения населения:

- I. Стратегия минимизации потребностей характерна для малоимущих слоев общества. Как правило, основана на жесткой экономии, ориентации на минимальную цену даже в ущерб качеству товара или услуги.*
- II. Стратегия рационального действия опирается на строгий расчет соотношения результата и затрат (качества и цены), основывается на выборе наиболее оптимального пути удовлетворения потребности при ограниченных финансовых ресурсах. Подобная стратегия характерна для базовых и «средних» слоев общества, социально и профессионально активных людей.*
- III. Стратегия престижного потребления основана на демонстративном приобретении «престижных» товаров и услуг для символического подтверждения (присвоения) определенного социального статуса.*

Такое рассмотрение стратегии потребления полезно и для описания частных стратегий потребления медицинской помощи различными социально-статусными группами общества. Однако потребительский выбор в сфере медицинского обеспечения – более глубокий процесс, чем заурядное рациональное соотнесение цены и качества медицинской услуги. В реальности присутствуют, конечно, и элементы демонстративного потребления медицинской помощи, допустим, направленного на формирование «успешного тела», но в России частота подобного феномена относительно невелика. Впрочем, данное предположение не исключает возможности побочного научного поиска факторов и масштабов престижного потребления дорогостоящих и не всегда жизненно необходимых для пациента медицинских услуг (Вялых Н.А., 2014).

В классической модели развития заболевания E. Suchman выделял следующие этапы поведения больного (Suchman, E. A., 1965; Young J.T., 2004).

- 1. Стадия осознания человеком ненормального/непривычного состояния. На данном этапе индивид понимает, что с ним что-то не так, и признает факт заболевания. Данная стадия состоит из трех частей – физической, когнитивной и эмоциональной.*
- 2. Стадия принятие роли больного. Потенциальные пациенты обращаются за помощью, советом к членам «референтных» групп с целью облегчения симптомов, либо социального подтверждения факта болезни.*
- 3. Стадия оказания профессиональной медицинской помощи. Заболевшие «акторы» принимают решение о поиске «научной» квалифицированной помощи для того, чтобы легитимировать «роль больного».*

4. *Стадия роли «зависимого» пациента. На данном этапе пациент делегирует право управления своим здоровьем и бремя принятия решений специалистам.*
5. *Стадия восстановления и/или реабилитации. На заключительном этапе человек отказывается от роли больного и возвращается к нормальному состоянию.*

В реальной ситуации этот функциональный взгляд на проблемы потребления медицинской помощи не всегда оправдывается, поскольку больной/заболевание не всегда поочередно проходят все выше перечисленные стадии. Так, простое осознание потребности не подразумевает обязательного перехода потребителя медицинских услуг к процессу принятия решения, поскольку многое зависит от степени расхождения между фактическим состоянием (текущая ситуация потребителя) и желаемым состоянием (ситуацией, в которой потребителю хотелось бы оказаться). Когда это расхождение достигает определенного уровня или превышает его, потребность считается осознанной (Блэкуэлл Р., Миниард П., Энджел Дж., 2007). Кроме того, не каждый потребитель в настоящее время делегирует право принятия решения своему врачу, но не каждый врач готов безоговорочно принять эту ответственность за жизнь и здоровье пациента, хотя пациент и делегировал это право производителю медицинских услуг.

В условиях продолжающихся либеральных реформ в отечественном здравоохранении спрос на виды и объемы медицинской помощи неуклонно растет, параллельно наблюдается тенденция роста расходов на производство медицинских услуг. Причем следует понимать, что эти тенденции характерны не только для России, но в большей мере они касаются стран ОЭСР. По мнению отдельных экспертов, при существующих темпах роста к 2050 г. объем расходов на здравоохранение в большинстве стран Евросоюза превысит 20% ВВП (McKee, M., 2002; Jean P. Drouin et al., 2008). Два важных фактора, обуславливающих этот рост, – все более широкое распространение предотвращаемых хронических заболеваний и неэффективное использование ресурсов в сфере здравоохранения.

Во многом на ситуацию влияют решения, принимаемые потребителями под воздействием поведенческих факторов. Поскольку в большинстве систем здравоохранения нет стимулов, поощряющих пациентов к надлежащему контролю за предоставлением медицинских услуг, потребители часто выбирают неверные методы лечения для многих болезней и состояний. Неправильное использование системы здравоохранения лишь отягощает бремя расходов, возникающих в связи с распространением хронических заболеваний (McKee, M. and Zatonski, W., 1998).

В последние годы, в связи с повышением благосостояния определенной части населения и развитием инновационных технологий, наблюдается рост видов и объемов оказываемых медицинских услуг. Инвестиции, связанные с оказанием медицинских услуг считаются выгодными в разви-

тых странах с рыночной экономикой. Причем выгоду имеют не только частные инвесторы, вкладывающие свои деньги в создание медицинских организаций и получающие от этого прибыль, но и государство, т.к. здоровый человек, участвуя в создании внутреннего валового продукта, приносит доход, а государство снижает свои расходы на лечение заболеваний и оплату пособий по утрате трудоспособности.

Проблеме социальной дифференциации здоровья в нашей стране уделяли внимание многие специалисты, которые считают, что уровень материальных лишений и образование являются важными предикторами воспринимаемого здоровья, поскольку в качестве значимой детерминанты статуса здоровья выступает и такая характеристика социального самочувствия, как осознаваемый контроль над жизненными обстоятельствами.⁷ Изучение социальной дифференциации здоровья в отдельных временных точках и вычленение факторов, влияющих на самочувствие людей, – важное направление исследований, способствующих более глубокому пониманию механизмов формирования здоровья. Существенные перемены экономических и социальных условий жизни людей за достаточно длительный период преобразований требуют, не только изучения социально-обусловленных различий в здоровье в тот или иной момент времени, но и анализа произошедшей дифференциации уровня здоровья и возможностей получения медицинской помощи различными социальными группами общества.⁸

Изменения, произошедшие в отечественной медицине отразились на структуре производства медицинских услуг, как на одной из основных площадок, где за короткий промежуток времени были реализованы либеральные реформы и сформировались рыночные отношения. Наибольшие изменения произошли в отечественной стоматологии. Именно в стоматологических медицинских организациях развернулась борьба за потребителя (пациента), его комфорт и удобство, внедрение передовых технологий организации и производства медицинских услуг.⁹ В сознании пациентов возникли новые образы медицинских услуг, модели интерперсональных отношений врача и пациента, этических и эстетических аспектов медицинской практики, которая соответствует всем новейшим тенденциям современного общества.

В отличие от значительной части медицинских организаций, основой существования которых было производство медицинских услуг по диагно-

⁷ Moser, Kath, Chris Frost, and David A Leon. Comparing Health Inequalities across Time and Place — Rate Ratios and Rate Differences Lead to Different Conclusions: Analysis of Cross-Sectional Data from 22 Countries 1991–2001 // *International Journal of Epidemiology*. 2007. Vol. 36. № 6. Pp. 1285–1291

⁸ Bobak, Martin, Hynek Pikhart, Richard Rose, Clyde Hertzman, and Michael Marmot. Socioeconomic Factors, Material Inequalities, and Perceived Control in Self Rated Health: Cross-Sectional Data from Seven PostCommunist Countries // *Social Science and Medicine*. 2000. Vol. 51. Issue 9. Pp. 1343–1350.

⁹ Дьяченко В.Г., Галеса С.А., М.Т. Пьетрок, И.В. Павленко. Введение в общую врачебную практику в стоматологии. Учебное пособие. Под ред. В.Г. Дьяченко. Москва — Тверь: ООО издательство «ТРИА-ДА» 2009. 312 с.

стике и лечению социально-значимых заболеваний, где преобладали преимущественно традиционные источники финансирования, производственные модели в стоматологии, в ходе рыночных преобразований, в качестве основных источников финансирования стали использовать личные средства граждан, средства работодателей и ДМС. Резкое снижение потребления средств бюджета способствовало укреплению рыночных отношений при производстве стоматологических услуг.¹⁰ К сожалению, такая рыночная трансформация многих медицинских организаций постепенно привела к тому, что для значительной части населения потребление медицинских услуг стало затруднительным по причине отсутствия личных средств на их оплату. Именно этот фактор довольно часто становится причиной социальных конфликтов в сфере производства медицинских услуг.

Актуальным вопросом является не только готовность общества к пересмотру пропорциональных соотношений оказываемой его гражданам платной и бесплатной медицинской помощи, но и готовность имеющегося сектора коммерческого здравоохранения обеспечить этот объем. Так как, вполне вероятно, что некоторые медицинские услуги будут переведены в разряд платных, цена на которые станет определяться на основе принципов свободного рыночного ценообразования, что в современных условиях при фактическом отсутствии конкурентных механизмов в коммерческом секторе здравоохранения означает наличие высоких цен.

В условиях отсутствия массовой доступности населению коммерческий сектор в отечественном здравоохранении не готов выполнить предназначенную ему социальную миссию в той степени, в которой она для него предполагается. По состоянию на сегодняшний день формально единое организационное, рыночное пространство в коммерческом здравоохранении фактически является разделенным на два не конкурирующих между собой сектора – государственных и негосударственных производителей медицинских услуг. В силу различия в ценах приобретения ресурсов, методик учета затрат в условиях административного ограничения рентабельности оказания платных медицинских услуг хозрасчетными подразделениями в составе, как правило, некоммерческих государственных медицинских организаций, уровень цен в данных подразделениях оказывается значительно ниже, нежели в секторе негосударственных производителей. В данной ситуации негосударственные производители вынуждены позиционировать свой продукт в качестве элитного, искусственно мотивируя к применению маркетинговой стратегии «снятия сливок», то есть в коммерческом секторе медицины организационно задается сегментная ориентация.

Возможны две стратегические альтернативы дальнейшего развития коммерческого сектора производителей медицинских услуг.

¹⁰ Данилов Е.О., Мчелидзе Т.Ш., Цимбалистов А.В. Особенности развития рынка стоматологических услуг на современном этапе // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. - М., 2001. - С. 12-13.

- I. *Сохранение традиционно сложившегося положения, когда каждая категория производителей будет ориентирована на функционирование в конкретных рыночных сегментах. Производство платных медицинских услуг хозрасчетными подразделениями государственных медицинских организаций останется административно зарегулированным, негосударственные производители будут свободно конкурировать на рынке «для богатых». Естественно ни о какой конкуренции между ними говорить не приходится.*
- II. *Другим вариантом является организация единого конкурентного пространства для всех производителей коммерческого сектора здравоохранения вне зависимости от формы собственности. Тем более, что системы налогообложения предпринимательской деятельности у предприятий разных форм собственности достаточно схожи. Не исключено, что такое организационно единое конкурентное пространство вначале должно быть определено, оптимизировано и отрегулировано административно и, по мере достижения достаточной величины уровня конкуренции, административные рычаги должны заменяться на рыночные инструменты.*

В современном российском обществе, где разрыв между «богатыми и бедными» становится все глубже, формируются четкие различия в качестве и доступности медицинских услуг по уровню доходов потребителей. Властные структуры все чаще делают попытки переложить груз решения проблем региональной медицины и ответственность за принятие решений на производителей медицинских услуг, т.е. на медицинских работников. Роль и значение доступности, качества и безопасности медицинских услуг постоянно возрастает под влиянием развития медицинских технологий и потребностей пациента. Подъем уровня культуры и образования с каждым днем делает потребителей медицинских услуг все более разборчивыми и придирчивыми, что вполне естественно, становится причиной конфликтов между потребителями и производителями медицинских услуг.

В этом смысле важен анализ формирования потребительской лояльности, которая не должна исключать максимизацию дохода, но основное внимание следует уделять улучшению процессов взаимодействия потребителя и производителя (Котляров И. Д., 2010; Фельдман И.Л., 2012). Наибольший вклад в лояльность потребителей привносит удовлетворенность как положительный опыт потребления, рациональные оценочные ассоциации с апробированной услугой и общая сила всех ассоциаций с брендом медицинской организации, которая выделяет его на фоне альтернатив (Котляров И. Д., 2011; Lazarus R.S., Folkman S., 1984). Предыдущий поведенческий опыт и оценочные ассоциации являются критериями для фор-

мирования готовности потребителя к лояльному поведению – повторному потреблению апробированной услуги и рекомендации их другим.

Те не менее, мнение потребителей медицинских услуг об уровне доступности медицинской помощи довольно часто носит нелицеприятный характер для отечественных производителей, что сказывается на результатах социологических опросов населения по уровню их удовлетворенности медицинской помощью. В частности, по данным опросов населения, проведенных в Хабаровском крае более десяти лет назад,¹¹ по ряду направлений социологического исследования по уровню удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинских услуг более 60% респондентов отрицательно отзывались о медицинских организациях, в которые обращались. Личные расходы граждан составляли 40–45% от совокупных затрат на медицинскую помощь. Более 50% пациентов платили за лечение в стационарах, 30% – за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65% – за стоматологические услуги. Аналогичные цифры удовлетворенности населения медицинской помощью получены исследователями в большинстве субъектов РФ.

Так, по данным Министерства регионального развития Российской Федерации в 2009 году в среднем по Российской Федерации показатель удовлетворенности населения медицинской помощью составил всего 34,7 %. Максимальные уровни удовлетворенности медицинской помощью отмечены в Чукотском автономном округе (57,0 %), Республике Мордовия (51,1 %) и Ямало-Ненецком автономном округе (48,8 %), а минимальные – в Калининградской (21,5 %) и Тверской областях (22,8 %), Республике Северная Осетия-Алания (23,5 %). Что же относительно Дальнего Востока России, то в данном рейтинге 28 место занимает республика Саха (Якутия), 50 место – Амурская область. Остальные субъекты РФ ДФО занимают места в конце списка 83 субъектов РФ (табл. 5.2).

Таблица 5.2.

Сравнительные данные опросов потребителей медицинских услуг пациентов об удовлетворенности медицинской помощью

Рейтинг	Субъект РФ ДФО	2009г.	Столица субъекта РФ ДФО	2009г.
1	Чукотский АО	57,0	Анадырь	нет
28	Респ. Саха (Якутия)	37,7	Якутск	62,0
50	Амурская область	32,3	Благовещенск	91,4
53	Приморский край	32,1	Владивосток	87,5
62	Магаданская область	30,5	Магадан	48,8
68	Еврейская АО	29,2	Биробиджан	нет

¹¹Опрос проведен территориальным органом ФС Госстатистики по Хабаровскому краю (№04-136 от 24.05.06). Сводные данные представлены в Правительство Хабаровского края и Тер. фонд ОМС. (прим. авторов)

73	Хабаровский край	26,6	Хабаровск	88,2
74	Сахалинская область	26,0	Ю.Сахалинск	91,3
78	Камчатский край	24,3	Петропавловск	65,6

Пациентам медицинских организаций все чаще приходится оплачивать медицинские услуги из личных средств. Анализ мнений пациентов, проведенный в 2015 г. показывает, что наибольшая часть личных расходов пациентов при получении медицинской помощи в круглосуточных стационарах пошла на оплату лекарственных средств (42,71±1,49%), следующее место занимала оплата приобретения шприцев (39,44±1,47%), перевязочных материалов (24,41±1,13%), инъекционных растворов (19,58±1,2%) и перчаток (14,57±1,064%). Аналогично выглядит ситуация в дневных стационарах, где значительная часть «карманных расходов» пошла на оплату лекарственных средств (42,53±1,49%), следующее место занимала оплата приобретения шприцев (37,43±1,46%), перчаток (26,96±1,34%), перевязочных материалов (16,76±1,13%) и инъекционных растворов (12,39±0,99%).¹²

В последние годы в регионе сложилась устойчивая тенденция к увеличению успехов в достижении показателей здоровья населения и его удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи. Иллюстрацией этого утверждения является диссонанс взглядов на проблему федеральных и муниципальных управляющих структур. Сравнительный анализ уровня удовлетворенности населения медицинской помощью показывает, что в прямое противоречие с данными Минрегионразвития вступают данные, представленные руководителями органов управления здравоохранения муниципальных образований, столиц территорий ДФО, где уровень удовлетворенности населения медицинской помощью колеблется от 91,4% в Благовещенске до 48,8% в Магадане.¹³

Как производители медицинских услуг, так и их потребители устали от неопределенности и дефицита всего: свободных мест в больницах, медицинского оборудования, лекарств, финансовых и кадровых ресурсов, уровня добра, сострадания и сочувствия. Обеспечение доступности медицинской помощи для широких слоев населения неизменно декларируется как важнейшие приоритет государственной политики в области охраны здоровья. Каковы результаты реализации этого государственного приоритета?

С одной стороны данные управляющих структур однозначно отвечают на этот вопрос утвердительно, указывая на повсеместное повышение доступности и качества медицинской помощи. С другой стороны имеются

¹² Дьяченко В.Г., Дьяченко С.В. Об истоках социального неравенства при обеспечении дальневосточников медицинской помощью. Ж. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2015. № 2. URL.:<http://www.fesmu.ru/voz/20152/2015201.aspx>.

¹³ Дьяченко В.Г. и соавт. Здравоохранение административных центров субъектов Российской Федерации Дальневосточного федерального округа. Проблемы и перспективы. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2011. № 1. С. 9 -12.

данные оценки потребителями медицинских услуг, которые отмечают снижение этих показателей. Так, согласно данным опроса общественного мнения, проведенного Левада-центром в октябре 2014 года, из 3,5 тысяч опрошенных пациентов государственных медицинских организаций, 32% отметили ухудшение в работе поликлиник и больниц (Гаврилов Э.Л., 2016). Как правило, пациенты высказывали неудовлетворение ростом очередей на прием к врачу, отсутствием нужных специалистов в медицинских организациях, увеличение сроков ожидания проведения необходимых исследований и задержку плановой госпитализации. Именно эти дефекты указывают на снижение уровня доступности медицинской помощи широким слоям населения и довольно часто являются пусковым механизмом роста социальных конфликтов.

5.3. Особенности принятия решений потребителями на рынке медицинских услуг

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. «Сущность человека не есть абстракт, присущий отдельному индивиду. В своей действительности она есть совокупность всех общественных отношений».¹⁴ Эти отношения строятся на базе согласия (консенсуса), но также 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 функции определяются соотношением с системой». Однако для того, чтобы разрешить динамические проблемы на уровне систем социальных, необходимо не опровергнуть, а дополнить равновесную модель общества — предложить другую, конфликтную модель общества (Дарендорф Р., 1994). 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. В этой связи остается только сожалеть о том, что на фоне роста потребления медицинских услуг, медицинских товаров и лекарственных препаратов пациенты и медицинские работники, несмотря на то, что они представляют страты консолиди-

¹⁴ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Т. 3. С. 3.

рованного общества потребления к началу XXI в., противостоят друг другу все больше и больше втягиваясь в глобальный социальный конфликт. По масштабам распространенности в российском обществе он носит общенациональный характер.

Главной причиной возникновения социального конфликта между пациентом и врачом является усиливающаяся неудовлетворенность членов общества доступностью, качеством и безопасностью производимых и потребляемых медицинских услуг. «Взросление» 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» (Петров В.И., 2011).

А между тем, в силу особого состояния практической зависимости больного человека от лечащего врача, которому он доверяет свое здоровье, довольно часто это доверие вынужденное, поскольку граждане России по многим причинам испытывают состояние социальной эксклюзии, что лишает их возможности выбора врача и медицинской организации. И, исключительно системным юридическим обеспечением оказания доступной, качественной и безопасной медицинской помощи, параллельно решая проблему своевременного, четкого и последовательного соблюдения врачом прав пациента, преодолеть социальный конфликт не удастся. Для этого необходимо изменить структуру оказания медицинской помощи населению, модернизировать большинство медицинских организаций, преодолеть кадровый и финансовый кризис, а не только решать проблемы за счет совершенствования законодательной базы здравоохранения. Кроме того, в медицинском законодательстве необходимо однозначно и четко определить и такие понятия как «врачебная ошибка», «несчастный случай при производстве и потреблении медицинских услуг», «ятрогения», «медицинское происшествие», «обоснованный медицинский риск», «непрогнозируемый отрицательный результат медицинского вмешательства», «преступление медицинского работника при исполнении служебных обязанностей» и ряд других.

Именно неясность и расплывчатость выше указанных понятий поддерживает высокий уровень конфликтогенности отечественной медицины позволяя апеллировать представителям, как пациентов, так и врачей, решая свои проблемы в арбитраже или в судах. Следует отметить, что значительная часть общества априори убеждена в том, что представители медицинской профессии используют неясность трактовки выше указанных понятий в качестве оснований, дающих исполнителю медицинской услуги

«право» избежать ответственности перед пациентом за непредсказуемый и неблагоприятный результат медицинского вмешательства.

Потребительское поведение и возможности управления поведением потребителей медицинских услуг зависят от условий и факторов, влияющих на принятие решения непосредственно потребителем. Их можно разделить на внешние и внутренние. В качестве внутренних факторов выступают особенности восприятия, характеристики индивида как потребителя, способность к обучению, запоминанию, потребности, побуждающие действия и установки клиента, а также его эмоциональное состояние. К внешним факторам относят оказание воздействия со стороны референтных групп на потребителя, состояние политической и экономической обстановки в конкретной ситуации. Культура потребления медицинских услуг зависит не только от характера социализации, но и от объективных и субъективных факторов жизни, связанных со здоровьем. Они могут играть положительную и отрицательную роль в отношении пациента к потреблению медицинских услуг. В последнем случае возникают риски, как недопотребления медицинских услуг, так и их перепотребления (Вялых Н.А., 2014).

Недопотребление медицинских услуг. По данным Росстата за последние годы вдвое выросло время ожидания необходимой госпитализации. Увеличилась также доля тех, кто вообще не получил медпомощи. При этом статистика фиксирует рост недоверия граждан к отечественной медицине, который говорит о неудовлетворительной работе медицинских организаций, поскольку более половины населения РФ в качестве причин не обращения за медицинской помощью указали на то, что необходимое лечение можно получить только, как платную услугу, что вынуждает их прибегать к самолечению (Овчарова Л.Н., Селезнева Е.В., 2017).

Объективными факторами недопотребления медицинских услуг являются бедность пациентов и отсутствие требуемых услуг в номенклатуре видов медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями или специалистами к которым «приписаны» пациенты (Андреев Ю. М., Бармина Т.В., 2009; Кузнецов А.В., Бармина Т.В., 2009). Субъективными факторами недопотребления медицинских услуг являются личностные реакции на болезнь, интегрирующие в гипонозологию: анозогнозический, паранояльный, сенситивный, эргопатичный и, частично, дисфорический тип реакций (Бармина Т.В., 2007, 2008, 2009). В реальных условиях уровень недопотребления медицинских услуг связан, как правило, с невозможностью их оплаты пациентом в связи с отсутствием средств, что является причиной многочисленных конфликтов между пациентами и медицинскими работниками.

В качестве примера формирования конфликтной ситуации в связи с невозможностью оплаты пациентом медицинских услуг и их недопотребления приводим заявление пациента П. Министру здравоохранения РФ,

служебную записку заместителем главного врача ГКБ № NN и первым заместителем министра здравоохранения Хабаровского края.

1. Министру здравоохранения РФ Скворцовой В.И. от больного П. *Уважаемая Вероника Игоревна, в связи с возрастом, и другими причинами мне мой лечащий врач и врач хирургического отделения Краевой клинической больницы № 2 г. Хабаровска рекомендовал обратиться к врачу проктологу в городскую больницу № NN для проведения операции по поводу геморроя. Все анализы, снимки и прочие исследования мне были проведены по месту жительства в Городской поликлинике №5, в которой я наблюдаюсь. Заведующий проктологическим отделением больницы № NN предложил мне госпитализацию в плановом порядке. Но затем в категорической форме заявил, что операцию делать не будет и в грубой форме выгнал меня из кабинета.*

Причина с моей точки зрения следующая: кроме бесплатных операций этого типа делают операции платно (цена примерно 40 тыс.), оказывают и др. платные услуги, им выгодно и они это делают. А почему? Создают искусственные очереди на бесплатные операции и пациенты вынуждены платить, чтобы пройти обследование и операцию быстрее. Я не могу участвовать в этой денежной гонке. Пенсия 20 тыс. руб., 8 тыс. коммунальные платежи, 7 тыс. и более – лекарства. Общаться с этим заведующим не буду. Это не люди, люди так не делают. Я инвалид, мое поколение в т.ч. и я построили эту больницу после войны, не для того чтобы «шустрые мальчишки» делали бизнес и кричали на нас. Прошу Вас оказать помощь в оперативном лечении в другой больнице г. Хабаровска, где есть проктологическое отделение. Больной П.

2. Заместителю главного врача ГКБ № NN по КЭР.

По факту обращения П. сообщаю, что пациент обратился в плановом порядке 09.06.16 г. для решения вопроса о плановой операции геморроидэктомии по поводу хронического комбинированного геморроя, т.к. по мнению пациента имеющиеся у него нарушения в работе желудочно-кишечного тракта - запоры, отсутствие стула без слабительных, обусловлены именно его наличием. Пациент был обследован амбулаторно - выполнена ректороманоскопия, ирригоскопия, выявлены признаки хронического колита, который и является причиной жалоб, а имеющийся хронический комбинированный геморрой вне обострения не является причиной нарушения транзита кишечного содержимого. Экстренных показаний к геморроидэктомии на момент обращения также не было. Пациенту было рекомендовано обратиться для консультации гастроэнтерологу, что им не было воспринято. Пациент настаивал на госпитализации, в связи с чем он был направлен в приёмное отделение для госпитализации в отделение колопроктологии в день обращения для коллегиального принятия решения о дальнейшей тактике лечения. В отделение пациент не вернулся. Зав. отделением Ф.

3.Первому заместителю Министра здравоохранения Хабаровского края

В соответствии с письмом министерства здравоохранения Хабаровского края от 04.07.16 №111 было рассмотрено обращение больного П. от 29.06.2016, направленное на имя министра здравоохранения РФ, по вопросу оказания ему медицинской помощи в КГБУЗ «ГКБ № NN Хабаровска». По результатам служебного расследования сообщаем следующее:

Больной П. обратился в КГБУЗ «ГКБ № NN Хабаровска». к колопроктологу с жалобами на хроническую дисфункцию желудочно-кишечного тракта, проявляющуюся в виде запоров. В амбулаторных условиях была выполнена ректороманоскопия, ирригоскопия. В результате обследования выявлены признаки хронического колита, хронический комбинированный геморрой вне обострения.

09.06.2016 г. пациент П. обратился к заведующему отделением колопроктологии для решения вопроса об оперативном лечении – проведении геморроидэктомии, считая геморрой главной причиной кишечной дисфункции. Пациенту было объяснено, что имеющийся у него хронический геморрой вне обострения не определяет клинической картины заболевания, и оперативное удаление геморроя не решит проблему хронического колита. Экстренных показаний для геморроидэктомии на момент обращения не было.

Однако, в связи с настоятельными требованиями пациента было принято решение о его госпитализации в колопроктологическое отделение для дообследования, лечения основного заболевания и коллегиального решения вопроса о необходимости операции геморроидэктомии. Пациент был направлен в приёмное отделение для оформления госпитализации, была заведена история болезни, но в колопроктологическое отделение больной П. не вернулся.

Во исполнение письма министерства здравоохранения от 04.07.16, заместителем главного врача Л. 06.08.16 пациент П был приглашён в медицинскую организацию для решения вопроса о стационарном лечении, но в ходе телефонного разговора он категорически отказался от лечения. Главный врач Ш.

Ситуационный анализ множества подобных документов указывает на то, что в большинстве случаев доступность медицинских услуг, гарантированных программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи пациентам застрахованных по ОМС, становится недоступной по ряду причин.

С одной стороны причинами препятствия плановой госпитализации являются хроническое недофинансирование выше указанной программы государственных гарантий, что является для производителей медицинских услуг триггерным механизмом, который запускает процесс незаконного требования оплаты медицинских услуг к застрахованным пациентом или

их родственникам. Медицинский работник, как правило, объясняет свое поведение тем, что сложившаяся ситуация от него не зависит, а его действия – вынужденная реакция. Причем оплата может быть реализована, как через кассу медицинской организации, так и непосредственно медицинскому работнику, что ставит пациента перед сложным выбором – настаивать на своих правах или согласиться с незаконным предложением.

С другой стороны, причинами препятствия плановой госпитализации для пациента, застрахованного по ОМС являются «отсутствие свободных мест», «недокомплект медицинских работников», «отпускной период» и др. Для пациента в любом случае, отказ в приеме врачом, отказ в госпитализации и подобные ситуации становятся причиной формирования стресса. Накладываясь на психосоматические нарушения, стресс усиливает кризис, что, в конечном итоге, становится причиной конфликта и сопровождается ухудшением состояния больного. Стиль поведения потребителя медицинских услуг в кризисных ситуациях предсказать сложно, поскольку спектр реакций весьма широк, поэтому особое внимание следует уделять моделированию поведения потребителей на основе удовлетворенности доступности качеством услуг.

В тех случаях, когда пациенту удастся справиться с кризисом, преодолеть дезадаптационный синдром он разрешает ситуацию, действуя в пределах исполнения правовых норм, которые, как правило, нарушают медицинские работники, ограничивая возможности пациента в получении квалифицированной медицинской помощи. В большинстве случаев на стороне пациента выступают представители органов управления здравоохранением, страховых медицинских организаций и общественные структуры, осуществляющие системную защиту прав пациентов, что позволяет решить конфликт и медицинская помощь будет оказана в рамках существующих стандартов.

Однако, когда пациенту не удастся справиться с кризисом, преодолеть дезадаптационный синдром, конфликт нарастает, и тогда мы становимся свидетелями медицинского происшествия (Сергеев Ю.Д., Трефилов А.А., 2012), которое заканчивается для пациента временной или стойкой утратой трудоспособности, а в отдельных случаях, и смертью. Такие медицинские происшествия требуют особого внимания. При проведении ситуационного анализа следует делать опору на сбор и исследование объективной информации, имеющейся в распоряжении экспертной комиссии, проверке выдвигаемых экспертных гипотез и всестороннем анализе показаний участников и свидетелей медицинского происшествия. Именно в этом случае появится возможность избежать некорректных или неоднозначно трактуемых выводов экспертизы органами следствия или судом и снизить уровень конфликтности взаимоотношений потребителей и производителей медицинских услуг.

В некоторых случаях при исследовании медицинских происшествий эксперты вынуждены опираться не только на результаты собственных исследований, но и на фактические данные, полученные от следователя (суда) закреплённые в материалах дела. Это придает проблеме обоснованности заключения и выводов эксперта специфический оттенок. Так как эксперт не может гарантировать полную обоснованность этих исходных данных (в отличие от фактов, установленных лично им), то выводы эксперта довольно часто приобретает несколько условный, альтернативный характер, что получает свое отражение в заключении. Сходная ситуация возникает в случаях привлечения экспертом к проведению исследования других специалистов-консультантов (кардиолог, невролог, нейрохирург, гинеколог, реаниматолог и др.). Полученные от них материалы эксперт, которому поручена экспертиза, вынужден принимать их «на веру», что также придает его заключению условный, расплывчатый характер. Как правило, речь идет о вариантах сложных комиссионных экспертиз. Подобная практика, ослабляющая обоснованность заключения эксперта, требует критического отношения к заключениям консультантов-специалистов.

В качестве примера приводим случай, когда пациенту не удалось справиться с кризисом и преодолеть дезадапционный синдром, что сопровождалось нарушением его прав в получении специализированной медицинской помощи в рамках исполнения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи застрахованным в системе ОМС.

Из материалов уголовного дела №А в отношении врача, обвиняемого в совершении преступления, предусмотренного ст. 109 ч.2 УК РФ.

Житель р-на Еврейской автономной области В. 28 лет в течение нескольких последних лет страдал ишемической болезнью сердца (ИБС), по поводу чего последний раз проходил амбулаторное обследование у кардиолога областной больницы ЕАО в январе текущего года, который диагностировал у него аритмию.

После возвращения из областного центра в п. Т по месту жительства, пациент вновь обратился за медицинской помощью 20.01. в 10 ч. утра в связи с интенсивной болью в груди и левой руке. Фельдшером СМП оценено состояние как средней степени тяжести, сопровождающееся возбуждением и бледностью кожных покровов. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 65 в мин. Оказана медицинская помощь: нитроглицерин внутрь, анальгин, феназепам в/в. Болевой синдром купирован на дому после чего пациент был доставлен в приемное отделение ЦРБ с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения? В приемном отделении ЦРБ пациент осмотрен врачами терапевтом и неврологом. Его состояние расценено как удовлетворительное, что, по мнению специалистов не требовало госпитализации, поскольку была диагностирована нейроциркуляторная дистония. Проплап митрального клапана. Торакалгия. Запись ЭКГ не проводилась.

Пациенту были даны рекомендации, и он был отпущен домой под наблюдение участкового терапевта.

21.01. больной был осмотрен участковым терапевтом, который констатировал сохранение болевого синдрома, слабости, брадикардии (ЧСС 48 в мин.). Диагноз: дисфункция сердечной деятельности, синдром слабости синусового узла? Назначен прием милдроната и эринита в стандартной дозировке.

В этот же день 20.01. в 14 час. пациент В. повторно обратился на СМП в связи с рецидивом болей в грудной клетке. Дежурным фельдшером СМП больной В. был повторно доставлен в приемное отделение ЦРБ, после купирования болевого синдрома приемом одной таблетки нитроглицерина. При осмотре пациента в приемном отделении ЦРБ состояние тяжелое, отмечается бледность кожи, тремор, беспокойство, жалобы на боли в груди, однократная рвота. На снятой ЭКГ- ритм синусовый ЧСС 61 в мин, подъем сегмента ST-Tв V2-V4. В 15 часов 40 мин. у больного наступила остановка дыхания и сердечной деятельности. Проведенные реанимационные мероприятия были неэффективными и пациент умер. Посмертный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии. Острая сердечнососудистая недостаточность. Не исключается острый инфаркт миокарда.

Из протокола патологоанатомического исследования №А от 22.01. больного В. 28 лет.

Патологоанатомический диагноз:

- ✓ Основное заболевание – острый очаговый субэпикардальный, задне-перегородочный инфаркт миокарда стенки левого желудочка, ишемическая стадия. Стенозирующий смешанный тромб левой венечной артерии сердца;
- ✓ Осложнения основного заболевания – острое венозное полнокровие внутренних органов. Острая левожелудочковая недостаточность. Шоковые почки. Отек легких. Кардиогенный, аритмогенный шок.

Проведенные внутриведомственная и вневедомственная экспертизы по случаю смерти больного В. 28 лет пришли к сходному заключению о том, что ему была показана госпитализация при его доставке в приемное отделение ЦРБ 20.01. Клиническая картина заболевания укладывалась в наличие у пациента острого коронарного синдрома. В то же время по данным первичной медицинской документации состояние больного фельдшером СМП и врачом терапевтом Облученской ЦРБ ЕАО интерпретировано разноречиво.

При проведении комиссионной судебно-медицинской экспертизы по месту жительства в качестве консультанта в состав комиссии был включен профессор местного медицинского университета Ф., который сформулировал следующее экспертное заключение.

У больного В. 28 лет имело место раннее развитие атеросклеротического поражения коронарных артерий. Больной, вероятно, несколько лет страдал ИБС. стенокардией, но должного внимания к себе со своей стороны и со стороны врачей не осуществлялось. Об этом свидетельствует скудность медицинских записей в медицинских документах. Стеноз в коронарных артериях прогрессировал несколько лет. Ухудшение состояния произошло в январе 2011 г. Началось прогрессирование стенокардии. Все завершилось тромбообразованием в коронарной артерии и развитием инфаркта миокарда... Больной обратился за помощью сначала к кардиологу в г. Биробиджане. И на этом этапе начались ошибки, которые для данного кардиолога являются существенным дефектом. Он не распознал ИБС.

С заключением кардиолога пациент приезжает по месту жительства в п. Т., где боли в сердце прогрессируют. Врачи 20-21.01. недооценивают состояние больного, вследствие своей недостаточной квалификации, а также ориентируясь на заключение кардиолога из областного центра.

По мнению консультанта, инфаркт миокарда, развился в ближайшие часы-минуты перед смертью больного, поскольку по данным ЭКГ, снятой перед самой смертью больного нельзя было утверждать, что достоверно произошел инфаркт миокарда. Основным дефектом в работе врача-терапевта Ф. является отказ в госпитализации больного, а значит и дефекты в его лечении. Это неверная тактика в ведении больного с нестабильной стенокардией...«Но, хотелось бы отметить, не в защиту врача, а справедливости ради, что действия врача, несомненно, ухудшили ситуацию с пациентом, но утверждать, что есть в этих действиях прямая связь со смертью больного – нельзя. Это связано с тем, что тяжелый инфаркт миокарда, а он был у больного именно таким, может привести к смерти пациента, даже независимо от правильного лечения».

В принципе, с заключением консультанта согласились другие члены комиссии (два судмедэксперта и патологоанатом), однако при установлении причинно-следственных связей исхода заболевания (смерти пациента В. 28 лет) и действий медицинских работников возникли проблемы аргументации, как логического процесса формирования заключения и выводов СМЭ.

С точки зрения логики формирования аргументации заключения (по этому же случаю) в большей мере соответствуют данные дополнительной комплексной судебно-медицинской экспертизы №А от (04.02.– 22.02.).

Цель исследования: на основании анализа материалов уголовного дела №Б подлинников медицинской документации гр. В., 02.08.1982 г.р. дать оценку клинической ситуации, возникшей при оказании В. медицинской помощи: на этапе оказания скорой медицинской помощи, этапе осмотра в приемном покое МУЗ «... ЦРБ», на этапе обращения к участковому тера-

певту поликлиники, на основании чего ответить на вопросы, поставленные перед экспертизой. В распоряжение экспертов представлены следующие документы:

- уголовное дело №Б;
- индивидуальная карта амбулаторного больного на имя В.;
- медицинская книжка В.;
- карты вызова скорой медицинской помощи №А1 и № Б от 21.01...;
- гистологические препараты органов и тканей от трупа В.

Выводы.

...Ведение медицинской документации не соответствует профессиональным принципам и юридическим требованиям заполнения медицинских документов, не заполнены предусмотренные принятыми шаблонными формами разделы.

...На этапе оказания медицинской помощи участковым терапевтом 21.01. допущены дефекты (25.09.2006 у пациента при консультации в МУЗ «... ЦРБ» установлено подозрение на патологию сердечно-сосудистой системы (синусовая брадикардия), записи о результатах рекомендованного обследования в амбулаторной карте нет до 15.06.2007 г. (осмотр кардиолога), что свидетельствует о ненадлежащем выполнении необходимых пациенту диагностических мероприятий, неправильной тактике его ведения), что косвенно повлияло на развитие анализируемой клинической ситуации 21.01., способствовало несвоевременной и неправильной постановке диагноза в этот период, что в свою очередь увеличило вероятность летального исхода....В амбулаторной карте отсутствует надлежащим образом оформленный в соответствии со ст. 33 ФЗ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» отказ от консультации кардиохирурга

...На всех этапах лечения В. в период 21.01. отсутствует информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с указанием конкретных сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства.

...На всех этапах лечения пациента В. в период 21.01. имело место ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей врачами, осуществлявшими наблюдение и лечение пациента, выразившееся в нарушении юридических требований, предъявляемых федеральным законодательством в части соблюдения прав пациента, подзаконными актами в части требований к осуществлению профессиональной медицинской деятельности и профессиональных норм и правил осуществления медицинской деятельности, неурегулированных юридически в форме бездействия по правильной и полной постановке диагноза, (ненадлежащее клиническое мышление, что привело к неправильной оценке данных обследования больного, ненадлежащему выбору объемов и вида лечебно-диагностических

мероприятий, неправильной оценке наличия показаний для госпитализации, и, в конечном итоге привело к увеличению риска наступления летального исхода).

...Причиной нарушения вышеуказанных юридических и профессиональных норм явились ненадлежащая внимательность и предусмотрительность при объективной возможности не допустить указанных нарушений.

...Имеют место признаки неосторожной вины: - врача приемного отделения МУЗ «... ЦРБ», врача - участкового терапевта: отсутствие надлежащего клинического мышления по проведению диагностики, неправильная оценка состояния пациентки и риска для жизни, неправильное определение тактики лечения, непринятие своевременного решения о госпитализации в стационар.

...Квалификация врачей и факт допуска их к работе в этот период свидетельствуют о том, что они не могли не предвидеть опасные последствия своих действий (бездействий) и при надлежащей внимательности и предусмотрительности имели возможность не допустить наступление отрицательных последствий в виде смерти пациента.

...Должностными лицами МУЗ «... ЦРБ» упущено полное обеспечение предусмотренных лицензией видов медицинской помощи в части укомплектованности выездной бригады СМП диагностической аппаратурой и необходимыми лекарственными средствами.

...Причинно-следственной связи с атипичным течением заболевания нет: была объективная возможность провести должную диагностику, заболевание протекало типично, в рамках описанной в медицинской литературе клинической картины.

...Реальная возможность предотвращения наступивших последствий - смерти В. имела и заключалась в принятии мер со стороны врачей Ф. и А. по незамедлительной госпитализации пациента в стационар с последующим проведением стандартной терапии.

С одной стороны, данный пример показывает всю сложность процесса аргументации выводов экспертных заключений. Формирование аргументов – это сугубо логический процесс, суть которого заключается в том, что в ходе этого процесса обосновывается истинность суждения эксперта или доводов о причинно-следственных связях явления, которое было исследовано в ходе экспертизы. Требование истинности аргументов определяется тем, что они выполняют роль фундамента, на котором строится доказательный процесс.

С другой стороны, анализ медицинского происшествия указывает на то, что пациент В, в силу обстоятельств и непоколебимой веры в правильность и профессионализм действий медицинских работников, не придавал значения ухудшению своего самочувствия, собственным реакциям на течение заболевания и повел себя пассивно, как потребитель медицинских

услуг, не настаивая на соблюдении своих прав на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Кроме того в большинстве случаев отказов в медицинской помощи пациентам, медицинские работники перегружают свои объяснения специальными терминами иногда настолько, что требует дополнительных разъяснений и «перевода» их на общедоступный язык. Порой это делается намеренно, когда врачи, действуя из чувства корпоративной солидарности, дают такие объяснения пациентам, аргументируя причины отказа в медицинской помощи, что невозможно постфактум установить наличие заболевания при обращении за медицинской помощью, а уж тем более – насколько профессиональными и правильными были действия медицинских работников. Остается только сожалеть, что приведенный случай пассивного поведения потребителя (пациента) в сочетании с непрофессиональными действиями медицинских работников, привел к печальному исходу.

В современном мире существует ряд факторов, определяющих поведение и процесс принятия решения пациентом при обращении за медицинской помощью. Он определяет приоритетность состояния здоровья по сравнению с другими жизненными ситуациями. Как правило, действия по нейтрализации симптомов болезни начинаются в том случае, если высок уровень доставляемого неудобства процессу привычной жизнедеятельности, что объясняется отношением человека к своему здоровью и объемом знания и незнания о заболевании (Светличная Т. Г., 2011;Тарасенко Е.А., 2012).

В рыночных условиях уровень информированности пациентов о заболеваниях, организации производства медицинских услуг, рейтингах медицинских организаций и специалистов постоянно растет. Причем более 80 % потребителей хотят получать больше информации о здоровье посредством «Интернета», использовать удаленное общение с другими пациентами и врачами. Маркетологи и эксперты в связи с этим отмечают, что у потребителей медицинских услуг в США формируются черты самостоятельного поведения, с позиции управлением своим здоровьем и процессом лечения. Такое поведение во многих случаях автоматически исключает контакт с лечащим врачом при принятии решения о приобретении тех или иных товаров медицинского назначения, услуг или медикаментов. Наблюдается трансформация поведения потребителей на рынке медицинских услуг главным образом под влиянием факторов экономии времени и сверх информированности, что сопровождается идеологией самолечения и перепотребления этого вида товаров и услуг. Рост конфликтности взаимоотношений потребителя (пациента) и производителя (врача) в описанной ситуации становится неизбежной проблемой.

Избыточное потребление медицинских услуг. В последние годы в России при условии значительного снижения ассигнований на профилак-

тические программы большая часть врачей охотно выполняет услуги, связанные с лечением заболеваний и выполнением «реставрационных работ». Для системы здравоохранения это экономически не выгодно, поскольку стимулируется рост числа заболеваний и, соответственно, формируется необоснованный рост затрат как в целом по отрасли, так и отдельного пациента. Особенно в сложном положении оказалось большинство российских провинций, где весьма низкий уровень плотности населения и кадровый дефицит в медицинских организациях ограничивает доступность квалифицированной помощи жителям сельских и отдаленных северных районов. Это переводит многие заболевания в их осложненные формы, что сопровождается ростом объема оперативных вмешательств, расширением и усложнением фармакотерапии, а так же массовыми проявлениями полифибриации и полипрагмазии.

Кроме того, перепотребление медицинских услуг, которые являются эквивалентом товара на рынке, предсказуемым образом реагируют на увеличение внутреннего валового продукта и рост благосостояния определенных категорий населения. Спрос на широкий спектр медицинских услуг увеличивается. Среди специалистов имеются разногласия по поводу точного определения степени эластичности спроса на медицинские услуги по доходу, некоторые исследования в экономически развитых странах предполагают, что коэффициент эластичности по доходу составляет около +1,0. Это означает, что расходы на здравоохранение на душу населения растут близко к пропорциональному увеличению дохода на душу населения.

Оценки ценовой эластичности спроса на медицинские услуги предполагают, что он относительно неэластичен – коэффициент составляет около 0,2. Это означает, что объем потребленных медицинских услуг неэквивалентно уменьшается по мере роста цены. Так 10%-ное увеличение цены в перспективе приведет к уменьшению спроса на медицинские услуги всего на 1,5-2%. Относительная нечувствительность расходов на медицинскую помощь к изменениям цен связана с четырьмя факторами. Во-первых, граждане считают медицину «необходимостью», а не «роскошью». Существует относительно немного или чаще всего не существует вообще эффективных альтернатив медицинским услугам при лечении травм, инфекций и иных заболеваний. Во-вторых, медицинская помощь часто предоставляется по экстренным показаниям и угрозе жизни, когда соображения и мотивации по поводу цены услуги не принимаются во внимание. В-третьих, большинство потребителей предпочитают долгосрочные взаимоотношения с медицинскими работниками на уровне первичной медико-санитарной помощи и, следовательно, не мотивированы к поиску других специалистов, когда цены начинают расти. В-четвертых, большинство пациентов застрахованы в системе ОМС; таким образом, цена на медицинские услуги не является для них приоритетом, во всяком случае, на начальном этапе роста цен.

Потребление медицинских услуг, как это ни парадоксально, не всегда может быть направлено только на сохранение или поддержание оптимального уровня здоровья индивидуума. Так, по данным экспертов, в США ежегодно около 2 тыс. девочек-подростков подвергают себя операции по увеличению груди, причем каждые пять лет число таких оперативных вмешательств увеличивается вдвое. По данным корреспондентов немецкого журнала «Шпигель» в Германии только по приблизительным оценкам, ежегодно производится от 300 до 500 тыс. косметических операций. При этом в реальной ситуации косметические операции, лазерную шлифовку кожи и многочисленные реставрационные услуги, касающиеся «улучшения» того, что отпущено человеку природой, уже предлагают не только косметологи, но и стоматологи, гинекологи, дерматологи, хирурги, ортопеды и др. Как правило, большинство этих услуг производится в негосударственном секторе.

В тоже время, число пострадавших от косметических операций и реставраций ежегодно растёт. Причем этот вид ятрогений стимулирует рост видов и объемов медицинских услуг, которые применяются для устранения дефектов полученных пациентами в результате проведенных ранее оперативных вмешательств на лице, веках, зубочелюстной системе и пр. Среди них есть пациенты с послеоперационными шрамами на лице, ослепшие после коррекции органа зрения и тканей, окружающих глаза, в отдельных случаях фиксируются летальные исходы. Известны случаи развития необратимого коматозного состояния после удаления «лишнего» жира, а также случаи самоубийств после неудавшихся косметических операций. Все это явно не способствует сохранению или поддержанию оптимального уровня здоровья и качества жизни пациентов.

Государственное регулирование этого постоянно растущего сегмента рынка медицинских услуг, ограничено, поскольку, несмотря на то, что функционирование частного медицинского рынка формирует множество проблем для населения, государственные структуры в условиях либеральной трансформации экономики могут действовать только через реализацию контрольно-разрешительной системы. Так, эти функции в России выполняет Росздравнадзор, но степень его вмешательства ограничена. Между тем в США, в стране с преимущественно частной системой медицинского страхования, 40% средств на здравоохранение поступает через государственные программы «Медикэйр» и «Медикэйд». Большинство стран с рыночной экономикой постоянно изменяют степень правительственного вмешательства – усиливают там, где оно слабо, и ослабляют там, где оно слишком сильно. Например, от жесткой системы государственного регулирования рынка здравоохранения, многие страны Восточной Европы, а также Россия перешли к конкурентной модели ОМС, к реализации которой, как правило, не были готовы. Реализуемая модель не принесла ни врачам, ни пациентам ожидаемых ими результатов в виде увеличения бла-

госостояния с одной стороны, и повышения уровня доступности, качества и безопасности потребляемых медицинских услуг, с другой.

Между тем население России стареет. По прогнозам демографов, предполагается, что уже к 2025 г. лица старше 60 лет будут составлять почти одну пятую часть населения страны. Процесс старения населения влияет на размер спроса на медицинские, поскольку лица старше трудоспособного возраста болеют чаще и дольше. В частности, пациенты старше 60 лет потребляют в три с половиной раза больший объем медицинских услуг, чем лица в возрасте от 18 до 59 лет. На фоне роста ожидаемой продолжительности жизни и увеличения числа лиц старше 70 лет потребление медицинских услуг значительно вырастет, особенно вырастут расходы в последний год жизни человека. Кроме того, на фоне обогащения незначительной части российского общества, противоположный полюс, представленный бедными и беднейшими слоями населения, продолжает увеличиваться и показывает склонность к деградации.

Деградация отдельных слоев населения России сопровождается злоупотреблением алкоголем, табаком и наркотиками, что наносит значительный ущерб здоровью и является, важным стимулятором роста спроса на медицинские услуги. Алкоголь — основная причина дорожных происшествий и болезни печени. От 25 до 40% всех пациентов неспециализированных больниц находятся там из-за осложнений, связанных с алкоголизмом. Употребление табака заметно увеличивает вероятность возникновения рака, болезней сердца, бронхита и эмфиземы легких. Наркотики являются основной причиной совершения насильственных преступлений и распространения СПИДа. Вдобавок значительное число наркоманов ежегодно попадают в медицинские организации для оказания дорогостоящей неотложной помощи. Таким образом, за счет значительного роста патологии у этой группы населения, нагрузка на программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в РФ продолжает расти, что ограничивает потребление медицинских услуг по данной программе для трудоспособного населения. На этом фоне наблюдается рост коммерческого сектора производства медицинских услуг.

Кроме того, по мере роста коммерческого сектора отечественного здравоохранения производители медицинских услуг стимулируют спрос, пользуясь тем, что пациенты не обладают необходимым объемом рыночной информации, Асимметричная информация и несбалансированность её распределения, приводит к тому, что производитель, а не потребитель решает, сколько и какого типа медицинских услуг следует потребить. Потребители медицинских услуг в реальной ситуации передают принятие большей части решений своим лечащим врачам, что приводит к возникновению «вызванного поставщиком спроса».

Поскольку, цены на медицинские услуги редко подвергаются широкому обсуждению, то производители (медицинские организации) в рыноч-

ных условиях стимулируют потребление, как правило дорогостоящих услуг, товаров медицинского назначения и лекарственных препаратов. Большинство медицинских работников заинтересовано в увеличении производства видов и объемов медицинской помощи, поскольку это напрямую связано с уровнем вознаграждения за проделанную работу. В конечном итоге представители медицинского сообщества экономически заинтересованы в более высоких расходах государства на здравоохранение. Анализ жалоб и обращений пациентов, а так же экспертных заключений проводимый нами в течение нескольких лет позволяют сделать заключение о том, что около 20% диагностических и лечебных процедур проводятся за пределами стандартных технологий, избыточно, что делает их ценность весьма сомнительной.

В США нам приходилось сталкиваться с выражением: «Стань врачом – и поможешь юристу». Ещё 10 лет назад нам казалось абсурдностью, обсуждения этого «слогана» в среде медицинских работников России. Однако число судебных разбирательств по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи соотечественникам ежегодно увеличивается, что колебало нашу позицию по этому вопросу. В настоящее время отдельные пациенты, обращаясь за медицинской помощью, заранее предполагают вероятность судебного разбирательства в будущем. Лечащие врачи также анализируют динамику этого процесса и склоняются к реализации стратегии «защитной» медицины, рекомендуя больше обследований и процедур, чем предусмотрено технологическими стандартами и необходимо конкретному пациенту с медицинской или экономической точки зрения. Делается это с целью снижения вероятности возникновения судебного иска и реализации возможности успешной защиты своей репутации во время досудебного или судебного разбирательства. Кроме того, исходя из этических соображений, врач обязан использовать наиболее эффективный и рациональный способ производства медицинских услуг пациенту. Это влечет за собой применение наиболее сложных и дорогостоящих медицинских технологий даже в тех случаях, когда в их реализации нет жизненной необходимости. Однако дополнительная оплата пациентом этих технологий снимает любые ограничения.

И, наконец, в нашем обществе существует мнение, что жизнь даже безнадежного пациента медицинские работники должны поддерживать так долго, как только возможно. Иногда это длится месяцами. Производителям медицинских услуг трудно противостоять сложившемуся общественному мнению. Между тем, даже с точки зрения здравого смысла и этических норм, – сомнительно, что высокотехнологичная медицинская помощь «безнадежным пациентам» должна продолжаться бесконечно, без малейшей надежды на успех. Например, безнадежным пациентам с посттравматическим апаллическим синдромом, используя и без того ограниченные ресурсы программы государственных гарантий оказания бесплатной меди-

цинской помощи, следует продолжать (ИВЛ, лечебный массаж, парэнтеральное питание и медикаментозную терапию в виде ноотропной терапии – пирацетама, пантогама, аминалона и др., аминокислот – церебролизина, префизона, витаминов группы В, АТФ; а также препаратов положительно действующих на мозговое кровообращение – кавинтона, сермиона, трента-ла и др.) смиренно ожидая наступление неминуемого конца. В этой связи нет ответа на вопрос, может ли общество платить по несколько тысяч долларов в сутки для интенсивного лечения безнадежного пациента, находящегося в коматозном состоянии и, как правило, без надежды на успех? Большинство людей отвечает на этот вопрос положительно, и это тоже увеличивает спрос на высокотехнологичные медицинские услуги, оставляя «за бортом» программы госгарантий финансирование превентивных медицинских услуг женщинам и детям, трудоспособному населению. Конфликты, связанные уходом общества от решения данной проблемы, периодически сотрясают «устой» стабильности взаимоотношений потребителей и производителей медицинских услуг, отражаясь в многочисленных заявлениях и жалобах потребителей, выплёскиваясь на страницы СМИ и фигурируя в материалах судебных заседаний.

Продолжая существовать в мире иллюзий, идеологи рыночных преобразований и либеральных реформ предполагают, что потребитель всегда использует принцип рационального поведения. По их мнению, из множества товарной массы индивид стремится выбрать наиболее предпочтительный товар или услугу, а также их реальный объем. Это предположение и носит название гипотезы рациональности. Когда при заданных ценах и доходе потребитель стремится распределить свои денежные средства так, чтобы получить максимум полезности от приобретенных товаров и услуг. Справедливости ради следует отметить, что в реальной жизни стратегия поведения значительной части потребителей медицинских услуг весьма далека от принципа рациональности.

Отражением этой стратегии является процесс избыточного потребления. Под избыточным потреблением медицинских услуг понимается постоянная потребность в них, удовлетворяемая, в основном, за счет общественных фондов и средств самих пациентов. Производители медицинских услуг, хотя и заинтересованы в увеличении объёмов платных услуг, но стараются не предоставлять услуги ненадлежащего качества, которые могут нанести ущерб здоровью потребителя. Поэтому, по мнению отдельных специалистов, избыточное потребление медицинских услуг не столь опасно, как их недопотребление (Вялых Н.А., 2014; Young J.T. , 2004). Тем не менее, по нашему мнению, параллельно росту потребления медицинских услуг, наблюдается рост объема ятрогений, что опровергает тезис о том, что избыточное потребление не несёт в себе опасности (Дьяченко С.В., Авдеев А.И., Дьяченко В., 2014, 2015; Дьяченко С.В., 2015). Поскольку риски развития ятрогенных синдромов существуют даже при применении

многokrратно апробированных и стандартизированных медицинских технологий, следует внимательно относиться к их прогнозированию.

К сожалению, в последние годы по мере внедрения в общественное сознание тезиса о том, что в России сформировалось и стабилизировалось общество потребления, определенная категория граждан обладая свободными финансовыми ресурсами значительно увеличили объемы потребление медицинских услуг. Они полагают, что эти услуги, не влияя на уровень здоровья, улучшают качество их жизни. В качестве примера такого поведения следует привести безудержный рост объемов косметологических услуг.


Довольно часто, определенные косметологические услуги производятся за пределами принципов рациональности, здравого смысла и целесообразности, что идет вразрез с принципами доказательной медицины. Неоднозначность оценок результатов произведенных косметологических услуг, как со стороны пациентов и врачей, так и со стороны медицинских экспертов, провоцирует формирование конфликтных ситуаций. Решение данной проблемы следует рассматривать с позиций достижения консенсуса между потребителями и производителями медицинских услуг о рационализации потребительского поведения пациентов. В противном случае уровень конфликтного потенциала отечественной медицины будет только увеличиваться.

Между тем, простое осознание потребности не подразумевает обязательного перехода потребителя к процессу принятия решения, поскольку многое зависит от степени расхождения между фактическим состоянием (текущая ситуация потребителя) и желаемым состоянием (ситуацией, в которой потребителю хотелось бы оказаться). Когда это расхождение достигает определенного уровня или превышает его, потребность считается осознанной (Блэкуэлл Р., Миниард П., Энджел Дж., 2007). В этой связи следует отметить и то, что не каждый пациент делегирует право принятия решения своему лечащему врачу, да и не каждый лечащий врач готов это право принять и им разумно распорядиться.

Чаще всего такая ситуация проистекает от недостатка медицинской грамотности пациентов, необходимой для обсуждения тактики своего лечения с медицинскими работниками, чтения и понимания медицинских терминов, информации специализированных сайтов «Интернета» для пациентов, медицинской рекламы и аннотаций к медицинским препаратам и приборам. В то же время эта модель, как научный эталон измерения, представляет собой важный ориентир для описания стратегий потребительского выбора в сфере производства и потребления медицинских услуг.

В качестве примера стратегии потребительского выбора медицинских услуг, которые потреблялись пациентками совсем не для повышения уровня здоровья, приводим выводы двух комиссионных судебно-медицинских экспертиз по случаям проведения хирургической операции

по аугментации молочных желез у пациентки М. 1969 г.р. и Д., 1974 г.р. в отделении пластической хирургии клиники «Э».

 *СМЭ пациентки М. 1969 г.р. В Заключении эксперта по материалам дела №А, указано: «10 июня 2008 г. на основании постановления следователя по ОВД Хабаровского МСО на транспорте К. выполненного от 12 октября 2007 г. в помещении отдела особо сложных экспертиз ОГУЗ «НОБСМЭ» (Новосибирск).*

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: из постановления следователя от 12 октября 2007 г. известно, что в период с сентября 2006 года по январь 2007 года в отделении пластической хирургии клиники «Э» гражданке М. по аугментации (протезированию) молочных желез, не отвечающие требованиям безопасности жизни и здоровью последней.

ВЫВОДЫ: На основании данных материалов уголовного дела №А, медицинских документов на имя М., 1969 г.р., руководствуясь поставленными перед судебно-медицинской экспертизой вопросами, комиссия пришла к выводам:

1. При проведении хирургической операции- аугментации молочных желез, выполненной М. 19.12.05 г. врачом Д., по поводу послеродовой инволюции молочных желез, гипертрофического мастоптоза 1-й степени, каких-либо нарушений действующих инструкций по проведению данной операции допущено не было.

2. По данным представленных на судебно-медицинскую экспертизу медицинских документов противопоказаний для проведения хирургического вмешательства – аугментационной маммопластики у М. не усматривается.

3. Методика оперативного вмешательства по увеличению (аугментации) молочных желез у М. была выбрана и операция поведена правильно.


4. Судя по имеющимся в уголовном деле документам, уровень подготовки врача Д. позволяет ей выполнять аугментационную маммопластику.

5. Послеоперационная реабилитация после аугментационной маммопластики, необходимая М. включает в себя амбулаторное наблюдение за пациенткой в течение первых двух недель, когда делаются перевязки и снимаются швы.

6. Повторное использование имплантатов молочных желез не допускается в любых случаях (как в отношении одной и той же пациентки, так и другой). Все современные имплантаты молочных желез рассчитаны на разовую фабричную стерилизацию и разовое применение, что регламентируется инструкцией фирмы изготовителя. Повторное использование имплантатов молочных желез может обусловить инфицирование раневого ложа протеза. У М. в феврале 2006 г. (спустя два месяца после операции) после перенесенной в послеоперационном периоде ви-

русной инфекции с подъемом температуры, диагностирована инфицированная гематома левой молочной железы. 13.02.06 г. ей была произведена операция – ревизия послеоперационной раны. Согласно протокола операции: «Из полости выделилось гнойное отделяемое зеленоватого цвета, из которого высеен золотистый стафилококк. Изъятый имплант обработан раствором антисептика. Эвакуировано 200,0 геморрагического отделяемого. Полость промыта 3% раствором перекиси водорода и раствором хлоргексидина, дренирована по Редону. В полость помещен имплант».

Повторное использование имплантата молочной железы у М., введение его после обработки в инфицированную полость не сопровождалось развитием у ней угрожающего (опасного) для жизни состояния. В послеоперационном периоде у пациентки сформировалась серома левой молочной железы и 21.03.06 г. имплант левой молочной железы был удален. Имплант правой молочной железы 16.05.06 г. был удален по просьбе пациентки. Из вышеизложенного следует, что вследствие допущенных врачом Д. в процессе производства операции от 13.02.06 г. нарушений (повторное использование имплантата левой молочной железы, введение его после обработки в инфицированную полость) вред здоровью М. не причинен, так как и при отсутствии указанных нарушений нельзя гарантировать, что у пациентки не сформировалась бы диагностированная 21.03.06 г. серома левой молочной железы. Подписи...

 СМЭ пациентки Д. 1974 г.р. Изучив представленные на комиссионную судебно-медицинскую экспертизу документы: материалы уголовного дела №А по фактам оказания услуг Д., 1974 г.р., не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, медицинскими работниками отделения пластической хирургии клиники «Э», медицинские документы, в соответствии с вопросами, указанными в постановлении о назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы, вынесенного 02 февраля 2009 года старшим следователем Хабаровского межрайонного следственного отдела на транспорте Ф., судебно-медицинская экспертная комиссия ХКБСМЭ (Хабаровск) приходит к следующим выводам:

1. Повторное использование имплантатов молочных желез Д. при обстоятельствах, указанных в постановлении, не представляло опасности для её жизни и здоровья, так как это не привело и, с высокой вероятностью, не могло привести к развитию опасных для жизни и здоровья пациентки осложнений при условии соблюдения ею рекомендаций лечащего врача.
2. Клинический опыт ведения больных с местными осложнениями после аугментации молочных желез, а также опыт отечественных и зарубежных пластических хирургов свидетельствует о том, что частота развития местных инфекционных осложнений после подобных операций не превышает 1%. Данные осложнения не несут в себе угрозу для жизни и здоровья пациентов, но требуют удаления

протеза с рекомендацией повторного протезирования не ранее, чем через 6 месяцев после его удаления. Подписи

Сопоставив оба заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз, становится понятным мнение о том, что даже соблюдение всех необходимых инструкций и стандартов производителями не гарантирует пациенту возможности избежать развития ятрогенных синдромов, что, довольно часто делает бессмысленным избыточное потребление медицинских услуг даже при условии возможностей своевременной их оплаты.

Поскольку в условиях рыночной трансформации здравоохранения России необходимая информация распределена асимметрично между врачами и пациентами, возникает вопрос, являются ли врачи идеальными посредниками, действующими исключительно в интересах пациентов. Ведь по своим возможностям оказывать влияние на спрос на медицинские услуги роль врачей уникальна. Именно производители медицинских услуг, заинтересованные в увеличении видов и объемов конечной продукции медицинских организаций в рамках реализации рыночной стратегии «спроса, стимулируемого производителями» оказывают давление на потребителей. Они стимулируют пациентов потреблять все большие и большие объемы медицинской помощи в условиях суженной информации об уровне необходимого потребления. Источником правдивой информации о рынке медицинских услуг, как правило, является врач общей практики, который в силу особенностей оплаты его труда (подушевого финансирования) заинтересован не в увеличении производства видов и объемов медицинских услуг, а в достижении оптимального уровня здоровья закрепленных за его практикой пациентов.

Таким образом, теоретически врач первичной медико-санитарной помощи (участковый врач или врач общей практики), как близкий к идеалу посредник, может обеспечить пациента необходимым объемом информации о производителях медицинских услуг, их возможностях, рейтингах и рисках того или иного вмешательства, чтобы тот мог сам принять оптимальное решение. Фактически же врачи, руководствуясь собственными экономическими интересами, при повсеместно внедряемой гонорарной системе оплаты труда, особенно в коммерческом секторе медицины, стимулируют перепотребление медицинской помощи.

К сожалению, отношение к перманентной модернизации отечественного здравоохранения в условиях либеральных (рыночных) реформ выглядит одинаково, как со стороны политиков, так и со стороны производителей, и со стороны потенциальных потребителей медицинских услуг. Все подразумевают реформу финансирования отрасли, откладывая на более поздние сроки решение проблем кадрового кризиса в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи, лицензирования и аккредитации, стандартизации, управления качеством и экономическую эффек-

тивность системы производства медицинских услуг и т.п. В рыночных условиях в основе всех направлений реформирования здравоохранения России, так или иначе, должно просматриваться главное направление реформ – это эффективность. В реальных условиях эффективность – это достижение максимального результата при возможно минимальных затратах функционирования системы медицинской помощи населению в сочетании с рациональным потребительским поведением пациентов.

**Постепенно становясь сильнейшим
из побуждений, страх ломает нрав-
ственный хребет человека и застав-
ляет его глушить в себе все чувства,
кроме самосохранения**

Дж. Оруэлл

Глава 6

Дегуманизация медицины и кризис взаимоотноше- ний врача и пациента

Современная медицина глубоко связана с экономикой и культурой. Поэтому медицинское познание и медицинская практика находятся в органической связи, как с социально-экономическим уровнем общества, так и с его нравственной культурой. При этом культура оказывает специфическое влияние не только на принятые в обществе концепции о здоровье и болезни, но и влияет на организацию производства медицинских услуг. Сама медицина тоже оказывает влияние на культуру, что позволяет многим специалистам и экспертам говорить о расширении медикализации общественной жизни. По их мнению, формируется комплексное взаимодействие между отдельными источниками оценки здоровья – социальные, культурные, психологические и религиозные. И каждый из них по своему, воздействует на всех участников процесса производства и потребления медицинских услуг (Борисов, В., Попова С. 1999). У одних прогресс медицины формирует ощущение страха перед будущим, у других – надежду на самосохранение.

Так, по мнению Айвана Иллича (Ivan Illich) европейского философа, который, развивая стратегию радикальной социальной критики здравоохранения, переоценивая значимость медицины в современном обществе, – предлагал свое видение здоровья. В частности он утверждал: «Основная угроза здоровью в мире – это современная медицина» (Illich I., 1974). По мнению же французского историка, философа и теоретика культуры Мишеля Фуко (Paul-Michel Foucault), который рассматривая соотношение жизни и власти. Он представлял медицину как знание и как власть над жизнью: «Власть вездесуща: она проявляет себя в каждое мгновение в каждой точке, вернее, в каждом отношении между двумя точками» (Foucault M., 1976). Исследования их последователя Жана-Пьера Дюпюи (Jean-Pierre Dupuy) который, опираясь на концепции Айвана Иллича и Мишеля Фуко, актуализировал понятие контрпродуктивности системы в условиях постиндустриального общества, имея в виду тезис о том, что избыточная медикализация жизни является неизбежным отражением прогресса. Он говорил: «Медикализация недомоганий является одновременно

и симптомом, и причиной утраты автономии: у людей больше нет ни потребности, ни желания самостоятельно решать проблемы в своем окружении. Все это облегчает их отказ от общественной борьбы, лишает их способности к противостоянию. В патогенном социуме медицина играет роль алиби» (Dupuy J. P., 2006).

В XXI веке начался процесс возрождения интереса к политэкономии. Это связано с внутренней реакцией научного сообщества на очередной кризис в рамках развития социальных наук. Если в третьей четверти XIX в. кризис политэкономии повлек за собой рождение социальных наук, то, как полагали, некоторые антропологи, ровно через столетие кризис социальных наук может привести к возрождению обновленной политэкономии. В конце XX века Винсент Наварро, Ханс Баер и др. задались целью развить особую политэкономия здоровья или медицинскую антропологию. В центр их внимания вышли проблемы социального производства болезни. Антропологи постарались выяснить, какие факторы более значимы, например, микробы и инфекции или бедность, недоедание и нехватка образования (Baer H., Singer M., Susser I., 2003; Navarro V., 2008). Сплошь и рядом выяснялось, что социальные факторы не менее, а то и более важны, чем естественные факторы, на которые обычно указывали ученые-медики (Никитюк Б.А., Корнетов Н.А., 1998; Корнетов Н.А., 1998; Rhodes L.A., 1990).

Критический подход, который стал знаменем в руках нового поколения антропологов, позволил пересмотреть целый ряд, казалось бы, хорошо знакомых понятий. Если традиционный медицинский подход позволял толковать здоровье как отсутствие болезни, то критический подход антропологов связывал здоровье с проблематикой социального благополучия. На пути к достижению здоровья людей, как показывали антропологи, часто стоят различные социальные барьеры: социальное неравенство, дискриминация, бедность, насилие, структурное насилие, жизнь в загрязненной среде и т.д. (Lock M., 2010). Их взгляды связывают состояние здоровья с доступом к основным материальным и нематериальным ресурсам и контролем над ними, поскольку последнее обеспечивает человеческую жизнь на высоком уровне удовлетворения. Наряду с критической концепцией здоровья они предложили также критическое понимание таких вещей, как болезнь, тело, лечение, лекарство и др. Большое значение и здесь было уделено социально-экономическим факторам, таким, как условия проживания, питания, загрязнения среды, доступа к власти и пр. (Михель Д.В., 2011) Представителями критической медицинской антропологии были предложены и совершенно новые понятия, которые сыграли важную роль в развернувшихся дискуссиях о болезни и здоровье (Никитюк Б.А., 1994; Baer H., Singer M., Susser I., 2003; Gaines A.D., Davis-Floyd R., 2004).

Многие специалисты, заняв неомарксистскую позицию, предложили рассматривать здоровье в контексте системы производства. Они проводили

различия между «функциональным здоровьем» (functional health) и «эмпирическим здоровьем» (experiential health). Первое из них они описывали, как способность исполнять свои социальные роли, прежде всего в условиях системы производства, где от человека требуется производительный труд и умение извлекать выгоду. Второе понятие они представляли как свободу от болезни и способность к развитию, в том числе к самораскрытию и преодолению отчуждающих социальных обстоятельств. «Функциональное здоровье» они определяли как неотъемлемый компонент общественной жизни при капитализме, тогда как «эмпирическое здоровье» – как принадлежность простых доиндустриальных обществ и – теоретически – современных обществ, основывающихся на отношениях социального равенства (Никитюк Б.А., 1995; Castro A., Farmer P., 2007; Lock M., 2010).

Возникновение и обоснование любого нового направления, пограничной науки, помимо определенной методологии, основных принципов и объекта исследования, должно иметь свои зоны соприкосновения с другими сопредельными дисциплинами и также базироваться на своем основном методе исследования. В этом отношении клиническая антропология образуется на пересечении медицинских наук и антропологии с большинством специальных отраслей психологии личности (генетическая, возрастная, дифференциальная, медицинская, психофизиологическая, психодиагностика, психотерапия), этологией, социальной экологией и этнографией, а также с нондуалистическими синтетическими субдисциплинами и концепциями – психосоматикой, психонейроиммунологией, психонейроэндокринологией, неогиппократизмом, холизмом и др. (Михель Д.В., 2014).

Общие экономические трудности нашего общества проявляются в уменьшении средств финансирования производства медицинских услуг. Это находит проявление в недостаточных средствах для реконструкции, модернизации, современных средств для диагностики и лечения, стимулировании медицинской науки и не на последнем месте – материальное стимулирование медицинских кадров на базе результатов их работы. Внедрение технических средств в процессы диагностики и лечения и абсолютизация их значения для принятия решений в клинической медицине искажают психологическое и моральное удовлетворение пациентов, связанное с взаимоотношениями с медицинским персоналом при производстве медицинских услуг. Уровень демократических принципов этих взаимоотношений снижается, врача уже в меньшей мере интересует личность пациента, его культурный уровень, особенности отношения к здоровью, болезни и смерти, а принятие клинических решений опирается на результаты показаний медицинских приборов, сложной вычислительной техники, а в отдельных случаях, – на заключения роботов с искусственным интеллектом.

В этой связи следует иметь в виду соотношение между демократизмом и технократизмом в осуществлении производства и потребления медицинских услуг, а также формате поведения, как потребителей, так и

производителей, с целью сохранения гуманного подхода к пациенту при реализации современных медицинских технологий. В течении нескольких десятилетий наши ожидания успехов медицины связаны с почти неограниченными возможностями современных технологий и их влияния на уровень качества жизни людей. Такой подход формирует технократический стиль мышления производителей медицинских услуг, который не учитывает всех последствий реализации тех или иных современных стандартных технологий (Трендафилова, А., 2015). А между тем, главным последствием реализации технократического стиля мышления многих практикующих врачей становится масштабный и устойчивый процесс размывания системы традиционных ценностей медицинской деятельности и снижение роли гуманитарной культуры, что в конечном итоге запускает устойчивый процесс дегуманизации медицины.

6.1. Технократизм – стимул прогресса дегуманизации производства медицинских услуг

После буржуазной революции 1991-93 гг. в России в рамках формирования неолиберальной версии капитализма, стали появляться признаки серьезных проблем с управляемостью социальных институтов, в том числе и здравоохранения. Правительство РФ обнаружило, что ситуация ускользает из-под контроля. Бюджетный дефицит и уровень безработицы, внешний долг и неприкаянная молодежь, депрессивные пригороды мегаполисов и рост наркомании, спад рождаемости и снижение уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи широким слоям населения – все эти факторы указывали на то, что «управление» этой стихией – дело мало перспективное. В этом периоде развития постсоветского общества для управляющих структур появился соблазн: сделать инструментом управления эксплуатацию темы опасности. А для того чтобы этот инструмент работал, понятие опасности бесконечно расширяется. В него включается все: терроризм, изменение климата, малозначительные преступления, безработица, иммигранты, снежные бури, финансовые кризисы и развал системы здравоохранения (Рансьер Ж., 2011). Государство сначала вселяет в общество различные страхи, а затем выступает в роли силы, которая способна его защитить. В результате тема безопасности становится не просто доминирующей в общественных дискуссиях. В этих условиях темы жизни и смерти, сохранения здоровья и получения безопасной медицинской помощи, модернизация производства медицинских услуг и внедрение опережающих технологий наделяются онтологическим приоритетом.

Одна из наиболее мощных современных тенденций развития медицины – это так называемая её технологизация в виде повсеместного распространения в системе производства медицинских услуг современных, научно обоснованных технологических стандартов, основанных на реализации инновационных проектов, например, таких как «Геном человека».

Однако после 2003 года прежняя генетическая догма «генотип-фенотип» стала подвергаться пересмотру. Возобладало понимание, что механизмы передачи наследственной информации от ДНК к белку более сложны, чем это представлялось прежде, и пришло понимание того, что почти невозможно учесть их все. В этой связи клинические антропологи отметили, что в условиях постгеномной эры биомедицина оказалась перед необходимостью вновь превратиться в «искусство гадания», характерное для нее во времена оракулов и пророков (Михель Д.В., 2014). Впрочем, мало кто из молекулярных биологов впал в гносеологический пессимизм. Следствием этого стал запуск целого ряда новых крупных проектов, призванных «закрыть» белые пятна в молекулярно-биологической картине мира. Постгеномная эра в молекулярной биологии началась с призывов развивать новые науки – эпигеномику, протеомику, метаболомику и биоинформатику, призванную помочь обрабатывать огромные объемы молекулярно-биологической информации. Особое внимание было обращено на фармакогеномику, цель которой – объяснять механизмы воздействия лекарств на индивидуальный геном. Несмотря на то, что сложность новых задач выглядит практически непреодолимой, многие ученые уверены в том, что от их решений зависит будущее современной биомедицины

В конечном итоге, прогресс в современной медицине связан с развитием все более сложных и дорогостоящих технологий, внедрением высокотехнологичных вмешательств. Технологизация оказывает инновационное влияние на современную медицину: на совершенствование производства медицинских услуг, взаимоотношения врача и пациента, врачебное мышление в целом, медицинское образование, политику научных исследований и многое другое. Это подтверждается и основными направлениями отечественных биомедицинских исследований (рис. 6.1).

Дело в том, что классическая медицина успешно освоила пространство в границах классического механистического понимания связей в мире и организме. Весь её прогресс связан с прогрессом механицизма в его выявлении устойчивых, однонаправленных причинных связей. В отечественной философии медицины была разработана оригинальная концепция причинности (Петленко В. П., Струков А. И., Хмельницкий О. К., 1978), развивающая тему происходящего перехода от монокаузализма к поликаузализму, где, по сути, отмечается исчерпанность ресурса механистического стиля мышления, способного осознавать, фиксировать и работать только с постоянными причинноследственными связями. Сама медицинская реальность меняется. Открывается нестабильность как эпидемиологической картины, так и самой морфологии организма, казавшихся прежде неизменными (Киселев К.В., 2015). Современные болезни – это хронические заболевания, вызванные несколькими факторами, многие из которых, во-первых, прямо персонифицированы, то есть не распознаются как нарушения. Это состояния более тонкие, чем болезнь. Во-вторых, так называемые

нарушения персонифицированы обратно – то есть нарушение есть не только поломка, но ещё и переход в новое состояние в виде запланированного нарушения гомеостаза (Дильман В.М., 1982). Например, биологическая система не растёт, не развивается и стабилизируется, восстанавливается путём починки и замены повреждённых или утраченных узлов и агрегатов. От утраты она ломается. Это рабочая метафора работает повсеместно и, не в последнюю очередь в медицине.

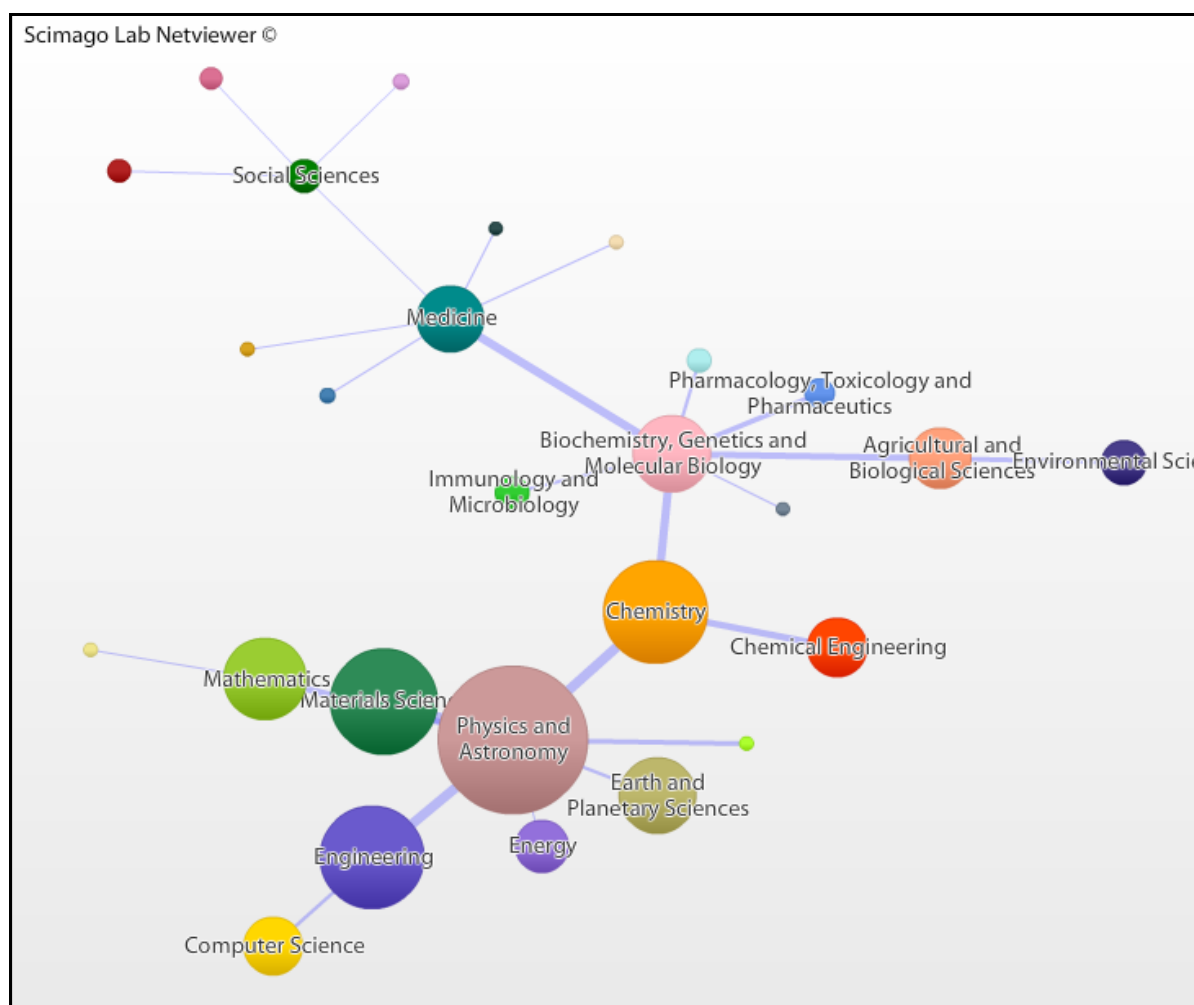


Рис. 6.1. Карта биомедицинских научных исследований в России (Источник: SCImago Journal & Country Rank)

Современная концепция поступательного развития медицины в XXI веке меняется таким образом, что подлинным объектом её воздействия оказываются различные структуры организма человека (органы, ткани, клетки, биомолекулы и т.п.) как мишени воздействия (Wyke, A., 1997; Chawla Mukesh, 2007; Trusheim, M.R. et al., 2011; Poli P, Morone G, Rosati G., 2013; Roukos D.H. et al., 2014). В итоге – из сферы воздействия медицинских технологий устраняется сам человек. В тоже время, например, развитие геномики, науки об исследовании геномов организмов, включающей интенсивное чтение полных последовательностей ДНК (секвениро-

вание) и их нанесение на генетические карты, позволяющее раскрывать взаимодействие между генами и аллелями генов их разнообразие, закономерности в эволюции и устройства геномов, откроет законы развития возбудителей многих заболеваний. Такой подход позволит создать новые лекарства для лечения этих заболеваний (Mattick J., 2004).

Кроме того, актуализация эпигеномики, протеомики, метаболомики и биоинформатики, в более широкой клинической практике станет стимулом увеличения спроса на генетические методы диагностики с последующей квалифицированной интерпретацией полученных данных. Сегодня чрезвычайно важно, чтобы лечащие врачи понимали геномику и могли эффективно использовать информацию передовых геномных и постгеномных технологий в рамках повседневной клинической практики. Для удовлетворения этого спроса важное значение приобретает снижение «кадрового голода» в клинической генетике, в том числе специалистов в геномной инженерии, прикладной токсикологии, микробиологии и биоинформатики – с навыками интерпретации и управления данными секвенирующих технологий.

Современные подходы в медицине тесно связаны с обсуждением формирования роботизированные частей тела пациента, модульных медицинских роботов, суррогатов, «аватаров» и др., которые в обозримом будущем станут реальной угрозой снижения спроса на специалистов медицинского профиля на рынке труда. По мнению Митио Каку (Michio Kaku) уже в обозримом будущем возможна реализация технологий перепрограммирования генов с помощью специально запрограммированных вирусов, которые могут активировать гены, которые замедляют процесс старения. Нанотехнологические датчики будут осуществлять раннюю диагностику различных болезней, в частности злокачественных новообразований, нанороботы смогут находить и уничтожать раковые клетки, оставляя нормальные клетки неповрежденными, а достижения в области изучения структуры и функции стволовых клеток будут применяться для выращивания новых органов, вместо утраченных. Изобретение к 2100 г. программируемой материи, квантовых компьютеров, углеродных нанотрубок, возможность создания репликаторов позволят расширить горизонты будущего (Kaku M., 2011).

Дегуманизация современной медицины – печальная реальность. Поступательное развитие науки, кроме положительных перспектив укрепления здоровья человека, имеет и отдельные отрицательные тенденции. В частности, по мере усложнения технологий диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, наблюдается рост ятрогенных синдромов (Дьяченко С.В., 2015). В век персонифицированной медицины, дальнейшей деконструкции медицинских специальностей, снижение значимости личности лечащего врача становится существенным барьером в сближении интересов пациента и врача. Интеграция основ психологии взаимоотношений па-

циента и врача в учебные программы на фоне опережающего развития технологий производства медицинских услуг является сложной, но крайне необходимой задачей, поэтому сегодня важно развивать новые образовательные программы с учетом, как достижений современных биомедицинских наук, так и психологии взаимоотношений. Иначе процесс дегуманизации современной медицины станет непреодолимой преградой между пациентами и медицинскими работниками (Дьяченко С.В., Дьяченко В.Г., 2015).

Одним из проявлений дегуманизированной медицины является тяжело переживаемое пациентами чувство бесчеловечности или даже жестокости производственных процессов при оказании медицинской помощи, когда общение с лечащим врачом, замещается общением с медицинским персоналом, обслуживающим сложную медицинскую технику. В связи с этим в современной литературе по биоэтике активно обсуждается тема «бездущности» медицинского персонала. На первый взгляд эта проблема может показаться надуманной, однако этические принципы обязывают медицинских работников облегчать не только физические, но и моральные страдания своих пациентов. К сожалению, как показывают наблюдения за организацией производства медицинских услуг и складывающейся системой взаимоотношений пациентов и лечащих врачей в условиях рынка, склоняют нас к согласию с мнением многих потребителей медицинских услуг о том, что они постоянно сталкиваются с феноменом своеобразной «бесчувственности» медицинских работников к страданиям пациентов. В отдельных случаях поведение производителей медицинских услуг пациенты оценивают, как антигуманный акт, граничащий с «медицинским цинизмом».

В качестве примера приводим документы служебного расследования, проведенного по заявлению пациентки Анны Б., врача по специальности

***Заявление.** Прошу разобраться с халатным и хамским отношением персонала приемного отделения больницы. Сегодня 20.04.16. г. в 12:40, я обратилась за помощью в приемное отделение ГКБ № N, информировав персонал отделения о том, что у меня гипопаратериоз тяжелой степени тяжести, в стадии декомпенсации. В 2002 году мне была проведена резекция щитовидной железы по поводу папиллярного рака, в последующие годы на фоне поддерживающей терапии у меня периодически наблюдается судорожный синдром.*

В связи с тем, что я в течении 14 лет страдаю гипопаратиреозом и знаю об этом заболевании достаточно много, в том числе и том, какие меры следует принимать для снятия судорожного синдрома, я предложила сотрудникам приемного отделения провести мне стандартную терапию, на что они ответили мне, что я «пьяница и наркоманка».

Между тем судороги прогрессировали. Дежурный хирург приглашенный терапевтом, сказав мне в лицо, что я наркоманка, развела руки и сказав, что ни чем не может мне помочь ушел. Терапевт приемного отделения покинула меня тоже, а между тем судорожный синдром только усиливался. Вернувшись через 40 минут, терапевт приемного отделения приняла решение о внутривенном введении мне 10% CaCL + 400 ml NaCL 0,9%. Медицинская сестра принялась выполнять назначения врача не помыв рук, не одев перчаток, маски и шапочки, хотя перед этим она проводила неизвестные мне манипуляции другому пациенту.

Внутривенная инъекция, проводимая мне, оказалась неудачной и хлористый кальций попал под кожу моей руки. По моим указаним место подкожного введения хлористого кальция обкололи новокаином, после этого данную медсестру я больше не видела. Медицинский персонал приемного отделения пригласил другую медсестру из РАО больницы, которая сразу очень грубо и громко меня спросила, чем я колюсь, что употребляю и где мои «дорожки»!!!! Я была просто в шоке. Доведя меня до слез ни оказав ни какой помощи она ушла. Судороги продолжали прогрессировать захватывая мышцы лица, что невыносимо больно.

Я считаю что данные действия медперсонала приемного отделения нарушением ст 41 Конституции РФ ФЗ, также ст. 293 ч 1 и 2, ст. 118 ч. 2 и 4, ст 236 ч 2. Я молодая успешная женщина мне 39 лет у меня двое детей, я совсем не похожа на наркоманку, и рассчитывала на оказании доступной и качественной медицинской помощи в экстренных ситуациях, как гражданка РФ. Прошу принять меры в отношении медицинского персонала приемного отделения городской больницы за хамство и халатное отношение к своим профессиональным обязанностям.

Пояснительная записка врача-терапевта приемного отделения Л. по поводу заявления пациентки Анны Б.

Больная Анна Б обратилась за медицинской помощью в приемное отделение 20.04.16 г. в 12.40 с судорожным синдромом самостоятельно, без направления. При обращении она и ее муж вели себя довольно агрессивно и хамски, требовали хирурга или терапевта, чтобы сделать инъекцию сибазона, объясняя это тем, что у больной судороги верхних конечностей, которые прогрессировали. Я, как терапевт, осмотрев ее, начала сбор анамнеза: «Как давно судороги? Были ли травмы? Какие есть заболевания, которые могли привести к этому состоянию? Как часто они бывают?». Мои вопросы игнорировали, и в агрессивной форме начали отвечать, что срочно надо сделать укол сибазона.

У пациентки с собой не было никакой медицинской документации (амбулаторной карточки, выписки), только паспорт. В результате был приглашен дежурный хирург. Совместно с дежурным хирургом начат очередной сбор анамнеза, на что, обратившаяся отвечала одно и то же: надо сделать укол сибазона срочно или поставить инфузию хлористого

кальция. Пациентке объяснили, что мы просто так не имеем право поставить сильнодействующее лекарственное вещество, на что Анна Б. начала рассказывать, что у нее гипопаратиреоз в течение 16 лет, в 2002г. была сделана резекция щитовидной железы по поводу рака (?). Судорожный синдром гипокальциемический криз отмечается 1-2 раза в год. Наблюдается постоянно у эндокринолога Краевой клинической больницы №1 г. Хабаровска. Принимает препараты кальция и витамина Д.

После консультации с заведующей терапевтическим отделением, совместно было принято решение сделать в/в введение хлористого кальция 10%-5,0 на 0,9%-400,0 физ раствора. Спустя примерно 15 минут медицинская сестра сообщила, что в связи с выраженным склерозированием вен верхних конечностей больной, периферический венозный доступ был затруднен. В результате чего от больной и ее мужа начали поступать недовольства и сомнения о стаже и квалификации наших работников, в частности медицинских сестёр, они в агрессивной форме требовали другую медсестру.

Была приглашена медсестра из реанимационного отделения, но тоже не смогла сделать в/в инфузию. Больная была полностью осмотрена на наличие вен. После повторных попыток (а по моему руководству, в начале вводился чистый 0,9%-200,0 физ. раствор, чтобы не спровоцировать некроз тканей), Анна Б. сказала, что последний раз ей делали инфузию в вену на нижней трети голени. В/в инфузия в области голени была сделана медсестрой приёмного отделения, после чего судорожный синдром у больной был купирован.

Больная была еще раз осмотрена терапевтом, сделана ЭКГ, и направлена своей машине к эндокринологу.

С моей стороны и со стороны медицинского персонала грубости, хамства и халатности не было. Была сразу оказана первая медицинская помощь. Медицинский персонал не проявил равнодушие, был внимателен. Я, как и.о. заведующего приемным отделением извинилась перед больной за причинённые физические неудобства при попытках венопункции. И.о. зав. приемным отделением Л. (подпись)

Пояснительная записка врача-хирурга Ф. по поводу заявления пациентки Анны Б.

20 апреля 2016 г. я была приглашена терапевтом приёмного покоя для консультации пациентки Анны Б., обратившейся за экстренной помощью с судорожным синдромом, с целью уточнения генеза судорог. Совместно с терапевтом я участвовала в сборе анамнеза, уточнении жалоб больной. Пациентка и её муж вели себя развязно, вызывая, при этом до определённого момента отказывались сообщать какие-либо сведения о своих заболеваниях, но требовали инъекций сибазона и хлористого кальция. Каких-либо вопросов о возможном употреблении пациенткой наркотиков не задавали, т.к. для этого не было повода. Только после того, как

пациентка сообщила о том, что наблюдается у эндокринолога по поводу гипопаратиреоза, ситуация прояснилась и дальнейшая работа с пациенткой проводилась на уровне терапевта приёмного отделения, а я занялась другими пациентами. Врач-хирург Ф. (подпись)

Ответ на жалобу пациентки Анны Б. от администрации городской больницы

В соответствии с Вашим обращением от 20.04.2016 г. администрацией КГБУЗ г. Хабаровска была проведена проверка качества оказания медицинской помощи по случаю Вашего заболевания. Комиссия ознакомилась с Вашим обращением, записями в журнале консультаций приёмного отделения, пояснительными записками хирурга и терапевта приёмного отделения, медицинских сестёр РАО.

В ходе проверки установлено следующее:

Вы обратились за медицинской помощью в приёмное отделение КГБУЗ «ГКБ №10 Хабаровска» в 12.40 20.04.2016 г. в сопровождении мужа, с явлениями судорожного синдрома. Со слов медицинского персонала, Вы требовали инъекций сибазона (а впоследствии и хлористого кальция), отказываясь при этом давать какие-либо пояснения по анамнезу заболевания, ссылаясь на своё медицинское образование. Какой-либо медицинской документации, объясняющей клиническую ситуацию, также не предоставили. Это в определённой мере вызывало затруднения в установке диагноза и решении вопроса о выборе препаратов для оказания экстренной медицинской помощи, потребовало привлечения других врачей приёмного отделения. В опросе, сборе анамнеза совместно принимали участие терапевт и хирург. В сферу их интересов входили детали анамнеза заболевания, методы лекарственной терапии, получаемой Вами когда-либо.

Только после повторных объяснений с врачами Вы сообщили, что наблюдаетесь у эндокринолога по поводу гипотиреоза. После выяснения деталей анамнеза дальнейшую работу с Вами проводила терапевт и медсестра приёмного покоя. При попытке провести внутривенную инфузию назначенных препаратов у медсестры возникли технические сложности с пункцией периферической вены. Для оказания помощи были приглашены сотрудники реанимационного отделения. Две опытные медицинские сестры-анестезистки также не смогли осуществить катетеризацию периферических вен в связи с их выраженным склерозированием. Лишь после того, как Вы указали на наличие «проходимой» вены в области голени, медицинская сестра смогла провести внутривенную инфузию, судорожный синдром был купирован.

После этого Вы были повторно осмотрены терапевтом, Вам была выполнена ЭКГ, проведена беседа, разъяснены причины технических трудностей при оказании экстренной терапии, дано направление к эндокринологу ККБ №1. Таким образом, в приёмном отделении Вам была

оказана своевременная экстренная медицинская помощь. Факты нарушения со стороны медицинских работников принципов этики и деонтологии не подтвердились. Тем не менее, с сотрудниками реанимации и приёмного отделения проведена дополнительная конференция о медицинской этике и деонтологии, специфике сбора парентерального анамнеза. С медицинской сестрой приёмного отделения, совершавшей парентеральные манипуляции с нарушением правил медицинской безопасности (без защитных перчаток), указано на выявленное нарушение, проведён дополнительный инструктаж, вынесено устное замечание.

Нарушений качества оказания медицинской помощи в Вашем случае не выявлено. Главный врач (подпись).

Анализ приведенных документов показывает, что, несмотря на декларирование заботливого и внимательного отношения к своим больным, реальное профессиональное поведение значительного числа медицинских работников определяется не столько интересами пациентов, сколько интересами медицинской организации, в которой они работают, а также корпоративными интересами поддержания собственной профессиональной самооценки. Именно такое поведение производителей медицинских услуг в сочетании с низким уровнем компетенций поддерживает кризис взаимоотношений пациента и врача.

Судя по содержанию объяснений врачей, оказывавших помощь пациентке Анне Б., ими не признается никакой пользы от развития в себе сострадательного настроения к больным. Становится очевидным факт того, что персонал приемного отделения данной больницы не задумается над тем, как люди, испытывающие боль, несправедливость, физические и моральные страдания воспринимают и оценивают врачей и медсестёр. А между тем, личность пациентки, страдающего в течение многих лет серьёзным заболеванием, получающий постоянную поддерживающую терапию, к тому же, являющейся коллегой медицинского персонала, куда она вынуждена была обратиться за экстренной помощью, серьёзно деформирована. И этому есть объяснения.

Когда человек болен – неважно, имеет его страдание физическую или эмоциональную природу, – важно то, к кому он обращается за помощью. В большинстве случаев он обращается к профессионально подготовленному специалисту, ожидая от него сострадания, внимания, сочувствия и профессионального поведения. Как гласит известная поговорка «На больных не обижаются!», поскольку в кризисный момент физические страдания больного многократно усиливаются из-за интенсивной тоски и страха. И, если такой пациент встречает врача или медсестру, которым действительно небезразлично происходящее с ним, это всё меняет. Но, в описанном ранее случае, Анна Б. столкнулась с деформацией профессионального поведения не одного, а многих медицинских работников, т.е. с

системой сформированной внутри многих медицинских организаций. Но для больной совершенно неважны причины этой деформации, то ли это отражение «синдрома хронической усталости», то ли это следствие «синдрома профессионального выгорания», она воспринимает эту систему, как синдром хронической черствости, бездушия и профессионального невежества.

Ещё несколько десятилетий назад среднестатистический врач не был ограничен в праве, лечить не болезнь, а больного или, иными словами, лечить не по трафарету (алгоритму, стандарту), а в рамках исполнения стандартных технологий в сочетании с индивидуальным подходом к лечению, в соответствии с особенностями личности пациента и персональными вариациями течения патологического процесса. Продолжающиеся либеральные реформы, внедрение во взаимоотношения между пациентами и медицинскими работниками рыночных механизмов купли-продажи, ускорило смену врачевания, как искусства, на коммерческую медицину, основанную на беспристрастном, холодном расчете, погоне за прибылью и, во многих случаях, – нескрываемым безразличием к пациентам. Введение, обязательных к исполнению стандартов лечения заболеваний, в сочетании с четко определенным объемом медицинской помощи, включая диагностические и лечебные процедуры, усилили экономическое давление на производителей медицинских услуг.

Таким образом, с одной стороны был введен жёсткий регламент в производство медицинских услуг для обеспечения их доступности, качества и безопасности, но с другой стороны, введение стандартов, стало стимулом для отдельных медицинских работников равнодушного отношения к пациентам. «Тут уж не до гуманности», – поясняют руководители медицинских организаций, – «Главное выполнить требования клинико-экономического стандарта». Именно такой подход в настоящее время находит отражение в большинстве ответов на жалобы и заявления пациентов: «При оказании Вам медицинской помощи нарушения стандартов медицинских технологий не выявлено». И, ведь не поспоришь, стандарт то выполнен. А что до пациента, то ему остается смиренно стоять в очередях в поликлинике, ожидая приема, в стационаре ожидая госпитализации и надеяться на то, что он «попадет в руки думающему врачу», который отнесется к своему пациенту, не как к поврежденной биологической системе для ремонта которой необходимо выполнить стандартную технологию, а как к живому человеку.

В итоге возникла ситуация, оскорбительная (хотя и мало кем вполне осознаваемая), как для врача, так и для пациента. Лечащий врач-профессионал чувствует себя униженным необходимостью бездумно производить медицинские услуги, без права на реализацию индивидуального подхода для конкретного пациента, не проявляя творческой активности. При этом он должен заниматься самоконтролем при исполнении стандарт-

ных технологий, находясь под жесточайшим контролем нескольких групп экономических и медицинских экспертов (МО, СМО, СМЭ и др.) заинтересованных в первую очередь, не в достижении стандартного уровня здоровья пациента, а в проверке соответствия фактических медицинских, социальных и экономических результатов нормативным (стандартизованным) результатам. Причем ведущее значение играет соотношения нормативных и фактических затрат при производстве единицы медицинских услуг, поскольку экономический фактор в либеральной модели здравоохранения отвечает ожиданиям отечественных реформаторов. В такой производственной модели, больной чувствует себя неудобно, поскольку с ним обращаются как с некоей сложной биологической системой при техническом осмотре (диагностика), затем ремонт и замена вышедших из строя «узлов» (лечение), а не как с личностью, требующей к себе такта, уважения, сочувствия и индивидуального, «человеческого» подхода.

В этой связи следует отметить, что управляющие структуры реформируемого здравоохранения России, в меру уровня своих компетенций стремятся превратить отечественную медицину в «доходное ремесло». Именно такой подход формирует потерю самого смысла врачевания, изымая из него остатки когда-то заметного гуманистического компонента и низводя самого лечащего врача до уровня беспрекословного исполнителя стандартных технологий и любых указаний «сверху», т.е. следованию основному принципу бизнеса: «При минимальных затратах, Вы должны достичь максимальных результатов». В такой модели реформируемой медицины судьба больного не зависит (или почти не зависит) ни от способности врача к анализу клинической симптоматики, ни от его готовности хотя бы на минуту усомниться в рациональности и правомерности спущенной сверху инструкции (стандарта). Теперь здоровье и, может быть, даже само существование пациента, в значительной мере обусловлено и зависит от страха наказания, которое понесет лечащий врач за нарушение федерального стандарта, утвержденного министерскими директивами.

Таким образом, дегуманизация врачебной деятельности, еще недавно казавшаяся немислимой, стала явной. Пациент и врач очутились по разные стороны баррикады, сложенной из либеральных реформ, технических достижений и сцементированной технократическим мышлением. Практический врач, не обученный стандартным правилам общения и ведения диалога, существующий за пределами нарративной медицины, перестал слушать и слышать больного, а их вынужденная беседа превращается, по своей сути, в жёсткий алгоритм «анкетирования» по унифицированной, т.е. усеченной программе, которая уже давно не ориентирована на индивидуальную, антропологическую оценку личности пациента. Да и сами пациенты, получившие многочисленные консультации на сайтах системы «Интернет», накопив печальный опыт многочасовых ожиданий приема лечащим врачом, скитаний по кабинетам «авторитетных» специалистов в различных

медицинских организациях, потеряли веру в то, что к их проблема кто-то проявит живой, профессиональный интерес. Существовавший некогда интерес к личности пациента со стороны лечащего врача, сменился на его почти абсолютное поклонение результатам лабораторных анализов и технического контроля за функционированием органов и систем пациента.

Дегуманизация отношений пациента и врача в условиях рынка пока ещё не достигла своего максимального уровня. Однако все чаще и чаще мы убеждаемся в том, что большинство современных врачей стремятся получить как можно больше сведений, указывающих на «поломки и сбои» в работе биологической системы пациента, добытые с помощью очень сложной и «всемогущей» медицинской техники. В такой ситуации пациенты стали рассматривают личность лечащего врача, как «переводчика или лоцмана» в сложном хитросплетений результатов, так называемых объективных исследований, добытых с помощью инновационных медицинских технологий.

Инновации в развитие отечественной медицины признаны одним из принципиальных объектов государственной политики, цель которой стимулировать общее развитие новых знаний. Она направлена сегодня на то, чтобы сосредоточить свои усилия на развитии и продвижении новых продуктов, которые могли бы, в свою очередь, стимулировать общий рост уровня здоровья населения и повышение конкурентоспособности отечественных медицинских организаций. На начальном этапе политика в сфере инноваций была направлена, на национальном уровне, на общее развитие знаний, защиту технологического роста посредством патентования и внедрения академической науки и знаний в сектор производства медицинских услуг, где разрабатываются и выводятся на рынок новые технологии, средства медицинского назначения и лекарственные препараты.

Однако на этом этапе не удалось решить ряд принципиальных проблем в виде низкой заинтересованности молодежи в занятиях естественными науками, в том числе и медицинскими технологиями, «утечка мозгов» в страны ЕС и США. Выше указанные проблемы были дополнены низкой инвестиционной привлекательностью российской индустрии биотехнологий. Управляющие структуры охотнее инвестируют средства в финансовые спекуляции, хотя представители отечественной биоиндустрии предложили ввести меры, сходные с английскими, немецкими и американскими, для доступа государственных фондов, что позволило бы значительно увеличить инвестиции за счет рискованных капиталов (Hodgson J., 2001). Без активного включения государства в процессы развития биотехнологий у России нет шансов стать одним из мировых лидеров в медицине. В этих условиях особую роль приобретает разработка социогуманитарных технологий обеспечения процессов консолидации общества, государства и бизнеса, обеспечения гармонии между пользой и угрозами от внедрения биотехнологий, поиском локомотивов их развития.

В связи с развитием биотехнологий повысилось значение биоэтики. В медицинских организациях стали создаваться независимые этические комитеты, призванные способствовать защите прав, как пациентов, так и медицинских работников. Причем в «западной социологии медицины» была разработана концепция потребления медицинских услуг, включавшая такие блоки, как «культура предоставления медицинских услуг» и «культура потребления медицинских услуг». Кроме того, была принята Конвенция о биомедицине и правах человека, которая была одобрена в Российской Федерации. Появился пакет международных документов, регламентирующих гуманизацию отношений в здравоохранении и др.¹ Центральной фигурой в этой системе координат стала личность врача. Было заявлено, что врач в своей деятельности не может руководствоваться ничем иным кроме глубоких знаний, нравственных принципов, чувства гражданского долга перед пациентом и обществом. Основой его деятельности является мораль, как отражение парадигмы, где разум, профессионализм, сострадание, а так же другие общечеловеческие качества и поведенческие мотивации подчинены универсальным принципам функционирования общества, его традиционным стандартам развития.

В то же время, условия труда медицинских работников, материальное обеспечение, условия повышения квалификации, моральный статус в глазах пациентов не соответствуют их социальной значимости. Низкий уровень финансирования, недостаточная разработанность юридических норм профессиональной деятельности, негативное отношение СМИ – все это позволяет говорить о низком уровне социальной защищенности медицинских работников (Васильева Т. П., с соавт., 2003). В обществе сохраняется традиционный подход, согласно которому профессия медицинского работника престижна сама по себе и не нужно предпринимать со стороны государства дополнительных усилий, чтобы привлечь людей к занятиям ею. В действительности, отношение к медицинским профессиям в обществе значительно изменилось. Уровень оплаты труда у них – один из самых низких среди структурированных профессиональных групп, возможность получения доходов за счет частной практики ограничена, условия жизни – весьма скромные. А в общественном сознании образ врача формируется негативными материалами СМИ (Кузнецов А.В. 2009; Кузнецов А.В., Бармина Т.В., 2009) и сообщениями о врачебных ошибках и преступлениях (Авдеев А.И., Чернышов А.П., Дьяченко В.Г., 2003; Дьяченко В.Г., 2007; Васкес Абанто Х.Э., 2013; Дьяченко С.В. с соавт., 2015). Что же относительно пациентов, то они воспринимают все просчеты и дефекты либеральных реформ системы здравоохранения как личные проступки врачей, с которыми они контактируют непосредственно: очереди, неудовле-

¹ Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине. Овьедо, 4 апреля 1997 г. <http://humanrts.umn.edu/russian/euro/Rz37.html>

творительное обеспечение медицинских технологий, рост платных услуг и т.п. Отсюда – усиление отрицательной психологической нагрузки на медицинский персонал.

О проблеме страха в системе взаимоотношений пациента и врача. Для пациента (потребителя медицинских услуг) уровень ответственности врача (производителя медицинских услуг), наличие или отсутствие вины и её степени при наличии дефекта оказания медицинской помощи, имеет второстепенное значение, поскольку он изначально ожидает бездефектного производства медицинских услуг. Именно наличие рисков при потреблении медицинских услуг и отсутствие 100% гарантий качественной медицинской помощи вселяет страх в пациента перед медициной, выражающийся в ятрофобии.² Большинство пациентов отчетливо представляют себе структуру основных причин смерти населения: сердечнососудистые заболевания, злокачественные новообразования, травмы и отравления, что в сочетании с устойчивым информационным потоком сведений о кризисе отечественной медицины поддерживает в обществе чувство страха и неуверенности при обращении за медицинской помощью.

Симптомы ятрофобии развиваются уже на стадии планирования посещения медицинской организации. Причем, если в предыдущие годы подобное явление связывали с цветом медицинских халатов, то в настоящее время, несмотря на новую форму одежды медицинских работников (белые халаты сменили на разноцветные костюмы), страх перед медицинскими работниками сохранился. Следует заметить, что фобии не развиваются на «пустом месте», для их появления, необходимо наличие наследственных факторов, обуславливающих повышенное возбуждение нервной системы, или негативный, травмирующий собственный опыт потребления медицинских услуг. То есть фобии возникают у пациентов, которые уже столкнулись с неблагоприятными воздействиями на собственный организм угрожающего фактора. Возможность развития фобии усугубляется врожденной мнительностью, подозрительностью, отсутствием доверия к медицинским работникам и пр. Однако фобии могут провоцироваться специфическим поведением медицинского персонала.

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост числа онкологических заболеваний у населения, при этом, благодаря появлению современных химиопрепаратов, новых схем лечения и режимов лучевой терапии, внедрению органосохраняющих оперативных вмешательств, увеличивается не только продолжительность жизни онкологических больных, но и качество их жизни.³ Анализ повозрастных показателей смертности от злокачественных новообразований с начала 1990 годов по-

² Ятрофобия (от греч. *iatrós* — «врач» и *φόβος* — «страх») — фобия, навязчивый, выходящий за обычные рамки, страх перед врачами (прим. авторов).

³ Дьяченко В.Г., О А.С. Таргетная терапия и качество жизни пациентов, страдающих раком молочной железы. Дальневосточный медицинский журнал. 2014. № 3. С.67-76.

казывает, что возрастная группа лиц старше 55 лет в наибольшей мере подвержены заболеваемости раком. Именно в этой возрастной группе чаще встречаются случаи диагностики злокачественных новообразований в 3-4 стадии и регистрируется максимальный уровень смертности. Помимо объективных и субъективных причин поздней диагностики рака, во многих случаях наблюдаются сбои в организации онкологической помощи населению, в частности, идеологии широкого внедрения технологий раннего выявления злокачественных новообразований с помощью внедрения скрининговых программ. Между тем, именно раннее выявление рака позволяет повысить эффективность комплексной терапии, снизить уровень смертности и повысить выживаемость. Во многих случаях это связано с уровнем доступности медицинской помощи населению в провинциальных регионах России.⁴

Что же относительно показателя качества жизни больных злокачественными новообразованиями, то результаты клинических и параклинических методов исследования не представляют лечащему врачу полной картины заболевания.⁵ Анализ ситуации показывает, что рак влияет не только на соматическое состояние больных, но и на их социальное поведение и эмоциональные реакции. Именно изменения уровня качества жизни позволяют судить о прогнозе ресоциализации пациентов с помощью изучения интегрального показателя сложной картины субъективных переживаний больных злокачественными новообразованиями и определения соотношения влияния болезни и комплексного лечения на соматическое, психологическое, эмоциональное состояние пациентов.

В рамках проводимого нами комплексного исследования характера взаимоотношений пациента и врача с точки зрения оценки причинно-следственных связей формирования синдрома ятрофобии, были проведены полустандартизированные индивидуальные и коллективные интервью пациентов регионального онкологического центра по проблемам взаимоотношений пациента и врача. Используются стандартные рекомендации и методики.⁶ Приводим несколько типичных для этой группы пациентов выдержки из протоколов интервью.

❶ *Пациент Т. 69 лет во время очередной плановой диспансеризации в поликлинике №7 г. Хабаровска была выявлена гиперплазия предстатель-*

⁴ Дьяченко С.В. Дьяченко В.Г. Об истоках социального неравенства при обеспечении дальневосточников медицинской помощью// Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электронный научный журнал] 2015; №2. URL.:<http://www.fesmu.ru/voz/20152/2015201.aspx>.

⁵ О А.С., Дьяченко В.Г. Качество жизни больных раком молочной железы в процессе комплексной противоопухолевой терапии. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электронный научный журнал] 2016; №4. URL.:<http://www.fesmu.ru/voz/20152/2015201.aspx>.

⁶ Бондаренко А. Г. Социологическое исследование: методика опроса. Учебн. пособие / ВолгГТУ 2006. - 64 с. Погосян Г. А. Метод интервью и достоверность социологической информации. Ереван, 1985. Debus M. Handbook for Excellence in Focus Group Research. Washington: Academy for Education Development, 1986.

ной железы. Больной в плановом порядке госпитализирован в урологическое отделение краевой больницы, где после клинико-инструментального обследования (ТРУЗИ простаты, уровень ПСА и др.) проведена биопсия предстательной железы, результаты которой подтвердили наличие злокачественного новообразования. После чего пациент был направлен в региональный онкологический центр. Причем респондент отметил, что до этого момента его взаимоотношения с персоналом медицинских организаций складывались в рамках консенсуса, терпимости обеих сторон друг к другу.

Контакты пациента Т. с медицинскими работниками онкоцентра, бывшего военнослужащего и человека спокойного и выдержанного превратились в череду конфликтных ситуаций, следовавших одна за другой. Причем инициаторами конфликта во всех случаях был или персонал этой медицинской организации или особенности управления ею.

А) Предварительная запись к врачу онкологу-урологу по телефону, продублированная на электронный адрес онкоцентра на определенный день и час, оказалась ничего не значащей процедурой, поскольку в реальной жизни при обращении в регистратуру пациент Т. столкнулся с «современными» принципами записи на прием к специалистам. В поликлиническом отделении онкоцентра работал терминал, присваивающий пациенту номер, а затем по громкоговорящей связи его вызывали к окну регистратуры. Поскольку пациент впервые столкнулся с такой формой записи, то он обратился в регистратуру за помощью, на что получил ответ: «Не умеете пользоваться терминалом, научитесь и приезжайте в следующий раз, когда научитесь». После короткого контакта с работниками онкоцентра на повышенных тонах, ему все-таки объяснили принципы работы терминала и он, наконец, получил долгожданный номер для обращения в регистратуру. После чего его вызвали по громкоговорящей связи: «клиент №18 подойдите к 5 окну». На вопрос, почему его назвали «клиентом», как в парикмахерской или бане, и не придется ли ему платить за оказанную медицинскую помощь, был получен исчерпывающий ответ: «По правилам, принятым в нашем онкоцентре к пациентам принято обращение «клиент». Если есть полис ОМС, то счет на оплату уйдет в страховую компанию, а, если полиса ОМС нет, то придется платить в кассу онкоцентра».

Б) После переговоров с регистратором в окне №5, была заведена амбулаторная карта и пациент направлен на прием к онкологу-урологу. На вопрос «на какое время произведена запись» он получил разъяснения, что в поликлиническом отделении онкоцентра прием реализуется в рамках «живой очереди», а регулируют её сами клиенты-пациенты. Прием врачами осуществляется с 9 до 14 часов. Простояв в очереди в течение 4 часов, пациент Т. попал на прием к врачу и был приятно удивлён вниманием, сочувствием и профессиональным отношением к нему доктора и ме-

дицинской сестры, который подтвердил диагноз и рекомендовал, не откладывая попасть на прием к заведующему хирургическим отделением для решения вопроса о плановом оперативном лечении. На прием к заведующему отделением пациент Т. попал в 16 часов, простояв в «живой очереди» еще около 2 часов. Однако вопрос о плановой госпитализации был решен положительно. Таким образом, пребывание в поликлиническом отделении онкоцентра с 8 до 17 часов, позволило ему решить свои текущие проблемы в течение одного рабочего дня, а самое главное, встреча с двумя профессионально подготовленными врачами, которые подробно объяснили ему тактику дальнейшего лечения, значительно снизили уровень страха перед неизвестностью...

② Другие респонденты, участвовавшие в интервьюировании (пациенты П., У., Ш., и др.), отметили, что пациент Т. стал исключением из правил, поскольку большинство из них попадали на прием к врачам, заведующим отделениями со второго, а то и с третьего раза. Врачи всем своим видом, показывали уровень «невероятной занятости» и отнеслись к пациентам без тени сочувствия, жестко указав на стадию заболевания и вероятный его исход, как правило, – неблагоприятный. После разговора с такими врачами уровень страха у пациентов только повышался.

Процесс лечения в большинстве случаев начинался с оперативного лечения (мастэктомия, струмэктомия, нефрэктомия, простатэктомия и др.). В последующем пациенты продолжали комплексное лечение в виде лучевой и полихимиотерапии. Общее состояние больных перед началом, в процессе реализации и по окончании комплексного лечения было обусловлено: во-первых, наличием самого опухолевого заболевания и опухолевой интоксикацией, во-вторых, их сложным психоэмоциональным состоянием и, в-третьих, побочными эффектами лучевой и полихимиотерапии. Почти все испытывали боль, страх и ожидали психологической поддержки от лечащего врача, медицинских сестер и других специалистов. Однако, по их мнению, психологическая поддержка пациентов не входит в стандарт медицинской помощи больным регионального онкоцентра.

Осознание респондентами того, что они страдают злокачественным новообразованием, вызывает сложную трансформацию психоэмоционального фона. Мучительное ожидание начала первого курса химиотерапевтического лечения или лучевой терапии, значительно ухудшают настроение пациентов, реализуют дестабилизацию душевного равновесия, что проявляется ростом напряженности во взаимоотношениях с родственниками и медицинским персоналом, беспокойным поведением, раздражительностью, а в отдельных случаях чувством подавленности и заторможенности. Все это выливалось в перманентные конфликты пациентов с лечащими врачами и медицинским персоналом.

В условиях реформирования и рыночной трансформации медицинской помощи в России, чувство страха испытывают и медицинские работ-

ники. Они прекрасно помнят 1990-е годы, когда по многу месяцев им не выплачивалась заработная плата. Между тем в настоящее время мало что изменилось. Условия «эффективного контракта» ставит уровень заработной платы в полную зависимость от их взаимоотношений с представителями управляющих структур медицинской организации, а совсем не от количества и качества произведенных услуг. В дополнение к этому, современные лечащие врачи испытывают информационные перегрузки в связи с интенсивным расширением номенклатуры ЛС и внедрением в медицину новых биотехнологий.

Если говорить о наличии страха наказания медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей (производстве медицинских услуг), то следует понимать, что он возникает у врача в определенных условиях и довольно часто является неким сдерживающим фактором, ограничивающим специалиста в его действиях. В этом случае существует свод писанных и неписанных правил, норм, требований, которым медицинские работники должны следовать. Любое отклонение от них чревато наказанием. Наказание в таких случаях может осуществляться по нескольким направлениям, административному, уголовно-процессуальному и гражданско-судебному.

С одной стороны страх перед наказанием несет в себе положительный момент. Он является тем ограничителем, который позволяет руководителю управлять медицинским персоналом, добиваясь исполнения технологических стандартов производства и норм поведения, приемлемых в цивилизованном обществе. Большинство руководителей государственных медицинских организаций управляют персоналом в рамках административной модели, которая изжила себя в мировой практике ещё в середине XX века, но, тем не менее страх наказания в условиях современного производства медицинских услуг иногда приносит ожидаемые результаты.

С другой стороны, старые, основанные на страхе методы управления производством с помощью запугивания, критики, неодобрения и наказаний сегодня утратили свою роль во многих негосударственных медицинских организациях. В них появилось понимание того, что административные наказания, выражение неодобрения, унижения и упреков, оказывают на медицинский персонал значительное негативное воздействие. Боязнь наказания, как правило, компенсируется агрессивным поведением медицинских работников по отношению к пациентам. Так или иначе в условиях рыночных отношений медицинские работники нуждаются в реализации системы защиты. При этом следует различать правовую и социальную защиту – первая является составной частью второй. Именно поэтому данная проблема должна решаться в категориальном поле социологии медицины, и в меньшей мере – медицинского права (Гребенюк М.О., 2010).

Так почти половина врачей, работающих с тяжелообольными пациентами, признаются в том, что боятся назначать им наркотики для обезболи-

вания. Причина – угроза уголовного наказания в случае малейшей ошибки. Но бездефектная работа при назначении обезболивающей терапии мероприятие весьма сложное, т.к. «зарегулированность» этого процесса такова, что «подставиться» можно на каждом втором пациенте. По мнению представителей общественных организаций, защищающих интересы и пациентов, в большинстве случаев уголовное преследование в отношении врачей и медсестер в этих вопросах избыточно. За мелкие нарушения и случайные ошибки, обнаруженные впервые и не причинившие никому вреда, достаточно административной ответственности.

В качестве примера можно привести историю участкового терапевта Алевтины Хориняк из Красноярска. *Ее «ужасное» преступление состояло в том, что она выписала умирающему от рака пациенту трамадол. Но больной не числился на ее участке. «Неправомерно» выписанный рецепт обнаружила комиссия ФСКН, против врача было возбуждено уголовное дело. На суде прокурор потребовала для врача восемь лет лишения свободы. И только через два года, под давлением медицинского сообщества, журналистов 73-летнего врача Алевтину Хориняк оправдали. Сегодня понятие «дело Хориняк» стало нарицательным. Но давайте только представим: что стоило немолодому врачу, действовавшему исключительно в интересах неизлечимого пациента, пережить следствие и суд, оказаться перед угрозой тюрьмы, и все это – в течение пяти лет* (Невинная И., 2017).

Не вызывает сомнения тезис о том, что престиж врачебной профессии падает, а авторитет отечественной медицины в обществе весьма далек от идеала. Общественное мнение нередко склоняется к позиции «врачи плохо работают», что сопровождается конфликтами взаимоотношений между пациентами и врачами. На этом фоне страх наказания за ненадлежащее оказание медицинской помощи, который ощущает каждый врач, дополняется страхом пациента перед системой производства медицинских услуг. В сложившейся ситуации кризис взаимоотношений между пациентом и врачом только усиливается.

Каждый пациент, который обращается за помощью в медицинскую организацию, испытывает двойственное чувство. С одной стороны, – это чувство глубокой веры в силу современной медицины, высокий уровень ответственности и квалификацию лечащего врача. С другой стороны, – это навеянное личным опытом, опытом других пациентов чувство неуверенности в том, что в результате оказания медицинской помощи наступит полное избавление от недуга и выздоровление. А в отдельных случаях пациента «гложет» страх перед неизвестностью, вероятностью потерять здоровье, а то и саму жизнь в результате действий медицинского персонала.

Объем судебной практики по врачебным ошибкам, несчастным случаям и профессиональным преступлениям медицинских работников имеет тенденцию к росту (Александрова А.Ю. с соавт., 2006; Тягунов, Д.В., 2010;

Григорьев М.С., Гриб В.В., Вахнина Н.А., 2012; Понкина А.А., 2012; Сергеев Ю.Д., Трефилов А.А., 2012). Но почти во всех случаях возмещение морального вреда не соответствует тяжести перенесенных страданий, страхов за свою жизнь. Суды, как правило, возмещают материальный ущерб, если он подтвержден документально. Что касается возмещения морального вреда, то практика одинаково рутинная и грустная. Моральный вред, как правило, возмещается не более чем в объеме 100 000 рублей. Конечно, суды индивидуально подходят к каждому конкретному случаю дефекта оказания медицинской помощи, но в условиях современной России человеческая жизнь и здоровье рядового гражданина ценится невысокого.

Что же относительно практики судопроизводства в рамках уголовного законодательства, то под действие УК РФ дефект медицинской помощи подпадает при наличии следующих двух условий: а) действие или бездействие лица, связанные с дефектом, квалифицируются как преступление; б) деяние является виновным. Поскольку дефекты медицинской помощи подразумевают определенную степень вины, то в случаях, предусмотренных УК РФ, они ведут к наступлению уголовной ответственности (Александрова А.Ю., 2006). Следовательно, ошибки и несчастные случаи при оказании медицинских услуг, не связанные с легкомысленным или небрежным выполнением специалистами своих профессиональных обязанностей, относятся к невиновным действиям медицинского персонала, что не должно влечь за собой наступление уголовной ответственности.

Количество конфликтов в системе пациент-врач и их тяжесть, так или иначе связаны с уровнем распространения фобий, как среди пациентов, так и среди медицинских работников. Анализ интервью с пациентами и медицинскими работниками медицинских организаций ДФО позволяет высказать мнение о том, что ограниченное число жалоб и заявлений пациентов (около $\frac{1}{3}$) связаны с ненадлежащим уровнем доступности, качества и безопасности медицинских услуг. Остальные – с конфликтами в системе «пациент-врач» и практически не содержат информации о дефектах качества медицинских услуг, сбоях в работе медицинского оборудования, условий оказания медицинской помощи. Как потребители, так и производители медицинских услуг указывают в качестве основной причины кризиса взаимоотношений поведение стороны конфликта, в основе которого лежат страх, взаимное недоверие и взаимная несовместимость пациентов, их родственников и медицинского персонала.

6.2. Основы психологии поведения потребителя и производителей медицинских услуг

Анализ процессов потребления в современной России показывает, что процессы трансформации, которые на протяжении четверти века идут в российском обществе, сильно изменили сферу потребления товаров и услуг. Современное российское общество характеризуется переходным

образом жизни, в котором нашли место элементы, представляющие столь разные исторические эпохи, типы обществ, культур и социально-экономических систем, что они часто плохо сочетаются между собой. Иными словами, смысловое пространство потребления в современном российском обществе включает как смыслы советского периода, так и новые элементы. Актуальность понимания смыслов потребления, свойственных переходному образу жизни, является отнюдь не сиюминутной, так как такой образ жизни может затянуться на несколько десятилетий (Папушина Ю.О., 2009). Именно многофакторность современного российского общества потребления является одной из причинно возникновения конфликтных ситуаций, в которых участники (оппоненты) отстаивают свои несопадающие с другими цели, интересы и объекты конфликта. Конфликтные ситуации могут касаться самой личности пациента и врача. Они могут быть отражением взаимодействия врача с окружающими: коллегами, пациентом и его родственниками. При этом любые конфликтные ситуации отражают, как внутреннее состояние пациента, так и внутреннее состояние врача, а также сложную гамму процессов потребления, сложившихся в условиях либеральной трансформации государства и общества.

Кроме того, конфликт дополняется сопряжением уровнем биотехнологий современной медицины и представлениями общества о возможностях отечественной медицины. Это порождает новое смысловое образование. Предполагается технологическое использование биологических систем разного типа, в том числе использование возможных комбинаций природных элементов в медицинской (диагностической, терапевтической, гигиенической) практике. Подобная практика имеет древние корни: опыт вакцинации применялся уже в древнем Китае; для традиционной медицины повсеместно отмечено активное использование в практике лечения минеральных, растительных, животных компонентов и т. д. (Foucault M., 1976)

Имеется ввиду использование в медицине высокосложных технологий (например, развитие наномедицины, предполагающей воздействие на биологические системы человека наноустройств и наноструктур). А также, в рамках данной тематики акцентируется естественнонаучная доминанта в организации медицинского дискурса и оформлении в виде биомедицины (Леон Р. Касс., 2004; Нейсбит Дж., 2005). Сопряжение применения инновационных технологий в производстве медицинских услуг и соблюдение необходимого уровня принципов биоэтики должны стать препятствием для дальнейшего роста дегуманизации в отечественном здравоохранении.

Именно растущий уровень дегуманизации отношений пациента и врача ещё раз убеждает нас в том, что эти отношения должны строиться на принципах взаимного доверия и гуманизма. Когда медицинский работник оказывает помощь пациенту, он должен внушать уверенность, транслируя своим поведением профессиональные принципы: «Мне действительно не

всё равно. Я сделаю всё, что от меня зависит, и не только в том, что касается диагностики и лечения. Я не буду Вас использовать, чтобы продемонстрировать свои профессиональные навыки. Если появится что-то, чего я не знаю, я обращусь к другим специалистам. Я сделаю всё возможное для облегчения Ваших страданий, а если понадобится, то и для спасения самой жизни». Если пациент почувствует, что кому-то действительно «есть до него дело», что ему хотят помочь, неуверенность и страх отступят, появится надежда. Доверие пациента лечащему врачу, искренняя забота и сострадание медицинского персонала способны коренным образом изменить ход лечения (Болучевская В.В., Павлюкова А.И., 2011; Колягин В.В., 2012).

Технологические реформы здравоохранения и гуманизм. На фоне обсуждения проблемы уровня доверия пациента лечащему врачу, искренней заботы и сострадания медицинского персонала по отношению к пациенту, утверждение о том, что особый статус медицины как самой гуманной профессии никем не должен оспариваться, весьма далёк от реальности. Ведь методы поддержания данного статуса медицины исторически конкретны и зависят от ряда социальных условий. В последней трети XX века её нравственные устои стали нуждаться в дополнительной поддержке в связи с развитием и внедрением новых биотехнологий, интеграции здравоохранения в систему рыночных отношений. При попытке объяснить механизмы, регулирующие социальные взаимоотношения в нынешнем мире, мы неизменно попадаем в триединство «общество–власть–бизнес», которое во многом предопределяет все многообразие деятельности современного постиндустриального социума. Нам представляется, что указанные три элемента имеют соответствующие эквиваленты, появившиеся в результате ускоренного всеохватного развития биотехнологии и наук о жизни в наступившем столетии. Термину «бизнес» соответствует биоэкономика, термину «власть» – биополитика, термину «общества» – биоэтика (Василов Р.Г., 2010).

В настоящее время произошло стремительное падение морали и нравственности в российском обществе в целом. Многие из того, что обществом ранее подвергалось осуждению (жадность, обман, скарденность, спекуляция, стремление к наживе, ростовщичество), – сегодня стало «приемлемой нормой». Эти, осуждаемые ранее качества, стали заменяться более мягкими формами и определениями (бережливость, умение жить и извлекать прибыль, ничего личного – это бизнес), которые не меняют сути рыночного производства медицинских услуг (медицинского бизнеса).

К сожалению, отражением либеральных реформ в отечественной экономике, проникновением рыночных принципов в производство и сбыт медицинских услуг, во всю сферу медицинской помощи стали причиной нравственной деформации многих профессионально подготовленных специалистов. Эти деформации уже не вызывают удивления в обществе, поскольку по нашим наблюдениям именно в период политических потрясе-

ний последних трёх десятилетий в России нравственные ценности были подвергнуты давлению и испытанию на прочность.

Многие либералы – продвинутые представители российского общества и управляющих структур, которые давно живут по «новым» правилам, вдруг обратили внимание на то, что рыночные принципы стали устанавливаться и в сфере производства медицинских услуг. Значительно выросли объемы производства медицинских услуг в медицинских организациях негосударственного сектора. Именно производители в данном секторе, получив первую ощутимую прибыль, не раздумывая, вложили её в закупки современного оборудования, переподготовку персонала, освоение опережающих технологий потеснили на рынке производителей государственного сектора. Как либералы в частности, так и общество в целом, вдруг осознали, что производство медицинских услуг для некоторых медицинских работников стало бизнесом. Вполне естественно, что это отразилось на их отношении к существовавшим до последнего времени социальным нормам и принципам.

Оценка результатов функционирования системы медицинской помощи населению со стороны управляющих структур в условиях рынка исходит из экономических принципов бизнеса, т.е. получения прибыли или, во всяком случае, экономии финансовых ресурсов. Оценка уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи, а так же соблюдения принципов деонтологии отступает на второй план, что накладывает отпечаток на то, насколько адекватно система реагирует на человеческое страдание. В этой связи принципы современной технологической медицины таковы, что они не предоставляют базиса для понимания страдания (Cassell E., 1991). Можно провести различие между сферой технологических решений и сферой персональных личностных проблем пациентов. Технологизация медицины ведет к тому, что медицинское сообщество ориентировано именно на технологические решения (высокотехнологичные вмешательства). При этом пренебрежение гуманитарным контекстом проблем пациента (включая его личное переживание заболевания, боль, эмоциональные потрясения и т.п.) является глубоким следствием того, что система производства медицинских услуг не сфокусирована должным образом на сферу решения персональных проблем пациента.⁷

Когда представители российского истеблишмента, которые определяют стратегию реформирования отечественной медицины, говорят о реформах, то они, как правило, подразумевают изменение финансирования производства медицинских услуг, а не реформирование медицинской помощи как таковой. Значительная часть финансирования производства медицинских услуг имеет дело с потоком денежных средств от налогоплательщиков в бюджеты всех уровней и в социальные внебюджетные фонды,

⁷ Polska szkoła filozofii medycyny. Przedstawiciele i wybrane teksty źródłowe. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, 2010.

чьей обязанностью является распределение этих средств между производителями. Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи обезличивает источники финансирования производства медицинских услуг.

Аналогичные процессы происходят и в экономически развитых странах, в частности в США. Как остроумно отметил один из американских экономистов Уве Рейнхардт: «Американские работодатели (страхователи) являются «насосными станциями» для потока денежных средств. Какой бы вклад частные работодатели не внесли в американское здравоохранение, картина все равно смазана обманом, умышленным или нет, который сыграл свою роль, внушив миллионам американских налогоплательщикам твердую веру в бесплатный обед».

Миф о «бесплатном обеде», т.е. о том, что работодатели должны платить за услуги здравоохранения для своих рабочих – является основой для «непристойного па-де-де работодателей и их сотрудников, которые за просто могут быть одними из основных нагнетателей цен в американском здравоохранении». Средства, затрачиваемые американскими бизнесменами на здравоохранение, компенсируются в форме более высоких цен на продукцию, более низкой отдачи или снижения зарплат. Каковы бы ни были их недостатки, работодатели занимают твердое положение в системе американского здравоохранения. Уве Рейнхардт утверждает, что при таком положении дел их обязанности следует ограничить тем, что они хорошо могут делать: собирать высчитываемые с заработной платы страховые взносы и передавать их в фонды страхования здоровья.⁸ Государственный план поддержки обеспечил бы всеобщее покрытие страховкой планируемой медицинской помощи.

Когда американцы говорят о реформе системы здравоохранения, они, как правило, не думают о пересмотре групп врачей и учреждений, которые оказывают помощь. Напротив, они думают о том, как финансируется отрасль здравоохранения в целом. Они обеспокоены отсутствием собственной медицинской страховки или, если у них таковая имеется, перспективой потерять ее вместе с потерей рабочего места. Они могут также быть рассержены тем, что их работодатель просит их выплачивать постоянно возрастающую часть страхового взноса, который до сей поры полностью выплачивался компанией. И, наконец, они могут быть расстроены постоянно повышающейся суммой доплаты, которую их могут попросить добавить из своего кармана, когда их застигнет болезнь. Именно эти процессы с задержкой на четверть века происходят в отечественном здравоохранении, когда средств бюджетов всех уровней и обязательного медицинского страхования не хватает на полноценное финансовое обеспечение

⁸ Reinhardt U. Reorganizing the financial flows in american health care. Health Affairs. Project HOPE. 1993. Supplement. V. 12. P. 172-193. 7500 Old Georgetown Road, Suite 600, Bethesda, MD 20814

программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению. В этих условиях сложно ответить на вопрос, насколько гуманным является аспект требования дополнительной оплаты произведенных медицинских услуг застрахованному по ОМС пациенту.

С другой стороны, эксперты по реформе отечественного здравоохранения уверены, что система производства медицинских услуг сама по себе испытывает определенную потребность в изменениях. Однако даже эксперты в основном думают о реформировании финансирования здравоохранения, когда говорят о реформе здравоохранения, надеясь, что финансовые потоки могут быть перестроены таким образом, чтобы автоматически придать системе оказания помощи более желательную конфигурацию и не провоцировать конфликты взаимоотношений между пациентами и медицинскими работниками.

Менеджеры медицинских организаций государственного сектора, которые уже позиционируют реформы в рамках стратегии перехода России на цифровую экономику, периодически подвергаются критике за высокие административные накладные расходы. Но даже в этих условиях они признают тенденцию роста расходов на формирование и содержание информационных систем. В результате оказываемого в последнее время целого ряда случаев экономического давления на медицинские организации со стороны системы ОМС, растущей конкуренции с альтернативным (негосударственным) сектором производства медицинских услуг, повышается зависимость производителей от информационных систем, которые помогают избежать ошибок при принятии оперативных и стратегических решений. Но информационные системы дороги для приобретения, установки, отладки и управления. Как следствие, администрация медицинских организаций постоянно оценивает, как примирить их потребность в информации с бюджетными ограничениями. В настоящее время в производство медицинских услуг в опережающем режиме разрабатываются и внедряются сложные компьютерные системы по нескольким направлениям (рис. 6.2.).

Одним из таких направлений является компьютеризация и роботизация производства медицинских услуг, что ограничивает, а в отдельных случаях исключает прямые контакты между пациентом и врачом. Продвижение этого процесса привел к созданию сложных медицинских приборно-компьютерных систем (МПКС), которые подняли на новый качественный уровень инструментальные методы исследования и интенсивную терапию. Они представляют собой сложные программно-аппаратные комплексы. Для работы МПКС помимо вычислительной техники, необходимы специальные медицинские приборы, оборудование, телетехника, средства связи и др. Таким образом, использование компьютеров в сочетании с измерительной и управляющей техникой в медицинской практике позволяет создать новые эффективные средства для обеспечения автоматизированного сбора информации о состоянии пациента, ее обработки в реальном мас-

штабе времени. В то же время как реализация МПКС, так и расширение использования глобальных сетевых технологий (Интернет) формирует в системе «пациент-врач» особую среду взаимодействия, которая в отдельных случаях вызывает кризис взаимоотношений, который стимулирует формирование конфликта между пациентом и лечащим врачом.

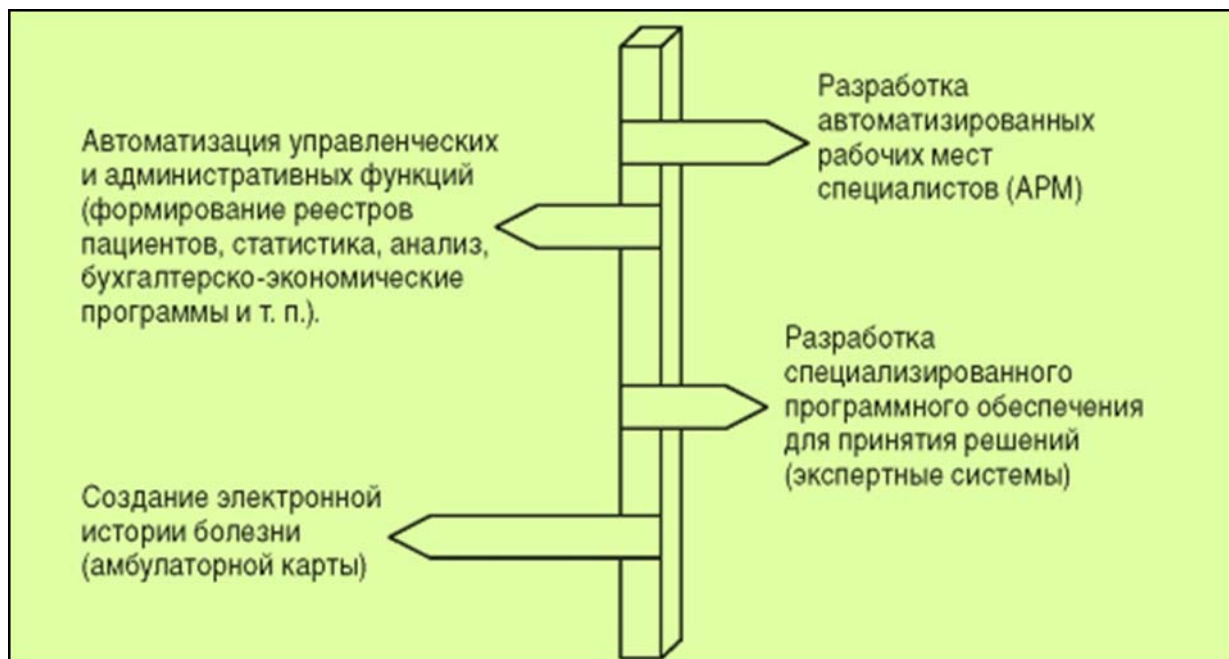


Рис. 6.2. Направления разработки компьютерных систем в здравоохранении (Щепин В.О., Медик В.А., 2011)

В этой связи следует отметить, что технологии «всемирной паутины» помогают получать информацию, но также в высшей степени пригодны и для распространения дезинформации. Эти технологии обеспечивают невиданные ранее возможности общения между людьми, но зачастую используются для создания иллюзии общения. Посредством этих технологий можно красиво решить многие старые медицинские и психологические проблемы, но можно нечаянно и создать новые (Тхостов А. Ш., Сурнов К. Г., 2003). Это та же самая ловушка, позволяющая вроде бы облегчить удовлетворение потребностей, но на самом деле оборачивающаяся их подменной. В условиях перманентной промышленной революции, создания городов, распада и деградации традиционной семьи и традиционной стратифицированной модели общества, в которой человеку было предназначено законное место, происходит необратимая деградация нормальных способов коммуникации. Возникающий коммуникативный дефицит компенсируется развитием СМИ, а затем и другими современными коммуникативными технологиями, порождающими специфический феномен толпы: неструктурированного общественного образования, связанного лишь коммуникативными сетями (Московичи С., 1996).

Однако, именно доступность скрывает за собой ловушку. Да, безусловно, в сети можно общаться с кем угодно, в том числе и с врачами, знакомиться с современными медицинскими технологиями и даже, в доступном режиме получать советы по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации заболеваний. Конечно же, интернет-партнер (врач) лишен многих слабостей обычного врача, от него не может исходить «запах больницы», он не может быть некрасив и неприятен в общении, но язык не поворачивается назвать это настоящим общением пациента и врача. Интернет-партнер – это вариант индивидуального мифа, нечто вроде условно материализованной красивой мечты об идеальном враче в виде картинки на экране компьютера.

В настоящее время существует масса вопросов по поводу применения технологий интернета в медицине. С одной стороны информационные сети выступают в роли достаточно ограниченного канала передачи медицинской информации и тогда между пациентом и врачом существуют достаточно привычные взаимоотношения, которые при определенных условиях не становятся причиной конфликта. Но с другой стороны, когда информационные сети в условиях производства медицинских услуг становятся платформой новых социальных отношений, для которых еще не выработано правовых и этических норм, возникает поле для формирования конфликта. Можно предположить, что в течение ближайшего времени процессы, уже набравшие обороты в экономически развитых странах, начнут активно развиваться в отечественной медицине. Именно в этот период следует спрогнозировать поэтапное внедрение IT-технологий в отечественное здравоохранение в рамках реализации стратегии «цифровой экономики» в России и постараться минимизировать возможные риски при их использовании в деле охраны здоровья населения (Тищенко П. Д., 2001; Павленко Е.В., 2013). Поступательное движение внедрения в медицинскую практику цифровых технологий на фоне реализации инноваций в процессы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации заболеваний повышает уровень достижений результативности оказания медицинской помощи. Однако, это несколько не улучшает взаимоотношения пациента и врача, поскольку кроме внешних причин, огромное значение в формировании конфликтных ситуаций играют сама личность, как пациента, так и врача, а так же психология их поведения.

XXI век становится временем, когда формируется «дорожная карта» будущего современной медицины. Современная медицина стоит перед выбором ориентации на либерально-конструктивистский путь развития или же в основу выбора направления её развития будет положена традиционная христианская этика и мораль. От выбора направления развития зависит ответ на вопрос, претерпит ли медицина серьезные типологические изменения отражающие характер взаимоотношений между врачом и пациентом, поскольку в современной медицине без тесного сотрудничества про-

изводителя и потребителя медицинских услуг достаточно трудно добиться положительного результата (Ригельман Ричард К., 1994). Рыночные преобразования сформировали устойчивую динамику модернизации моделей взаимоотношений потребителя и производителя медицинских услуг, начиная от инженерной и пастырской (патерналистской), кончая переходом к коллегиальной и контрактной (Витч Р., 1994). Именно в контрактной современной модели всё регламентируется договорными обязательствами сторон относительно возмездного оказания медицинских услуг (Гражданский кодекс РФ, 2011; Дьяченко В. Г. с соавт., 2013). Именно сегодня важным аспектом реформ отечественной медицины является сохранение её гуманистического аспекта в отношениях между пациентом и врачом.

Основы психологии поведения потребителей медицинских услуг.

При тяжелых физических страданиях, которыми сопровождаются многие болезни, психика человека всегда претерпевает изменения (меняется привычный гомеостаз в организме, вызывающий вегето-висцеральные сдвиги). Следовательно, психика потребителя медицинских услуг претерпевает значительные изменения. Эти изменения происходят за счет нарушения внутреннего баланса его биологической системы, в частности изменяются психические процессы (ощущения, память, восприятие, внимание, мышление), психические состояния (эмоциональные реакции), а так же психические свойства личности (характер). Потребитель медицинских услуг фиксирует свое внимание на болезни и лечении, возможном исходе, ждет и ищет помощи, становится эгоцентричным и т.п.. Болезнь или последствия травмы отодвигают на второй план служебные дела. В значительной мере меняется положение больного человека в семье и обществе.

Хроническое заболевание часто делает пациента беспомощным и зависимым. В результате он, как правило, вынужден пользоваться помощью близких, родных, медицинских работников и др. Возникает ощущение страха быть в тягость родным и близким. Повышается интерес к медицинской информации. Больной становится излишне внушаемым и суеверным. Надежда на выздоровление подавляется ощущением безнадежности и страха. У большинства пациентов наблюдается усиление чувства тревоги, мнительности, неуверенности, раздражительности, печали. Больные становятся угрюмыми и замкнутыми. У отдельных пациентов формируются не свойственные ранее для него черты характера, такие как зависть и неприязнь к здоровым людям. Веселый и добродушный человек может стать капризным, раздражительным, злобным, способным на проявления немотивированных отрицательных и негативных реакций. В этой связи весьма важным фактором для осуществления повседневной деятельности врача-клинициста становится знание принципов клинической антропологии.

Анализ исторических параллелей развития современной медицины позволяет говорить о том, что стремительный рост знаний в области общей медицинской теории, клинической медицины и частной патологии проис-

ходит после того, как было осознано значение антропологического контекста этих явлений. Потребности к интеграции в биомедицинских дисциплинах, в том числе и с сопредельными науками, были явно обозначены уже в 60-70-х годов XX века. Этому в немалой степени способствовали обсуждения проблем причинности в медицине, выдвинутые И.В. Давыдовским (Давыдовский И.В., 1968); концепция В.П. Эфроимсона о генетико-эволюционной «родословной» альтруизма (Эфроимсон В.П., 1972); теория П.К. Анохина о функциональных системах (Анохин П.К., 1975) и др. Именно этим наряду с реабилитацией генетики в отечественной науке были заложены основы междисциплинарного анализа проблем биологического и социального в человеке (Корнетов Н.А., 2004, 2008). В конечном итоге была сформирована междисциплинарная область знания о социокультурных аспектах здоровья и болезни в виде медицинской антропологии (Schipperges H., 1972).

Медицинская антропология, как область знания, возникла на границах социальной, культурной и биологической антропологии, чтобы объяснить те факторы, которые влияют на здоровье и благополучие индивидов и социальных групп. Кроме того, такой подход позволяет сделать очевидными те культурные различия, которые существуют в разных человеческих обществах по поводу представлений о болезнях и способах их распространения, практик их лечения и профилактики, а также социальных институтов, которые возникают в связи с этим (Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В., Михель Д.В., 2006; Корнетов Н.А., 2008; Михель Д.В., 2010; Seymour-Smith Ch., 1986).

Этническое многообразие пациентов любой медицинской организации ставит перед медицинскими работниками значительное число вопросов, которые требуют разрешения не только с технологической точки зрения, но и с точки зрения этнокультурной. В частности сегодня, когда часть пациентов перестала воспринимать смерть, как неумолимый факт прекращения жизни, а врачи стали искать ответ на вопрос, вытекает ли смерть из самой этой сущности, значительно усложнилось отношение к возможности отодвинуть смерть с помощью инновационных технологий (пересадка органов и тканей, геновая инженерия и др.). В современной реальной практике лечащий врач должен, исходя из уровня своих профессиональных компетенций, четко определять исходный психотип пациента, его изменения под влиянием болезни и прогнозировать трансформацию психофизических реакций пациента по мере развития заболевания. Именно такой подход позволит снизить уровень конфликтов взаимоотношений между потребителями и производителями медицинских услуг.

У истоков формирования адекватного контакта пациента и врача. При контакте врача с пациентом, страдающим хроническим заболеванием важным фактором является оценка реакции пациента на болезнь, поскольку особенности психотипа больного может прогнозировать риск

развития тревожных расстройств. Кроме того, врач обязан обратить внимание на гендерные различия основного типа отношения к болезни пациентов, в частности преобладания неврастенического и сенситивного типов у мужчин и тревожного и неврастенического у женщин. Это определяет необходимость построения для них различного психотерапевтического подхода на всех этапах оказания медицинской помощи. Однако, ограничиваться общими оценками психофизических реакций пациента на болезнь в реальной медицинской практике явно недостаточно. При оказании медицинской помощи важным моментом является подробный анализ внешней и внутренней картины болезни.

По мнению известного советского психолога Романа Альбертовича Лурия было неправильным давать оценки пациенту отдельно исходя из субъективных жалоб и объективных симптомов заболевания. Значительно продуктивнее рассматривать его внешнюю и внутреннюю картину. «Под внешней картиной заболевания следует понимать не только внешний вид больного со всеми многочисленными деталями, всегда имеющими важное значение для диагноза, потому что они дают те маленькие ниточки, за которые надо часто ухватиться, чтобы поставить диагноз, – то, что старые врачи называли физиогномикой и умели так хорошо читать и расшифровывать».⁹ Под внешней картиной заболевания он понимал «...все то, что врачу удастся получить всеми доступными для него методами исследования, включая сюда и тончайшие методы биохимического и инструментального анализа в самом широком смысле этого слова, все то, что можно описать и так или иначе зафиксировать графически, числами, кривыми, рентгенограммами и т.д.» (Лурия Р.А., 1977)

Под внутренней же картиной заболевания он подразумевал все то, что испытывает и переживает сам пациент. К ним он относил не только местные симптомы, но и всю массу ощущений больного, общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своем заболевании, о его причинах. В конечном итоге – все то, что побудило больного обратиться за помощью к врачу, – весь тот огромный внутренний мир пациента, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травмирующих агентов. Такое представление о внутренней картине болезни, разумеется, далеко не адекватно обычному пониманию субъективных жалоб больного, только частично входящих в концепцию лечащего врача о внутреннем мире больного, изучать который следует глубоко и детально, что позволит прийти к верному диагнозу достаточно коротким путем. При таком подходе становится очевидным формирование многовариантного алгоритма исследования личности пациента за пределами использования трафарета сбора анамнеза и оценки субъективного статуса больного. Необходимо

⁹ Baurngarter K. Kranken-Physiognomik. Freiburg, 1838; 3 Auf Berlin, 1928.

максимально индивидуализировать изучение личности пациента (Малкина-Пых И. Г., 2003).

Психологическое состояние пациента имеет решающее значение в возникновении болезни, обуславливает особенности ее течения, определяет развитие и успех лечения. Влияние врача может коренным образом видоизменить всю картину болезни и в значительной мере изменить ее течение. Истинное распознавание и правильное понимание болезни доступно только при условии знания индивидуальных особенностей больного. Достаточно давно, всю сумму ощущений, переживаний, настроений больного вместе с его собственными представлениями о заболевании А. Гольдшейдер назвал аутопластической картиной болезни. Он отнес сюда не только субъективные симптомы больного, но и ряд сведений о болезни, которыми располагал больной из прежнего своего знакомства с медициной, из литературы, из бесед с окружающими, из сравнения себя с аналогичными больными и т.д. (Гольдшейгер Л., 1929). В течении XX века классификация типов отношения к болезни уточнялась и развивалась, а с 1980 года в отечественной медицинской психологии, как правило, используется классификация типов отношения к болезни, разработанная коллективом врачей Ленинградского НИИ психиатрии им. В.М. Бехтерева под руководством доктора медицинских наук А.Е. Личко.

Она включает 12 типов реакций больных и охватывает почти весь спектр возможного реагирования на формирующееся заболевание: гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойявльный, анозогностический, дисфорический, эргопатический и гармоничный. Кроме того, следует учитывать двойственное (амбивалентное) отношение больного к своему заболеванию. Традиционное понимание болезни связывают с негативной ее стороной. Однако наблюдения психологов показывают, что есть и позитивная сторона заболевания. Задача врача – искать положительную сторону болезни и показать ее больному. Это часто помогает наладить нужный психотерапевтический контакт и ободряет больного (Кабанов М.И., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983; Сидоров П.И., Парняков А.В., 2000; Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я., 2005).

Гармоничному типу психологической реакции на болезнь свойственны следующие факторы: трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни, стремление во всем активно содействовать успеху лечения, нежелание обременять других тяготами ухода за собой, в случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, при самом неблагоприятном прогнозе – сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своем деле. При гармо-

ничном типе психического реагирования самыми важными являются реализм в восприятии симптомов и понимание тяжести заболевания. При этом пациент должен опираться на научные факты о возможности излечения, надеяться на выздоровление.

Тревожный. Характерно беспокойство и мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск авторитетов, больного наиболее интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения, поэтому больной предпочитает выслушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы, настроение прежде всего тревожное, угнетенность – следствие этой тревоги. Тревожный тип психического реагирования на заболевание является одним из типичных. Проявлением тревоги может быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, нацеленность на перепроверку получаемых от врачей сведений. Помощь психотерапевта таким больным просто необходима.

Ипохондрический. Характерно сосредоточение на субъективных болезненных или иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим, на их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий, преувеличение побочного действия лекарств, сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур. Пациент с ипохондрическим типом реагирования склонен к эгоцентризму. Он не способен сдержаться при беседе с любым, даже малознакомым человеком и обращает внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся болезненных признаков. Негативную реакцию ипохондрика вызывает недоверие к его жалобам, упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства здоровья с целью извлечь из этого выгоду.

Меланхолический. Характерно удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффективность лечения, активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей (мыслей о самоубийстве), пессимистический взгляд на все вокруг, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. Меланхолический, или депрессивный, тип реагирования на болезнь нередко обусловлен имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения недуга. Нередко он встречается у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе учебы и работы. Нацеленность на худший исход приводит к неверию в возможность излечения и суицидальным намерениям.

Апатический. Характерны полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения, пассивное подчинение процедурам, утрата интереса ко всему ранее волновавшему. Однако истинного и полного безразличия у пациента не отмечается. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии.

Неврастенический. Характерно поведение по типу раздражительной слабости, т.е. вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при отсутствии эффекта от лечения, при неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко выливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и слезами, также характерны нетерпеливость, неспособность ждать облегчения. Неврастенический тип реагирования является наиболее распространенным, его основой является раздражительность, пациент становится капризным, требовательным, он ищет ласки участия, успокоения, склонен к вспышкам гнева.

Обсессивно-фобический тип психологической реакции на болезнь. Характерны тревожная мнительность, опасение маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, неудач в жизни, работе, семье; воображаемые опасности волнуют пациента более, чем реальные, защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы. При этом типе реагирования доминирующими становятся навязчивые мысли, опасения и особенно ритуалы. Пациент становится суеверным, он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные символы (например, расценивает шансы на выздоровление в зависимости от того, в каком порядке войдут в палату врач и медсестра, или от того автобус какого маршрута подойдет к остановке первым).

Сенситивный. Характерны чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни, а именно опасение, что окружающие станут избегать пациента, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни, характерна также боязнь стать обузой для близких, существенным становятся не собственные болезненные ощущения вследствие болезни, а реакция окружающих, пациенты нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу («зачем отвлекать по пустякам») даже в случаях угрожающего для жизни состояния, отмечают робостью, застенчивостью, повышенной скромностью.

Эгоцентрический. Характерны уход в болезнь, выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием, требование исключительной заботы – все должно забыть и бросить все, и заботиться только о больном, разговоры окружающих пациент переводит на себя. Эгоцентрический тип реагирования иногда обозначают истерическим, так как основным мотивом поведения пациента становится привлечение к собственной персоне внимания

окружающих, бегство в болезнь нередко используется для упреков и шантажа окружающих. Жалобы описываются больными очень красочно и сопровождаются жестикуляцией и мимикой, эмоции пациента носят гротескный характер.

Эйфорический. Характерно необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению, надежда на то, что само собой все пройдет, желание получать от жизни все, несмотря на болезнь, легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни. Эйфорический тип отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья.

Анозогностический. Характерно отбрасывание мыслей о болезни, о возможных последствиях, непризнание себя больным, отрицание очевидного в проявлениях болезни, отказ от обследования и лечения, желание обойтись домашними средствами. Непризнание себя больным и отрицание наличия у себя симптомов болезни (аногнозия) встречаются довольно часто, активное непризнание себя больным встречается, например, при алкоголизме, при психических заболеваниях, в том числе и при половых расстройствах.

Эргопатический. Характерен уход от болезни в работу даже при тяжелой болезни и страданиях. Пациенты во что бы то ни стало продолжают работать, трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованиям так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы. Пациенты стараются не поддаваться болезни, преодолевают недомогание и боль, их позиция заключается в том, что нет такого заболевания которого нельзя было бы преодолеть своими силами, при этом часто такие пациенты являются принципиальными противниками лекарств и охотно идут на контакт с психотерапевтами и подвергаются нетрадиционным методам лечения.

Паранойяльный. Характерны уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу медицинских работников, требование наказаний в связи с этим.

Даже эта весьма подробная классификация отношения пациентов к своему заболеванию не охватывает всего спектра типов отношения к болезни. Следует помнить, что практически любая встреча и беседа пациента с врачом имеет важное значение для установления и поддержания оптимального психологического климата взаимоотношений. В этой ситуации для врача самым важным моментом является точность оценки реакции пациента на заболевание. Причем, особенно важно профессионально и грамотно реализовать первый контакт с пациентом, ведь именно он будет

определять дальнейшую тактику построения системы взаимоотношений с пациентом с позиций диагностики и лечения.

Социальный портрет современного врача. Либеральные реформы в отечественном здравоохранении вызвали изменения внутри социальной группы медицинских работников, в частности в ее статусе. Социальный статус врачей и медицинских сестер – это соотносительное положение, определяемое по совокупности прав и обязанностей, социальных ожиданий, форм и объемов материального и морального вознаграждения, устойчивых норм и объемов поведения, обусловленных особенностями функционирования системы производства медицинских услуг. Общеизвестно, что материальное положение оказывает существенное влияние на социальный статус, который в ходе либеральных реформ значительно снизился. Дополняется снижение социального статуса медицинского персонала состоянием производственной среды большинства медицинских организаций. Перед руководителями высшего звена отрасли, стоит сложная задача: обеспечить достаточное количество медицинских работников для удовлетворения растущего спроса на медико-санитарную помощь в условиях дефицита кадров, существующего сегодня и прогнозируемого в будущем (Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В., 2012). К сожалению, данная проблема была далека от решения в конце XX, и усугубилась в ходе либеральных реформ начала XXI века.

В историческом плане достаточно давно делались попытки регламентировать понятие «лечащий врач», его правовой статус и т.п. Так в статье 114 части III «О должностях Городовых и Уездных Врачей» Врачебного устава, 1857 года издания говорилось следующее: «Первый долг всякого врача есть: быть человеколюбивым и, во всяком случае, готовым к оказанию деятельной помощи всякого звания людям болезнями одержимым». Отдельно выделялась форма и принцип взаимодействия лечащего врача с врачами консультантами, которые участвовали в оказании медицинской помощи пациенту.

В современной трактовке, согласно ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» лечащий врач – это сертифицированный специалист, на которого возложены функции по организации и оказанию медицинской помощи пациенту. Дополняется это положением о назначении лечащего врача руководителем медицинской организации (подразделения медицинской организации) или выбирается пациентом с учетом согласия врача. Кроме того имеется регламент относительно замены лечащего врача и пациента.

С одной стороны, в соответствии с действующими нормами законодательства пациент вправе потребовать замены лечащего врача. При этом пациент обращается к руководителю медицинской организации с заявлением в письменной форме, с содержанием причин замены лечащего врача. В дальнейшем руководитель медицинской организации, после получения

вышеуказанного заявления, информирует пациента о врачах соответствующей специальности. После получения информации пациент, осуществляет выбор врача. Прикрепление пациента к новому врачу, осуществляется при согласии врача.

С другой стороны и лечащий врач вправе отказаться от наблюдения за пациентом и его лечением. Действующее законодательство регламентирует согласование отказа о прикреплении пациента по инициативе лечащего врача с руководителем медицинской организации. Поэтому, если руководитель не согласовал заявление лечащего врача об отказе от наблюдения и лечения больного, то у врача не получится реализовать свое желание, за исключением отказа от проведения искусственного прерывания беременности, которое не требует согласования с начальством. Единственным условием, при котором врач не может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, выступает угроза жизни и здоровью пациента.

В соответствие с законодательством производитель медицинских услуг (медицинская организация и лечащий врач) несет ответственность за качество и полноту оказываемой медицинской помощи. Так Статья 98 ФЗ №323 содержит положение регламентирующее ответственность медицинских организаций, медицинских работников и фармацевтических работников, несущих ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушения прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

К видам ответственности лечащего врача может быть отнесена гражданско-правовая ответственность, в случае если были нарушены права пациента, регулируемые нормами ГК РФ, а так же уголовная, в случае если действия и последствия действий врача квалифицируются юристами и нормами уголовного законодательства как противоправные. Рекомендуем Вам также ознакомиться со статьями раздела «Ответственность медицинской организации и медицинских работников». Статья 70 ФЗ № 323 содержит регламент функций и обязанностей лечащего врача в виде организации своевременного квалифицированного обследования и лечения пациента, постановки диагноза, основанного на всестороннем обследовании пациента и составлением медицинского заключения о заболевании (состоянии) больного, в том числе явившемся причиной смерти пациента. В этой связи следует отметить, что диагноз, как правило, включает в себя сведения об основном заболевании или о состоянии, сопутствующих заболеваниях или состояниях, а также об осложнениях, вызванных основным заболеванием и сопутствующим заболеванием. Кроме того эта статья предусматривает регламент приглашения для консультации врачей других специальностей по медицинским показаниям. Причем, реализация рекомендаций консультантов происходит только после согласования с лечащим врачом, за исключением экстренных случаев, угрожающих жизни пациента.

Кроме того, к функциям лечащего врача относится предоставление информации о состоянии здоровья пациента, принятие решения о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя. В связи с особенностями производства медицинских услуг, лечащему врачу в определенных обстоятельствах позволено передавать свои функции среднему медицинскому персоналу, что регламентируется положениями Приказа Минздравсоцразвития России от 23 марта 2012 г. № 252н. Эти функции возлагаются на средний медицинский персонал при организации оказания первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи, распоряжением руководителя медицинской организации.

Что же относительно социального статуса лечащего врача, то в системе производства медицинских услуг он является центральной фигурой, его позиция, поведенческие установки и практики, в конечном счете, определяют доступность, качество и безопасность медицинской помощи. Положение самого врача, как в системе здравоохранения, так и в обществе оценивается по приписываемым или достигаемым критериям и фактически определяет его социальный статус. Эта оценка может быть как личностной (личная привлекательность, индивидуальное ощущение престижа), так и объективной, т.к. самооценка тесно связана с внешней оценкой (социальная значимость), которой индивид наделялся в соответствии с его местом в общественной иерархии.

В настоящее время, несмотря на перманентные реформы в системе здравоохранения РФ, большинство врачей остаются неудовлетворенными своим положением и доходом, и им приходится прибегать к формальным и неформальным тактикам повышения экономического ресурса профессионального статуса. Причем проводимые реформы усилили дифференциацию между разными группами врачебного персонала по уровню дохода и престижа, наблюдаемую на уровне профессиональных специализаций. В реальной системе производства медицинских услуг наиболее выигрышное положение занимают врачи, входящие в число приближенных к администрации медицинских организаций, а также ряд врачей-специалистов, оказавшиеся востребованными на рынке оказания платных медицинских услуг. Данные показывают, что узкие специалисты в два раза чаще (35,9%), чем участковые терапевты (16,4%) имеют дополнительную занятость в негосударственном секторе производства медицинских услуг. Они значительно чаще (55,5%) выражают желание устроиться в платные медицинские учреждения, чем врачи-специалисты (35,2%) (Присяжнюк Д.И., 2011).

В связи с этим, ставится под сомнение транслируемое в отечественных СМИ мнение о том, что врачи-терапевты обладают большим экономическим ресурсом по сравнению с узкими специалистами. Определено, что практики взаимопомощи, получившие широкое распространение в поликлиниках, являются компенсаторным механизмом социальной защиты,

когда государственные институты, в том числе система здравоохранения, не в состоянии оказывать социально-экономическую поддержку профессиональному сообществу. Выявлено, что престиж медицинской профессии имеет разные оценки в различных опросах. В последние годы усиливается падение престижа профессии медицинских работников и снижение в целом доверия к медицинскому сообществу. Падение престижа профессии врача, транслируемое общественностью, не характерно для ряда специальностей, таких как хирургия, гинекология и урология. В тоже время социальный статус врачей поликлиник характеризуется относительно низкими показателями экономического и властного ресурсов и неустойчивым уровнем престижа профессии в обществе. Только группы врачей, оказавшиеся востребованными на рынке платных медицинских услуг (стоматологи, урологи, проктологи, гинекологи, косметологи, сосудистые хирурги), обладают большим доходом и престижем (Присяжнюк Д.И., 2010, 2012).

Экономический аспект взаимоотношений врача и пациента неизбежно формирует конфликт интересов, что в свою очередь требует построения системы баланса и защиты интересов сторон. Эта система выражается в формировании разносторонних, сбалансированных законодательных принципов, основанных на гражданско-правовом договоре оказания медицинских услуг, системе страхования профессиональных рисков врачей и пациентов, регламентации норм профессиональной этики и разработки программы стандартизации медицинских услуг.¹⁰ При этом здесь возникает проблема оценочной стоимости предоставленной медицинской услуги, исходя из того, что жизнь человека и его здоровье начинает выражаться через стоимостные характеристики.

Социальное неравенство является источником конфликтов в корпоративной среде врачей. Сегодня следует признать этот реальный факт, который присутствует не только в границах социoproфессиональных групп медицинских работников, но и проецируется за ее пределы. При этом это неравенство проецируется на отношения с субъектами, находящимися в поле данной деятельности, в частности, с пациентами. Основная проблема модели корпоративного конфликта заключается в том, что он стереотипно воспринимается только с негативной стороны, в то время как представлениям о позитивной функции конфликта в системе институциональных отношений производства медицинских услуг не находится своего законного места (Чирикова А.Е., 2012).

Весьма редкие исследования вопроса значения стоимостных характеристик здоровья позволяют усомниться в привычном взгляде на пациентов, как равноценную группу. Доходы пациента и его социальный статус всё чаще определяет приоритеты при обсуждении степени доступности медицинских услуг. А лечащий врач все чаще оказывается перед сложным

¹⁰Сучкова Т.Е. О юридической ответственности медицинских работников при совершении ими профессиональных правонарушений // Медицинское право. 2011. №6. С. 35.

моральным выбором – кому в первую очередь следует оказывать медицинскую помощь богатому или бедному пациенту? Следует ли богатого пациента лечить иначе, чем бедного; можно ли ожидать от лечащих врачей повышенного участия, если нуждающимся в медицинской помощи окажется другой врач или близкий родственник; стоит ли мобилизовать все свои знания, если перед вами начальник, да ещё и капризный? (Колосницына М. Г. с соавт., 2013; Шишкин С. В., с соавт., 2013).

Очень важно, что эта проблема не имеет сегодня однозначного решения. Различные группы врачей демонстрируют различные этические установки и правила, которыми они руководствуются при взаимодействии с пациентами. И эти различия в представлениях неизбежны, так как опираются на индивидуальный этический выбор. С другой стороны, не стоит думать, что выбор стратегии врача в процессе лечения пациента обусловлен исключительно особенностями этических норм врачебного сообщества. Нередко сам пациент в процессе взаимодействия с врачом провоцирует его на те или иные реакции, что обусловлено определёнными ожиданиями пациента по поводу того, как врач должен с ним себя вести.

Предназначение врача. Согласно оценкам, получаемых от врачей и пациентов в рамках проводимых социологических опросов, ожидания пациентов по поводу того, как должен врач лечить больных, существенно меняются в последние годы. Подавляющее большинство опрошенных нами врачей всех специальностей признают: «Пациент изменился, как и изменились его представления о том, как ему должен помогать врач». К сожалению, большинство полученных оценок имеет скорее негативный, нежели позитивный окрас, что ещё в большей степени затрудняет процесс выстраивания бесконфликтных отношений. Это не означает, что здесь не может быть предпринято эффективных шагов, направленных на смягчение складывающейся ситуации. Для того чтобы предпринятые шаги принесли результат, следует понять, кто является источником накапливающегося напряжения. В данном случае источником напряжения могут быть все участники триады – врач, пациент, система здравоохранения, что вполне подтверждают оценки, сделанные врачами в ходе исследования.

Воззрения на предназначение врача в современном мире складываются из нескольких принципиальных позиций изложенных в основополагающих документах ВОЗ. Женевская декларация Всемирной медицинской ассамблеи обязывает врача «...заботиться, прежде всего, о здоровье моего пациента», а Международный кодекс медицинской этики провозглашает, что «врач должен действовать только в интересах пациента в тех случаях, когда он применяет такие виды медицинской помощи, которые могут ослабить физическое или психическое состояние пациента». В медицинской практике большинство диагностических, терапевтических и профилактических методик, к сожалению, имеют различную степень риска нанесения ущерба здоровью пациента. Кроме того, стремительное разви-

тие медицинской науки и практики заключается не только в углублении биологических знаний, но и в широчайшем введении точных математических и биофизических методов, что само по себе определяет качественно иной уровень медицины XXI века.

В реально сложившихся условиях реализации рыночных механизмов перед управляющими структурами отечественной медицины стоят сложные задачи. С одной стороны, имеется острая необходимость теоретически осмыслить, принять и оценить закономерно складывающуюся качественно новую систему профессиональных и экономических взаимоотношений между производителями и потребителями медицинских услуг и попытаться осознать сущность этой системы отношений, а так же вскрыть и оценить глубинные процессы её трансформации. С другой стороны следует разработать научно-обоснованные методы активного воздействия и их регулирования. Тем более, что имеется острая необходимость изучения и оценки фундаментальной сущности специфических маркетинговых отношений производителей и потребителей медицинских услуг, о так же изучения объективных причинно-следственных связей формирования противоречий взаимоотношений врача и пациента. Противоречия взаимоотношений, которые сегодня широко обсуждается гражданским обществом все чаще и чаще привлекает внимание философов и ученых.

Сегодня в гражданском сообществе России наступило осознание проблемы разрыва между потребностями населения в получении доступной, качественной и безопасной медицинской помощи и системой здравоохранения, которая не может удовлетворить этих ожиданий. В то же время высокая социальная значимость обеспечения баланса цены и качества медицинской помощи наибольшему числу граждан, особенно претендующих на её безопасность, порождает острую необходимость в «медицине, основанной на доказательствах», т.е. области знаний которые формируются в рамках «клинической эпидемиологии». Эта, пока ещё недостаточно прижившаяся в России фундаментальная клиническая наука формирует у врача основы для понимания современной клинической информации и оценки уровня. Для лечащего врача очень важно обладать умением выслушать пациента и выделить самые важные моменты его рассказа. В постановке вопросов следует избегать воздействий внушающего характера. В каждом конкретном случае, с позиции предварительной оценки личности пациента, избирается наиболее удобный способ общения, который зависит от состояния больного, его желания войти в контакт и, что несомненно, личного опыта лечащего врача.

Врач должен внушать доверие, в совершенстве владеть техниками активного слушания (безоценочное слушание, оценочное слушание, бессловесное общение и т.д.), техникой убеждения (метод выбора, сократовского диалога, авторитета, вызова, дефицита, проекции ожидания), уметь вести беседу, но не провоцировать конфликт. С учетом психотипа пациен-

та и характера заболевания следует выбирать тип контакта. Лечащий врач не должен забывать о существовании образа «идеального пациента» и «идеального врача» (сопереживающий и не директивный, сопереживающий и директивный, эмоционально-нейтральный и директивный). Основными формами взаимодействия после установления контакта с пациентом являются либо руководство, либо сотрудничество.

Но если у пациента имеет место проявления девиантного поведения на фоне заболевания, то необходимо внесение корректив в охранительный режим, стратегию фармакотерапии, психологическое воздействие и пр. Лечащий врач должен обладать значительной психологической устойчивостью к стрессам, его поведение должно быть «ровным» без эмоциональных взрывов и неадекватных реакций, как на пациентов, их родственников, так и на медицинских работников, участвующих в производстве медицинских услуг.

С этой точки зрения, врачи представляют собой специфическую профессиональную группу, имеющую квалификационные (по отношению к другим медицинским работникам) и телеологические (по отношению к любым другим профессиональным группам) отличия. Их деятельность связана с высокой степенью нервно-психического и физического напряжения, исключительной социальной ответственностью, необходимостью большого объема специальных знаний и умений, способностью к их творческому применению, с постоянными рисками. Врач выполняет свои профессиональные функции вне зависимости от места и времени. Результаты работы врача формируют непосредственный социальный эффект, от которого во многом зависит не только жизнь конкретных людей, но и стабильность общества в целом. Все это позволяет говорить о том, что представители данной профессиональной группы имеют особую ценность для общества (Харди И., 1974; Бударин Г.Ю., Приз Е.В., 2017; Stoeckle J. and May L.A., 1977).

В рамках исследования взаимоотношений всё чаще рассматривается модель лидерства, которая отражает позиции большинства лечащих врачей во всех аспектах их взаимоотношений с пациентами. В такой ситуации всю ответственность не только юридическую, но и моральную и психологическую, принимает на себя врач. Пациенту, чаще всего, предлагается пассивная роль. Необходимым условием эффективности данной модели взаимоотношений является сохранение установившейся психологической дистанции между пациентом и врачом на всех этапах оказания медицинской помощи. Сокращение дистанции чаще происходит по вине врача, когда он, устав «всё брать на себя», полагает, что пациент «способен сам решать» свою судьбу, то ли проникнувшись к нему симпатией и перейдя на доверительные отношения, вдруг, после жесткого императива в процессе лечения, предоставляет право выбора тактической модели лечения.

В большинстве случаев сокращение дистанции приводит к коллапсу. Пациент, быстро привыкая к роли пассива, остается на стадии не способности к самостоятельному принятию решений. Находясь в состоянии психологического ступора, он боится ответственности, боится остаться «один на один» с собственной болезнью. Такое состояние приводит к нарушению избранной стратегии оказания медицинской помощи.

И все-таки, в большинстве случаев окончательное решение: лечиться или не лечиться, а если лечиться, то каким образом – пациент всегда принимает сам. Конечно, не всегда он способен сделать это адекватно. Часто пациент доверяется врачу полностью и тогда, в случае плохого результата лечения, бремя ответственности лечащего врача особенно ощутимо. Важно в каждом случае найти тот оптимальный груз, который и врач, и пациент смогут вынести с минимальным психологическим напряжением. Но «распределить» этот груз должен именно врач.

6.3. Ятрогении, как основная причина кризиса взаимоотношений между пациентами и врачами

За последние десятилетия мировая медицина претерпела глубокие системные изменения и из практически чисто гуманитарной дисциплины превратилась в технико-гуманитарную. Аналогичные процессы происходили и в России, однако на глубокую качественную трансформацию отечественной медицины наложил свой отпечаток «дикий рынок», в сферу интересов которого она была ввергнута неолибералами. Деформированная, в условиях радикальных социально-экономических преобразований, государственная система производства медицинских услуг, с необъяснимым упорством сохраняемой системой административных методов управления, потеряла связь с профессиональным сообществом медицинских работников и значительной частью потребителей медицинских услуг (пациентов), что стало одной из причин разрушения существовавшего согласия во взаимоотношениях пациентов и врачей.

Сегодня в гражданском сообществе России наступило осознание проблемы разрыва между потребностями населения в получении доступной, качественной и безопасной медицинской помощи и системой производства медицинских услуг, которая не может удовлетворить этих ожиданий. В то же время высокая социальная значимость обеспечения баланса качества и цены медицинской помощи наибольшему числу граждан, особенно претендующих на её безопасность, порождает острую необходимость в «медицине, основанной на доказательствах», т.е. области знаний которые формируются в рамках «клинической эпидемиологии». Эта, пока ещё недостаточно прижившаяся в России фундаментальная клиническая наука формирует у врача основы для понимания современной клинической информации и оценки уровня риска для пациента при оказании ему меди-

цинской помощи. Ситуация осложняется тем, что отечественный врач-клиницист, читая публикации о результатах, обосновывающих эффективность того или иного метода лечения (стандарта), зачастую просто не понимает, о чем идет речь, поскольку его подготовка прошла за пределами принципов доказательной медицины.

Еще в 1925 г., когда была опубликована статья О. Бумке «Врач как причина душевных расстройств» (Bumke O., 1925) термин «ятрогения» использовался чаще всего для обозначения заболеваний, вызванных психогенным влиянием медицинских работников на пациентов. Такое толкование ятрогении можно встретить в работах более позднего периода.¹¹ Хотя, как правило, в более поздних определениях понятие ятрогения толкуется в более широко. Так, Большая медицинская энциклопедия (1977) трактует ятрогении как «...психогенные расстройства, возникающие как следствие деонтологических ошибок медицинских работников — неправильных, неосторожных высказываний или действий». Энциклопедический словарь медицинских терминов (1982) относит к ятрогениям «заболевания, обусловленные неосторожными высказываниями или поступками врача (или медперсонала), неблагоприятно воздействовавшими на психику больного». Большой энциклопедический словарь (1991) дает следующую характеристику ятрогенных заболеваний: «психогении, обусловленные неосторожными высказываниями или поведением медицинских работников, которые создают у человека представление о наличии у него какого-либо заболевания или об особой тяжести имеющейся у него болезни».

Характеристика ятрогении. Остановившись на этих хорошо известных каждому клиницисту патологических состояниях следует указать на то, что характерной их особенностью является факт участия одного врача в происхождении ятрогенного заболевания, причем этот факт, как правило, остается для него малозначительным или вовсе неизвестным. Причину же и происхождение ятрогении устанавливает уже другой врач и нередко через значительный промежуток времени. С точки зрения определения содержательной сущности процесса формирования ятрогении её можно выразить тремя группами понятий:

- I. Описывающими механизм возникновения ятрогении (действие, вмешательство, влияния, поведение, поступки, высказывания, ошибки);*
- II. Отвечающими на вопрос «что произошло?» (изменения, последствия, нарушения, расстройства, случай, осложнения, заболевания);*
- III. Дающими качественную оценку свершившихся событий (неблагоприятные, негативные, отрицательные, вредные, нежелательные, побочные).*

¹¹ Штерн Р. Д. Патология лечения и диагностики // Архив патологии. -1981. — Вып. 11. — С. 109.

Рассматривая содержательную сущность ятрогении, следует отметить, что изначальная трактовка не содержит оценки последствий деятельности врача (благоприятные или неблагоприятные) и объекта приложения его знаний и опыта. Содержательная сущность в большинстве определений выделяет ее источник.

В настоящее время все чаще преобладает тенденция к расширенному пониманию ятрогении, к включению в это понятие болезней и патологических состояний, вызванных действием факторов различного происхождения, начиная от деонтологических, кончая побочным действием лекарственных средств. Все больше специалистов склоняется к тому, что под ятрогией необходимо понимать новое заболевание или патологическое состояние, которое является прямым следствием произведенной медицинской услуги. Например, «Ятрогения означает неумышленный, но зачастую неизбежный вред, наносимый пациенту медицинским персоналом при профилактических, диагностических и лечебных воздействиях» (Долецкий С.Я., 1988, 1989).

Несомненно, что основным фактором, который повлиял на изменение точки зрения относительно сферы действия и определения ятрогений, стало появление нового варианта МКБ (Международной классификации болезней) X пересмотра, принятой сорок третьей сессией ВОЗ. В предисловии к этой классификации отмечено, что для обеспечения управления здравоохранения на современном уровне, развития медицинской науки является необходимым постоянный сбор данных о здоровье населения, деятельности учреждений здравоохранения, что в свою очередь стимулирует интенсивное развитие, повышение надежности информационных систем, создание которых не может быть осуществлено без классификационных основ (МКБ-10, 1995-1998). МКБ-10 призвана обеспечить единство методических подходов и международное соответствие материалов о заболеваниях и причинах смерти и, в отличие от ранее существующей модели, в этой классификации в качестве основного диагноза присутствует значительное число ятрогений. Сегодня существует достаточно оснований считать, что, как минимум, более двух разделов МКБ-10 содержат перечень диагнозов, связанных с ятрогенными повреждениями органов и тканей:

- I. Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках (Т80-Т88);*
- II. Осложнения терапевтических и хирургических вмешательств (У40-У84)*

В Классе XIX предусмотрены рубрики (Т80-Т88) для некоторых осложнений, связанных с хирургическими и другими процедурами. Например, хирургические инфекции, осложнения механического происхождения, связанные с имплантируемым устройством, шок и др. Большинство классов, относящихся к системам органов, также содержат рубрики для кодирования состояний, которые возникли или как следствие

специальных процедур и технических методик, или как результат удаления органа. Например, синдром лимфатического отека после мастэктомии. Кроме того, некоторые состояния (например, пневмония, эмболия легких), которые могут возникнуть в послеоперационном периоде, не рассматриваются единственными в своем роде заболеваниями и поэтому кодируются обычным способом, но факультативный дополнительный код рубрики Y83-Y84 может быть добавлен с целью идентификации в связи с производством медицинских услуг.

На современном этапе развития здравоохранения, когда агрессивность диагностики и лечения часто не соответствует уровню тяжести течения самого заболевания, резко увеличивается риск развития патологических синдромов спровоцированных самими медицинскими услугами. Это ятрогении и проблема их формирования и распространения по мере усложнения медицинских технологий вышла на новый виток развития. С целью унификации учета, сопоставлений и задач статистического анализа предложено классифицировать ятрогении по причинному признаку: медикаментозные, инструментально-диагностические, хирургические, наркозно - анестезиологические, трансфузионно - инфузионные, септические, профилактические, информационные и др. Предлагается включать в число ятрогений и некоторые случаи расхождений прижизненного и посмертного диагнозов, а также случаи поздней диагностики, если они повлияли на исход заболевания. Значительную долю ятрогенной патологии составляют побочные эффекты лекарственной терапии, которые регистрируются у 10—20% госпитальных больных.

Итак, ятрогения – это неумышленный и зачастую неизбежный вред пациенту, но это не вина современной медицины, а, скорее, ее беда. Мировое сообщество должно быть заинтересовано в создании системы безопасного производства медицинских услуг, тогда можно будет надеяться на формирование достаточного уровня здоровья населения планеты.

В то же время необходимо отметить, что за последние десятилетия в условиях становления рыночной экономики в России наметилась отчетливая тенденция к дегуманизации медицины, причем это неразрывно связано с общим процессом дегуманизации общества (духовная деградация, рост преступности, массовые отравления, нарушения прав человека, экологические катастрофы и др.). Остается только сожалеть о том, что, в отличие от экономически развитых стран запада, рыночная модернизация отечественной экономики, изменение политического устройства государства, сопровождается стагнационными процессами в социальной сфере и снижением инвестиций в человеческий капитал.

Именно этот период сформировал двойственное отношение к ятрогениям.

- ✓ *Со стороны потребителей медицинских услуг (пациентов) все громче раздавались голоса о том, что медицинская помощь*

большой части населения России становится недоступной, её качество значительно снизилось, а число безопасных медицинских услуг становится все меньше и меньше. Как отражение этих процессов следует рассматривать ежегодный рост числа граждан России в зарубежных клиниках Израиля, США, ФРГ, Южной Кореи, Таиланда и др.

- ✓ *Со стороны производителей медицинских услуг, в особенности – управляющих структур, звучат утверждения «убаюкивающего» плана: идут системные преобразования медицинских организаций всех уровней, модернизируется оборудование, готовятся кадры, внедряются международные и отечественные стандарты и т.п. Отражением этих утверждений является повсеместное блокирование идеологии всеобщего управления качеством производства медицинских услуг, замалчивание тенденции роста уровня внутрибольничных инфекций, послеоперационных осложнений и случаев нанесения тяжкого вреда здоровью или гибели пациентов в результате медицинских вмешательств.*

Топтание на месте отечественной медицинской науки и техники, вялое расширение и усовершенствование медицинской помощи, фрагментарное введение в медицинскую практику новых высокоактивных лекарственных средств и вакцин, с одной стороны, не позволяя надеяться на обеспечение более коротких сроков и больший уровень полноты выздоровления больных, снижение инвалидизации и госпитальной летальности. С другой стороны, параллельно с этими процессами выросла степень опасности медицинской помощи, количества ятрогенных болезней и смертности от них. В то же время мировая медицина подошла к такому рубежу, когда, по выражению Х. Б. Вуори, любое обращение к врачу несет не только благо, но и риск потери здоровья и даже жизни.¹²

Классификация ятрогений разработанная на положениях МКБ-10, широко применяются в большинстве стран мира. Различают следующие классы ятрогенных заболеваний:

- I. ятрогении, возникающие при хирургических заболеваниях и оперативных вмешательствах, с уточнением заболевания и характера оперативного вмешательства*
- II. ятрогении, вызванные медикаментозным лечением*
- III. ятрогении, вызванные профилактическими мероприятиями*
- IV. ятрогении диагностических мероприятий*
- V. смерти от наркоза, в том числе и при премедикации*

Большинство специалистов в построении классификационных схем ятрогении закладывали причинно-следственный фактор, что очень важно при расследовании случаев ятрогенных заболеваний ставших причиной

¹² Вуори Хану В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. ЕРБ ВОЗ, Копенгаген. 1985. 177 с.

нанесения ущерба здоровью пациента или его смерти. По мнению В.Д. Пристанкова (Пристанков В.Д., 2006) анализ причинно-следственных связей дает возможность объективизации процесса расследования случая ятрогении с учетом специфики субъекта профессиональной медицинской деятельности. Кроме того, судмедэксперты и патологоанатомы, как правило, не учитывают роль осложнений в заключениях судебно-медицинской экспертизы и не анализируют причинно-следственную связь между дефектом процесса производства медицинских услуг и ятрогенией.

Аналитические исследования проблемы ятрогений говорят о том, что научно-технический прогресс в медицине ведут к росту числа, разнообразия и тяжести ятрогенных патологических процессов. Отдельные клиницисты и организаторы здравоохранения все чаще соглашаются с мнением экспертов, которые считают, что по мере усложнения организации и технологий производства медицинских услуг уровень их безопасности снижается, а распространенность ятрогений принимает характер эпидемии (Федченко Т.М. Дмитриева О.А., 2001; Сундуков Д.В., Баринев Е.Х., Ромодановский П.О., 2011, Дьяченко С.В., Авдеев А.И., Дьяченко В.Г., 2015).

В этой связи следует отметить, что арсенал методов лечения становится всё более «агрессивным» по отношению к больному, а современные медицинские технологии вошли в противоречие с древней медицинской заповедью «не навреди». Управляющие структуры, в силу ряда обстоятельств, не решаются или не могут решить сформировавшуюся проблему безопасности медицинской помощи, что вынуждает наше общество обращаться к международному опыту (Долецкий С.Я., 1988; Шапкина Н.Б., Саркисян Б.А., Новоселов В.П., 2010).

Именно международный опыт показывает, что когда вопросы безопасности пациентов предаются общественной гласности, начальный период публичных обсуждений всегда характеризуется лавинообразным потоком тревожных и возмущенных выступлений. Чем больше открытости и готовности к изменениям демонстрируют органы управления здравоохранения, тем более активно пациенты выражают свое недовольство качеством услуг или делятся индивидуальным и семейным опытом перенесенных неблагоприятных последствий и ошибок при получении медицинской помощи (Вовк А.И., 2007; Понкина А.А., 2012).

Критерий безопасность включает в себя вероятность развития нежелательных реакций¹³ и токсичность¹⁴ лекарственных средств. Относительно фармакотерапии проблема безопасности связана в первую очередь с наличием или отсутствием системы управления качеством производства меди-

¹³ Нежелательная лекарственная реакция - любая непреднамеренная и вредная для организма человека реакция, которая возникает при использовании препарата в обычных дозах с целью профилактики, лечения и диагностики (прим. авторов).

¹⁴ Токсичность – нежелательное влияние препарата на здоровье пациента, токсические эффекты проявляются в виде различных нарушений функций органов и систем (снижение слуха, вестибулярные расстройства, слепота, поражение почек и т.п.) (прим. авторов).

цинских услуг в конкретном лечебном учреждении. Реализация технологии TQM (всеобщего управления качеством) в рамках международных требований к менеджменту качества (ИСО 900:2000), а так же российским аналогом (ГОСТ Р ИСО 9001 - 2001)¹⁵ позволяет снизить число отклонений от стандартных технологий фармакотерапии, которые часто трактуются как ошибки при производстве медицинских услуг.

Распространенность ятрогений. Проблема ятрогений вообще и ятрогений при лекарственной терапии как в отечественной медицине в целом, так и в профессиональном сообществе до последнего времени, как правило, замалчивалась. Практикующие врачи и руководители медицинских организаций стараются избегать обсуждения данной темы, кроме того она редко находит отражение на страницах медицинской печати (Дьяченко В.Г., 2007). К числу дефектов при производстве медицинских услуг относят все случаи, связанные с использованием лекарственных препаратов с нарушениями инструкции по их применению, полученным при активном мониторинге использования лекарств, среди типов дефектов в медицинской практике лидирующими являются ошибки выбора врачом лекарственного препарата и его дозы. Такого типа дефекты составили 56%. Второе место заняли дефекты, связанные с некорректным изменением дозы и длительностью применения лекарственных средств - 34%. На долю неблагоприятных побочных эффектов из-за ошибок, допущенных средним медицинским персоналом и фармацевтическими работниками больничной аптеки, приходилось 10% неблагоприятных побочных эффектов.

Неблагоприятные побочные реакции, возникающие в результате ошибок медицинского персонала, являются потенциально предотвратимыми, поскольку их можно избежать при рациональном использовании лекарственных средств. Основу профилактики неблагоприятных побочных эффектов лекарственных препаратов, в том числе связанных с врачебными ошибками, составляет их выявление, последующий анализ и разработка предложений по решению проблемы. Решения указанных задач возложено на организованные в большинстве стран мира специальные службы контроля безопасности лекарств (фармаконадзора).

Кроме того, при оценке этого критерия необходимо уделять особое внимание так называемым «группам риска».¹⁶ Среди факторов повышенного риска реализации рациональной фармакотерапии являются:

- ✓ *Беременность и лактация*
- ✓ *Детский возраст*
- ✓ *Пожилый и старческий возраст*
- ✓ *Нарушение функции почек*

¹⁵ Захарова Е.В. Система обеспечения качества медицинской помощи на региональном уровне//Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2006. № 1. С. 41-43.

¹⁶ Группы риска – это лица, у которых развитие определенных нежелательных реакций наиболее вероятно и поэтому для них требуются коррекция дозы или замена стандартного препарата на лекарственный препарат резерва (прим. авторов).

- ✓ *Нарушение функции печени*
- ✓ *Лекарственная аллергия в анамнезе*
- ✓ *Параллельное лечение другими лекарственными средствами.*

Что бы понимать вероятность возникновения несчастного случая при проведении фармакотерапии, можно сопоставить уровень риска вследствие авиакатастроф и проведения фармакотерапии (рис. 6.3). При таком сопоставлении становится понятным тезис о том, что риски нежелательных эффектов при проведении фармакотерапии несравнимо выше, рисков связанных с авиационными перелётами.

Критерий приемлемости включает в себя противопоказания к назначению, фармакологическое взаимодействие с другими лекарствами, степень удобства в применении. Практикующий врач, формируя индивидуальный выбор ЛС по категории приемлемость, должен выбрать ЛС из группы имеющей минимальное количество противопоказаний и лекарственных (пищевых) взаимодействий, удобные лекарственные формы и различные дозировки.

Противопоказания определяются фармакологическими эффектами лекарственного средства, индивидуальными особенностями организма пациента, а также наличием у него сопутствующих заболеваний. Индивидуализация фармакотерапии предполагает, что при выборе ЛС лечащий врач с одной стороны обратится к личности пациента, его конституции и вероятным генотипическим особенностям. С другой стороны следует учитывать некоторые фармакологические эффекты лекарственных средств, исходя из профессиональных категорий пациентов. А именно, недопустимо назначение снотворных или седативных лекарственных средств лицам, работа которых требует быстрых реакций – водителям, авиадиспетчерам, оперирующим хирургам и пр.

Особую проблему представляет взаимодействие лекарственных средств. При этом необходимо учитывать возможное взаимодействие лекарственного препарата не только с теми лекарственными средствами, которые уже получает пациент, а также с пищевыми продуктами и напитками, особенно алкогольными. Так, скорость всасывания изменяется при изменениях рН под влиянием антацидных средств, т.к. они повышают рН желудочного содержимого и увеличивающие диссоциацию кислот (антикоагулянтов, некоторых САА, салицилатов, бутадиона), а также снижают их растворимость в жирах и замедляют всасывание. Этот эффект антацидных средств оказывается достаточным, чтобы полностью предотвратить снотворное действие барбитуратов.



Рис. 6.3. Сопоставление риска возникновения несчастного случая вследствие авиакатастроф и в результате лечения (ЕРБ ВОЗ, 2005)

Имеет значение и прямое взаимодействие ЛС в кишечнике. Тетрациклины образуют хелаты с металлами, поэтому в присутствии препаратов кальция, магния в кишечнике, а также алюминий содержащих антацидных средств их всасывание может существенно уменьшаться. В молоке количество кальция настолько велико, что при приеме тетрациклинов его употребление рекомендуется ограничить. Значительно снижается всасываемость тетрациклинов в присутствии железа. Или взаимодействие в процессе всасывания. Некоторые ЛС (фенформин, мефенамовая кислота), токсически воздействуя на слизистую оболочку ЖКТ, могут нарушать всасывание других препаратов, а также некоторых ингредиентов пищи. Кроме того ЛС могут взаимодействовать непосредственно в плазме (протамина и гепарин, деферроксамин и железо, димеркапрол и мышьяк);

Существует проблема взаимодействие за места связи с белками плазмы. При использовании двух и более ЛС, одно из которых обладает меньшим сродством к белку, происходит его вытеснение. Если препарат активен, то он может вытеснить ранее введенное ЛС из мест связи с белками, и тогда концентрация свободной фракции первого препарата увели-

чивается с усилением фармакологической активности (салицилаты, бутадион, клофибрат вытесняют из связи с белком антикоагулянт непрямого действия и увеличивают частоту внутренних кровотечений). Кроме того, ЛС, влияющие на кровоснабжение органов и тканей, могут нарушать распределение других препаратов (у больных с застойной ССН при назначении спазмолитических средств в сочетании с кардиотоническими возрастает эффект диуретиков).

При назначении лекарственных препаратов следует учитывать индукцию ферментов. Индукторами ферментов печени являются, снотворные средства (барбитураты), транквилизаторы (диазепам, хлордиазепоксид, мепробамат), нейролептики (аминазин, трифтазин), противосудорожные (дифенин), противовоспалительные (бутадион, амидопирин) средства, хлорированные инсектициды (дихлордифенилтрихлорэтан (ДДТ), пищевые добавки, алкоголь, кофе. В небольших дозах некоторые ЛС (фенобарбитал, бутадион, нитраты могут стимулировать собственный метаболизм (аутоиндукция). При совместном назначении двух ЛС, одно из которых индуцирует печёночные ферменты, а второе метаболизируется в печени, дозу последнего необходимо увеличить, а при отмене индуктора — снизить. Классический пример такого взаимодействия — сочетание антикоагулянтов непрямого действия и фенобарбитала. Доказано, что в 14% случаев причина кровотечений при лечении антикоагулянтами — отмена ЛС, индуцирующих микросомальные ферменты печени.

Взаимодействие на различных уровнях регуляции происходит при независимом друг от друга влиянии ЛС на различные органы или ткани, образующие часть физиологической системы; возможна также блокада или стимуляция последовательных этапов биологического процесса. Самое простое взаимодействие происходит между ЛС и жидкостями, которыми их запивают. Установлено, что если принимать ЛС с количеством жидкости, превышающим 200 мл, то всасывание ЛС в кишечнике происходит значительно быстрее, чем препаратов, принятых с количеством воды менее 25 мл. Этот факт объясняют тем, что растворённое в жидкости гидрофильное ЛС распределяется на большей площади кишечного эпителия и лучше адсорбируется на протяжении всей тонкой кишки. ЛС также взаимодействуют с компонентами пищи - может возникать замедление, ускорение и нарушение всасывания ЛС в кишечнике. Замедление всасывания обусловлено тем, что препарат (парацетамол, фуросемид, фенобарбитал, эритромицин), смешиваясь с пищей, всасывается менее интенсивно. Кроме того, следует учитывать и степень удобства приема препарата.

При оценке степени удобства в применении надо стараться выбирать препараты, которые будут просты и удобны в применении. Для пациента наиболее приемлемым будет использование препарата, обладающего высокой биодоступностью при приеме внутрь и пролонгированным эффектом, что позволит применять его 1-2 раза в сутки. Удобнее препараты, не

требующие особых условий хранения. Следует учитывать, что некоторые лекарственные формы не удобны для применения в старческом или раннем детском возрасте. Таким образом, с точки зрения лечащего врача в применении удобен лекарственный препарат, обладающий минимальным количеством противопоказаний, лекарственных и пищевых взаимодействий и представленный на рынке в виде различных лекарственных форм и дозировок.

Хотелось бы отметить, что большинство случаев дефектов, возникающих при применении лекарственных средств не следует расценивать, как некое фатальное и неизбежное явление. Напротив они предотвратимы при условии правильного обучения и переобучения пациентов и специалистов в сфере производства медицинских услуг и фармации, введения компьютерных систем назначения препаратов, введения и развития систем контроля применения ЛС. Активные методы предупреждения дефектов применения лекарственных средств, такие как введение компьютерных систем, предупреждающих неправильное назначение препаратов, могут существенно снизить риск развития нежелательных явлений, но только для тех случаев, которые связаны с ошибками при выписке рецептов или оформлением листа назначений. Однако, так или иначе, дефекты применения ЛС и сопровождающие их явления нарушения здоровья больных, как отражение ятрогенных эффектов становятся триггерными механизмами формирования кризиса взаимоотношений пациентов и медицинских работников. Причем динамика уровня кризисных явлений во взаимоотношениях потребителей и производителей медицинских услуг имеет отчетливую тенденцию к росту.

Проблема взаимоотношений медицинских работников с населением претерпевают определенную трансформацию не только в России, но и за рубежом, и причины для этого лежат в поле роста ятрогений и последствий их воздействия на здоровье пациентов. Об этом свидетельствуют публикации Барбары Старфилд (Barbara Starfield) и других специалистов, работающих в различных исследовательских учреждениях и организациях экономически развитых стран – Journal of the American Medical Association, Harvard University, Centers for Disease Control, British medical journal The Lancet, New England Journal of Medicine and national news: New York Times, Washington Post, CNN, US World Report, которые касаются организации медицинской помощи американцам, числу врачебных ошибок и их последствий. В своих публикациях она с коллегами приводит шокирующие статистические данные (табл. 6.1).

Таблица 6.1.

Статистические данные о числе и причинах летальных исходов, связанных с ятрогенными в США¹⁷

¹⁷ Writing in the Journal of the American Medical Association (JAMA), Dr. Starfield has documented the tragedy of the traditional medical paradigm in the following statistics.

Число летальных исходов за год	Причина	Cause
106,000	Негативные эффекты лекарственных средств	Non-error, negative effects of drugs
80,000	Внутрибольничные инфекции	Infections in hospitals
45,000	Другие ошибки в больницах	Other errors in hospitals
12,000	Ненужные операции	Unnecessary surgery
7,000	Медицинские ошибки в больницах	Medication errors in hospitals
250,000	Общее число летальных исходов в год от ятрогенных причин	Total deaths per year from iatrogenic causes

Приведенные данные числа летальных исходов в больницах из-за ятрогенных болезней находятся в диапазоне от 230 000 до 284 000, что даже по самым минимальным оценкам составляет около 225 000 в год, т.е. это третья в рейтинге причин смерти в США. Параллельно приводятся данные о том, что от 4 до 18% пациентов в амбулаторных условиях подвергаются воздействию ятрогений, что сопровождается 116 млн дополнительных визитов к врачам, выпиской дополнительно 77 млн рецептов, а кроме того – 17 млн посещений отделений неотложной помощи и 8 млн госпитализаций.

Стоимость расходов на дополнительные объемы медицинской помощи, связанные с ятрогениями составляет около 77 млрд долларов США. Несмотря на то, что система здравоохранения США одна из самых затратных в мире, по состоянию здоровья американские граждане не являются мировыми лидерами (Shi L, Starfield B., 1999; Starfield B., 2000, 2003). Именно этот факт в комплексе с данными о числе летальных исходов, связанных с ятрогенными заболеваниями накладывает негативный отпечаток на взаимоотношения между производителями и потребителями медицинских услуг, не только в России, но в США и странах Евросоюза.

В рыночных условиях, когда товар (медицинская услуга) реализуется по двум основным критериям (цена и качество), важное значение приобретает регламент взаимоотношений между потребителями и производителями медицинских услуг. Пациент в рамках реализации идеологии «информированного согласия», неожиданно для себя узнает, что стопроцентных гарантий приобретения безопасных медицинских услуг не существует. В медицине, как и в других областях производственной деятельности, существует риск формирования случайных явлений, которые могут стать причиной нанесения ущерба здоровью потребителя или потере им самой жиз-

ни, что предусматривает соответствующую юридическую защиту (Пристансков В.Д., 2006; Wood J., 2005).

И, если в результате предоставления медицинской услуги здоровью пациента был нанесен вред, то возникает проблема возмещения морального и материального вреда. Экономический аспект взаимоотношений пациента и врача формирует конфликт интересов, что требует построения системы баланса и защиты интересов сторон. Эта система выражается в формировании разносторонних, сбалансированных законодательных принципов, основанных на гражданско-правовом договоре оказания медицинских услуг, системе страхования профессиональных и регламентации норм профессиональной этики и разработки программы стандартизации медицинских услуг.

За многие годы работы в различных медицинских организациях нам пришлось наблюдать как за невероятным взлетом авторитета медицинских работников в обществе в 60-80-х годах прошлого века, произошло его падение в период «рыночных реформ» с начала 1990-х годов, продолжающийся и сегодня. Ещё совсем недавно профессия врача считалась самой выдающейся из всех, которые существовали в мире, однако с течением времени, с каждым новым открытием в области науки и медицины образ врача все больше тускнел и терял свою значимость. В глазах пациентов репутация современных врачей продолжает снижаться, как и во времена Экклезиаста, который говорил: «Согрешивший перед Создателем, да попадет в руки к врачу». Причем, как ни парадоксально, все это происходит тогда, когда медицина внедряет в практику самые наивысшие научные достижения человечества.

Процессы, происходящие сегодня в отечественной медицине, порождают две основных тенденции движения вперед. В частности, ретроспективно рассматривая динамику изменений, приходится принять исчезновение важного аспекта в системе «пациент-врач», – это доверия. Незаметно для обеих сторон произошла подмена исцеления, основанного на взаимной привязанности и доверии, на производство медицинских услуг и больничный уход в виде стандартных технологических процедур и бесстрастного выполнения должностных обязанностей медицинским персоналом. Из производства медицинских услуг (медицинской помощи) постепенно исчезло умение слушать и оценивать сказанное пациентом (жалобы, анамнез, причину обращения к врачу и т.п.). Концентрация усилий врачей стала сводиться к оценке данных лабораторной и инструментальной диагностики, а клиническое наблюдение за состоянием пациента в ответ на проведенное оперативное вмешательство или назначенную лекарственную терапию, заменяется оценкой данных телеметрических систем. Врач больше не занимается личностью больного, а лишь «ремонтирует» отдельные, неправильно работающие части биологической системы. При этом душевное состояние пациента и уровень его страданий чаще всего не учитывают-

ся, что отрицательно сказывается не только на уровне доверия пациента к лечащему врачу, но и на общем состоянии пациента.

Вполне определено, что исправить ситуацию недоверия может реализация нарративного поворота в отечественной медицине, который основан на оценке личных историй пациентов, когда рассказ страданиях пациента, часто обреченного на одиночество, будет выслушан и найдет отклик лечащего врача. Итак, нарративный поворот в медицине в виде современного подхода к производству медицинских услуг, формируется тогда, когда лечащий врач принимает непосредственное участие в формировании реакций на устный рассказ пациента о своем состоянии во всем разнообразии его ощущений и переживаний. Являясь доверенным собеседником, участником истории развития заболевания, лечащий врач, сближаясь с пациентом, глубже ощущает динамику его эмоций, физических страданий, что позволяет ему с индивидуальных позиций осуществлять психотерапевтическое воздействие. В конечном итоге, нарративная медицина – это отражение несогласия определенной группы врачей с «дегуманизации» современной медицины как побочного эффекта индустриализации медицинской помощи в виде производства медицинских услуг. По их мнению, эта дегуманизации, связана, прежде всего, с кризисом индивидуального клинического подхода и нарастания стандартизации в производстве медицинских услуг, с постепенным превращением медицинской помощи в производственную систему.

Современные врачи–клиницисты в большинстве случаев оказания медицинской помощи, предпочитают игнорировать рассказы пациентов об истории возникновения заболевания, изменении мироощущения по мере формирования патологических синдромов, ориентируясь при принятии клинических решений на данные измерения функций «биологической системы» пациента с помощью современной приборной базы. Естественно, одной из причин является все возрастающее внедрение в медицину высоких технологии. История болезни, составленная «по старинке», кажется расплывчатой, неоднозначной, субъективной и даже неправильной по сравнению с результатами ультразвукового исследования, ядерного магнитного резонанса, компьютерной томографии, эндоскопии или ангиографии. Кроме того, чтобы составить полную историю болезни, требуется немало времени. Отдельные медицинские работники считают, что современная приборная база позволяет вообще не разговаривать с пациентом за счет широкого внедрения трансляционной, предиктивной, персонализированной и лабораторной медицины.

И действительно, если опираться только на развитие нарративного направления в современной медицине, то это будет означать «топтанье на месте», поскольку персонализированный подход необходим не только с точки зрения изучения психологии пациента, но и его геномики. Следовательно необходимо изучение нескольких персонифицированных уровней ин-

формации о пациенте, в частности: атомный (нанотехнологии); молекулярный (метабомика, включающая липидомику, гликомику и др); молекулярно-генетический уровень (геномика, транскриптомика, РНК-омика); белковые молекулы (протеомика), вирусы, клеточный и тканевой уровень.

Таким образом, лабораторная медицина в настоящее время становится самостоятельной научно-практической дисциплиной и отраслью медицинских знаний, основополагающей относительно всех видов клинической деятельности, с собственными теорией, методами и объектами анализа, что связано с результатами многолетних медицинских исследований и интеграцией с: фундаментальными науками: физикой, химией, биологией, генетикой и др. Эта междисциплинарная наука, объединяющая достижения медицины и естествознания и выявляющая наиболее значимые клинические маркеры на различных уровнях анализа (клетки, метаболиты, белки, генетические полиморфизмы и др.).

Сложность процессов производства медицинских услуг и ятрогенная. В связи возникновением в последнее время трансляционной, предиктивной, персонализированной и доказательной медицины появилась настоятельная необходимость анализа тенденций развития, перспективных направлений, оценки роли и положения современной лабораторной медицины в общей системе клинических дисциплин, что обусловлено требованиями, которые выдвигаются в связи со стремительным развитием и внедрением достижений науки и новых технологий. Персонализированная медицина представляет собой интегральную медицину, которая включает в себя разработку персонализированных средств лечения на основе геномики, тестирования на предрасположенность к болезням, профилактики, объединение диагностики с лечением и мониторингом лечения. Одна из тенденций развития лабораторной медицины – это мультипараметрические исследования и мониторинг (биочипы, секвенирование, мультипраймерная ПЦР и др.).

Для правильного понимания направления и стратегии развития отечественной медицины, необходимо уточнение определений и задач, возникающих в период инновационных трансформаций, более глубокий анализ характера междисциплинарных от ношений, что позволит, объединив нарративное и лабораторное направление развития уменьшить риск развития ятрогенных синдромов у большинства пациентов. Причем, по мере совершенствования индивидуализации подходов к диагностике и лечению заболеваний, повышению компетенций лечащих врачей, следует ожидать уменьшения числа ошибок, несчастных случаев и профессиональных преступлений медицинских работников. Совершенствование знаний о конкретном пациенте, как биологической системе со всей сложностью её от ношений с окружающей средой снижает риск случайных явлений при ока-

зании ему медицинской помощи.¹⁸ Именно снижение числа ятрогенных заболеваний позволит снизить «градус» кризисных явлений во взаимоотношениях пациентов и врачей.

Аналитические исследования проблем современной медицины говорят о том, что научно-технический прогресс ведёт к росту числа, разнообразия и тяжести патологических процессов инициированных самим фактом оказания медицинской помощи. Именно формирование выше указанных патологических процессов во многих случаях является пусковым механизмом формирования недоверия во взаимоотношениях между врачом и пациентом. Отдельные клиницисты и организаторы здравоохранения все чаще соглашаются с мнением экспертов, которые считают, что по мере усложнения организации и технологий производства медицинских услуг уровень безопасности пациентов снижается, а распространенность ятрогенной принимает характер эпидемии (Федченко Т.М. Дмитриева О.А. , 2001; Сундуков Д.В., Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., 2011; Steel, K. And al.,1981; Leape LL., 1994; Smith R, Schockley Gaby., 2000; Stenson J., 2003; Norris BJ., 2011).

В то же время международный опыт показывает, что когда вопросы безопасности пациентов предаются общественной гласности, начальный период публичных обсуждений всегда характеризуется лавинообразным потоком тревожных и возмущенных выступлений. Чем больше открытости и готовности к изменениям демонстрируют органы управления здравоохранения, тем более активно пациенты выражают свое недовольство качеством услуг или делятся индивидуальным и семейным опытом перенесенных неблагоприятных последствий и проблем при получении медицинской помощи (Тареев Е.М., 1978; Вовк А.И., 2007; Понкина А.А., 2012; Дьяченко В.Г., Дьяченко С.В., Авдеев А.И., 2015). И, тем не менее, производство медицинских услуг по своей сути и содержанию было и остается наиболее гуманной производственной системой, в основе существования которой должны лежать принципы доверия между производителем (врачом) и потребителем (пациентом), а так же сострадания и сочувствия к проблемам пациента в сочетании с высоким уровнем гуманизма медицинских работников.

Снижение уровня доверия и кризис взаимоотношений. Наука и техника, планирование, материальные интересы, индустриализация, секуляризация связаны с господством целерациональности. Естествознание предполагает технический контроль над экспериментальными данными и инструментальное действие. Коммуникативное действие, напротив, принадлежит области взаимных ожиданий, взаимопонимания. Знание здесь

¹⁸ Воробьев К.П. Доказательная медицина – новая методология медицинской практики. Часть I. Мотивации врача и исследователя при изучении доказательной медицины. // Український медичний альманах.- 2004.-№ 5.- С.41-45.

предполагает согласие по поводу интенций, мотивов, прав и обязанностей, интересубъективность понимания. Поэтому институциональные рамки общества возникают из интеракции (Иншаков О.В., 2005). Во всех традиционных обществах доминировали нормы интеракции, а подсистема целерационального действия занимала подчиненное положение. Вместе с развитием капитализма эта подсистема выходит из подчинения, происходит крушение старых систем легитимизации. Труд, рыночные отношения, эквивалентность обмена - вот основания новой светской этики и права. Вместе с ростом государственного регулирования экономики происходит реидеологизация экономических отношений, но на сей раз функции идеологии берут на себя фетишизированные наука и техника; они становятся частью идеологического аппарата позднекапиталистического общества. Человек с технократическим сознанием интерпретирует себя и других людей в целерациональных терминах, а позитивизм во всех его вариантах представляет собой философскую легитимизацию технократической власти. Практическое, в том числе и взаимоотношения пациента, врача и общества, принадлежит сфере коммуникации, а не инструментального действия (Гадамер Х., 1988; Сурмач, М.Ю., 2008; Surmach, M., 2011).

При рассмотрении проблемы кризиса во взаимоотношениях пациентов и медицинских работников основной упор делается на ответственность производителей медицинских услуг. Для общества такая постановка вопроса вполне приемлема, ведь человек, посвятивший свою жизнь медицинской профессии, «должен»... И за этим «должен» стоят наличие способностей овладеть наукой врачевания – сначала шесть лет на кафедрах медицинского факультета университета, а затем два-три года практической подготовки в ординатуре/аспирантуре в клиниках ВУЗа под присмотром доцентов и профессоров. Освоить азы медицинской профессии непросто, а уж тем более, стать по-настоящему классным врачом – гораздо сложнее. На это уходят десятилетия, а может быть и вся жизнь. Многие начинающие врачи, осознав весь уровень будущей профессиональной ответственности в сочетании с формируемым социальным статусом, отказываются от этого бремени в самом начале пути. По их мнению – «игра не стоит свеч».

А между тем социальный статус медицинского персонала и производственная среда медицинских организаций представляют собой факторы, имеющие большое значение для найма медицинских работников и для сохранения квалифицированных, профессионально подготовленных медицинских кадров, а характеристики социального статуса и производственной среды и прямо и косвенно влияют на доступность, качество и безопасность производимых медицинских услуг. Поэтому меры по формированию должного социального статуса благоприятной производственной среды играют ключевую роль в обеспечении, как достаточного количества кадров, так и их высокого уровня профессиональных компетенций, а также мотивации к выполнению производственных заданий (Di Martino V., 2003;

Voss E., 2009). Остается только сожалеть о том, что рыночные реформы не привнесли в медицинскую среду ожидаемой стабильности, а «невидимая рука» рынка не смогла снизить «градус» противоречий во взаимоотношениях потребителей и производителей медицинских услуг.

Жизненный путь большинства врачей связан со значительными эмоциональными перегрузками, которые неизбежно формируют профессиональные деформации. Наше общество старается не замечать пациентов добровольно отравляющих себя алкоголем, покрытых толстым слоем грязи «бомжей» в приёмных отделениях больниц и безнадежных пациентов, которым никто не сможет помочь. Общество ликвидировало вытрезители и не построило хосписов, переложив весь уровень социальной ответственности за эту сложную группу своих представителей на медицинские организации, которые хронически недофинансируются уже третье десятилетие подряд.

Кризис взаимоотношений общества и граждан, избравших в качестве своей основной деятельности медицинскую профессию, нарастает. Сегодня никого в модернизируемой России не волнует обеспечение должного уровня профессиональной безопасности медицинских работников. Только за последние десять лет на врачей, фельдшеров и медсестер нападали тысячу двести раз. Это только те случаи, по которым заводили уголовные дела. В действительности, по данным Минздрава РФ, их произошло в десять раз больше.¹⁹

Справедливости ради следует констатировать факт, что взаимоотношения врачей и пациентов уже давно далеки от идеальных. Пациенты страдают от долгого стояния в очередях, невнимательности, поборов. Врачи подвергаются угрозам и нападениям, часто – с применением оружия. Независимые эксперты считают, что в год на медицинских работников совершается примерно 100 тыс. физических нападений.²⁰ Причинами этих нападений являются алкоголь, врачебные ошибки, неспособность отечественной системы здравоохранения обеспечить население своей страны адекватной медицинской помощью. Подчас стремление «отомстить» врачам приобретает совсем неадекватные формы.

26 сентября 2015 г. было совершено нападение на станцию скорой помощи «Спутник» в Симферополе. Санитарка погибла на месте, фельдшер скончался в больнице, еще двое пострадавших сотрудников скорой находятся в больнице Симферополя: фельдшер, получивший ранение в голову и шею, находится в тяжелом состоянии, жизнь сотрудницы, которая была ранена в предплечье, вне опасности. В преступлении подозревается 55-летний житель Симферополя, открывший на станции скорой помощи стрельбу из охотничьего ружья.

¹⁹ Россию захлестнула эпидемия нападений на врачей. 26.02.2017. *Источник: www.vesti.ru*

²⁰ *Источник: <https://versia.ru/ezhegodno-na-vrachej-sovershayut-100-000-napadenij>*

Сайт «Крымские новости» сообщает, что бригады скорой помощи, приезжая к пациенту, каждый раз убеждались, что в экстренной помощи он не нуждается, и рекомендовали ему обратиться в поликлинику. Как пояснили в руководстве скорой Симферополя, медики никогда не отказывали пациенту в помощи и всегда приезжали к нему. Но через несколько дней после одного из вызовов, он пришел на подстанцию с ружьем. Нападавший скрылся с места происшествия на автомобиле. Следователи устанавливают обстоятельства убийства, опрашивают очевидцев и сотрудников «Центра медицины катастроф», будут проведены баллистическая и судебно-медицинская экспертизы.²¹

Управляющие структуры государства делают вид, что не замечают того, что самые «продвинутые» с точки зрения достижений демократии члены общества позволяют себе избивать или даже убивать медицинских работников во время выполнения ими своих профессиональных обязанностей. А между тем, в Госдуму РФ уже в который раз внесен законопроект, устанавливающий повышенную ответственность за нападение на медицинских работников. Несмотря на кажущуюся простоту, этот вопрос для депутатов представляет весьма сложную задачу, поскольку он предполагает приравнивание медицинских работников к представителям власти, чего они допустить никак не могут. Отсутствие должной законодательной базы по беспрепятственному осуществлению своих профессиональных обязанностей и защите жизни медицинских работников, «развязывает руки» отдельным представителям демократического общества. Российские СМИ переполнены информацией о нападениях на медицинских работников.

Так 25 февраля 2016 г. в Саратовской городской больнице на фельдшера скорой помощи напал муж пациентки. Он ударил его головой в лицо. Медика госпитализировали с подозрением на сотрясение мозга. 23 февраля житель Раменского района Подмосковья вызвал себе скорую помощь. Прибывших медиков он встретил выстрелами из ружья. В ходе инцидента никто не пострадал. «Дебошира» задержали.

22 февраля 2016 г. скорую помощь вызвали к пьяному мужчине, который лежал на улице в Ульяновске. Пациент оказался полон сил и избил женщину-фельдшера. Она получила травмы лица и руки. 21 февраля СМИ сообщили о нападении на скорую помощь в Красноярске. Нетрезвый пациент начал буянить в машине, он угрожал медикам ножом, сломал оборудование и разбил стекло. 20 февраля в Перми пациент направил травматический пистолет на прибывших к нему домой сотрудников скорой помощи. Он потребовал, чтобы они дали ему наркотики. Медикам удалось вызвать на место событий вневедомственную охрану, которая обезвредила нападавшего.

²¹ Алиса Орлова. Не стреляйте в доктора или врач пациенту не враг. <https://www.miloserdie.ru/article/nestreljajte-v-doktora-ili-vrach-patsientu-ne-vrag/>

17 февраля 2016 г. нетрезвый пациент набросился на фельдшера скорой помощи в Тульской области. 22-летняя фельдшер в квартире опрашивала пациента, внезапно тот ударил ее кулаком в лицо и попытался повалить на пол. Женщину спас от расправы брат пациента. 13 февраля в Сургуте пациент ударил по голове прибывшую по вызову фельдшера скорой помощи. Женщина получила черепно-мозговую травму. А в Саратове 11 февраля трое мужчин попытались изнасиловать прибывшую к ним на вызов сотрудницу скорой помощи. Закрывшись в ванной, женщина смогла вызвать полицию.

23 июня 2017г. в Хабаровске пациент жестоко избил дежурного врача. Нападение произошло, когда хирург осматривал мужчину, обратившегося за помощью с болью в животе. Однако ему не понравились комментарии медика о том, что на его теле много шрамов и рубцов. Сначала мужчина кинул во врача стул. А когда тот бросился бежать, наступил его в коридоре и продолжил избивать. По словам главного врача больницы, хирург получил серьезные травмы, в том числе черепно-мозговую. Буйный пациент был вскоре задержан сотрудниками Росгвардии.²²

17 октября. 2016 г. Мужчина застрелил женщину-врача дерматовенеролога в Норильске. Врач-венеролог Ольга Автаева полгода пыталась объяснить пациенту, что «половое бессилие» не ее профиль, отправляла на лечение к урологу, но больной возвращался к ней вновь и вновь, и постоянно – с претензиями. Их последний разговор закончился смертным приговором врачу.

26. ноября 2016 г. в Челябинске нетрезвый водитель протаранил машину с красным крестом на борту. В ней погибли водитель, фельдшер и 10-месячный мальчик, которого скорая как раз везла в больницу. В память о погибших коллеги медицинские экипажи по всей стране давили на клаксоны и включали сирены, понимая, что пока это – единственное, что могут сделать врачи, чтобы привлечь внимание к своей незащищенности.²³

Нападения на медиков происходят в России едва ли не ежедневно. Чаще всего от рук дебоширов-преступников страдают сотрудники скорой помощи. Им приходится выезжать по вызовам в квартиры, где нет свидетелей и никто не может за них заступиться. Транспортировка буйных пациентов и их осмотр в приемном покое – тоже не самое безопасное занятие.²⁴ Анализ социологических опросов медицинских работников, которые работают «на переднем крае фронта» борьбы за здоровье граждан показывает уже не тенденцию, а жуткую проблему формирования откровенного страха за свое здоровье и даже за саму жизнь. И, как следствие, наблюда-

²² 23 июня 2017: 06:41. ЧП в Хабаровске: пациент напал на дежурного врача и избил его. <http://www.vesti.ru/doc.html?id=2902160&tid=110010>

²³ 17 октября 2016. Эксперты рассказали, как бороться с охотой на врачей. <http://ren.tv/novosti/2016-10-17/eksperty-rasskazali-kak-borotsya-s-ohotoy-na-vrachey>

²⁴ Татьяна Зверинцева. За нападения на медиков могут ввести повышенную ответственность. «ГОСВОПРОС». Источник <http://gosvopros.ru/non-job/health/>

ется стабильный отток специалистов из сектора экстренной и неотложной помощи большинства медицинских организаций.

При внимательном анализе проблемы, ответственность за такого рода преступлений все-таки существует. Согласно ст. 63 УК РФ, совершение преступления в отношении человека в связи с его служебной деятельностью или общественным долгом – является отягчающим обстоятельством. Это обстоятельство также повторно прописано в ст. 105 («Убийство»), ст. 111 («Причинение тяжкого вреда здоровью») и ст. 112 («Причинение средней тяжести вреда здоровью»). Однако правоприменительная практика оставляет желать лучшего, потерпевшего медицинского работника она не удовлетворяет, поскольку преступники (пациенты и их родственники) отделываются штрафами или условными сроками лишения свободы. Кроме того, представители демократического сообщества ожидают от правоохранителей, что они в первую очередь должны добиться от медицинских работников любой ценой спасти жизнь и здоровье пациента, что, к сожалению, априори уже не располагает к уважению личности врача со стороны его больных. Они чаще ожидают, что государство и его правоохранительные структуры накажут врача, который, по их мнению, недостаточно хорошо выполняет свою работу.

Оппоненты усиления правоприменительной практики к гражданам, препятствующих реализации профессиональной деятельности медицинскими работниками, указывают на то, что случаи нападения на врачей и медицинских сестер – относительно редкое явление, хотя и соглашаются с мнением о том, что на полицейских, чиновников и депутатов нападения совершаются значительно реже. С точки зрения обывателя такое поведение дебоширов-преступников вполне объяснимо. Полицейские имеют удостоверения и оружие. Их функция – силовая, их предназначение – пресекать нарушение закона в отношении простых граждан, а уж тем более в отношении чиновников и депутатов. Но дебоширам-преступникам уже пора было давно дать сигнал о том, что медики, как и силовики, находятся под особой защитой государства. Хотя, надежд на это немного, поскольку пациенты будут осознавать, что скорая помощь обязана примчаться к ним по любому вызову и предпринять все для улучшения их самочувствия. И это по-прежнему не будет располагать многих представителей демократического общества к уважению медицинских работников.

Между тем, Минздрав России предложил лишать свободы за нападение на врачей при выполнении ими профессиональных обязанностей. Проект закона рассмотрели за «круглым столом» в Государственной Думе. Текст документа предусматривает несколько степеней ответственности за нападение на врача: лишение свободы на срок от 12 до 20 лет с ограничением свободы до 2 лет или пожизненное заключение. А в случае если действия преступника не угрожали жизни врача, наказание предлагается более мягкое: штраф до 200 тыс рублей, либо принудительные работы, либо

арест или лишение свободы до пяти лет.²⁵ По этому поводу следует привести извечное выражение «Надежда умирает последней» поскольку медицинские работники много раз убеждались в том, что их проблемы, начиная от неадекватного вознаграждения за самоотверженный труд, кончая обеспечением их безопасности совершенно не волнуют управляющие структуры государства.

Кроме того, опасность труда медицинских работников следует рассматривать и с другой стороны. Это профессиональные риски потерять жизнь и здоровье, сталкивался с больными гепатитами, ВИЧ СПИД, туберкулёзом, особо опасными инфекциями и др. А между прочим, врачи и другие медицинские работники обязаны оказать всем без исключения квалифицированную медицинскую помощь, несмотря на не соответствие уровня рисков и назначенное обществом вознаграждение. Однако, если же люди в белых халатах пытаются обратить на себя внимание властей и довести до сведения пациентов положение дел в отрасли, из небытия материализуется призрак «клятвы Гиппократата» и «врачебной присяги», после чего наступает конец дискуссии.

Вся сложность оценки кризиса взаимоотношений пациента и врача заключается в отсутствии стандарта социальной нормы и нарушения принципа социальной справедливости. С одной стороны возникла враждебность, недоверие между поколениями, между представителями управляющих структур государства и простыми людьми. Многим обывателям окружающий мир стал казаться враждебным, они считают себя уязвимыми и незащищенными. Будущее представляется им непредсказуемым и угрожающим. С другой стороны, усилились агрессивные тенденции в обществе в целом. Медицинские работники в условиях модернизации государства попали в трудную ситуацию между неустроенным социумом и психологическими проблемами граждан, оказавшись в ситуации, когда труд высококвалифицированных медицинских работников оплачивается на уровне пособия по безработице в странах ОЭСР.. В этой ситуации врач ежедневно подвергается испытанию на прочность.

Чтобы понять внутренний мир другого человека, врачу самому необходимо помимо профессиональных знаний обладать эмпатией и нравственной культурой независимо от конкретной специальности и занимаемой должности. В настоящее время в острой необходимости возрождения общей культуры населения России испытывает все общество. Высокая общая культура врача неразрывно связана с врачебной этикой, дефицит которой, к сожалению, имеет место. Если врач не стремится понять это и воспитать в себе восприимчивость к чужой боли, сострадание и ми-

²⁵ Для того, чтобы предлагаемые меры наказания вступили в силу, потребуется доработать и внести изменения в Уголовный кодекс Российской Федерации. В случае принятия закона, он может вступить в силу с 1 июля 2018 года. (https://todaykhv.ru/news/society/1526/?sphrase_id=13563)

лосердие к людям, то вряд ли его поступки и деятельность будут нравственными.

Новое время диктует и новые правила подготовки врачей. Формирование личности врача – процесс трудоемкий и длительный. К сожалению, отечественная высшая медицинская школа потеряла стандарт оптимальной модели подготовки специалиста. Между тем, деятельность врача неразрывно связана с необходимостью анализировать и обобщать большой объем информации, связанный с нормой и патологией человека, и делать выводы по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, социального устройства больных, выбирать программы профилактики. Значение профессиональных знаний и навыков необходимо в любом случае, но в медицине не меньшую роль играют нравственные качества личности.

Дискуссии в обществе о современной медицине никогда не были простым и, как правило, велись на повышенных тонах. В условиях либеральных реформ государства и общества врачи и их пациенты давно заняли свое место по разные стороны баррикад, постоянно высказывая претензии друг к другу. О былом уровне взаимного уважения потребителей медицинских услуг (пациентов) к их производителям – людям в белых халатах, все давно уже забыли. Ирония ситуации заключается в том, что сегодня медицинские работники делают для своих пациентов гораздо больше, чем, скажем, сто или даже пятьдесят лет назад, а отношение к ним в отдельных граждан и общества в целом стало на порядок хуже. Если бы клятва Гиппократова и сегодня была легитимна, ни один пациент не посмел бы даже переступить порог кабинета врача, не позаботившись о вознаграждении за труд. И ни один врач не стал бы выслушивать чужие проблемы, зная, что единственной благодарностью за его работу будет всеобщее порицание и шквал критических стрел.

Хороший врач спасет если не от болезни, то хотя бы от плохого врача

Жан Поль

Глава 7

Снижение качества медицинских услуг, как причина конфликта в системе пациент-врач

Российские пациенты по-прежнему приходят в клинику не из-за ее бренда и не из-за «красивых стен», решающим фактором для них остается имя конкретного врача. Это происходит из-за недоверия к отечественной системе здравоохранения в целом. В отличие от экономически развитых стран система медицинской помощи в России пока ещё не следует жестким стандартам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации минимизирующими риск ошибок и несчастных случаев. Стандартизованный подход делает роль конкретного врача менее значимой, поскольку в рамках системы допуска к профессии, врач до последнего времени сдавал сертификационный экзамен, а с 2016 г. проходит через «сито» аккредитации, т.е. доказывает наличие необходимого уровня компетенций для выполнения должностных обязанностей врача. К сожалению, система подготовки специалистов для отечественного здравоохранения пока не соответствует международным стандартам, что формирует значительный уровень врачебных ошибок, несчастных случаев и, к сожалению, профессиональных преступлений медицинских работников (Сергеев Ю.Д., 1998; Сергеев Ю.Д., Трефилов А.А., 2012; Дьяченко С.В. с соавт., 2015). В результате формируется устойчивый кризис доверия к «человеку в белом халате»...

Утрата доверия к медицине произошла из-за большого количества низкокачественных медицинских услуг, предоставляемых недоученными врачами. За последние 15 лет медицинские вузы перестали планировать выпуск врачей на конкретные рабочие места, а начали «штамповать» медицинских представителей для фармацевтических компаний, где недоучка сейчас зарабатывает больше, чем любой хороший врач. Те же, кто не выдерживают конкурсы при найме в фармацевтические компании, начинают производить услуги в государственном сегменте рынка или работают в коммерческих медицинских организациях, большинство из которых только дискредитирует отечественную медицину, поскольку за броской рекламой и офисами разукрашенными цветными сертификатами, отсутствует даже намёк на систему управления качеством медицинских услуг.

Что же относительно медицинских работников, в том числе и врачей, работающих в серьезных негосударственных сетевых структурах, то они,

конечно, проходят через серьезный конкурсный отбор. В таких клинках кандидаты на должности проходят жёсткий предварительный контроль и принимаются на работу по результатам тестов по каждой специальности, построенных на базе международных стандартов. После приема на работу многие врачи продолжают проходить практические тренинги у лучших специалистов ведущих клиник России, а то и за рубежом. Эффективность работы специалиста оценивается в первую очередь по уровню качества и безопасности предоставленных медицинских услуг, а не по наличию лояльности к руководству фирмы и количеству сертификатов.

В условиях рынка, как в государственном, так и в частном секторе управлять производством медицинских услуг могут только современные менеджеры, которые имеют необходимый уровень подготовки по эффективной экономике производственных организаций. Причем эта подготовка должна сочетаться с опытом успешной работы в сложных рыночных сегментах. Такие управленцы есть и среди специалистов с высшим медицинским образованием, что является оптимальным подходом к назначению на должности управляющих. Как правило, за относительно короткий промежуток времени (1-2 года) команды таких специалистов дают прорывной результат за счет внедрения новых управленческих подходов. В профессиональных биографиях управленцев новой формации, должен присутствовать опыт выработки прогрессивных трендов медицинских организаций, формирования материальных и моральных мотиваций медицинских работников к бездефектному труду в условиях использования современных драйверов привлечения пациентов.

К сожалению, в большинстве государственных медицинских организаций на должности руководителей назначаются или продолжают работать «специалисты» с ориентацией на принципы производства медицинских услуг в условиях бюджетного финансирования. Это люди «заслуженные и возрастные», но с управленческим менталитетом несуществующего государства, что является тормозом для работы в условиях рыночной экономики. Даже «причесанные» данные Росстата, публикующего данные опросов пациентов указывают на то, что доверие россиян к отечественному здравоохранению продолжает снижаться. В тоже время с точки зрения официальных мнений представителей управляющих структур ситуация в отечественном здравоохранении должна была бы давно улучшиться. Дело в том, что в стране не первый год реализуются майские указы Президента РФ, в которых прописан рост зарплат практикующих врачей и медицинских сестер. Да и официальная статистика фиксирует существенные улучшения. В первом полугодии 2017-го в среднем по стране зарплата врачей уже почти достигла 53 тыс. руб. в месяц!?. За прошедшие четыре года зарплаты выросли в номинальном выражении почти на 40%: в январе–июне 2013-го врачи получали, по данным Росстата, чуть меньше 39 тыс. руб. в месяц.

Однако, как поясняет эксперт Российского экономического университета им. Плеханова Светлана Деревянко, «...несмотря на повышение зарплат в отрасли, это часто достигалось сокращением штатов и ухудшением условий труда», а «бесплатная медицинская помощь так или иначе заменяется платной».¹ Реальный дефицит врачей в динамике сформировался на достаточно высоком уровне, причем проблему дефицита кадров признает и Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова. На встрече с Президентом РФ В.В. Путиным, 01.09.2017 г. она заявила следующее: «нам не хватает сейчас в первичном звене 10 700 участковых терапевтов и педиатров и около 24 тыс. врачей-специалистов по 94 медицинским направлениям». «Но за последние три года ситуация изменилась. У нас на 37 тыс. увеличилось число врачей в первичном звене (это 14%), причем на четверть увеличилось число врачей, работающих на селе, благодаря программе «Земский доктор». По всем дефицитным специальностям (это не только терапевт и педиатр, самые дефицитные в первичном звене – это офтальмологи, ЛОРы, кардиологи и неврологи) идет существенное повышение: от 10 до 25%». «По нашим прогнозам, нам достаточно будет от двух до трех лет, чтобы полностью этот дефицит нивелировать».²

В этой связи следует указать на следующее: «Блажен, кто верует». Но в реальных рыночных условиях вера должна базироваться на жёсткой оценке формирующихся тенденций и достоверных прогнозах, а они, к сожалению, весьма пессимистичны. Приход в систему производства медицинских услуг молодых специалистов не компенсирует уход из системы профессионально подготовленных врачей. Динамика замещения вакантных должностей во всех секторах производства медицинских услуг указывает на то, что, как количество, так и уровень компетенций молодых специалистов значительно отличается от уровня профессиональных компетенций врачей, покинувших по разным причинам рабочие места в государственных медицинских организациях. Такая динамика отрицательно сказывается на качестве медицинских услуг. А законы рынка заставляют, как государственные, так и не государственные медицинские организации ориентироваться в первую очередь на экономические результаты и лишь во вторую очередь заботиться о качестве и безопасности медицинских услуг, что является почвой для разрастания конфликта между производителями и потребителями.

По мнению президента «Лиги пациентов» Александра Саверского, система производства медицинских услуг в России достаточно неоднородна: «Есть организации, которые чтят свое имя и традиции и не устраивают конвейера по зарабатыванию денег, а есть те, которые изначально созданы

¹ Анастасия Башкатова. Майские указы не привели к расцвету здравоохранения http://www.ng.ru/economics/2017-09-25/1_7080_medics.html (по состоянию на 01.01.2018)

² <https://www.rosminzdrav.ru/news/2017/08/01/5886-vstrecha-prezidenta-rossiyskoy-federatsii-vladimiraputina-s-ministrom-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-veronikoy-skvortsovoy> (по состоянию на 01.01.2018)

для получения прибыли. Человека запугивают, а потом заставляют подписывать договор на услуги. Однако пока у нас не понимают, что в данном случае воля пациента для вступления в сделку подавлена и он не способен адекватно оценивать свои действия. Человеку плохо. Ему нужна помощь, а не договор», – объясняет президент «Лиги пациентов». По его словам, сегодня в отечественной медицине не менее 50% услуг являются навязанными, особенно в стоматологии. Александр Саверский опасается, что растущая популярность платной медицины приведет к ухудшению качества оказываемых услуг. «Любой бизнес стремится сократить издержки и увеличить расходы. В итоге производители (врачи) начинают заниматься гипердиагностикой, сокращать качество лечения, используя более дешевые, но не всегда лучшие методы лечения и лекарственные препараты», – заметил эксперт.³

Следует согласиться с мнением большинства специалистов, которые занимаются оценкой причинно-следственных связей устойчивого тренда снижения качества производства медицинских услуг в отечественной медицине, которые указывают на недостаточное её ресурсное обеспечение. В первую очередь это хронический дефицит финансовых и кадровых ресурсов. Этим дефицитом обусловлено большинство столкновений между отдельным пациентом, обществом и производителями медицинских услуг. Первые не желают признавать наличия ресурсных ограничений системы производства медицинских услуг, для того, чтобы полностью удовлетворять спрос. Фактически, бюджет и средства ОМС является основным ограничением для каждой некоммерческой медицинской организации (Авдеев А.И., Чернышов А.П., Дьяченко В.Г., 2003; Габуева Л.А., 2007; Дьяченко В.Г., 2007; Попович Л.Л., 2014; Dupuy J. P., 2006).

В круглосуточных стационарах наиболее распространенным ограничением является «дефицит коек», в амбулаторно-поликлинических организациях – дефицит кадров, а в организациях скорой медицинской помощи – дефицит спецтранспорта. В современной жизни глобальный дефицит формируется не столько его отдельными частями, сколько связанным между собой комплексом ресурсных ограничений, необходимых для своевременного и безопасного производства стандартных медицинских технологий. Реальный ресурс-ограничение, продиктованный ограничением бюджета, ОМС и кадров, обычно четко не идентифицируется управляющими структурами. Прямым следствием взаимодействия нескольких ресурсов, каждый из которых имеет ограниченную мощность, является снижения уровня качества медицинского обслуживания, что формирует и стимулирует развитие конфликтной ситуации между потребителями и производителями. Конфликт в отрасли здравоохранения является лишь частью еще более общего конфликта правительства, определяющего уровень финансовых

³ http://ligap.ru/news/news_7429.html (по состоянию на 01.01.2018)

ресурсов для нескольких министерств, занимающихся проблемой формирования человеческого капитала.

Таким образом, конфликт предстает как осознание на уровне отдельного человека, социальной группы или более широкой общности противоречивости процесса взаимодействия и отношений, различий, а то и несовместимости интересов, ценностных оценок и целей, как осмысленное противостояние (Ениколопов С. Н., 2007). Примером может служить рынок с его громадным разнообразием форм взаимодействия и отношений. Если спрос и предложение реализуются по «правилам игры», соответствующим нормам данного общества, если выгода, получение более высокой прибыли достигаются на основе установленных морально-правовых принципов, это, как правило, цивилизованные отношения, обычная конкуренция, не переходящая в острое противоборство. Однако при рыночных связях, купле-продаже медицинских услуг правила нередко нарушаются, а потому рынок был всегда и остается универсальной ареной для всевозможных конфликтов.

Итак, конфликт – это социальное явление, в основе которого лежит ситуация, включающая либо противоречивые позиции сторон по какому-либо поводу, либо противоположные цели или средства их достижения в данных обстоятельствах, либо несовпадение интересов, желаний, оппонентов и т.п. (Ениколопов С.Н., Садовская А.В., 2000; Гришина Н.В., 2001) Конфликтная ситуация, таким образом, содержит субъект возможного конфликта и его объект. Однако, чтобы конфликт между пациентом и врачом начал развиваться, необходим инцидент, когда одна из сторон начинает действовать, ущемляя интересы другой стороны. Если противоположная сторона отвечает тем же, то конфликт из потенциального переходит в актуальный и далее может развиваться как прямой или опосредованный стабилизирующий или неконструктивный. Неконструктивный межличностный конфликт возникает тогда, когда один из оппонентов, чаще медицинский работник, прибегает к нравственно осуждаемым методам борьбы, стремится психологически подавить пациента, дискредитируя и уничтожая его в глазах окружающих. Обычно это вызывает яростное сопротивление пациента и его родственников, диалог, как правило, сопровождается взаимными оскорблениями, решение проблемы становится невозможным, разрушаются межличностные отношения. Конструктивным межличностным конфликт может быть лишь тогда, когда оппоненты не выходят за рамки деловых аргументов и отношений (Ворожейкин И.Е., Кибанов А.Я., Захаров Д.К., 2004).

Мы согласны с мнением доктора психологических наук, главного научного сотрудника сектора исследований личности ИС РАН А.Е. Чириковой о том, что медицинские работники, с точки зрения склонности к отстаивания прав пациентов делятся на две неравные группы (Чирикова А.Е., 2012).

Первую группу, большую по численности, составляют медицинские работники (врачи), защищающие принцип равенства пациента перед болезнью. Это, как правило, медицинские работники, сформировавшиеся ещё в СССР, для которых признать важность материального или социального статуса пациента означает отказ от сложившихся морально-этических норм, которые им передали их учителя.

Вторую группу, меньшую по численности, но склонную к увеличению в структуре медицинских работников представляют специалисты, которые признают значимость денег в современной жизни, и убеждены, что их отсутствие может существенным образом повлиять на качество лечения. Эта группа врачей в своих представлениях более реалистична и не рассматривает присутствие денежной компоненты в процессе лечения как некий постыдный факт. Скорее наоборот, такие врачи склонны видеть преимущества богатых и статусных больных, которые более других нацелены на качественное лечение и берегут своё время. О материальной выгоде от лечения таких пациентов медицинские работники (врачи), как правило, умалчивают, но следует понимать, что часть из них имеет определённую прямую или косвенную выгоду.

7.1. Низкий уровень качества медицинских услуг – основа значительной части конфликтов между пациентом и врачом

Общественные отношения, связанные с оказанием медицинских услуг, представляют взаимодействие сторон, направленное на реализацию потребностей и удовлетворение интересов каждой из них, выраженное в едином предмете - медицинской услуге и объекте - физическом и душевном здоровье пациента (являющегося одной из сторон общественного отношения). Характеризуя вышеназванные отношения, необходимо отметить их высокую социальную значимость, с одной стороны, и многогранность - с другой, поскольку они включают в себя очень широкий сектор коммуникативных связей пациента с медицинским персоналом, администрации учреждения, оказывающего медицинскую помощь, страховщиком и т.д.

В условиях, когда взаимодействие сторон нарушается со стороны производителя медицинских услуг, их потребителю (пациенту) приходится искать компенсаторные механизмы со стороны гарантов договорных отношений между ним и медицинской организацией. Компенсаторные механизмы прописаны в нормативных документах федерального уровня, регламентирующих защиту прав пациента на доступную, качественную и безопасную медицинскую помощь. Для того чтобы установить причинно-следственные связи между снижением уровня физического и душевного здоровья в результате произведенной медицинской услуги, пациент стоит перед проблемой формирования доказательств этой связи (Пристанков В.Д., 1995).

В конечном итоге решение этой проблемы находится в проведении

различных видов экспертиз: внутриведомственной медицинской со стороны производителей услуг, вневедомственной медицинской со стороны страховых медицинских организаций, судебно-медицинской со стороны органов следствия. СМЭ, в том числе и комиссия судебно-медицинская экспертиза по «врачебным» делам, как правило, является процессуальным действием, состоящим из проведения исследования и формирования заключения по вопросам, разрешение которых требует специальных познаний и которые поставлены перед экспертом в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу (Пристансков В.Д., 2003, 2006; Понкина А.А., 2012; Козлов С.В., 2013).

К сожалению, жизненно необходимый для установления причинно-следственных связей между медицинскими услугами ненадлежащего качества и причинением ущерба здоровью или смерти пациента, институт криминалистической и судебной медицинской экспертизы далек от совершенства по многим причинам. Как правило, существует дефицит современной аппаратуры, специального транспорта, уровень оплаты труда судмедэкспертов не связан с результатами деятельности и т.п. Дополняется выше сказанное различиями в уровне методов исследования, организация деятельности подразделений СМЭ в различных регионах, что вызывает разночтения в трактовке выводов по «врачебным делам», сделанные экспертами в одном регионе, с выводами в экспертов в другом, как правило, там, где проводится судебное заседание. К сожалению, Приказ МЗ РФ от 12 мая 2010 г. N 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ» не внес абсолютной ясности в действия судмедэкспертов при проведении СМЭ по делам, связанным с профессиональной деятельностью производителей медицинских услуг (Дьяченко С.В., 2015).

Высокий уровень неблагоприятных исходов диктует необходимость изучения причин случаев производства медицинских услуг низкого качества и предупреждения возникновения недопонимания во взаимоотношениях между их производителями и потребителями. Первые (медицинские работники) чаще всего продолжают оставаться на позициях патернализма, а вторые (пациенты и их родственники), – в случаях неблагоприятного исхода, чаще всего безоговорочно обвиняют производителей в «ненадлежащем врачевании». Объективные гражданско-правовая и уголовно-правовая оценки противоправных действий производителей зачастую затруднены многообразием специфики профессиональной медицинской деятельности. Несмотря на многоплановый характер проблемы формирования неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи, комплексное изучение этих вопросов предпринималось в основном службой судебных медиков (Сучкова Т.Е., 2011; Сергеев Ю.Д., Козлов С.В., 2012). Накопленная в течение последних десятилетий информация по вопросам медицинской экспертизы различных инцидентов при производстве медицинских услуг,

по мере ускорения развития общественных отношений в современной России подверглись быстрому «старению» ввиду динамичных изменений ситуации не только в здравоохранении, но и изменений законодательства об охране здоровья граждан в РФ.

Случаи ненадлежащего врачевания, сопровождающиеся причинением вреда жизни и здоровью пациентов поставили перед клиницистами, юристами, экспертами различного уровня и судебными медиками ряд задач, требующих глубокого комплексного изучения проблемы по многим причинам, в том числе и по причине тревожного положения с соблюдением прав пациентов в медицинских учреждениях. Данная проблема тесно связана с несовершенством норм юридических и судебно-медицинских аспектов ответственности (уголовной, гражданско-правовой, административной и дисциплинарной) производителей медицинских услуг в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи (Сучкова Т.Е., 2011; Сергеев Ю.Д., Козлов С.В., 2012). Именно случаи ненадлежащего врачевания и становятся причинами конфликтов между пациентом и врачом, врачом и врачом, врачом и родственниками пациента, пациентом и администрацией медицинской организации.

Характеристика конфликта и пути его разрешения. Конфликт – явление широко распространенное, повсеместное, вездесущее. Конфликтные ситуации возникают во всех сферах общественной жизни – будь то экономика, политика, быт, культура или идеология. Они неизбежны как неотъемлемый компонент развития общества и самого человека. В самом деле, разве можно представить себе становление отдельной личности или деятельность организации без внутренней напряженности, противоречий, преодоления застоя и косности, столкновений и борьбы. Причинами их могут быть, в частности, условия хозяйствования, стечение неблагоприятных для функционирования организации обстоятельств; проблемы трудовой мотивации, связанные с оплатой труда, содержанием и престижностью работы, отношениями в коллективе между отдельными лицами и социальными группами; структурные нестыковки, обрывы в коммуникативных связях, недовольство работников решениями администрации; эмоциональные всплески, вызываемые различиями в темпераменте, характере и манере поведения совместно работающих людей, их возрасте и жизненном опыте, нравственных представлениях, уровне образования, квалификации и общей культуры.

Бесконфликтность – это иллюзия, утопия и уж тем более не благо. Конфликты, как и любые социальные противоречия, являются формой реальных общественных связей, которые как раз и выражают взаимодействие личностей, отношения социальных групп и общностей при несовпадении, несовместимости их потребностей, мотивов и ролей. В этом смысле они не только допустимы, но и желательны, могут быть полезны как ис-

точник и фактор общественной активности. Словом, там, где действуют люди, практически всегда есть место и конфликтам.

С одной стороны, предметом конфликта при производстве медицинских услуг выступают:

- ✓ *объективные причины (не зависящие от врача): организационно-технические, финансовые (экономические);*
- ✓ *субъективные причины (зависящие от врача): информационно-деонтологические, диагностические, лечебно-профилактические, тактические и др.*

С другой стороны предметом конфликта всё чаще становится падение профессионального престижа и одновременная девальвация доверия пациентов к немалой части врачей, причем в большей мере к работникам первичной медико-санитарной помощи, которые многие годы так называемых реформ, введения медицинского страхования незаслуженно находятся на обочине развития отечественной медицины. Врач «первого контакта» в последние годы испытывает запредельные нагрузки во взаимоотношениях с населением, отгородившегося от внешнего мира, в том числе и от медиков, бронированными дверями, решетками, злобными псами и т.п. особенно при оказании помощи на дому и проведении профилактических мероприятий. Но, главной причиной конфликта являются профессиональные ошибки медицинских работников, в результате которых формируются многочисленные неблагоприятные исходы оказания медицинской помощи.

Исследования последних лет показывают, что основным источником возникновения жалоб и гражданских исков пациентов является низкое качество на всех этапах производства медицинских услуг связанное с невыполнение стандартов – порядков и протоколов медицинской помощи. Прежде всего, это несвоевременная диагностика распространенных заболеваний, недообследование пациентов на наличие сопутствующей патологии, несвоевременная диагностика ранних стадий болезней, которые являются основными причинами смертности населения (сердечно-сосудистая патология, злокачественные новообразования, травмы и отравления, ургентная хирургическая патология и др.). Кроме того, поводом для подачи судебного иска зачастую служит невнимательное отношение к пациенту и несвоевременное оказание медицинской помощи. Кроме того, к огромному количеству жалоб и гражданских исков ведет несоблюдение деонтологии со стороны медицинского персонала. (Черкалина Е.Н., 2009; Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н., 2012; Клевно В.А., Веселкина О.В., Обухова Ю.Д., 2015).

Наиболее распространенные способы разрешения конфликтов в медицинской практике является досудебный: разрешение на первичном уровне пациент – врач, пациент – заведующий отделением, пациент – администрация медицинской организации, пациент – председатель КЭК, пациент – председатель этического комитета и др. В значительной мере бо-

лее редким является судебное разрешение конфликта: органами государственной юрисдикции; органами негосударственной юрисдикции — специализированными третейскими судами. Способы разрешения конфликтов приводят к соответствующим типичным результатам разрешения конфликта:

- ① разрешение конфликта на досудебном уровне;
- ② исполнение решения суда.

Весьма существенно, что конфликт — это такое взаимодействие, которое протекает в форме противостояния, столкновения, противоборства личностей или общественных сил, интересов, взглядов, позиций, по меньшей мере двух сторон. В процессе его развертывания имеют место и действия и контрдействия, так как осуществление намерений участников конфликта неизбежно сопряжено с вмешательством в дела другой стороны (или сторон), нанесением ей определенного ущерба, преодолением сопротивления, созданием помех, мешающих добиться поставленной цели. Активное противоборство и противодействие отличают конфликт от других форм конфронтации — таких, например, как отсутствие согласия потому или иному вопросу, противоречие (противоположность) интересов различных общностей и индивидов, коллизии между моральными и правовыми нормами, соревновательное соперничество в чем-то или жесткая конкуренция. Конфликтное взаимодействие, если оно совершается в созидательных, а не в разрушительных формах, несет в себе конструктивное, продуктивное начало. Такой конфликт способствует прогрессивным изменениям производства медицинских услуг, придает динамизм развитию той или иной социальной системы, приводит, в конечном счете, к сотрудничеству на основе разумного компромисса.

В качестве примера длительно текущего конфликта между пациентом и медицинскими работниками, который закончился компромиссом, приводим материалы судебного разбирательства по иску больной З., 1949 года рождения «О ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей при производстве стоматологических услуг».

В январе 1997 года в Частном стоматологическом кабинете «N» пациентке З. проводилось лечение зубов (14,15,16) по поводу осложненного кариеса. В последующем после проведения профилактических манипуляций появились боли в обл. зубов, подвергавшихся лечению. Больная З. была направлена на контрольную рентгенографию в стоматологическую поликлинику № 18 г. Хабаровска.

Хирургом стоматологической поликлиники № 18 13.02.97 была проведена операция по удалению 14 зуба, что сопровождалось выделением гноя и пломбировочного материала. После удаления 14 зуба проводилась противовоспалительная терапия. В последующее время состояние пациентки не менялось, хотя имели место жалобы на рецидивирующие боли в обл. леченных зубов, дискомфорт в полости рта.

На устные и письменные обращения пациентки в администрацию медицинской организации, органы управления здравоохранения г. Хабаровска она получала стандартные ответы о том, что при оказании ей медицинской помощи нарушения стандарты технологий не были нарушены.

Более чем через 1 год (23.02.98) больная З. все-таки была направлена на консультацию и лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии МУЗ ГБ № 2 им. проф. Матвеева, где диагностирован хронический остеомиелит альвеолярного отростка верхней челюсти, хронический маргинальный периодонтит 15, инородное тело верхнечелюстной пазухи справа.

В процессе стационарного лечения удалены 15 и 16 зубы, а так же пломбировочный материал из альвеолярного отростка верхней челюсти справа. Параллельно проводилась противовоспалительная терапия и физиотерапевтическое лечение. В течение всего 1998 года у больной З. сохранялся дискомфорт, головная боль, а к концу года появилось гнойное отделяемое из правого носового хода.

После очередного письменного обращения пациентки в администрацию медицинской организации и Управление здравоохранения г. Хабаровска пациентка З. была повторно направлена в МУЗ ГБ № 2 им. проф. Матвеева.

24.06.99 она была в плановом порядке госпитализирована в оториноларингологическое отделение МУЗ ГБ № 2 им. проф. Матвеева. Диагностирован хронический правосторонний верхнечелюстной синусит справа, в стадии обострения. Хронический генерализованный периодонтит.

Проведена гайморотомия с удалением пломбировочного материала, повторные пункции гайморовой пазухи, противовоспалительная терапия и т.п. Состояние пациентки улучшилось, но она считает, что в результате действий врачей нарушено ее нематериальное благо «здоровье» и причинен «моральный ущерб».

В конце 1999 года пациентка З. обратилась с иском о возмещении материального и морального вреда причиненного ей при оказании медицинской помощи в стоматологической поликлинике № 18 и МУЗ ГБ № 2 им. проф. Матвеева. Была проведена комиссионная судебно-медицинская экспертиза.

Экспертами проведен анализ оказания медицинской помощи пациентке на основании экспертизы первичной документации больной З. (амбулаторной карты № 475 и историй болезни №№ 104, 216 и 625) и клинический осмотр зубочелюстной системы экспертами-стоматологами, которые выявили следующее.

- ✓ *Корневые каналы 16 зуба запломбированы контрастным пломбировочным материалом, имеется разрежение костной ткани в области верхушки зубного корня по типу гранулезного периодонтита.*

- ✓ В 15 зубе корневой канал заполнен контрастным пломбировочным материалом, с выведением материала в диаметре 0,5 см. за пределы верхушки зуба.
- ✓ В 14 зубе пломбировочный материал выведен за пределы корневого канала в альвеолярный отросток в большом количестве через перфорированное отверстие в верхней трети.

В апреле 2000 года в ходе судебного заседания Индустриального суда г. Хабаровска по иску больной З. 1949 года рождения к стоматологической поликлинике № 18 и МУЗ ГБ № 2 им. проф. Матвеева о возмещении материального и морального вреда было заключено мировое соглашение между сторонами, что было подтверждено решением суда.

В приведенном примере причиной ненадлежащего исхода оказания медицинской помощи пациентке З. стало сочетание диагностических и лечебных ошибок на этапе амбулаторной стоматологии в виде отсутствия своевременного рентгенологического контроля и отклонения от стандартов технологии лечения осложненного кариеса зубов. Многомесячный, вялотекущий конфликт между потребителем и производителями медицинских услуг был спровоцирован некорректным поведением медицинских работников, которые с завидным упорством не признавали в своих действиях отклонений от стандартов оказания медицинской помощи. Что же относительно «мирового соглашения», то оно было сформировано в результате «усталости» сторон от продолжающегося конфликта и позицией судьи, утвердившей мировое соглашение. Этические принципы профессии врача здесь отходят на второй план, уступая место коммерческим интересам сторон. В общем, как гласит известная уже и в медицинской среде поговорка «Ничего личного – это бизнес!».

Анализ данных социологических опросов населения указывают на увеличение числа отступлений медицинских работников от этических принципов при исполнении ими профессионального долга (Кульман Э., 2007; Васкес Абанто А.Э., Васкес Абанто Х.Э., 2014; Гехт И.А., Артемьева Г.Б., 2014). По мнению экспертов Научно-исследовательского университета Высшая школа экономики Россию ждет дальнейшая деградация качества бесплатных медицинских услуг. А, поскольку отечественная медицина на 80% финансируется за счет отчислений от фонда оплаты труда граждан, и на 20% за счет средств федерального и региональных бюджетов, при сформировавшемся дефиците средств ОМС в объеме 220 млрд рублей до 2019 года, то прогноз экспертов НИУ ВШЭ имеет под собой основания. В этих условиях результатом недофинансирования становится причиной «снижение доступности бесплатной медицины», сокращением видов и объемов медицинской помощи, увеличением времени её ожидания, а также коррупция в виде «неформальных платежей» врачам (Чирикова А.Е.,

Шишкин С.В., 2014). Между тем россияне достаточно часто обращаются за медицинской помощью (рис. 7.1)

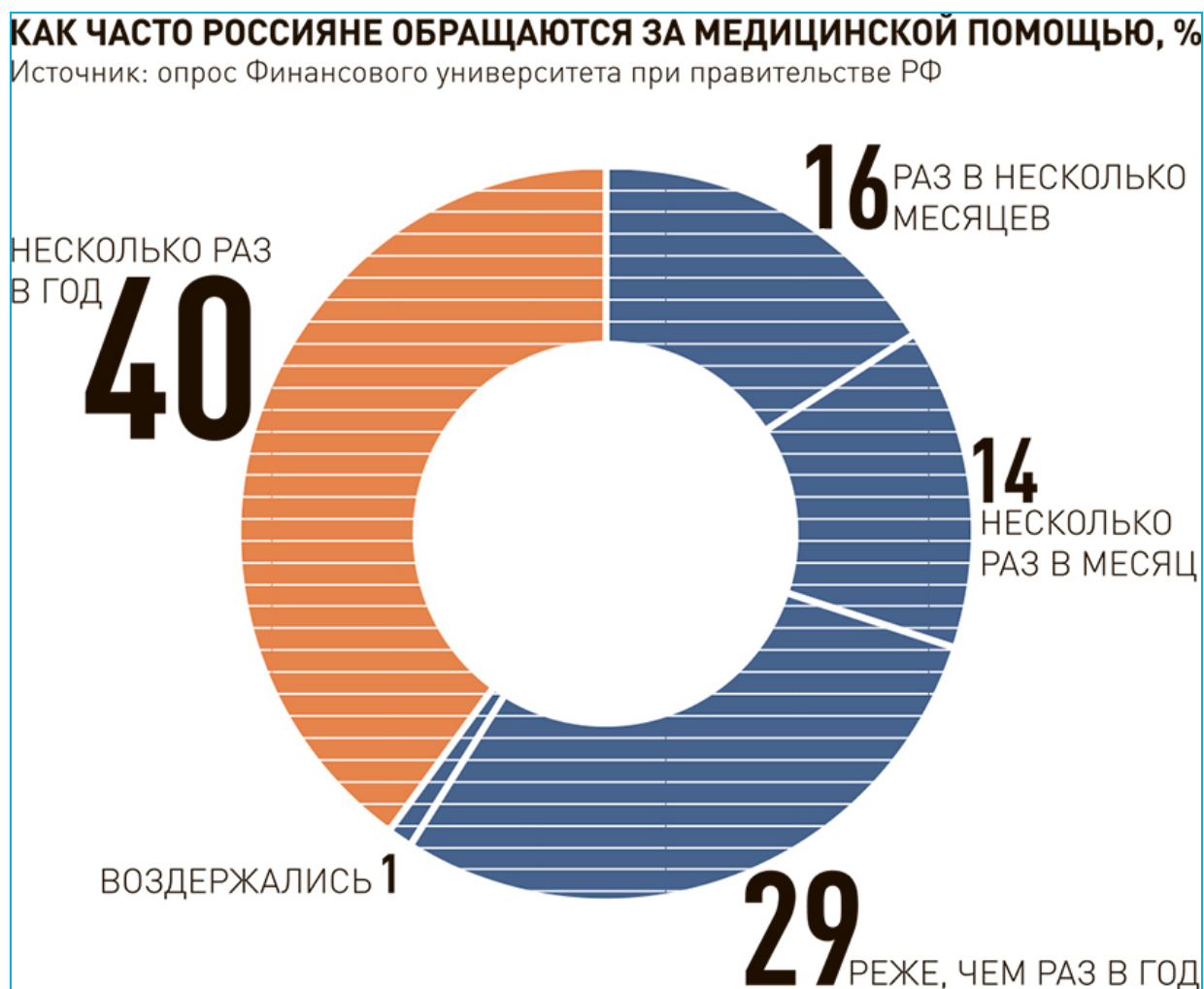


Рис. 7.1. Частота обращений россиян за медицинской помощью по данным социологических опросов (<https://rg.ru/2016/11/01/v-rossii-vyroslo-chislo-pacientov-platnyh-klinik.html>.)

Данные социологических опросов, в которых указывается на то, что более $\frac{2}{3}$ респондентов довольны уровнем доступности, качества и безопасности медицинской помощи, вызывают сомнение, поскольку при анализе данных большинства социологических опросов анализируются мнения жителей мегаполисов и региональных столиц, провинциальные поселения как правило исключаются из исследований. Кроме того, мы полагаем, что если люди стали чаще обращаться к услугам платной медицины и готовы выделять на нее средства из личного бюджета, то это тенденция, свидетельствующая о том, что программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи пока не срабатывает. Именно это отрицательно сказывается на взаимоотношениях пациента и врача (Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В., Шишкин С.В., 2011; Болучевская В.В., Павлюкова А.И., 2011).

Неформальная оплата и вопросы обеспечения качества медицинских услуг. Усиление конфликтности между пациентами и врачами является следствием многолетних не решаемых проблем отечественного здравоохранения. Снижение доверия пациентов к медицинским работникам во многом обусловлено снижением уровня их профессионализма. Конфликты порождаются и укоренением потребительской идеологии и развитием потребительского отношения со стороны граждан к любым агентам, предоставляющим им услуги, включая медицинских работников. Действие этих причин препятствует эволюционному формированию новых, партнерских отношений между пациентами и врачами. Проблемы с доступностью и качеством медицинской помощи усиливаются под влиянием практик неформальной оплаты. Причем эта практика, как правило, не является достаточной гарантией получения качественной медицинской помощи для тех, кто заплатил, и ухудшает качество медицинской помощи тем, кто не платил (Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В., 2011; Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В., Шишкин С.В., 2011).

Большинство экспертов указывает на то, что практики неформальной оплаты устоялись, а параллельно сформировались четкие признаки толерантного отношения врачебного сообщества к этим практикам. Многие врачи и руководители медицинских организаций открыто признают оправданность получения денег от пациентов в тех случаях, когда это инициируется самими пациентами или их родственниками. При этом вымогательство денег у пациентов по-прежнему осуждается, но само понимание вымогательства стало избирательным. Практика неформальной оплаты пациентом лечения по установленным теневым тарифам признается многими вполне приемлемым фактом внедрения рынка в отечественную медицину, особенно, если речь идет об оплате труда высококвалифицированных врачей.

Отношение большинства врачей к неформальной оплате, как к некоей норме рыночных отношений, свидетельствует о высокой степени укорененности их мнения, что позволяет предполагать необратимое воздействие на мотивацию врачей по оказанию доступной, качественной и безопасной медицинской помощи. Это порождает высокие риски сохранения их распространенности неформальных платежей в будущем, несмотря реальные перспективы значительного повышения оплаты труда медицинских работников с 2018 года. По мнению экспертов НИУ ВШЭ, если государство не предложит новых легальных институциональных механизмов получения медиками дополнительных доходов от пациентов, практики неформальной оплаты сохранятся и в будущем (Чирикова А.Е., Шишкин С.В., 2014). Кроме того весьма примечательным является факт того, что, чем дальше от «столиц» государства и регионов потребитель медицинских услуг отдаляется, тем ниже уровень неформальных платежей и коррупции в медицинских организациях.

Характеризуя неформальные финансовые отношения врача и пациента, большинство респондентов полагают, что они не выходят за рамки сложившихся в стране социальных норм, характерной особенностью которых являются двойные стандарты. С одной стороны, коррупция на вершине общественной пирамиды считается общественно неприемлемой и вызывает всеобщее порицание, с другой – низовая коррупция принимается «по умолчанию» и является неотъемлемой частью быта (шоколадки за смену постельного белья, сто рублей за укол, 500 – за качественную выписку из истории болезни, 25 000-30 000 руб. – за операцию и т. д.).

Значительная часть отечественных экспертов полагают, что коррупция в медицине — всего лишь отражение общероссийской проблемы, решение которой требует системного подхода. Однако в масштабах страны борьба с коррупцией давно превратилась в публичную кампанию, а обвинения в коррупции стали настолько обыденными, что грань между нормой и отклонением стирается. Реальная ситуация, которая сложилась в отечественной медицине сегодня говорит о том, что проблема увеличения ежемесячного дохода отдельных врачей весьма многогранна (рис.7.2).

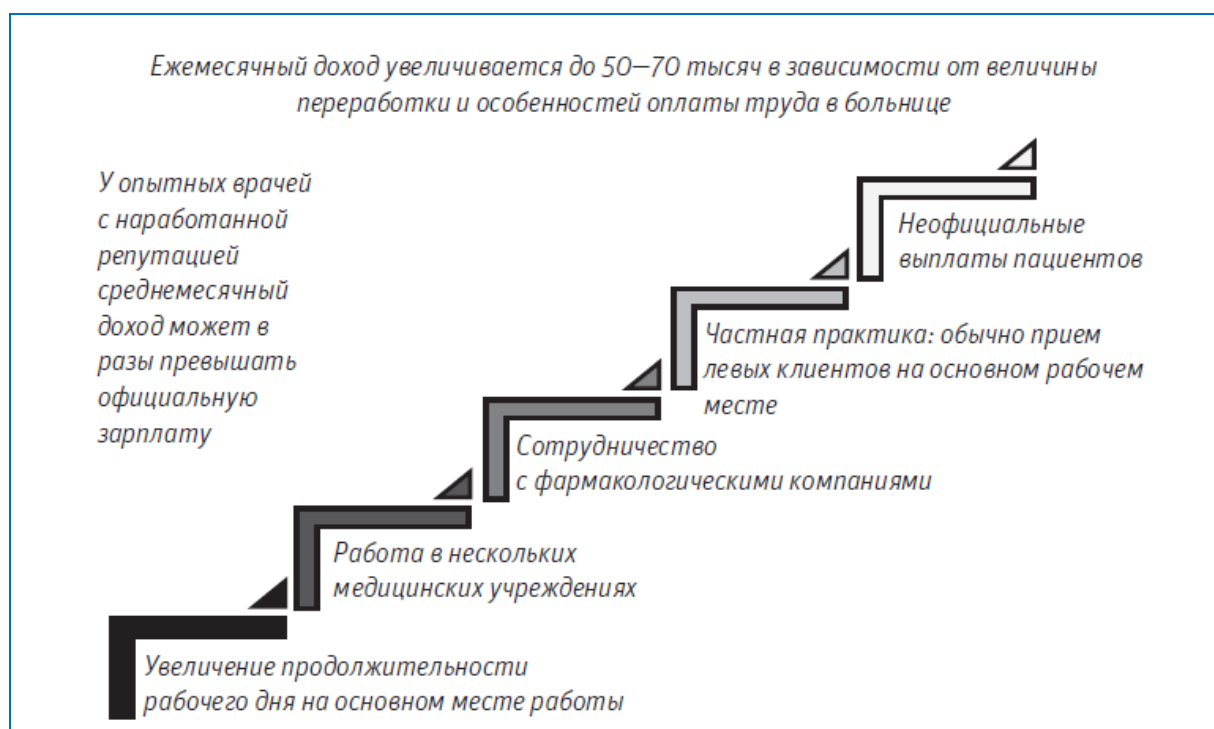


Рис.7.2. Источники дополнительных доходов врачей отечественных медицинских организаций⁴

Но именно эти попытки увеличения дохода формируют стратегию неточного исполнения стандартных организационных и медицинских технологий, что выражается в снижении доступности, качества и безопасно-

⁴ Григорьев М.С., Гриб В.В., Вахнина Н.А. Коррупция в сфере медицинских услуг в России. Фонд исследования проблем демократии. 2012. 165 с. www.democracyfund.ru

сти медицинской помощи пациентам. Суть теневого бизнеса – это отражение издержек управления отраслью производства медицинских услуг, как в государственном, так и в негосударственном секторе здравоохранения. Причем в негосударственном секторе, поскольку речь идет об уровне прибыли владельцев основных производственных фондов частных медицинских организаций, уровень теневого бизнеса значительно ниже, чем в государственном секторе. Между тем в государственном секторе, теневые доходы/неучтенная прибыль оседают не только в карманах непосредственных производителей медицинских услуг. В этой связи было бы некорректно предполагать, что уровень теневых доходов персонала в государственных медицинских организациях никому неизвестен. По мнению авторов публикации «Коррупция в сфере медицинских услуг России»: «...все обо всем знают...есть определенная вертикаль, у тебя есть свой непосредственный начальник... хочешь работать, значит, будешь работать, если сообразишь, если не сообразишь, ну тогда извини, придется брать более сообразительных, ... об этом знают и в верхах, и обязательно ничего не делается, ... конечно, если это не наказывается, значит, это поощряется» (Григорьев М.С., Гриб В.В., Вахнина Н.А., 2012).

Примечательно, что в отдельных случаях неофициальные платежи следует рассматривать не столько как компенсацию низкой заработной платы, сколько как компенсацию альтернативных расходов, то есть прибыли, которую получал бы специалист, если бы он работал в частной клинике. Однако многие из них не торопятся переходить в частный сектор, поскольку именно там «степень свободы» присваивания части прибыли и уровень финансового контроля значительно выше, чем в государственном секторе. И, если говорить откровенно, то по мере «оптимизации» государственного сектора в последние годы, следует отметить факт высвобождения значительного числа врачей, которых не торопятся принимать к себе на работу представители частного медицинского бизнеса. В большинстве случаев их не устраивает уровень профессиональных компетенций высвобождающихся врачей, а так же, как не странно, – их завышенная самооценка и низкий уровень деонтологических принципов. Однако есть и другое мнение, в частности, менеджер одной из сети частных клиник г. Москвы, считает по-другому: «В поликлиниках, НИИ и больницах есть очень квалифицированные профессора, которые не приносят учреждениям денег. Такие кадры мы с удовольствием берем себе. В сентябре мы наняли 40 новых врачей, планируем расширяться и дальше, так как сокращение бюджетных медучреждений приведет к переориентации потока пациентов в коммерческие клиники».⁵

Особенно горько наблюдать коррупцию в системе медицинской помощи беременным женщинам и детям, где на карту поставлены здоровье и

⁵ <https://www.rbc.ru/economics/11/11/2015/564349dd9a79476afcc39144> (по состоянию на 07.01.2018 г.)

жизнь будущего страны. Больше всего шокируют факты вымогательства денег у пациентов в родильных домах и перинатальных центрах, которые иногда сочетаются со снижением качества производства медицинских услуг.

По мере опережающего роста коммерческого сектора производства медицинских услуг, особенно в стоматологии, сформировалась проблема, которая существовала и раньше, но в реальной ситуации она стала доминировать в отношениях между производителями и потребителями. Это проблема обеспечения доступности, качества и безопасности медицинской помощи. Реальная конкуренция между производителями медицинских услуг оказалась выгодной потребителям (Черкасов С.М., 2013). Потребители (пациенты) сегодня имеют возможность оплачивать услуги за счет собственных ресурсов без посредников или используя в качестве посредников страховые компании, оплачивая страховку дополнительного (добровольного) медицинского страхования осуществляя выбор производителей на основании рыночных критериев – цены, качества и безопасности (Черкасов С.М., 2014).

Многие пациенты считают, что качество услуг в коммерческих медицинских организациях значительно выше, чем в государственных. Их убеждения основаны на том, что только дополнительная оплата исполнителю может гарантировать необходимый уровень качества, что, кстати, не всегда связано между собой. Между тем, частный бизнес основан на получении прибыли, причем чем больше, тем лучше. А проблемы качества имеют опосредованное значение, справедливости ради, сразу же после цены. Поэтому во многих частных медицинских организациях, довольно часто приоритеты расставлены за пределами интересов пациентов. При всем этом не следует забывать о том, что в частной клинике зарабатывает только один человек - это её владелец. Он пытается «выжать» из наемного врача максимум эффективности: «при минимальных затратах, достичь максимальных результатов».

В реальной ситуации в России, наиболее «продвинутом» и эффективным сектором отечественной негосударственной медицины является частная стоматология. По нашим данным значительную часть рынка стоматологических услуг сегодня занимают производители из коммерческого (негосударственного) сектора. Причем жизнеспособность этого сектора обуславливается высоким уровнем мотиваций собственников стоматологических медицинских организаций (Галеса С.А. с соавт., 2012). Именно в этих условиях врач-стоматолог (собственник) не желая делиться своими доходами с конкурентами на рынке, стремится максимальное количество стоматологических услуг производить в рамках деятельности своего частного предприятия в удобное для клиента время и в максимальном объеме. Причем уровень качества услуг этих предприятий до настоящего времени остается «terra incognita» для по-

требителей (Дьяченко В.Г., Галеса С.А., Пьетрок М.Т., Павленко И.В., 2009). Немногочисленные исследования, посвященные вопросу сравнения уровня качества услуг в частном и государственном секторе стоматологии, дают разнонаправленные результаты (Дьяченко В.Г., Галеса С.А., С.Г. Курбетьев., 2005).

Система экспертных оценок, внедряемых в течение последних 20 лет позволила руководителям медицинских организаций, как в государственном, так и в коммерческом секторе, с позиций стандартизации получить достаточно объемную информацию об уровне качества оказываемых клиентам стоматологических услуг. Основным объектом контроля в стоматологических организациях является законченный случай лечения, а документом, который подвергается экспертной оценке, является первичная медицинская документация. При проведении внутриведомственной экспертизы, как правило, использовалась система оценки с определением уровня качества лечения (УКЛ). Колебания показателя УКЛ возможны в пределах от 0 до 1,0.

Параллельно с экспертизой в стоматологических медицинских организациях государственного сектора (n=2264), нами проведена экспертная оценка качества стоматологических услуг в стоматологических клиниках негосударственного сектора методом случайной выборки (n=260). Анализ экспертной информации по качеству стоматологических услуг в государственных и не государственных медицинских организациях в течение трех лет показал наличие достоверных различий (табл. 7.1).

Таблица 7.1.

Сравнительная характеристика показателя УКЛ в стоматологических медицинских организациях государственного и негосударственного сектора по данным трехлетних экспертных оценок

№ п/п	Годы	УКЛ по данным независимой экспертизы в стоматологических ЛПУ государственного сектора		УКЛ по данным независимой экспертизы в стоматологических ЛПУ не государственного сектора		
		n	M±m	n	M±m	
1.	Первый	334	0,976±0,023	41	0,786±0,114	p<0,01
2.	Второй	524	0,913±0,086	92	0,791±0,132	p<0,05
3.	Третий	1406	0,908±0,093	127	0,723±0,179	p<0,01
	Всего	2264	0,932±0,067	260	0,777±0,142	p<0,01

Показатель УКЛ при проведении независимой экспертизы в стоматологических медицинских организациях государственного сектора составлял от 0,90 до 0,98 (только в исключительных случаях от 0,81 до 0,87), что, по-видимому, не отражало истинного уровня КМП, а свидетельствовало об относительно формальном подходе к оценке показателей УКЛ экспертами.

Тем не менее наша оценка УКЛ в стоматологических медицинских организациях негосударственного сектора достоверно ниже ($p < 0,01$).

Колебания показателя УКЛ в большинстве случаев составляли от 0,72 до 0,79, а в отдельных случаях УКЛ колебался от 0,62 до 0,82. Следует отметить, что в большинстве случаев экспертиз, в условиях соблюдения принципов случайности выборки, закономерности вектора оценки, как, медицинских организаций государственного, так и негосударственного сектора совпадали, разнясь только уровнем показателя УКЛ.

Убедившись, что система экспертных оценок качества медицинской помощи при использовании критерия УКЛ имеет односторонний характер, часть законченных случаев производства стоматологических услуг в медицинских организациях государственного сектора ($n=317$) и негосударственного сектора ($n=125$) были оценены по интегрированному критерию качества и эффективности (Ки), основанном на единых для всех типов медицинских организаций принципах в виде специального показателя - интегрального коэффициента качества и эффективности (Ки), представляющего собой произведение коэффициентов медицинской эффективности (Км), социальной эффективности (Кс) и коэффициента соотношения затрат (Кз) ($Ки = Км \times Кс \times Кз$)

Для проведения экспертных оценок и для сбора необходимой информации нами были использованы «Карты экспертного контроля качества и эффективности стоматологической помощи», внутриучрежденные стандарты тарифов, анкеты для изучения удовлетворенности пациента оказанными медицинскими услугами и др. Величина интегрального коэффициента качества и эффективности в медицинских организациях государственного и негосударственного сектора не имеет достоверных различий ($0,51 \pm 0,35$ и $0,50 \pm 0,31$ соответственно) (табл. 7.2.).

Более подробный анализ составляющих интегрального коэффициента качества и эффективности показывает, что если в государственных медицинских организациях интегральный коэффициент формируется преимущественно за счет уровня достижения медицинских результатов, то в частных медицинских организациях основную лепту в формирование интегрального коэффициента вносят уровни удовлетворенности потребителя и соотношение нормативных и фактических затрат. Таким образом, для потребителя медицинских услуг, преимущества негосударственного сектора очевидны. Тем не менее, полученные данные свидетельствуют о формировании устойчивой тенденции к сближению уровня интегральных показателей качества и эффективности в обоих секторах производства на фоне изменений мотивации персонала при производстве платных стоматологических услуг и оплате произведенных услуг в рамках программ ДМС. Именно в условиях ненадлежащего качества медицинской помощи и кроется большинство причин конфликтов между пациентом и врачом.

Таблица 7.2.

Интегральный коэффициент качества и эффективности (Ки) по данным экспертных оценок законченных стоматологических услуг в медицинских организациях Хабаровского края

№ п/п	Объем экспертных заключений по случаям оказания медицинской помощи в медицинских организациях	Уровень достигнутых медицинских результатов (Км)	Уровень удовлетворенности потребителя (Кс)	Уровень соотношения нормативных и фактических затрат (Кз)	Уровень интегрального коэффициента эффективности (Ки)
		М±м	М±м	М±м	М±м
1.	Государственный сектор (n=317)	0,92±0,027	0,67±0,024	0,82±0,055	0,51±0,35
2.	Негосударственный сектор (n=125)	0,62±0,016	0,87±0,025	0,93±0,068	0,50±0,31

Центральным звеном (механизмом) формирования ненадлежащего качества медицинских услуг является процесс, включающий в себя нарушение правил (стандартов) оказания медицинской помощи, возникший вследствие этого ятрогенный дефект, повлекший развитие ятрогенной патологии, явившейся причиной непосредственной причины наступления неблагоприятного исхода в виде смерти пациента либо причинения вреда его здоровью. Процесс этот по своей сути ятрогенный, так как является следствием неадекватного оказания медицинской помощи в медицинских организациях в результате ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей или следствием неправомерного врачевания (Сергеев Ю.Д., Концевая А.Ю., 2015; Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В., 2001). При невыполнении профессионального долга – неоказании медицинской помощи больному бездействие медицинского работника влечет развитие обусловленного болезнью, травмой или состоянием (беременностью и др.) процесса, на который он, имея соответствующие профессиональные знания, обязан был повлиять, чтобы спасти жизнь, восстановить здоровье, облегчить страдания человека, улучшить качество жизни (Пристансков В. Д., 2006). В этом случае нет профессиональных действий медика, повлекших ятрогенный дефект и ятрогению, но есть бездействие, в то время как он обязан был действовать в соответствии с законом или со специальным правилом, и это его бездействие обусловило наступление неблагоприятного исхода. Поэтому «порожденное» бездействием врача неоказание помощи больному по признаку субъекта и по то-

му, что им не были исполнены профессиональные обязанности по оказанию адекватной медицинской помощи человеку, по нашему мнению, должно входить в группу ятрогенных преступлений (Пристансков В. Д., 2004).

Что же относительно стоматологии, то отклонения от стандартов медицинских технологий, как причина конфликта пациента и врача, чаще всего приходились на комплексную диагностику и лечение, а так же на применение стандартов известных (рутинных) технологий. В частности, отклонением от стандартов и причиной нежелательных результатов лечения, как правило, становится поздняя диагностика инфекционных осложнений, последствий нарушения технологии пломбирования каналов и т.п., но чаще всего экспертам приходится иметь дело с отклонениями от стандартов зубопротезирования, что зачастую приводило к стойким отклонениям в состоянии здоровья пациентов.

В качестве примера формирования конфликта пациента и стоматологической организации при постановке клинического диагноза и ее последствий приводим данные внешней комиссионной экспертизы, проведенной по случаю оказания стоматологической помощи в частной стоматологической клинике г. Хабаровска.

На экспертизу были представлены документы:

1. Жалоба пациентки в СМО и Территориальный фонд ОМС от 06.09.2014.
2. Медицинская карта стоматологического больного № 05617.
3. Ответ на жалобу администрации стоматологической клиники.
4. Данные очного обследования пациентки комиссией экспертов.

Проведенный анализ представленных медицинских документов и данные очного осмотра установлено следующее.

1. В стоматологической поликлинике с 04.03.2014 по 03.08.14 проведено лечение пациентке «N» - 24, 47, 46, 35, 36, 37, 27 зубов, которое закончено постановкой постоянных пломб: по среднему хроническому кариесу - 47, 37 и 27, по кариесу депульпированного зуба - 24 (два раза), 36, 35, по пульпиту - 47, 46.
2. В этой же клинике с 05.08.14 проведено повторное лечение этих же зубов: 47, 46, 35, 36, 37, 27 другими лечащими врачами: по обострению хронического периодонтита - 35, 36, 47, 46, и по поводу обострения хронического фиброзного пульпита - 37, 27.
3. При очном осмотре экспертов, анализе рентгенологических снимков и ортопантомограммы выявлены ошибки в нумерации зубов. Зуб № 26 описывается как зуб – 27, в то время как 27 – интактный (не лечен). Зубы 36, 37 и 38 указаны под номерами 35, 36 и 37 соответственно.
4. Диагноз хронический средний кариес (37, 47, 27) установлен ошибочно! Допущено занижение тяжести поражения этих зубов, что привело к неадекватному лечению и развитию острого пульпита (37) через 1,5 месяца;

к хроническому фиброзу пульпиту (47) через 1 месяц и к обострению хронического фиброзу пульпиту (27) через 5 месяцев.

5. Лечение 47 и 46 зубов проведено комбинированным методом (девитальная экстирпация в хорошо проходимом дистальном канале и девитальная ампутация в узких и трудно проходимых медиальных каналах) по поводу пульпита обосновано и возможно: анатомически дистальный канал 47 и медиальные каналы 46 относятся к непроходимым каналам, т.к. угол кривизны этих каналов у пациентки составляет более 50 градусов.

Качественное лечение этих зубов возможно только при условии применения новых технологий обработки каналов: работать необходимо дополнительными (тонкими) инструментами номеров 6, 8, 10, которые должны быть достаточно гибкими и ранее не использованными более 3 раз.

6. Несоответствие номера инструмента диаметру канала и анатомические особенности 46 привели к «отлому» инструмента в канале зуба. Тактика лечения 46 до «перелечивания» с применением методики депофореза была правильной.

7. Лечение корневых каналов 46 удовлетворительное, но значительная утрата твердых тканей коронки этого зуба требует восстановления его анатомической формы итифтовой конструкцией. Необходимо восстановление анатомической формы и рядом стоящего 45, т.к. пищевым комком травмируется пародонт между 45 и 46 зубами.

8. Лечение 47 удовлетворительное, необходимо динамическое наблюдение. Учитывая анатомическую сложность каналов 47 зуба, желательна применение метода депофореза.

9. Очный осмотр качества лечения выявил грубые нарушения восстановления анатомической формы 24 зуба (не сформирован контактный пункт).

10. Лечение 36 зуба закончилось его удалением, хотя по данным в медицинской карте в ходе лечения просматривалась положительная динамика: перкуссия стала слабо болезненная, температура в норме, при описании рентгеновских снимков указано, что патологических изменений в периапикальных тканях нет (29.08.14), но 02.09.14 повышается температура до 37,2, перкуссия резко болезненная, сильные ноющие боли в зубе, при этом, со слов пациентки, она принимала «Бисептол» в рекомендуемых дозировках – свидетельствуют об отсутствии эффекта от консервативного лечения.

11. Тактика лечения 35 зуба неадекватная. При диагнозе обострение хронического периодонтита 35 требовалось «распломбирование» корневого канала в первое, либо во второе посещение. Это привело к удлинению сроков лечения.

12. Лечение 35 и 37 корневых каналов удовлетворительное, но у 35 зуба функция не восстановлена, т.к. отсутствует контакт с зубами антагонистами, а у 37 зуба имеется смыкание только по оральным буграм. Тре-

буется восстановление целостности зубного ряда на этой стороне «мостовидными» конструкциями.

13. Обращает внимание, что лечение зубов у пациентки N затянуто по срокам. Так 37 с диагнозом «Острый пульпит» по стандарту заканчивается пломбой за 3 дня, здесь – 13 дней и 5 посещений; 35 с диагнозом «Обострение периодонтита» составило 17 дней с кратностью посещений – 7 раз, по стандарту должно быть 5 дней.

Заключение комиссионной экспертизы: *Лечащими врачами стоматологической клиники применялись диагнозы не соответствующие МКБ-10. Ошибки диагностики привели к не адекватному лечению и прогрессированию процесса в 27,37,46,47 зубах (кариес—пульпит—периодонтит). Лечение всех зубов затянуто по срокам, т. к. при планировании лечения не учитывается анатомическое строение зубов и возможные осложнения. Лечение всех рассмотренных зубов проведено без учета восстановления жевательной эффективности и целостности зубного ряда, указаний на необходимость применения ортопедических конструкций нет.*

В конечном итоге действия врачей стоматологической клиники были обжалованы в районном суде в порядке гражданского процесса с целью возмещения ущерба, понесенного в результате неправильного установления диагноза и некачественного лечения. Обжалование действий производителей медицинских услуг в коммерческой стоматологической организации по заключенному договору было произведено в рамках отношений между пациентом и стоматологической клиникой, предоставляющей на коммерческих условиях медицинские услуги, строится на основании договора. Именно в указанном гражданско-правовом договоре и прописаны надлежащим образом все права, обязанности, а также объем ответственности обеих сторон отношений. Результатом данного судебного процесса стало взыскание причиненного ущерба (в том числе морального) в объеме 1/3 млн рублей.

В этой связи следует указать ещё и на то, что, согласно анализу отечественной судебной практики, требования достаточно большой части исков, предъявляемых к медицинским организациям, основываются не только на нанесении вреда здоровью пациента, но и на разглашении врачебным персоналом сведений, относящихся к врачебной тайне. В большей части утверждения истцов находят подтверждение в ходе судебных дебатов и предоставления доказательств (Сергеев Ю.Д., Козлов С.В., 2012; Понкина А.А., 2012).

На пороге упорядочения системы обеспечения качества. В контексте обсуждаемой проблемы следует понимать, что отечественное здравоохранение встроено в современную систему потребления в рыночных условиях, чем больше сбыт товаров и услуг, тем системе лучше. Рыночной системе, как ни прискорбно, необходимо больше больных людей. В ре-

зультате сегодня хронических заболеваний диагностируется гораздо больше, чем острых. Кому выгодна такая ситуация? Весьма вероятно производителю медицинских услуг, но отнюдь не пациенту. Ведь сейчас очень сложно быть больным. Достаточно один раз пройти через регистратуру любой поликлиники или приемное отделение любой больницы, чтобы понять, что пациент здесь не обладает приоритетным статусом. То есть все стараются тебе помочь, как могут, но окончательный результат плачевный – много потерянного времени и значительные расходы.

Особняком в этой рыночной системе производства медицинских услуг стоят фармацевтические компании. С одной стороны, чем больше больных, которые никогда не выздоровеют, тем больше прибыль, поскольку большинство пациентов с хроническими заболеваниями получают, т.н. заместительную или поддерживающую терапию. Однако уровень конкуренции на фармацевтическом рынке невероятен. Фармацевтические фирмы «проглатывают» друг друга, охотятся за разработками конкурентов. В условиях экономического кризиса доходы населения падают, денег становится меньше, а забот больше. В аналогичном положении оказались страховые медицинские организации, здесь тоже наблюдается неблагоприятная тенденция. Страховой бизнес теряет свою устойчивость во время кризиса. А расслоение производителей, в котором хорошие зарплаты получает руководство, а рядовой сотрудник еле сводит концы с концами, так и осталось. Что же относительно управляющих структур, то они увязли в формировании контролирующих документов, росте уровня комиссионных проверок, экспертиз и реализации сомнительных проектов. Но финансовые ресурсы на всё на это заканчиваются очень быстро, а, как общество, так и отдельные граждане, все чаще и чаще высказывают свое недовольство ситуацией в отечественной медицине. У значительной части населения формируется мнение о том, что для них «ничего не делается» с точки зрения обеспечения доступной, качественной и безопасной медицинской помощью.

В целом же отечественная медицина – это частное проявление общероссийских реалий, это отрасль, где, даже в условиях рынка, властвуют маленькие и большие чиновники. В государственных медицинских организациях при реальном снижении производства видов и объемов услуг по профилактике и превентивной медицине, на фоне сокращений специалистов медицинского профиля, занятых на конвейере по производству медицинских услуг – в опережающем темпе растет число всевозможных экспертов и счетных работников («офисный планктон»). В любой медицинской организации мы сталкиваемся с сонмом экспертов, бухгалтеров, экономистов, юристов, статистиков, которые перелопачивают горы документации по большей части бессмысленной, стремясь получить от страховых компаний оплату, зачастую, копеечных счетов и спастись от пеней и

штрафов по пяти категориям дефектов.⁶ У каждого свой кабинет, компьютеры, факсы, зарплата.

Непрерывно растет бумажный вал всевозможных инструкций, указаний, рекомендаций. В ЛПУ на непосредственное производство медицинских услуг тратится около 20-30% бюджета всего коллектива. Все остальное – на выполнение административно-хозяйственных функций и «писанину». В большинстве медицинских организаций персонал нерационально вовлечен в составление сводок и промежуточных отчетов. От работы отвлекают многочисленные медицинские представители, продвигающие свою продукцию, контролеры из разных ведомств. Выражение «пойти на прием в поликлинику» стало синонимом «потерять целый день» без какой-либо гарантии, что пациент получит своевременную и качественную услугу. И это на фоне невероятно низкой производительности труда и огромных, за пределами здравого смысла непроизводительных затрат и отпусков. В то время, как в экономически развитых странах, например в США: по конституции американец должен отдыхать две недели в году. Причем оплачивается только одна, организация добавляет работнику, проработавшему там 5 лет – третью неделю, 10 лет – четвертую, 15 лет – пятую. Забегая вперед, следует отметить, что четвертую неделю отпуска уже никто не берет, а то «шеф» может решить, что интересы предприятия Вас не интересуют, и... произнесет не очень приятную фразу «Вы уволены».

По этому поводу следовало бы сказать, что ситуация в отечественной, как государственной, так и негосударственной медицине начинает менять курс по направлению к рынку. Психология и врачей, и пациентов, в массе своей до последних лет не знавших, что такое частная практика, резко изменилась. Сегодня среди представителей российского сообщества число лиц, считающих куплю-продажу медицинских услуг естественным процессом, резко выросло, поскольку формируется легальная прибыль, которая вкладывается в развитие, обновление медицинского оборудования и технологий. Значительные ресурсы инвестируются в переподготовку персонала причем, частная медицина становится источников инноваций.

Тем не менее, наблюдается рост напряженности во взаимоотношениях пациентов и медицинских работников. По мнению многих экспертов в отечественном здравоохранении в настоящее время идут два взаимоисключающих процесса. С одной стороны, формируется новая идеология реализации контакта врачей с пациентами, с другой стороны, идет процесс нарастания отчуждения медицинских работников от проблем пациентов. Прогрессируют процессы эмоционального выгорания и отчуждение с обе-

6 ✓Приказ ФФОМС от 01 декабря 2010 г. «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества в условиях предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

✓Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

их сторон. Эти два взаимоисключающих процесса, продолжаются уже более двух десятилетий. Конечно же, взаимодействие пациента и врача совершенствуется. Причем, по мнению отдельных исследователей, врач, вполне способен регулировать уровень напряженности в отношениях с пациентом.

В отдельных медицинских организациях проводятся специальные занятия, имеющие своей целью снижение имеющегося уровня напряженности между пациентом и врачом, даже тогда, когда уровень адекватности поведения пациентов весьма часто оставляет желать лучшего. В таких случаях врачи, как правило, говорят: «Сделаешь хорошо или плохо – больной все равно будет недоволен. Такой контингент пациентов достаточно велик, но это, скорее всего, контингент для психотерапевта или психоневролога.

Измерение результатов, анализ лечебного процесса, непрерывное повышение качества и производные от них понятия – такие как управление по результатам – сегодня можно часто услышать в кругах специалистов по управлению здравоохранением. По отдельности каждое из этих понятий представляется весьма значительным и вызывает большой интерес, однако именно в рыночных условиях важное значение для медицинской организации с точки зрения обеспечения качества имеет оценка мнения пациента об оказанных ему услугах. Сама по себе идея измерения результатов лечения на основе анализа мнения пациента зародилась достаточно давно.

Сегодня требуется синтетический подход, который заключается в использовании всего лучшего, что наработано по обеспечению высокого качества клинической работы. Безусловно, в этой связи очень важно понять, что различные подходы обеспечения качества в реальной клинической практике далеко не всегда четко разделены. Работа по измерению результатов и повышению качества в современных медицинских организациях несёт не только «полицейские», клинические и технические функции, но и всё более ориентируется на непрерывное повышение качества на основе анализа лечебного процесса и повышение его эффективности за счёт снижения затрат. Именно это в конечном итоге, позволяет облегчить страдания пациентов при получении медицинской помощи. Именно в тех медицинских организациях, где много работают над измерением результатов лечения, анализом лечебных процессов с точки зрения пациентов и непрерывным повышением качества, все три выше указанных подхода неизбежно совмещаются, дополняя друг друга. Однако, именно синтетический подход позволяет исправить сложившееся положение, связав между собой различные методы обеспечения качества. Но, для того, чтобы понять его, нам следует рассмотреть по отдельности основные подходы обеспечения качества: измерение результатов, анализ лечебного процесса и непрерывное повышение качества.

В последние десятилетия интерес к исходу лечения пациентов и путям его улучшения вырос необыкновенно. Одной из важнейших причин возросшего интереса является откровенно широкий разброс в результатах лечения, использовании ресурсов и стоимости лечения. Результаты лечения могут оцениваться в различных медицинских организациях совершенно по-разному.

О качестве лечения конкретного пациента довольно часто судят по измеряемым показателям, таким, как содержание гемоглобина, уровень кровяного давления, температура тела и др., по физическому состоянию пациента (показатели жизнедеятельности, двигательная активность, способность передвигаться), по ментальным и психическим признакам (степень сознания, адекватность реакций), по социальным (способность вернуться к домашней жизни, учёбе, работе и т. д.), и по другим параметрам, так или иначе отражающим состояние здоровья пациента (жалобы, настроение, сон, потенция и т.д.).

Многие врачи формулируют основную цель медицинской помощи, как поддержание, а в случае утраты, восстановление способности пациента вести привычный для него образ жизни. Однако, помимо результатов лечения, есть ещё два важнейших компонента, по которым можно, а в настоящее время и нужно оценивать результаты работы врачей: удовлетворённость пациента и затраты на лечение.

Поскольку конечные результаты лечения имеют важное значение, как для пациентов и их родственников, так и для медицинских работников, предпринимаются колоссальные усилия, направленные на их измерение и улучшение. Со страниц медицинских изданий, врачи, страховщики и плательщики в один голос призывают к созданию состоятельной, надёжной и удобной системы измерения состояния здоровья и результатов лечения пациентов, которая учитывала бы весь комплекс медицинских вмешательств.

За прошедшие десятилетия заметные успехи были достигнуты в деле совершенствования методов измерения состояния здоровья, что повлекло за собой возникновение большого числа достоверных показателей результатов лечения в виде стандартных моделей конечных результатов. Некоторые показатели условны и зависят от диагноза и типа учреждения, другие – общие, они относятся к широким классам пациентов, например, к взрослым, детям и подросткам.

Те, кто разрабатывает показатели измерения результатов лечения, придерживаются, как правило, общей схемы (рис. 7.3.). Например, сводки регионального министерства здравоохранения содержат данные об уровне госпитальной летальности, классифицированному по диагнозам (в соответствии со стандартами КСГ), по группам риска пациентов. Далее, в аналитическом обзоре формируется список медицинских орга-

низаций, где уровень госпитальной летальности заметно превышает среднестатистическую норму.

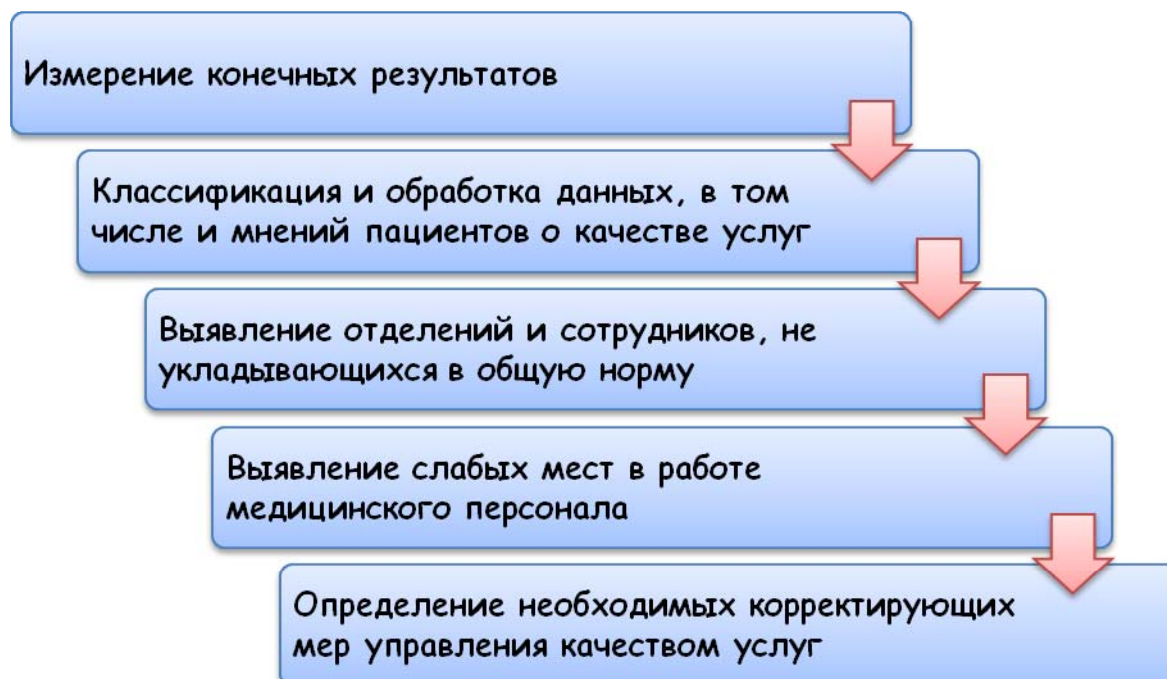


Рис. 7.3. Схема ступенчатого процесса измерения результатов лечения

Предполагается, что в медицинских организациях с неблагоприятной статистикой о качестве производимых услуг примут к сведению результаты и будут работать над выявлением и устранением причин некачественной работы (включая обратную связь с пациентами, обучение, санкции и т. д.), направленную на то, чтобы устранить отклонения и оградить пациентов от некачественных медицинских услуг.

Описываемая последовательность действий:

- I. основана на предположении, что единственной причиной плохих результатов лечения является низкий уровень организации работы медперсонала и лечебного учреждения в целом;*
- II. полностью игнорирует тот факт, что плохие результаты возникают вследствие целого комплекса причин, среди которых - недостатки инструкций, процедур, оборудования и технологий, а не только проблемы связанные с человеческим фактором (пациенты, медицинские работники, технический персонал) и их взаимодействие.*

Таким образом, хотя измерение результатов и значимо, само по себе, но оно ничего не даст для повышения качества медицинских услуг. Для улучшения результатов необходимо внести изменения в процесс оказания медицинской помощи пациентам. Если действий в этом направлении предпринято не будет, либо, если действия эти не будут

основываться на достаточном уровне информации и понимании всего комплекса причин и следствий, то все усилия по повышению качества приведут к нулевым, а то и прямо противоположным результатам.

Например, можно информировать кардиохирурга, какой у его пациентов уровень смертности при шунтировании коронарных сосудов. Это важно, но само по себе к улучшению результатов не приведёт. Улучшение результатов работы сложной системы кардиохирургии можно с большой степенью достоверности спрогнозировать только в том случае, если имеет место чёткое понимание того, как именно каждый из основных производственных процессов, сказывается на конечном результате, в том числе и уровнем удовлетворенности пациентов и их родственников оказанными медицинскими услугами.

В процессе оказания медицинской помощи медицинскими работниками постоянно используется набор определённых действий, которые приводят к преобразованию того, что имелось на «входе» в систему оказания медицинской помощи (например, пациенты, нуждающиеся в медицинской помощи; подготовленные медицинские кадры; набор оборудования; медикаменты; финансы), в то, что получается на «выходе» из системы (включая сведения о пациентах, диагнозы, решения о методах лечения) и что у пациента, а так же у всех, кто заинтересован в результатах лечения (семья, работодатели, общество) – ассоциируется с понятием «результата».

Те, кто занят совершенствованием лечебного процесса для обеспечения высокого уровня качества медицинских услуг, придерживаются, как правило, схемы, которая отображена на рис. 7.4. Общая схема реализации процесса совершенствования иллюстрирует то, что происходит с пациентом с момента поступления на лечение до момента его завершения. Диаграмма отражает множество взаимосвязанных элементов процесса, сочетание которых и складывается в тот или иной результат лечения. Исследуя диаграммы процессов, можно выявить, где имеет место дублирование отдельных операций, где ненужные сложности, где может лежать источник неверных решений, какие элементы требуют доработки. На основе этой информации можно перестроить процесс и добиться улучшения результатов. При этом важным моментом является учет мнений пациентов об оказании медицинской помощи.

Наиболее рациональной, на наш взгляд, является пошаговая методика планирования управления медицинской организацией для улучшения результатов деятельности по обеспечению качества.

Шаг 1. *Опишите задачу/проблему*

Шаг 2. *Определите желаемый результат (его видение)*

- ✓ *Каким должен быть конечный результат реализации проекта?*
- ✓ *Как узнать добились ли Вы его?*
- ✓ *Например:*

- ✓ Как будет выглядеть Ваше рабочее окружение в будущем?
- ✓ Как Вы будете действовать в качестве лидера?
- ✓ Какими методами будет работать созданная Вами команда?
- ✓ Как изменится восприятие Вас Вашими партнерами?
- ✓ Какие организационные и медицинские технологии будут внедрены Вами для достижения конечного результата? и т.п.

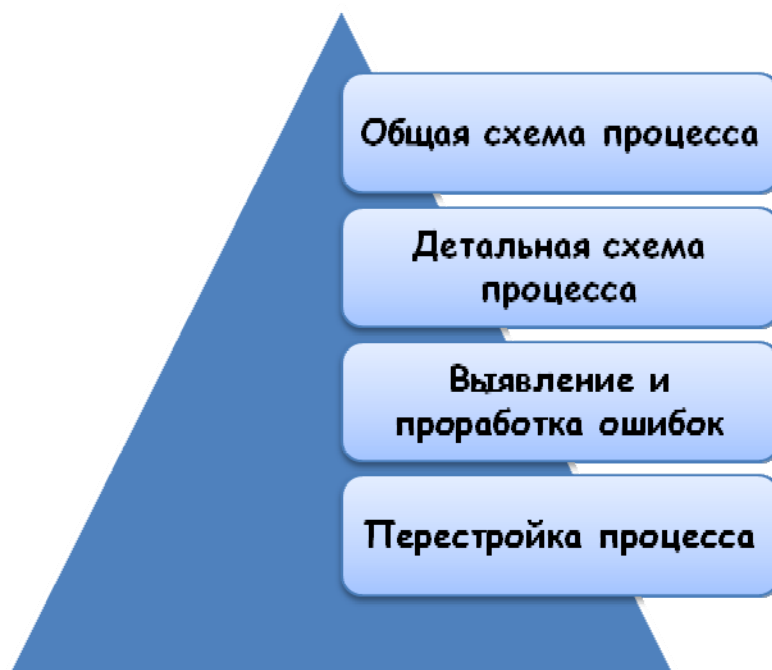


Рис. 7.4. Общая схема совершенствования лечебного процесса

Шаг 3. Добейтесь системного понимания существующей ситуации, используя схему анализа взаимодействующих сил.

Шаг 4. Разработайте план действий, критерии оценки, даты выполнения.

Для обеспечения адекватного управления качеством при решении проблем стратегического, тактического и ситуационного плана, руководителям медицинской организации необходимо овладеть методикой системного анализа, а так же особенностями управления процессом производства медицинских услуг в рыночных условиях. Резкое снижение уровня платежеспособности населения в условиях экономического кризиса снизило возможность обращения в частные медицинские организации значительной части нуждающихся, ввиду существенного роста цен на все виды медицинской помощи.

К сожалению, многие специалисты по управлению здравоохранением в России плохо знают потребителей медицинских услуг. Между тем, знание и понимание потребителей продукции медицинских организаций различного профиля должны приобретаться в ходе осмысленного диалога с потребителями и информация о их мотивационных критериях должна

проникать на все уровни медицинских организаций, которые стремятся удовлетворить нужды потребителей.

Однако, нарастание напряженности в отношениях пациентов и врачей указывают на то, что, управляющие структуры отрасли до сих пор не осознали того, что в основе стратегии их деятельности должен быть ответ на общественный запрос на реализацию новой, партнерской модели их отношений. А укоренение практик неформальной оплаты медицинской помощи, являются индикаторами того, что отечественное здравоохранение переживает период трансформационного кризиса – исчерпания возможностей дальнейшего развития без изменения ряда основополагающих принципов его организации и установления нового разделения ответственности, в том числе экономической, между пациентами, врачами и государством за состояние здоровья граждан.

7.2. Конфликт между пациентом и врачом, как следствие врачебных ошибок

Здравоохранение России в целом и её провинций в частности, продолжает свое функционирование с серьезными проблемами структурного характера. К числу главных можно отнести чрезмерную специализацию врачей поликлиник и стационаров, непомерно высокий уровень госпитализации, неоправданно длительные сроки круглосуточного стационарного лечения и слабое развитие стационарозамещающих технологий, а самое главное, дефицит кадров и низкий уровень компетенций медицинского персонала ПМСП. Все это способствует разрушению десятилетиями складывавшейся многоуровневой системы, которой по праву гордилось здравоохранение СССР.

Реструктуризация отечественного здравоохранения осуществляется в определенных социально-экономических условиях и затрагивает интересы сложившейся профессиональной среды, а также огромных масс населения, обладающих устойчивыми представлениями о том, какие гарантии в части оказания медицинских услуг должно предоставлять гражданам государство. Поэтому, оценивая риски, связанные с реструктуризацией, следует исходить не только из разумности предпринимаемых шагов, но и из того, как эти шаги будут восприняты разными общественными группами: теми или иными слоями населения, самими медицинскими работниками, руководящим звеном отрасли.

Однако оценка - это лишь первый этап, главная задача – минимизация рисков.⁷ Алгоритм такой минимизации следующий:

- ✓ *формирование перечня возможных рисков;*
- ✓ *оценка в каждом случае степени риска по шкале высокая/средняя/низкая;*

⁷ Шейман И. Реструктуризация здравоохранения: оценка рисков. Отечественные записки 2006. №2.

- ✓ анализ возможного влияния факторов риска на социально-политическую ситуацию в стране и на ход реструктуризации здравоохранения;
- ✓ разработка мер по управлению рисками и реализация этих мер.

Риски, связанные с реакцией населения и врачебного сообщества на реструктуризацию, можно разбить на две группы. В первую входят те риски, которые возникают вследствие недостаточного учета интересов и сложившихся предпочтений разных категорий граждан. Во вторую группу входят риски обусловленные ошибками планирования и очередностью реализации этапов реформ. Эти группы не независимы: по интересам потребителей медицинских услуг в условиях рынка больно бьют их игнорирование и ошибки планирования (Шейман И.М., 2008).

Система экономических стимулов в системе производства медицинских услуг в условиях государственных медицинских организаций провинциальных регионов, сегодня настолько разбалансирована, что любая попытка ее трансформировать, подчинить задачам модернизации вызывает сопротивление значительной части медицинского сообщества. Причем независимо от вектора изменений. Опыт предыдущих лет, когда делались попытки внедрения новых экономических методов управления, показывает, что, например, переход к системе, при которой средства, поступающие в медицинские организации, зависят от объема выполненных работ и конечного результата, протекает весьма болезненно. Поскольку в конечном результате разрыв в заработной плате руководителя и опытного практикующего врача различается на порядок.

Еще большую настороженность медицинских работников вызывает система оплаты медицинской помощи – за предварительно согласованные, а не фактические объемы медицинской помощи. Врачи всеми силами пытаются отстоять право самостоятельно определять и выполнять эти объемы и перечень необходимых работ. Не хотят они отказываться и от разрушительной для обеспечения доступной и качественной медицинской помощи, практики оплаты за объем посещений участковых врачей и врачей общей (семейной) практики в амбулаторных условиях.

Глобализация производства, рынок, качество и врачебные ошибки. После вхождения России во Всемирную торговую организацию, произошло усиление процессов глобализации и дальнейшее усугубление разделения труда и усиление неравенства между экономически развитыми и развивающимися странами, что распространилось и на производство и потребление медицинских услуг. Современный капитал освобождается от ограничений территориального, социального и институционального порядка, возникает новая система коммуникаций со своими связями, взаимодействиями и взаимообусловленностями.

В здравоохранение отечественных провинций в условиях реализации рыночных механизмов, глобализация вносит ряд специфических изменений, которые прежде или отсутствовали, или были выражены незначительно.

- ✓ *Горизонтальная «стратификация» системы здравоохранения на относительно самостоятельные подсистемы «здравоохранение для богатых» и «здравоохранение для бедных».*
- ✓ *Вертикальное «расслоение» системы здравоохранения на три относительно автономные подсистемы производства медицинских услуг: первичную (ПМСП), вторичную (специализированную) и третичную (высоких технологий).*
- ✓ *Здоровье населения начинает структурную трансформацию включающую в себя болезни «богатых» и болезни «бедных» граждан.*
- ✓ *Привычные управленческие подходы, методы, стандарты и эталоны утрачивают свою прежнюю эффективность, поскольку принципиально изменилось состояние системы производства медицинских услуг и условия ее функционирования.*
- ✓ *Необходимость смены парадигмы классического управления системой здравоохранения.*

В этих условиях основой системного управления здравоохранением становятся принципы стратегического планирования и функционирования, под которыми понимаются элементы процесса принятия решений, направленного на достижение целей при максимально эффективном функционировании объектов управления, когда предполагаются не только будущие изменения, но и перспективные последствия от решений уже принятых.⁸

В системе медицинской помощи населению провинций России, например, таких, как ДФО, пока еще превалирует производство т.н. «бесплатных» медицинских услуг, т.е. услуг, производство которых оплачивается из средств бюджетов и ОМС в рамках исполнения региональной программы государственных гарантий. Это специфический социально-ориентированный рынок, где потребителю гарантируется определенный объем и качество медицинских услуг. Кстати, на социальном рынке медицинских услуг «покупатель» (распорядители бюджетов всех уровней и средств ОМС) не является их потребителем, а осуществляет сделки в пользу выгодоприобретателя – населения. В этих условиях качественные характеристики «продаваемого товара» – медицинских услуг отходят на второе место, оставляя первые позиции количественным (валовым) характеристикам. Аналогичный этап развития здравоохранения экономически развитые страны прошли несколько десятилетий назад.

⁸ Ансофф И. Стратегическое управление//пер с англ. — М.: Экономика, 1989. — 519 с.

Содержанием реформ медицинской помощи населению экономически развитых стран, начиная с конца 1980-х годов, осуществлялось за счет внедрения элементов рыночных отношений (рыночных институтов) во взаимодействие между производителями и плательщиками.⁹ Идеология реформ была идеологией создания рынка внутри системы общественного здравоохранения.¹⁰ Но не полноценного рынка, а «квазирынка» – «регулируемого рынка».¹¹ Отличия этой модели финансирования здравоохранения, которая внедрялась в западных странах, от нерегулируемого рынка заключались в следующем:

- ✓ *потребители сами непосредственно не платят за услуги, а их предпочтения опосредуются другими лицами;*
- ✓ *друг с другом взаимодействуют по преимуществу некоммерческие организации;*
- ✓ *отсутствуют рынки труда и капитала;*
- ✓ *финансовый контроль остается в руках государства;*
- ✓ *система в целом регулируется государством.*

Смысл установления квазирыночных связей в системе медицинского обслуживания состоял в стремлении найти децентрализованные процедуры управления производителями медицинских услуг, которые побуждают их к ответственности не административным, а экономическим путем – посредством рыночных механизмов. Суть нововведений состояла в следующем.

📖 Разделение покупателей и производителей медицинских услуг: обеспечивается организационно-правовое разграничение производителей и плательщиков; отношения между ними строятся на контрактной основе. Плательщики превращаются в покупателей медицинских услуг, которые не несут ответственности за управление текущей деятельностью производителей и лишены права осуществлять такое управление административными методами.

📖 Создание условий для конкуренции производителей: покупателям предоставляется право выбора производителей, с которыми они заключают контракты; гражданам предоставляется право выбора врача общей практики, к которому они прикрепляются для получения амбулаторной медицинской помощи, и выбора медицинской организации и врача для получения специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи. Производители ставятся в условия конкуренции друг с дру-

⁹ Le Grand J., Propper C., Robinson R. The economics of social problems. Third edition. London: Macmillan. . 1993.

¹⁰ Maynard A., Bloor K. Introducing a market to the United Kingdom National Health Service// New England Journal of Medicine, 1996, February 29.

¹¹ Шишкин С. В. Реформа финансирования российского здравоохранения. Москва. 2000.

гом за привлечение пациентов и/или увеличение прикрепившегося населения и конкуренции за заключение контрактов с покупателями.

Ни для кого не секрет, что глобализация приводит, кроме всего прочего, к изменению отношений между различными субъектами рынка. И это явление имеет место не только на макроэкономическом уровне, но и также на микроуровне. Уровень международной конкуренции на Дальневосточных рынках медицинских услуг усилился. Под действием внешних сил, рыночные предложения медицинских организаций Китая, Ю.Кореи, Японии, Сингапура и Таиланда претерпевают существенные трансформации в виде изменений отношений между медицинскими организациями и государством, медицинскими организациями и конкурентами, медицинскими организациями и потребителями. Кроме этого меняются отношения и внутри медицинских организаций.

Приграничные государства Дальнего Востока России полным ходом развивают стратегию медицинского туризма, получая правительственную поддержку, привлекая на внутренние медицинские рынки потребителей из других стран, в том числе и из России, формируя конкурентные предпочтения не только в ценовом, но и качественном сегменте. Очевидно, что спрос на качественные медицинские услуги будет повсеместно расти. С чем же столкнется потребитель медицинских услуг, заинтересовавшийся их потреблением в государственном и негосударственном секторах субъектов РФ ДФО? А столкнется он с тем, что в ДФО медицинских организаций негосударственного сектора пока еще недостаточно (кроме стоматологии), как и квалифицированного и мотивированного к качественной работе персонала для обеспечения первоклассного обслуживания своих пациентов. Что же относительно уровня врачебных ошибок при производстве медицинских услуг, то этот вопрос выходит за рамки обсуждения как медицинских работников, так и управляющих структур регионального здравоохранения.

Это снижает уровень конкуренции и является сдерживающим моментом в стремлении к производству высококачественных и доступных медицинских услуг. Открытие медицинской организации, специализирующейся на предоставлении частных медицинских услуг, связано с необходимостью получения большого количества разрешений и прохождения через системы сертификации и аккредитации, что является сдерживающим моментом для развития предпринимательства в региональной медицине. В этой связи следует отметить, что такая политика государства по отношению к предпринимателю в здравоохранении может быть вполне оправданна, поскольку речь идет о здоровье людей и цена недобросовестной работы или ошибки слишком высока: они могут повлечь за собой серьезные последствия для потребителя (пациента).

Но, все-таки, основным сдерживающим фактором развития частного рынка медицинских услуг является недостаточный уровень доходов насе-

ления Дальнего Востока России. Только 21% респондентов исследования ВЦИОМ заявили, что имеют возможность пользоваться платными медицинскими услугами, 37% готовы платить в случае крайней необходимости и 38% не имеют такой возможности вообще. Но, вот именно первая группа дальневосточников, имеющая приличные доходы и являются потребителями услуг отечественных и зарубежных компаний, которые получают значительную прибыль от организации туров россиян в странах Азиатско-Тихоокеанского региона. Основным мотивирующим фактором получения медицинских услуг в клиниках Китая, Ю.Кореи, Японии, Сингапура и Таиланда для большинства туристов является приемлемый для них уровень доступности качества и безопасности медицинской помощи. Однако, самое главное, у широких слоев населения сформировалось мнение, что число врачебных ошибок при производстве медицинских услуг в приграничных государствах на порядок ниже, чем в России.

В реальной ситуации многие дальневосточники, даже, если они не участвуют в программах медицинского туризма, все чаще выбирают платные клиники, где, по их мнению, доступность и качество услуг выше, освобождая тем самым места в государственных медицинских организациях для тех, кто платить не может. Рост популярности платной медицины становится дополнительным стимулом для развития рынка медицинских услуг, что обеспечит развитие как традиционной системы здравоохранения в рамках реализации обязательного медицинского страхования, так и альтернативных вариантов. При этом обострившаяся конкуренция не может не спровоцировать роста уровня качества медицинских услуг.

В то же время следует понимать, что модернизация региональной системы здравоохранения с помощью стимулирования и развития рынка медицинских услуг должна идти эволюционно, а не директивно. Региональные власти должны стимулировать этот процесс, но не насаждать. Развитие государственной и частной коммерческой медицины должно идти при обязательном условии сохранения и социального, то есть бесплатного, здравоохранения, только при этом условии дальневосточники почувствуют положительные результаты модернизации регионального здравоохранения в виде повышения доступности, качества, безопасности медицинской помощи и снижения уровня врачебных ошибок при оказании медицинской помощи пациентам.

Экономические потери региона от того, что наблюдается ежегодный рост числа дальневосточников, устремившихся за медицинской помощью в зарубежные клиники, конечно несопоставимы с уровнем потерь от продажи электроэнергии, леса («кругляка»), морепродуктов и рыбы «за бесценок» в Китай, Ю.Корею и Японию. Однако, если эта тенденция сохранится в принципе, то отечественным региональным клиникам вероятнее всего не удастся выдержать конкурентной борьбы со своими зарубежными коллегами. Что делать в складывающейся ситуации государственным и негосу-

дарственным медицинским организациям региона сегодня не совсем ясно. Призывы в виде: «Даешь конкуренцию среди производителей медицинских услуг!» или «Да здравствует свободный рынок медицинских услуг!» конкретному делу повышения качества и снижения числа врачебных ошибок не помогут. Необходимо коренным образом менять мировоззрение руководителей отечественных медицинских организаций, направленное на понимание философии бизнеса, как идеологии деятельности в условиях глобальных рынков.

Динамичное экономическое развития стран Азиатско-Тихоокеанского региона и усиливающаяся регионализация их внешнеэкономических связей дают основания для прогнозирования расширения и углубления интеграционных процессов, идущих параллельно и вместе с явлениями экономической и финансовой глобализации в мире. Значение интеграционных процессов состоит в том, что они оказывали, и будут оказывать в дальнейшем, существенное давление на расстановку политических и экономических сил в регионе, формирование системы международных «сдержек» и «противовесов», а также на все сколько-нибудь значимые изменения в деятельности государств и их правительств в региональном и мировом масштабе.

Что же относительно потребителей медицинских услуг, то сознательно и добровольноверя врачу самое дорогое, что дается природой, – свое здоровье и жизнь, пациент вправе рассчитывать на искреннее желание врача помочь избавиться от страданий, на его надежные профессиональные знания и высокие нравственные черты характера. Сознывая единство человеческого организма как весьма сложной биологической системы, врач-профессионал одновременно врачует функциональные и органические нарушения функционирования биологической системы. Взаимоотношения врача и пациента в современном российском обществе регламентируются не только принципами этики и деонтологии, но и правовыми актами на уровне государства в целом. В этой ситуации очень важно разграничить понятие «профессиональная ошибка» от понятия «профессиональное преступление» медицинских работников.

Врачебные ошибки, как причина конфликта между пациентом и врачом. Как неоднократно подчеркивал известный специалист в области медицинского права проф. Ю.Д. Сергеев, с правовой точки зрения, несмотря на наличие огромного числа случаев врачебных ошибок в медицинской практике, термин «врачебная ошибка» в юридическом смысле не существует и не зафиксирован ни в одном юридическом документе. Он предлагает другое понятие - «ненадлежащее оказание медицинской помощи», указывая на то, что в медицинской литературе содержится не ме-

нее шестидесяти пяти промежуточных определений, понятий описывающих врачебную ошибку.¹²

В судебно-медицинской практике решение проблемы определения понятия врачебной ошибки необходимо для отграничения правонарушений от так называемых «допустимых в медицинской деятельности профессиональных ошибок». Совершенно понятным является то, что большинство производителей медицинских услуг относят врачебные ошибки к чисто медицинским понятиям, в связи с чем говорят о невозможности привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за допущенные профессиональные ошибки.¹³ В то же время на протяжении многих лет в работах судебных медиков и юристов в понятие «врачебная ошибка» вкладывалось настолько противоречивое содержание, что не способствовало объективному изучению данного феномена.

В медицинской литературе общепринятым является определение врачебной ошибки, разработанное И.В. Давыдовским, данное еще в 1928 году, понимаемое, как *добровольное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и ее методов исследования, либо вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, либо объясняемое недостатками знаний и опыта врача.*¹⁴

Наш опыт экспертной работы показывает, что только личность врача, его нравственный облик и профессиональная подготовка в конечном счете определяют успех и каждого медицинского вмешательства в отдельности, и всей отрасли здравоохранения в масштабе региона. Невежественный врач может совершать ошибки и в США и в ФРГ и в Японии, а хороший специалист творит чудеса и в самой отдаленной провинциальной больнице Дальнего Востока России. Известные врачи М.Я. Мудров, Н.Н. Пирогов, С.П. Боткин, Osler Sir William, Hegglin R., Selye H. и др. признавали, что они совершали ошибки. Но разница между великими и невеждами как раз и состоит в том, что первые признавали свои ошибки и на них учились, а вторые категорически их отрицали, какими бы очевидными они ни были.

Анализ различных вариантов реальных ситуаций производства медицинских услуг в субъектах РФ ДФО, которые приводят к формированию врачебных ошибок, позволяют нам говорить о том, что наличие документов, удостоверяющих получение образования в самых престижных вузах, сертификатов специалистов, других документов, удостоверяющих успешное прохождение аккредитации, к сожалению, не формируют атмосферы минимизации уровня врачебных ошибок. В системе производства медицинских услуг наблюдается рост числа деяний, причиняющих ущерб жизни и здоровью пациентов в результате неквалифицированного выполнения

¹² Сергеев Ю.Д. Ошибка или преступление? // Медицинская газета. 1994, 20 апреля.

¹³ Концевич И.А. Долг и ответственность врача. Киев, 1983. С. 80.

¹⁴ Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Советская медицина, 1941. № 3. С. 3-10.

медицинским персоналом своих профессиональных обязанностей. При этом значительное число совершаемых врачебных ошибок остаются незамеченными как со стороны администрации медицинских организаций, так и страховых компаний, а так же органов управления здравоохранения самого разного уровня, так и со стороны компетентных должностных лиц правоохранительных органов.

Введенный в последние годы регламент экспертизы и определение понятия дефектов медицинской помощи – нарушения при производстве медицинских услуг с большой долей вероятности позволят внести определенную ясность в решение проблемы качества, хотя бы учета дефектов. Однако проблему качества и безопасности медицинской помощи населению России это не решит, поскольку рост числа врачебных ошибок – это проблема отнюдь не отечественного происхождения.

Учитывая глобальный характер проблемы медицинских ошибок, Исполнительный комитет ВОЗ ещё в январе 2002 г. принял резолюцию «Качество здравоохранения и безопасность больных» и утвердил «Стратегию по повышению безопасности больных», в которой наметил основные меры по улучшению качества оказания медицинской помощи населению.¹⁵ Таким образом, учитывая масштабы проблемы, необходима государственная программа, направленная на существенное снижение уровня смертности по причине врачебных ошибок, по примеру США (где данная программа существует давно). Еще Билл Клинтон, будучи президентом США, исполнительным распоряжением создал Межведомственную рабочую группу по координации качества в здравоохранении и потребовал от нее представить ему в течение 60 дней рекомендации, направленные на повышение степени безопасности больных. Разработанные Президентской комиссией рекомендации были выпущены Белым Домом еще в феврале 2000 г.¹⁶ Аналогичная государственная программа, вероятно, должна иметь место и при президенте РФ.

Согласно данным Института медицины Национальной академии наук США в структуре причин смерти врачебные ошибки занимают пятое место, опередив такие распространенные заболевания, как сахарный диабет, пневмонию, болезнь Альцгеймера и почечную недостаточность. В 1999 г. было зарегистрировано лишь 98 тысяч смертных случаев, ставших результатом оплошности врачей.¹⁷ Экономические затраты, связанные с лекарственными осложнениями, составляют в США около 76,6 млрд. долл. в год.¹⁸ Однако, по другим источникам, от ошибок, допускаемых медицин-

¹⁵Quality of Care Patient Safety. WHO, 2002, Resolution EB, 109, 16.

¹⁶Adverse Drug Events. Substantial problem but magnitude uncertain. US General Accounting Office. 2000, February, 1-12.

¹⁷ Olsen P.M., Lorentzen H., Thomsen K., Fogtmann A. Medication errors in a pediatric department. Ugeskr. Laeger. 1997, Apr 14, 159 (16), 2392-2395.

¹⁸ Johnson J.A., Bootman J.L. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model // J. Arch. Intern. Med., 1995, Oct. 9; 155 (18), 1949-1956.

ским персоналом, в Соединенных Штатах ежегодно гибнет до 195 тысяч человек. Такую цифру обнародовали исследователи из частной корпорации Health Grade. Согласно их данным, в 2000-2002 гг. каждый год на 37 млн. госпитализаций регистрировалось в среднем 1,14 миллиона врачебных ошибок, по той или иной причине создававших угрозу для здоровья и жизни пациентов. Из них 15-20% приводили к гибели больных. Чаще всего причиной смерти становились инфекционные осложнения инвазивных процедур, на втором месте оказались фатальные ошибки хирургов, на третьем – неправильное назначение медицинских препаратов.

К сожалению, официальной статистики по данной проблеме в России, а тем более, на Дальнем Востоке нет. Очевидно, что в выяснении реальной ситуации пока никто не заинтересован. Хотя, проводя простые аналогии с экономически развитыми странами и учитывая реальное состояние отечественной медицины, можно представить, что цифры будут значительными. Вероятно, ежегодно в результате медицинских ошибок получает увечья или гибнет более 200 тысяч граждан России. Так, по мнению главного пульмонолога России, академика А. Чучалина: «Процент врачебных ошибок в России очень высок, более 30%. Например, ежегодно из 1,5 млн. заболеваний пневмонией диагностируется не более 500 тысяч.¹⁹ Причин тому несколько, в том числе и полное отсутствие в стране системы управления качеством производства медицинских услуг».

Учитывая особенности практической деятельности врача, следует представлять всю сложность его положения при постановке правильного диагноза и назначении адекватного лечения определенных групп пациентов. Особенно это касается ситуаций, когда врач имеет дело со случаями казуистики, атипичным течением заболевания, или не располагает достаточным временем и условиями для диагностики и т. п. В связи с этим в практической деятельности врача, даже при самом его добросовестном отношении к работе, высоком уровне квалификации и компетенций, возможны ошибки. Причем ошибки врача и другого медицинского персонала могут повлечь за собой весьма тяжелые и непоправимые последствия для пациента.

В реальной жизни большинство практикующих врачей и медицинских сестер серьезно заинтересованы в повышении качества лечения своих пациентов. Они устали от традиционных разговоров и указаний многочисленного начальства по обеспечению качества. Бюрократический довесок, призванный следить за эффективностью и качеством медицинской помощи в виде управлений/отделов в органах управления здравоохранением, заместителей главных врачей медицинских организаций по клинико-экспертной работе, штатных экспертов территориальных фондов ОМС, страховых медицинских компаний и т.п. на деле – бездонная бочка, по-

¹⁹ Ерманок А.Е. Врачебные ошибки: современное состояние проблемы - <http://rgmu.al.ru/news556.html>

глощающая дефицитные средства отрасли. Такое обеспечение качества, с точки зрения практикующих врачей, «... формирует лишь нервотрепку при проводимых проверках и пустую трату средств налогоплательщиков, поскольку реально от него нет прока ни пациентам, ни кому-либо еще».²⁰

В условиях формирования региональных бюджетов со значительным уровнем дефицита, представители региональных правительств ДФО заняты бесконечными попытками «замедления темпов роста расходов на медицинскую помощь, при условии повышения уровня качества оказания медицинской помощи». Практикующие врачи находятся в состоянии длительного ожидания перемен, поскольку хроническое недофинансирование и неэффективное руководство медицинских организаций не позволяет повысить качество и эффективность имеющимися методами, а на инновации необходимы значительные расходы и изменение стиля управления производственными процессами.

Традиционное обеспечение качества позволяет в экономически развитых странах отсортировать «гнилые яблоки» из корзины здравоохранения, то есть лишить лицензий производителей медицинских услуг, работающих неадекватно. В региональном здравоохранении такое событие «даже представить себе невозможно», поскольку лицензирующие органы (Росздравнадзор) пока не готовы к решительным шагам на пути к защите потребителей от поставщиков медицинских услуг ненадлежащего качества, приостанавливая действие или отзывая выданные ранее лицензии. Такое положение дел является питательной почвой для формирования конфликтов в рамках взаимоотношений пациентов и врачей.

Многолетний опыт экспертной работы позволяет нам говорить о том, что врачебные ошибки могут быть допущены на всех этапах взаимоотношений производителей с потребителями медицинских услуг, т. е. это ошибки в процессе оказания медицинской помощи, который состоит из процесса диагностики, лечения и других составляющих всего спектра сложных взаимоотношений пациента и врача. Мы присоединяемся к мнению специалистов, которые считают, что врачебная ошибка – это случайное стечение обстоятельств или следствие несовершенства медицинской науки и практики. Она не является результатом халатного, безответственного отношения врача к своим профессиональным обязанностям, невежества или преступного действия. То есть при возникновении такой ошибки вина врача, чаще всего отсутствует, следовательно, привлечения к правовой (гражданской или какой-либо другой) ответственности явление весьма ограниченное. С такой трактовкой врачебных ошибок не согласны, как правило представители правоохранительных органов и юристы. Они занимают обвинительную позицию и настаивают на том, что в подобных случаях в действиях врача обязательно присутствует вина. Однако в их среде

²⁰ Из данных опросов врачей в ЛПУ ДФО, проведенных в 2012 году (прим. авторов).

также отсутствует единство по данному вопросу. В одних случаях они считают врачебной ошибкой невинное деяние врача, которое повлекло причинение вреда; в других – врачебную ошибку рассматривают как обстоятельство, смягчающее его ответственность.

Существует достаточно многочисленные классификации врачебных ошибок. В частности:

- ✓ *Диагностические, т.е. связанные с постановкой диагноза.*
- ✓ *Лечебно-тактические, сюда входят ошибки в выборе методов исследования и в оценке их результатов.*
- ✓ *Лечебно-технические, это неполное обследование больного и ошибки диагностических или лечебных манипуляций.*
- ✓ *Организационные, сюда включаются неправильная организация рабочего места и лечебного процесса.*
- ✓ *Ошибки ведения медицинской документации.*
- ✓ *Ошибки поведения медицинского персонала.*

Мы полагаем, что следует согласиться с мнением американского врача Ричарда Ригельмана,²¹ который считает, что врачебные ошибки являются неотъемлемой стороной деятельности врача, причем большинство ошибок совершается не по незнанию, а по неумению применить знания, т. е. по недомыслию. Он предлагает классифицировать врачебные ошибки по достаточно простой схеме: ошибки диагностики, лечения и взаимоотношений врача и пациента.

Ошибки процесса диагностики не являются редкостью, но большинство из них анализу не подвергается в силу незаинтересованности руководителей медицинских организаций «выносить сор из избы», несовершенства системы внутриведомственной экспертизы КМП, а вневедомственная экспертиза анализирует лишь отдельные, наиболее тяжелые случаи, как правило, сопровождающиеся жалобами и заявлениями пациентов и их родственников или судебными исками.

В качестве примера диагностической ошибки приводим данные комиссионной экспертизы, проведенной по жалобе родителей в связи с гибелью их 15-летней дочери.

Больная К., 15 лет, обратилась в поликлинику к врачу-терапевту с жалобами на сильные боли в правой половине грудной клетки, лихорадку до 38,4°C. На коже правой половины грудной клетки наблюдалась гиперемия, пузырьки, был заподозрен простой герпес. Пациентка была направлена к врачу-дерматовенерологу, который назначил местное лечение. В

²¹ Ригельман Ричард К. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей. Перевод с англ. Амчкова. М., 1994. 189 с. (<http://lib.rus.ec/b/217050/read>)

этот же день больная осмотрена врачом-травматологом, который поставил диагноз: ушиб грудной клетки.

Таким образом, после осмотра двух специалистов пациентка оставлена дома под наблюдением участкового терапевта. Состояние больной не улучшалось, лихорадка до 38 градусов, сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании и движении. На следующий день ребенок осматривается заведующим пульмонологическим отделением ЛПУ, который заподозрил флегмону мягких тканей и направил его к хирургу приемного отделения, который отверг этот диагноз. Девочка оставлена дома с рекомендацией «под наблюдение участкового врача»

На третий день от начала заболевания её состояние ещё более ухудшилось и она была осмотрена дома другим врачом-терапевтом, который в области правой половины грудной клетки обнаружил припухлость размером с «детскую головку», очень болезненную при пальпации.

В этот же день больная направлена на консультацию в инфекционное отделение, где отвергнут диагноз простого герпеса, поскольку герпетических изменений нет, а имеется массивная зона гиперемии в области правой половины грудной клетки с синюшно-багровыми пятнами. И, наконец, к концу третьего дня с момента первого обращения за медицинской помощью, девочка госпитализирована в терапевтическое отделение клиники, а затем переведена в РАО. Произведена пункция инфильтрата мягких тканей в области правой половины грудной клетки, получен гной. На четвертые сутки при явлениях нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности наступил летальный исход. За несколько часов до смерти пациентки, был собран консилиум, который установил клинический диагноз: сепсис, септикопиемическая форма, острое течение. Флегмона мягких тканей правой половины грудной клетки. Правосторонняя очаговая пневмония. Полиорганная недостаточность.

Эта комиссионная экспертиза выявила типичную для последних лет тенденцию, когда фактически лечащего врача у больной не было. За анализом многих документов, объяснений, протоколов разборов, приказов и т. п. потерялась личность – лечащий врач, который должен ставить клинический диагноз, назначать лечение, привлекать специалистов-консультантов, собирать или настаивать на проведении консилиума и т. д. В конечном итоге при анализе причинно-следственных связей заболевания девочки ретроспективно было установлено, что ребенок занимался спортом, после травмы правой половины грудной клетки образовалась межмышечная гематома, которая, нагнаившись, и вызвала все описанные ранее клинические проявления, в том числе и сепсис.

Ранняя диагностика флегмоны и сепсиса в описанном случае создавала перспективу для своевременного лечения и благоприятного исхода заболевания. Фактическое отсутствие лечащего врача, осмотры ребенка

многими узкими и, вероятно, квалифицированными специалистами давали им возможность высказывать свои суждения о диагнозе, но собрать воедино все мнения, провести системный анализ и определить правильный клинический диагноз в данном случае было, просто некому. В такой ситуации конфликт между родственниками пациентки и производителями медицинских услуг не имел альтернативы.

Для экспертной оценки случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи, территориальными органами управления здравоохранением, как правило, создаются специальные межведомственные экспертные комиссии. По мнению инициаторов их создания, задачами экспертных комиссий является решение проблем конфликта сторон. Экспертная комиссия должна подвергнуть анализу источники конфликта сторон (производителя и потребителя медицинских услуг), составить их рейтинг и выработать стратегию по исчерпыванию причин и самого конфликта, в какой форме последний бы не выразался.

Межведомственные экспертные комиссии, как правило, выполняют функции своеобразных «арбитров», которые стремятся предупредить или сгладить конфликты, возникающие между производителями и потребителями медицинских услуг. Кроме того они выпускают методические рекомендации и осуществляют надзор (контроль) над соблюдением технологий экспертной работы и оценивают работу регионального корпуса экспертов, вырабатывают экспертные заключения по конфликтам между производителями и независимыми экспертами, работающими по контрактам в системе ОМС и участвуют в решении вопросов досудебных разбирательств по случаям ненадлежащего оказания медицинской помощи. В некоторых конкретных ситуациях для разрешения конфликта сторон работы выше указанных экспертных групп оказывается недостаточно, в таких случаях становится очевидным необходимость привлечения судебно-медицинских экспертов.

Довольно часто внутриведомственная и вневедомственная экспертиза не удовлетворяет ожидания потребителя (пациента). Причинами этого является то, что для медицинских организаций и страховых компаний экспертизу проводят практикующие врачи или преподаватели высшей медицинской школы, а, следовательно, корпоративные интересы во многих случаях мешают им беспристрастно оценить результат работы «коллег по цеху». В связи с этим потребитель медицинских услуг недоволен заключением, как он считает, ангажированного медицинского эксперта, и не надеется на то, что будет правильно сформировано заключение для последующего определения ответственности за нанесенный ущерб здоровью больного.

В случаях, когда пациенту неправильно поставлен диагноз, назначенное лечение не соответствует истинному характеру заболевания, нарушены принципы (стандарты) оказания медицинской помощи, как правило,

реализуется высокий риск формирования ятрогенного заболевания, как отражение ненадлежащего оказания медицинской помощи (медицинского происшествия) создается экспертная группа по инициативе производителя медицинских услуг для разрешения конфликта интересов (досудебный путь).

Однако, если заключение выше указанной экспертной группы и разбирательство в рамках межведомственного экспертного совета не устраивает потребителя или его законного представителя, то тогда возможно судебное разбирательство конфликта. Именно в таких случаях, на основании решения компетентных органов назначается судебно-медицинская экспертиза.

В качестве примера приводим данные заключения лечебно-контрольной комиссии медицинской организации и судебно-медицинской экспертной комиссии регионального бюро СМЭ.

Заключение лечебно-контрольной комиссии Краевой клинической больницы № 1 от 11.02.03 г. Согласно медицинской карты стационарного больного №1878, больная М. 44 лет поступила 09.12.2002 года в гинекологическое отделение ККБ №1 с диагнозом: Леймиома матки. Пациентка считает себя больной с начала 2002 года, когда появились обильные болезненные месячные, увеличение живота в размере. 30.04.2002 года при ультразвуковом исследовании выявлено увеличение тела матки до размера 5-6 недельной беременности. В последующее время объем живота продолжал расти и при очередном ультразвуковом исследовании 13.11.02 года тело матки увеличилось до размера 11 недель беременности. Больной было рекомендовано проведение оперативной лапароскопии в объеме ампутации матки. Состояние больной при поступлении удовлетворительное. Аллергологический анамнез не отягощен. Группа крови А(II) Rh+(положительная). С объемом операции больная ознакомлена, согласие на операцию получено. 09.12.2002 года .

10.10.2002 года в 11 час. 00 мин. проведено общее обезболивание эндотрахеальным методом. АД 130/80 мм рт.ст. ЧСС 72 удара в минуту. Начата лапароскопическая операция - вылуцивание миоматозного узла из матки. Около 12 час. 40 мин. регистрируется гипотензия до 90/50 мм рт.ст. ЧСС 70 ударов в минуту. В дальнейшем гипотензия прогрессирует. Поддержание анестезии ..., для коррекции гемодинамики инотропная поддержка доплином. Кожные покровы бледные, теплые.

13 час. 05 мин. – гемоглобин 88 г/л. Катетеризация подключичной вены слева, без осложнений. При гипотензии 70/40 мм рт. ст., проводится церебральная защита ГОМК 6 гр., преднизолон 600 мг, кристаллоиды 3000,0, полиглюкин 400, стабизон 500,0, ... в общей дозе 800 мг.

Оперативно в 13 час.10мин., при некупируемой гипотонии начато производство лапаротомии.

13 час. 33 мин. гемоглобин 25 г/л.

13 час. 35-40 мин. неэффективное кровообращение.

Реанимационные мероприятия включают закрытый массаж сердца, кардиотоники, адреналин (всего 7,0), атропин (всего 3,0) допмин в общей сумме до 2000 мг. ГОМКх4 гр., преднизолон 400 мг, Стабизон 500,0, Кристаллоидов 2800, альбумин 200, переливание свежей донорской крови А (II) 500,0 мл. Сода в сумме 400,0 ЭКГ графически: чередование асистолии с крупноволновой дефибриляцией от 2100 до 3600 кДж восьмикратно. В 14.20 зафиксирована клиническая смерть, вызванная острой сердечной слабостью на фоне геморрагического шока IV ст.

Патологоанатомический диагноз: Массивное внутрибрюшное кровотечение, развившееся при вылуцовании миоматозного узла из матки лапароскопическим методом 10.12.02 г. в 11 час.00 мин. Лапоротомия 10.12.02 г. в 13 час. 10 мин. - ампутация матки. Дренаживание брюшной полости. Геморрагический шок: отсутствие крови в полостях сердца и крупных сосудах, выраженное малокровие внутренних органов, слабо выраженные трупные пятна, гемоглобин крови 25 г/л. Отек головного мозга с дислокацией ствола. Миома матки со смешанным ростом миоматозного узла, аденомиоз стенки матки, эндометриоз миоматозного узла (биопсия № 51522-27) Дистрофия почек, печени, миокарда. Удовлетворительное питание.

Случай смерти больной М. разобран на клинической конференции акушеров гинекологов и реаниматологов ККБ № 1.

Заключение.

- ✓ *В процессе разбора и при анализе медицинской документации установлено, что непосредственной причиной смерти больной явилась острая массивная кровопотеря во время лапароскопической операции по вылуцованию миоматозного узла. Диагноз кровопотери установлен при развившейся клинической картине артериальной гипотонии, без визуально определяемого объема теряемой крови.*
- ✓ *Сложившаяся ситуация была обусловлена типичным положением больной на операционном столе, принятой при проведении лапароскопических операций (опущенный головной конец - положение Тренделенбурга), что и явилось причиной поздней диагностики внутрибрюшного кровотечения и пролонгировало по времени реанимационные мероприятия.*
- ✓ *Переход на лапоротомию был осуществлен в связи со стойкой артериальной гипотонией, не коррегируемой инфузионной терапией и инотропными препаратами (допмин), что связывалось с возможным внутрибрюшным кровотечением. Диагностировано массивное внутрибрюшное кровотечение, хирургический гемостаз (ампутация матки) выполнен в течение 10 минут, парал-*

тельно массивная объемная инфузионная терапия, включая переливание теплой крови от доноров. Проводимые мероприятия по купированию геморрагического шока в течение часа оказались не эффективными.

- ✓ По результатам комиссионной медицинской экспертизы сделаны выводы, что смерть больной наступила от раннего острого интраоперационного осложнения - геморрагического шока, своевременная диагностика которого была затруднена отсутствием визуальной оценки кровопотери (вынужденное положение больной) и поздним появлением клинических симптомов.
- ✓ Случай смерти больной М. комиссионная экспертиза и ЛКК медицинской организации трактуют как несчастный случай, обусловленный развивающимися неожиданными обстоятельствами, которых лечащий врач Н. не могла предвидеть, а, следовательно, - предотвратить.

Родственников погибшей пациентки не согласились с выводами комиссионной экспертизы и заключением ЛКК медицинской организации, что стало причиной подачи заявления в компетентные органы и послужило основанием для проведения судебно-медицинской экспертизы по случаю смерти больной М. 44 лет.

Заключение СМЭ по случаю смерти больной М. Изучив материалы уголовного дела № 399702, медицинские документы (индивидуальная карта амбулаторного больного поликлиники № 3 М. 1958 г.р., медицинская карта № 18782 стационарного больного ККБ-1) судебно-медицинская экспертная комиссия приходит к следующим выводам:

- ✓ Диагноз гражданке М. при поступлении в стационар ККБ-1 от 09 декабря 2002 года - «Лейомиома матки», был выставлен правильно. Методика оперативного вмешательства была выбрана правильно. Однако, в процессе проведения операции по поводу удаления лейомиомы матки возникли осложнения. Данному явлению способствовали ряд факторов: дополнительное образование сосудов в выросшем миоматозном узле; возможная скрытая патология - недиагностированная коагулопатия, которая проявилась в повышенной кровоточивости всех раневых поверхностей во время операции.
- ✓ При обнаружении кровотечения у больной М. врач-гинеколог выбрал правильную тактику: произвел лапаротомию, удалил источник кровотечения (матку). В это время врач-анестезиолог начал инфузионно-трансфузионную терапию, в том числе переливание крови и ее компонентов. Отсутствие аппаратуры (кардиомониторинга, пульсоксиметра) оказало непосредственное влияние на

исход операции, поскольку обнаружение большой кровопотери было диагностировано несвоевременно, с опозданием.

Основной причиной неблагоприятного исхода заболевания больной М, явились организационные и врачебные ошибки.

- ✓ *К организационным ошибкам следует отнести недоукомплектованность рабочего места и отсутствие необходимого оборудования (кардиомонитора с возможностью инвазивного измерения АД путем катетеризации лучевой артерии, пульсоксиметра, контролирующего гемодинамические показатели). Недоукомплектованность рабочего места, в первую очередь, т.е. организационные ошибки, сыграли отрицательную роль в своевременной диагностике возникшего кровотечения.*
- ✓ *К врачебным ошибкам относится недостаточный контроль за величиной кровопотери при осмотре брюшной полости врачом гинекологом и недостаточный контроль за гемодинамическими показателями со стороны врача анестезиолога. Врачебные ошибки гинеколога и анестезиолога обусловлены рядом технических сложностей при выполнении операции (положение Тренделенбурга, диapedезное кровотечение); определение АД с помощью стетоскопа; периодический подсчет пульса, а не постоянный контроль. Опущенный головной конец больной при операции дает завышенные значения АД. На фактор несвоевременной диагностики, компенсаторные возможности организма больной возможно могли влиять недиагностированные заболевания свертываемости крови – коагулопатия и скрытая сердечная патология.*
- ✓ *Смерть больной М. 1958 г.р., наступила в результате массивного внутрибрюшного кровотечения во время операции, с развитием геморрагического шока. Массивное кровотечение развилось в результате совокупности причин (организационные недостатки, врачебные ошибки, возможные недиагностированные сопутствующие заболевания).*
- ✓ *Действия анестезиолога и оперирующего врача следует расценивать как несвоевременные. В то же время, врачами был выполнен весь объем лечения для остановки и компенсации кровотечения, но, наиболее вероятно, несвоевременность проведенных мероприятий и привела к гибели больной М.*

Клинический и экспертный опыт показывают, что на самом деле очень важно, что бы все, как производители, так и потребители медицинских услуг, понимали, что конечный результат диагностики и лечения формируется в условиях сложного взаимодействия разнообразных компонентов. Понимание сложности организационных систем в здравоохранении приводит нас к выводу, полностью подтвердившемуся в промышлен-

ном производстве, что большинство дефектов качества происходит не потому, что виноват или ошибся конкретный исполнитель (врач или медсестра), а потому, что система не предусматривает защиты от такой ошибки. Признание этого факта – ключевой момент, поскольку оно лежит в основе осознания тщетности попыток улучшить качество лечения за счет выявления «стрелочников», которые «все портят своими ошибками».

Некоторые специалисты считают, что если врач прекрасный диагност, то это уже 50 % успеха лечения: «Диагноз сформулирован правильно, найдено определение состоянию пациента, решена основная задача, а последующее лечение это не больше, чем соблюдение общепринятых алгоритмов или готовых рекомендаций по лечению (стандартов/протоколов)». Эта ошибочная и вредная, по своей сути, точка зрения бытует у широких слоев медицинской общественности и наносит ущерб престижу профессии врача, а иногда отражается на здоровье пациентов, поскольку проведение лечебных мероприятий, выбор тактики лечения – процесс весьма сложный и динамичный. Следует констатировать факт, что в учебных программах процессу лечения даже весьма распространенных заболеваний традиционно отводится мало времени, особенно это находит свое отражение в программах непрерывной подготовки врачей всех профилей.

Ошибки процесса лечения, как причина конфликта между пациентом и врачом встречается значительно чаще, чем ошибки процесса диагностики. При попытке экскурса в новейшую историю медицины мы упираемся в невероятно привлекательные результаты эффективно работавшей несколько десятилетий схемы этиологического подхода лечения многих болезней: конкретный микроб – таблетка по эрадикации этого микроба – выздоровление. Самое главное – это точно определить причину заболевания, а потом ... применяй стандартное лечение, описанное в «толстых руководствах», и успех обеспечен. Довольно часто это иллюзия, формируемая недостаточно подготовленными специалистами по управлению здравоохранением, которые пытаются уподобить стратегию и тактику лечения пациента – выполнению рецепта из поваренной книги.

К сожалению, ошибки чаще совершают молодые врачи, и это связано, в первую очередь, с отсутствием у них системного подхода к процессу лечения, логического перехода от одного этапа организации и осуществления лечения к другому. Эти этапы можно перечислить в хронологической последовательности:

- ✓ *клиническое прогнозирование;*
- ✓ *анализ и оценка эффективности и рентабельности альтернативных методов лечения;*
- ✓ *оценка риска возможных побочных эффектов и осложнений лечения;*
- ✓ *выбор тактического варианта лечения;*

- ✓ *проведение лечебных мероприятий;*
- ✓ *анализ промежуточных и конечных эффектов лечения.*

Профессиональное выполнение выше указанных этапов, т.е. выполнения стандартов оказания медицинской помощи при определенной патологии, значительно снижает уровень риска развития ятрогений. Именно на этапе лечения пациента совершается значительное число технологических и технических ошибок. Анализ большинства из них указывает на то, что, как правило, вероятность совершения ошибки многократно повышается при отклонении от стандарта технологии оказания медицинской помощи, что в конечном итоге и предопределяет конфликт взаимоотношений потребителей и производителей медицинских услуг.

Примером такого конфликта могут служить материалы следующей комиссионной экспертизы случая ненадлежащего качества медицинской помощи.

Больная Д. поступила в гинекологическое отделение клинической больницы по направлению участкового акушера-гинеколога с диагнозом: множественная миома матки. В плановом порядке была произведена операция экстирпация матки. Через 10 дней пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Морфологическое исследование подтвердило диагноз множественной миомы матки с дегенеративными изменениями в лимфоузлах. Через 3 дня после выписки у больной появились рези при мочеиспускании, боли в животе. Она была повторно госпитализирована в гинекологическое отделение в связи с подтеканием мочи из влагалища при отсутствии произвольного мочеиспускания, т. е. образовался пузырно-влагалищный свищ, по поводу которого пациентка длительно лечилась и в стационарных, и в амбулаторных условиях, и только через 3 месяца произведена операция — экстраперитонеальная фистулография, ушивание раны левого мочеточника. Послеоперационный период протекал относительно гладко и на 12 сутки после повторной операции больная была выписана домой.

Вневедомственная экспертиза выявила достаточно много отклонений от принятых технологий лечения, однако главной причиной возникновения ошибки, по мнению экспертов, при проведении оперативного вмешательства стало несоответствие квалификации врачей — членов операционной бригады сложности и объему оперативного вмешательства. Результатом этого стал высокий риск осложнений в ходе первого оперативного вмешательства. *«Не осуществлялся контроль взаимоотношений удаляемой матки и мочевого пузыря», а «После операции был зарегистрирован абсолютный симптом интраоперационной травмы мочевого органа — окрашивание мочи кровью», попыток выяснения появления крови в моче бригада хирургов не предпринимала. В заключение эксперты отметили, что интраоперационное осложнение и его последствия обусловлены недопустимо низким техническим уровнем проведения оперативного вмешательства.*

Таким образом, врачебная ошибка процесса лечения – это досадный брак в работе, однако за всеми рассуждениями о праве врача на ошибку кроется несостоятельная с точки зрения логики позиция. Если профессиональная деятельность врача заведомо ориентируется на ошибки, то она утрачивает свою гуманистическую природу, а, следовательно, отношение к профессиональным ошибкам должно быть непримиримым. Следует рассматривать профессиональную ошибку врача не как его личное несчастье, а как горе для пациента и его родственников.

Довольно часто при анализе комиссионных разбирательствах медицинских происшествий приходится констатировать различные подходы в оценках причин развития ятрогенных осложнений с позиций патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов, причем это не единичные случаи. При этом следует критически относиться к заключительным формулировкам экспертов, представляющих медицинские организации. Дело в том, что довольно часто, экспертные заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проводимые по инициативе правоохранительных органов, своими выводами разрушают сложные и расплывчатые конструкции предыдущих экспертиз, построенные на основе заключения патологоанатомов.

В качестве примера приводим данные комиссионных экспертиз по поводу смерти пациентки С. 35 лет, проведенной по инициативе правоохранительных органов в связи с исковым заявлением родственников о ненадлежащем оказании медицинской помощи.

Жительница г. Николаевска-на-Амуре С. 1964 года рождения направлена на госпитализацию в родильный дом ЦРБ 19 мая 1999 года с диагнозом «Беременность 40 недель, сочетанный гестоз 1 ст., рубец на матке; хроническая внутриутробная гипоксия плода». Из анамнеза: 1 беременность - 1969 год - медицинский аборт; 2 беременность - 1991 - кесарево сечение; 3 и 4 - медицинские аборты; 5 беременность - 1998 год - выкидыш в 24 недели. По поводу настоящей беременности наблюдалась в женской консультации по месту жительства, за период диспансерного наблюдения по поводу высокой группы риска по материнской и перинатальной смертности в связи с ОПГ гестозом. От лечения в стационаре в течение беременности отказывалась. На рентгеновском снимке органов грудной клетки № 24 от 15.06.98 г.: «Патологических изменений не выявлено». Подпись: Врач ...

Согласно данным истории родов № 266, пациентка С., 1964 года рождения, поступила в Николаевскую ЦРБ (родильный дом) 19 мая 1999 года в 14 часов 15 мин. с диагнозом: «Беременность 40 недель. Отягощенный акушерский анамнез. Ожирение III степени. Длительно текущий сочетанный ОПГ (отек, протеинурия, гипертензия) - гестоз 1 степени. Рубец на матке. Хроническая внутриутробная гипоксия плода».

21 мая 1999 года в 9 часов 45 минут проведена операция кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки без придатков (в связи с атоническим состоянием матки и кровопотерей 500 мл). Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом. В связи с дефектом интубации на начальном этапе анестезиологического пособия, который мог быть обусловлен наличием у беременной ожирения III степени и выраженного гестоза (отечный синдром), развилось тяжелое гипоксическое и дисциркуляторное повреждение головного мозга.

Клинический диагноз: «Срочные патологические роды. Отягощенный акушерский анамнез. Длительно текущий нелеченный ОПГ (отек, протеинурия, гипертензия) - гестоз на фоне ожирения III степени. Рубец на матке. Повторное кесарево сечение. Гипотония матки. Надвлагалищная ампутация матки без придатков. Острая дисциркуляторная энцефалопатия. Отек головного мозга. Кома II. Острая дыхательная недостаточность».

В последующие дни состояние больной оценивается как тяжелое, кома I-II. Дышит через трубку. На рентгенограммах пневматизации легких нет. 22.05.99 в 13.00 консилиум врачей пришел к выводу о том, что у больной «на фоне повторного оперативного родоразрешения с отягощенным акушерским и аллергологическим анамнезом во время эндотрахеального наркоза возникла гипостатическая гипоксия, приведшая к острой энцефалопатии сложного генеза с развитием отека головного мозга, угнетению дыхания и развитию судорожного синдрома». 23.05.1999 больная бригадой Центра медицины катастроф транспортирована для дальнейшего лечения в Краевую клиническую больницу-ДМЦ г. Хабаровска.

Из медицинской карты № 7882 стационарного больного следует, что больная С., 1964 года рождения, поступила в ДМЦ г. Хабаровска 23.05.99 года в 22.30. Диагноз: «Поздний послеродовой послеоперационный период (кесарево сечение 21.05.99); дисциркуляторная гипоксическая энцефалопатия (кома II), отек головного мозга, судорожный синдром. В 22.40 осмотрена реаниматологом: «... состояние при поступлении критическое из-за тяжелейшей гипоксии и полиорганной недостаточности с грубыми нарушениями гемостаза. Начата экстренная интенсивная терапия. У больной кома III, атония арефлексия, сердечно-сосудистая недостаточность III, дыхательная IV; отек и гипоксия мозга, ОПН, уремия; брадикардия, асистолия. 26.05.99 в 22.50 констатирована смерть. Посмертный диагноз: «Поздний послеродовой послеоперационный период; постреанимационная болезнь, полиорганная недостаточность, гипоксическая энцефалопатия, отек головного мозга, ОПН, ОСС, ДН IV».

Патологоанатомический диагноз: Постреанимационная болезнь, развившаяся вследствие гипотонии и гипоксии во время операции кесарево сечение 21.05.1999 в сроке 40 недель, надвлагалищная ампутация матки. Длительно текущий тяжелый гестоз. Острая легочно-сердечная недо-

статочность. Выраженный гипоксический отек с клиникой декортикации головного мозга. Порок развития правого легкого: кистозная гипоплазия с развитием напряженного пневмоторакса справа; пункция 24.05.99 правой плевральной полости Двусторонняя нижнедолевая крупноочаговая пневмония. Ретенционные кисты обеих почек.

Заключение внутриведомственной экспертизы. Комиссия пришла к следующим выводам:

- ✓ *за период диспансерного наблюдения в женской консультации не соблюдены объем и сроки скрининговых методов обследования беременной;*
- ✓ *у беременной высокой группы риска по материнской и перинатальной смертности в условиях женской консультации не проводилось своевременно и в необходимом объеме профилактика и диагностика гестоза;*
- ✓ *при отказе беременной от стационарного лечения не использованы возможности альтернативного лечения: в условиях стационара дневного пребывания, стационара на дому и т.д.;*
- ✓ *в послеоперационном периоде родильница необоснованно переведена на спонтанное дыхание, что усугубило гипоксическое повреждение мозга.*

Из Заключения № 184/166 (экспертиза по материалам дела), проведенного в Хабаровском краевом бюро СМЭ. Выводы:

- ✓ *На начальном этапе анестезиологического пособия при проведении эндотрахеального наркоза беременной С., 1964 г. р., 21 мая 1999 года в родильном отделении ЦРБ г. Николаевска-на Амуре (операция «кесарево сечение») врачом анестезиологом-реаниматологом Х. был допущен дефект во время интубации (интубационная трубка ошибочно введена в пищевод). Указанный дефект интубации привел к тяжелой гипоксии и дисциркуляторному повреждению головного мозга, которое привело к выраженному отеку, декортикации головного мозга и летальному исходу.*
- ✓ *Имеется прямая причинная связь с последствиями дефекта интубации и смертью гр-нки С. Судебно-медицинская экспертная комиссия считает, что одним из факторов, способствующих дефекту интубации на начальном этапе эндотрахеального наркоза - это наличие у беременной ожирения III степени и выраженного гестоза (отечный синдром). Врач анестезиолог-реаниматолог Х. правильно оценил в предоперационном периоде анестезиологическое пособие III степени риска, поэтому он должен был предусмотреть возможность осложнений при даче эндотрахеального наркоза (консультация и т.д.).*

- ✓ При этом отсутствие аппарата мониторинга за состоянием больной также должно было насторожить врача Х. и более внимательно смотреть за состоянием пациентки при даче эндотрахеального наркоза. Все это могло способствовать своевременному обнаружению описанного дефекта при интубации и принятию быстрых мероприятий по устранению неправильной интубации.
- ✓ Судебно-медицинская экспертная комиссия считает, что неблагоприятный исход интубации при начальном этапе эндотрахеального наркоза могло быть обусловлено не неправильными действиями врача, а объективными случайными причинами при ожирении III степени и наличии гестоза. Поэтому врач анестезиолог Х. обязан был (согласно должностной инструкции врача анестезиолога-реаниматолога) «... перед каждой подачей наркоза врач анестезиолог-реаниматолог обязан лично осмотреть больного, составить план анестезиологического пособия. Лично убедиться в исправности наркозной, дыхательной и другой жизнеобеспечивающей аппаратуры, в наличии необходимого количества кислорода, медикаментов ...» При строгом исполнении всех, вышеизложенных пунктов можно было предупредить осложнения проводимого эндотрахеального наркоза» (л.д. 139-143).
- ✓ Рентгенограмма С., 35 лет, консультирована заведующим кафедрой рентгенологии и радиологии ГОУ ВПО ВГМУ, доктором медицинских наук, проф. С. При этом установлено, что: «1. При интубации интубационная трубка введена в пищевод. 2. Оценить наличие кистозной гипоплазии на представленных рентгенограммах не представляется возможным. 3. На рентгенограмме от 24.05.1999 года выявлен пневмоторакс справа со сдавлением легкого на 1/2 его объема. 4. На рентгенограмме от 26.05.1999 года справа выявлены ателектаз верхней доли, признаки отека легкого слева».

Печальная история оказания медицинской помощи пациентке С. показывает невероятно низкий уровень организации родовспоможения не только в конкретном городе, но и в субъекте РФ. И суть происшедшего не столько в технических и технологических ошибках медицинского персонала медицинских организаций службы ОЗМиР всех уровней, сколько в отсутствии четко сформированных маршрутов пациенток с осложненными беременностями и родами между медицинскими организациями. Конфликтность сложившейся ситуации, как правило, становится триггерным механизмом формирования многочисленных жалоб, заявлений и судебных исков к производителям медицинских услуг.

Довольно часто в первичных медицинских документах, отсутствуют

сведения, которые могут уточнить неясные моменты процесса производства медицинских услуг, которые могли бы «приоткрыть завесу» причинно-следственных связей формирования результатов медицинского происшествия. В качестве примера приводим данные заключения штатного врача-патологоанатома медицинской организации и судебно-медицинской экспертной комиссии регионального бюро СМЭ по поводу смерти ребенка П. 5 мес. в детском отделении ЦРБ.

Из анамнеза известно, что (медицинская карта стационарного больного №393 П. 06.11.2008 г. рождения), что мальчик родился от здоровой 19-летней женщины 06.11.08 г. в 12 часов 30 минут с массой тела 2846 г., ростом 50 см, окружность головы 33 см, окружность груди 32 см. Течение беременности без осложнений, нормальные срочные роды на 38-39 неделе. Оценка по шкале Апгар 8–9 баллов, приложен к груди в первые сутки. Масса тела при выписке 2707 г. пуповидный остаток отпал на 3-и сутки, выписан на 6 сутки в удовлетворительном состоянии. Рос и развивался нормально, с 3 мес. возраста переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери, наблюдался участковым врачом регулярно, отнесен в диспансерную группу социального риска в связи со сложным материальным состоянием матери. Привит по возрасту.

Направлен в детское отделение ЦРБ п. С. ЕАО по направлению врача поликлиники по социальным показаниям для оформления в дом ребенка. Госпитализирован 02.03.08 г. в 18 часов 00 минут по с диагнозом: «Госпитализация по социальным показаниям». При поступлении: жалоб нет, состояние удовлетворительное, кожные покровы умеренно бледные, носовое дыхание свободное, ЧД 34 в мин. По внутренним органам патологии не выявлено. Гулит, улыбается. Опора на нижние конечности слабая. Тонус мышц ног снижен, имеется тремор подбородка. Отмечается ограничение разведения в тазобедренных суставах. Физическое развитие среднее, гармоничное. 05.03.2009 г. масса тела ребенка 4930 гр., длина тела 58 см. Осмотрен узкими специалистами (хирург, невролог, психиатр, окулист, дерматолог, стоматолог). На флюорографии легких от 05.03.09 г. патологии не выявлено.

В анализах крови от 03.03.09 г. гемоглобин 120; эритроциты 3,79; цветной показатель 0,94; лейкоциты 6,9; палочкоядерные 1; сегментоядерные 43; эозинофилы 1; лимфоциты 52; моноциты 4; СОЭ 9. В анализах крови от 06.03.09 г. гемоглобин 127; эритроциты 3,74; цветной показатель 1,01; лейкоциты 11,2; с.я.32; э 2; лимф. 59; мон.7; СОЭ 5.

В анализах мочи от 03.03.09 г. и 06.03.09 г. цвет светлый, полная прозрачность; плотность 1014; белка нет, эритроцитов и эпителия нет; лейкоциты 0-2 в п/з.

Исследование на кишечную инфекцию от 07.03.09 г. дало отрицательный результат.

Исследование на дифтерию от 10.03.09 г. – отрицательный резуль-

тат.

Анализ крови экспресс методов на RW отрицательный.

Анализ кала на яйца глистов (дата не указана) – отрицательный.

Анализ кала на копрологию от 03.03.09 г.: крахмал – в/кл.ед.; жиры – нет; лямблии – нет; консистенция густая; клетчатка – м/в переваренная.

За время пребывания в детском отделении ЦРБ до 13.03.2009 жалоб нет, состояние удовлетворительное, по внутренним органам патологии не выявлено.

13.03.09 г. 23 часа 35 минут осмотр дежурного врача. Ребенок доставлен дежурной медсестрой в комнату дежурного врача. Кожа бледная. На лице пятна синюшно-багрового цвета. Пульс, дыхание не определяются. Зрачки расширены. В верхних и нижних конечностях определяется трупное окоченение. Реанимация: непрямой массаж сердца, дыхание рот в рот без эффекта в течении 10 минут. Констатирована биологическая смерть.

Клинический заключительный диагноз: Синдром внезапной смерти? Острая надпочечниковая недостаточность? Кровоизлияние в надпочечники? Острая асфиксия?

Заключение патологоанатома ЦРБ Щ. проведенное 16.03.2009:
На основании изучения медицинской карты больного, наружного и внутреннего исследования трупа, прихожу к заключению, что причиной смерти ребенка П. явился синдром внезапной смерти. Патологоанатомический диагноз: синдром внезапной смерти.

19.03.2009 труп ребёнка П. был захоронен на местном кладбище работниками ритуальной организации ООО «Элегант».

24.03.2009 на основании с постановления руководителя СО СК при прокуратуре РФ по ЕАО проведена эксгумация и судебно-медицинское исследование трупа ребенка П.

Заключение СМЭ №196/29-К (эксгумация трупа) от 21 апреля 2009:
комиссия экспертов пришла к выводу, что непосредственной причиной смерти ребенка П. явилась тканевая гипоксия, в результате механической аспирационной асфиксии по рефлекторному типу, при попадании пищевых масс в дыхательные пути.

В конечном итоге, при расследовании обстоятельств смерти ребенка П. было выяснены некоторые «неожиданные подробности». В частности из показаний свидетелей (сотрудников ЦРБ) выяснилось, что в помещении морга ЦРБ при патологоанатомическом исследовании трупа ребенка П. 16.03..2009 кроме врача патологоанатома Щ. присутствовали руководитель медицинского учреждения Ш. и два врача. Когда время проведения вскрытия патологоанатом выявил в дыхательных путях пищевые массы и указал на непосредственную причину смерти – аспирационную асфиксию, то руководитель ЦРБ настоял на том, что бы последний не фиксировал в протоколе вскрытия наличия пищевых масс в дыхательных путях и указал

в заключении патологоанатомического исследования диагноз «Синдром внезапной смерти». Комментарии, как говорится излишни...

Гибель детей в больницах «по недосмотру» становится привычным явлением. Истинное же положение дел с госпитализацией детей в состоянии полного здоровья для оформления в «социальные учреждения», где они многократно инфицируются или даже погибают, сегодня находится за пределами интересов чиновников от медицины и органов государственной статистики. А между тем, приведенный пример и подобные случаи не являются исключением, а только указывают на то, что положение врача-патологоанатома в реальной ситуации весьма зависимое от чиновников и ждать от него проведения «независимой патологоанатомической экспертизы» предприятие, вероятно, безнадежное.

Как правило, когда дело касается престижа медицинской организации и её руководства, то заключение патологоанатома иногда зависит от мнения руководства, которое менее всего заинтересовано в раскрытии истинного положения дел по управлению доступностью, качеством и безопасностью медицинской помощи в данной медицинской организации. Поэтому понятие «независимая экспертиза» по отношению к патологоанатомической службе применяется весьма условно, поскольку производят ее, врачи служащие одного ведомства, в условиях построения вертикали управления, а независимый чиновник явление нереальное.

Ошибки взаимоотношений врача и пациента. Факты, накопленные нами в течение последних лет в регионе по проблеме заключений комиссионных экспертиз неблагоприятных исходов в клинической практике, подвергаются быстрому старению ввиду динамичных изменений социально-экономической обстановки в здравоохранении Дальнего Востока России, что существенно отразилось и на взаимоотношениях врача и пациента.

Из четырех элементов системы обеспечения прав граждан на надлежащую медицинскую помощь наибольшие изменения претерпела нормативная база. Значительно расширились права пациентов, конкретизирована ответственность медицинских работников за результаты профессиональной деятельности и т.п. В здравоохранении Дальнего Востока появилась и развивается наряду с государственной и муниципальной частная система здравоохранения, в основном частная стоматология, а также дополнительные источники финансирования государственных медицинских организаций.

Реализация правовой реформы в РФ ведет к потенциальному росту правовой информированности населения. По данным Российского фонда правовых реформ, более половины граждан готовы обратиться в суд для защиты нарушенных прав, хотя и не обладают полным представлением о них. Этому в немалой степени способствуют средства массовой информации, деятельность общественных организаций, страховых компаний, Госу-

дарственного комитета по антимонопольной политике и т.п. По данным Госкомитета по антимонопольной политике, нарушения Закона о защите прав потребителей медицинскими учреждениями за последние годы увеличились более чем в 2,5 раза.

Положительные тенденции в борьбе за права потребителей иногда достигают уже своей противоположности - потребительского экстремизма, когда они используются в недобросовестных целях для извлечения дополнительной выгоды. Многие случаи неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи становятся темами публикаций в средствах массовой информации, получают значительный общественный резонанс, чего не было в предыдущие периоды существования отечественной медицины.

Все чаще и чаще среднестатистический россиянин сталкивается с проблемами получения исчерпывающей и достоверной информации о состоянии своего здоровья, о гарантиях в получении бесплатной медицинской помощи, о качестве медицинских услуг, об уровне загрязнения среды обитания промышленными и бытовыми отходами, о риске распространения тех или иных опасных инфекционных заболеваний и многом другом.²² А параллельно в местных «независимых» СМИ подаются информационные блоки о «достижениях» органов власти различного уровня по вопросам охраны окружающей среды, высоком уровне медицинской помощи населению и т.п. Формирующееся так называемое «гражданское общество», получая «причесанную» информацию, продолжает спокойно дремать под сенью «демократических свобод».

Плохо, если пациент зависит от лечащего врача, но намного хуже, когда пациент зависит от чиновника, который определяет, какую информацию о здравоохранении предоставлять, какие виды медицинской помощи должны быть бесплатными, какие платными и сам устанавливает «правила игры». Для некоторых чиновников стали крылатыми выражения: «Мы оказали помощь больнице», «Мы поможем жителям региона (города) сохранить свое здоровье» и т.п. Позвольте, но речь должна идти не о «помощи», а о выполнении своих обязательств по отношению к гражданам РФ.

Изменения, происходящие в современной России, огромный поток информации из-за рубежа о взаимоотношениях врача и пациента, принятие новых законодательных актов об охране здоровья населения позволяют уйти от принципов патернализма во взаимоотношениях врача и пациента.

²² «Граждане имеют право: на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека; получать в соответствии с законодательством РФ в органах государственной власти, органах местного самоуправления, органах и учреждениях государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ и у юридических лиц информацию о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания ...». Российская Федерация. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (прим. авторов).

Сегодня уже возможен переход от патернализма к использованию принципов сотрудничества и взаимного доверия.

Эти принципы можно свести к четырем главным компонентам:

- I. поддержка;***
- II. понимание;***
- III. уважение;***
- IV. сочувствие.***

Традиционно в отношениях врача и пациента заложены противоречия, с одной стороны, они строятся на патерналистских началах – врач «знает», что надо делать, и сделает всё к лучшему, даже против воли пациента, с другой стороны, их отношения признают свободный выбор пациента – пациент распоряжается своим телом. Следует отметить, что противоречивые мотивы не являются уникальными для медицины, а свойственны всем областям общественной жизни.

В сопоставимом анализе международного и российского исторического опыта патернализм связан, хотя и не жестко, с представлениями о преобладающей важности общественных интересов. Тем не менее, патернализм в чем-то сродни рабству, когда в силу обстоятельств пациент вынужденно зависит от врача, от его квалификации и нравственных установок.

В этом контексте нельзя не учитывать эволюцию сознания самого пациента, произошедшую в последние десятилетия. Непоколебимость компетенции и специфические знания врачей стали постепенно подвергаться сомнению. Врачей стали все чаще обвинять в недостаточной компетенции и даже привлекать к судебной ответственности. Изменились в худшую сторону и ушли далеко за пределы корпоративных интересов профессиональные отношения между самими врачами. Сегодня значительно усилилась взаимная конкуренция, способствующая, как неожиданно выяснилось, снижению профессионального уровня медиков, ухудшению эффективного сотрудничества между ними. Сегодня не существует реально функционирующей общественной организации, которая бы представляла широкие слои медицинской общественности.

Современный медицинский мир наводит на общество страх в связи с большим прогрессом в области клонирования биологических организмов и трансплантации органов и тканей, поскольку в условиях «дикого рынка», по Гайдару, ни для кого не стали удивительными отрывочные сведения и предположения о существовании рынка живых органов. «Спрос рождает предложение» и вот уже продвинутые журналисты, да иногда и медицинские работники вполне серьезно обсуждают рыночную цену почки (печени, сердца и др.). Причем делается это на таком уровне цинизма, что еще 15-20 лет назад такого человека в России подвергли бы остракизму и презрению.

Таким образом, в условиях рынка определенная часть медицинских работников имеет два противоположных лица, наводящих страх на общество: консерватизм, опирающийся на профессиональные ошибки, и прогресс, основывающийся на презрении к человеку, который не в состоянии оплатить медицинские услуги по рыночным ценам. Но если даже у пациента имеются средства для оплаты медицинской помощи по рыночным ценам, то его могут вынудить принять неправильное решение. Ведь зачастую, лечащий врач, расхваливая некоторые из лекарств как наиболее эффективные, находится в прямой зависимости от той или иной фармацевтической фирмы, которая оказывает врачу «спонсорскую» помощь, оплачивая последнему в качестве «ангажемента» расходы на вояжи по зарубежным клиникам, фармацевтическим производствам с целью участия в конференциях, программах обучения и повышения квалификации, или производя прямые выплаты, соотносимые с объемом продаж применяемого лекарственного средства. Именно эти лекарства могут стать причиной преждевременной смерти или такой болезни, которая по сравнению с первичным заболеванием бывает еще тяжелее и ведет к еще большему уровню нетрудоспособности.

Но все-таки для большинства производителей и потребителей медицинских услуг, т.е. между врачом и пациентом, были и остаются принципы доверительных отношений, но доминирует практика патернализма. Врач «исключительно в интересах пациента» принимает решения, а пациент пассивно наблюдает за изменениями, которые происходят с ним самим в процессе лечения. Больной всецело доверяется врачу, врач заботится о нем, а их взаимоотношения основываются на «слепой вере». Тем не менее, попытки некоторых врачей остаться сегодня с пациентами на уровне прежних взаимоотношений не всегда сопровождается успехом. Многие пациенты изменили свое мнение об отечественной медицине, врачах и медицинском персонале. К сожалению, отдельные медицинские работники своим поведением, отношением к профессиональным обязанностям зачастую поддерживают негативное мнение о себе.

В контексте выше указанного, следует отметить, что меняются и сами пациенты. Из данных проводимых нами социологических опросов дальневосточников и прямого общения с пациентами нам пришлось открыть неожиданные для себя вещи. Как ни странно, но большинство пациентов не могли назвать фамилию, имя и отчество лечащего врача. На вопрос: «Кто же Вас лечил?» звучал стандартный ответ: «Приходило на обход несколько врачей, за три недели лечения сменилось трое, последнего помню хорошо, такой в белом халате суровый, было видно, что он сильно торопился». Пациенты, которых оперировали в ходе лечения, лучше помнили врача, который вел их после операции, но почти ничего не могли сказать о том, кто их оперировал.

Что же относительно лечащих врачей, то картина здесь совершенно другая. Врачи, как правило, помнили большинство из своих пациентов, могли рассказать о составе семьи, месте работы, а иногда об особенностях характера больного, о ходе оперативного вмешательства, почему был применен тот или иной вариант оперативного пособия и т.п.

Мы бы не хотели драматизировать ситуацию, но, на наш взгляд, в последние годы произошло дальнейшее разделение интересов производителей медицинских услуг и их потребителей, что не улучшило, а ухудшило проблему взаимоотношений врача и пациента. Введение платных услуг в здравоохранении, наличие легального и «теневого» рынка медицинских услуг, снижение гарантий финансирования государственных медицинских организаций – все это отрицательно отразилось на взаимоотношениях врача и пациента, снизило уровень доверительных отношений. Сегодня пациент не всегда уверен, что врач отстаивает его (пациента) интересы, особенно в случаях экспертизы временной и длительной потери трудоспособности.

Среди российских медицинских работников все чаще допускаются ошибки, ведущие к смертельным исходам пациентов. Об этом заявил на состоявшемся 20 декабря 2008 г. заседании Координационного совета по здравоохранению в УрФО представитель Минздрава РФ Анатолий Ястребов. По его словам, проблема заключается в том, что до сих пор в России не анализируются многочисленные ошибки медработников. По числу смертей пациентов по вине врачей Россия, как заявил А.Ястребов, превзошла США, где этот ежегодный показатель составляет около 98 тыс. человек. Одна из причин такой высокой смертности – низкая профессиональная подготовка медиков. К примеру, некоторые учебные заведения проводят рассчитанный на 4-5 месяцев курс подготовки клинициста всего за одну неделю, что, по мнению А. Ястребова, недопустимо.²³

Ещё в 2003 году в Москве состоялся I Всероссийский съезд (Национальный конгресс по медицинскому праву), где обсуждались вопросы защиты прав пациентов и меры по предупреждению врачебных правонарушений и случаев неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи.²⁴ В 2005, 2007 и 2009 годах в Москве прошли II, III и IV Всероссийские съезды (Национальные конгрессы) по медицинскому праву, в которых приняли участие около 1000 специалистов. В свою очередь, в 2004, 2006, 2008, 2010, 2011 и 2015 годах соответственно в гг. Самаре, Новосибирске, Суздале, Санкт – Петербурге, Казани и Ярославле были успешно проведены Всероссийские научно-практические конференции по меди-

²³ Ястребов А.П. Представитель Минздрава России в Уральском федеральном округе, ректор УГМА, г. Екатеринбург. Состояние и развитие медицинского страхования в уральском федеральном округе. <http://www.ostrow.ru/hsite/konf/Yastreb.html> (по состоянию на 10.01.2017)

²⁴ Научные труды I Всероссийского съезда (Национального Конгресса по медицинскому праву). Том. 1-2. Россия-Москва. 25-27 июня, 2003 г.

цинскому праву и биоэтике.²⁵ Однако диапазон проблем, требующих порой безотлагательного регулирования с помощью норм медицинского права, все увеличивается.

Реальная медицинская практика опережает развитие медицинского права и ставит перед специалистами комплексные проблемы, связанные не только с медициной, но и с биологией, этикой, техникой, серьезными социальными и общественно процессами. Это и биологическая безопасность, и генная инженерия, молекулярная медицина и криология, клонирование и использование стволовых клеток, а так же правовой статус эмбриона человека, суррогатное материнство, медицинский эксперимент, трансплантация, эвтаназия и многое другое. Именно при реализации высоких технологий значительно увеличивается степень риска формирования ятрогений.

С точки зрения юридической оценки последствий оказанной медицинской помощи (с целью установления оснований для привлечения к ответственности медицинских работников) принято делить неблагоприятные последствия лечения на врачебные ошибки, несчастные случаи и наказуемые упущения (профессиональные правонарушения). И, действительно, на практике нередки случаи оказания медицинской помощи неудовлетворительного качества, последствием которой может явиться безрезультатное лечение или причинение вреда жизни и здоровью пациента. В этом смысле лечение, проведенное с отклонением от принятых стандартов качества, сопровождающееся причинением вреда здоровью может стать основанием для привлечения медицинских работников к административной, гражданской и уголовной ответственности. В то же время отечественная законодательная база охраны здоровья населения, особенно в части реализации высоких технологий (пересадка органов и тканей) далека от совершенства.

Значительная часть специалистов указывает на то, что наблюдается массовое сокрытие случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи, что, по их мнению, должно являться причиной привлечения должностных лиц к строгой ответственности. В реальной ситуации наблюдается активное противодействие расследованию преступлений медицинских работников, что отмечается и в работах многих ученых (Пристансков В.Д., 2003). Причем они же отмечают, что наиболее массовые уголовно наказуемые правонарушения нарушения медицинских работников либо декриминализованы, либо их квалификация размыта и сложна, что приводит к массовым злоупотреблениям и манипуляциям. Именно с учетом квалификации нарушений производства медицинских услуг очень важно устано-

²⁵ Сергеев Ю.Д., Концевая А.Ю. Уголовная ответственность за профессиональные и должностные правонарушения в медицинской деятельности: состояние правового регулирования. Медицинское право России: материалы Всероссийской научно-практической конференции. М.: Национальный институт медицинского права, 2015. С. 127-133.

вить нормативные и правовые границы между врачебными ошибками, несчастными случаями и профессиональными преступлениями медицинских работников.

7.3. Несчастные случаи и профессиональных преступления, как источник конфликтов между пациентом и врачом

Если медицинская помощь оказывается пациенту в полном соответствии со стандартами диагностики и лечения того или иного заболевания, соблюдены все требования безопасности, а в результате сформировался неблагоприятный исход, то это не исключает формирования конфликта между производителем медицинских услуг пациентом и его родственниками. Особую сложность при оценке неблагоприятных исходов в медицинской практике приобретают патологические состояния и заболевания, порожденные действиями врача или медицинского персонала, когда проведенная экспертиза не устанавливает дефектов обследования, консервативного и хирургического лечения, ошибочного введения лекарств и т.п. Напротив, все существующие требования, инструкции и стандарты были выполнены в соответствии с нормативными документами. Именно в таких ситуациях возникает проблема «несчастливого случая» в медицинской практике.²⁶

В отличие от несчастного случая в некоторых вариантах оказания медицинской помощи ненадлежащего качества в действиях медицинских работников могут присутствовать признаки легкомыслия, недобросовестности, профессионального невежества и профессиональной небрежности, вот эти-то случаи и должны рассматриваться с точки зрения наличия признаков возможного преступления. По нашему мнению, достаточно полную характеристику преступлению в сфере медицинского обслуживания дал еще в 1990 году В.А. Глушков: «Под преступлением в сфере медицинского обслуживания следует понимать умышленное или неосторожное, противоправное, общественно опасное деяние, которое совершается медицинским работником в нарушение служебных или профессиональных обязанностей, причинивших или могущих причинить существенный вред интересам социалистического государства в сфере охраны здоровья населения, здоровьем отдельных граждан».²⁷ В отечественной медицинской литературе (Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В., 2001) профессиональным преступлением в медицинской деятельности считается: «Умышленное или по неосторожности совершенное лицом медицинского персонала в нарушение своих профессиональных обязанностей такое общественно опасное деяние, которое

²⁶ Несчастный случай – непредвиденное стечение обстоятельств и условий, при котором причиняется вред здоровью человека или наступает его смерть. Малая медицинская энциклопедия. — М.: Медицинская энциклопедия. 1991—96 гг.

²⁷ Глушков В.А. Проблема уголовной ответственности за общественно опасные деяния в сфере медицинского обслуживания. Дисс. на соискание ученой степени доктора юридических наук. Киев, 1990. 39 с.

причинило (или реально могло причинить) существенный вред здоровью отдельных граждан или вызвало опасность для их жизни».

Несчастные случаи при оказании медицинской помощи. К несчастным случаям в медицинской практике следует относить неблагоприятные исходы лечения, когда медицинские работники действовали правильно, а неблагоприятный исход связан со случайными обстоятельствами, которые не возможно было предвидеть, а, следовательно, и предотвратить при самом добросовестном отношении персонала к своим обязанностям. Такая неожиданная смерть больного подчас зависит от индивидуальных реакций организма пациента, выявить которые своевременно медицинская наука пока может не всегда.

В сложившейся ситуации любой врач подвергается попытке привлечение его к ответственности уголовной или гражданско-правовой, что требует доказывания вины, наличия причинно-следственной связи с наступлением вреда. Именно в ситуациях нанесения ущерба здоровью пациентов при оказании медицинской помощи, несчастный случай представляет отдельную серьезную проблему с точки зрения установления причинно-следственной связи происшествия и доказывания виновности или невиновности в происшедшем медицинского персонала.

В соответствии со ст. 41 УК РФ обстоятельством, исключающим уголовную ответственность лица, может стать обоснованный риск. Его разновидностью является медицинский риск, который возможен при оперативных вмешательствах, терапевтическом лечении, при проведении различных биомедицинских экспериментов. Для признания такого риска правомерным необходимо обязательное соблюдение следующих условий:

✓ *риск должен быть направлен на достижение общественно полезной цели (например, стремление сохранить жизнь или здоровье пациента);*

✓ *такая цель не может быть достигнута иными методами, не связанными с риском. При наличии альтернативы медицинский работник должен выбрать лечение, не связанное с риском, чтобы избежать причинения вероятного вреда пациенту;*

✓ *врач должен предпринять достаточные с профессиональной точки зрения меры для предотвращения возможного вреда.*

Если вред был причинен при указанных обстоятельствах правомерного риска, то в действиях не будет состава преступления. Если же условия правомерности не будут соблюдены, что повлечет наступление вредных для жизни и здоровья пациента последствий, то при наличии вины врач может быть привлечен к уголовной ответственности.

В печальных обстоятельствах несчастного случая (медицинского происшествия) последнее слово за врачом-патологоанатомом, а при необходимости, и за врачом-судмедэкспертом, которые производят вскрытие и

должны установить, причину, приведшую к летальному исходу. В России судебно-медицинская и патологоанатомическая службы выполняют функции отделов технического контроля, что же относительно экономически развитых стран, то в них эти ведомства выполняют полицейские функции. Патологоанатомическая экспертиза при вскрытии производится в отделениях лечебно-профилактических учреждений в соответствии с законодательством в ограниченных случаях. При невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания приведшего к смерти, при подозрении на передозировку или непереносимость лекарств или диагностических препаратов; в случаях смерти, связанных с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий во время или после операции переливания крови.

В соответствии п. 18 «Порядка проведения патологоанатомических вскрытий»²⁸ производится вскрытие, в присутствии лечащего врача, с которым эксперт хорошо знаком, поскольку является работником того же медицинского учреждения и вскрытие, явление обыденное и регулярное, в особенности для недобросовестного или неквалифицированного врача. Препятствием вынесения объективного заключения экспертизы является: защита чести мундира, «цеховая» солидарность и «экономическая» составляющая.

Являясь служащими одного медицинского учреждения, где, как правило, часть услуг оказывается на платной основе, каждый зафиксированный случай противоправного профессионального поведения медицинских работников отражается на репутационной и материальной составляющей как медицинской организации так и, как следствие, самого специалиста-патологоанатома.

Именно здесь условия рынка диктуют производителям перевод части случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи, которые являются следствием врачебных ошибок или профессионального невежества, в т.н. несчастные случаи. Самому пациенту или его законному представителю объясняют, что причиной нанесение ущерба здоровью или смерти явилась «непреодолимая сила», которую не могли предвидеть и предотвратить последствия. По мнению правоохранителей это служит основанием высокой латентности преступлений медицинских работников. Среди поводов к возбуждению уголовных дел в части медицинской ошибки сообщения патологоанатомов о признаках преступлений составляют менее 5%.

В условиях высокого уровня латентности профессиональных преступлений медицинских работников, основанием для установления причинно-следственных связей случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи, как правило, оказываются или заявления потерпевшей стороны

²⁸ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 06 июня 2013 г. № 354н г. Москва. Опубликовано в Российской газете 25.12.2013 г. №6267.

или журналистские расследования. Появляющиеся в СМИ публикации, как правило, далеки от профессиональной трактовки произошедших случаев, однако они восполняют тот вакуум информации о реальном положении дел в отечественной медицине.

Приводим выдержки из публикации «Полтора года за роды»²⁹
...Забеременев в августе 2009-го, Ольга сразу же встала на учет в гинекологию. Когда была уже на восьмом месяце, познакомилась с известным доктором и договорилась о сервисных родах. Тогда же попросила акушера-гинеколога о том, чтобы ей сделали кесарево сечение. И вот настал долгожданный апрельский день, когда малыши запросился на свет. Как это чаще всего бывает, схватки начались под утро. Роженицу доставили в благовещенский роддом. Прибыл врач для сопровождения ее в родах. Они наступили в срок, но проходили с применением эпидуральной анестезии. Специалисты приняли решение «о консервативном ведении родов через естественные родовые пути на фоне спазмолитиков и под контролем кардиотокографии».

...У Ольги была слабая родовая деятельность. Врач-акушер предложил делать вакуум, но Ольга отказалась, сказала, что еще будет тужиться. Однако все ее старания были тщетны. Жизнь ребенка оставалась под угрозой. Его сердечко уже еле теплилось – прибор показывал всего 90 ударов в минуту. И тогда, как рассказала в суде пострадавшая, доктор начал давить предплечьем ей на живот, пытаясь выдавить плод. Конечно, в результате таких манипуляций врач хотел спасти ребенка. Хотя сам он отрицает то, что выдавливал плод. Родился мальчик весом, как и его сестренка, 3800. Новорожденного оценили по шкале Апгар всего в два балла. Доктора бросили все силы на реанимационные мероприятия, а роженица на какое-то время осталась без внимания. В это время, по словам экспертов, у нее произошел разрыв матки и мочевого пузыря.

...По словам потерпевшей, о том, что с ней происходит, ей никто из врачей не говорил. Она помнит только, что врачи дали ей на подпись какие-то бумаги. Мне сказали: «Если не подпишешь это, мы тебя не спасем», – рассказала Ольга в суде. Через 9 дней несчастную мать ждал еще один удар – умер ее сын. Это трагическое совпадение, говорят следователи. Тактика ведения родов была нарушена, но не это стало причиной гибели новорожденного. Причинно-следственной связи между этими двумя событиями эксперты не нашли. Как оказалось, у малышки не развиты легкие. Пока он находился в утробе матери, невозможно было выявить эту патологию. Ее обнаружили, только когда мальчик родился. Поэтому Следственный комитет прекратил уголовное дело по факту смерти ребенка. Что касается ошибок в тактике родов, они были доказаны судом.

²⁹Амурская правда (региональная общественно-политическая газета). 25 июня 2014 года №113 (27912). <http://www.ampravda.ru/2012/03/21/033884.html>

...Суд признал 49-летнего врача виновным по статье 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей) и приговорил к 1 году 6 месяцам ограничения свободы. Все это время доктор не имеет право менять постоянное место жительства и покидать пределы Благовещенска без согласия специализированного государственного органа.

Врач-акушер, допустивший врачебные ошибки, свою вину в суде не признал. Что касается потерпевшей стороны, то ни саму Ольгу, ни ее мужа, ни других родственников приговор суда не удовлетворил. Они считают его слишком мягким и подали апелляцию в Благовещенский городской суд. Конфликт сторон продолжился.

По мнению большинства юристов, грань между несчастным случаем и преступлением в настоящее время размыта, что «льёт воду на мельницу» производителей медицинских услуг увеличивая уровень латентности преступлений в сфере оказания медицинской помощи. Проблема не решается многие годы в связи с тем, что при наличии признаков ненадлежащего оказания медицинской помощи, лечащие врачи и администрация медицинских учреждений делают попытки трактовать последние, как «несчастные случаи» или пользуются п.3 Приказа Минздрава России от 06 июня 2013 г. № 354н. и не проводят патологоанатомического исследования.

Родственникам в такой ситуации объясняют бессмысленность и бесперспективность вскрытия умершего, поскольку, скорее всего, произошел несчастный случай. Сторона, представляющая умершего пациента, пишет заявление об отказе от вскрытия..., а администрация медицинской организации «закрывает глаза» на нормативные ограничения отказа от патологоанатомического исследования, содержащиеся в п.3 Приказа Минздрава России от 06 июня 2013 г. № 354н. Если подвергнуть непредвзятому анализу такие заявления, то в части случаев на родственников умершего просто оказывалось давление или не знакомили с нормами выше указанного приказа Минздрава России.

Еще одной стороной проблемы высокого уровня латентности преступлений в сфере производства медицинских услуг является неисполнение норм статьи 79 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий», согласно приложению из 14 пунктов, которые не исключают того, что вред здоровью мог быть сформирован в результате оказания медицинской помощи. Вполне естественно, что информация в органы внутренних дел о пациентах, вред здоровью которым был причинен в медицинском учреждении, выдается «дозировано».

В реальной практике установления причины смерти человека, умершего в медицинской организации, весьма редко принимают участие судебные медики. Это происходит при назначении экспертизы:

- ✓ *при насильственной смерти*
- ✓ *при подозрении на таковую*
- ✓ *от механической травмы, механической асфиксии, действия токсических или температурных факторов, электротравмы и др.,*
- ✓ *в тех случаях, когда диагноз в лечебном учреждении не установлен (таким образом, не исключено внешнее воздействие),*
- ✓ *когда имеется письменная жалоба родственников умершего на неправильное лечение,*
- ✓ *когда личность умершего не установлена.*

Причины несчастных случаев. Иногда неблагоприятный исход производства медицинских услуг является случайным, причем лечащий врач, который производил манипуляции, оперировал или назначил адекватную, с его точки зрения фармакотерапию, был не в состоянии предвидеть несчастье. Некоторые врачи, эксперты и юристы пытаются неправомерно широко истолковывать этот термин, включая в несчастные случаи неосторожные действия медицинских работников, врачебные ошибки и даже отдельные случаи непрофессионального отношения медицинского персонала к своим обязанностям.

В большинстве публикаций, к несчастным случаям относят все неудачные исходы, которые лечащий врач даже не прогнозировал. В качестве примеров подобных исходов можно назвать:

- ✓ *активацию хронической инфекции после операции;*
- ✓ *послеоперационные осложнения — случаи перитонита и кровотечений после рутинных аппендэктомий;*
- ✓ *разрыв операционного рубца или тромбоз спустя много дней после операции, воздушная эмболия сердца и др.;*
- ✓ *асфиксия аспирированными рвотными массами во время наркоза;*
- ✓ *смерть во время или после энцефалографии, эзофагоскопии и т.д.*

Для доказательства несчастного случая в медицинской практике необходимо полностью исключить возможность профессионального невежества, небрежности, халатности, а также врачебной ошибки. Такие исходы иногда связаны с непереносимостью и аллергией к некоторым лечебным препаратам, что при жизни больного было неизвестно.

Случайные неблагоприятные исходы могут наблюдаться при обследовании больных в момент различных диагностических манипуляций. Судебно-медицинская практика показывает, что подобные исходы иногда

наблюдаются при диагностической ангиографии с использованием препаратов йода. Иногда случайные смертельные исходы наблюдаются при переливании крови, соответствовавшей по группе крови больных, или при переливании кровезаменителей. Случайная смерть во время оперативных вмешательств наиболее трудна для распознавания, поскольку не всегда можно полностью выяснить причины и механизм ее наступления. Именно в таких ситуациях весь спектр обстоятельств необходимо учитывать судебно-медицинским экспертным комиссиям при оценке причин летальных исходов. Но разбираются они до установления сущности дефекта как врачебные ошибки.

Каждый несчастный случай когда-либо происходит впервые, как отражение стечения случайных обстоятельств, т.е. в каждом таком случае оказание медицинской помощи осуществлялось должным образом, однако в ход этого нормального процесса вторгся случайный фактор, который находится в причинной связи с последствиями медицинской помощи. Несчастный случай, как правило, наступает внезапно, и поэтому становится непредотвратимым для врача. Обстоятельством, исключаящим ответственность лечащего врача и ЛПУ за ущерб, возникший в результате действия случайных факторов, которые расцениваются в качестве непреодолимой силы, является надлежащее,³⁰ должное, правомерное врачевание.

Неблагоприятный исход лечения больного в результате случайного стечения обстоятельств довольно часто наблюдается при проведении банальной, неопасной с точки зрения обывателя, терапии. Такие исходы чаще всего связаны с индивидуальной повышенной чувствительностью к некоторым ЛС или возникают при проведении различных диагностических манипуляций, т. е. их нельзя предусмотреть при самом добросовестном отношении медицинского персонала к своим служебным обязанностям.

В качестве примера представляем следующий случай, произошедший более 25 лет назад. *В детское отделение ЦРБ одного из районов Хабаровского края поступила девочка 6 лет в удовлетворительном состоянии с диагнозом мелкоочаговая пневмония, острого течения, не осложненная, ДН-1. Дежурный врач назначил внутримышечные инъекции пенициллина в возрастной дозировке, при этом, выполняя соответствующую инструкцию (стандарт) того времени, собрал аллергологический анамнез у родственников и провел стандартную пробу на определение повышенной чувствительности к пенициллину. Реакции на внутрикожное введение препарата не было.*

Через 2 часа ребенку сделана внутримышечная инъекция пенициллина в терапевтической дозировке. Внезапно у ребенка появились судороги, затеем остановка дыхания и кровообращения. Несмотря на проведение реанимационных мероприятий, наступила смерть в течение 40 мин. после

³⁰ Надлежащий такой, какой следует, нужный, соответствующий. (Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. М., 1999. С. 379).

инъекции. По данным патологоанатомического исследования, результатам служебного расследования и проведенной комиссионной судебно-медицинской экспертизы, причиной смерти явился анафилактический шок, развившийся в результате непереносимости пенициллина.

В данном примере оказание медицинской помощи осуществлялось должным образом, однако в ход этого «нормального процесса» вторгся случайный фактор, который находится в непосредственной причинной связи со смертью пациентки. С конкретным случаем оказания медицинской помощи этот фактор находится в причинно-случайной связи и поэтому не охватывается предвидением. Он наступил внезапно, и стал непредотвратимым для врача. Обстоятельством, исключающим ответственность лечащего врача и медицинской организации за ущерб, возникший в результате действия случайных факторов, которые расцениваются в качестве непреодолимой силы, является надлежащее, должное, правомерное врачевание проводимое в рамках существующего технологического стандарта оказания медицинской помощи.

Следует признать, что в медицине встречаются несчастные случаи (казусы) в виде различных осложнений, которые невозможно предвидеть и предотвратить. Причем нередко они наступают неожиданно в виде внезапной остановки сердца или аллергической реакции, несмотря на принятие необходимых мер, например проведения предварительной пробы. С позиции права, несчастный случай (казус), имеющий все признаки неумышленного действия, совершается невиновно и не влечет уголовной ответственности.

Статья 28 УК РФ предусматривает невиновное причинение вреда, если лицо совершившее его, не сознавало и не могло осознавать общественной опасности своих действий, либо не предвидело возможности наступления общественно опасного последствия и, по обстоятельствам дела, не должно или не могло предвидеть. Основанием для признания отсутствия вины является и то обстоятельство, при котором лицо, хотя предвидело возможность наступления тяжких последствий, но не могло их предотвратить.

Прогресс медицинской науки и техники, расширение и усовершенствование технологий производства медицинских услуг, введение в широкую медицинскую практику новых высокоактивных лекарственных средств и вакцин, с одной стороны, обеспечили более короткие сроки и большую полноту выздоровления больных, снизили инвалидизацию и госпитальную летальность. С другой стороны, параллельно с этим росли, как степень опасности медицинской помощи и число несчастных случаев, так и смертность от них.

В заключение следует отметить, что во всех подобных случаях на стадиях предварительного расследования и судебного разбирательства основанием для установления кажущегося причинения вреда при добросо-

вестном и профессиональном выполнении своих обязанностей или невиновного причинения вреда здоровью больного, является заключение комиссии судебно-медицинской экспертизы с участием высококвалифицированных специалистов. Врачам следует помнить, что объектом подобной экспертизы являются материалы дела и, прежде всего, медицинская карта – важный юридический документ, источник доказательства по делу. Защитой врача от необоснованных обвинений является также его правовая грамотность, знание основ медицинского законодательства и, как это ни парадоксально, отдельных статей уголовного кодекса.

Профессиональные преступления при оказании медицинской помощи явление, отнюдь не редкое для здравоохранения Дальнего Востока России. В отличие от врачебной ошибки и несчастного случая в некоторых вариантах оказания медицинской помощи ненадлежащего качества в действиях медицинских работников могут присутствовать признаки легкомыслия, недобросовестности и профессиональной небрежности, вот эти-то случаи и должны рассматриваться с точки зрения наличия признаков возможного преступления.

По вопросу значимости проблемы причинения вреда здоровью пациентам действиями медицинских работников существует наглядная иллюстрация, которая основывается на том, что ежегодно в России только в процессе оказания стационарной помощи более 150 тыс. пациентам наносится вред здоровью или жизни. Общемировая же статистика свидетельствует, что причиной примерно одной четверти серьезных медицинских ошибок является профессиональная небрежность.

Приводим пример комиссии СМЭ по уголовному делу вынесенного старшим следователем следственного отдела по Облученскому району Следственного управления Следственного комитета РФ по ЕАО от 08 мая 2013 года о смерти ребенка А. в возрасте 1 год 3 мес., наступившей 02.01.2013 г. вне медицинского учреждения в результате заболевания.

Из первичных медицинских документов (Журнала СМП скорой медицинской помощи Бираканской амбулатории ОГБУЗ «Теплозерская ЦРБ») известно, что 01.01.2013 года в 09 часов в связи с поступившим от матери ребенка вызовом, осуществлен выезд бригады СМП в связи с тем, что ребенок стал беспокойным, капризничал. Девочка осмотрена фельдшером Д, состояние больной оценено как удовлетворительное и не требующее госпитализации, температура тела 37,1 °С, рекомендовано посещение поликлиники в плановом порядке.

01.01.2013 года в 19 часов 00 минут в связи с тем, что ребенок продолжал беспокоиться, появилась лихорадка. Отец ребенка повторно вызвал бригаду СМП. Девочка осмотрена фельдшером Т., поставлен диагноз «гнойный отит», введен анальгин и димедрол. Рекомендовано посещение поликлиники в плановом порядке.

02.01.13 года в 6 часов 30 мин. В связи с продолжающимся беспокойством девочки, лихорадки вызвана бригада СМП. Девочка осмотрена фельдшером Т., поставлен диагноз ОРВИ, гипертермический синдром. Рекомендована госпитализация в ЦРБ.

02.01.13 года в 7 часов 00 мин. мать повторно вызвала бригаду СМП в связи с ухудшением состояния ребенка. Прибывший по вызову фельдшер Т. в 7 часов 15 мин. констатирована смерть ребенка.

По поводу причины гибели ребенка и развития заболевания высказано две основные гипотезы;

- I. на фоне острой респираторной вирусной инфекции развились острый гнойный отит и пневмония, сопровождающиеся токсическим синдромом и полиорганной недостаточностью, что стало причиной летального исхода;
- II. на фоне острого гнойного отита развились септикопиемия и пневмония, острая легочно-сердечная недостаточность, что стало причиной летального исхода.

Патологоанатомическое исследование, проведенное зав. ПАО ОГУЗ «Областная больница» ЕАО, подтвердило вторую гипотезу. Заключение:

- ✓ *Основное заболевание: Гнойный средний отит с развитием периаантрита.*
- ✓ *Осложнение: Отогенный сепсис, септикопиемия с фибриновыми тромбами, стазами и сладжами эритроцитов в микроциркуляторном русле паренхиматозных органов, очаговый серозный менингоэнцефалит. Септическая интерстициальная пневмония с микроабсцессами и фибринозным плевритом. Миокардит. Нефрит. Миелоидная метаплазия селезенки. Острая почечная недостаточность. Отек головного мозга.*
- ✓ *Сопутствующие: Акцидентальная трансформация тимуса 4 степени. Подострый трахеит.*
- ✓ *Результаты вирусологического исследования № 29-34 от 11.01.2013 г. При исследовании секционного материала: трахея, правый и левый бронхи, правое и левое легкое, селезенка методом ПЦР, РНК/ДНК вирусов: гриппа А, гриппа В, парагриппа 1,2,3 и 4 типов, риновирусы, метапневмовирусы, аденовирусы, РС-вирусы, короновирусы и бокавирусы - не обнаружены.*

Однако заключение патологоанатома и подтверждение высказанной гипотезы о причине смерти не дали исчерпывающих ответов на ряд вопросов родственников ребенка и следователя следственного отдела СУ СК по ЕАО, что послужило причиной продолжения изучения данного медицинского происшествия уже в рамках комиссионной СМЭ.

Судебно-медицинский диагноз:

1. ОСНОВНАЯ НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ЕДИНИЦА

1) Основная причина смерти: Правосторонний гнойный срединный отит с развитием периаантрита.

2) Осложнения основной причины смерти: Отогенный сепсис. Септикопиемия. Септическая левосторонняя интерстициальная пневмония с микроабсцессами. Гнойно- фибринозный плеврит (эмпиема плевры). Миокардит. Нефрит. Миелоидная метаплазия селезенки. Острая почечная недостаточность. Очаговый серозный менингоэнцефалит. Отек головного мозга. Острая легочная и сердечная недостаточность.

3) Непосредственная причина смерти: Острая легочно-сердечная недостаточность.

2. СОПУТСТВУЮЩАЯ НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ЕДИНИЦА

1) Фоновое заболевание: Снижение иммунитета с частыми инфекционными заболеваниями дыхательных путей и среднего отдела правого уха (по данным амбулаторной карты).

2) Сопутствующее заболевание: Акцидентальная трансформация тимуса 4 степени. Подострый трахеит.

Выводы комиссионной СМЭ:

Изучив представленные на комиссионную ситуационную судебно-медицинскую экспертизу материалы уголовного дела № 811136, с учетом вопросов в постановлении, вынесенном старшим следователем СУ СК по ЕАО от 08 мая 2013 года, комиссия судебно-медицинских экспертов приходит к следующим выводам:

Анализ проведенных диагностических и лечебных мероприятий, выполненных в динамике наблюдения за ребенком на дому в период с 07 часов 10 минут 01.01.13 до 06 часов 40 минут 02.01.13г., свидетельствует о ненадлежащем качестве оказания медицинской помощи фельдшерами Бираканской амбулатории Д. и Т.

Дефекты, допущенные в динамике осмотров:

- ✓ при повторных вызовах у детей раннего возраста при повышении температуры необходимо исключить патологию со стороны ЛОР-органов, так как из-за особенностей анатомического их строения в детском возрасте воспаление среднего уха и околоносовых пазух может привести к формированию внутричерепных осложнений.
- ✓ неверно установлены диагнозы (у ребенка имели место симптомы «тревоги», позволяющие исключить кишечную колику: лихорадка, болезненность при пальпации живота, отказ от еды, отсутствие самостоятельного стула);
- ✓ отсутствие анализа причин нарастающей симптоматики у ребенка, свидетельствующие о прогрессировании тяжести заболевания;
- ✓ недооценка тяжести состояния;

- ✓ отсутствие диагностики ведущих патологических синдромов (интоксикационного, абдоминального, дыхательной недостаточности, нарушения нервной деятельности, циркуляторных расстройств);
- ✓ отсутствие рекомендаций при первичном осмотре;
- ✓ неадекватная медикаментозная терапия (только симптоматическая, направленная на снижение фебрильной температуры);
- ✓ пренебрежение важными математическими параметрами (частота сердечных сокращений, пульса, дыхания, показатели артериального давления);
- ✓ несоблюдение показаний для госпитализации;
- ✓ нарушение организационных принципов госпитализации (повторный вызов является показанием для госпитализации).

При оказании медицинской помощи больной А. имели место несоответствие диагностических и лечебных мероприятий, утвержденным действующим нормативным актам:

- ✓ п. 30 Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2004 № 179 «Порядок оказания скорой медицинской помощи»: бригадой скорой медицинской помощи не установлен своевременно диагноз, не проведены мероприятия, направленные на стабилизацию состояния пациента и при наличии медицинских показаний не проведена транспортировка его в лечебно-профилактическое учреждение.
- ✓ п. 19 Приказа Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 155н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "оториноларингология" и "сурдология - оториноларингология»: скорая медицинская помощь больным при острых заболеваниях и состояниях ЛОР-органов оказывается бригадами скорой медицинской помощи (врачебными или фельдшерскими), медицинским персоналом отделений скорой медицинской помощи при районных и центральных районных больницах и включает в себя обеспечение максимально быстрой транспортировки больного при острых заболеваниях в медицинскую организацию для оказания круглосуточной специализированной медицинской помощи.

Комиссионной СМЭ была установлена причинно-следственная связь между действиями медицинских работников СМП и гибелью ребенка А.

Таким образом, комиссия СМЭ подтвердила вторую гипотезу по поводу причины гибели ребенка и развития заболевания. Вместе с тем было указано на то, что в действиях медицинских работников были выявлены признаки игнорирования нормативных актов федерального уровня, а именно: Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2004 № 179 «Порядок оказания скорой медицинской помощи» и Приказа Минздравсоцразвития

РФ от 28.02.2011 № 155н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "оториноларингология" и "сурдология - оториноларингология». Кроме того была установлена причинно-следственная связь между действиями медицинских работников СМП и гибелью ребенка.

В дополнение к выше изложенному, следует добавить и то, что это медицинское происшествие, как многие подобные пришлось на первые праздничные дни «Нового Года». А ведь именно в этом временном промежутке, в силу «ряда обстоятельств», снижается уровень концентрации работников экстренных служб на безопасное производство медицинских услуг.

Следовательно, если бы смерть ребенка произошла бы без участия медицинских работников, то, вероятно, была бы сформирована следственная группа. Действия которой складывались бы из алгоритма с момента получения сообщения о происшествии до завершения процессуального оформления необходимых документов, опосредующих исследование места происшествия, обнаружение, фиксацию и изъятие следов преступления. При этом был бы составлен протокол осмотра места происшествия, составленный участниками следственной группы. Поскольку при медицинских происшествиях вышеуказанные следственные действия, как правило, не осуществляются по «горячим следам», то и подтвердить, или отвергнуть гипотезу причины гибели пациента удастся далеко не всегда. Именно расплывчатость, неконкретность алгоритма действий представителей органов следствия при расследовании медицинских происшествий стимулирует уровень конфликтности взаимоотношений потребителей и производителей медицинских услуг.

Что же относительно выполнения медицинским персоналом стандартов оказания медицинской помощи при определенной патологии, то именно здесь и совершается значительное число преступлений. Анализ большинства из них указывает на то, что, как правило, вероятность нанесения ущерба здоровью пациента многократно повышается при том или ином отклонении от стандартных технологий.

Примером такого отклонения могут служить материалы следующей вневедомственной экспертизы КМП.

Анна К., 14 лет, поступила в родильный дом с диагнозом: первые нормальные срочные роды у юной первородящей. Через 4 часа пациентка родила живого доношенного здорового ребенка. В послеродовом периоде у нее развилось позднее послеродовое кровотечение, произведено ручное обследование полости матки, которое пациентка перенесла удовлетворительно. Учитывая наличие постгеморрагической анемии, дежурный врач решил перелить 300 мл эритромаксы. Состояние больной перед переливанием оценено как среднетяжелое. В этот же день в 16 час. 45 мин. перелито 330 мл эритромаксы В (III), Rh положительной, а в 19 час. 30 мин.

появились признаки сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Поставлен диагноз: гемотрансфузионный шок, проведено повторное определение группы крови пациентки врачом-анестезиологом: A (II) Rh положительная. Больная переведена в реанимационное отделение многопрофильной больницы, но на следующий день на фоне нарастающей сердечно-сосудистой и почечной недостаточности наступил летальный исход.

Проведенная вневедомственная экспертиза КМП установила, что врач-акушер-гинеколог при поступлении пациентки ошибся в определении группы крови и зафиксировал это в журнале B (III) Rh положительная, а дежурный врач в нарушение стандартной инструкции не переопределил группу крови перед гемотрансфузией и не провел стандартные пробы на индивидуальную совместимость. Результатом нарушения стандарта переливания крови стала гибель молодой матери.

Аналогичные деяния, опасные для жизни пациентов могут совершаться другим медицинским персоналом ЛПУ, например, при проведении манипуляций по уходу. Особенно тяжелы последствия ошибок среднего медицинского персонала в детских медицинских организациях и родильных домах. Приводим данные служебного расследования подобных случаев.

Марина С. 2, 5 лет была госпитализирована в хирургическое отделение детской краевой больницы с диагнозом: хроническое неспецифическое заболевание легких, бронхообструктивный синдром. Проводилось бронхологическое обследование, антибактериальная и антиспастическая терапия. По показаниям пациентке проведена катетеризация подключичной вены справа по Сельдингеру. В течение недели в катетер дважды в день вводились лекарственные препараты, проводились капельные вливания растворов, уход за катетером осуществляла медицинская сестра реанимационно-анестезиологического отделения ЛПУ.

При очередной процедуре ухода за катетером появилась необходимость смены пластыря, которым катетер фиксировался к коже подключичной области пациентки. Подрезая ножницами пластырь, медсестра пересекла катетер и оставшаяся его часть мигрировала по ходу сосудов в правое предсердие.

Таким образом, в результате действий медицинской сестры у пациентки возникло новое патологическое состояние: инородное тело (остаток полиэтиленового катетера) в полости правого предсердия. Через 9 месяцев в кардиохирургическом центре проведена операция по удалению инородного тела, исход операции успешный. По этому случаю было возбуждено уголовное дело.

Следует отметить, что уголовная ответственность врачей и иного персонала медицинских организаций за совершение профессиональных преступлений в последние годы приобретает особую остроту. В связи с

этим значимость изучения вопросов уголовно-правовой ответственности медицинских работников становится актуальной и сложной проблемой. Однако в большинстве случаев непрофессиональные действия медицинских работников формируют весьма жёсткий конфликт между пациентами и их родственниками и производителями медицинских услуг, который не разрешается даже после обвинительного приговора суда.

Между тем, самая трудная задача, которую должен решить пострадавший пациент в судебном разбирательстве, – это, как ни странно, бремя доказывания того, что небрежность врача стала причиной нанесенного ущерба. Истец должен доказать не то, что врач не смог его вылечить от недуга, а то, что при лечении он существенным образом отклонился от общепринятых норм, что негативным образом повлияло на состояние здоровья истца. Как правило, задача эта весьма трудновыполнимая. Судебная практика в субъектах РФ ДФО показывает, что пациенту, пытающемуся добиться успеха в процессе против врача (медицинской организации), придется столкнуться с гораздо большими трудностями, чем при участии в любом ином судебном процессе о причинении вреда.

Но если официальной медициной проблема доступности профессиональных преступлений медицинских работников замалчивается, то в СМИ Дальнего Востока России «вал публикаций» по данной проблеме нарастает.

Например, *«Как итоги модернизации здравоохранения Камчатского края следует расценивать цитату: « Аппарат МРТ (магнитно-резонансная томография) для камчатских жителей стал оборудованием из разряда недостижимых. Очередь на несколько недель вперед. В Петропавловске-Камчатском люди отдают десятки тысяч рублей за обследование. Например, голова и шея стоит 8 тыс. руб. Бесплатных услуг нет. А если обследование необходимо умственно отсталому пациенту, это переходит в разряд научно-популярной фантастики. Давайте будем честными, уважаемые чиновники от медицины, и признаемся: плохо у нас на Камчатке работает система здравоохранения! Недоступная она у нас, некачественная. Полисы не работают как надо, врачи не работают как надо, поликлиника в центре города такая, что находиться там до отъезда неприятно из-за оголенных проводов, диких очередей, темных коридоров, дыр в потолке первого этажа... Реальный портал в ад!»³¹*

Аналогичные сообщения можно встретить во всех региональных СМИ:

- ✓ *Хабаровск, 20 апреля, AmurMedia. Губернатор Хабаровского края Вячеслав Шпорт разберется в смерти младенца. Как ранее сообщало РИА AmurMedia, на острове Большой Уссурийский не дождал-*

³¹ Ольга Воронкова. «Камчатское время», №41, 17.10.12.

ишь помощи врачей умерла пятимесячная девочка. Возбуждено уголовное дело...

- ✓ *Хабаровск, 22 ноября, РИА Новости. Прокуратура Железнодорожного района Хабаровска направила в суд уголовное дело в отношении врача больницы, которая обвиняется в том, что перелила пациентке кровь несовместимой группы, из-за чего та скончалась, сообщает краевая прокуратура.*
- ✓ *Владивосток, Июнь 08 (Новый Регион, Дарья Неклюдова) – Медработник во Владивостоке на 12 часов забыла пациента в барокамере, сообщил главный врач городской клинической больницы № 2 Вячеслав Глушко...*
- ✓ *24 Февраля 2012 г. Комсомольская правда. Виктору Т., бывшему пациенту урологического отделения Владивостокской городской больницы №2, широко известной «тысячечкоечной», удалось, казалось бы, невозможное... Во-первых, Т. доказал в суде ошибку врачей, и суд решил, что лечебное учреждение обязано выплатить ему 1 миллион рублей... После «лечения», сделавшего его пожизненным инвалидом, Т. ходил по инстанциям, писал, добивался, судился почти четыре года.*
- ✓ *Биробиджан, 12 ноября, ЕАОmedia. Два уголовных дела в отношении медицинских работников расследовалось в следственном управлении Следственного комитета РФ по ЕАО. Врачи обвинялись в причинении смерти по неосторожности. Одно уголовное дело прекращено в связи с истечением сроков давности, другое – находится на рассмотрении в суде, сообщил в интервью корр. РИА ЕАО media руководитель следственного управления СК России по ЕАО генерал-майор юстиции Александр Бачурин.*
- ✓ *На Сахалине возбуждено дело против санитарки, обдавшей младенца кипятком. Южно-Сахалинск, 24 октября. Уволенная санитарка сахалинского "Дома ребенка" стала фигуранткой уголовного дела. Она обдала ребенка кипятком, а затем пыталась скрыть произошедшее и оставила ребенка без помощи медиков.*
- ✓ *Южно-Сахалинск, 22 августа. На Сахалине возбуждено уголовное дело в отношении медиков, по вине которых трехлетний ребенок впал в кому, из которой его пока безуспешно пытаются вывести японские врачи. Дело расследуется по ч. 2 ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей).*
- ✓ *В Приамурье возбуждено уголовное дело по факту массового заболевания корью жителей Благовещенска. Под следствием оказались*

сотрудники областного государственного учреждения "Амурская областная инфекционная больница", которые, как оказалось, поставили своим пациентам неверный диагноз, что привело к вспышке совершенно другого заболевания. В результате число пострадавших составило 15 человек, все они являлись пациентами одной и той же больницы. Прокуратура направила материалы проверки в следственное управление, которое на днях возбудило уголовное дело по статье нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание. Ситуацию взял под личный контроль прокурор Благовещенска (Татьяна Александрова, Амурская область. Опубликовано на сайте rg.ru 15 июля 2010 г.).

Россияне постепенно привыкают к объему негативной информации в СМИ о здравоохранении, но надежда на позитивные изменения пока их не оставляют. И все же каждый случай гибели пациента или причинения ему тяжкого увечья, обусловленный обстоятельствами субъективного характера, профессионального правонарушения (неоказания или ненадлежащего оказания помощи больному) должен расцениваться как чрезвычайное происшествие. Сознательно веря врачу самое дорогое, что дано Богом и Природой – жизнь и здоровье, каждый человек вправе быть уверенным, что они находятся в надежных и добрых руках.³²

Опыт экономически развитых государств и России показывает, что не привлечение к ответственности виновных лиц неизбежно приводит к сохранению достаточно высокого уровня правонарушений в сфере здравоохранения. Результаты этих правонарушений известны – это рост числа инвалидов и смерть десятков тысяч людей. Очевидным является и то, что инициатива привлечения к ответственности виновных никогда не исходила и, судя по всему, не будет исходить от чиновников, располагающих реальными сведениями о фактах профессиональной некомпетентности, небрежности и недобросовестности своих подчиненных. Закрывая глаза на эти факты, потребители медицинских услуг и общество будут способствовать еще большей жизнеспособности некомпетентности и небрежности при производстве медицинских услуг у определенной части медицинского персонала.

Именно по этой причине, как производители, так и потребители медицинских услуг должны быть информированы о том, в каких случаях кроме гражданско-правовой ответственности медицинских организаций наступает личная ответственность конкретного врача. Профессиональная небрежность при оказании медицинской помощи имеет вполне конкретные признаки. Если обстоятельства дела свидетельствуют о том, что причинения вреда здоровью (жизни) могло и не произойти в случае, если бы

³² Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. Москва, 2001 г., с. 5.

врач проявил необходимую внимательность или предусмотрительность, речь идет о его наказуемой профессиональной небрежности.

Причем, довольно часто мы слышим советы о том, что россиянам при любой возможности, что бы избежать столкновения с профессиональной небрежностью отечественных медицинских работников, следует выезжать для получения медицинской помощи за рубеж. Следует отметить, что представители российского истеблишмента, а так же известные актеры, литераторы и просто богатые люди потоком устремились в довольно дорогостоящие клиники США, Евросоюза, Израиля, Сингапура, Южной Кореи и пр.

Справедливости ради следует отметить, что отзывы о лечении в зарубежных клиниках, как правило, самые благоприятные. Однако, проблемы профессиональных преступлений не решены и там. В СМИ и на различных сайтах сети интернет приводятся свидетельства самых «чудовищных» примеров профессиональной небрежности в зарубежных клиниках.

Позволим себе привести несколько примеров по материалам зарубежной прессы³³

📖 В результате небрежности врачей у белой пары в клинике искусственного оплодотворения родилась темнокожая двойня. Родители считают, что сотрудники лаборатории перепутали пробирки.

📖 В 2007 году индианка Сабнам Правин родила сына путём проведения операции кесарева сечения. Несколько недель роженица чувствовала себя отлично, но потом её начали беспокоить боли в животе. Молодая мама решила обратиться к врачу, а через некоторое время оказалась на операционном столе в Чаттисгархском институте. Незадачливый хирург, выполнивший операцию по извлечению плода, забыл медицинскую салфетку в животе у пациентки, так что женщину пришлось оперировать вторично.

📖 Похожий случай произошел с Дональдом Черчем (в 2000 году у него в животе забыли 31-сантиметровый инструмент), однако мужчина получил компенсацию в размере 97 тысяч долларов.



³³ <http://sobesednik.ru/health/20130709-5-samykh-chudovishchnykh-vrachebnykh-oshibok>

📖 Юджин Ригс из Сан-Франциско, страдавший дивертикулярной болезнью, поступил в военный госпиталь. Заболевание кишечника не давало пациенту получать достаточное количество пищи, поэтому врачи решили дополнительно кормить его с помощью желудочного зонда. В результате пища начала попадать не в желудок, а в лёгкие больного мужчины. Врачи успели вовремя заметить ошибку. Жена Юджина Ригса подала в суд на правительство США, так как по законам страны нельзя предъявлять иски против военных врачей и госпиталей.

📖 Классикой жанра стал случай с американцем Вилли Кингом. В 1995 году мужчине предстояла непростая операция по ампутации правой ноги. Хирург из города Тампа, штат Флорида ампутировал 52-летнему Вилли Кингу не ту ногу. Сложно представить чувства пациента, который, очнувшись от наркоза, увидел, что ему ампутировали левую ногу вместо правой. Позже врач попытался доказать, что левая нога была также нездорова и её, скорее всего, также ампутировали бы по прошествии некоторого времени. Правда, этот факт Кинга не порадовал, и он подал в суд. В итоге мужчина получил компенсацию в размере 900 тысяч долларов от лечебного заведения и 250 тысяч долларов от хирурга, которого на 6 месяцев лишили лицензии.



📖 Сиэтл, штат Вашингтон. Вирджиния Мейсон, медсестра медицинского центра, не обратила внимания на упаковку «медицинского средства» и ввела 69-летней Мэри МакКлинтон вместо лекарства средство для дезинфекции инструментов.

📖 Джерому-Парксу, больному раком языка, облучили не тот орган. Точнее, ему облучили даже несколько сегментов тела. Компьютерная система ошиблась, а врачи не проверили информацию по медицинской карте, и в итоге пациенту облучили здоровую стволую часть мозга и шею. Облучение происходило в течение трёх дней, и в результате такого «лечения» пациент оглох и ослеп.

Пятидесятилетняя медицинская сестра Кимберли Хайт (Kimberly Hiatt) отделения интенсивной терапии детского госпиталя в г. Сиэтл, штат Вашингтон с безупречным профессиональным стажем более 24 лет во время оказания медицинской помощи тяжело больному ребенку ошибочно передозировала хлорид кальция в 10 раз. Ребенок погиб.



Photo courtesy Lvn Hiatt

Через некоторое время на фоне увольнения и чрезмерного эмоционального напряжения, Кимберли Хайт покончила жизнь самоубийством.³⁴ Следует отметить, что это вторая жертва (после смерти ребенка Kaia Zautner) одного и того же медицинского происшествия.

Подобные публикации многочисленны, но они, как правило, отражают одну из сторон процесса роста случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи в результате профессиональной некомпетентности, небрежности и недобросовестности отдельных производителей медицинских услуг.

Однако существует и иная сторона вопроса, которая заключается в том, что многие часы, проведенные в операционной, негативное влияние профессиональных перегрузок на личную жизнь, ответственность и чувство вины за совершенные ошибки – это тот груз, который сопровождает профессиональную деятельность большинства врачей и медицинских сестер. Прибавьте к этому давление родственников пациентов, привычка

³⁴ http://www.nbcnews.com/id/43529641/ns/health-health_care/t/nurses-suicide-highlights-twin-tragedies-medical-errors/#.U8lhppR_tWI

снимать стресс алкоголем и другими субстанциями, отсутствие психологической помощи – вот факторы, которые в конечном итоге толкают медицинских работников на самоубийство. Постоянный контакт с опасностью нанести непоправимый ущерб здоровью пациента, чрезмерное эмоциональное напряжение и частые психологические травмы, связанные с работой, накапливаются и со временем могут привести к катастрофе.

О самоубийстве известного в г. Хабаровске детского хирурга Н. в мае 2015 года местные СМИ опубликовали несколько сообщений. 14 мая 2015 г. на официальном сайте Следственного управления СКР по Хабаровскому краю эти сообщения были официально подтверждены. Не вдаваясь в подробности, хотелось бы отметить, что трудно представить, что успешного, компетентного 53-летнего хирурга, которого на пике профессиональной карьеры банальный конфликт с родителями пациентки заставил свести счёты с жизнью. Однако факт самоубийства налицо. В средствах массовой информации по этому поводу писали:

«После визита сотрудника правоохранительных органов хабаровский детский хирург Н. найден повешенным. Краевое управление Следственного комитета России возбудило уголовное дело по статье «Доведение до самоубийства».



В различных источниках мы отыскивали отзывы о детском хирурге Н.³⁵

Екатерина. *Господи, как жалко! Сегодня случайно наткнулась на информацию о Юрии Николаевиче! Мы пересеклись с ним случайно. Настолько грамотного специалиста я еще не встречала! Он просто спас моего сына от ненужной операции (удаление "опухоли"), которую назначил нам хирург Анатолий Владимирович этой же больницы. Так вот Юрий Николаевич, осмотрел сына и сказал, что все пройдет без операции, никакая это не опухоль, а если все же не пройдет, дал свой телефон и сказал звоните, сам прооперирую. Операция нам не потребовалась, как и сказал Юрий Николаевич, все прошло после обычного лечения. На память остался листочек, с написанным, рукой Юрия Николаевича, номером телефона. Очень жалко!!!!*

Мама Данила. *Юрий Николаевич, не успела сказать Вам спасибо огромное за операцию сыну. Надеюсь, на том свете Вы меня услышите. Сегодня узнала и плакала. Много хорошего слышала о Вас. Спасибо большое еще раз. Жаль Вас терять, но надо как то жить дальше, кому теперь доверить сына я не знаю.*

³⁵ https://www.youtube.com/watch?v=tKJ9Oh_xx9I

Дмитрий. Долгое время работал с ним. Это был лучший детский хирург Хабаровского края. Человек большой души и очень переживавший за своих пациентов – наших с вами детей. Регулярно до 5-7 операций за смену, а сколько исправлял недоделки «детских убийц» даже из других регионов, которые диагноз перитонит поставить не могли ... Почему ушёл? Я думаю, просто морально устал смотреть как государство гробит медицину. Работать станет скоро практически нечем и не с кем. Урезали и зарплаты и обеспечение. Вот и уходят лучшие специалисты. Знаю точно Юрий Николаевич спас столько детей, что вполне бы хватило заселить один из микрорайонов города, помог десяткам тысяч, золотые руки и старая закалка коммуниста... Светлая ему память. Скорбим. Соболезнуем.³⁶

Приведенные примеры гибели медицинских работников, являются свидетельством того, что в условиях нарастающих проблем отечественной медицины, мы являемся свидетелями и участниками разрушительных процессов, жертвами которых становятся как пациенты, так и медицинские работники. Уровень ожесточения обеих сторон достиг такого накала, что вероятность достижения консенсуса становится все более призрачной. Однако, если говорить об отечественной медицине, то причинение вреда здоровью потребителей медицинских услуг и профессиональных преступлений медицинских работников существует, ровно в такой же мере, как и в зарубежной медицине.³⁷ Как правило, – это сопровождается жесточайшим конфликтом потребителя и производителя медицинских услуг, длительность которого в отдельных случаях исчисляется годами.

Таким образом, причинение вреда жизни и здоровью при оказании медицинской помощи – объективная реальность, связанная со стремительным развитием науки и техники, созданием новых мощных фармакопрепаратов, совершенствованием медицинских технологий, массовым характером медицинских услуг и клинических испытаний их новых вариантов. Однако, ни частота случайного причинения вреда, ни статистика случаев профессиональной небрежности в отечественном, а уж тем более в региональном здравоохранении пока не подлежат официальному учету. Подобная позиция системы здравоохранения имеет чисто идеологические основания, но никак не заботу о спокойствии пациента, чем иногда пытаются оправдать отказ от обсуждения этих фактов региональные чиновники.

Классическая конструкция примерно такова «...граждане России не должны сомневаться в том, что именно наше здравоохранение - самое безопасное. Оно в процессе своей работы не может причинить вред пациенту. Те же, кто стремятся публично обсуждать эти вопросы, наносят удар по самому святому – по доверию пациента к врачу». Существенным

³⁶ <https://www.medpoisk.ru/view/doctor/29764/nezataenko-yuriy-nikolaevich.html>

³⁷ Богданов В. «Летальная халатность». Российская газета. 6 ноября 2008. N4786. <http://www.rg.ru/2008/11/06/oшибka.html>

фактором является экономическая выгода замалчивания этой проблемы. Значительно дешевле платить человеку минимальную пенсию по инвалидности, чем возмещать ему вред в полном объеме, предусмотренном Гражданским Кодексом.

Справедливости ради следует отметить, что весьма редко, даже при наличии достаточной доказательной базы суды принимают однозначные решения по «медицинским» делам. По мнению доктора медицины и доктора права В.Н. Флоря *«Поражение Фемиды в борьбе с врачебными преступлениями имеет много причин. Наиболее существенные из них, заключается в том, что по делам о врачебных преступлениях следователь и судмедэксперт на место происшествия не выезжают, медицинская документация не изымается, подозреваемым врачам никогда не избирается мера пресечения в виде заключения под стражу. Все подозреваемые остаются на свободе, активно мешают следствию в установлении объективной истины по делу и, в конце концов, успешно добиваются своего оправдания»* (Флоря В.Н., 2004).

Открытость обсуждения случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи населению процесс достаточно сложный, поскольку довольно часто подход средств массовой информации к освещению ошибок при оказании медицинской помощи достаточно прямолинейный: они освещают все индивидуальные сведения, которые им удастся получить в отношении медицинского персонала, совершившего ошибку. Анонимность очень хорошо воспринимается в обществе, основанном на принципах свободы слова, демократии и соблюдения прав человека. Однако предметом озабоченности региональных органов здравоохранения является опасность того, что резкие негативные выступления в прессе по поводу даже единичного случая ошибки, ставшего достоянием гласности, могут разрушить профессиональную карьеру конкретных работников.

Более рациональный подход заключается в том, чтобы без спешки разобраться в происшедшем, взвесить относительное значение личных и системных факторов, приведших к ошибке, и только после этого сделать выводы и принять решения. Все это более трудно осуществить в обстановке общественных эмоций и давления со стороны СМИ, хотя порой именно эти факторы являются толчком к необходимым изменениям.

Поэтому в каждой стране руководители, отвечающие за вопросы безопасности пациентов, должны на основании местных условий устанавливать конкретные правила о том, в каких случаях, каким образом и в каких целях следует открыто называть имена соответствующих медицинских работников. Эксперты ЕРБ ВОЗ высказывают некоторые соображения по этому поводу, которые приводим ниже.

- ✓ *Анализируя тысячи поступающих сообщений, самая главная задача – определить, имеет ли место порочная тенденция, серьезная повторяющаяся практика совершения аналогичных ошибок.*

- ✓ *Если источником определенных типовых ошибок явно служат системные дефекты, исправление их является более важным приоритетом, чем предание гласности имен соответствующих сотрудников.*
- ✓ *Если, однако, обнаружена индивидуальная порочная практика, свойственная конкретному сотруднику, может быть необходимо открытое персональное рассмотрение для создания прецедента и принятия необходимых мер.*
- ✓ *На местном уровне, при первичном выявлении ошибки анонимность соблюдать нет оснований, поскольку необходимо провести расследование, в наиболее острых случаях – по требованию пациента или общественности.*
- ✓ *На национальном уровне известная степень анонимности способствует более объективному анализу проблемы. Однако это не означает полной конфиденциальности и невозможности получить индивидуальные сведения, если в этом возникает необходимость.*

Многие медицинские происшествия и неблагоприятные последствия при оказании медицинской помощи в медицинских организациях просто не регистрируются. Медицинские работники неохотно сообщают о неудачах и ошибках, потому что опасаются обвинений и наказаний. С одной стороны, важно создать стимулы для того, чтобы не утаивались медицинские происшествия, а с другой стороны, если были совершены отступления от стандартов, то допустившие его сотрудники, должны признать их и извлечь полезные уроки. Иначе диалога с потребителями не получится и все взаимоотношения с пациентами и их родственниками станут непрерывной чередой конфликтных ситуаций.

Проводимые в течение более чем четверти века реформы российского здравоохранения, начало которым положил принятый в 1991 г. закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», который (как и всех последующих законы и новации) стали основой формирования так называемой «конкурентн-рисковой» модели ОМС. Родина этой модели – страны, исторически ориентирующиеся на систему социального страхования (Нидерланды, Германия, Франция, Бельгия, Австрия, Люксембург, Швейцария). Многолетний успешный опыт этих стран позволил выдвинуть выгодную для формирующегося страхового рынка гипотезу о том, что в условиях современной России конкуренция между страховыми компаниями и конкуренция между медицинскими организациями, в сочетании с государственно-частным партнерством и соплатежами населения не только повысят качество, доступность и безопасность медицинской помощи, но и сделают отечественную систему производства медицинских услуг, как минимум, самоокупаемой. К сожалению, эта гипотеза не подтвердилась.

Система ОМС не стала страховой: ее «страховщики» не управляют рисками финансирования и производства медицинских услуг, не формируют и не инвестируют резервы. И вообще они зарабатывают на посредничестве, выполняя роль промежуточного узла «перекачивания ограниченных финансовых ресурсов между фондами ОМС и медицинскими организациями. Такая система не может быть эффективной: все годы реформ имеют место ножницы между ростом бюджета ОМС и падением доступности медицинской помощи населению – финансовой, транспортной и организационной.³⁸

По данным Росстата, только за период 1992–2012 гг. общее число ЛПУ в стране сократилось более чем в 1,5 раза (в сельской местности – более чем в 2 раза), и после перехода на так называемое одноканальное финансирование этот процесс «оптимизации» еще более ускорился. Показательным является и сокращение за тот же период числа коек на 10 000 населения с 115 до 83,4, то есть на 27,5%. Параллельно ликвидируются даже станции скорой помощи. С 2005 по 2015 год их количество снизилось с 3276 до 2561, или на 21,8%. Говоря о необходимости «оптимизации», либералы-реформаторы уверяют, что «раздутое» количество неэффективных больниц хуже, чем ограниченное число современных, высокоэффективных медучреждений. Однако на практике наряду с больницами в России продолжают ликвидироваться и амбулатории с поликлиниками. Их число за первые 15 лет XXI века сократилось на 12,7% — с 21,3 до 18,6 тысячи учреждений.

Сегодня, в 2018 году управляющие структуры вынуждены констатировать ошибочность стратегии повального сокращения государственных медицинских организаций, особенно родильных домов, участковых больниц, сельских врачебных амбулаторий и ФАПов. Во время прямой линии с народом Президент РФ В.В. Путин поделился мнением о сокращении медучреждений, которым охарактеризовались проводимые в стране реформы в системе здравоохранения. Глава государства не только не поддержал данную тенденцию, но заявил о том, что даже избыточное количество больниц в России должно сохраняться.³⁹ В то же время, на встрече с делегатами XIX Всемирного фестиваля молодежи и студентов в Сочи он подчеркнул, что здравоохранение является одним из основных направлений, куда современное государство должно вкладывать свои ресурсы, но часть медицинской помощи населению можно оказывать не бесплатно, а с привлечением софинансирования. Причем, бесплатная медицинская помощь людям обязательно должна существовать, отметил глава государства, комментируя выступление на форуме молодого врача из Индонезии. «Но с точки зрения организации самой отрасли, здесь нужно, конечно, действо-

³⁸ Дьяченко В.Г. Рыночные реформы и доступность медицинской помощи населению. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2016; №2. С.5-28.

³⁹ https://www.medikforum.ru/news/medicine_news/44790-putin-rezko-vyskazalsya-o-sokraschenii-bolnic.html

вать очень аккуратно, нужно, чтобы человек понимал свою ответственность за свое собственное здоровье».⁴⁰

Ситуация по минимизации расходов в отрасли здравоохранения провинциальных регионов РФ в течение последних лет сложилось следующим образом. Как только чиновникам удастся сократить расходы государственных медицинских организаций за счет внутрисистемной экономии и успехов в борьбе с «распространенными болезнями», этот «вакуум» расходов заполняется пациентами с другими состояниями, требующими значительно более высоких затрат – инвалидами, больными с запущенными формами относительно редких заболеваний, последствиями травм и профессиональных болезней и орфанными заболеваниями. Кроме того, формируются требования населения по реализации дополнительных расходов на поддержание функционирования хронических, зачастую, неизлечимых больных. Это ресурсоемкие технологии в кардиохирургии, трансплантологии, сложном протезировании, хронгемодиализе и т.п.

Попытки широко внедрять эти технологии на уровне регионов не сокращают, а увеличивают расходы налогоплательщиков на здравоохранение, причем внедрение высоких технологий спасает десятки жизней, а отказ от финансирования массовых мероприятий профилактической направленности уносит десятки и сотни тысяч жизней. К сожалению, управляющим структурам не удается сохранить баланса финансовой поддержки развития ресурсоемких технологий и массовых мероприятий профилактики.

Кроме того, в ситуации, когда российское общество теряет нравственные ориентиры, защищать права пациентов и врачей в рамках исполнения 41 статьи Конституции РФ задача весьма сложная и мало перспективная. Именно сложность решения этой задачи является причиной формирующейся тенденции роста обращений граждан в органы исполнительной власти, фонды ОМС и их структурные подразделения, СМО, прокуратуру и т.п.. Основой обращений граждан являются негативные последствия оказания медицинской помощи низкого уровня качества. В этой связи следует отметить, что рыночные преобразования в системе производства медицинских услуг не следует расценивать однозначно. Внедрение рынка в социальную сферу, каковой является здравоохранение и система производства медицинских услуг, весьма опасно с точки зрения формирования свободной конкуренции между производителями услуг. Это, как правило, приводит к полной хозяйственной обособленности каждого производителя, его полной зависимости от конъюнктуры рынка, противодействия другим товаропроизводителям в борьбе за покупательский спрос.

В условиях рыночных преобразований следует очень внимательно относиться к тому, что уровень оказания медицинской помощи населению сегодня весьма далек от оптимального, достаточно часто встречаются се-

⁴⁰ <http://www.forbes.ru/biznes/351553-konec-besplatnogo-zdravoohraneniya-putin-predlozhit-grazhdanam-razdelit-traty-na>

резные дефекты оказания ее во многих медицинских организациях. Общеизвестно, что серьезные дефекты оказания медицинской помощи во многом обусловлены не только недостатком уровня компетенций медицинского персонала, а является отражением неудовлетворительной организации работы системы управления медицинской организацией в целом, начиная от её руководителя и заканчивая исполнительской дисциплиной самого, казалось бы, незаметного работника.

Безусловно, даже в достаточно большой по объему публикации невозможно охватить все проблемы, относящиеся к взаимоотношениям пациентов и медицинских работников, росту числа конфликтов между ними, на фоне снижения доступности, качества и безопасности услуг в современной медицине. А также осветить все возможные варианты конфликтов взаимоотношений пациента и врача в условиях рынка, а уж тем более, дать готовые рецепты на все случаи жизни. Производители медицинских услуг имеют вполне конкретные обязательства перед пациентами. В первую очередь по предоставлению медицинских услуг должного уровня качества. Почти каждое нарушение прав пациента сопровождается тем или иным уровнем конфликта.

Между тем анализ многочисленных СМИ и интернет сайтов показывает, что объем претензий к производителям медицинских услуг со стороны потребителей и их адвокатов растёт. В этом есть и вина врачей, которые иногда берутся за выполнение таких видов медицинской помощи, которые выходят за рамки их специализации и уровня профессиональных компетенций. Конкуренция среди врачей и медицинских организаций на рынке производства медицинских услуг имеет четкий тренд к увеличению. В погоне за пациентами производители создают у клиентов высокий уровень ожиданий. Когда же результат лечения не совсем соответствует тому, что предполагал пациент, он более склонен к подаче иска в суд, чем тот больной, который был заранее предупрежден и готов к возможным осложнениям.

Появление материалов о негативных сторонах медицинской помощи, отношения врачей к пациентам, состоянии системы медицинского страхования, этике производителей медицинских услуг не случайное явление. Объяснений этому множество. Главным из них, на наш взгляд, является то, что государство не может обеспечить в полной мере реализацию прав граждан на доступную, бесплатную, качественную и безопасную медицинскую помощь, продекларированную в ст.41 Конституции РФ. А длительный период существования «бесплатной» медицинской помощи сформировал настолько устойчивые патерналистские ориентации в массовом сознании, что переход на рыночные отношения в здравоохранении стал безусловным разочарованием для многих граждан, каждый из которых является потенциальным пациентом. Коммерциализация медицинской деятельности поставила под сомнение бескорыстность врачебной деятельно-

сти, что сопровождается ростом недоверия к врачам, а заодно и к властным структурам, проводящей либеральные реформы в течение многих лет, результат которых сомнителен.

Чтобы бедные никогда не болели, а богатые никогда не выздоравливали

Михаил Задорнов

Заключение

Проблема взаимоотношений пациента и врача в условиях рынка занимает приоритетное место среди множества проблем отечественного здравоохранения. Реформа системы медицинской помощи населению и в первую очередь преодоление острых структурных диспропорций в сочетании с поиском внутрисистемных источников экономии средств и ресурсов ни в коем случае не должна была отразиться на уровне доступности, качества и безопасности медицинских услуг. После 1989 года распад коммунистической системы сопровождался радикальными переменами в России: либерализация рынка товаров и услуг, массовые приватизации, сильнейший рост инфляции и пр. Новоиспеченные олигархи подмяли под себя часть ресурсов (прежде всего, углеводородные), ведущие отрасли промышленности были разрушены, сформировался невиданный уровень безработицы, высококвалифицированные специалисты стали невостребованными на рынке труда, а видные ученые направились на заработки в США и другие экономически развитые страны.

Вхождение России в 1993 г. в русло «либерального» проекта» привело к деградации отечественной промышленности, сельского хозяйства, а так же систем образования и здравоохранения, учителям и врачам перестала выплачиваться заработная плата. Мы совсем не убеждены в том, что сама идея либерализма плоха в принципе, но практическая реализация либеральной трансформации отечественной экономики и социальной сферы сопровождалось печальными эффектами.

Эти эффекты вызывают у нас чувство глубокой печали, поскольку либеральные идеи были реализованы в самом уродливом варианте «дикого, первобытного капитализма». Сегодня богатые граждане РФ уже осознают себя отдельным и особым социальным классом, «новыми русскими» со своими элитарными школами, любимыми режиссерами и фильмами, литературой и писателями, платными дорогами и охраняемыми поселениями, больницами, поликлиниками и др. У них иные, чем у остальных, менее удачливых граждан РФ, идеалы и ценности. И, совсем не удивительно, что эти «ценности новых русских» далеки не только от традиционного российского представления о хорошем и плохом, но также далеки и от идеалов западной цивилизации, где их откровенно или не любят или презирают.

Четверть века либеральных реформ и их результаты начали формировать у значительной части «электората» осознание того, что они существуют в эпоху социального дарвинизма, когда представители отечественного истеблишмент преисполнены чувством презрения и лютой ненависти к своему народу. Ещё совсем недавно эти либерал-реформаторы, прикрываясь красивыми, во многом правильными и своевременными лозунгами о том, что действительно нужно развивать конкуренцию, необходима гласность, свобода слова, свобода предпринимательства, демонополизация политической системы, раскрепощения трудящихся масс, повышения уровня жизни и т.д., делали своё, черное дело. Это они уничтожили суть частной собственности, полностью дискредитировав ее ваучерной приватизацией. Это они уничтожали малый и средний бизнес как таковой, реально задавили так называемые демократические институты, ради которых и затевались либеральные реформы.

Пока не все граждане России осознали, что произошло в результате либеральных реформ с системой организации медицинской помощи населению, но многие из них, являясь, кстати, стабильными и честными налогоплательщиками, все чаще задают «неудобные» вопросы пока только производителям медицинских услуг. Эти вопросы, как правило, связаны с неожиданной гибелью родственников, знакомых, сослуживцев во время или после оказания медицинских услуг. Именно в таких ситуациях и выявляются разные подходы производителей и потребителей медицинских услуг к обеспечению доступности, качества и безопасной медицинской помощи, что формирует значительное число конфликтов.

На протяжении длительного периода времени проблема конфликта, связанного с оказанием медицинской помощи, фактически не обсуждалась в обществе. Во многом это объясняется существовавшей долгие годы государственной, плановой системой оказания медицинской помощи, в рамках которой общественные отношения традиционно регулировались нормами публичного права, что не позволяло в полной мере защищать частные интересы пациентов. Ситуация коренным образом изменилась в 1993 г., с принятием Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, включивших в себя раздел IV «Права граждан в области охраны здоровья» и раздел VI «Права граждан при оказании медико-социальной помощи», где в том числе ст. 30 «Права пациента», ст. 31 и ст. 32 предусматривали право на информированное согласие пациента на оказание ему медицинской помощи.

Введение правовых норм, закрепляющих права пациента, в особенности на информированное согласие, в значительной степени изменило статус пациента, поскольку до принятия вышеназванных прав пациент являлся, скорее, объектом медицинской помощи, нежели полноправным субъектом правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи. Этот процесс был дополнен принятием Гражданского кодекса Российской

Федерации (глава 39, ст. 779) и введением понятия «медицинские услуги», а также имплементацией новых способов финансового обеспечения и рыночных механизмов предоставления медицинских услуг. Именно с этого времени был разрешен вопрос о рассмотрении процесса оказания медицинской помощи как вида услуг. Уровень конфликта интересов производителей и потребителей достиг своего пика именно в тот момент, когда общество, наконец-то осознало, что рыночная стратегия отечественных либеральных экономистов проникла во все сферы жизнедеятельности, в том числе в образование, культуру, и медицину.

Перед тем, как определять дальнейший путь стратегических реформ отечественного здравоохранения, следует уточнить понимание некоторых вопросов, чтобы стратегические планы не стали декларациями или протоколами о намерениях, как это уже было не единожды.

Первый вопрос. Состояние полного здоровья населения – это мираж, который исчезает в ходе приближения к нему во всеоружии современных достижений медицинской науки и практики. По мере углубления наших знаний об организме человека, росте уровня диагностических возможностей, людей в состоянии полного здоровья будет все меньше и меньше.

Второй вопрос. Профилактика заболеваний определяется не реализацией сложных ресурсоемких технологий высокого уровня, требующих огромных затрат налогоплательщиков, а широким внедрением достаточно простых, ресурсомалоёмких и массовых мероприятий.

Третий вопрос. Сокращение расходов на оказание медицинской помощи населению России – это политические иллюзии сегодняшнего дня. Поскольку в этом не заинтересованы как управляющие, так и управляемые субъекты отрасли, ибо и те и другие понимают всю пагубность дальнейшего сокращения финансирования производства медицинских услуг, но продолжают сокращать реальные расходы на охрану здоровья населения.

Общественные дискуссии последнего года показывают, что страна в очередной раз оказалась на распутье. Перед ней три пути дальнейшего развития: либерально-прозападный, православно-феодалный и путь возврата в будущее, где экономика страны должна работать на народ и власть должна принадлежать народу. По какому пути пойдет Россия, пока неясно, поскольку новая стратегия экономического развития РФ до 2025 года была направлена на структурные реформы, главными ограничениями для которых формировали проблемы демографии, инфраструктуры, инвестиций и далее по списку. В первую очередь придется заниматься повышением эффективности государственных расходов и их одновременным сокращением, что даст адреса для тех структурных преобразований при помощи денежно-кредитной и финансовой политики, которые определяются сегодня избыточностью государственных расходов. И это, не только пенсионная система и государственный заказ, но и образование и здравоохранение.

Современный мир стоит на пороге шестого технологического укла-

да. Его контуры только начинают складываться в развитых странах мира, в первую очередь в США, Японии и КНР, и характеризуются нацеленностью на развитие и применение «высоких технологий». У всех на слуху сегодня био- и нанотехнологии, генная инженерия, мембранные и квантовые технологии, фотоника, микромеханика, термоядерная энергетика – синтез достижений на этих направлениях должен привести к созданию, например, квантового компьютера, искусственного интеллекта и в конечном счёте обеспечить выход на принципиально новый уровень в системах управления государством, обществом, экономикой и социальной сферой.

Специалисты по прогнозам считают, что при сохранении нынешних темпов технико-экономического развития, шестой технологический уклад начнёт оформляться в 2020—2030 годах, а в фазу зрелости вступит в 2040-е годы. При этом в 2020—2025 годах произойдёт новая научно-техническая и технологическая революция, основой которой станут разработки, синтезирующие достижения названных выше базовых направлений. Для подобных прогнозов есть основания. В США, например, доля производительных сил пятого технологического уклада составляет 60%, четвёртого — 20%. И около 5% уже приходится на шестой технологический уклад.

Что же относительно России, то о шестом технологическом укладе нам говорить рано. Доля технологий пятого уклада у нас пока составляет примерно 10%, да и то только в наиболее развитых отраслях: в военно-промышленном комплексе и в авиакосмической промышленности. Более 50% технологий относится к четвёртому укладу, а почти треть – и вовсе к третьему. Отсюда понятна вся сложность стоящей перед российским государством задачи.¹ Решение этой задачи невозможно без увеличения количественных и качественных характеристик человеческого капитала России.

Человеческий капитал формируется с детства и считается сформированным в 23–25 лет. Физическое и нервно-психическое развитие ребенка, а так же его способностей позволяет формировать большое число понятий, навыков и умений. На развитие ребенка влияют результаты его обучения, которые в последствии могут повлиять на развитие рынка труда (Носкова К.А., 2013). Сформированный человеческий капитал и полнота его содержания обеспечивает человеку стабильный доход, статус в обществе, самодостаточность (рис. 1.). Во многом уровень человеческого капитала связан с уровнем здоровья и мотиваций к здоровьесохраняющему поведению.

Следствием оптимизации отечественного здравоохранения, впрочем, как науки и образования, стало формирование комплексных проблем формирования человеческого капитала в России (Былков В. Г., 2011). Формирование человеческого капитала посредством образования и профессиональной подготовки способствует инвестициям, активизирует разработку и

¹ <https://www.nkj.ru/archive/articles/17800/> (Наука и жизнь, Шестой технологический уклад)

внедрение новых технологий и повышает производственную отдачу в расчете на одного работника. Однако взаимосвязи между образованием, проблемой неравенства, созданием человеческого капитала и экономическим развитием и ростом носят весьма сложный характер и зачастую являются уникальными для условий той или иной страны.² Однако, без формирования необходимого уровня капитала здоровья, в частности в виде естественно физической составляющей (достаточного уровня наследственных характеристик, а также физического и психического потенциала), общего состояния здоровья и уровня физического и морального здоровья, без оптимизации системы отечественного здравоохранения, решить задачи вхождения в шестой технологический уклад нереально.

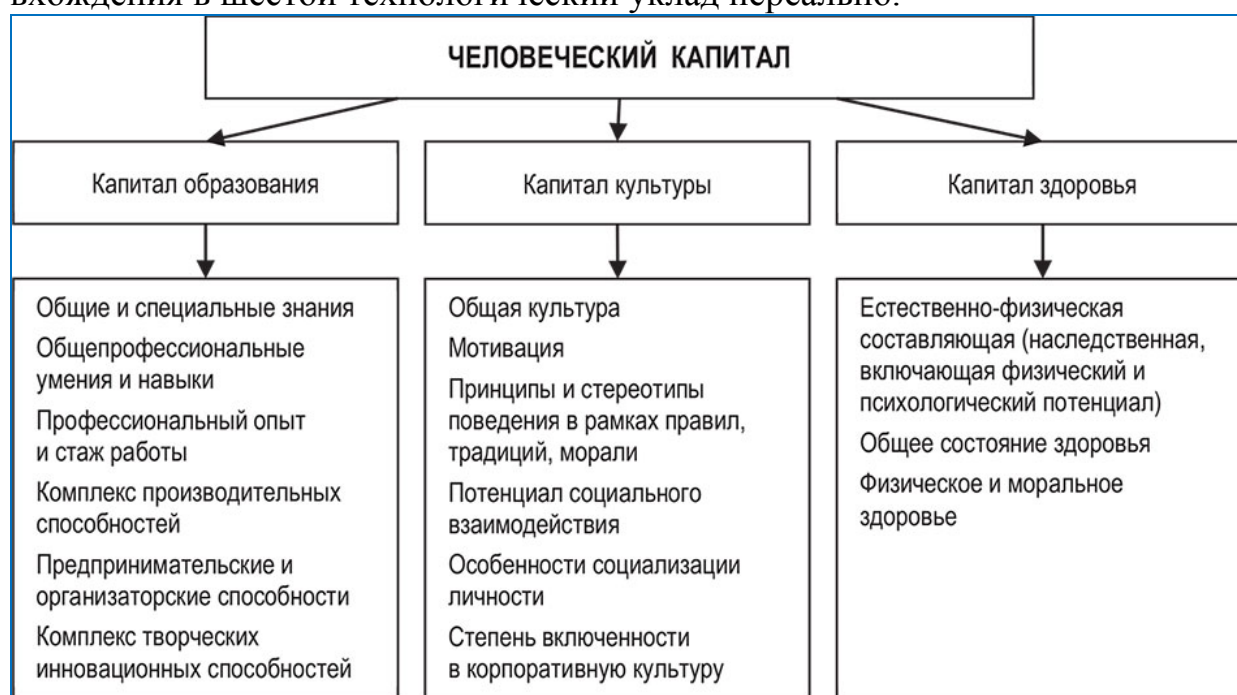


Рис. 1. Основные составляющие человеческого капитала³

Между тем, социальная роль здравоохранения в общем, и производства медицинских услуг в частности, является предметом широкого общественного обсуждения. Реализация нескольких программ модернизации отечественной медицины, в частности, национального проекта «Здоровье» позволила решить отдельные насущные задачи, но породила и новые проблемы. Рост уровня конфликтности отечественной медицины и здравоохранения стало следствием снижения уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи широким слоям населения в сочетании с падением престижа профессии врача в обществе.

Это явление нельзя объяснить только некими особенностями исто-

² Организация Объединенных Наций. Комитет по политике в области развития. Доклад о работе тринадцатой сессии (21–25 марта 2011 года). Экономический и Социальный Совет. Официальные отчеты, 2011 год. Дополнение № 13 – E/2011/33. Нью-Йорк, 2011. С.4.

³ Леонидова Г. В. с соавт., Проблемы эффективности государственного управления. Человеческий капитал территорий: проблемы формирования и использования. Вологда 2013. 342 с.

рического развития Российского государства на рубеже XX и XXI веков, изменением менталитета граждан после развала СССР, ростом уровня бедности значительной части населения страны и т.п. Признаки кризиса в развитии отечественной медицины и здравоохранения начали формироваться ещё в 1970-1980 гг., когда общество не осознавало своего будущего. Именно тогда начала расширяться медицинализация, появились признаки транснационального расширения фармацевтического рынка и смены моделей взаимоотношения врача и пациента. Причем это произошло ещё до начала коммерциализации отечественной медицины, изменения структуры и функций медицинских организаций и др. В дополнение к кризису отечественной медицины на уровень конфликтности граждан в реформируемой России оказали свое влияние отечественные и зарубежные СМИ.

Так, проводимые исследования Уильямса, Забрака и Джой (Williams, Zabrack & Joy, 1982) подтверждали, что в наиболее популярных телевизионных программах на каждый час телевещания приходилось в среднем около 9 актов физической и 8 актов вербальной агрессии. На сегодняшний день число таких актов увеличилось чуть ли не 10 раз. Неспроста популярные телепередачи включают в себя элементы агрессии, если придерживаться теории инстинктов – агрессия является врожденной и носит инстинктивный характер.

Живя в социализированном обществе, человек зачастую не может отреагировать свою агрессию в той форме, в которой она существует изначально в силу определенных запретов, норм и правил этого общества. Таким образом, становление агрессивного поведения представляет собой сложный и многогранный процесс, на который влияет множество факторов. Агрессивное поведение определяется влиянием семьи, сверстников и многих других факторов. Дети учатся агрессивному поведению посредством прямых подкреплений так же, как и путем наблюдения агрессивных действий. По мере взросления у многих из них уровень агрессии снижается, однако, только у части из них. У многих граждан, достигших определённого уровня взросления, степень агрессии сохраняется, причем её уровень может периодически повышаться на фоне социальных, политических и экономических катаклизмов.

Таким образом, конфликтный потенциал медицины как социального института имеет «питательную почву» в виде слома привычных стереотипов поведения значительных слоев общества, начиная с периода перестройки и либеральных реформ, кончая переходом к шестому технологическому укладу. В то же время, изучение конфликтного потенциала медицины носит дискретный характер и содержит немало «белых пятен». Так, с нашей точки зрения, почти отсутствует или вскользь осмысливается сущность конфликта в медицине как системе интересубъектных взаимодействий и взаимоотношений. Причем производственные конфликты

проецируются на пограничные субъекты производства медицинских услуг, в частности, на пациентов.

Остается только сожалеть о том, что государство снижает своё присутствие в социальной сфере, хотя общество начинает понимать, что современной России необходима смена курса не только в экономике, но и в социальной защите населения, образовании и здравоохранении. Властные структуры, которые решают проблемы доступности, качества и безопасности медицинской помощи для себя любым путем, будь то в России или за рубежом, к сожалению, стараются не замечать этих проблемы для других. И если дети миллиардеров и бедных граждан РФ ещё могут сегодня встретиться за партами одного вуза, то встретиться на соседних койках в одной больничной палате они уже не смогут никогда. Именно поэтому в современном российском обществе так велик запрос на справедливость, особенно на справедливость в отношении обеспечения качества жизни и уровня здоровья. Замалчивание этой проблемы только усугубит уровень конфликтности в обществе.

Библиография

1. Авдеев А.И., Чернышов А.П., Дьяченко В.Г. Экспертная оценка качества оказания медпомощи по материалам уголовных и гражданских дел в Хабаровском крае // Материалы 17 Пленума ВОСМ.- М.; Владимир, 2003.-С. 95-96.
2. Автандилов Г.Г. Особенности X пересмотра Международной классификации болезней и применение ее в патологоанатомической практике // Арх. пат. 2006. Вып. 2. С. 56.
3. Агаджанян Н.А., Чижов А.Я., Ким Т.А. Болезни цивилизации// Экология человека 2003. №4. С 8-11.
4. Александер Франц. Psychosomatic Medicine it's Principles and Applications / Пер. с англ. С. Могилевского. — Москва: Эксмо-Пресс. 2002. — 352 с.
5. Алёшина И.В. Поведение потребителей / И.В. Алёшина. - М.: Фаир-Пресс, 2000. - 384 с.
6. Александрова А.Ю. с соавт. Ответственность за правонарушения в медицине: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / [О.Ю. Александрова и др.]. — М.: Издательский центр «Академия», 2006. — 240 с.
7. Альтбах Ф. Высшее образование и ВТО: безумие глобализации // Вестник высшей школы. 2001. № 6.
8. Амблер Т. Практический маркетинг. – С-Пб.: Питер, 1999. – 400 с.
9. Амлаев К.Р., Муравьева В.Н, Абросимова Ю.Е., Шибков Н.А., Шахраманова Р.К. Комплексная оценка воздействия на здоровье различных факторов (обзор). Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2008. №6. С. 34-44.
10. Андреев Ю.М., Бармина Т.В. Конфликт принципов «не навреди» и уважения автономии пациента в хирургической практике //Биоэтика. 2009. № 1(3) – 0,3 п.л. Андреев А.А. Врачебная ошибка как предмет этической экспертизы //-1-й Национальный съезд (Конгресс) по медицинскому праву - М., 2003.
11. Андреев А.А., Седова Н.Н. Врачебные ошибки: социальные причины и медицинские последствия//Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты.: Коллективная монография под ред. член-корр. РАН Юдина Б.Г. - М.: Изд-во РАН, 2003. – гл. 3
12. Андреев А.А. Отношение к врачебным ошибкам и социальные пути их предупреждения: Автореф. дис. канд.мед. наук. Волгоград, 2006. - 27
13. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975.

14. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология / Серия «Гиппокарат» .Ростов н/Д.; Феникс, 2000. – 243 с.
15. Арутюнян Ю.В. О социальной структуре общества постсоветской России. – Режим доступа: www.socman.ru
16. Атмайкина О.В., Блинов Д.С., Котляров А.А., Крутов В.В., Цыбусов А.П. Управление здоровьесохраняющим поведением россиян. Материалы VIII Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России», Москва, 2014, с. 10-12.
17. Афанасьев Ю. “Болонский аршин: русский университет или европейский. О российских перспективах в Болонском процессе”.- Интернет-ресурс: “Русский журнал”, 7 апреля 2003 г. http://www.russ.ru/ist_sovr/sumerki/20030407_mitr.html
18. Балясный М.М. О расширении понятия ятрогения и ее новой классификации // Новые методы диагностики, лечения и профилактики нервных и психических болезней. — Харьков, 1982. - С. 375.
19. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Изучение нежелательных исходов в неонатологии - помощь здравоохранению // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. 2012. N 12. С. 22 - 25.
20. Бармина Т. В. Культура поведения пациентов как потребителей медицинских услуг. Волгоград. 2008. – 1,2 п.л.
21. Бармина Т. В. Отношение пациентов и среднего медицинского персонала в сфере предоставления медицинских услуг. Волгоград. 2007. – 1 п.
22. Бармина Т.В. Культура потребления медицинских услуг в современном российском обществе. Автореф. к.с.н. Волгоград 2009. 29 с.
23. Батуренко С.А. Средний класс в современном российском обществе: проблемы и основные достижения эмпирических исследований // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология, № 1, 2016, С. 44-61
24. Бауман З. Индивидуализированное общество. М., 2005. С. 197-198.
25. Башкатова А. Российское здравоохранение признано неэффективным // Независимая газета. - 2016. - 1 октября. - С.1-4.
26. Бегун Т. В., Бегун Д. Н. Современные проблемы менеджмента в здравоохранении // Молодой ученый. — 2017. — №22. — С. 416-418.
27. Бедрин Л.М. Психология и деонтология в работе врача. учеб. - метод. рекомендации для студентов, субординаторов / Л.М. Бедрин — Ярославль, 1986. 186 с.
28. Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну / У. Бек. М.: Прогресс-Традиция, 2000. С. 306-317.
29. Бергер М., Проскурина О. Крест Чубайса. — М.: КоЛибри, 2008. — 448 с.

30. Береговая И.Б. Выявление факторов, влияющих на эффективность перехода к высокотехнологичному промышленному производству // Креативная экономика. – 2017. – Том 11. – № 5. – С. 597-608.
31. Бермус А.Г. Проблемы и перспективы реализации компетентностного подхода в образовании // Эйдос. Сентябрь. 2005. Режим доступа: www.eidos.ru/journal/2005/0910-12.htm
32. Биоэтика: вопросы и ответы / сост. и отв. ред. Б.Г. Юдин, П.Д.Тищенко. - М.: Прогресс-Традиция, 2005. - 64 с.
33. Бисалиев Р.В., Кубекова А.С., Хаджимурадов А.В. Агрессивное поведение в структуре соматических расстройств // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5.; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=10343> (дата обращения: 08.08.2017).
34. Блэкуэлл Р., Миниард П., Энджел Дж. Поведение потребителей. СПб., 2007. 944 с.
35. Блиев Ю. И хочется и колется. Две стороны чуждого опыта реформ. МГ №15. 02.03. 2011. С.7.
36. Блэкуэлл Р., Миниард П., Энджел Дж. Поведение потребителей. СПб., 2007. 944 с.
37. Богомолов О.Т. Мировая экономика в век глобализации: учебник. - М.: Экономика, 2013. - 361с.
38. Бодалев А., Васина Н. Акмеология. Настоящий человек. Каков он и как им становятся? – М.: Речь, 2010. – 224с.
39. Бодрийяр Ж. Забыть Фуко. Санкт-Петербург, 2000. С. 90
40. Бодрийяр Ж. Общество потребления. Изд.: «Республика, Культурная Революция». 2006. 272 с.
41. Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. (Лекция 3). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 3. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 16.01.2016).
42. Болучевская В.В., Павлюкова А.И. Общение врача. – М., 2011.
43. Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия // Медицинская психология в России. 2011. № 3. http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer22.php.
44. Бондаренко А.Г. Социологическое исследование: методика опроса. Учебное пособие / А.Г. Бондаренко – Волгоград ВолгГТУ 2006. - 64 с.
45. Борисов В., Попова С., Съвременни медицински технологии и православна култура. В сб. Милосърдие, здравеопазването и българската православна църква. С. 1999, 35-41.

46. Бударин Г.Ю., Приз Е.В. Необходимость социологической экспертизы в сфере медицинского права. IV Очередной Всероссийский социологический конгресс. Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие. Секция 11. Социология медицины. С. 3821-3827. URL: <http://www.ssa-rss.ru/files/File/congress2012/part25.pdf> (дата обращения 27.11.2017).
47. Булатов С.А. Преподавание практических умений: Российский и международный опыт. Международная конференция «Медицинское образование в России и мире: традиции и современность, Москва, 26 марта 2010.
48. Былков В.Г. Компоненты человеческого капитала: вопросы теории и практики. Известия ИГЭА. – 2011. №6 (80) – С. 109 – 116.
49. Вайнер Э.Н. Валеология : учебник для вузов / Э.Н. Вайнер. – 9-е изд. М.: Флинта: Наука, 2001. - 416 с.
50. Васильев Р.Г. Биотехнология: социально-экономические, политические и этические аспекты. Биотехнология и общество. Сборник материалов форума «Биотехнология и Общество», ассоциированное мероприятие II международного конгресса «ЕвразияБио», 12 апреля 2010 г., Москва / Под ред. Р. Г. Васильева, В. Е. Лепского – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2010. – 159 с.
51. Васильева Т.П., Голухов Г. Н., Мутников Д. Д., Васильев М. Д., Чумаков А. С. Медико-социальный и профессионально-личностный портрет врачебного персонала многопрофильной больницы // Социология медицины. -2003. -№ 2.-С. 33-35.
52. Васильева Е.Е. Договор возмездного оказания медицинских услуг по законодательству Российской Федерации: канд. дис. юр. наук. Томск, Томский государственный университет 2004
53. Васкес Абанто А.Э., Васкес Абанто Х.Э. Есть ли этика в нашей медицине? // Молодой вчений . 2014. №3 (06). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/est-li-etika-v-nashey-meditsine> (дата обращения: 28.09.2015).
54. Васкес Абанто А.Э., Васкес Абанто Х.Э. К международному дню защиты прав человека (10.12.2013) – права медика // Журнал «Молодой вчений». Медицина та практика: актуальні питання. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Вінниця, 6-7 грудня 2013 року). – Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2013. – С. 109-113.
55. Васкес Абанто А.Э., Васкес Абанто Х.Э. От времен Гиппократ до наших дней // Научный журнал «Молодой вчений» № 1 (03) январь, 2014 г. г.Херсон: Видавничий дім «Гельветика». – С. 206-209.
56. Васкес Абанто Х.Э. Нарушение прав медиков, или Давайте все же не молчать! // Журнал «Медицина неотложных состояний» 5(52) 2013. – С. 153-157.

57. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б, Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. С.Петербург. 2005. 42 с.
58. Вебер Макс. «Объективность» социально-научного и социально-политического познания.//Избранные произведения. – М.: Прогресс, 1990.
59. Веблен Т. Теория праздного класса. Изд. «Прогресс». Москва. 1984
60. Венедиктов А. Интервью Министра здравоохранения В.И. Скворцовой корр. Радио «ЭХО МОСКВЫ» 07. 07. 2012. URL: <http://echo.msk.ru/programs/beseda/903377-echo/> (дата обращения: 17.11.2015).
61. Вересаев В. Записки врача. Издание четвертое. Санкт-Петербург. Типография А.Е. Козинского. Конная ул. № 3-5. 1902.- 310 с.
62. Витч Р. Модели взаимоотношения врач-пациент. – [Электронный ресурс].URL: <http://videoinet.ru/view?id=ISW2tSZDvVsS931> (дата обращения: 18.01.2016).
63. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений / Р.Витч // Вопросы философии. - 1994. - № 3. - С.67-72.
64. Витько А.В. Доступность медицинской помощи для жителей отдаленных поселений. Доклад на круглом столе Законодательной думы Хабаровского края. 2014. URL: <http://habarovsk.bezformata.ru/listnews/zakonodatelnaya-duma-habarovskogo-kraja/35643103/> (дата обращения: 04.06.2016).
65. Вовк А.И. Зарубежный опыт учета и анализа неблагоприятных последствий лечения / Е. И. Вовк, О. В. Верткин, О. В. Зайратьянц и др. // Арх. патологии. - 2007. – N 1. - С. 16-24.
66. ВОЗ. Восьмой форум по вопросам будущего. Управление безопасностью пациентов. - Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. - 38 с
67. ВОЗ. Сердечно-сосудистые заболевания Информационный бюллетень ВОЗ N°317 Январь 2015 г.
68. Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине. Автореф. дисс. д.с.н. Изд. ВГМУ. 2008. 49 с.
69. Ворожейкин И.Е., Кибанов А.Я., Захаров Д.К. Конфликтология: Учебник. - М.: ИНФРА-М, 2004. - 240 с.
70. Вялых Н.А. Социальные модели потребления медицинской помощи в контексте трансформации института здравоохранения в современной России. Электронный научный журнал Инженерный вестник Дона № 4. 2014.
71. Габуева Л.А. Разработка финансовой модели деятельности лечебно-профилактического учреждения при переходе к одноканальному

финансированию / Л.А. Габуева, Н.Д. Захарченко, В.Н. Мартынов // Экономика здравоохранения. – 2015. – №10. – С. 5-15.

72. Габуева Л.А. Механизмы эффективного финансирования в здравоохранении/Л.А. Габуева//Издательство: Международный центр финансово-экономического развития. - 2007. - 288 с.

73. Габуева Л.А. Управление маркерами экономической эффективности деятельности при планировании медицинского бизнеса/Л.А. Габуева //Здравоохранение. - 2006. - № 5. - С. 37 - 45.

74. Гаврилов Э.Л. 2016 год в здравоохранении не привел к обещанному росту доступности медпомощи. 22 декабря 2016 г. Общественная палата РФ. URL: <https://www.oprf.ru/chambermembers/members/user/1657> (дата обращения 02.08.2017)

75. Гаврилов Э.Л. Доступность медицинской помощи для населения РФ. Фонд независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье». URL: http://fondzdorovie.ru/analitika2/detail_analytics.php?ID=1352#ixzz49pxGkLSS (дата обращения: 29.05.2016).

76. Гадамер Х. Истина и метод: Основы философской герменевтики /Х.Гадамер. М.: Прогресс, 1988. - С. 55-56.

77. Гадамер Х. Философия и литература / Х. Гадамер // Философские науки. 1989. - №2.

78. Гайдар Е.Т. Долгое время. Россия в мире: очерки экономической истории, 2005.

79. Гайдар Е.Т. Гибель империи. Уроки для современной России. – М.: РОССПЭН, 2006. – 440 с.

80. Галиев Г.Т., Гимаев И.З., Галиева Т.Г., Патрушев В.И. Социальные технологии развития современных обществ. - Уфа, 2014.

81. Галеса С.А., Черкасов С.М., Кураксина Ю.А., Гончарик И.А., Галеса С.С., Дьяченко В.Г.Формирование рыночных предпочтений потребителей стоматологических услуг в г. Хабаровске // Вестник общественного здоровья и здравоохранения России Дальнего Востока России. – 2012. - № 4. - URL:<http://www.fesmu.ru/voz/20124/2012403.aspx> (дата обращения 03.05.2014 г.)

82. Гембл П. Маркетинг взаимоотношений с потребителями/П. Гембл, М. Стоун, Н. Вудкок.- М.: ФАИР-ПРЕСС, 2002, 512 с.

83. Герасимов Г.А. Уроки истории: к столетнему юбилею доклада Флекснера // КЭТ. 2012. №4. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/uroki-istorii-k-stoletnemu-yubileyu-doklada-fleksnera> (дата обращения: 08.12.2016).

84. Гехт И.А., Артемьева Г.Б. К вопросу об изучении удовлетворенности населения системой здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2014. №4. С. 6–12.

85. Глыбочко П.В. Обеспечение инновационного характера непрерывного медицинского образования качественно нового уровня. Выступление на Первом национальном съезде врачей 5 октября 2012 г. URL: <http://www.movn.ru/innovatsii/obespechenie-innovatsionnogo-kharaktera-nepreryvnogo-meditsinskogo-obrazovaniya-kachestvenno-novogo-urovnya.html> (дата обращения 12.08.2016)
86. Глыбочко П.В. Образовательно-кадровый континиум в здравоохранении. Медицинское образование и вузовская наука. № 1(7), 2015. С.7-9.
87. Глыбочко П.В. Основные направления деятельности образовательных учреждений по совершенствованию подготовки медицинских кадров. Доклад на расширенном заседании коллегии «Об итогах работы Минсоцразвития России в 2010 году и задачах на 2011 год. Сеченовские вести. №5. 01.04.2011.
88. Гольдшейдер А. Боевые вопросы врачевания. Л.: Госиздат, 1929. - 117 с.
89. Гопкало О.О. Социальное неравенство в обществе потребления / Экономика и общество: проблема социальной справедливости / Отв. ред. Ю.В. Веселов. СПб.: Социологическое общество им. М.М. Ковалевского, 2005. 144 с.
90. Горшкова М.К., Тихонова Н.Е. Россия – новая социальная реальность. Богатые. Бедные. Средний класс / Под ред. М.К. Горшкова, Н.Е. Тихоновой – М.: Наука, 2004.
91. Готлиб А.С. Нарративная медицина глазами российских врачей: попытка эмпирического анализа // //Вестник Самарского государственного университета, - 2010. - №5(79).
92. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ (ред. от 30.11.2011).
93. Гражданское право: В 4 т. Том 1: Общая часть: Учебник (издание третье, переработанное и дополненное) / под ред. Е. А. Суханова (Волтерс Клувер, 2008).
94. Грандо А.А. Медицина в зеркале истории. – К.: Здоров'я, 1990. – 152 с.
95. Гребенюк М.О. Социальная защита врачей как профессиональной группы. Автореф. дисс. К.м.н. 2010 г. Изд. «ВГМУ» Волгоград. 2010. 29.с.
96. Григорьев М.С., Гриб В.В., Вахнина Н.А. Коррупция в сфере медицинских услуг России. Фонд исследования проблем демократии. Москва. 2012. 165 с. URL: www.democracyfund.ru (Дата обращения 21.07.2017)
97. Григорьева Н.С. Формы проявлений оппортунистического поведения. Современные исследования социальных проблем. (Электронный научный журнал) №3 (47). 2015.

98. Гришина Н.В. Психология конфликта. – СПб.: Питер, 2001. – 464 с.
99. Давыдовский И.В. Методологические основы патологии // Вопр. философии. 1968. № 5. С. 93—94.
100. Дарендорф Р. Элементы теории социального конфликта // Социологические исследования. 1994. № 5. С. 143.
101. Декларация о правах пациентов в России (принята Первым всероссийским конгрессом пациентов 28.05.2010). <http://www.medinfo22.ru/> (по состоянию на 28.01.2016)
102. Дильман В.М. Большие биологические часы (введение в интегральную медицину). М.: Знание. 1982. 208 с.
103. Дитерихс М.М. Душа хирурга (Из записок старого врача) Ленинград. Изд.: Практ. медицина (В.С. Эттингер). 1925. 60 с.
104. Дмитриев А.В. Конфликтология: Учебное пособие. – М.: Альфа-М, 2003. – 336 с.
105. Дмитриева О.Н. Методологические основы социальной психологии в здравоохранении / О.Н. Дмитриева // Гуманитарные методы исследования в медицине: состояние и перспективы: Сб. науч. статей. Саратов: Изд-во Саратовского государственного медицинского университета, 2007. – С. 105–108.
106. Дмитриева О.Н. Социально-экономические предпосылки конфликта и консенсуса во взаимодействии врача и пациента / О.Н. Дмитриева// Вестник Поволжской академии государственной службы. – 2007. – № 2. – С. 128–133.
107. Долецкий С. Я. Ятрогении. - М., 1989. - 32 с.
108. Долецкий С.Я. Ятрогения: клинический и социальный аспекты. // Арх. пат. 1988. N 6.
109. Доманова С.А. Концепт гуманитарной медицины: о диалоге, полилоге и признании чужой одушевленности // Философские проблемы биологии и медицины. Вып. 7: Естественнонаучный и гуманитарный полилог: сборник статей. М. : изд-во «Принтберри», 2013. С. 36-39. URL: http://philosophy-msmsu.narod.ru/Theses/Sbornik_7.pdf
110. Доника А.Д. Интериоризация профессиональной роли врача: социальные, психологические и соматические детерминанты. Автореф. дисс. д.м.н., Волгоград, 2010. 47 с.
111. Доника А.Д. Медико-социологический анализ формирования профессионально значимых качеств у студентов медицинского вуза. - Волгоград: Изд-во ПринТерра-Дизайн, 2005. – 6,3 п.л.
112. Доника А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. – Москва: Изд-во «Академия естествознания», 2009. – 12,5 п.л.

113. Дружинин В.В., Конторов Д.С., Конторов М.Д. Введение в теорию конфликта. – М.: Радио и Связь, 2001. 288 с.

114. Дуброва В.П. Размышления о врачебном искусстве, или социально-психологические факторы успешности деятельности врача / В. П. Дуброва // Медицина. – 1999. – № 3.

115. Дуткевич Пётр. Нужны ли реформы в системе высшего образования? Высшее образование в России. Изд. «Московский государственный университет печати имени Ивана Федорова» (Москва) 2015. №3. С. 80-84.

116. Дьяченко В.Г. Кадровый кризис, как причина провала реформ здравоохранения региона// Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электронный научный журнал] 2015; №2. URL:<http://www.fesmu.ru/voz/20152/2015201.aspx>

117. Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине. Хабаровск: Изд. центр ДВГМУ. 2007. – 490 с.

118. Дьяченко В.Г. Рыночные реформы и доступность медицинской помощи населению. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электронный научный журнал] 2016; №2. С.5-28

119. Дьяченко В.Г. Экспертиза качества медицинской помощи (Вопросы теории и практики)/Abt. AssociatesInc. Bethesda, Maryland. USA. Agency for international Development ENI/HR/HP. Washington. 1996.- 203 с.

120. Дьяченко В.Г., Галеса С.А., С.Г. Курбетьев. Управление качеством услуг в современной стоматологии. Хабаровск. «Амуриздат». 2005. 586 с.

121. Дьяченко В.Г., Галеса С.А., Пьетрок М.Т., Павленко И.В. Введение в общую врачебную практику в стоматологии. Учебное пособие под. Ред. В.Г. Дьяченко. Москва–Тверь: ООО «Издательство «ТРИАДА». 2009. 312 с.

122. Дьяченко В.Г., Дьяченко С.В., Авдеев А.И. Рыночные преобразования в современной медицине и ятрогении // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2015. № 1.

123. Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса. / Под.ред. проф. В.Г. Дьяченко. - Хабаровск: Изд. ГОУ ВПО ДВГМУ, 2012. - 408 с.

124. Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б., Солохина Л.В. и др. Здравоохранение Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ. Под редакцией В.Г. Дьяченко. Хабаровск. 2013. Изд. Центр ГБОУ ВПО ДВГМУ. 684 с.

125. Дьяченко В.Г., Солохина Л.В, Дьяченко С.В. Управление качеством медицинской помощи. Учебник: Издательство ГБОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет, 2013 - 486 с.

126. Дьяченко С.В. Экспертиза ятрогении : монография / С. В. Дьяченко, А. И. Авдеев, В. Г. Дьяченко. – Хабаровск : Изд-во «Лидер», 2015. – 660 с.

127. Дьяченко С.В. Дьяченко В.Г. Об истоках социального неравенства при обеспечении дальневосточников медицинской помощью// Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электронный научный журнал] 2015; №2. URL.:<http://www.fesmu.ru/voz/20152/2015201.aspx>.

128. Дьяченко С.В., Авдеев А.И., Дьяченко В.Г. Проблемы рациональной фармакотерапии// Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электронный научный журнал] 2014; №3. URL.:<http://www.fesmu.ru/voz/20143/2014307.aspx>

129. Дьяченко С.В., Дьяченко В.Г. Современный мир взаимоотношений врача и пациента. Философские проблемы биологии и медицины. Сборник статей. МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Московское философское общество. Изд.: ООО "Навигатор" (Москва) 2015. С. 42-45.

130. Дьяченко С.В., Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б. Эпистемологические аспекты экспертизы качества медицинской помощи//Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электронный научный журнал] 2015; №3. URL.:<http://www.fesmu.ru/voz/20152/2015201.aspx>.

131. Егоров К.В. Правомерный вред в медицине. – М.: Статут, 2011. –173 с.

132. Егоров К.В. Условия деликтной ответственности в сфере медицинской деятельности / К.В. Егоров // Практическая медицина. – 2006. – №2 (16). – С. 37-38. -0,2 п.л.

133. Емельянов С.М. Практикум по конфликтологии. СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 368 с.: ил. – (Серия «Практикум по психологии»)

134. Ениколопов С. Н. Психология враждебности в медицине и психиатрии // Терапия психических расстройств. 2007. № 1. — с. 18-22.

135. Ениколопов С.Н., Садовская А.В. Враждебность и проблема здоровья человека // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2000. № 7. С. 59-64.

136. Ефименко С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента // Социология медицины. 2006. - № 1. - С. 12-16.

137. Ефименко С.А. Социологические теории и социология медицины о взаимодействии социальных субъектов // Социология медицины. 2005. - № 1. - С. 32-38.

138. Ефимов В.С. Университеты будущего: глобальные тренды и перспективные модели» Доклад на Форсайт-сессии «Формирование стратегического видения ДВФУ-2030 с учетом долгосрочной ситуации на

Дальнем Востоке России и влияний трендов АТР» 4 июля, 2016 г. URL <http://foresight.sfu-kras.ru/node/322> (дата обращения 09.01.2017).

139. Жарова М.Н. Медицинская культура российского общества. Журнал ГлавВрач, 2011. №6. - с. 87 – 95.

140. Жарова М.Н. Человек врачующий: целитель - врачеватель - врач // Альманах современной науки и образования. Тамбов: Грамота, 2010. № 1 (32): в 2-х ч. Ч. 2. - С. 39 - 43.

141. Жарова, М. Н. Моральная ответственность в профессиональной деятельности медицинских работников / М. Н. Жарова // ГлавВрач. – 2011.- №1.- С. 73-81.

142. Жданов Ю.А. Проблемы теории и истории культуры / Жданов Ю.А., Давидович В.Е. Сущность культуры. Изд. 2-е, перераб./ Отв. ред. Ю.Г. Волков. - Ростов н/Д: Наука-пресс, 2005. - С. 61.

143. Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: автореф. дис. ... д-ра филол. наук. Волгоград, 2008. 44 с.

144. Заболотнов А.Ю. Общество потребления в современной России // Экономика и менеджмент инновационных технологий. 2014. № 9 [Электронный ресурс]. URL: <http://ekonomika.snauka.ru/2014/09/5901> (дата обращения: 26.05.2017).

145. Зазыкин В. Г., Чернышев А. П. Акмеологические проблемы профессионализма. - М.: НИИ ВО, 1993.

146. Закон РФ. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

147. Золотарева, Е. А. Право и биомедицинская этика: Соотношение, принципы и формы взаимодействия: Автореф.дисс. к.ю.н. - Ростов-на-Дону, 2009. -23с.

148. Ибн Сина. Даниш намэ. Книга знания. Сталинабад. 1957.

149. Ибн Сина. Канон врачебной науки. В 5 томах. Ташкент., 1956-1960.

150. Ижаева З.Н. Государственное регулирование здравоохранения в условиях социальных реформ : диссертация ... кандидата социологических наук : 22.00.08 / Рос. акад. гос. службы при Президенте РФ.- Москва, 2009.- 194 с.

151. Иншаков О.В. Человек институциональный. - Волгоград: Изд-во ВолГУ, - 2005. – 854 с.

152. Ильин В.И. Креативный консюмеризм как тренд современного общества потребления Журнал социологии и социальной антропологии. 2011. Том XIV. № 5 (58). С. 41-54.

153. Ильин В.И. Социальное неравенство. М.: Институт социологии РАН, 2000.

154. Ильин В.И. Общество потребления: теоретическая модель и российская реальность // Мир России. – 2005. – Т. XIV. – № 2. С. 3-40.

155. Ильин Е.П. Психология взрослости. СПб.: Питер, 2012- 469 с.
156. Ильина И.Ю. Социально-демографическая дифференциация потребления населения: автореф. дисс. ... д-ра эконом. наук. М., 2009. 52 с.
157. Искандиров А., Вандышева-Кремнева Ю. Тяжелобольной экс-губернатор ползал на коленях, а медики проходили мимо. Комсомольская правда. 8 апреля 2016 г. URL: <http://www.hab.kp.ru/daily/26514/3421457/> (дата обращения: 31.05.2016).
158. Кабанов М.И., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Л.: Медицина, 1983.- С.38-62.
159. Кавелина Т. А. Врач: профессия, призвание, культура. М.: Изд-во СГУ, 2006.
160. Казинс Норман. Анатомия болезни с точки зрения пациента. Размышления о лечении и выздоровлении. - Москва, 1991.
161. Камалиева И.Р. Социально-философский анализ современных проблем врачебной этики. Автореф. к.ф.н., Уфа 2013., ГБОУ ВПО БГМУ РФ. 29 с.
162. 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.
163. Карле Ганс. Всемирная федерация медицинского образования. Непрерывное профессиональное развитие врачей. Мбеждународные стандарты ВФМО улучшение качества. Университет Копенгагена. Дания.2003.URL:<http://inmeds.com.ua/upload/documents/cme/Documents/34-WFMESPDRus.pdf>. (по состоянию на 07.01.2017).
164. Кармин А.С. Конфликтология: Учебник. Изд. 2-е, испр. / Под ред. А.С.Кармина. Серия «Учебники для вузов. Специальная литература». – СПб.: Издательство «Лань», 2000. – 448 с.
165. Карпикова И.С. Качество и доступность медицинских услуг: мнение населения и специалистов сферы здравоохранения / И.С Карпикова // Социологические исследования. 2015. №6. С.53-57.
166. Карсон Р. Становление диалога между доктором и пациентом/ Р. Карсон //Вестник Московского университета. Сер. 7. Философия, 1998, № 5.- С. 34.
167. Кибанов А.Я., Ворожейкин И.Е., Захаров Д.К., Коновалова В.Г. Конфликтология: Учебник / Под ред. А.Я. Кибанова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2010. – С. 36-37.
168. Кильдюшева О.А., Кулешова Г.П. Особенности социальной стратификации современной России // Общество: социология, психология, педагогика. 2017. №5. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-sotsialnoy-stratifikatsii-sovremennoy-rossii> (дата обращения: 09.11.2017).

169. Киселев С.Н. Тенденции демографической нагрузки и экономичности роста населения Дальневосточного Федерального округа в начале XXI века. ДМЖ. 2017. №1. С. 78-80.

170. Киселев К.В. Технологизация медицины: за и против. Философские проблемы биологии и медицины. Сборник статей. МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Московское философское общество. Изд.: ООО "Навигатор" (Москва) 2015. С. 88-90.

171. Кифоренко И.К. Проблемы сегментирования потребителей по признаку принадлежности к общественному классу в современной России // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1.

172. Клевно В.А., Веселкина О.В., Обухова Ю.Д. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2014 году: ежегодный доклад. М., 2015.

173. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. - М.: Изд. Центр «Академия», 2004.

174. Ковалев, В.И. Мотивы поведения и деятельности. Текст. / В.И. Ковалев. - М. - Наука, 1988 192 с.

175. Козак В.С. Доступность первичной медицинской помощи как цель модернизации здравоохранения / В. С. Козак // Главврач. – 2004.–№ 5. С. 28-42.

176. Козлов С.В. Причины назначения дополнительных и повторных судебно-медицинских экспертиз, связанных с неблагоприятными последствиями оказания медицинской помощи. Научные труды V Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / под ред. Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева. – М.: НИМП, 2013. – 216 с.

177. Козырев Г.И. Введение в конфликтологию: Учеб.пособие. – М.: ВЛАДОС, 2001. – С. 6.

178. Кокшаров А. Понять причину о том, каким должен быть современный университет, способный приносить прибыль рассказывает директор Лондонской школы экономики Ховард Дэйвис. Эксперт. 2004. № 46. URL: <https://www.hse.ru/news/1117741.html> (дата обращения 12.08.2016)

179. Колонато А.Е. с сосавт. Система защиты прав пациентов в Российской Федерации: проблемы и перспективы улучшения. Аналитический доклад / Авторы: Колонато А.Е., Крашенинникова Ю.А., Кузнецов Е.Б., Митина Д.А. Под редакцией Крашенинниковой Ю.А. – М.: Фонд содействия развитию науки, образования и медицины, 2009 г. – 44 с.

180. Колягин В.В. Коммуникации в медицине. Основы транзакционного анализа: пособие для врачей / В.В. Колягин. Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2012. 126 с.

181. Комаров Ю.М. Кризис, здоровье и здравоохранение (2008-2011 г.г.): кто виноват и что делать. (2013) <http://www.s-media.su/?action=show&id=423> (по состоянию на 12.09.2015)
182. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине.- Прага, 1974.
183. Коновалова Л.В. Прикладная этика /Л.В.Коновалова // Цифровая книга. - М.: Озон, 2004. - 268 с.
184. Кононенко Т.В. Доступность медицинской помощи в территориях с низкой плотностью населения. «Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России» 2012 №1 <http://www.fesmu.ru/voz/20121/2012108.aspx> .
185. Конституция Российской Федерации (официальное издание). Изд-во «Юридическая литература» // Москва, 2011.
186. Конституция Российской Федерации. Научно-практический комментарий. / Под редакцией Академика Б.Н. Топорнина. М.: Юристъ. - 1997. 716 с.
187. Коньков Николай. Дореформировались... Газета «ЗАВТРА». Выпуск № 37 (1138) (17 сентября 2015).
188. Корнетов Н.А. Клиническая антропология в психиатрии. Томск: Изд. Том. ун-та. -1998. - 112 с.
189. Корнетов Н.А. Клиническая антропология - методологическая основа целостного подхода в медицине (Editorial) // *Biomedical & Biosocial Anthropology*. 2004. № 2. P. 101—105.
190. Корнетов Н.А. Концепция клинической антропологии в медицине// Бюллетень сибирской медицины. - 2008. - № 1. - С.7-30.
191. Косолапова Н.В. Конституционное обеспечение права граждан на медицинскую помощь: Автореферат диссертации канд. юрид. наук. - Саратов, 2000.
192. Костакова Т.А. Оптимизация системы управления врачебными кадрами в условиях модернизации здравоохранения (на примере Дальневосточного федерального округа) /Т.А. Костакова: автореф. дисс. кандидата медицинских наук. - Хабаровск 2011, ДВГМУ 23 с.
193. Котлер Ф. Модель покупательского поведения // Котлер Ф. Основы маркетинга. СПб.: АО «Коруна», АОЗТ «Литера плюс», 1994.
194. Котляров И.Д. Лояльность и повторяющиеся покупки // Маркетинг и маркетинговые исследования. - 2010. - № 6. - С. 480-486.
195. Котляров И.Д. Модели поведения потребителей: новый подход // Современная экономика: проблемы и решения. - 2011. - № 4. - С. 71-82.
196. Кочкина Н.Н., Красильникова, М.Д., Шишкин С.В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения [Текст]: препринт WP8/2015/03 / Н. Н. Кочкина, М. Д. Красильникова, С. В. Шишкин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2015. – (Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»). – 56 с.

197. Краснопольская И. Как готовить будущих врачей, чтобы не переучивать их на практике. Российская газета - Федеральный выпуск №6931 (63) URL: <https://rg.ru/2016/03/24/eksperty-rg-obsudili-podgotovku-budushchih-vrachej.html> (дата обращения: 07.12.2016).

198. Кузнецов А.В. Социальные взаимоотношения врачей, пациентов и СМИ в процессе медиализации. Автореф. к.с.н. Волгоград. 2009. 29 с.

199. Кузнецов А.В., Бармина Т.В. Врачи и СМИ как конкурирующие источники информации для потребителей медицинских услуг//Институционализация социологии медицины: проблемы, методы, перспективы развития. Новосибирск. 2009 – 0,2 п.л.

200. Кузнецов Д.А., Максимов М.А. Коллективный субъект антиконсюмеризма: к постановке проблемы Журнал: Философия и общество. Выпуск №2 (70). 2013.

201. Кузнецова Т.Н., Сальникова К.М. Конфликты в сфере здравоохранения. Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150) 2015. Volume 5. Issue 5

202. Кукарцова А. Реформа системы здравоохранения оказалась неэффективной. "Комсомольская правда" 14 апреля 2015. URL: http://www.ach.gov.ru/press_center/publications-in-mass-media/21349 (дата обращения: 06.06.2016).

203. Кульман Э. «Ответственные профессионалы» и «разборчивые клиенты»: изменения во взаимодействии медицинских профессионалов, государства и общества // Социальная динамика и трансформация профессиональных групп в современном обществе / Под. ред. В.А. Мансурова. М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2007.

204. Кучеренко В.З., Кравченко Н.А., Рагозин А.В. Кризис здравоохранения-диалектика решений: от "бизнеса на болезнях" и "медицинского коммунизма" к рентабельной экономике общественного здоровья". Экономика здравоохранения. 2010; 3: С. 5—16.

205. Лазебник Л.Б. Диагностика и лечение ГЭРБ у пожилых // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. Специальный выпуск. – 2004. – № 5. – с. 16-20.

206. Лазебник Л.Б., Вёрткин А.Л., Конев Ю.В., Ли Е.Д., Скотников А.С. Старение. Профессиональный врачебный подход. Изд.: «Эксмо». 2014. 320 с.

207. Лазебник Л.Б., Кузнецов О.О., Конев Ю.В. Ишемическая болезнь сердца у пожилых. М., 2003.

208. Лао-Цзы. Дао дэ Цзин. Книга пути и благодати. - Эксмо; Москва; 2002.

209. Латухина Кира. Путин выделил деньги на ремонт больниц. 02.09.2017. Российская газета. URL: <https://telegram.me/rgrunews> (по состоянию на 04.09.2017).

210. Леви-Строс К. Структурная антропология. -М.: Наука, 1983.- 536 с.
211. Левицкая И.А. Герменевтические основания профессионального образования: философско-педагогический аспект. Современная наука: Актуальные проблемы теории и практики. Серия «Гуманитарные науки», 2012. № 3.
212. Левченков С.И. Краткий очерк истории химии. – Ростов н/Д: Изд-во Рост. ун-та, 2006. 112 с.
213. Леон Р. Касс. Нестареющие тела, счастливые души: биотехнологии в погоне за совершенством / Р.К.Леон // Журнал «Вызов познанию: Стратегии развития науки в современном мире». - М.: Наука, 2004. - С. 282-308.
214. Леус П.А. Коммунальная стоматология, - Брест.- 2000. 250 с.
215. Лехциер В.Л. Нарративный поворот и актуальность нарративного разума. Нарративные повороты // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. под общ. ред. В. Л. Лехциера. Самара: Самарский университет. 2012. С. 5-9.
216. Лехциер В.Л. Субъективные смыслы болезни: основные методологические различия и подходы к болезни // Социологический журнал. 2009. № 4.
217. Линденбрaten А.Л. Контроль качества организации медицинской помощи: современные подходы / А. Л. Линденбрaten, В. В. Ковалева // Здравоохранение. – 2011.– № 6. – С. 50-55.
218. Лисицин Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф. Медицина и гуманизм. - М.: Медицина, 1984. - 278 с.
219. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
220. Лисицын Ю. П., Семенова Л. П. К вопросу о медицинской социологии // Сов. здравоохран. 1983. - № 6. - С. 51-54.
221. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания.- 4-е изд.- М.: Медицина, 1977.- С. 37–52.
222. Лыгина Н.И. Поведение потребителей/Н.И. Лыгина, Т.М. Макарова. - М.: ИНФРА-М, ФОРУМ, 2005. - 208 с.
223. Любутин К.Н. Фейербах: философская антропология. Свердловск, 1988.
224. Магомедов А.З., Алиев О.М., Ибрагимов И.М. Философские аспекты ятрогении // Ятрогенные болезни и повреждения: Сб. науч. работ. - Махачкала, 1991.- С. 8-14.
225. Майбуров И., Стровинский Л. Цзин Цзян. Опыт образовательной реформы в КНР // Мировая экономика и международные отношения. 2006. № 10.
226. Майерс Д. Социальная психология / Перев. с англ. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 688 с.

227. Макарова А.Д. Креативная экономика и ее составляющие. Новое слово в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований. Издательство: ООО "Центр развития научного сотрудничества" (Новосибирск). 2016. № 27-2. С. 80-85.

228. Макарова Е.Н. Проблема профессионализма в психолого – акмеологических исследованиях // Экономика образования. 2015. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/problema-professionalizma-v-psihologo-akmeologicheskikh-issledovaniyah> (дата обращения: 24.05.2017).

229. Максимова Т.М., Лушкина Н.П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 3. С. 3-7.

230. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: новейший справочник / И. Г. Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова, 2003. — 928 с.

231. Малявин В.В. «Конфуций». М. Мол.гвардия, ЖЗЛ, Сер. биограф. Вып. 721,1992.

232. Мануильский М.А. Выступление на круглом столе «Как возможна единая наука о человеке?», Проблема моделирования когнитивной эволюции, в Сб.: Многомерный образ человека: на пути к созданию единой науки о человеке / Под общ. ред. Б.Г. Юдина, М., «Прогресс-Традиция», 2007 г., с. 303-305.

233. Мареева С.В. Средний класс в современной России. Опыт многолетних исследований. Под общей ред. М. К. Горшков, Н. Е. Тихонова. М.: Издательство «Весь мир». 2016. 368 с.

234. Маркова А.К. Психология профессионализма. Издательство: Международный гуманитарный фонд "Знание", 1996 г.

235. Маслоу А. Мотивация и личность. Пер. А. М. Татлыбаевой. — К.: Psylib, 2004.

236. Медицинские вузы России. URL. <https://yandex.ru/search/?text=сколько%20медицинских%20вузов%20в%20россии%202016&lr=76&clid=1955454&win=205> (дата обращения 07.12.2016)

237. Мечников И.И. Этюды оптимизма. М., Наука. 1964. 325 с.

238. Мещерякова М.А. Деятельностная теория учения как научная основа повышения качества подготовки специалистов в медицинском вузе // Система обеспечения качества подготовки специалистов в медицинском вузе: / Под ред.проф. П.Г.Ромашова/ - СПб: СПбГМА им. И.И.Мечникова. – 2004. С.13-15.

239. Мещерякова Т.В. Медицинский нарратив в биоэтике как критерий учета индивидуальности пациента. Вестник ТГПУ. 2010. Выпуск 5 (95) С. 66-71.

240. Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям. ВОЗ, Женева, 2010.

241. Мирошникова О.В., Гребенюк М.О. Методология толерантности в реализации принципа уважения автономии пациента // Биоэтика. – 2010. – № 1. – С. 16-18.
242. Мирошникова О.В., Рева И.Е. Методология толерантности в социальном пространстве города // Социология города. - № 3. – 2011. – 0,3 п.л.
243. Мирошниченко Н.В. К вопросу о правомерности причинения вреда жизни и здоровью при производстве медицинского эксперимента // «Черные дыры» в Российском законодательстве. 2007. № 2. (0,2 п.л.).
244. Михайлова Х.Н. Международные и национальные стандарты при урегулировании споров в сфере предоставления медицинских услуг. Автореф. к.ю.н. Москва. 2009. 29 с.
245. Михайлова Х.Н. Основные черты конфликта, возникающего при оказании медицинских услуг. – Медицинское право, 2008, N 3
246. Михель Д.В. Медикализация как социальный феномен. Вестник СГТУ. 2011. № 4 (60). Выпуск 2. С. 256-263
247. Михель Д.В. Биомедицина как культурная система: краткий обзор медикоантропологических представлений // Гуманитарные ориентиры научного познания: сборник статей. К 70-летию Бориса Григорьевича Юдина / отв. ред. П.Д. Тищенко. М. : Навигатор, 2014. С. 236-243.
248. Морозова Л.А. Теория государства и права — М.: Изд. Эксмо, — 2009. — С. 143.
249. Московичи С. Век толп. М.: Центр психологии и психотерапии, 1996.
250. Мотова Г.Н. Кому достанется флейта? // «Аккредитация в образовании». – № 66, 2013. – С. 14-19.
251. Мотрич Е.Л. Миграция в демографическом зеркале Дальнего востока России. Доклад на III Всероссийской конференции «Демографическое развитие Дальнего Востока». 28-30 мая. 2017 г. Благовещенск. <https://elibrary.ru/item.asp?id=24308102>
252. Мочкин И.А. Организация медицинской помощи лицам пожилого возраста // Главврач. 2006. № 12. С. 46-48.
253. Нагорная С.В. Договор об оказании медицинских услуг канд. дис. юр. наук. Белгород, 2004
254. Назаров Ю.О выгорании // Вокруг света. - 2005. - №1. - С.128
255. Наумова Р.Л. Врачи и пациенты. Московская финансово-промышленная академия. М., 2011. С. 5.
256. Невинная Ирина. Почему не удается облегчить доступ онкологических больных к обезболиванию. 20.09.2017. Российская газета – Неделя. №7379 (213). <https://rg.ru/2017/09/20/pochemu-ne-udaetsia-oblegchit-dostup-onkobolnyh-k-obezbolivaniuu.html>.

257. Нейсбит Дж. Высокая технология. Глубокая туманность. М., 2005, с. 181.

258. Несмелов В.И. Наука о человеке. Том 1 и 2. Репринт произведен по изданию 1906. Том 1 - 398 с. Том 2 - 440 с. Центр изучения, охраны и реставрации наследия Павла Флоренского 2000.

259. Никс Н.Н. (ред.). Аналитический доклад. «Средний класс в современной России: 10 лет спустя». Научный редактор – Никс Н. Н. Сетевой научный журнал «Вестник Института социологии» 2014. 222 с. URL. <http://www.vestnik.isras.ru/> (дата обращения 13.11.2017)

260. Никитюк Б.А. Интегративная антропология – состояние, проблемы, перспективы // Росс. морфологические ведомости. – 1994. – № 3. – С.118-122.

261. Никитюк Б.А. Разграничение общей, биомедицинской и клинической антропологии // Росс. морфологические ведомости. – 1995. – № 3. – С.129-136.

262. Никитюк Б.А., Корнетов Н.А. Интегративная биомедицинская антропология Томск: Изд. Томск. ун-та. –1998.- 182 с.

263. Носкова К.А. Формирование, накопление и развитие человеческого капитала // Гуманитарные научные исследования. 2013. № 5 [Электронный ресурс]. URL: <http://human.snauka.ru/2013/05/3033> (дата обращения: 11.01.2018).

264. Овсянников А.А. Общество потребления в России: системность и тотальность кризиса // Вестник МГИМО – университета. 2010. № 3 (18). С. 222–234.

265. Овчарова Л.Н., Селезнева Е.В. Мониторинг социально-экономического положения и социального самочувствия населения. Специальный выпуск «Потребление медицинских услуг и лекарств в период экономического спада». Под ред.Л.Н. Овчаровой–М.: НИУ ВШЭ. 2017.

266. Оллсоп Дж., Джонс К. Управление медперсоналом в Великобритании: от саморегулирования до партнерского управления // Социальная динамика и трансформация профессиональных групп в современном обществе / Под. ред. В.А. Мансурова. М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2007.

267. Павлов А.В. Выступление на Общероссийском образовательном семинаре-совещании по вопросу организации первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства (Ярославль, 04.04.2017г.) URL. <http://lean.usmu.ru> (по состоянию на 10.07.2017)

268. Павлов В.Н., Цыглин А.А. Модернизация высшего образования посредством внедрения современных инновационных технологий. Медицинское образование и вузовская наука. № 1(7), 2015. С. 84-86.

269. Павленко Е.В. Киберпространство медицины: Интернет, как враг и союзник врача и пациента. Социология медицины. 2013. №1 (22). С. 42-46.
270. Папушина Ю.О. Социологический анализ потребления в работах Ж. Бодийяра. Автореф. дисс. к.с.н. Москва. ВШЭ. 2009. 29 с.
271. Парсонс Т. О структуре социального действия: пер. с англ. М.: Академический Проект, 2000. С. 199–204.
272. Петленко В.П., Струков А. И., Хмельницкий О. К. Детерминизм и теория причинности в патологии, М., 1978.
273. 277. Петров А.В., Мирошникова О.В. Толерантность как ценность культуры современного общества// Биоэтика. – 2011. – № 2. – С. 5-7.
278. Петров В.И., Мандриков В.Б., Сабанов В.И., Голубев А.Н. От сертификации к аккредитации специалистов: состояние проблемы и пути решения. Медицинское образование и вузовская наука. 2016 №1. С. 21-26
279. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. – Л.: Издательство ГИДУВа, 1948. – 20 с.
280. Петрова И.А. Правовое обеспечение доступности медицинской помощи / И. А. Петрова // Правовые вопросы в здравоохранении. 2011. – № 1. – С. 18-27.
281. Пицита А.Н. Правовое регулирование медицинской деятельности в современной России. - Теоретико-правовые аспекты. - ЦКБ РАН, 2008 г. – 115 с.
282. Поваренков Ю.П. Проблемы психологии профессионального становления личности [Текст] / Ю.П. Поваренков.- Саратов: Саратовский государственный социально-экономический университет, 2013.- 322 с.
283. Погосян Г.А. Метод интервью и достоверность социологической информации. Ереван, 1985.
284. Понкина А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. – М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. – 200 с.
285. Понкина А.А. Права пациентов. Конституционно-правовое исследование. - Saarbrücken: LAP Lambert Academic Publishing GmbH & Co. KG, 2012. - 143 с.
286. Попович Л.Д. Реформа здравоохранения: взгляд экономиста. 10.12. 2014. <http://www.miloserdie.ru/articles/reforma-zdravoohraneniya-vzglyad-ekonomista> (Дата обращения. 28.02.2015).
287. Поппер К.Р. Открытое общество и его враги: В 2 т. М., 1992.
288. Поппер К.Р. Логика и рост научного знания//Избр. работы. -М.: Прогресс, 1983. - 605 с.

289. Порецкина Е. Некоторые новые черты потребительских моделей петербургских семей конца 90-х // Новые потребности и новые риски. Реальность 90-х годов. СПб: Норма, 2001. С.99 – 115.

290. Потапчик, Е. Г. Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении): препринт WP8/2011/11 [Текст] / Е. Г. Потапчик, Е. В. Селезнева, С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. — 36 с.

291. Прихода И.В., Рыбальченко А.А. Основы медицинской этики и деонтологии//ППМБПФВС.2009.№8.

URL:<http://cyberleninka.ru/article/n/osnovy-meditsinskoj-etiki-i-deontologii>
(дата обращения: 28.09.2015).

292. Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В., Шишкин С.В. (2011) Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении). Препринт WP8/2011/12. Высшая школа экономики. М.: НИУ ВШЭ // http://www.hse.ru/data/2011/12/16/1261928725/WP8_2011_n_final.pdf.

293. Пристансков В.Д. Проблемы выявления неосторожных преступлений в медицине. // Проблемы прокурорской и следственной деятельности в сфере борьбы с преступностью в современных условиях. Международная научно-практическая конференция 5-6 июля 1996 г.: Тезисы выступлений. СПб.,1995. С.179-180.

294. Пристансков В.Д. Особенности поддержания государственного обвинения по делам о преступных ятрогенных // Руководство для государственных обвинителей. СПб., 2003. С. 118 – 147.

295. Пристансков В.Д. Ятрогенные преступления: понятие, подходы к исследованию. СПб., 2006.

296. Пристансков В.Д. Методика расследования ятрогенных преступлений // Курс криминалистики: В 3 т. / Под ред. О. Н. Коршуновой, А. А. Степанова. Т. II: Криминалистическая методика: Методика расследования преступлений против личности, общественной безопасности и общественного порядка. СПб., 2004.

297. Пристансков В.Д. Ятрогенные преступления: понятие, подходы к исследованию. СПб., 2006.

298. Протокол заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам Резиденция "Горки", Московская область от 25 октября 2016 г. № 9.

299. Путин В.В. Доклад на заседании президиума Госсовета о повышении доступности и качества медицинской помощи в регионах. 30 июля 2013 года, Московская область, Ново-Огарёво. URL: <http://special.kremlin.ru/events/state-council/18973>.

300. Равочкин Н.Н., Малиновский В.А. Концепты Мишеля Фуко в современной философии медицины// Nauka-rastudent.ru. – 2014. – №. 12 (12-2014) / [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://nauka-rastudent.ru/12/2208/>
301. Рагозин А.В., Кравченко Н.А. Система здравоохранения: Сословная медицина. Ведомости № 3959 от 13.11.2015.
302. Рагозин А.В., Кравченко Н.А., Розанов В.Б. Эффективность национальной системы здравоохранения: соответствует ли используемая модель финансирования здравоохранения объективным условиям страны. Здравоохранение Российской Федерации. 2013. №5. С. 3-8.
303. Рагозин А.В. Отказ в неотложной помощи как следствие низкого качества закона об ОМС/А. В. Рагозин // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2011. – № 1 . – С. 68-71.
304. Рансьер Ж. Олигархи продают чувство опасности // Русский журнал. 5 января 2011 г. URL:<http://www.strana-oz.ru/2013/2/tehnika-bezopasnosti-politika-straha-kak-instrument-upravleniya> (дата обращения 30.12.2017).
305. Рассел Б. Человеческое познание: его сфера и границы. / [Пер. с англ. Н. В. Воробьева]. — М.: ТЕРРА — Кн. клуб: Республика, 2000.
306. Ренан Э. Аверроэс и аверроизм. — Собр. соч., т. VIII–IX. Киев, 1902. - стр. 84.
307. Решетников А.В. Социология медицины: Руководство. М.; 2010.
308. Решетников А.В. Медико-социологические представления о моделях болезни и здоровья// Социология медицины.-2003.-№2,- с.3-18.
309. Решетников А.В. Социологическая теория общества и личности // Социология медицины.-2004.-№1.-С.3-15.
310. Решетников А.В. Социологическое осмысление медицины //Социология медицины.-2003.-№1.-С.3-15.
311. Решетников А. В. Социология медицины. М., 2002.
312. Ригельман Ричард К. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей. Перевод с англ. Амчекова. М., 1994. 189 с. (<http://lib.rus.ec/b/217050/read>)
313. Ринпоче Ч.Н., Шлим Д. Медицина и сострадание. Советы тибетского ламы всем, кто заботится о больных и умирающих людях. Перевод К. Царьков, Н. Минеева, А. Яремчишин. Изд. ООО «Ориенталия», 2014.
314. Родькин П. Креативная индустрия: инструмент эксплуатации или развития общества? 2014. URL www.prdesign.ru/text/2014/creativeindustry.htm (дата обращения 12.08.2017)
315. Рудык Ю.С., Пивовар С.Н. Аспекты врачебной этики: от клятвы Гиппократов до доказательной медицины // Здоров'я України. – 2005. – № 6 (115). – С. 50 – 51.

316. Руженков В.А., Чернева Я.А. Медицинская конфликтология: Учебное пособие. – Белгород, 2011. – 143 с.
317. Рыбников Н.А. Психология и выбор профессии. 3-е доп. издание, Орел, Госиздат, 1922. —76 с.
318. Саверский А.В. Защита прав пациента. Нижний Новгород, 2013. С. 101.
319. Сакс Джефри Д. Конец бедности. Экономические возможности нашего времени. Перевод с англ. Эдельмана. Изд. Института Гайдара. Москва. 2011. 423 с.
320. Сафонова М.А. Есть ли у российских университетов шансы на интернациональном рынке образовательных услуг? // ПОЛИТ.РУ, 2011. № 10/10.[Электрон. ресурс]. Режим доступа: <http://polit.ru/article/2011/10/10/safonova/>
321. Светличная Т.Г. Медико-социологический подход к анализу потребления медицинских услуг: основные положения /Т.Г. Светличная, О. А. Цыганова, Е. Л. Борчанинова//Соц. аспекты здоровья населения. - 2011. -№ 4. – С.32
322. Седдон Дж. Свобода от приказов и контроля. Путь к эффективному сервису / Пер. с англ. А.Л. Раскина; Под науч. ред. Ю.П. Адлера. — М.: РИА «Стандарты и качество», 2009. — 232 с.
323. Седова Н.Н., Чеботарева О.А. Социология патернализма и российская медицина // Социология медицины — реформе здравоохранения. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2004.
324. Сергеев А.П., Толстой Ю.К. Гражданское право / Изд. «ПРОСПЕКТ». Под ред. А.П. Сергеева и Ю.К. Толстого. 2006. - Т. I. С. 96-97.
325. Сергеев Ю.Д. Профессия врача. Юридические основы. – Киев : Выш. школа, 1988.
326. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С. В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М.; Иваново, 2001.
327. 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.
328. Сергеев Ю.Д., Козлов С.В. Методология ситуалогической судебно-медицинской экспертизы медицинского происшествия. Медицинское право, 2012, N 1.
329. Сергеев Ю.Д., Козлов С.В. Судебно-медицинская экспертиза медицинского происшествия. Москва- □ Белгород. Изд. «Кронстанта», 2012. - 240 с.
330. Сергеев Ю.Д., Концевая А.Ю. Уголовная ответственность за профессиональные и должностные правонарушения в медицинской деятельности: состояние правового регулирования. Медицинское право

России: материалы Всероссийской научно-практической конференции. М.: Национальный институт медицинского права, 2015. С. 127-133.

331. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию: Учебник для студентов медицинских вузов. — М.: Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 416 с.

332. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы / И.В.Силуянова. - М.: «Грантъ», 2001. – С. 175.

333. Силуянова И.В. Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма «Экономика здравоохранения», - 2000, № 1(42), - с. 5-8.

334. Силуянова И.В. Понимание этики в медицине как социальная проблема (Этические проблемы медицины глазами медиков). «Медицинское право и этика», № 4, 2002. с. 33-41.

335. Скворцова В.И. Выступление на национальном съезде врачей РФ. 05.10.2012. URL <https://rmapo.ru/291-vystuplenie-ministra-zdravoohraneniya-rossiyskoj-federacii-vi-skvorcovoy.html> (дата обращения 07.12.2016).

336. Сокол А.Ф. Современный врач: особенности, пути оптимизации профессиональных и личностных качеств. Социология медицины, № 1(24), 2014. С. 7-14.

337. Соколов Э.В. Четыре науки XXI века // Человек, 2002 г., N 5.

338. Солодухина Д.П., Георгиева Л.Х. Оценка потребности пожилых пациентов в медицинской и социальной помощи в период ремиссии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. № 3. С. 36-38.

339. Спесивцева А.Л. Альтернативные подходы к анализу среднего класса в классовых структурах // Молодой ученый. - 2015. - №11. - С. 988-990.

340. Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России: сценарии развития. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2015. № 2. С. 34-47.

341. Степанов И. «Бережливая поликлиника» - процессная технология или первый шаг стратегии развития здравоохранения? 06.04.2017. URL: <http://pravo-med.ru/bitrix/templates/pravomed-250214/images/footer-logo.png> (дата обращения 05.07.2017).

342. Сундуков Д.В., Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. О работе круглого стола «Ответственность врачей: врачебная ошибка, дефекты оказания медицинской помощи»//Судебно-медицинская экспертиза. — 2011. — №5. — С. 61-62.

343. Сурмач, М.Ю. Методология исследования и оценки социальной эффективности системы здравоохранения (на примере охраны репродуктивного здоровья молодёжи) / М.Ю. Сурмач, Е.М. Тищенко // Журнал ГрГМУ. 2008. No 1 (21). С. 102.

344. Сухарникова Л.В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности: Автореф. дис. канд. юрид. наук. СПб., 2006.-25 с.

345. Сучков А.В. Правовые проблемы взаимоотношения медицинских работников и пациентов при совершении медиками профессиональных правонарушений // Вятский медицинский вестник. 2008. N 3 - 4.

346. Сучкова Т.Е. О юридической ответственности медицинских работников при совершении ими профессиональных правонарушений // Медицинское право. 2011. №6. С. 33 – 40.

347. Талей Н.Н. Черный лебедь. Под знаком непредсказуемости. /Пер. с англ. В. Сонькина, В. Бердичевского, м. Костиновой, О. Попова. Под ред. М.Тюнькиной. –М: Издательство Колибри., 2009., - 528 с.

348. Талер Ричард, Касс Санстейн. Nudge. Архитектура выбора/ Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness. — Манн, Иванов и Фербер, 2017. — 240 с.

349. Талер Ричард. Новая поведенческая экономика. Почему люди нарушают правила традиционной экономики и как на этом заработать/Misbehaving: The Making of Behavioral Economics. - Эксмо, 2017. - 368 с.

350. Тарасенко Е. А. Врачи и пациенты: изменение взаимоотношений / Е. А. Тарасенко // Мед. маркетинг. – 2012. – № 1. – С. 73–77.

351. Тареев Е.М. Проблема ятрогенных болезней // Тер. арх. 1978.

352. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Изд «Феникс». - 1999. 287 с.

353. Теперкина М.В. Способы предупреждения синдрома "эмоционального выгорания" // Вестник Московского университета. Сер.6. Психология. - 2006. - №6. - С.35-55.

354. Тихомиров А.В. «Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг» Диссертация на соискание ученой степени кандидата юридических наук - Москва, 2007.

355. Тихомиров А.В. «Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения» - М.: «ЮрИнфоЗдрав», 2007.

356. Тищенко П.Д. Биовласть в эпоху биотехнологий. М.: ИФР-АН, 2001.

357. Тищенко П.Д. Биоэтика: автономия воли и власть (от Канта до Фуко) // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 1. Биоэтика: антропологические проблемы. М.: Изд-во гуманит. ун-та, 2006. URL: http://www.mosgu.ru/nauchnaya/publications/collections/Bioethics_notebooks_1/ (дата обращения: 17.01.2016).

358. Тогунов И.А. О корпоративной культуре в медицине и здравоохранении // Ж. Менеджер здравоохранения, № 1 . – 2008, – с.31-33.

359. Тогунов И.А. Научное обоснование эволюции взаимоотношений врача и пациента условиях перехода к рынку медицинских услуг. Автореф. дисс. д.м.н.. Москва 2002. 49 с.

360. Трендафилова А., Медико-педагогические задачи на медицинские специалисты при обслуживании на больнице, сп. ASKLEPIOS/ АСКЛЕПИЙ/, X (XXIX), 2015, №1, предпечат и печат Изток-Запад, С., с. 41-44.

361. Трунов Д.Г. И снова о “профессиональной деформации”// Психологическая газета. - 2004. - № 6. - С.32-34

362. Тукинов Д.Р., Самаркан О.О., Рахметуллин А.Б., Калиева А.А., Тукинова А.Р., Мусабекова Ж.А., Алимбаева А.Р. Анализ мотивов выбора профессии врача // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 3-4.;

URL: <https://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=15203> (дата обращения: 19.06.2017).

363. Тхостов А. Ш., Сурнов К. Г. Современные технологии и новые границы социокультурной детерминации нормы и патологии // Психология. Современные направления междисциплинарных исследований. М.: Изд-во "Институт психологии РАН", 2003. С. 66 - 79.

364. Тягунов, Д.В. Судебно-медицинская характеристика дефектов, возникших при оказании медицинской помощи (по материалам судебно-медицинских комиссионных экспертиз): дис. ... канд. мед. наук / Д.В. Тягунов.– М., 2010.–211с.

365. Улукмбекова Г.Э. Уроки реформы российского здравоохранения. 11 февраля 2010 г. <http://polit.ru/article/2010/02/11/healthcare/>.

366. Улумбекова Г.Э. Система здравоохранения российской федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути РЕШЕНИЯ // Вестник Росздравнадзора. 2012. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sistema-zdravoohraneniya-rossiyskoj-federatsii-itogi-problemy-vyzovy-i-puti-resheniya> (дата обращения: 10.01.2016).

367. Улумбекова Г.Э. Доступность и качество медицинской помощи в Российской Федерации. Методы оценки и сравнение показателей с развитыми странами. Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. № 4 (10). С. 36-44.

368. Улумбекова Г.Э. Остаться в профессии. Долговечен ли энтузиазм российских докторов? Медицинская газета. 2015. № 78. С. 4.

369. Усова А.Н. Роль социальной стратификации в социально-политическом конфликте в современной России // Конфликтология. 2013. № 3. С. 220-226.

370. Ухина Юлия. Заседание совета при Губернаторе Хабаровского края по делам инвалидов прошло в краевой столице. 24 апреля 2016 г. URL: <http://www.dvnovosti.ru/khab/2016/04/22/49616/#ixzz46ehVHZ1M> (дата обращения 11.08. 2017).

371. Уэлч Дж., Бирн Р. Джек. Самая суть / Пер. с англ. — Транзит-книга; АСТ, М, 2004. — 480 с.

372. Фанда В.В. Неравенство прав врачей и пациентов в законодательстве Российской Федерации. Научные труды V Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / под ред. Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева. – М.: НИМП, 2013. – 216 с.

373. Федченко Т.М. Дмитриева О.А. Ятрогении: судебно-медицинский и правовой аспект // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. — Хабаровск, 2001. — №4. — С. 80-84.

374. Фейербах Л. Сущность христианства // Избранные философские произведения. М., 1955. Том II.

375. Фельдман И.Л. Особенности копинг-стратегий и защитных механизмов у медицинских работников // Акмеология. 2012. № 3 (43). С. 78-82.

376. Флоря В.Н. Уголовная ответственность за врачебные преступления. Кишинев. Изд. «РЕКЛАМА». 2004. 160 с.

377. Франкл Виктор. Патология духа времени: как поиск смысла жизни стал общественной проблемой. Изд. Альпина Нон-фикш. 2016. 344 с. <https://theoryandpractice.ru/.../15671-patologiya-dukha-vremeni-kak-poisk-smysla-z>.

378. Фрейджер Р., Фейдимен Д. Теории личности и личностный рост. "Personality & Personal Growth", 5th ed., 2002. P 41.

379. Фрейджер, Роберт; Фейдимен, Джеймс. Личность. Теории, упражнения, эксперименты. — Прайм-Еврознак, 2004.

380. Фриц Е. Врачебные ошибки были, есть и будут // Вечерний Томск. 2008. 25 нояб. N 131 // Бюро судебно-медицинской экспертизы Томской области / ОГУЗ БСМЭТО. Томск, 2008. URL: <http://www.bsm.tomsk.ru>; Лечить по-русски // МК в Томске. 2007. 14 - 21 нояб. N 46 // Бюро судебно-медицинской экспертизы Томской области / ОГУЗ БСМЭТО. Томск, 2008. URL: <http://www.bsm.tomsk.ru>; Пациенты начинают защищаться // Вечерний Томск. 2007. 14 марта. N 43 // Бюро судебно-медицинской экспертизы Томской области / ОГУЗ БСМЭТО. Томск, 2008. URL: <http://www.bsm.tomsk.ru>.

381. Фрост Ричард. Медицина доктора Хауса. Сакт-Петербург. «ВЕКТОР». 2010.

382. Фуко М. История безумия в классическую эпоху / Фуко М.. СПб.: Университетская книга, 1997.

383. Фуко М. Рождение клиники / М. Фуко. М.: Смысл, 1998.

384. Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее. Последствия биотехнологической революции, 2002
385. Хайдеггер М.. «Наука и осмысление» - М. Хайдеггер. «Время и бытие». Статьи и выступления. М. Республика, 1993 г. с. 245.
386. Харди И. Врач, сестра, больной. Пер. с венгер. М. Алекса; Под ред. М. В. Коркиной. Типография Академии наук Венгрии, 1974.
387. Хрусталеv Ю.М. Философия науки и медицины: учебник. Изд. ГЭОТАР-Мед. 2009. - 784 с
388. Хрусталеv Ю.М. История и философия науки. Философия. Учебник для медицинских вузов. Ростов-на-Дону, М., 2009. 574 с.
389. Хрусталеv Ю.М., Царегородцев Г.И. Философия науки и медицины. М., 2005.
390. Цанн-кай-си Ф.В. Марксистская концепция человека и проблемы гуманизма // Ежегодник философского общества СССР. М., 1987. С. 43–45.
391. Чазова А.А. Копинг-поведение врача и больного в процессе преодоления болезни: Дисс. . д-ра психол. наук Текст. /А.А.Чазова.- М., 2003.
392. Чеботарева О.А. Патернализм в отечесртвенной медицине. Автореф. дисс. к.с.н., Волгоград. ВОЛГМИ, 2006. 29 с.
393. Черкалина Е.Н. Вопросы оценки тяжести вреда здоровью по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз / Е.Н. Черкалина // Актуальные аспекты судебной медицины и экспертной практики: сб. науч. тр. / под ред. проф. Е.С. Тучика. – М., 2008. – С. 248-255.
394. Черкалина Е.Н. Экспертная оценка профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи в неонатологии: дис. канд. мед. наук / Е.Н. Черкалина. – М., 2009. – 162 с.
395. Черкасов С.М. Рынок стоматологических услуг и его функции // Здравоохранение Дальнего Востока – 2013. –№ 4. - С 13-16.
396. Черкасов С.М. Анализ изменения структуры, видов, объемов и стоимости стоматологической помощи населению г. Хабаровска / С.М.Черкасов, О.П. Гнатюк, О.В.Лемещенко, Е.Б.Ганичева // Вестник Росздравнадзора. – 2014. - № 2. - С. 27-30
397. Чернецова Н.С., Соколова О.Ю. Реформа российского образования: проблемы, методы, результаты // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Экономические науки. 2016. №1 (4). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/reforma-rossiyskogo-obrazovaniya-problemy-metody-rezultaty> (дата обращения: 14.01.2017).
398. Чернышев К.Э. Концепция человека в произведении Лао Цзы «Дао Дэ Цзин». Электронный журнал «SCI-ARTICLE.RU». Раздел Философия. №4 (декабрь) 15.12.2013.

399. Чижкова М.Б. Мотивы выбора профессии врача и их взаимосвязь с профессионально-значимыми качествами медицинского работника у студентов-первокурсников медицинского вуза // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-1.;

URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=21057> (дата обращения: 19.06.2017).

400. Чирикова А.Е. Влияние статуса пациента на поведение врачей. Вестник института социологии. 2012. № 6. С. 68-98.

401. Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений. Мир России. 2014. № 2. С. 154-181.

402. Чокьи Ньима Ринпоче, Дэвид Шлим. Медицина и сострадание. Советы тибетского ламы всем, кто заботиться о больных и умирающих людях / Чокьи Ньима Ринпоче, Дэвид Шлим; [пер. с англ. К. Царьков, Н. Минеева, А. Яремчишин].: Ориенталия; Москва; 2014

403. Шапов И.А. Современные модели взаимоотношений врача и больного // Шапов И.А. Биомедицинская этика. М., 2006. С. 51-74.

404. Шапкина Н.Б. Судебно-медицинская классификация ятрогений. Наука о человеке: материалы X конгресса молодых ученых и специалистов/Под ред. Л.М. Огородовой, Л.В. Капилевича. – Томск: СибГМУ. – 2009. – 166 с.

405. Швейцер А. Благоговение перед жизнью как основа этики миро- и жизнеутверждения. / Глобальные проблемы и общечеловеческие ценности: Пер. с англ. и франц. / Сост. Л.И. Василенко и В.Е. Ермолаевой. – М.: Прогресс, 1990., с. 340

406. Швейцер А. Культура и этика / Швейцер А. Благоговение перед жизнью. – М.: Прогресс, 1992, с. 218.

407. Швейцер А. Телеграмма (1953) // Человек, 2000, №1

408. Швец Ю.Ю. Соотношение количественных показателей с качеством оказываемой медицинской помощи. XII Всероссийское совещание по проблемам управления ВСПУ-2014. Москва 16-19 июня 2014 г. jurijswets@yahoo.com

409. Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – 2-е изд. - М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. – 318с.

410. Шпорт В.И. Доклад на совещании в Набережных Челнах. Наши приоритеты – детская медицина и доступность медпомощи. 2012.02.16. URL: <http://hab1.ru/news/2012/02/16/4669> (Дата обращения 31.05.2016)

411. Штаньков С.И. Социальное функционирование как важный аспект качества жизни пациентов психоневрологического профиля/ С.И. Штаньков, С.П. Собкалов, Ю.Б. Якушева// Новое слово в науке: перспективы развития. – 2014.-№2 – С. 22-24.

412. Штофф В.А. Проблемы методологии научного познания, – М., 1994.
413. Щеглов К. Вернём уважение нашему делу! Медицинская газета. 13.09.2013. № 69
414. Щепин О.П. Перспективная программа развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации//Проблемы социальной гигиены и истории медицины – 1998 - №3 – с.3-11.
415. Щепин О.П. и др. Фундаментальные основы политики здравоохранения. М., 1999.
416. Щепин В.О., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / О. П. Щепин, В. А. Медик. - 2011. - 592 с.: ил. - (Послевузовское образование).
417. Щербаков И.Д. Конфликты в организации, причины их возникновения и способы разрешения // Экономика и менеджмент инновационных технологий. 2014. № 3. Ч. 1 [Электронный ресурс]. URL: <http://ekonomika.snauka.ru/2014/03/4610> (дата обращения: 29.09.2017).
418. Эггертссон Т. Экономическое поведение и институты. / Пер. с англ. - М.: Дело, 2001. - 408 с.
419. Эльштейн Н. В. Взаимоотношения врача и пациента в меняющемся времени. Русский медицинский журнал. 1996. №6.- С.6-20.
420. Эльштейн Н.В. Медицина и время. Таллинн, 1990. Изд-во Валгус.
421. Эльштейн Н.В. Медицинская этика и современность / Н.В.Эльштейн // Клиническая медицина. - 2000. - № 11. - С. 91-93.
422. Эльштейн Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки / Н.В. Эльштейн. — Терапевтический архив. — 2005. — № 8. — С.66—92.
423. Эфроимсон В.П. Родословная альтруизма // Новый мир. 1971. № 10. С. 158—166.
424. Юджовски Е. Систематические ошибки в рассуждениях, потенциально влияющие на оценку глобальных рисков.2007. URL: <http://www.proza.ru/texts/2007/03/08-62.html> (Дата обращения 31.05.2016)
425. Ядов В.А. О диспозиционной регуляции социального поведения личности // Методологические проблемы социальной психологии: Сб. ст. / Под ред. Е.В. Шорохова. М.: Наука, 1975. С. 89–105.
426. Якунин В.А. Педагогическая психология Текст. / В.А. Якунин. -М.: Изд-во «Полиус»,1998. 639с.
427. Ян Хин-Шун. Древнекитайский философ Лао-Цзы и его учение // Перевод с древнекитайского. – 1950.
428. Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В., Михель Д.В. Социальная антропология современности: теория, методология, методы, кейс-стади. Саратов: Научная книга, 2004. С.61-106.

429. Ярская-Смирнова Е.Р., Григорьева Р. Социальная идентификация народных целителей. Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. Том IX. № 1 (34)
430. Яскевич Я.С., Вязовкин В.С., Гафаров Х.С. Основы философии. Учебное пособие. – Минск. Высшая школа. 2009. – 268 с.
431. Ясперс К. Вопрос о виновности. О политической ответственности Германии / пер. С.Апта. - М.: Прогресс, 1999. - 316 с.
432. Ainsworth-Vaughn N. Topic Transition in Physician-patient Interviews: Power, Gender and Discourse Change // *Language in Society*. 1992. V.21, §3. P. 409-425.
433. Aronsson K., Rundstrom B. Cats, Dogs and Sweets in the Clinical Negotiations of Reality: On Politeness and Coherence in Pediatric Discourse // *Language in Society*. 1988. V.18, §4. P. 483-504
434. Askildsen J.E., Holmas T.H. Wage policy in the health care sector: a panel data analysis of nurses' labour supply. *Health Economics*, 2003, 12(9):705–719.
435. Baer H., Singer M., Susser I. *Medical Anthropology and the World System*. Westport: Praeger, 2003.
436. Barber R. Benjamin. Three Scenarios for the Future of Technology and Strong Democracy/ *Political Science Quarterly*, Volume 113, Number 4, 1998-99, pp.573-589
437. Barker K.N., Flynn E.A., Pepper G.A., Bates DW, Mikeal RL. Medication errors observed in 36 health care facilities. *Arch Intern Med*. 2002 Sep 9;162(16):1897-903.
438. Barzansky, H. et al. *Medical Ethics*. 2nd edition. 1998. New York: Bartlett and Jones.
439. Bateman A.W., Tyrer P. Psychological treatment of personality disorders *Adv Psychiat Treat*. 2004; 10: 378-388.
440. Baudrillard J. *The Consumer Society. Myths and Structures*. L.; Thousand Oaks; N.Y.; Delhi: SAGE Publications, 1998.
441. Bayertz K. Struggling for Consensus and Living Without It: The Construction of a Common European Bioethics // *Global Bioethics: The Collapse of Consensus*. Edited by H. Tristram Engelhardt, Jr. Rice University, Houston. 2006. P. 207–237.
442. Bliesener T., Siegrist J. Greasing the Wheels: Conflicts on the Round and How They Are Managed // *J. of Pragmatics*. 1981. V.5, §2/3. P. 181-204.
443. Bloom S.W. and Zambrana R. Trends and Developments in the Sociology of Medicine / *Advances in Medical Social Science*, ed. J. L. Ruffini. New York: Gordon and Breach Science Publishers, Inc., 1983.
444. Bloom S.W. Episodes in the Institutionalization of Medical Sociology: A Personal View // *Journal of Health and Social Behavior*. — 1990. Vol.31.

445. Bloom S.W. Institutional Trends in Medical Sociology // *Journal of Health and Social Behavior*. 1986. - Vol.27.
446. Bloom S.W. *The Word As Scalpel. A History of Medical Sociology*. — New York: Osford Unoversity Press, 2002
447. Braudel F. *L`identite de la France? (Что такое Франция? Люди и вещи)*. М., Изд-во им. Сабашниковых, 1995.
448. Brint S. *What Is Sociology? Vital Achievements on an Elusive Terrain*. — New Haven: Yale University, 1992.
449. Bullinger M. (1991) Quality of life – definition, conceptualization and implications – a methodologist’s view. *Theoretical surgery*, 6: 143–148.
450. Bullinger M. (1992) Indices and profiles: advantages versus disadvantages. In: Walker, S., ed. *Key issues in quality of life assessment*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, pp. 215–226.
451. Bumke O. *Der Arzt als Ursache seelischer Störungen // Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1925; 51(1):
452. Callahan Daniel. *Bioethics / D.Callahan / Encyclopedia of bioethics*. Reich W.Th. Editor-in-chief. - N.Y., 1995. - V 1. - P. 248.
453. Callon M. *Introduction / Callon, M. (ed.). The Law of Markets*. Oxford: Blackwell. 1998.
454. Campbell C. *The Romantic Ethic and the Spirit of Modern Consumerism*. Oxford: Blackwell, 1989.
455. Cantor David, ed. *Reinventing Hippocrates*. Burlington, VT: Ashgate, 2002
456. Card A.J., Ward J., Clarkson P.J. Successful risk assessment may not always lead to successful risk control: A systematic literature review of risk control after root cause analysis // *Journal of Healthcare Risk Management*. - 2012. - V. 31., № 3. - P. 6-12.
457. Cassell E. *The Nature of Suffering*. N. Y.: Oxford University Press, 1991.
458. Castro A., Farmer P. *Medical Anthropology in the United States//Saillant F., Genest S. (eds.) Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*. Malden, Ma: Blackwell Publishing, 2007. P.42-57.
459. Cécile Mathys, Born Michel. *Intervention in juvenile delinquency: Danger of iatrogenic effects?. Children & Youth Service Review (2009)*. http://www2.fapse.ulg.ac.be/file_upload/u013619355iatrogenic_effects.pdf
460. Charon R. *Narrative Medicine. A Model for Empathy, Refl ection, Profession, and Trust // JAMA*. 2001. V. 286, № 15, October, 17. URL: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/286/15/1897>
461. Charon R. *Narrative Medicine*. N.Y: Oxford. University Press, 2006.
462. Chawla Mukesh, “Future sustainability of health systems”, speech, European Health Gastein (EHFG), October 3rd 2007.

463. Conrad D. (1992). *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, London, Monthly Review Press.
464. Conrad P. *Medicalization, Markets and Consumers* / P. Conrad, V. Leiter // *Journal of Health and Social Behavior*. 2004. V. 45 (Extra Issue). P. 158-176).
465. Dahrendorf R. *Class and Class Conflict in Industrial Society*. L.: Routledge and Kegan, 1959.
466. Delamater P.L. et al. *Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods* / P. L. Delamater, J. P. Messina, A. M. Shortridge, S. C. Grady // *International Journal of Health Geographics*. – 2012. – Vol. 11, № 1. – P. 15.
467. Di Martino V. *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2003 (accessed 13 April 2010).
468. Doguoglu U., Kuenzle D. *Epistemology and Emotions*. Farnham, 2008
469. Douglass C. North, John Joseph Wallis, Barry R. Weingast. *Violence and Social Orders: A Conceptual Framework for Interpreting Recorded Human History*. Cambridge University Press, 2009.
470. Dubois CA, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series) (<http://www.euro.who.int/Document/E87923.pdf>, по состоянию на 26 июня 2006 г.).
471. Duguet Anne-Marie. *Medical Law Perspectives in the XXst Century: Multidisciplinarity, Internationalisation, Mobility, Ethical: Stakes*. *European Journal Of Health Law* 11 2005r.
472. Dupuy J.P. *Medicine and Power. A Tribute to Ivan Illich*. Jean-Pierre Dupuy. Centre de Recherche en Epistemologie Appliquee, Ecole Polytechnique — CNRS, Paris, France. *Отечественные записки*. 2006. № 1.
473. Elshtein N.V. *Взаимоотношения врача и пациента в меняющемся времени* // *РМЖ*. 1996. №6. С. 2
474. Featherstone M. *Consumer Culture and Postmodernism*. London: Sage, 1991.
475. Field M. (1957) *Doctor and Patient in Soviet Russia*. Cambridge: Harvard University Press.
476. Findlay S. *Health care reform in the states: florida; fresh thinking for a spending squeeze* *Business and Health*. Medical Economics Publishing. 1995. April. V. 13. No. 4. P. 43-44, 48, 525 Paragon Drive, Montvale, NJ 07645-1742.
477. Foucault M. *La Volonté de savoir*. Paris, Galimard, 1976.

478. Foucault M. *The Politics of Health in the Eighteenth Century* / M. Foucault // Gordon C. (ed.) *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. New York: Pantheon, 1980. P. 166-182.
479. Fraser F. D. *Literature and medicine: Exploring Margaret Atwood's short story «Death by Landscape»* // *Canadian Family Physician*. 2007. V. 53, № 8. P. 1280. URL: <http://www.cfp.ca/cgi/content/full/53/8/1280>.
480. Friedman M. *Autonomy and social relationships*. Boulder. Westview Press. 1999.-p. 88 -93.
481. Gaines A.D., Davis-Floyd R. *Biomedicine* // Ember C.R., Ember M. (eds.) *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. New York: Kluwer, 2004. P.95-109.
482. Geib, R. & Kahlman, D. (2000). *Sociological Approaches to Health and Medicine*, London, Routledge and Kegan Paul.
483. Gilbert D., Kahl J. *The American Class Structure: A Synthesis*. Homewood: The Dorsey Press, 1982.
484. Greenhalgh T., Hurwitz B. *Narrative based medicine: Why study narrative?* // *British Medical Journal*. 1999. V. 318. URL: http://www.bmj.com/cgi/content/full/318/7175/48?ijkey=16f6a390d753301bf73b66dc2376770204778e9&keytype=tf_ipsecsha
485. Hawkins D.I., Best R.I., Coney K.A. *Consumer Behavior. Implications for Marketing Strategy*, 5-th ed IRWIN, 1991.
486. Hodgson J. «UK keen to mimic German venture scheme», *Nature Biotech.*, vol. 19, 2001.
487. Hollingshead A., Redlich F. *Social Class and Mental Illness*. New York: Wiley, 1958.
488. Illich I. *Medical Nemesis* / I. Illich // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003. V. 57 (12). P. 919-922.
489. Illich I. *Medical Nemesis*, London, 1974. Calder Boyars.137
490. Illich I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health* / I. Illich. New York: Pantheon Books, 1976.
491. Imbs J.L., Pouyanne P., Haramburu F. et al. *Jatrogenic medication: estimation of its prevalence in French public hospitals. Regional Centers of Pharmacovigilance. Therapie* 1999; 54 (1), 21-27.
492. Jacques Jouanna. *Hippocrates*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1999.
493. Jean P. Drouin et al. *The health care century* // *Health International*, No 7, 2008. P. 6—17.
494. Kaku Michio. *Physics of the Future: How Science Will Shape Human Destiny and Our Daily Lives by the Year 2100*. — New York: Doubleday, 2011. — 416 p.
495. Karsh B-T, Holden RJ, Alper SJ, et al. *A human factors engineering paradigm for patient safety: designing to support the performance of the healthcare professional*. *Qual Saf Health Care* 2006;15:i59–65.

496. Katrova L.G., Freed J.R., Coulter I.D. Doctor-patient relationship in global society. Informed consent in dentistry // *Folia Med. (Plovdiv)*. 2001. - 43 (1-2).-P. 173-176.
497. Katz J. *The silent world of doctor and patient* / J. Katz. – New York: The Free Press, 1984. – 263 p.
498. Kelly I., McKeon, G. (1976). Common Sense Beliefs about Illness a Mediating Role for the Doctor *Lancet* 11, 8522: 1435
499. Krueger R.A. *Developing Questions for Focus Groups: Focus Group Kit*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. Vol. 3.
500. Kuhlmann E. Rethinking professional governance. *International directions in healthcare* / Ed. by E. Kuhlmann, M. Saks. Bodmin.: MPG Books, 2008. 248 p.
501. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
502. Leape L.L. Error in medicine. *JAMA* 1994;272:1851-1857.
503. Lee R.M.K.W., Chiu-Yin Kwan (1997) The Use of Problem Based Learning in Medical Education. *J MED Education*. Vol. 1. No. 2, pp. 1499157. URL: http://fhs.mcmaster.ca/mdprog/documents/Use_of_PBL_Article.pdf
504. Lester H., Schmittiel J. et al. The Impact of removing financial incentives from clinical quality indicators : longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators// *British Medical Journal*, May 11, 2010
505. Linehan M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press, 1993. 592 p.
506. Lloyd G.E.R. *Early Greek Science: Thales to Aristotle*. New York: Norton, 1971.
507. Lock M. *An Anthropology of Biomedicine* / M. Lock, V.-K. Nguyen. Oxford: Blackwell, 2010. P. 303-347.
508. Lock M. Utopias of Health, Eugenics, and Germline Engineering // Nichter M., Lock M. (eds.) *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie*. Reading: Harwood Academic, 2002. P. 239-266.
509. Maclachlan J., Siegel M. H. Reducing the Costs of TV Commercials by Use of Time Compression // *Journal of Marketing Research*. — №17 (February 1980). — C. 52-57.
510. Maslach C., Jackson S.E. The Measurement of Experienced Burnout // *Journal of Occupational Behavior*. 1981. V. 2. P. 99–113.
511. Maslach C. *Burnout: a Social Psychological Analysis* // *The Burnout Syndrome: Current Research, Theory, Interventions* / Ed. J. W. Jones. London, 1982. P. 30–53
512. Mattick J. The Hidden Genetic Program of Complex Organism // *Scientific American*. 2004. Vol. 291. P. 60-67.
513. McCracken G. *Culture and Consumption: New Approaches to the Symbolic Character of Consumer Goods and Activities*. Bloomington: Indiana University Press, 1988.

514. McKee, M. (2002) What can health services contribute to the reduction of inequalities in health? *Scand J Publ Health*, 30: 54–8.

515. McKee, M. and Zatonski, W. (1998) How the cardiovascular burden of illness is changing in eastern Europe, *Evidence-based Cardiovasc Med*, June: 39–41.

516. Merkur S., Mladovsky P., Mossialos E., McKee M. Обеспечивает ли система непрерывного обучения и переподготовки поддержание необходимого профессионального уровня врачей? // Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2008. – 38 с.

517. Mishler E. *The discourse of medicine*. Norwood, NJ:Ablex,1984. P. 6.

518. Morgan M. *The doctor-patient relationship*. / *Sociology as applied to medicine* ed. by Graham Scambler. - London, Bailliere Tindall.1991. P. 52.

519. Motova G. Russian Higher Education and European Standards of Quality Assurance / G. Motova, R. Pykkö // *European Journal of Education / Special Issue: Russian Higher Education and the Post-Soviet Transition*, Volume 47, Issue 1, March 2012, p. 25-36.

520. Moynihan R. Too Much Medicine? / R. Moynihan, R. Smith // *British Medical Journal*. 2002. V. 324, April 12. P. 859-860.

521. Mullan F., Politzer R.M. & Davis C.H.: Medical migration and the physician workforce. *J. Am. Med. Assn.* 1995; 273:1521-1527.

522. Murata C. Social factors determining health. Access to medical care and health disparities / C. Murata, Y. Kondo // *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. – 2011. – Vol. 58, № 6. – P. 463-467.

523. Navarro V. *The Next Failure of Health Care Reform* // *Counterpunch*. 2008. March 6.

524. Newbiggin John. What is creative economy? // British Council – [Электронный ресурс] Режим доступа – URL: <http://creativeconomy.britishcouncil.org/guide/what-creative-economy/>. (Дата обращения: 23.08.2017).

525. Norris B.J. Systems human factors: how far have we come? *BMJ Qual Saf* 2011;21:713–14.

526. Paine W.S. *Job Stress and Burnout*. Vol. 9. Beverly Hills, 1982. P. 44–50.

527. Payer L. *Disease-mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick* / L. Payer. New York: John Wiley and Sons, 1992.

528. Poli P, Morone G, Rosati G. Robotic technologies and rehabilitation: new tools for stroke patients' therapy. *Biomed Res Int*. 2013.

529. Potter V.R., *Bioethics: the science of survival* (Биоэтика: наука выживания), «*Perspectives in Biology and Medicine*», 1970, 14, 1, с. 127 - 153.

530. Potter V.R., *Global bioethics: Building on the Leopold Legacy* (Глобальная биоэтика), East Lansing, Michigan State, University Press, 1988.

531. Rhodes L.A. *Studying Biomedicine as a Cultural System* // Johnson T.M., Sargent C.F. (eds.) *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger, 1990. P.149-158.

532. Ritzer G. *Prosumption: A new social creature / Telebridge with George Ritzer* // *The Virtualization of Inter-University and Academic Communication: Methods, Structure, Communities*. Moscow: Society of Professional Sociologists, 2011.

533. Roukos D.H. et al. *Genome network medicine: innovation to overcome huge challenges in cancer therapy* *Wiley Interdisciplinary Reviews: Systems Biology and Medicine* 2014. Volume 6, Issue 2, pages 201–208.

534. Schipperges H. *Anthropologien in der Geschichte der Medizin* // *Biologische Anthropologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1972. Bd. 2. S. 179—214.

535. Seymour-Smith Ch. *Medical Anthropology* // *Macmillan Dictionary of Anthropology*. London: Macmillan, 1986.

536. Shi L., Starfield B. *Income inequality, primary care, and health indicators*. *J Fam Pract.*1999; 48:275-284.

537. Shi L., Tsai J., Collins P. *Racial/ethnic and socioeconomic disparities in access to care and quality of care for U.S. health center patients compared to non-health center patients*. *J. Ambul. Care Manag.* 2009;32:342–350.

538. Smith R., Schockley Gaby. *Facing up to medical error*. Editorial. *BMJ* 2000: 320.

539. Starfield B. *Evaluating the State Children's Health Insurance Program: critical considerations*. *Annual Rev. Public Health.* 2000; 21:569-585.

540. Starfield B. *Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in Case Management* / B. Starfield, K.W. Lemke, T. Bernhardt // *Ann. Fam. Med.* – 2003. – No.1. – P. 8-14.

541. Steel K., Gartman, P.M., Crescenzi, C., and Anderson, J. (1981). *Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital*. New England

542. Stenson J. *Few Residents Report Medical Errors, Survey Finds*. *Reuters Health*. Feb 21, 2003.

543. Stoeckle J. and May L.A. *The collected works of Richard Cabot. Richard Cabot on practice, training and the doctor-patient relationship*. New York: Dabor Science Publications. 1977. P. 109.

544. Street J. 1991. *Empirical medical Ethics*. // *Journal of Medical Ethics*, 1991, v.14, pp. 209-221.

545. Suchman, E. A. *Stages of illness and medical care*. *Journal of Health and Human Behavior*, 1965, № 6. p 114–128.

546. Summerlee A. J. S., Murray J. (2008) Can universities survive the 21st century? Forum on Public Policy. URL: <http://forumonpublicpolicy.com/summer08papers/archivesummer08/summerlee.pdf>
547. Super D.E. (1957). The psychology of careers. New York: Harper & Row.
548. Super D.E., Starishevsky, R., Matlin, N., et al. (1963). Career development: A self-concept theory. New York: College Entrance Examination Board.
549. Surmach M. Indexes of youth behavior in the sphere of reproductive health / M. Surmach // IV Ogólnopolska Konferencja Naukowa (o zasięgu międzynarodowym) Problemy badawcze i dydaktyczne w medycynie prewencyjnej”, Kraków, 9-11 czerwca 2011. Streszczenia. Krakow, 2011. – P. 24.
550. Tang C.S-K., Lau B.H-B. Gender role stress and burnout in Chinese human service professionals in Hong Kong // Anxiety, Stress and Coping: An Int. J. 1996. Vol. 9. N 3. P. 217–227.
551. Tangwa G.B. Between universalism and relativism: a conceptual exploration of problems in formulating and applying international biomedical ethical guidelines // Journal of Medical Ethics. 2004. Vol. 30. P. 63–67.
552. Taylor F.W. The Principles of Scientific Management.// F. W. Taylor, Harper & Brothers, New York, 1911.
553. The World Health Organization (WHO). The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance, 2000.
554. Truax C, Warg, D., Frank, J. Therapist empathy, genuineness and warmth and patient therapeutic outcome . Текст. / C. Truax ,D. Warg, J. Frank //J. Consult. Psychol. 1966.- V.30.- P.395-401.
555. Trusheim M.R. et al. (2011) Quantifying factors for the success of stratified medicine. Nat. Rev. Drug Discov. 10, 817–833.
556. Veblen T. The Place of Science in Modern Civilization and Other Essays. New York, 1919; Essays in Our Changing Order. New York, 1934.
557. Voss E. Working conditions and social dialogue — national frameworks, empirical findings and experience of good practice at enterprise level in six European countries (Draft Report). European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009 (accessed 8 April 2010).
558. Walzer M. The Company of Critics: Social Critic and Political Commitments in the XXth Century / M. Walzer. New York: Basic Book, 1987
559. WHOQOL GROUP (1995) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science and medicine, 41: 1403–1409.
560. WHOQOL GROUP (1998) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social science and medicine, 46: 1569–1585.

561. Williams T. M., Zabrack, M. L., & Joy, L. A. (1982). The portrayal of aggression on north American television. *Journal of Applied Social Psychology*, 12 (5), 360-380
562. Wood J. Interventional narratology: Form and function of the narrative medical write-up // *Literature and Medicine*, 2005. V. 24(2) P. 283 – 296. — P. 286.
563. Wyke A., “21st-Century Miracle Medicine”, Plenum. 1997.
564. Young J.T. Illness behaviour: a selective review and synthesis // *Sociology of Health & Illness*. 2004. Vol. 26. №. 1. P. 1–31.
565. Zelizer V. Human values and the market: the case of life insurance and death in 19th – century America// *The American Journal of Sociology*. 1978., Vol.84, No.3, p. 591-610.



Дьяченко Сергей Владимирович,
д.м.н., профессор кафедры
фармации и фармакологии
ФГБОУ ВПО «Дальневосточный
государственный медицинский
университет».



Дьяченко Владимир Гаврилович,
д.м.н., профессор кафедры
общественного здоровья
и здравоохранения ФГБОУ ВПО
«Дальневосточный государственный
медицинский университет».