

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки  
Ордена Дружбы народов  
Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая  
Российской академии наук

*На правах рукописи*

**Вяткина Наталья Александровна**

**ВРАЧ И ПАЦИЕНТ  
В ПЕРИОД ПОСТСОВЕТСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ  
РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
(социально-антропологическое исследование)**

Специальность: 07.00.07 – этнография, этнология и антропология

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата исторических наук

Научный руководитель –  
доктор исторических наук,  
(кандидат филологических наук, доцент),  
г.н.с. ИЭА РАН,  
зав. Центром медицинской антропологии  
Харитонов В.И.

Москва – 2022

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	3
<b>ГЛАВА 1. ПОСТСОВЕТСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ВРАЧЕЙ</b> .....	22
§1. Поздне-советский период отечественного здравоохранения (1980-е годы).....	22
§2. Ключевые факторы, влияющие на здравоохранение в 1990-е годы .....	29
§3. 2000-е гг. – время реформ.....	39
§4. Современная ситуация в российском здравоохранении.....	47
<b>ГЛАВА 2. ВРАЧ: СПЕЦИФИКА ПРОФЕССИИ И ЕЕ ВОСПРИЯТИЕ В СОВЕТСКОМ И РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ</b> .....	60
§1. Патерналистский подход как основа медицинской деятельности .....	60
§2. Врач в государственном учреждении и коммерческой клинике (медицинская помощь и медицинская услуга).....	77
§3. Врач (профессия и специалист/человек) в оценке пациента/клиента ....	90
<b>ГЛАВА 3. ПАЦИЕНТ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КОНТЕКСТЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА</b> .....	121
§1. Навыки коммуникации врачей и их востребованность пациентом.....	121
§2. Взаимоотношения врача и пациента/клиента в контексте множественности культурных, личностных и социальных предпосылок. 128	
§3. Влияние информированности и пациентской грамотности на эффективность коммуникации врача и пациента/клиента .....	137
§4. Представления врачей и пациентов о факторах эффективности их взаимодействия .....	155
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	174
<b>СЛОВАРЬ СПЕЦИАЛЬНЫХ ТЕРМИНОВ</b> .....	181
<b>СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	183
Полевые материалы автора .....	183
Источники.....	183
Список литературы.....	183
<b>СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНЫХ МАТЕРИАЛОВ</b> .....	210
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ №1</b> .....	211
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ №2</b> .....	250

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Начиная с 1980-х годов до сегодняшнего дня российское общество прошло несколько этапов трансформации. Сменившиеся политические, экономические и социальные условия отразились на всех сферах жизни. Здравоохранение оказалось одной из наиболее серьезно изменившихся отраслей. Его система, сформированная в советское время, как и государство в целом, сначала была разрушена, а затем постепенно начала восстанавливаться. В период, взятый для исследования (1980-е гг. – настоящее время), произошли глубинные трансформации от государственных гарантий всеобщности и бесплатности медицинской помощи до появления систем обязательного и дополнительного медицинского страхования (ОМС и ДМС), а затем частных лечебных учреждений, которые имели возможность предложить своим пациентам (клиентам) хорошие условия от инфраструктуры и психологического комфорта до уважения к личному времени и пространству. При этом государственные клиники, в силу недофинансирования, все больше сокращали и регламентировали время приема, уменьшая возможности общения врача и пациента, и все более отдалялись от пациентоориентированности. Поскольку значительная часть населения не имеет средств оплачивать лечение в частных клиниках и вынуждена обращаться к государственной медицине, ситуация остается сложной.

Сегодняшние пациенты в связи с переходом к рыночным принципам в медицине, начавшемся в 1990-х годах, превратились в «разборчивых клиентов». Более того, бурное развитие интернета и СМИ позволили им искать и находить информацию медицинского характера различной степени достоверности, что, с одной стороны, повысило уровень медицинской грамотности населения, а с другой – создало иллюзию надежности этих знаний, что в свою очередь повлияло на взаимоотношения пациентов с врачами, к которым было утрачено доверие, уважение и пиетет.

Престиж врачебной профессии как одной из самых уважаемых в СССР сегодня серьезно пострадал; это произошло по разным причинам, одной из которых стал переход отрасли в сферу услуг (*Романов, Ярская-Смирнова 2013*). Негативное

влияние на восприятие образа врача во многом подогревали СМИ, регулярно смакующие уголовные дела против медиков. В системе «общество – врачи» последние оказались самой незащищенной частью. От них много требуют и многого ждут, но низкая оплата труда, как и психологический прессинг и правовая незащищенность, не повышают уважения к представителям самой гуманной профессии. Лишь пандемия COVID-19 несколько изменила ситуацию к лучшему.

Врачи и пациенты, несмотря на регулярное взаимодействие различной степени эффективности – в силу разного опыта, знаний, материального благополучия, социального окружения – говорят сегодня на разных языках, что приводит к большому количеству конфликтов, недовольства и взаимных упреков. К сожалению, в стране до сих пор этим проблемам, которые могли бы решаться с помощью медицинских антропологов, не уделяется должного внимания, а профессии «медицинский антрополог» просто не существует (см.: *Харитоновна* 2020). Медицинская антропология, являющаяся частью социокультурной антропологии, – научное направление и сфера прикладной деятельности, широко представленная на протяжении более полувека на Западе, – способна и в России своими деликатными методами изучать источники проблем, а затем предлагать способы улучшения коммуникации врачей и пациентов. Следствием этого может стать повышение как культуры общения врача и пациента, так и качества медицинского обслуживания. Об этом заботятся сейчас не только медицинские антропологи: проблеме гуманизации медицины и повышению удовлетворенности пациентов и врачей уже достаточно длительное время уделяется внимание представителями гуманитарных кафедр медицинских университетов, в частности кафедры философии, биомедицики и гуманитарных наук Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова (МГМСУ) (*Моисеева* 2013). В 2021 году эксперты отрасли под руководством В.И. Моисеева объединились, чтобы совместными усилиями повлиять на подготовку будущих медицинских специалистов в новых научно-технических и социально-экономических условиях с целью преодоления дегуманизации медицинского образования (см. Проект резолюции Первого

Всероссийского совещания заведующих кафедрами социально-гуманитарных дисциплин медицинских вузов и колледжей).

Проблемы, о которых идет речь в диссертационном исследовании с опорой на российский контекст, несмотря на свою специфичность, являются во многом общими для разных стран мира. В медицинской антропологии одним из важнейших аспектов изучения взаимодействия врачей и пациентов (Хубулава 2016) стал вопрос о доверии, который поднимают в своих исследованиях зарубежные специалисты (Robbins 2016; Krot, Rudawska 2016; Carey 2017), это же прослеживается в работах отечественных ученых (Романов, Ярская-Смирнова 2013; Ожиганова 2020). Для мировой медицинской антропологии актуальной является проблема медицинского плюрализма и пациентского выбора в связи с наличием в разных странах мира не только биомедицины, но и иных медицинских систем и практик; это рассматривается с методологической позиции в трудах, например, Л. Гарро (Mattingly, Garro 2000) и также уже нашло отражение в российских исследованиях (см.: Лехциер 2017). Медицинская антропология обращает внимание на внутренние проблемы биомедицины и давно наметившийся в ней кризис, что отражается на взаимоотношениях врача и пациента в целом (Лехциер 2018; Кириленко 2018). «Врач и больной» – это старая как мир проблема (см., напр.: Марков 2015), которая требует обсуждения в различных аспектах. На ежегодной конференции Европейской ассоциации социальных антропологов в июле 2020 г., которая планировалась к проведению в Лиссабоне, но по причине пандемии проходила онлайн, проблема (взаимо)отношений врачей и пациентов, а именно такая категория, как доверие, озвучивалась медицинскими антропологами из Финляндии, Италии, Польши, Германии как наиболее приоритетное направление современных исследований в медицинской антропологии и смежных научных сферах.

Диссертационная работа, обращенная к многосторонней проблематике взаимодействия ‘врач – пациент’, сконцентрирована на исследовании сложнейшего периода в этих отношениях, значимо их изменивших в силу

социальных, экономических, политических трансформаций в современной России, что усиливает ее актуальность.

Вопросы здоровья/болезни, их профилактику/лечение/реабилитацию изучают с помощью своих методологических подходов и методов разные науки, включая собственно медицинские. Медицинская антропология, будучи гуманитарным научным направлением, максимально сближена с социологией медицины (Sociology of Medicine), общественным здоровьем и здравоохранением (Public Health and Health Care), биоэтикой (Bioethics). С представителями этих наук медицинскому антропологу приходится делить исследовательское поле, в том числе в определенном темой диссертации ракурсе.

В последние годы специалистами смежных областей ведутся активные исследования (см., напр.: *Присяжная, Корягин 2019; Панова 2019; Гаджиев, Агаларова, Омарова 2020; Жура, Утешева 2020*), отраженные в профильных научно-практических журналах «Социология медицины», «Общественное здоровье и здравоохранение», «Биоэтика». Выполненная диссертационная работа отличается социально-антропологическим подходом, поскольку медицинская антропология (представленная наиболее значимо в научно-практическом и образовательном журнале «Медицинская антропология и биоэтика») включается именно в эту научную область.

**Цель диссертационной работы** – проанализировать специфику взаимоотношений врача/медицинского работника и пациента/клиента в контексте трансформаций здравоохранения в период с 1980-х годов по настоящее время. Фоном исследования должен стать анализ возможностей медицинской антропологии в коррекции взаимоотношений врачей/медицинских работников и пациентов/клиентов

**Исследовательские задачи:**

- рассмотреть трансформации российского здравоохранения в период с 1980-х годов по настоящее время в контексте социально-экономических, политических и иных сложностей данного исторического этапа с опорой на оценки происшедшего врачами/медицинскими работниками и пациентами для

выявления и последующего осмысления закономерностей и факторов, оказывавших влияние на (взаимо)отношения врачей и пациентов;

- проанализировать особенности образа врача и специфику врачебной профессии в оценке медицинских работников и пациентов/клиентов с учетом преобладания патернализма в государственной системе здравоохранения и последующей трансформации медицинской помощи в медицинскую услугу;

- исследовать особенности (взаимо)отношений врача/медицинского работника и пациента/клиента на различных этапах обозначенного периода и выявить факторы, оказывающие влияние на эффективность их взаимодействия.

**Объектом диссертационного исследования** являются врачи/медицинские работники и пациенты/клиенты в период постсоветской трансформации российского здравоохранения, а **предметом** – (взаимо)отношения врача и пациента, предположительно различающиеся в зависимости от происходящего в системе здравоохранения и стране в целом.

**Хронологические рамки исследования** – с 1980-х годов до настоящего времени – обусловлены необходимостью выявить особенности современных взаимоотношений врачей/медицинских работников и пациентов/клиентов, установив истоки и специфику их формирования, начиная с основания, уходящего корнями в советскую систему в 1980-х, через нестабильность и упадок 1990-х, многочисленные реформы 2000-х, рост информированности пациентов с 2010-х годов и до текущей ситуации, на которую в значительной степени оказала влияние пандемия COVID-19.

**Географические рамки** в основном ограничены Московским регионом, однако при необходимости сопоставления материалов для решения конкретных вопросов исследование велось с выходом на иные регионы России (Санкт-Петербург, Самара, Барнаул, Казань, Калуга, Обнинск, Омск, Ульяновск, Тюмень, Сургут, Комсомольск-на-Амуре, Геленджик, Тула, Краснодар). Стоит подчеркнуть, что проблема регионов и центра всегда была острой в России, а новшества, появляющиеся в столице, пусть и не быстро, но становятся отправной точкой и шаблоном для изменений в регионах.

**Степень изученности темы.** Работа по избранной теме предполагает обращение к различным направлениям научного знания, помимо собственно социокультурной и медицинской (как ее части) антропологии: к истории, социологии (в первую очередь социологии медицины), политологии, экономике, психологии, философии, биоэтике, общественному здравоохранению. Для достижения цели исследования – понимания особенностей (взаимо)отношений врачей и пациентов на различных этапах рассматриваемого периода и того, чем именно обусловлены эти отношения – необходимо учитывать всевозможные факторы: от социально-экономических и политических до поведенческих и эмоционально-психологических, иначе описание диады ‘врач – пациент’ в период постсоветской трансформации российского здравоохранения окажется неполным.

Необходимые для изучения вопросы трансформации советского/российского общества в избранный период времени рассматривались в исследовании с опорой на труды в основном отечественных авторов, например, Т.Т. Синельникова (*Синельников 2020*), который в своем анализе системы здравоохранения России рассуждает преимущественно об инфраструктурных и финансово-экономических изменениях и их влиянии на эффективность управления медицинским обслуживанием. Управление системой здравоохранения и ее эффективность с позиции проблем финансирования и специфики распределения средств представлены в работах Л.В. Пановой, О.А. Бурмыкиной, Е.Б. Яновской (*Панова, Бурмыкина, Яновская 1999*), Т.М. Скляр (*Скляр 2003*), Л.С. Гринкевича и А.С. Банина (*Гринкевич, Банин 2005*), Н.Л. Русиновой, Л.В. Пановой, В.В. Сафронова (*Русинова и др. 2007*), Н.Л. Русиновой, В.В. Сафроновым (*Русинова, Сафронов 2012; 2014*), Д.Д. Салиховой (*Салихова 2013*), Д.В. Дементьева (*Дементьева 2016*), Г.А. Борщевского (*Борщевский 2018*), Л.В. Пановой (*Панова 2019*), А.Е. Чириковой и С.В. Шишкина (*Чирикова, Шишкин 2019*).

Проблемы профессионализации врачей на различных этапах исторических изменений, включая настоящее время, как и в целом взгляд на медицинское образование рассматриваются В.А. Мансуровым и О.В. Юрченко (*Мансуров,*



Юрченко 2004), К.О. Папеевой и др. (*Папеева и др.* 2014), В.В. Морозовым, Н.В. Курылевой, И.И. Корягиной (*Морозов и др.* 2017).

Доступность медицинской помощи в России, ее уровень, проблема социальной справедливости и другие направления общественного здравоохранения отражены в работах Б.Б. Прохорова и И.В. Горшковой (*Прохоров, Горшкова* 1999), В.В. Кижикиной (*Кижикина* 2013), И.П. Катковой и В.И. Каткова (*Каткова, Катков* 2016), А.В. Пластовой и Т.Е. Ложкиной (*Пластовая, Ложкина* 2017), Е.Н. Даниловой (*Данилова* 2018), С.И. Бояркиной и Д.К. Ходоренко (*Боркина, Ходоренко* 2020).

Оценка многочисленных реформ, попыток модернизации, текущего положения и дальнейших перспектив российского здравоохранения были проанализированы с опорой на публикации М.С. Ивченковой (*Ивченкова* 2013), Н.Ф. Плавунова и др. (*Плавунов и др.* 2014), А.Б. Зудина (*Зудин* 2017), С.В. Шишкина и др. (*Шишкин и др.* 2017), О.И. Аполихина и др. (*Аполихин и др.* 2018).

Становление и эволюция страховой медицины в России, начиная с 1988 года и заканчивая 2004-м, подробно изучены в работах С.П. Жулина (*Жулин* 2011), Г.А. Борщевского (*Борщевский* 2018), Д.В. Дементьева (2016), Ф.Н. Кадырова и др. (2021).

Большая часть диссертационного исследования посвящена выявлению особенностей врачебной профессии и врачебной этики, что изучалось с опорой на труды различных зарубежных и российских специалистов. Например, от классиков социологии Т. Парсонса (1939) и Э. Фридсона (1988), которые считали патернализм основой медицинской профессии, подчеркивая ответственность пациента, до классика медицинской антропологии А. Клейнмана (1995), поднимавшего вопросы переживаемого пациентом опыта и рассуждавшего о различных социальных аренах здравоохранения (семейной, профессиональной (биомедицинской) и альтернативной (народной)).

Специфика формирования образа советского врача исследовалась с опорой на работы Н.А. Семашко «Избранные произведения» (*Семашко* 1954), И.С. Сука «Врач как личность» (*Сук* 1984), И.А. Кассирского «О врачевании» (*Кассирский*

1995), И.А. Ильина «О призвании врача» (*Ильин* 1954). Особенности профессионального статуса и характерные черты современных российских врачей анализировались на основе работ В.А. Мансурова и О.В. Юрченко (*Мансуров, Юрченко* 2007), А. Набокова (*Набоков* 2010), Е.А. Бороздиной (*Бороздина* 2011), Ж.В. Пузановой и В.В. Хуртиной (*Пузанова, Хуртина* 2014), И.В. Мелик-Гайказян и Т.В. Мещеряковой (*Мелик-Гайказян, Мещерякова* 2015), Т.В. Пановой (*Панова* 2021). Вопросы биоэтики, получившие свое становление в нашей стране благодаря философам Б.Г. Юдину и П.Д. Тищенко (*Юдин, Тищенко* 1998), а также М.Я. Яровинскому (*Яровинский* 1999), в дальнейшем были развиты в работах Д.Д. Венедиктова и Б.М. Чекнева (*Венедиктов, Чекнев* 2002), Н.Н. Седовой (*Седова* 2007), И.В. Силуяновой (*Силуянова* 2008), Д.И. Присяжнюк (*Присяжнюк* 2011), А.С. Курленковой (*Курленкова* 2013), В.И. Моисеева (*Моисеев* 2018 и др.). Культура врачебной профессии и профессиональная идентичность медицинских работников рассматриваются через призму работ Г. Миллерсона (*Миллерсон* 1965), Л.М. Дубового и Т.В. Константиновой (*Дубовой, Константинова* 2007), Е.И. Кириленко (*Кириленко* 2009), А.А. Зайцевой и Н.В. Курылевой (*Зайцева, Курылева* 2016), К.А. Галкина (*Галкин* 2017), И.В. Лисовской и К.А. Галкина (*Лисовская, Галкин* 2018). Различие и сопоставление государственной и частной медицины осуществлено с опорой на работы В.А. Чернец (*Чернец и др.* 2008), Д.И. Присяжнюк (*Присяжнюк* 2012), А.В. Грот (*Грот и др.* 2018), Е.А. Тарасенко и М.М. Дворяшиной (*Тарасенко, Дворяшина* 2019), А.А. Темкиной и М. Ривкин-Фиш (*Темкина, Ривкин-Фиш* 2020) и др.

Российская медицинская антропология (в рамках социокультурной) в последние годы развивается и пополняется благодаря работам Д.В. Михеля (*Михель* 2010), В.Л. Лехциера (*Лехциер* 2010), В.И. Харитоновой (*Харитонова* 2011), А.А. Ожигановой (*Ожиганова* 2011), Е.И. Кириленко (*Кириленко* 2018), А.А. Темкиной (*Темкина* 2018), М.Н. Бахматовой (*Бахматова* 2018), Е.В. Миськовой (*Миськова* 2020), О.Б. Христофоровой (*Христофорова* 2020), Л.А. Сабуровой (*Сабурова* 2020) и др. Актуальность, значимость и различные подходы к профессии медицинского антрополога, необходимость этой профессии в системе

здравоохранения и ее влияние на работу врача проанализированы В.И. Харитоновой (*Харитонова* 2016). Трансформация профессии врача в условиях реформ с позиции социологии была изучена одной из первых в кандидатской диссертации Д.И. Присяжнюк (*Присяжнюк* 2012).

Взаимоотношениям врача и пациента уделялось внимание довольно рано, например, еще в работе 1913 г. К. Ясперса «Общая психопатология» (изд. 2019), а также в более поздних работах различных западных ученых: А. Martin (*Martin* 1983), М. Stewart (*Stewart* 1995), Williams et al. (*Williams et al.* 1998), Potter & McKinlay (*Potter & McKinlay* 2005), Wynia & Matiaszek (*Wynia & Matiaszek* 2009) и др. Уже в середине 90-х эта проблема озвучивалась исследователями постсоветского пространства (например, Н.В. Элштейн (*Элштейн* 1996)), современные авторы тоже рассматривают ее в актуальных для наших дней ракурсах (например, А.А. Воробьев и др. (*Воробьев и др.* 2004), Т.В. Константинова (*Константинова* 2006), М.Ю. Сурмач и Е.М. Тищенко (*Сурмач, Тищенко* 2007), А.С. Готлиб (*Готлиб* 2011), Е.В. Приз и В.Л. Фисенко (*Приз, Фисенко* 2011), Н.В. Курылева (*Курылева* 2012), Н.В. Баракат (*Баракат* 2014), А.Е. Чирикова и С.В. Шишкин (*Чирикова, Шишкин* 2014), Н.Л. Антонова и М.В. Клейменов (*Антонова, Клейменов* 2014), Г.Г. Хубулава (*Хубулава* 2016), А.И. Каштанова (*Каштанова* 2017), А.Е. Белая и Ч.Г. Гутуева (*Белая, Гутуева* 2017), О.А. Чеботарева и А.С. Паршин (*Чеботарева, Паршин* 2018)). Традиционный и укоренившийся в российском здравоохранении патерналистский подход анализируется в диссертации с опорой на исследования О.Н. Бурмыкиной (*Бурмыкина* 2000), О.А. Чеботаревой (*Чеботарева* 2006), Н.В. Шушковой (*Шушкова* 2007), И.В. Силуяновой и А.В. Недоступ (*Силуянова, Недоступ* 2007), О.О. Мельниковой (*Мельникова* 2011).

Отдельно в диссертации рассматривается фигура пациента через призму социологии медицины с точки зрения оценки удовлетворенности оказываемой медицинской помощью, ожиданий пациентов, социально-экономического портрета современного пациента, неравенства в доступе к медицинской помощи, принятия клинических решений врачами: А.В. Решетников (*Решетников* 2000), И.

Пиетиля и др. (*Пиетиля и др.* 2007), В.Н. Ярская (*Ярская* 2011), А.В. Грот и др. (*Грот и др.* 2018), Ф.Н. Кадыров и Ю.В. Куфтова (*Кадыров, Куфтова* 2019), А.С. Готлиб, В.Л. Лехциер (*Готлиб, Лехциер* 2020) и др. и философии, которая обращается к субъективным смыслам болезни: В.Л. Лехциер (*Лехциер* 2009) или нарративному анализу (*Лехциер* 2012) для более широкого и одновременно углубленного понимания пациентских проблем.

Взаимосвязь и противопоставление общих показателей здоровья населения и индивида в контексте перформативности практик здравоохранения и онтологии тела представлены с опорой на концепции А.М. Мол (*Мол* 2002).

Выбранное направление диссертационного исследования потребовало рассмотреть понятия *качество медицинской помощи* (и факторы, на нее влияющие) и *пациентоориентированная медицина* с опорой на работы как западных авторов (Ware et al. (*Ware et al.* 1983), Sitzia & Wood (*Sitzia & Wood* 1997), Flocke et al. (*Flocke et al.* 2002), Donabedian (*Donabedian* 2005), Epstein et al. (*Epstein et al.* 2005), Bernham et al. (*Bernham et al.* 2008) и проч.), так и отечественных (Н.Л. Русинова, Л.В. Панова и О.Н. Бурмыкина (*Русинова и др.* 2006), И.Н. Денисов (*Денисов* 2012), К.Н. Калашников и О.Н. Калачикова (*Калашников, Калачикова* 2014), Ц.А. Шамликашвили и др. (*Шамликашвили и др.* 2015), В.С. Лучкевич и А.В. Зелионко (*Лучкевич, Зелионко* 2016), Д.А. Бугаев и В.Я. Горбунков (*Бугаев, Горбунков* 2016), И.М. Шейман и С.В. Сажина (*Шейман, Сажина* 2018) и др.).

Отношение к пациенту проанализировано через призму влияния медицинской грамотности, диспансеризации, профилактики, здорового образа жизни и раннего обращения в лечебные учреждения как фактора повышения эффективности предоставляемой населению медицинской помощи (Л.А. Дартау (*Дартау* 2008), Л.С. Шилова (*Шилова* 2008), С.С. Якушин и Е.В. Филиппов (*Якушин, Филиппов* 2014), В.Т. Гуменюк и Г.К. Фетисова (*Гуменюк, Фетисова* 2016), Ш.Ш. Бадиров (*Бадиров* 2019), Е.А. Тарасенко и О.Б. Хорева (*Тарасенко, Хорева* 2017), И.М. Шейман и др. (*Шейман и др.* 2021) и др.), а также здоровья как индивидуального ресурса и сферы личной ответственности (Н.Л. Русинова, Л.В. Панова и В.В.

Сафронов (*Русинова и др.* 2010), Н.Л. Русинова и Л.В. Панова (*Русинова, Панова* 2010), Л.А. Сабурова (*Сабурова* 2015), И.А. Григорьева (*Григорьева* 2019)).

СМИ и интернет-пространство сегодня находится под пристальным вниманием не только антропологов (см. напр.: В.К. Малькова (*Малькова* 2013)) или социологов (см. напр.: И.А. Григорьева и А.С. Биккулов (*Григорьева, Биккулов* 2015), Е.А. Тарасенко (*Тарасенко* 2016), С.И. Бояркина (*Бояркина* 2019), К.А. Галкин (*Галкин* 2020)), но и филологов. При этом последние в кандидатских диссертациях уже обращают внимание на общественное здоровье в отображении СМИ – В.В. Кажберова (*Кажберова* 2020) и языковую личность врача в медиа-дискурсе – Е.В. Волкова (*Волкова* 2021).

Изменения в российском здравоохранении, происходящие на фоне пандемии COVID-19, рассмотрены в диссертации с опорой на работы В.И. Стародубова и др. (*Стародубов и др.* 2020), А.А. Ожигановой (*Ожиганова* 2020), В.И. Харитоновой (*Харитонова* 2020; 2021), Л.А. Сабуровой (*Сабурова* 2020), В.Н. Бурковой и Ю.Н. Феденюк (*Буркова, Феденюк* 2020), К.А. Галкина (*Галкин* 2021), Т.Б. Рыжковой и Е.А. Тарасенко (*Рыжкова, Тарасенко* 2021), В.В. Власова (*Власов* 2021) и др.

При анализе литературы удалось выявить, что взгляды исследователей на взаимоотношения врача и пациента и трансформацию этих отношений в переломный для государства и общества период несколько разнятся. Несмотря на большое количество работ в рамках различных направлений академического знания, именно с позиций медицинской антропологии отдельного исследования проблем (взаимо)отношений врача и пациента с учетом изменений, произошедших в российском обществе за последние сорок лет, до сих пор не проводилось. Исследование же такого плана необходимо как для оценки ситуации и выявления проблем, воздействующих на особенности взаимоотношений указанных групп, так и для законодательного оформления медико-антропологических прикладных профессий, подготовки кадров и узаконивания их деятельности в отечественном здравоохранении (*Харитонова* 2016а; 2016б; 2020).

**Методология и методы исследования.** Медицинская антропология как часть социокультурной антропологии, в рамках которой проводилось настоящее

исследование, является научным направлением, находящемся на стыке разных наук, что позволяет применять различные методы и методологические подходы, учитывая интердисциплинарность и комплексность анализа.

Врачебная профессия рассмотрена с опорой на теоретико-методологическую базу классиков социологии, исследовавших профессиональную роль личности (например, Т. Парсонса) и концепции основ медицинской профессии Э. Фридсона.

Интерпретативный подход, введенный непосредственно в медицинскую антропологию А. Клейнманом, позволил при анализе полевых материалов, публикаций в интернете и социальных сетях более глубоко понять и шире взглянуть на проблемы, с которыми сталкиваются как врачи, так и пациенты, а также проанализировать взаимные ожидания обеих сторон.

Для анализа трансформации российского здравоохранения в диссертационном исследовании использовался преимущественно сравнительно-исторический метод. Он позволяет сравнить этапы по различным параметрам социально-экономической и политической ситуации, сопоставить статистические и фактологические данные, оценить настроение в обществе, социокультурные изменения и проч. Важнейшим для исследования стал символический подход К. Гирца, который дает возможность переосмыслить произошедшие изменения с позиции и врача, и пациента.

В процессе полевой и исследовательской работы использовались предпочтительные в социокультурной и медицинской антропологии методы контент-анализа, включенного наблюдения, нарративного анализа, опроса и интервьюирования разного типа. Делался упор на использование экспертных интервью, качественных онлайн-опросов, включенных и приобщенных наблюдений; велась работа с источниками по медицинской антропологии и биоэтике (журнальными статьями, интернет-публикациями).

**Источники.** Существенную часть диссертационного исследования составляют полевые материалы. К ним относятся экспертные интервью и данные анкетирования представителей врачебной профессии и пациентов, полученные как оффлайн, так и онлайн в виде комментариев в социальных сетях:

1) исследование на основе мнений 45 врачей различных специальностей и 45 пациентов, полученных в результате опросов онлайн (*ПМА*<sup>1</sup> 2019-а) о доказательной медицине, с одной стороны, отвечающей современным требованиям и, с другой стороны, один из маркетинговых лозунгов, инструмент влияния фармацевтической индустрии и источник конфликтов врачей разных поколений. Выборки респондентов делались по принципу «снежного кома», что при работе с такой закрытой группой, как врачи, представляется наиболее результативным;

2) с опорой на мнения 69 врачей различных специальностей и стажем больше 10 лет была проведена оценка уровня медицинской грамотности пациентов. Ни специальность врачей, ни географическая привязка к месту их работы не имела значения, так как современный врач благодаря широкому распространению мессенджеров вынужден консультировать пациентов в режиме 24/7 (*ПМА* 2019-б);

3) анализ онлайн-высказываний пациентов в социальной сети Телеграм о текущем состоянии российской медицины и их опыте обращения в медицинские учреждения был необходим для понимания запросов пациента и проблем, с которыми он сталкивается в системе здравоохранения, оценки настроения и отношения к врачам и медицине в целом (*ПМА* 2019-в);

4) еще более ценным указанные выше материалы сделал анализ онлайн-высказываний пациентов о современном состоянии российской медицины и их опыте обращения в медицинские учреждения (материалы взяты из той же социальной сети, с тем же автором поста и, по сути, среди той же аудитории, но на фоне пандемии COVID-19 в 2020 г.) (*ПМА* 2020-в);

5) экспертные интервью с врачами, представителями коммерческих медицинских организаций и медицинскими антропологами позволили получить более яркую картину происходящих в российском здравоохранении перемен и оценить степень влияния медицинской антропологии на улучшение ситуации (*ПМА* 2020-а; *ПМА* 2020-б; *ПМА* 2021).

Дополнительным материалом для анализа стало наблюдение и фиксирование выступлений и активности в социальных сетях (с последующим публичным

---

<sup>1</sup> Полевые материалы автора

обсуждением) некоторых врачей из Москвы, Санкт-Петербурга, Владивостока, Нью-Йорка и Балтимора (мнение бывших соотечественников, а ныне успешно практикующих врачей в США, сохранивших представление о советской и российской медицине в сравнении с западной) (Брандт 2019, Фоминцев 2019, Панкратов 2019, Демичева 2019, Пинелис 2020, Проценко 2020 и др.); комментарии и публикации «Лиги защитников пациентов»; наблюдение за медицинскими сообществами в социальной сети Facebook: «Превентивная медицина – 2035», «Диалоги о медицине», «Медицинская антропология в России», «Лига защиты врачей», «Мнения о здравоохранении», «Врачебные ошибки», и Telegram: «Сurgum», «Сообщество анестезиологов-реаниматологов», «НеМинздрав», «ШБмнк», «Намочи манту», «Бестеневая лампа», «Безвольные каменщики», «Крокодил Ятро-Гена», «Как сказать», «Rumyantseva\_MD», «АКСОН – школа медицины».

**Научная новизна.** Тема диссертационного исследования является междисциплинарной, и многие ученые (социологи, экономисты, специалисты в сфере общественного здоровья и здравоохранения) уже обращали внимание на изменения, произошедшие в российском здравоохранении, но, как было указано, в данной работе эти проблемы рассматриваются с учетом достижений предшественников, однако с помощью иных методологических подходов (с опорой преимущественно на качественные методы исследования) и с иных позиций (с опорой на высказывания специалистов индустрии здравоохранения, представителей медицинской профессии и медицинских антропологов).

В работе впервые:

1) через оценку медицинскими работниками разных уровней, равно как и пациентами, текущей ситуации и проблем, с опорой на существующую литературу смежных научных областей проведен сравнительно-исторический анализ различных этапов трансформации российского здравоохранения в рамках, заданных границами исследования; изучено мнение врачей и пациентов о произошедших изменениях и влияние, которое эти изменения оказали на взаимоотношения врачей и пациентов;



2) позднесоветский период оценен в диссертации как системообразующий с точки зрения организации процессов внутри лечебных учреждений; выявлено, что он продолжает оказывать влияние на профессиональную идентичность врачей, в том числе формирует поведение и взаимные ожидания врачей и пациентов от их взаимоотношений;

3) в работе проанализирована позиция в рамках заданной темы экспертов отрасли, медицинских антропологов и врачей, начинавших свою профессиональную деятельность в 1980-х годах и продолжающих ее по сей день;

4) выявлены проблемные точки коммуникации современных врачей и пациентов/клиентов, влияние особенностей коммуникации на качество и удовлетворенность пациентов оказываемой медицинской помощью, а врачами – своей работой;

5) на основе полевых материалов были проанализированы важнейшие проблемы современного российского здравоохранения с позиции пациентов; прослежены тенденции изменения их настроений и отношения к медицине и медицинским работникам на фоне пандемии COVID-19;

6) изучена проблема медицинской грамотности пациентов в оценках врачей, предложены меры ее потенциального повышения для увеличения эффективности взаимоотношений врача и пациента.

До настоящего момента исследования этих проблем в избранном ракурсе в отечественной антропологической науке не предпринималось.

**Научно-практическая значимость работы.** Материалы и выводы диссертации могут быть использованы в учебных курсах по медицинской антропологии и биоэтике, по истории медицины, социологии медицины, общественному здоровью и здравоохранению. Результаты работы могут послужить основой для будущих исследовательских проектов в области медицинской антропологии и биоэтики в России, а в дальнейшем для разработки практических пособий об особенностях коммуникации врача и пациента, государства (в первую очередь системы здравоохранения и Росздравнадзора) и граждан (пациентов) и, конечно же, врачебного сообщества.

### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Различные этапы трансформации, через которые прошло за 40 лет российское общество, оказали непосредственное влияние на систему здравоохранения. Это проявляется не только в отношениях государства и общества в разрезе обеспечения законодательно закрепленных гарантий, но и во взаимоотношениях государства (системы здравоохранения и Росздравнадзора) с медицинским сообществом и гражданами/пациентами, равно как и врачей с пациентами. Произошедшие в российском обществе перемены, включая рост медицинской грамотности населения, изменили не только сумму знаний пациентов/клиентов о медицине, но и их ожидания от системы здравоохранения, медицинских работников, самого содержания медицинской помощи, к чему оказались не готовы ни врачи, ни система здравоохранения. Сегодня необходимы меры по улучшению качества коммуникаций врача и пациента, в том числе с учетом как этических, так и этнокультурных, этнорелигиозных, этномедицинских сложностей, возникающих в общении медицинских специалистов (не только в сфере биомедицины) и пациентов/клиентов<sup>2</sup>. Для чего необходимо узаконить профессиональные и образовательные стандарты в сфере медицинской антропологии и ввести в систему здравоохранения соответствующих специалистов, наряду со специалистами по медицинской психологии и медиации.

2. Ожидания врачей и пациентов расходятся, хотя цель остается прежней – здоровье человека. В советский период фигура врача официально преподносилась и многими воспринималась сакральной, а его служение считалось подвигом; в современном же российском контексте врач стал фигурой, оказывающей услугу, требования к которой растут, а отношение к врачу сменилось на потребительское и часто неуважительное, чему отчасти поспособствовала ситуация с ковидом и вакцинацией. Необходимо вести работу по восстановлению престижа врачебной профессии и образовательной подготовке современных медицинских работников с учетом перехода к использованию искусственного интеллекта в медицине и

---

<sup>2</sup> В диссертационном исследовании этнокультурные и этнорелигиозные аспекты практически не затрагиваются, поскольку являются слишком обширными и требующими отдельного глубокого изучения темами, выходящими за рамки данной работы.

телемедицины, переходу к 4П-медицине и т.д., а осуществлять это надо, в первую очередь, опираясь на новые образовательные возможности, включая в подготовку мощную гуманитарную составляющую.

3. Взаимоотношения врача и пациента являются предпосылкой эффективности медицинской помощи. Уровень их взаимодействия зависит от условий, заложенных системой факторов, связанных с врачом и с пациентом. Последние зависят от личностных, культурных и социально-экономических условий и уровня медицинской грамотности пациентов. Специалистам известно, что информация, транслируемая населению во множестве источников, включая интернет и СМИ, чаще всего не является качественной. Наиболее эффективным инструментом получения достоверной информации о здоровье врачи видят не только введение электронных карт (с чем, кстати, возникают дополнительные этические проблемы), но, в первую очередь, личную беседу с пациентом/клиентом. Это требует налаживания качественной коммуникационной работы (с введением в систему общения 'врач – пациент' специалистов помогающих профессий) для повышения уровня медицинской грамотности россиян и толерантности в таких взаимоотношениях, как и комплаентности пациентов без желания вести «партизанские войны» с российской медициной и здравоохранением/государством. Именно это окажет непосредственное влияние на удовлетворенность граждан и снижение затрат государства на здравоохранение.

**Апробация работы.** Результаты диссертационного исследования были отражены в 9 научных статьях и тезисах, 4 из которых опубликованы в изданиях, рекомендуемых ВАК. Отдельные проблемы, рассматриваемые в диссертации, были представлены в виде докладов на 10 научных конференциях, в т.ч. международных, в РФ и за рубежом, вебинарах с международным участием по медицинской антропологии: 30 сентября 2016 г. на IV Международном интердисциплинарном научно-практическом симпозиуме «Медицинская антропология и биоэтика: проблемы образования и подготовки специалистов» в г. Москва – доклад «Специалисты по культурным компетенциям в США»; 13–15 декабря 2016 г. на Конференции молодых ученых ИЭА РАН в г. Москва – доклад

«Медицинская антропология в США и своевременность возникновения в России»; 29 июня – 1 июля 2017 г. на V Международном интердисциплинарном научно-практическом симпозиуме «Медицинская антропология в нестабильном глобализирующемся мире» в г. Москва – доклад «Здоровьесбережение и интернет»; 1–2 ноября 2018 г. на VI Международном интердисциплинарном научно-практическом симпозиуме «Медицина и (со)общества: интеграция медицинских систем, практик, методов в профилактике и оздоровлении» в г. Москва – доклад «Услуги практиков народной медицины и ТМС в оценке врачей (на примере Тувы)»; 25–27 января 2018 г. на 2-й Международной научной конференции «Health Online 2018: Patient Engagement in the Digital Era» в Любляне (Словения) – доклад «The Internet and Healthcare System in Russia»; 27–29 июня 2019 г. на VII Международном интердисциплинарном научно-практическом симпозиуме «Медицинская антропология в современном мире: традиционные исследования и новые перспективы» в г. Москва – доклад «Современные подходы доказательной медицины в интерпретации российских врачей и пациентов»; 12 сентября 2019 г. на 3-й Между-народной научной конференции «Health Online 2019: Digital Technologies And Health Ecosystems» в Любляне (Словения) – доклад «Health Literacy Level of Patients According to Russian Physicians»; 4 июня 2020 г. на вебинаре (с международным участием) Центра медицинской антропологии в г. Москва – доклад «Первые предпосылки изменения отношения пациентов к врачам на фоне эпидемиологической обстановки весны 2020 г.»; 15–17 октября 2020 г. на VIII Международном интердисциплинарном научно-практическом симпозиуме «Медицинская антропология на пороге третьего десятилетия XXI века: основные итоги, новые идеи и перспективы» в г. Москва – доклад «Медицинская грамотность пациентов в оценке врачей»; 18-20 ноября 2021 г. на IX Международном интердисциплинарном научно-практическом симпозиуме «Медицинская антропология перед новыми вызовами: мир, люди, знания и культуры в эпоху пандемии» в г. Москва – доклад «Отношение пациентов к системе здравоохранения России и изменения, произошедшие на фоне пандемии COVID-19»; 4 июня 2020 г. основные идеи диссертации обсуждались на вебинаре Центра медицинской

антропологии (мероприятие с участием более 30 специалистов различных научных направлений из разных стран); обсуждение диссертации состоялось на расширенном заседании Центра медицинской антропологии ИЭА РАН 27 января 2022 г.

**Структура диссертации** отражает задачи исследования. Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, разделенных на параграфы, заключения, списка источников и литературы и приложений.

В первой главе «Постсоветская трансформация российского здравоохранения в оценке врачей» рассмотрены основные социально-экономические, политические, исторические особенности российского здравоохранения в избранный период (1980-е гг. – настоящее время, каждый параграф описывает одно десятилетие), а также изучены мнения врачей о каждом из периодов и их опыт для осмысления закономерностей и факторов, оказавших влияние на (взаимо)отношения врачей и пациентов.

Вторая глава «Врач: специфика профессии и ее восприятие в советском и российском здравоохранении» посвящена изучению особенностей образа врача и специфики врачебной профессии в оценке медицинских работников и пациентов с учетом традиционного преобладания патернализма в государственной системе здравоохранения и последующей трансформации медицинской помощи в медицинскую услугу.

В третьей главе «Пациент и эффективность медицинской помощи в контексте взаимоотношений врача и пациента» исследуются особенности (взаимо)отношений врача/медицинского работника и пациента/клиента и их востребованность, выявляются факторы, оказывающие влияние на эффективность их взаимодействия.

В Заключении подведены основные итоги диссертационного исследования и обращено внимание на необходимость формирования и узаконивания профессии медицинского антрополога (в т.ч. в прикладном варианте, как специалиста в сфере этнокультурных и этических компетенций) и введения профессии в систему здравоохранения.

## ГЛАВА 1. ПОСТСОВЕТСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ВРАЧЕЙ

### §1. Поздне-советский период отечественного здравоохранения (1980-е годы)

Сформировавшаяся в СССР система здравоохранения к началу перестройки, к 1985 году, обладала преимуществами, которые, по мнению некоторых экспертов, признавались во всем мире (*Борщевский 2018-а*). Основу этой модели составляли объединенные усилия множества медицинских специалистов, собранные в рамках поликлиник, наблюдение пациентов участковыми врачами с опорой на профилактику, повсеместное распространение санитарно-гигиенических знаний и навыков среди населения, а также многоуровневая система оказания медицинской помощи.

За время существования советского государства была сформирована эффективная система социального обеспечения. Благодаря жесткой административной вертикали по сбору и распределению финансовых средств произошло выравнивание доходов населения, получило свое развитие государственное бесплатное здравоохранение и образование, была создана развитая социальная поддержка населения (пенсионное обеспечение, поддержка материнства и детства и проч.) (*Кижикина 2013*). Существовала разветвленная сеть медицинских учреждений, укомплектованная специалистами широкого профиля, которая покрывала всю территорию страны (*Борщевский 2018-б*).

Осуществленный после Великой Отечественной войны переход от производственного к территориальному принципу оказания медицинской помощи сделал медицину доступной для всего населения страны. Была сформирована система медицинской помощи, при которой структура предоставления услуг была четко дифференцирована на 5 уровней: (1) районные, (2) центральные районные, (3) городские, (4) областные и (5) федеральные больницы. Все их объединяла эффективная система перенаправления пациентов для своевременного оказания специализированной помощи (*Лузанова, Хуртина 2014*). Участковый врач занимал в этой модели центральное место. Он отвечал на своем участке за своевременное

предоставление и координацию всей медицинской помощи. С экономической точки зрения эта модель была очень эффективной, позволяя координировать деятельность различных медицинских служб, она не требовала больших затрат, благодаря этому медицинская помощь была общедоступна и предоставлялась населению бесплатно. В начале 1960-х годов СССР являлся мировым лидером по охвату населения и доступности медицинской помощи. Однако уже в 1970-е в связи со сменой структуры заболеваемости (развитие более сложных патологий, рост количества хронических заболеваний) начинает проявляться отсталость советской системы здравоохранения в том, что касается качества обслуживания, доступности высокотехнологичной помощи, оснащенности и высококвалифицированной подготовки кадров.

Постепенно система Семашко сменилась моделью, уделяющей особое внимание специализированной амбулаторной помощи. Наметилась тенденция к специализации, что привело к появлению большого числа узконаправленных специалистов, при этом произошло значительное уменьшение роли участкового врача (*Пузанова, Хуртина 2014*).

Эффективность советской системы здравоохранения базировалась на том, что мобилизационно-организаторские и коммуникативные ресурсы максимально использовались, хотя существовал определенный финансовый дефицит (*Ивченкова 2013*). Государство целиком взяло на себя ответственность за здоровье населения; к реализации задач профилактики и борьбы с заболеваниями активно привлекались различные социальные институты (СМИ, культура, спорт, семья, система образования, производство, экономика и наука), в решение этих задач также были активно вовлечены всевозможные общественные организации (профсоюзы, детские и молодежные организации). Все это определяло системную целостность и высокую эффективность советского здравоохранения, которая, несмотря на определенные успехи к 1980-м годам, по мнению некоторых авторов, практически распалась (*Ивченкова 2013, Данилова 2018*). Организацию предоставления медицинских услуг невозможно было изменить на фоне снижающегося

финансирования, также невозможно было осуществить переоснащение медицинским оборудованием первичного звена.

Хотя многие эксперты сходятся во мнениях о том, что советская система здравоохранения по своей эффективности не уступала, а по многим параметрам превосходила зарубежные (*Борщевский 2018-б, Жулин 2011-а* и др.), тем не менее уже в середине 1980-х годов она нуждалась в коренных преобразованиях (*Малов 1990*). Существовал дисбаланс между требуемыми объемами медицинской помощи и текущими объемами финансовых средств, необходимых для ее осуществления (*Мальцев 1985*). Имеющиеся материальные и кадровые ресурсы использовались неэффективно, а территориальная диспропорция в доступности медицинской помощи постоянно усиливалась (*Жулин 2011-б*). Вплоть до конца 1980-х не удалось решить многие вопросы общественного здоровья, большинство показателей заболеваемости и смертности в СССР были хуже, чем в развитых западных странах, и этот разрыв продолжал увеличиваться. Сами результаты деятельности системы здравоохранения говорили скорее не об успехах, а, по мнению некоторых авторов, о застое (*Прохоров, Горшкова 1999*).

Бесплатное образование и здравоохранение, применение тарифной сетки для регулирования заработной платы, доступность учреждений культуры и отдыха выгодно отличали СССР от других стран мира, а социальная политика не позволяла возникнуть серьезному социальному неравенству, наблюдался внутренний баланс социального устройства (*Гонтмахер 2007*). Однако негативные тенденции продолжали накапливаться, а противоречия принятому пониманию справедливости обострялись (*Данилова 2018*).

В конце 1980-х годов в СССР было прекращено обязательное распределение студентов, окончивших медицинские ВУЗы, а также начали появляться первые частные медицинские учреждения, в первую очередь стоматологические (*Пузанова, Хуртина 2014*). В середине 1980-х годов с началом кризисного периода свое развитие получила система социальной поддержки населения. В связи с постоянными процессами экономического реформирования и политической нестабильности, а также на фоне ухудшения благосостояния населения и товарного



дефицита, назрела необходимость внедрения экстренных инструментов социальной защиты (талонная система, магазины специального обслуживания, натуральная помощь семье и детям и проч.) (*Кижикина 2013*).

Изменения коснулись не только осязаемых понятий, но и сферы «неосязаемого», например, врачебной этики. На протяжении советского периода была окончательно сформирована медицинская деонтология, в широком смысле – учение о врачебном долге (*Бороздина 2011*), так как мораль советского врача должна была отличаться от «классовой морали», приписываемой «буржуазным докторам». Первый нарком здравоохранения РСФСР Николай Александрович Семашко писал: «Этика советского врача – это этика советской социалистической Родины, это – этика строителя коммунистического общества, это – коммунистическая мораль, это истинно человеческая мораль, стоящая выше классовых противоречий. Вот почему мы не отрываем понятие о врачебной этике от высоких этических принципов Советского Союза» (*Семашко 1954*). Таким образом был сформирован и впоследствии продолжил оказывать свое влияние на уже российских врачей патерналистский подход во взаимоотношениях ‘врач – пациент’, а профессиональная деятельность врача была приравнена к воинской службе, когда сам врач выполняет долг перед Родиной (*Бороздина 2011*). «Повседневные, земные подвиги скромных тружеников от медицины также украшают высокое знамя долга и гуманизма, которое они несут всю жизнь в своих руках – руках, спасших и спасающих тысячи и миллионы простых людей» (*Кассирский 1995*, с. 35). К концу 1980-х годов материальное положение медицинских работников, как и всего остального общества, значительно ухудшилось, выживание встало на другую сторону весов от морали и долга и заставляло медицинских работников искать дополнительные источники заработка.

При планировании развития здравоохранения в СССР устанавливались нормы числа должностей, которым должно было соответствовать кадровое обеспечение. Расчет производился на основании численности населения, показателей его здоровья и заболеваемости, а также количества и мощности медицинских учреждений на планируемый период (*Панеева и др. 2014*). Например, на 1986–1990

гг. Минздравом СССР были утверждены следующие нормативы: на каждые 1000 населения обеспеченность врачами должна была составлять 4,4; средним медицинским персоналом 15,3; фармацевтическими сотрудниками 0,52; провизорами 0,47.

В 1980-е годы, еще до упадка системы здравоохранения в следующем десятилетии, организационное поведение врачей характеризовалось следующими особенностями (*Пузанова, Хуртина 2014*):

1) наблюдался недостаток профессиональной подготовки, который был обусловлен снижающимся уровнем квалификации обучающего персонала, а также недостаточной технической оснащенностью;

2) изменились функции участковых врачей, они уже не отвечали в прежней мере за здоровье граждан, состоявших у них на учете, так как многие из них наблюдались у нескольких узких специалистов;

3) это в свою очередь привело к росту числа узких специалистов, вследствие возросшего спроса на них, и стало причиной недовольства работой участковых врачей.

Первые попытки модернизации системы здравоохранения были предприняты еще в 1980-е. Предполагалось произвести усиление профилактической составляющей медицинской деятельности, а также осуществить постепенный переход на внебольничные формы работы, охватывающие большую часть населения и эффективные с экономической точки зрения. Предполагалось выстроить новые экономические отношения с элементами рыночных, при этом учитывая специфику отрасли (*Пузанова, Хуртина 2014*). По сути, те же цели впоследствии нашли свое воплощение в национальном проекте «Здоровье» и Концепции развития здравоохранения до 2020 г. Предполагался комплекс мер для более эффективного распределения ресурсов, подчеркивалась необходимость повышения интенсивности использования коечного фонда, права руководителей медицинских учреждений должны были быть расширены, изменены нормативы трудовой нагрузки и материального стимулирования персонала (*Расторгуева и др. 2012*). Все более весомое значение приобретали критерии экономической

эффективности деятельности медицинских учреждений, однако вследствие политического и экономического кризиса 1990-х годов эти нововведения не были реализованы в полной мере.

В данном диссертационном исследовании представляется важным получить мнение о каждом из описываемых этапов трансформации российского здравоохранения врачей, которые работали в каждый их этих периодов. Их личное мнение, позиция и эмоциональные переживания, могут значительно дополнить описание происходивших изменений. Современные исследователи активно используют анализ интернет-среды в своих исследованиях (Малькова 2013; Григорьева, Биккулов 2015; Е.А. Тарасенко 2016; Бояркина 2019; Волкова 2021). Ниже приведено мнение эксперта, врача с более чем 40-летним стажем, преподавателя кафедры внутренних болезней больницы им. Иноземцева (ПМА 2021):

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-ых, Москва:

*... В 1980-х годах у нас была сложившаяся система. Чем она была хороша и одновременно и плоха этим же самым? Если у какого-то поселения или какой-то территории в городе был хороший участковый врач, то в этой ситуации к нему шли со всеми проблемами, и он их, собственно говоря, все мог решить. Не было раздробленности ответственности, как она потом появилась. Этот доктор, реально отвечающий за свою работу и за своих пациентов, мог и направить, куда надо, его не ограничивали, что это финансируется такой-то квотой, а это – такой-то квотой. Он решал проблемы больного так, как решали, по большому счету, и в давнишние времена: сделать для больного все, что можно. Если, по каким-то причинам, участковый врач был не очень хороший, то это создавало некоторую проблему, и поэтому пациенты пытались попасть к другому врачу. Это создавало уже сложности и дополнительную нагрузку, но тем не менее вся система была прозрачна, абсолютно. Было понятно, куда идти, было понятно, что, при желании ты можешь добиться, чтобы тебя направили в такой-то институт или еще куда-то... То есть можно было этого всего добиться.*

Таким образом, можно говорить о том, что ситуация в системе здравоохранения позднего СССР была если не идеальной, то стабильной и понятной как для населения, так и для врачей. Последние четко понимали свое место в системе, делали для пациентов все возможное и, что немаловажно, имели для этого все ресурсы (*Там же*).

*... Еще одно крайне важное изменение, произошедшее в середине 1980-х годов, это появление льготного лекарственного обеспечения для ветеранов, о котором заявила Председатель Комитета по здравоохранению Верховного Совета СССР Людмила Павловна Шурыгина к 40-летию победы. <...> Появился тренд на адресную помощь, которая постепенно сокращалась, естественно, поэтому появлялось все больше и больше ограничений, которые резко увеличили бюрократическую нагрузку на врачей. Все нужно было учитывать, а где-то и списывать. <...> Начались ограничения повсюду, и вот, это был такой первый, наверное, момент, когда во всем начали обвинять врачей и переносить ответственность за происходящее на них.*

*И параллельно с этим, примерно в 1985-1987-м годах, возникла идея создать своеобразный бригадный подряд в медицине. Была попытка сформировать стимулирующие выплаты медикам, которые могут быть сокращены, если кто-то проитрафится. Пишут жалобу на одного, снимают 10% со всех. И его этот коллектив, порицает и уже как-то особым образом маркирует. А дальше еще того хуже. Поскольку все начали получать чуть-чуть разную зарплату за фактически один и тот же труд, а медицина всю жизнь была нищей, разница в 5 руб. имела значение, то дальше последовала такая устная рекомендация, не делиться друг с другом размером заработной платы. И народ тихо разошёлся по углам в немой подозрительности. Таким образом, началась коррозия, внутри медицинских коллективов, которые до этого работали, практически, на голом энтузиазме, очень дружно, как одна семья.*

Т.е. несмотря на множество положительных сторон устойчивой системы здравоохранения в позднем СССР, уже тогда были посеяны ростки катастрофической ситуации, сложившейся сегодня: недостаточное

финансирование, приписки, разобщенность медицинского сообщества, перекалывание ответственности за недостатки системы на врачей (*ИМА 2021*).

## **§2. Ключевые факторы, влияющие на здравоохранение в 1990-е годы**

Распад СССР привел к снижению сводного индекса развития страны на 11%. Охват населения профилактическими осмотрами снизился в 1990-х по сравнению с 1980-и на 20%, на 10% увеличились показатели заболеваемости и на 9% – смертности, в том числе от болезней органов кровообращения (на 12%) и новообразований (на 20%). При этом доля расходов бюджета на здравоохранение резко снизилась с 9,2% в 1984 г. до 0,7% в 1991 г. (*Борщевский 2018-а*).

Говоря о трансформации системы здравоохранения в 1990-е годы, важно подчеркнуть, что в значительной степени она была предопределена тем уровнем и установками, которые были достигнуты при советской власти. Широкая система организационных мероприятий, имевшая своей целью приближение ее к гражданам, гарантировала общедоступность медицинских услуг. В период перехода к рыночным отношениям проблема обеспечения социальной защищенности граждан встала крайне остро. 1990-е годы характеризовались крайней экономической нестабильностью, усилением расслоения общества, обнищанием значительной части населения, ростом числа безработных, инфляцией, появлением большого числа беженцев и вынужденных переселенцев, а также лиц без определенного места жительства (*Кижикина 2013*). С переходом к рыночным условиям, которые принципиально поменяли социально-экономические установки в России, руководство страны должно было в сжатые сроки адаптировать систему здравоохранения к текущим реалиям (*Жулин 2011-а*). В соответствии с Законом от 1993 года «О муниципальной системе здравоохранения» основными частями системы становятся государственная федеральная, муниципальная и частная.

Либеральные рыночные отношения, которые начали внедряться в систему государственных учреждений здравоохранения, привели к неблагоприятной тенденции: медицинские услуги, рассматривавшиеся ранее как общественное

благо, стали восприниматься как «потребительский товар» (*Каткова, Катков 2016*), а это, в свою очередь, оказало влияние не только на трансформацию системы здравоохранения, но и на взаимоотношения врача и пациента, изменилось также отношения врачей к своей профессии (долг и служение человеку ушли на второй план), более того, изменилось восприятие врачебной профессии в обществе.

Реализуемая в 1990-х годах так называемая «шоковая терапия» имела своей конечной целью донести до общества необходимость перехода на рыночные отношения не только всех отраслей народного хозяйства, но и всей социальной сферы (*Каткова, Катков 2016*). Всеобщая доступность социальных услуг, а в особенности здравоохранения, в новых условиях развития рыночных отношений, по мнению реформаторов, рассматривалась как лишние расходы, которых необходимо если не избежать, то минимизировать. Начавшаяся в 1990-е годы тенденция к снижению роли государства в финансировании и управлении здравоохранением с годами продолжала усиливаться.

В 1990-х годах управление здравоохранением переходило из одной структуры в другую. В ноябре 1991 года Министерство здравоохранения и социального обеспечения РСФСР приняло на себя функции союзного министерства, при этом выделился в самостоятельное ведомство Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора. Комитет по развитию медицинской и фармацевтической промышленности пришел на смену Министерству медицинской промышленности. Минздравсоцобеспечения в 1992 г. было снова преобразовано в Минздрав, а в 1994 г. последовало новое объединение, повлекшее за собой появление Министерства здравоохранения и медицинской промышленности. В 1998 г. Управление медицинской промышленностью было выведено в другое ведомство, а функции Госсанэпиднадзора возвращены в восстановленный Минздрав РФ (*Борщевский 2018-а*). Таким образом всего за десятилетие важнейшую для населения отрасль здравоохранения передавали от министерства к министерству.

За период 1984–1998 гг. численность государственных служащих в органах управления здравоохранением снизилась с 1969 сотрудников в центральном аппарате до 465 без учета чиновников союзных республик (*Там же*).

Реформирование системы здравоохранения началось с введения системы обязательного медицинского страхования, ставшей краеугольным камнем всех происходивших тогда реформ (*Мансуров, Юрченко 2004*). Уже в 1991 г. под давлением радикальных реформаторов в России был принят Закон «О медицинском страховании», который оказался по мнению некоторых авторов «откровенно сырым и носившим декларативный характер» (*Борщевский 2018-б*), чуда «спасительного рыночного саморегулирования» не произошло (*Жулин 2011-в*). Предполагалось, что в рыночных условиях сложится конкурентная среда, страховщики станут бороться за застрахованных, и так естественным образом улучшится качество медицинской помощи. Медицинские учреждения начнут конкурировать за контролируемые страховщиками финансовые ресурсы, тем самым повысится эффективность всей системы. В 1993 г. был принят Закон о здравоохранении «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487–1». В том же году был создан Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), целью которого было равномерное финансирование на территории страны программ медицинского страхования, а также контроль их исполнения (*Борщевский 2018-а*). Произошло формирование двух видов медицинского страхования – обязательного и добровольного. Однако внедренная система не решила вопросов изменения структуры отрасли или направлений развития здравоохранения, она функционировала как финансово-кредитный институт, собирая отчисления от предприятий (3,6% от заработанных средств) в страховой фонд и распределяя полученные финансовые средства.

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва (*ПМА 2021*):

*... А ведь в девяностых пришла система ОМС. Поначалу никто не понял, чем она грозит, и никто не мог представить себе, какие ничтожные расценки на медицинские услуги она с собой принесёт. То есть, все думали, когда и если деньги пойдут за пациентов, тогда появятся возможности, открыть, к примеру, какие-*

*то новые отделения, новые кабинеты, взять новых специалистов. Предположим, в поликлинике был хирург, лор и невролог, а появится дополнительная возможность взять ревматолога или кардиолога. Пытались, но все это очень быстро начиналось и заканчивалось, потому что ничтожные расценки приводили к тому, что, текущим сотрудникам нужно было понимать, как платить заработную плату. И каждый раз, это упиралось в распоряжения выписывать меньше лекарств. <...> Доступность и лекарств, и помощи постепенно сокращалась, а удавка затягивалась.*

*Удивительно, что при этом Министерство, казалось, было не в курсе внедрения системы ОМС и продолжало спускать план. Например, план посещений, который был невыполним, так и начали появляться приписки, в которых потом опять обвинили врачей. <...> В поликлиниках ситуация была не лучше: спущен план по прививкам, такого количества желающих привиться от, ну, я не знаю, ветряной оспы на участке просто не найти, ведь иногда план прививок практически совпадал с количеством жителей. То есть это просто невозможно. В итоге, естественно, что это всё были голые приписки. <...> Невозможно было не искать элементарных каких-то лазеек. Конечно, понятное дело, что всё несовершенство этой системы, оно само всё это и породило.*

Таким образом, внедрение в 1990-х годах ОМС, которое изначально декларировалось и задумывалось как благо для всех, на фоне тяжелой экономической ситуации, которая, безусловно затронула не только медицину, привело к тяжелым последствиям, как для пациентов, объемы бесплатной помощи для которых сокращались, так и для врачей, вынужденных искать возможности заработка для себя и для своих лечебных учреждений посредством экономии и приписок, которые появились не только в медицине, но и правоохранительной системе или образовательной (ПМА 2021).

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва:

*... Естественно, у них [правоохранительные органы – прим. авт.] раскрываемость, у нас – прививки. Всё это было самой системой, которая подводила сама к тому, что хочешь, не хочешь, ты обязательно в это дело*



*влезешь. А при этом при всём, когда медицинский коллектив работает в этом экстриме, а иногда, причём, я живой свидетель того, как медсёстры сами сдавали кровь, и разливали свою кровь по пробиркам, прикрывая чужими полисами. Мало того, вакцину эту, которую притащили и планом навязали, которую никто не будет никогда делать, ветрянку или столбняк какой-нибудь. В итоге всё это списывалось, и потом возникала другая проблема, надо же утилизировать. <...> То есть все это осуществлялось лишь бы привлечь деньги, забрать своё любой ценой. У самой системы ОМС. <...> И самое ужасное, когда приходили эти проверки, например, и выяснялись какие-то недоработки, то штрафы опять накладывались на рядовых сотрудников. А начальство все это в последствии и премии получало, и заработную плату повыше. Родилось ощущение несправедливости внутри коллективов, которое все больше, больше и больше нарастало.*

Процесс разобщения медицинского коллектива, запущенный в конце 1980-х годов, в 1990-е нарастал как снежный ком. Руководство часто отстранялось от решения проблем, и, наоборот, подталкивало врачей на бюрократические «изошрения». Недовольство внутри врачебных коллективов росло, но не находило выхода, так как сложившаяся система не давала возможности врачам быть услышанными.

В законе № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (от 28.06.1991 г.) были определены основные права граждан на получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации; на выбор страховой организации; на выбор лечебного учреждения и врача на договорных условиях; на получение медицинских услуг независимо от страхового взноса. Но многие положения этого закона не были реализованы, а в дальнейшем они всячески дополнялись и уточнялись (Дементьев 2016).

Германская модель (модель Бисмарка), основанная на принципах медицинского страхования, рассматривалась в 1990-е как наиболее подходящая для России, так как при ориентации на рыночные отношения в ней предусматривалось сохранение роли государства: организация обязательного

медицинского страхования населения страны и тем самым финансирование системы здравоохранения, а также лицензирование медицинской деятельности, т.е. контроль существующей системы (*Жулин 2011-б*).

Большое количество альтернативных вариантов развития здравоохранения в начале 1990-х годов, такие как переход и в дальнейшем полный отказ от патерналистской модели, внедрение рыночных механизмов, использование европейского опыта и проч., в совокупности с непоследовательной реализацией реформ, различной степенью экономического потенциала и возможностей регионов, отсутствием проработанной нормативной базы, привели к фрагментарности и незавершенности реформ в сфере здравоохранения (*Жулин 2011-б*). В результате и производители медицинских услуг, и их получатели ощутили на себе негативные последствия преобразований. Постепенный отказ от политики государственного патернализма в социальной сфере в пользу перехода к индивидуализации рисков привел к сокращению бесплатных медицинских услуг для населения (*Данилова 2018*).

Только в середине 1990-х годов Правительство Российской Федерации стало снова активно заявлять о себе как о ключевом субъекте государственной политики в сфере здравоохранения, взяв на себя разработку общей концепции развития отрасли. Разработанная Концепция предполагала поэтапное увеличение государственного финансирования здравоохранения, с ориентиром на рекомендации ВОЗ, до 6–7% ВВП. Одновременно предполагалось предпринять неотложные меры по борьбе с наиболее опасными видами заболеваний и развитию профилактики заболеваний (*Жулин 2011-а; Шейман и др. 2021*).

Следуя советским традициям гарантированного социального обеспечения граждан, Российская Федерация формально продолжала расширение льгот и привилегий в сфере здравоохранения. Но под влиянием разразившегося экономического кризиса 1998 года обязательства по предоставлению медицинской помощи населению были пересмотрены. Была принята Программа государственных гарантий обеспечения бесплатной медицинской помощью, в которой впервые объемы оказывавшихся медицинских услуг было предложено

привести в соответствие с их финансовым обеспечением. В Программе определялись объемы финансовых средств для гарантий бесплатной медицинской помощи, а также источники и каналы их распределения. Однако из-за тяжелой экономической ситуации в стране подобная попытка оптимизации привела к тому, что государство все меньше обладало возможностью для достаточного финансирования гарантий по медицинскому обслуживанию, а основная доля населения, находившаяся в ситуации «ниже прожиточного минимума», не могла воспользоваться услугами появляющихся частных медицинских учреждений, потому вынуждена была довольствоваться «видимостью» бесплатного медицинского обслуживания (Жулин 2011-в).

М.В., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2021):

*... Ведь в 1990-е, когда начала рушиться экономика, на нас как-то закрыли глаза. Ведь ни одно учреждение здравоохранения не было приватизировано. Резко уменьшились госдотации, монополия внешней торговли тоже была не лучшей идеей, но она очень сильно поддерживала собственного производителя, предприятия стали закрываться или резко ужиматься в размерах, соответственно, что они стали делать в первую очередь: сокращать ту социальную сферу, которая на них висела. Медсанчасти либо закрывались, либо передавались муниципальным органам здравоохранения, которые на первых порах их брали. Но поскольку все-таки еще во многом централизованные капиталовложения находились где-то в пути, это в определенной степени смягчило удар.*

В 1990-е годы медицина, несмотря на все сложности и недостаточность финансирования, тем не менее осталась под опекой государства и продолжала оказывать услуги населению.

Введение платных услуг должно было, по мнению чиновников здравоохранения, дисциплинировать население, постепенно прививая более ответственное отношение к собственному здоровью и здоровью своих близких (Данилова 2018). Действия руководства страны в связи с радикальным сокращением финансирования социальной сферы были названы «латанием дыр»,

они были связаны с необходимостью поддержания текущей работы медицинских учреждений, а также организаций культуры и образования, погашением текущих задолженностей по зарплатам бюджетников, пенсиям и детским пособиям (Гонтмахер 2007).

Несмотря на то, что в начале «перестройки» в отношении здоровья населения страны появлялись оптимистические ожидания, после короткого периода улучшения различных показателей началось их стремительное ухудшение. За период 1992–1999 гг. сводный индекс развития здравоохранения снизился на 5%. Количество больниц снизилось на 13%, охват населения профилактическими осмотрами – на 52%, а коэффициент смертности увеличился на 15% (Борщевский 2018-а, Борщевский 2018-б). В 1994 г. продолжительность жизни россиян была ниже, чем в 1986 г., на 6,1 лет, а у мужчин на 7,3 года (Прохоров, Горшкова 1999). В 1995 г. заболеваемость детей была наиболее высокой, а показатели материнской смертности в развитых странах были в 5–10 раз ниже, чем в Российской Федерации.

По результатам исследования Гарвардского университета о безопасности медицинской практики, проведенного в США, Дании, Канаде, Швеции, Великобритании и других странах мира, опубликованного в 1991 г., были выявлены следующие проблемы: низкая квалификация медицинского персонала, низкое качество лекарственных препаратов, диспропорции в кадровом обеспечении медицинской деятельности, риски в сфере инфекционного контроля и утилизации отходов и проч. (Задворная и др. 2017). Ситуация в Российской Федерации в 1990-х годах также демонстрировала подобную картину, с той разницей, что финансирование здравоохранения продолжало ухудшаться, а, следовательно, проблемы усугублялись.

С начала 1990-х годов во всех хозяйственных сферах страны наблюдалась стихийная децентрализация (Гринкевич, Банин 2005); территориальные и муниципальные образования были вынуждены строить собственные замкнутые системы оказания медицинской помощи. Стратегическое и текущее планирование значительно ослабевали, а действующая сеть лечебных и профилактических учреждений была не способна обеспечить реальные потребности населения. В

связи с перераспределением собственности и объемов финансирования в пользу регионов, управление здравоохранением осуществлялось на федеральном, региональном и местном уровнях, что, в свою очередь, стало причиной рассогласованности действий и усилий, а также спровоцировало появление частных интересов, противоречащих интересам государства.

Несмотря на то, что с начала 1990-х годов в России была введена новая система обязательного медицинского страхования, которая частично помогала сдерживать общее снижение финансирования отрасли здравоохранения, ожидаемого роста эффективности экономического регулирования системы и всеобщей обеспеченности граждан бесплатной, доступной и качественной медицинской помощью не произошло (*Пузанова, Хуртина 2014*). Одновременно наблюдался существенный скачок доходного неравенства, а падение реальных доходов граждан оказались даже более значительными, чем падение ВВП (*Панова, Бурмыкина, Яновская 1999; Данилова 2018*).

Внедренные в систему здравоохранения рыночные принципы привели ко множеству негативных последствий (*Каткова, Катков 2016*):

- цены на медицинские услуги были нерегулируемыми;
- рост доли расходов на здравоохранение из собственных средств граждан был неэффективен и неконтролируем;
- процессы оказания медицинской помощи гражданам в условиях свободного выбора врачей были дезинтегрированы;
- преемственность в лечении отсутствовала, что привело к дублированию как диагностических, так и лечебных процедур.

Также наблюдался ряд проблем в управлении региональным здравоохранением, возникших вследствие произошедшей в начале 1990-х годов децентрализации (*Гринкевич, Банин 2005*):

- 1) местные администрации получили полную ответственность за финансирование муниципальных организаций и учреждений здравоохранения в связи с разрывом административной вертикали управления здравоохранением и с принятием закона о местном самоуправлении;

- 2) региональные органы управления здравоохранением имели недостаточные рычаги экономического воздействия на муниципальные органы;
- 3) не был разработан эффективный механизм совместного управления здравоохранением, как региональными, так и муниципальными органами власти;
- 4) отсутствовал постоянный мониторинг состояния здоровья населения, а как следствие, и эффективности местной системы здравоохранения;
- 5) контроль эффективности деятельности лечебных учреждений осуществлялся во множестве разобщенных форм;
- 6) не существовало инструментов получения обратной связи от пациентов для оценки удовлетворенности объемом и качеством предоставляемой медицинской помощи;
- 7) узкопрофильные и специализированные отделения часто дублировались из-за отсутствия координации между ведомствами в организационных вопросах, региональные органы занижали роль ведомственных, а все это вело к неэффективности использования выделяемых средств;
- 8) качество медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими организациями, было невозможно контролировать ввиду отсутствия соответствующих механизмов.

Проведенный О.А. Кармадоновым (*Кармадонов 2001*) контент-анализ центральной российской прессы в 1990-е годы выявил следующие изменения доминирующей символической триады для врачей и учителей, включенных исследователем в группу «интеллигенция»:

- 1991 г. — «ответственность — оптимистичные — работают»;
- 1993 г. — «нищета — самоотверженные — работают»;
- 1995 г. — «надежда — отзывчивые — бедствуют»;
- 1997 г. — «безденежье — отчаявшиеся — бастуют»;
- 1999 г. — «безденежье — отчаявшиеся — работают».

Таким образом, положение врачей и их отношение к собственной профессии на протяжении 1990-х годов продолжало ухудшаться.

В конце 1990-х годов у населения сложилось убеждение, что «социальной политики не существует», а «государство из жизни граждан устранилось» (Данилова 2018). Но, тем не менее, изменения, произошедшие в 1990-х годах в системе здравоохранения России, позволили к началу 2000-х годов придать работе планомерный и системный характер, хотя крайняя ограниченность финансирования отрасли не позволяла эффективно решать поставленные задачи. Кадровый потенциал был подорван, сеть медицинских учреждений постепенно разрушалась, усиливалась нехватка лекарственного обеспечения. Поэтому говорить об эффективном функционировании гарантированного обеспечения населения медицинской помощью к концу 1990-х годов не представляется возможным (Жулин 2011-а; Русинова, Сафронов 2012). После кризиса 1998 г. государственные расходы на здравоохранение постоянно снижались, а доля частных расходов россиян на сохранение и поддержание собственного здоровья по некоторым оценкам приближалась к 50% (Пузанова, Хуртина 2014). С одной стороны, появились официальные платные услуги в государственных лечебных учреждениях, с другой – появились неформальные платежи, которые привели к снижению эффективности формальных институтов.

### **§3. 2000-е гг. – время реформ**

Несмотря на то, что за период 1990-х годов российская система здравоохранения переживала тяжелейшие времена, главные трудности пришлось на начало 2000-х (Борщевский 2018-а). На фоне нарастающей коммерциализации здравоохранения была проведена реформа социального обеспечения, так называемая «монетизация льгот», которая вызвала большое недовольство в обществе (Борщевский 2018-б). Попытка решения финансовых проблем отрасли путем сочетания бесплатного и платного обслуживания в медицинских учреждениях негативно воспринималась гражданами. Показатели здоровья россиян продолжали ухудшаться, при этом росло количество граждан, не обращавшихся в медицинские учреждения при наличии потребности в медицинской помощи: от 27,7% в возрастной группе 15–19 лет до 55% среди лиц

старше 70 лет. Возросло число отказов пациентов от необходимой медицинской помощи вследствие недоверия к медицинским учреждениям, а также в связи с отсутствием средств для приобретения лекарств (Каткова, Катков 2016). В сельской местности доля неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи составляла более 42%.

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2021):

*... Потом, на рубеже 2000-х медико-социальная помощь все больше и больше урезалась. Доходило до абсурда, когда человеку приходилось подтверждать инвалидность каждый год. <...> Естественно, что это вызывало всё большую и большую негативную реакцию со стороны пациентов, которую высказать они, опять-таки, могли только врачу. А врач, который в этом случае был абсолютной прокладкой между пациентом и главным врачом, и прокладкой бесправной, абсолютно, он тоже копил негатив разнообразный. Это был огромный демотиватор, потому что, как ты не работай, как ты не заботься, ты всё равно будешь виноват. <...> В итоге создается ситуация, что плеяда людей, которая приходила не просто работать в халате с фонендоскопом на шее и деньги зарабатывать, а та, которая шла в медицину, за неким еще таким, что ли, гуманитарным насыщением этой профессии, они все оказались никому не нужны, в первую очередь эти люди, потому что им просто не давали работать. И ситуация, когда врачу не дают лечить больного, она травмирует дважды. Потому что, во-первых, ты всё равно всегда плохой. Перед всеми. Но самое ужасное, что ты в это время понимаешь, вообще, всю бессмысленность, твоего, так сказать, существования, и всю невозможность продолжения этого, и полную невозможность преодолеть эту ситуацию, потому что тебя обложили со всех сторон.*

Изменения, продолжившиеся в 2000-х, еще больше загоняли врача в угол; врач продолжал работать на пределе возможностей, но при этом находился на перекрестке двух огней: недовольных пациентов и руководства. Среди медиков нарастало понимание беспомощности и бессмысленности своей деятельности, мотивация пропадала, что приводило к эмоциональному выгоранию.



При этом система здравоохранения России в 2000-е годы характеризуется также и «программным бумом». В 2006 г. президент инициировал приоритетный национальный проект «Здоровье», основной целью которого стало повышение уровня оплаты медицинских специалистов, а также обновление устаревшего медицинского оборудования. Реализовывались такие целевые программы как: «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» до 2006 года, «Медицина высоких технологий» до 2007 года, «Профилактика и лечение артериальной гипертонии» до 2008 года, «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» до 2012 года (*Борщевский 2018-б*).

Государство как монополист и инициатор реформ не использовало коммуникативный ресурс модернизации, не сформировало ни в обществе, ни среди профессионалов заинтересованности в преобразованиях отрасли. Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи оказалась неконкретной, а на фоне фактического снижения качества и доступности медицинской помощи, во многом носила декларативный характер (*Кадыров и др. 2021*). Реформы в здравоохранении имели не системный, а фрагментарный характер, и являлись, скорее, «догоняющими» (*Ивченкова 2013*).

В период 2000–2007 гг., который назвали «тучными годами», на фоне роста цен на нефть произошло увеличение реальных бюджетных расходов на здравоохранение на 56% (*Данилова 2018*). В этот период необходимость «сохранения человеческого капитала» (*Русинова, Панова, Сафронов 2010; Григорьева 2019*) стала все чаще озвучиваться руководством страны, а начиная с кризисного 2008 года в центр риторики о приоритетах социальной политики встала социальная справедливость.

Административная реформа 2007–2008 гг. ввела оценку эффективности деятельности как местных, так и региональных органов власти в сфере развития территории; в число учитываемых в оценке факторов были внесены и показатели развития здравоохранения. Соответственно возросла значимость медицинской статистики, поэтому в 2008 г. начали формироваться медицинские информационно-аналитические центры (МИАЦ).

Система ОМС в начале 2000-х годов также претерпела изменения. Численность страховых медицинских организаций уже в 2001 г. сократилась в 1,5 раза. Необходимо было навести порядок в сфере расходования бюджетных средств: страховые медицинские организации как «фальшивые коммерческие структуры» постепенно замещались государственными организациями (филиалами внебюджетных фондов ОМС), при этом на первый план выходили страховые компании со значительным ресурсом привлечения страхователей (административным), а подобные структуры часто являлись «карманными» (Жулин 2011-в).

Систему «страховщик – медицинское учреждение» так и не удалось отрегулировать. Необходимость заключения договоров с как можно большим количеством лицензированных медицинских организаций привело к тому, что страховщики попадали от них в зависимость, но при этом планирование и управление объемами медицинской помощи для более эффективного использования средств все еще оставляло желать лучшего. А утвержденный в 2005 г. закон «Об обязательном медицинском страховании» не менял сложившейся псевдо-конкурентной модели (Жулин 2011-в; Кадыров и др. 2021), которая представляла собой многоярусную и эклектичную структуру (Скляр 2003).

В середине 2000-х годов показатели здоровья населения РФ были значительно ниже, чем в развитых странах. По коэффициенту смертности Россия находилась на 130-м месте среди 200 стран мира, а продолжительность жизни была самой низкой среди развитых стран (Русинова, Панова, Сафронов 2007; Борщевский 2018-б). И если численность врачей на 1000 человек за период 1990–2011 гг. увеличилась с 4,5 до 5,1, то количество больничных коек (на 1000 жителей) наоборот сократилось с 13,5 в 1991 г. до 9,1 в 2013 г. (Перов 2015). Только к 2010–2011 гг. вопросы здравоохранения были названы правительством приоритетными. И хотя в расчете на душу населения расходы на здравоохранение в России увеличивались в течение всего постсоветского периода, демонстрируя рост с 1995 по 2013 г. в 5,3 раза. Тем не менее за период 1999–2003 гг. при увеличении роста затрат на здравоохранение

наблюдалось снижение ожидаемой продолжительности жизни в связи с последствиями финансового кризиса и трансформацией общества в целом.

Одной из основных проблем отрасли в начале 2000-х годов была несбалансированность финансовых возможностей государства и программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Дефицит составлял 40–50% и вынужден был покрываться собственными тратами пациентов за оказание медицинских услуг (Скляр 2003; Русинова, Сафронов 2014). За период с 1995 по 2013 г. доля собственных средств россиян в финансировании системы здравоохранения возросла с 16,9% до 48% за счет как формальных, так и неформальных платежей (Каткова, Катков 2016).

М.В., врач, муж, стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2021):

*... Важно сказать про бюджетную реформу, которая была проведена в нулевые годы, когда появились так называемые бюджетные учреждения как значительная часть больниц. Что это такое? Формально – это государственные учреждения. Но они платят за землю, они платят все коммунальные платежи, они должны зарабатывать деньги, поскольку финансируются они по самому минимуму. Тогда больницы стали зарабатывать деньги, у нас ведь так и не сложилась частная медицина, как таковая. О чем думали? Что возникнет конкуренция. Частная медицина сложилась так, чтобы можно было деньги «урвать» немедленно, здесь, в первую очередь, стоматология. Второе – это урология, гинекология, андрология, косметология. То, что не связано с жизненным прогнозом. А медицина сложилась очень интересно. Формально – это бесплатная медицина, которая вписывается в Конституцию, но фактически, поскольку эта бюджетная организация имеет минимум бюджета и максимум возможностей для зарабатывания денег, то стала складываться двойная бухгалтерия. <...> Здравоохранение стало постепенно перекладываться на пациента.*

Появление платных услуг для населения стало вынужденной мерой, лечебные учреждения вынуждены были находить способы зарабатывания денег – не для сиюминутного обогащения, но для поддержания функционирования. Каждое из них вынуждено было надеяться только на себя, а пациенты стали своеобразными

заложниками сложившейся ситуации: де-юре все граждане государство имели возможность воспользоваться гарантированной Конституцией бесплатной медицинской помощью, де-факто же система вынуждала их пользоваться платными услугами.

Наблюдался также ряд проблем в системе подготовки кадров (*Панеева и др. 2014*):

- в целом, по стране был общий дефицит медицинских кадров;
- наряду с высокой мотивацией к получению медицинского образования, отмечалась слабая мотивация выпускников высших учебных заведений медицинского направления к профессиональной деятельности;
- система медицинского образования в РФ, сохранившая советские установки и ориентацию на потребности и нужды страны, не соответствовала международным стандартам и принципам глобализации;
- стационарные учреждения были лучше обеспечены специалистами, в отличие от амбулаторно-поликлинических;
- по ряду медицинских специальностей наблюдался профицит.

Обеспеченность врачами в 2008–2010 гг. в России составляла 5 на 1000 населения, что выше, чем в развитых странах (3,1), но в странах ОЭСР показатели заболеваемости и смертности были ниже, чем в России. Соотношение врачей и средних медицинских работников в 2000-е годы в России оставалось на уровне 1:2, тогда как в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) оно в среднем равняется 1:3 (*Панеева и др. 2014*).

По данным Минздравсоцразвития за 2007 год коэффициент совместительства среди врачей составлял в среднем 1,4–1,6, тогда как в первичном звене этот показатель равнялся 1,3, что говорит о нехватке врачей ряда специальностей и высокой интенсивности труда медицинских работников; в ряде случаев подобное совмещение было связано с попытками повышения заработной платы за счет увеличения нагрузки (*Там же*).

По окончании 1990-х сложилась ситуация, при которой врачи были вынуждены перерабатывать: это и совмещение работы в государственной клинике

и частной, и вторичная, а иногда третичная занятость по основному месту работы, и самостоятельное использование государственной инфраструктуры, и вовлеченность в продвижение и распространение лекарственных препаратов (Пузанова, Хуртина 2014). К началу 2000-х годов в российском здравоохранении сформировался кризис профессиональных этических установок: идея служения и врачебного долга окончательно трансформировалась в принцип оказания медицинской услуги. Формирование новых ценностных ориентиров непросто далось отечественному врачу (*Там же*), что не осталось незамеченным пациентами. Согласно проведенному в 2004 г. в Екатеринбурге исследованию, 29% опрошенных отмечали отсутствие индивидуального подхода при лечении, а почти половина опрошенных отмечали невнимательность и грубость в общении со стороны врачей.

С целью создания стимулов для лечебных учреждений и медицинских работников в начале 2000-х годов начинает активно внедряться принцип финансирования в зависимости от объема оказанных услуг, данная мера привела к ряду негативных последствий: дальнейшее снижение расходов на здравоохранение, появление новых форм адаптации к условиям постоянного недофинансирования, усугубление кризиса идентификации медицинских работников, когда на врачей были возложены многие несвойственные им ранее функции (рост бумажной работы), а также подрыв представлений о роли врача в обществе (Пузанова, Хуртина 2014).

К началу реализации в 2005 г. приоритетного национального проекта «Здоровье» главными проблемами российского здравоохранения были (*Там же*):

- устаревшая материально техническая база (износ зданий, задействованных в системе, и медицинского оборудования составлял 60–65%);
- низкий уровень заработной платы в сфере здравоохранения (в 1,5 раза ниже, чем в среднем по стране);
- кадровые диспропорции (в западных странах доля врачей первичного звена составляла 50%, тогда как в РФ 20–25%);
- недостаточная укомплектованность поликлиник врачебными кадрами (56%);

- недостаточная квалификация последних (30% участковых не проходили специализацию более 5 лет);

- обеспеченность населения высокотехнологичными кадрами оставалась на уровне 10–35%.

По итогу проведенных реформ национальный приоритетный проект «Здоровье» вызвал недовольство в медицинском сообществе. Закупки медицинского оборудования происходили по неэффективной схеме, а механизмы оплаты труда врачей оказались неотлаженными (*Гонтмахер 2007*).

В целом за период 2000–2010 гг. в российской системе здравоохранения доля работников до 45 лет сократилась на 12%, это свидетельствует о том, что требуемого притока молодых специалистов не произошло (*Пузанова, Хуртина 2014*). Финансирование здравоохранения все еще было организовано по остаточному принципу с сохранением ярко выраженного регионального неравенства.

Врачи в 2000-х годах оценивали свою нагрузку как чрезмерно высокую, но при этом не оцененную по заслугам. А материальное стимулирование педиатров и терапевтов, предпринятое для выравнивания кадровых диспропорций, наоборот привело к расколу медицинского сообщества, так как остальные специалисты первичной медико-санитарной помощи в ходе реализации нацпроекта никак не улучшили своего материального положения, при этом объем работы врачей всех специальностей увеличился с введением большого количества письменных форм, требующих надлежащего заполнения (*Там же*).

В конце 2000-х годов, несмотря на множество предпринятых государством мер, система медицинского обслуживания населения оценивалась как деградирующая (*Синельников 2010*):

- наблюдался высокий уровень физического и морального износа материально-технической базы (медицинского оборудования на 64%, основных фондов на 58,5%);

- около 11 000 (25,7%) лечебно-профилактических учреждений требовали капитального ремонта;

- большинство ЛПУ амбулаторно-поликлинической помощи требовали инженерной и коммунальной реконструкции (36% не имели горячего водоснабжения, а 10% не были подведены к водопроводу);

- объемы расходов на здравоохранение оставались ниже зарубежных показателей (в России 3,5% от ВВП в 2007 г., тогда как в Великобритании этот показатель равнялся 8,4%, в ведущих странах ЕС – 9,6%, в США – 15%).

Несмотря на то, что в целом по итогам 2000-2009 гг. сводный индекс развития здравоохранения вырос на 2,7% впервые за долгое время, многие важные показатели продолжали ухудшаться: число больниц сократилось на 39%, поликлиник – на 28%, больничных коек – на 18%, охват населения профилактическими осмотрами снизился на 12%, а показатели заболеваемости выросли на 3% (*Борщевский 2018-а; Борщевский 2018-б; Панеева и др. 2014*).

#### **§4. Современная ситуация в российском здравоохранении**

Начиная с 2010 года правительство РФ стало уделять приоритетное внимание вопросам здравоохранения. Были обновлены ключевые законы «Об обязательном медицинском страховании в РФ», «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Можно сказать, что только в этот период начала складываться современная система здравоохранения (*Борщевский 2018-а*). Продолжает реализовываться государственная программа «Развитие здравоохранения» на период 2010–2020 гг., в рамках которой предусмотрена закупка современной медицинской техники, а также разработка и внедрение информационных систем (электронная медицинская карта и запись к врачу, системы ЕГАИС и ЕМИАС), обеспечение младшим медицинским персоналом предполагалось привести к международным стандартам 3:1. Целевые показатели развития отрасли до 2018 г. были зафиксированы в Указе президента «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» 92012 г.). Организационно-методическое выполнение Указа было зафиксировано в документах Минздрава России «Методика расчета потребности во врачебных кадрах», «методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского

страхования», а Москва стала «полигоном» для реализации реформ (*Борщевский 2018-б*).

За период с 1991 по 2014 г. ведомство здравоохранения претерпело 23 реорганизации, что не могло не оказать своего влияния на эффективность изменений в отрасли; Минздравсоцразвития отдало ответственность в социальной сфере Министерству труда и снова стало Минздравом (*Борщевский 2018-а; Борщевский 2018-б*).

В бюджете 2012–2014 гг. общие затраты на здравоохранение планомерно снижались с 3,9% до 3,1% от ВВП (*Салихова 2013*). В 2016 г. этот показатель составил 2,9% от ВВП (*Борщевский 2018-б*). За 10 лет остаточный принцип финансирования системы здравоохранения привел к дальнейшему ухудшению показателей смертности, заболеваемости и инвалидности в три раза (к 2013 году) (*Салихова 2013*). Расходы на систему здравоохранения в середине 2010-х годов были распределены следующим образом: стационарная помощь 64%, амбулаторно-поликлиническая помощь 27%, скорая медицинская помощь 9% (*Плавунов и др. 2014*). За период 2012–2016 гг. общие государственные расходы на российскую систему здравоохранения в текущих ценах выросли на 37%, но в постоянных с учетом инфляции произошло реальное сокращение на 7% (*Улумбекова 2017*).

В 2013 г. финансирование медицинских организаций в соответствии с требованием федерального закона постепенно стало переходить преимущественно на одноканальное через территориальные фонды ОМС, но при дефицитности региональных бюджетов наблюдалось недофинансирование медицинских учреждений (*Кадыров и др. 2021*), следовательно, права застрахованных не могли быть реализованы в полной мере, как и невозможны были гарантии надлежащего качества оказываемых медицинских услуг (*Дементьев 2016*).

М.В., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (*ПМА 2021*):

*... А в регионах как было? В маленьких городах просто закрывались отделы здравоохранения. Т.е. с проблемами надо было ехать в областной центр. Очень тяжело. Людям в это же самое время негде работать. Вернулись к системе 1930-*



*х годов. Люди вообще перестали обращаться целыми областями, деревнями и поселками. Они вообще годами не обращались ни в какую медицину. И параллельно с этим закрывалось и автобусное сообщение. Надо было брать такси, чтобы куда-то добраться; и так до сих пор.*

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2021):

*... Автобусные маршруты, школу закрыли, почту закрыли, все закрыли. Ничего нет. Все. Т.е. это население было полностью отрезано вообще от какой бы то ни было цивилизации. А дальше, какая-то больница, которая ближайшая там есть, или, допустим, ФАП (город Медынь Калужская область). В Медыни две машины, но нет бензина. Люди должны были купить бензин, тогда водитель выезжал к ним, а там заливал бензин на обратную дорогу и т.д.*

Отставание регионов от центра, которое наблюдалось не только в медицине, началось не в 2010-х годах. И если в крупных городах, а особенно в Москве, в этот период в медицину стали вкладывать и силы, и средства, то ситуация в регионах продолжала ухудшаться. Многие пациенты (см. Главу 2) также описывают ситуацию со здравоохранением в регионах как катастрофическую.

Проблемы в отрасли в 2010-х остались теми же и продолжали усугубляться: медицинские работники имеют крайне слабые стимулы к труду, наблюдается дефицит квалифицированных специалистов (ревматологов, пульмонологов, диетологов, детских онкологов, врачей общей практики) и профицит специалистов в стационарных учреждениях (хирургов, офтальмологов, стоматологов, отоларингологов, травматологов и ортопедов) (Панеева и др. 2014; Шейман, Сажина 2018), квалификация задействованного медицинского персонала в системе остается низкой, как и эффективность использования в здравоохранении ресурсов, до 80% медицинского оборудования в лечебно-профилактических учреждениях физически изношено и морально устарело (Салихова 2013, Пластовая, Ложкина 2017). Соотношение между врачами первичного контакта в государственной системе здравоохранения и врачами-специалистами составляет 1:6, тогда как в странах ОЭСР (Организация экономического сотрудничества и развития) 1:2, таким образом потребность в участковых, педиатрах, терапевтах и врачах общей

практики в России в 1,7 раз выше (Панеева и др. 2014). Наблюдается проблема старения медицинского персонала: в системе задействовано 40% людей предпенсионного возраста, а также 10–30% старше пенсионного (Там же), при том, что ежегодно отрасль покидают от 8 до 10% врачей, разочаровавшихся в профессии или в условиях работы (Скворцова 2012).

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2021):

*... С начала 2014 года, когда обрушилось все. Ведь единицы только пытались заступиться за себя. <...> Просто люди уже стали понимать, что их слили вообще по полной, и особенно это переживали те, кто как раз видели другое отношение раньше, когда видели, что и о больных заботились плохо или хорошо, о коллективах заботились, поддерживалось все. А когда это все совсем стало обрушиваться, люди просто ушли, потому что они не понимают, что с этим делать вообще и как с такими людьми работать.*

*... Врачи более старшего возраста начали утекать туда, где тихо, чтобы совсем не уйти на пенсию. Молодёжь стала думать, как переучиться, все начали резко уходить в диагностику. Они собирали последние деньги, заканчивали курсы по УЗИ, например, и возвращались, но так, чтобы не сталкиваться уже с пациентами: с лечениями, с жалобами, с этими льготными лекарствами, с повседневной рутинной. Чтоб больше не контактировать с эмоциональными и требовательными пациентами, чтобы перейти в другой совершенно социальный слой внутри медицины. Плюс они получили дополнительную возможность заработать, принять своего пациента за деньги, не через регистратуру.*

Эксперты сходятся во мнении, что российская система здравоохранения на современном этапе сохранила черты, характеризующие советский период (Борщевский 2018-б, Зудин 2017, Плавунов и др. 2014), а множество осуществленных последнее десятилетие мер имеют ряд существенных недостатков (Улумбекова 2017):

1) государственная программа «Развитие здравоохранения» не акцентирует внимания на важнейших приоритетах (здоровье мужчин трудоспособного возраста, а также здоровье детей и подростков), имеющиеся кадровые и

финансовые ресурсы не сбалансированы с показателями программы, а представленные механизмы реализации представляются недостаточными;

2) принятые «дорожные карты» предусматривали сокращение числа коек и расширение в государственных лечебных учреждениях платных медицинских услуг, а также сокращение объемов стационарной и скорой медицинской помощи;

3) одновременное строительство, начиная с 2013 г., 32 перинатальных центров привело к тому, что стоимость спасения одного младенца с низкой массой тела оказалась выше, чем в США, в 3 раза;

4) введенная диспансеризация, хоть и являлась назревшей необходимостью, не предусматривала финансирования на ее реализацию, а также последующее лечение выявленных заболеваний;

5) многие из принятых Приказов Минздрава были не согласованы, не сбалансированы с текущими материально-техническими и кадровыми ресурсами, а также увеличили документооборот и количество неэффективных проверок; более того, утвержденные тарифы ОМС не способны финансово поддерживать маломощные учреждения в труднодоступных районах и сельской местности.

При этом современная система здравоохранения существует без взаимодействия с другими социальными институтами: не комментирует рекламу лекарственных препаратов, рынок альтернативной медицины, прочую медицинскую информацию в СМИ, будучи при этом главным экспертом в этой области – что является значимым барьером ее эффективности (Ивченкова 2013; Кажберова 2020).

Система непрерывного повышения квалификации медицинских работников из-за нехватки финансовых ресурсов сегодня практически приостановлена (Улумбекова 2017; Шейман, Сажина 2018). Многие врачи были вынуждены проходить обучение за свой счет.

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2021):

*... В итоге все эти процессы сработали против пациента. Кто-то поменял профессию, а кто-то просто вообще ушел и все. Кто-то вдруг оказался без вот этих дополнительных сертификатов, его кто-то подвинул, люди теряли работу.*

*А пациенты еще тоже не успевают перестроиться, они во многом инертны, они во многом часто бывают ориентированы на конкретного своего врача.*

В целом система здравоохранения в современной России выглядит следующим образом (Плавунов и др. 2014, Медик 2017; Шишкин и др. 2017): управление и контроль осуществляется на федеральном (министерском), региональном (крупные центры и города) и местном (муниципальном) уровнях. Государственные органы управления здравоохранением контролируют работу частных медицинских учреждений и врачей частной практики.

Общественная система здравоохранения в организационном плане состоит из:

- федеральных и региональных учреждений и органов здравоохранения (бюджетная система);
- учреждений и органов государственной системы ОМС;
- органов и учреждений ДМС (частные медицинские учреждения и врачи частной практики);
- общественных и религиозных медицинских организаций, учреждений милосердия и благотворительности, фондов.

Учреждения здравоохранения разделены по профилю:

- лечебно-профилактические;
- санитарно-эпидемиологические;
- материнства и детства;
- санаторно-курортные;
- судебно-медицинской, патологоанатомической и судебно-психиатрической экспертизы;
- аптечные;
- образовательные и научно-исследовательские;
- предприятия медицинской промышленности: фармацевтики и медицинских изделий.

Лечебно-профилактические учреждения делятся по видам на:

- 1) Стационары:

- a. Больницы (окружные/районные, городские, областные, краевые, республиканские);
  - b. Специализированные больницы (инфекционные, восстановительного лечения, туберкулезные, психиатрические, госпитали ветеранов);
  - c. Хосписы, приюты, дома ребенка и проч.
- 2) Амбулаторно-поликлинические учреждения:
- a. Поликлиники (городские, стоматологические);
  - b. Учреждения скорой и неотложной помощи;
  - c. Женские консультации и учреждения родовспоможения;
  - d. Центры (перинатальные, планирования семьи и репродукции, восстановительного лечения, медико-генетические, диагностические);
  - e. Санитарно-эпидемиологические станции и др.

Еще со времен СССР в России для наблюдения за населением территория разделена на врачебные участки. Участковый принцип замыкается на поликлинике. На участке работают врач и медицинская сестра, терапевтический участок охватывает в среднем 1700 взрослых и не более 800 детей на педиатрическом участке. Таким образом, участковый врач и сегодня остается ключевой фигурой в российской системе здравоохранения.

В поликлиниках применяется диспансерный метод наблюдения за состоянием здоровья населения, направленный на раннее выявление, предупреждение развития и комплексное лечение различных заболеваний, а также проводится профилактическая работа.

Стационары (больницы) производят диагностику заболеваний, лечение, неотложную терапию и реабилитацию, оказывают специализированную лечебную помощь, осуществляют внедрение современных методов диагностики, лечения и профилактики.

Так как в российском здравоохранении наметилось смещение акцентов с лечения на профилактику, то происходит постепенное снижение обеспеченности больничными койками в пользу организации дневных стационаров, стационаров на

дому и других стационар-замещающих технологий, произошло возвращение диспансеризации как потенциальной возможности экономии (Шейман и др. 2021).

В российских больницах функционирует двухступенчатая (врач и медицинская сестра) и трехступенчатая (врач, медицинская сестра и младшая медицинская сестра) система обслуживания больных. Если на базе больницы функционирует клинический отдел научно-исследовательского института или кафедра медицинского ВУЗа, то она называется клинической и осуществляет подготовку специалистов, а также занимается разработкой новых методов лечения.

Современная российская модель здравоохранения, по мнению некоторых экспертов, позволяет сегодня оказывать населению минимально необходимый набор медицинских услуг (Пластовая, Ложкина 2017), что не дает возможности надеяться на повышение доходности отрасли, а наоборот, требует дополнительного бюджетного финансирования (Шишкин и др. 2017; Аполихин и др. 2018) и способствует распространению коррупции и росту налоговой нагрузки.

Врачи, с которыми была проведена беседа, говорят о современной ситуации как о катастрофе – как для пациентов, так и для врачей.

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2021):

*... Когда пошел слом абсолютно всего, в том числе структуры первичной помощи, которая, конечно, вообще очень важная вещь, где нужен определенный медицинский консерватизм, а все начинают именно с нее. И каждый раз ее попытки ее реформировать, сразу наносят очень тяжелый урон. <...> Эти люди [пациенты] не могут никуда пойти, не могут никуда обратиться, они фактически остались лишены первичной медицинской помощи, потому что у семи нянек дитя без глазу. Скорая помощь приезжает каждый раз разная, и каждый раз противоречивые рекомендации дает, и еще напишет каждый раз от руки на бумажке, что купить, а эти больные несчастные покупают все это дело на свои пенсии, а завтра приезжает другой, говорит: “Да вы что, это не надо!”. И так далее. А спросить им некого, да и возможности особо посоветоваться даже, с тем же интернетом, или воспользоваться этой телемедициной, нет ни навыка, ни привычки.*

Если полагаться на статистические данные, то можно делать вывод о том, что благодаря предпринятым за последнее десятилетие мерам общий индекс развития здравоохранения вырос на 15% (*Борщевский 2018-а, Борщевский 2018-б*), но если рассматривать ситуацию в здравоохранении в длительной перспективе, то самые высокие показатели развития отрасли отмечены в 1984–1989 гг. (на 10–15% выше средних), а самые низкие в 1999–2003 гг. (на 5–6% ниже средних). Одинаковые значения общего индекса развития здравоохранения наблюдаются в 1985 и 2016 гг.: это свидетельствует о том, что все постсоветские годы реального развития здравоохранения не происходило (*Бояркина 2018*). Сегодня система находится в состоянии затяжного кризиса, и только недавно она возвратилась на исходные показатели позднесоветского периода.

Таким образом, за последние 40 лет российское здравоохранение прошло несколько этапов, далее описание каждого из них сопровождается комментарием врачей из полевых материалов (*ПМА 2020-а*):

**1980-е** от стабильности к застою: медицинская профессия была одной из самых уважаемых в стране, в отношениях с пациентами главенствовал патерналистский подход, государство несло ответственность за здоровье населения, пациенты не обладали знаниями в медицинских вопросах, основными источниками были семья, печатные журналы, календари, народные методы лечения:

*... Была четко отлаженная система здравоохранения. Как сейчас выясняется, далеко не худшая. А тогда, когда есть отлаженная система, [населению] не требуется включать голову. Зачем, если все уже придумано. Тебе не надо вникать в проблемы собственного здоровья. Есть система диспансеризации, есть санэпидслужба (на случай всевозможных эпидемий), есть система планирования и распределения кадров и т.д. Человек начинает вникать в проблемы своего здоровья, только если есть сбои в системе. Безотносительно к персональной грамотности конкретного врача. Потому что за здоровье человека отвечает система. Государство заставляло проходить диспансеризацию, почти*

*принудительно проводило санаторно-курортное лечение. Плохо была развита система паллиативного ухода и реабилитации.*

**1990-е** разруха и обветшание: развитие системы ОМС, уровень заработных плат, как и статус врача в обществе рушится, происходит рост количества неформальных платежей; патернализм все еще превалирует в отношениях врача и пациента, но в связи обнищанием большей доли населения, вынужденного буквально выживать, вопросы здоровья не являлись приоритетными; государство отстранилось от обязанности заботы о здоровье граждан, оснащенность и инфраструктура больниц постепенно ветшает и устаревает, граждане начинают ориентироваться в своем лечении на рекламные объявления, специалистов нетрадиционной<sup>3</sup> медицины, активно развивается индустрия БАДов;

*... Народ вынужден был заняться своим здоровьем, так как государство от этого благополучно устранилось. Все начали зарабатывать деньги и о пациенте перестали думать вообще. Но оставшиеся кадры продолжали качественно работать даже несмотря на отсутствие зарплаты (нам не платили почти год). И на периферии люди по-прежнему продолжали получать качественную помощь бесплатно. Это продолжалось до того, как работники центральных аппаратов увидели, что на медицине вполне можно поднять хорошие деньги. Тогда они всерьез занялись реформами и оптимизациями добывая оставшееся наследство.*

**2000-е:** передача функций управления отраслью от одного министерства к другому, разработка и начало осуществления множественных реформ, «тучные» годы и рост благосостояния отдельных категорий населения привели к появлению множества коммерческих лечебных учреждений и развития системы ДМС; вложения в обновление технической базы больниц происходит в крупных городах, удаленные регионы продолжают эксплуатацию оборудования и инфраструктуры,

---

<sup>3</sup> Для врачей и других представителей медицинских профессий «традиционной» является биомедицина (термин, принятый в медицинской антропологии, современная западная концепция медицины, ставшая сложившейся традицией в современном мире). Для медицинских же антропологов благодаря работам Ю.В. Бромлей и всем последующим авторам (Бромлей, Воронов, 1976) есть биомедицина, есть народная медицина (основанная на устных формах не только передачи информации (устное обучение, книжные тексты), но и бытования, функционирования, сохранения медицинского знания), есть традиционная медицина (как, например, китайская, в основе которой лежат многочисленные источники и четкая система обучения). Более того, медицинские антропологи в своих исследованиях активно используют термины «народное целительство», «неконвенциональная медицина» и, в целом, склонны использовать термин «медицина» во множественном числе (Харитонов, 2014).



доставшейся в наследство от СССР; массовое распространение источников медицинской информации приводит к росту заинтересованности граждан собственным здоровьем и поиску соответствующей информации в интернет, начало трансформации медицинской помощи в медицинские услуги, появление запроса со стороны пациентов на «другой подход» в отношениях с врачами, неприятие патернализма;

*... На самом деле нет неприятия патернализма. Мои пациенты предельно счастливы, выполняя мои решения. Прочитай хоть тысячи источников, самостоятельно принять решение о тактике и стратегии лечения не в состоянии ни один человек. Тем более, когда речь идет о здоровье твоём или близкого тебе человека. Для этого и есть доктора. Но только это должны быть ДОКТОРА, готовые принять на себя порой крайне трудное решение (возможно фатальное), а не перепихивать это решение на перепуганного и ничего не понимающего человека, который готов поверить во что угодно и кому угодно. От этого и рост обращений наших граждан в больницы запада, (который, я думаю, сейчас закончится). Они едут за ПАТЕРНАЛИЗМОМ. Они ждут, что там за них решат все, остается только заплатить. Платят и с теми же проблемами возвращаются назад. Из разряда НЕТ ПРОРОКА В СВОЕМ ОТЕЧЕСТВЕ. Я всегда говорю, если просят мое мнение – ЛЕЧИТЬСЯ НАДО ТАМ, ГДЕ ЖИВЕШЬ.*

**2010-е:** продолжение реформ, развитие платных услуг в государственных учреждениях, продолжение увеличения разрыва между Москвой, крупными городами и регионами; врачи – главные взяточники в стране, после сотрудников госавтоинспекции, нарастание количества публикаций в СМИ и интернет об «убийцах в белых халатах», врачебных ошибках, уголовном преследовании врачей; окончательное расположение врачей и пациентов по разные стороны баррикад, открытый конфликт, взаимные претензии и непонимание друг друга; патернализм в отношениях продолжает оставаться в государственных клиниках, в частных же отношении и сервис становятся важной составляющей медицинской помощи, как и значительная стоимость этих услуг; пациенты становятся «разборчивыми клиентами», имеют доступ, возможность и желание повышать уровень своей

медицинской грамотности благодаря появлению и широкому распространению качественной просветительской информации, что с другой стороны приводит к переоценке собственных знаний и пренебрежительному и неуважительному отношению к врачам («неучи», «недоучки», «не читают международные гайдлайны»).

*... Наевшийся реформ здравоохранения народ. Крайне растерянные врачи. Уходит старое поколение. Система образования, как и все в стране, просело. Отсюда и абсолютные неучи доктора, и крайне недовольные ими пациенты. И заметьте, если врач хороший, то никаких проблем с пациентами он не имеет, и никто не прикапывается к нему с «гайдлайнами». На самом деле ВСЕ В ПОИСКАХ ХОРОШЕГО ВРАЧА. И то, что происходит в отношениях 'врач – пациент', это как в семье: у одной муж хороший, а у основной массы – негодяй. От этого зависть, нервы, истерики и т.д. Много случаев и абсолютной психиатрии. Ведь нельзя человеку позволять все при этом его еще и поощрять. Тогда при минимальных проблемах психического здоровья, которые раньше купировались на раз, мы получаем неконтролируемый вал проблем.*

В первой половине 2020 года, когда российское здравоохранение столкнулось с пандемией COVID-19, многие проблемы не только вскрылись, но и стали открыто обсуждаться в публичной сфере (Харитоновна 2020; Стародубов и др. 2020; Сабурова 2020; Рыжкова, Тарасенко 2021; Власов 2021; Галкин 2021; Харитоновна 2021). Именно пандемия обнажила проблемы отрасли, многие из которых замалчивались или игнорировались годами. Врачи, иногда в формате крика о помощи, публиковали в сети интернет-обращения к правительству о нехватке средств индивидуальной защиты, о высоких рисках, с которыми вынуждены столкнуться медицинские работники, о колоссальных нагрузках, о бездействии местных властей. К помощи врачам подключились некоммерческие и общественные организации, представители бизнеса, равнодушные граждане. Настроение пациентов уже с начала пандемии начало меняться, все больше стали звучать голоса в защиту врачей, основным источником бед в российском здравоохранении стали чиновники, а сравнение с западной медициной, ранее как

идеалистической, стало обретать новые краски «дорого, долго, неэффективно». Врачи же сегодня с тревогой смотрят в будущее (ПМА 2020-в):

*... Эта вся геройская тема осточертела врачебному сообществу. Оно и так исполняет свой долг, в том числе и бесплатно, но не надо из врача делать Боксера из Скотного двора. В нас все, что нужно, вишито без всяких клятв и присяг. <...> претензии просим предъявлять к тем, кто сносит больницы, устраивает давки в метро и врет в глаза о благополучии, и уж своих детей точно в ковидные стационары не пошлет, да и самих их впереди на лихих конях что-то не видно. В медицинском сообществе зреет недовольство на грани взрыва. <...> Так что, если не можете помочь материально, не учите жить и аплодируйте по вечерам с балконов.*

Пока ситуация с распространением COVID-19 в нашей стране не внушает оптимизма. По мнению некоторых специалистов нагрузка на систему здравоохранения продолжит увеличиваться и в 2021 году, а, возможно, и дальше. Остается надеяться, что система, прошедшая за последние 40 лет серьезные изменения, выстоит, а еще больше хочется надеяться, что будут сделаны необходимые выводы и проведены серьезные изменения, с учетом вскрывшихся на фоне пандемии застарелых проблем.

\*\*\*

Трансформация, через которую прошло российское общество, оказало значительное влияние на здравоохранение. Врачи утратили уважение со стороны пациентов. Последние стали не только более информированными, но и требовательными. Медицинская помощь превратилась в услугу, с чем врачебное сообщество не готово смириться. СМИ продолжают освещение историй о врачебных ошибках, которые повышают интерес к изданиям, но и оказывают негативное влияние на престиж врачебной профессии. Пандемия COVID-19 во всем мире превратила врачей в супер-героев. В нашей стране также наблюдается эта тенденция, но врачи склонны настороженно воспринимать эту героизацию, полагая, что завтра снова окажутся под напором критики и обвинений.

## **ГЛАВА 2. Врач: специфика профессии и ее восприятие в советском и российском здравоохранении**

### **§1. Патерналистский подход как основа медицинской деятельности**

Модель поведения и собственного позиционирования современного российского врача своими корнями уходит в систему, заложенную первым наркомом здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко. Система эта базировалась на учении о врачебном долге – долге не только перед пациентами, но и перед коллегами и, в целом, перед страной, а служение советскому народу ставилось выше собственных интересов. В текстах по медицинской деонтологии СССР профессиональная деятельность врача приравнивалась к воинской службе, а ежедневный труд советского врача провозглашался подвигом, который наравне с самопожертвованием и служением долгу рассматривался в советской стране как норма поведения врача. Таким образом, профессиональная деятельность врача в значительной степени была подвержена морализации и идеологизации, а врачевание было провозглашено сферой не обслуживания, а служения (*Бороздина 2011*). В свою очередь пациенты, не обладая достаточными знаниями, всегда испытывали пиетет перед врачами, особенно если говорить о ранних этапах развития страны, когда подавляющее большинство населения было малограмотным или вовсе безграмотным.

Академик АМН СССР, известный советский терапевт и гематолог И.А. Кассирский полагал, что «схемы нужны только плохим врачам» (*Кассирский 1995*), а следование схемам и универсальным нормам в принципе являлось признаком «плохого врача». Об этом также рассуждал заведующий кафедрой инфекционных болезней РГМУ, академик АМН СССР А.Ф. Билибин: «Врач, считающий, что для своей работы нужно знать только инструкции, уже не врач» (*Билибин 1979*). Что совершенно противоречит современным принципам доказательной медицины, при которой следование гайдлайнам не только защищает врача юридически, но и позволяет пациенту получить лучшее (наиболее качественное и современное) лечение. Сегодня отголоском тех времен становится сопротивление российских врачей растущему объему бюрократизации процессов в медицинских

учреждениях, требованиям следовать стандартам и многочисленным клиническим рекомендациям, заполнению различных форм и отчетов (Панова 2021). Информанты часто высказывают опасения в связи забюрократизированностью собственной работы и необходимостью следовать стандартам (ИМА 2019-а):

*... КР [клинические рекомендации] – монета с двумя сторонами, строгое следование КР способно обезопасить врача в его повседневной деятельности, но и нанести определённый вред пациентам, не подходящим под КР, требующим индивидуального подхода. В целом к КР отношусь положительно, но есть чувство, что следование КР превращает медицину из искусства в бюрократию и строгое следование инструкциям.*

*... Нельзя загонять врача в жёсткие рамки. Мы не фельдшера, чтобы действовать строго по инструкции. Рекомендации должны иметь именно рекомендательный характер, а не строго обязательный. Иначе врачи перестанут мыслить.*

*...Они (клинические рекомендации - примечание мое, Н.В.) должны носить лишь рекомендательный характер для практикующих врачей, не приравниваясь при этом к федеральному закону.*

В середине 1980-х годов деонтология, царившая в академических работах с 1940-х по 1970-е (Билибин 1979, Лихтенштейн 1978, Петров 1956 и др.), постепенно заменяется на этику и биоэтику, а окончательное вытеснение понятия «деонтология» произошло уже в начале 1990-х (Юдин, Тищенко 1998, Яровинский 1999, Бороздина 2011, Венедиктов, Чекнев 2002 и др., ). Таким образом, медицинская этика утверждалась в период бурного развития либерального дискурса, когда медицинская помощь населению стала рассматриваться с позиции прав и обязанностей, а также оказания услуг.

Медицинская деонтология объясняла важность беседы врача и пациента необходимостью знакомства с индивидуальной личностью, понимания во всех деталях специфики случая, формирования доверия (Сук 1984). Медицинская же этика подчеркивает важность такой коммуникации как условия реализации прав

пациента и участия его в осознанном принятии решения в вопросах, касающихся его здоровья и здоровья его близких.

Становление медицинской этики (биоэтики) было тесно связано с процессами, происходящими в обществе в целом и в медицинской науке в частности (Юдин, Тищенко 1998):

- появление, развитие и повсеместное распространение в практике новых медицинских технологий (вспомогательные репродуктивные технологии, трансплантология, генетика и проч.) спровоцировало дискуссии о морали при принятии решений в конкретных новых ситуациях;

- изменение отношения к медицине как к сфере услуг, сменившей служение и подвиг, абсолютно поменяло набор требований к медицинским профессиям; забота и соучастие сменились максимизацией собственной пользы и минимизации издержек всех вовлеченных в процесс экономических субъектов, включая государство, которое теперь выступает в качестве гаранта прав и свобод, а не источника заботы о собственных гражданах;

- возникло новое понимание взаимоотношений врача и пациента, изменились взаимные права и обязанности не только врача и пациента, но и пациента и общества, условия оказания медицинской помощи, качество, сроки, объем медицинской помощи и порядок вознаграждения за труд.

Таким образом, произошло формирование системы, основу которой составили приоритет индивидуальных прав и рыночные механизмы.

Здесь и далее текст сопровождается комментариями информанта, врача с сорокалетним стажем (ПМА 2020-а).

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва:

*... В результате многочисленных реформ, которые являются скорее тупым копированием худших западных моделей, мы угробили то здравоохранение, которое у нас было, и пока не создали другое. Наглядный пример – пандемия. Подобная проблема до реформ решалась достаточно быстро и эффективно. И не требовала введения всевозможных локдаунов!*

Врач в своей профессии не обладает независимостью. Согласно Э. Фридсону, профессия врача (*Friedson 1988*) только формирует иллюзию автономии, врач остается зависимым как от государства (системы), так и от общества, но и, в том числе, от стремительно развивающихся технологий, которые вынуждают быть в курсе всех последних изменений в науке. По данным В.И. Петрова от 2011 г. (*Петров 2011*), у современного врача возникает потребность в профессиональной медицинской информации до 60 раз в неделю (или дважды на каждом трех пациентов); это потенциально может влиять на принятие около восьми решений ежедневно (*Вяткина 2019*). Советская же модель здравоохранения, разработанная еще Н.А. Семашко, внедренная и используемая с 1918 по 1947 год, строилась на полном государственном контроле врачебной деятельности, что абсолютно исключало возможность какой бы то ни было саморегуляции в отрасли. Согласно этой модели, государство является единственным заказчиком и поставщиком медицинской помощи населению (*Присяжнюк 2012*), оно же осуществляет контроль и разрабатывает критерии оценки качества оказываемых услуг, что ставит врачей в зависимое положение от любых решений и нововведений, предпринимаемых государством. Информанты с такой трактовкой не согласны (*ПМА 2020-а*).

А.А., врач, муж, стаж с 1980-х, Москва:

*... Я не соглашусь. Государство как раз не вмешивалось во врачебную деятельность по пустякам, не регламентировало все, что возможно и невозможно. И всегда защищало врача при возникновении различных конфликтов. Это сейчас врач абсолютно бесправен. Выполняй не рассуждая. Не нравится - увольняйся.*

Многие эксперты критически оценивают избыточное вмешательство и контроль системы здравоохранения со стороны государства (*Присяжнюк 2012; Димески и др. 2011*). Положительные результаты реформ в отрасли могут быть достигнуты только при сохранении автономии поставщиков медицинских услуг, считают они. Врачебное сообщество со своей стороны, посредством создания профессиональных организаций, на современном этапе вполне способно к

саморегуляции (*Присяжнюк 2012*). Третьим же участником и регулятором врачебной практики может стать сам потребитель: всевозможные пациентские организации. Таким образом, сфера медицинских услуг представляется сложным механизмом с большим количеством участников, ответственных сторон, исполнителей и контролирующих, что ставит врача в еще более сложное положение.

Особый тип организационного поведения врача, который был сформирован советской системой здравоохранения, до сих пор присущ современным врачам, особенно старшего поколения. Все достижения, как и многочисленные проблемы сегодняшнего здравоохранения, стали результатом не только постоянно проводимых реформ, но и наследием советской системы. В первые десятилетия становления советской власти система, внедренная Н.А. Семашко, смогла добиться значимых успехов: медико-санитарными услугами было охвачено все население СССР, уровень медицинской помощи был достаточным для лечения наиболее распространенных болезней, большие успехи были достигнуты в борьбе с традиционными типами патологий (*Пузанова, Хуртина 2014*). Территориальный принцип оказания медицинской помощи, введенный в послевоенное время, позволил обеспечить всеобщую доступность медицины, а дифференцированная структура предоставления медицинской помощи способствовала разделению больниц на городские, районные и центральные районные, областные и федеральные. Налаженная система направления пациентов из одной клиники в другую способствовала качественному оказанию специализированной помощи. Модель, ключевой фигурой которой являлся участковый врач, была эффективна с экономической точки зрения, поэтому СССР в начале 1960-х годов лидировал по охвату и доступности медицинской помощи населению (*Там же*). Именно этот период сформировал присущий в той или иной степени современным российским врачам патерналистский подход <sup>4</sup> по отношению к пациентам, но также

---

<sup>4</sup>ПАТЕРНАЛИЗМ - система представлений и социальная практика, построенные на парадигме отношений «отца» и «детей». В медицине – это тип отношений между врачами и пациентами, когда врачи односторонне принимают медицинские решения относительно здоровья пациентов, исходя из собственных представлений об их благе, выборочно удерживают или раскрывают медицинскую информацию и, таким образом, оставляют в своих руках полный контроль и несут полную ответственность за здоровье пациентов.



патерналистские ожидания от государства со стороны самих врачей, ограниченность властного ресурса индивидуального врача и иллюзию автономии – все это происходило на фоне провозглашенного деонтологией понятия гуманизма, долга и служения обществу и стране.

Изменение структуры заболеваемости в 1970-х в пользу болезней, носящих хронический характер, в силу развития медицины, увеличения продолжительности жизни, а как следствие – дожития пациентов до хронических патологий потребовало соответствующих изменений системы здравоохранения. На первый план стала выходить необходимость повсеместного оказания высокотехнологичной помощи, дополнительного обучения и ориентации на необходимость постоянного обновления знаний и навыков врачей. Все это влекло за собой необходимость вложения дополнительных средств в систему в виде обновления материально-технической базы, налаживания системы постоянного обучения, внедрения и разработки новых медицинских технологий и лекарственных препаратов. Заслуженный врач РФ Л.М. Печатников (*Пузанова, Хуртина* 2014) полагает, что источником сегодняшней кадровой катастрофы в российском здравоохранении является ситуация, сложившаяся в середине 1970-х, когда в систему послевузовского образования шли не по призванию, а для получения больших заработков и повышения престижа; в то же время происходил разрыв между академической наукой и клинической практикой. Практикующие врачи полагали свой личный опыт более важным по сравнению с тем, чем занимались представители фундаментальной медицины. Таким образом, успехи и престиж последней постепенно угасали (*Романов, Ярская-Смирнова* 2013), а с учетом закрытости советской системы, современная российская медицина до сих пор с трудом встраивается в мировую медицинскую науку. Незнание врачами английского языка, игнорирование современных публикаций и отсутствие собственной публикационной активности поставило старшее поколение врачей в конфликт с молодым, провозглашающим принципы доказательной медицины.

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва (*ПМА* 2021):

... Конечно, престиж врачебной профессии пострадал. Почему? Отчасти, действительно, по вине, может быть, врачей. Ну попробуй сохранять позитив во всем этом и попробуй выучиться адекватно и постоянно продолжать обучение. Предлагается на свое образование кредиты брать, и даже при таких условиях не отпускают с работы на обучение, так как заменить некем. То есть, декларируется одно, на деле делается другое. Опять доктор, опять его стригут, так сказать, со всех сторон. Непонятно. Но, по большой степени, просто люди видели, как к ним относится государство. <...> Медицина – это не точная наука. Бывают индивидуальные какие-то особенности у пациентов. Бывают вещи, которые мы просто не знаем и не понимаем. Потом я даже выступала с докладом, за основу взята была идея о том, что вообще врач работает фактически в мире теней, то есть у него большинство показателей, допустим, в аналитике какой-то, которые могут толковаться не то, что двойко, но и тройко. <...> При этом у пациента сформировано в голове, поскольку, по всем каналам говорят, «мы оснастили по последнему слову, мы закупили», лучшая диагностика высокотехнологичная. Поэтому пациент считает, что сегодняшняя медицина – это дважды два: МРТ, анализы, лечение, а врач вроде как ни к чему. А в итоге, этот снимок попадает доктору, который вторые сутки подряд работает, которого отвлекают и дергают на другие вещи, он перегружен, страшное дело. Как он будет трактовать эти изменения? Это большой вопрос. <...> Поэтому, собственно, кто такой врач? Если он может правильно задать вопросы, что надо сделать в данном конкретном случае для постановки диагноза, а затем, если ему все правильно сделали, качественно донесли до него, а он со своей стороны еще это все правильно интерпретирует, то тогда, может быть, он получит наконец какой-то внятный ответ. А если на каком-то этапе что-то пошло не так, значит он будет работать с тем, что есть. У него другого нет выхода.<...> Никто не понимает, с чем реально работает врач. Поэтому государству как раз и нужно было врача сделать крайним, чтобы можно было медицину подсократить, ее нужно как бы убрать постепенно. Потому что и больные эти никому не нужны, проедают государственный бюджет.

Если в 2011 г. Россия занимала 13-е место в мире по количеству научно-медицинских публикаций и 21-е по цитируемости, то по значимости публикаций – только 126-е (*Штейнгард* 2012). И хотя по данным Федерального учебно-методического центра РАМН количество выделяемых на гражданскую науку средств за период 2001–2011 гг. удвоилось, все показатели ее результативности упали за то же время. Патернализм и административная вертикаль ограничили и почти полностью исключили любые возможности для развития здоровой научной конкуренции. Отчеты о выполнении планов, повышении рейтинга и так далее, превращаются зачастую в формальность, не влияющую на международный авторитет или реальный вклад в мировую науку.

В 1970-е годы в здравоохранении произошло еще одно изменение, последствия которого мы наблюдаем сегодня, – смещение в сторону развития специализированной амбулаторной помощи: это привело к увеличению числа узконаправленных специалистов, а роль участкового врача значительно уменьшилась.

Все это, еще до развала здравоохранения в 1990-х, заложило основу особого организационного поведения как современных российских врачей, так и, что немаловажно, российских пациентов. Но, несмотря на провозглашение поворота здравоохранения РФ к пациентоориентированности, запрос на патернализм все еще присутствует в нашем обществе.

Патернализм как понятие и феномен, присутствующий в различных сферах жизни, изучался многими авторами (*Мельникова* 2011; *Шушкова* 2007; *Хубулава* 2016; *Бурмыкина* 2000; *Шаронова* 2011; *Шамликашвили и др.* 2015 и проч.). С точки зрения здравого смысла и реалий сегодняшнего дня, он является рудиментом прошлого (в том числе советского). Попечительские отношения во всех спектрах, сохранившиеся по различным причинам в обществе, не сумевшем адаптироваться к новым экономическим установкам, сформировали каркас патернализма как общественного явления (*Шушкова* 2007). «Социальное партнерство», при котором стороны равноправны и осуществляют поиск согласия в диалоге, выступает прямой противоположностью патернализма.

Патернализм в медицине – это тип отношений между врачами и их пациентами, при которых медицинские решения относительно здоровья пациентов принимаются врачами в одностороннем порядке, исходя из собственных представлений об их благе (*Курленкова 2013*). Врачи оставляют за собой право выборочно сохранять или раскрывать медицинскую информацию и, таким образом, оставляют за собой право полностью контролировать и нести ответственность за здоровье своих пациентов.

Автономная модель отношений, напротив, исходит из полного равноправия и диалога между врачом и пациентом, а обязанностью врача становится информирование (*Сурмач, Тищенко 2007*). На практике успешность этой модели ограничивается компетентностью пациента, которая напрямую зависит от общего уровня культуры, психического и эмоционального состояния, его медицинской грамотности и степени информированности о собственном состоянии.

Несмотря на то, что автономная модель выглядит в современном мире более предпочтительной, а патернализм имеет негативную окраску в связи с тем, что ограничивает индивидуальную свободу и право свободного выбора (*Курленкова 2013*), для определенных стран и национальностей (Китай, Япония, страны юга Европы и другие) (*Thompson, Whiffen 2018; Сурмач, Тищенко 2007*) патернализм является необходимым и желательным со стороны пациентов, так как предполагает проявление большего доверия опекающему врачу. Врачи, ориентированные на автономную модель взаимоотношений, напротив, вызывают в этих странах недоверие, так как у пациентов складывается ощущение, что их здоровье неважно для врача, а большое количество вопросов со стороны врачей о последствиях использования тех или иных процедур или лекарств, создает у них чувство тревоги и неуверенности в компетентности врача.

Особенности контактов человека с системой здравоохранения, поведение в период болезни и благополучия с целью профилактики и предупреждения заболеваний, отношение к собственному здоровью и здоровью своих близких зависят в том числе и от культурных факторов (*Бурмыкина 2000*). Для российских пациентов наиболее предпочтительными в коммуникациях с врачом являются

коллегиальная модель (она же совещательная), когда при низком уровне информированности пациента она функционирует в виде интерпретационной, т.е. одной из задач врача становится убеждение, и модель патерналистского типа (*Воробьев и др.* 2004). При этом общение врача и пациента, несмотря на широкое использование в современной медицине всевозможных лабораторных и инструментальных методов, остается ключевым в лечебно-диагностическом процессе (*Сурмач, Тищенко* 2007).

Несмотря на развитие законодательно закрепленного информированного согласия, современная медицинская система продолжает оставаться патерналистской. Пациенты, как правило, не делятся с врачами своими переживаниями, но и врачи часто остаются глухи к экзистенциальному контексту болезни. А.С. Готлиб называет это «заговором молчания», который стал результатом торжества биомедицины (*Готлиб* 2011).

Современные пациенты, обращающиеся к государственному здравоохранению, выступают, скорее, как пассивные потребители услуг (*Ивченкова* 2013), интересы которых не защищены. Сложившееся общее институциональное недоверие, как и низкий уровень правовой и медицинской грамотности, привели к общей неудовлетворенности уровнем медицинского обслуживания. Гарантия получения медицинских услуг по ОМС не стала гарантией качества и не повлияла на общие результаты лечения. Врач же в сложившейся системе и развитии большого количества платных услуг не стремится к повышению качества медицинских услуг, а также не заинтересован в ориентации пациентов на профилактику. Все это позволяет сохраняться устойчивой тенденции снижения показателей здоровья населения и безответственному отношению к своему здоровью большой доли россиян. К последнему можно отнести не только несоблюдение здорового образа жизни, но и применение различных практик самолечения, обращение к нетрадиционной медицине<sup>5</sup> и проч., что приводит к

---

<sup>5</sup> Для врачей и других представителей медицинских профессий «традиционной» является биомедицина (термин, принятый в медицинской антропологии, современная западная концепция медицины, ставшая сложившейся традицией в современном мире). Для медицинских же антропологов благодаря работам Ю.В. Бромлей и всем последующим авторам (Бромлей, Воронов, 1976) есть биомедицина, есть народная медицина (основанная на устных формах не только передачи информации (устное обучение, книжные тексты), но и бытования,

позднему обращению, осложнениям и росту рисков индивидуального и общественного здоровья.

Врачи со своей стороны также склонны скептически рассматривать результаты внедрения системы ОМС (ПМА 2020-а).

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва:

*... Гарантия получения услуг по ОМС – это скорее фикция. Объем этой помощи ограничивается всевозможными подзаконными актами и недостаточным финансированием. Ощущение, что основная задача общей сети здравоохранения – выдавить пациента к частнику.*

Это предположение подтверждается и другими экспертами, принимавшими участие в данном исследовании (ПМА 2021) (см. Главу 1, §2).

В постсоветской и позднее, в современной России, понятия «ценность здоровья», «качество жизни», «доход» и «прибыль» стали выходить на первый план. Здоровье стало личным ресурсом и капиталом (Русинова, Панова, Сафронов 2010; Марков 2015; Григорьева 2019), здравоохранение – сферой услуг, пациент – клиентом, а врач – работником сферы услуг. Таким образом, по мнению некоторых специалистов, произошла потеря кардинальной ориентации в действиях врача (Силюянова 2008). Врач, как заботливый отец (от лат. «pater» – отец), любящий свою профессию, выполняющий долг, проявляющий человеколюбие, оказался невостребованным обществом, более того, ограничивающим свободу пациента, с чем не согласны врачи, особенно «старой закалки».

А.А. врач, муж., стаж с 1980-х годов (ПМА 2020-а):

*... По-моему, учитывая и последние ковидные дела, как раз присутствует запрос на патернализм. Пациент, даже информированный, не может сам принять решение о стратегии и тактике лечения. И не рискнет принимать самостоятельных решений.*

---

функционирования, сохранения медицинского знания), есть традиционная медицина (как, например, китайская, в основе которой лежат многочисленные источники и четкая система обучения). Более того, медицинские антропологи в своих исследованиях активно используют термины «народное целительство», «неконвенциональная медицина» и, в целом, склонны использовать термин «медицина» во множественном числе (Харитонов, 2014).

В период СССР медицинская коммуникация была основана на авторитете врачей как профессионалов, получивших образование в рамках патерналистской модели, закреплённой в виде правовых актов в области охраны здоровья (*Седова 2007*). Введение в медицинскую практику информированного согласия хоть и позволило пациентам более активно участвовать в решении вопросов, связанных с собственным здоровьем и здоровьем своих близких, на практике, во избежание юридической ответственности, врачи доносят часть информации до своих пациентов устно, а не письменно, или дают неполную информацию (*Присяжнюк 2011*). А те врачи, которые в своей работе руководствуются доверием, индивидуальным подходом и уважением, также подвержены патернализму, чтобы добиться от пациентов большей комплаентности<sup>6</sup> и четкого соблюдения назначений (*Шаронова 2011*).

Наиболее ярко зарождение и развитие патернализма можно проиллюстрировать на примере защиты материнства и детства (*Мельникова 2011*). Концепция «социального материнства», сформированная в 1920-е годы в СССР, оказывала патерналистскую заботу о нуждающихся в особой помощи и предполагало активное вовлечение государства и общества в вопросы семьи. Были сформированы особые инструменты дополнительной помощи: системы страхования и поддержки работающих матерей, организация оплаты отпусков по беременности и родам, пенсии по инвалидности и старости, а также система обучения санитарно-гигиеническим нормам. Задача формирования у населения навыков заботы о собственном здоровье была возложена на фельдшеров, акушеров и других специалистов, которые должны были осуществлять контроль за поведением и телом женщины (*Лебина и др. 2007*). Систематическое санитарное просвещение населения, продолжившееся и после 1950-х годов, привело к медикализации сферы материнства, последствия которой наблюдаются сегодня, когда женщины отстаивают свои права на естественность процесса вынашивания ребенка и родов.

---

<sup>6</sup>Комплаентность (от англ. patient compliance), приверженность лечению – степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача.

После распада СССР со сменой идеологии и проведением социально-экономических реформ из-за бурно развивающейся коммерциализации медицины и распространения альтернативных медицинских систем, господствующая и укоренившаяся в здравоохранении патерналистская модель начала сдавать позиции в пользу партнерства и диалога между врачом и пациентом (*Курленкова 2013*). Развитие новых информационных технологий и новых медиа создало конкуренцию за пациента среди различных медицинских систем (*Михель 2010; Харитонова 2009*), разнообразных институтов и субсистем медицинского знания. Медицина начала функционировать как одна из культурных систем, а исследование распространения и укоренения медицинских знаний в обществе предоставило возможность понять логику развития социума в различные исторические периоды (*Клепикова, Пироговская 2018*).

Медицинская антропология позволила перейти в исследованиях медицинской профессии и взаимоотношений врача и пациента на микроуровень (*Присяжнюк 2012*). Анализ символических форм повседневности профессии врача как представителя особой группы, обладающей авторитетом и особым знанием, становится возможным благодаря анализу и сформированному представлению об образе врачей в сложившихся социокультурных рамках, а также атрибутов их профессиональной деятельности как своего рода маркеров идентичности. При помощи этих определенных маркеров врачи не только воспроизводят собственную идентичность, но и обособляются от других профессиональных групп.

Любая профессиональная деятельность характеризуется рядом значимых элементов, свойственных ей:

- специальное теоретическое знание;
- длительный период подготовки специалистов, не только формирующий у них специальные знания, но и воспитывающий их в рамках профессиональной субкультуры;
- социальная значимость выполняемой работы;
- профессиональная автономия, способность принимать самостоятельные решения в рамках профессиональной деятельности;



- чувство приверженности к профессии;
- наличие кодекса этики и системы профессиональных норм (Millerson 1965).

Присутствие всех этих элементов позволяет врачу осуществлять контроль за своими пациентами. Обладание информацией медицинского характера, а также информацией о социально-экономическом положении пациента, вкупе с символическим отстранением от него благодаря использованию особого профессионального языка и одежды создает барьер между врачом и пациентом. Пациенту присваивается статус «больного», и дальнейшее общение осуществляется не с человеком, но через анализ истории болезни с определенным присвоенным ей номером (Присяжнюк 2012). Решение о том, какую часть информации о диагнозе раскрыть пациенту или его родственникам, остается за врачом, который самостоятельно делает выводы об уровне информированности и медицинской грамотности пациента с высоты своего опыта и знаний. Отсюда возникает покровительственное отношение, опека, лишение пациента личной ответственности и свободы выбора с целью предотвращения потенциального вреда, который пациент может себе нанести. Сложность и элитарность ремесла, а также статус государственных служащих, только усилили патерналистский характер взаимоотношений врача и пациента (Шамликашвили и др. 2015).

В связи с этим врачи склонны активно защищать свою профессиональную идентичность и кастовость.

А.А. врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... Ну давайте оденемся как пациенты, начнем говорить матом и сократим дистанцию. Это неправильно. Должна быть субординация. Иначе невозможно правильно осматривать пациента, анализировать полученные результаты и принимать решение, за которое ты, в конечном счете, отвечаешь перед судом.*

Пациенты сегодня, являясь потребителями медицинских услуг, все еще играют пассивную роль. Низкий общий уровень как медицинской, так и юридической грамотности населения привел к тому, что интересы пациентов не защищены, а результаты лечения не гарантированы в той же мере, как

гарантировано благодаря страховой медицине получение медицинских услуг. Расширение списка платных услуг не мотивирует врачей ни повышать качество медицинских услуг, ни вести информационно-профилактическую деятельность, деперсонифицируя уже непростые отношения между врачом и пациентом (Ивченко 2013). Тенденция ухудшения показателей здоровья населения сохраняется. Все это в совокупности приводит к распространению всевозможных практик самолечения, увеличению количества разнообразных альтернативных способов лечения, а как следствие, к запущенным формам заболеваний, практики позднего обращения в медицинские учреждения и проч.

Внедрение и развитие новых форм и моделей взаимоотношений между врачом и пациентом, основанных на принципе автономии, становится как никогда актуальным в современных условиях. К профессиональным стандартам оказания медицинской помощи сегодня относятся: уважение личности пациента, возможность выбора различных вариантов лечения, психологическая поддержка, возможность осуществления контроля как на этапе постановки диагноза, так и на этапе лечения, самостоятельность при принятии решений в вопросах, связанных со здоровьем пациента и здоровьем членов семьи, правдивость, конфиденциальность, компетентность, приватность, лояльность – все они становятся неотъемлемой этической основой медицинской деятельности (Баракат 2014).

Вслед за мировыми тенденциями, получившая свое развитие в России доктрина *информированного согласия*, по мнению многих экспертов, не до конца проработана (Там же). Под информированным согласием принято понимать «добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтического процесса после предоставления врачом адекватной информации». Однако если основываться на дословном переводе с английского *Informed Consent*, то правильнее будет говорить о «согласии пациента на вмешательство при условии его информированности о характере вмешательства, его последствиях, в том числе и негативных». При этом информация, которую получает пациент, должна быть полной, всесторонней и объективной, а форма и тон преподнесения информации обуславливаются нравственной культурой врача (Силуянова, Недоступ 2007). Это,

в свою очередь, исключает какую бы то ни было конкретную модель, делая более актуальным необходимость развития у врачей навыков коммуникации, ориентированных на гибкость и адаптивность под конкретные ситуации, а также совместное принятие решений о вопросах, связанных со здоровьем пациента или его близких.

И врачи соглашаются, что информирование пациентов, безусловно, должно быть полным.

А.А. врач, муж., стаж с 1980-х годов, Москва (ИМА 2020-а):

*... Информирование пациента, конечно, должно быть максимальное. В идеале пациент должен понимать и правильно оценивать каждый этап лечения. Но это при условии, что пациент адекватен и в состоянии правильно переварить полученную информацию. А то ты его информируешь, а он потом в петлю залезет.*

В современных условиях взаимоотношения врача и пациента нельзя назвать идеальными. Во-первых, из-за процессов, произошедших в 1990-х и 2000-х годах, произошла утрата доверия к медицине со стороны населения (Присяжнюк 2012). Здесь важно выделить широкое распространение и массовое обсуждение случаев врачебных ошибок различной степени тяжести (Плавинский 2006). Во-вторых, в этот же период произошло общее падение престижа профессии врача. Согласно количественному исследованию от 2011 г. 48,4% врачей отмечают его падение. Среди основных причин снижения престижа своей профессиональной деятельности врачи указывают на низкий уровень доходов медицинских работников и слабое техническое оснащение медицинских учреждений, хотя обе эти проблемы являлись ключевыми при проведении многочисленных реформ здравоохранения (Присяжнюк 2012). Пациенты также (43% опрошенных) отмечают снижение престижа профессиональной деятельности медиков, среди причин они выделяют недостаточную профессиональную подготовку (50%) и отрицательные человеческие качества врачей (48%).

В целом проблема доверия сегодня выходит на первый план в исследованиях не только социальных и медицинских антропологов (Robbins 2016; Krot, Rudawska

2016; Carey 2017; Ожиганова 2020), но также и, к примеру, экономистов или философов (см. Отчет заседания научно-экспертного совета при председателе Совета Федерации Федерального Собрания РФ 13.11.2020 <sup>7</sup>). Данная тема настолько обширна, что требует отдельного подробного изучения, особенно в контексте взаимоотношений врача и пациента.

Медицинских работников сегодня волнуют проблемы недостаточного уровня оплаты труда, большое количество переработок, огромное количество бумажной работы, неэффективных проверок и бюрократизации процессов (Улумбекова 2017). Ухудшение отношения к врачам со стороны населения врачи связывают с низким уровнем заработной платы (73%) и негативным отношением к медицинским работникам, тиражируемом в СМИ (49%). Количество публикаций о врачебных ошибках привело к снижению доверия к представителям медицинской профессии и росту сомнений в правильности поставленного диагноза (48%) (Присяжнюк 2012; Кажберова 2020), и сложившуюся ситуацию сложно будет изменить, по мнению врачей.

А.А. врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... Это, к сожалению, проблема открытого информационного пространства. Этого уже не изменить.*

Несмотря на все усилия государства, предпринимаемые для улучшения ситуации в сфере здравоохранения, за свой «нравственный подвиг» врачи все еще не получают достаточного уровня оплаты труда или социальных гарантий. Престиж профессии врача продолжает падать, в то время как государство ориентируется на восстановление старых, характерных для советской модели, этических принципов, конфликтующих с ростом автономии и развитием индивидуализма. Население все больше приходит к осознанию того, что надеяться можно только на себя (Курленкова 2013). И хотя ситуация 2020 года и героизация врачей на фоне пандемии COVID-19 позволили несколько повысить престиж

---

<sup>7</sup> Решение Научно-экспертного совета при Председателе Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации по итогам заседания на тему "Доверие как критический фактор достижения стратегических целей социально-экономического и политического развития государства" [Электронный ресурс] <http://council.gov.ru/media/files/jcgRpAdyAYlvDCupcdNA3YpuaEgwMF2z.pdf> (дата обращения: 10.05.2021).

врачебной профессии, дальнейшее развитие событий остается трудно предсказуемым.

## **§2. Врач в государственном учреждении и коммерческой клинике (медицинская помощь и медицинская услуга)**

Заложенная и разработанная Н.А. Семашко в период 1918–1947 гг. модель советского здравоохранения предполагала активную роль государства в системе здравоохранения и непосредственный контроль за деятельностью медицинских работников. Последующие институциональные преобразования были направлены на обеспечение массовой доступности медицинской помощи и рост профессиональной квалификации врачей (*Присяжнюк 2012*). Здравоохранение СССР полностью финансировалось бюджетной системой и было направлено на предоставление населению медицинской помощи, целиком обеспеченной за счет государственных средств. Таким образом, государство являлось одновременно основным покупателем и единственным поставщиком медицинской помощи (*Там же*), при этом оно оставалось также и основным агентом контроля качества.

Реформирование системы здравоохранения, осуществленное в годы перестройки (1986–1990 гг.), в первую очередь было направлено на изменение порядка государственного финансирования медицинских учреждений. Постатейное распределение средств, новая система расчетов между амбулаторно-поликлиническими и лечебными учреждениями за диагностику и лечение в стационарах, переход к страховой системе финансирования здравоохранения, внедрение платных медицинских услуг населению происходили на фоне кризиса как самого общества, так и политической и экономической систем (*Присяжнюк 2012*). Первые реформы отрасли после распада СССР в начале 1990-х годов касались изменения финансирования и внедрения системы обязательного медицинского страхования ОМС. Медицинская помощь начала трансформироваться в медицинскую услугу, так как она стала носить экономический характер (*Бояркина, Бояркин 2010*).

Ситуация, сложившаяся в 1990-х, часто характеризуется как депрессивная. Колоссальная загрузка врачей, иногда вторичная и третичная занятость. Совмещение работы в государственной клинике с коммерческой деятельностью либо в частных медицинских учреждениях, либо на базе государственной инфраструктуры в виде помещения и оборудования. Иногда благодаря активной деятельности фарминдустрии врачи были вовлечены в запрещенные в развитых странах финансовые отношения, направленные на продвижение различных лекарственных препаратов. Врачи с грустью вспоминают о своей работе в конце 1990-х: «Мы до ночи сидели и делили копеечки» (Пузанова, Хуртина 2014). Замминистра здравоохранения и социального развития РФ Р.А. Хальфин, описывая ситуацию в системе здравоохранения в этот период, подчеркивает, что «в поликлинике не было врачей, а „скорая“ приезжала через 2 часа после вызова, да еще без лекарств» (Хальфин 2011). В начале 2000-х пациенты характеризовали врачей как корыстных, неинформированных, некомпетентных, а также формально относящихся к своим пациентам.

Осуществленные в 2000-х годах реформы не смогли решить проблемы отрасли. Недофинансированность, нехватка кадров, рост количества платных услуг, отсутствие культуры самосохранительного поведения снизило доступ населения к качественным медицинским услугам (Присяжнюк 2012). Все это в совокупности с плачевными результатами прошлых периодов стало катализатором развития коммерческого направления медицины. Врачи хоть и отмечали увеличение размера оплаты труда, одновременно получали увеличение нагрузки и рост бюрократизации процессов, что также вело к оттоку медиков из государственного сектора в частный.

М.В., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2021):

*... Произошло выдавливание бесплатной медицины, но повторяю – это не особенность нашей страны. Это стало происходить во всем мире, просто во всем мире было больше возможности для сопротивления.*

В настоящее время врачи столкнулись с тем, что они не имеют возможности реализовываться. Наблюдая развитие новых технологий, клинических методик и

достижений фарминдустрии, в реальной практике они вынуждены были довольствоваться устаревшими методами диагностики и лечения. По функционалу многие ставили себя между техническими работниками и средним медицинским персоналом, а последних больше относили к обслуживающему персоналу (Темкина 2020).

СССР как государство с устоявшимися «патриархальными ценностями» (Курленкова 2013) после распада резко поменяло свои патерналистские подходы на более индивидуалистичные. К этому общество оказалось не готово. Жизнь и здоровье граждан теперь становились их сферой ответственности, при сохранении установок на сохранение социальной справедливости и бесплатности медицины для всех граждан благодаря системе ОМС, когда «здоровый платит за больного», а «богатый за бедного» (Иевенко, Дубас 2010). При этом уровень качества медицинских услуг, финансируемых за счет отчислений на ОМС, оставался крайне низким. Коммерческая медицина, с другой стороны, позволила, хоть и за дополнительные финансовые средства, не только организовать качественное оказание медицинских услуг, но и предоставить комфортные и дружелюбные условия, не ограничивая время приема жесткими временными рамками и отказавшись от других устаревших регламентов, характерных для государственной медицины (время сдачи анализов, часы и правила приема посетителей и т.д.).

Эти изменения, по сути, раздвоение системы на патерналистскую государственную, при этом не всегда бесплатную, или бесплатную только официально, и внимательную, клиентоориентированную и открытую частную оказали влияние и на существующую модель взаимоотношений между врачами и пациентами. Некоторые частные медицинские центры перешли к коллегиальной или партнерской модели взаимоотношений, что в свою очередь не осталось незамеченным пациентами (Грот и др. 2018; Тарасенко, Дворяшина 2019). Так что, кажется, появление и развитие коммерческих медицинских центров запустило трансформацию или, как минимум, сформировало запрос на глубинные изменения государственной системы здравоохранения.

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2021):

*... Поначалу это просто было элементарное желание [со стороны пациентов – прим. авт.], чтобы с тобой не обращались, как с вещью. Даже врачебной квалификации особой никто и не требовал поначалу. Естественно, почуяв это, народ стал тянуться в коммерцию, а поскольку в это время в регионах была полная беда с финансированием, там работать было невозможно, да и страшно даже, потому что нечем. А ведь прокурор об этом не собирается задумываться, поэтому в регионах медики попали в ситуацию, когда работа превратилась в военную тропу: если ты делаешь – плохо, если ты не делаешь – тоже плохо. И для врача все это заканчивается одинаково: просто очередным, как минимум, выговором, как максимум, судебным делом.*

Потенциально государственные и частные клиники могли бы конкурировать, и с этим соглашаются эксперты, но произошло это всего по нескольким направлениям.

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2021):

*... В более экономически активных направлениях, конечно [произошло стимулирование конкуренции между государственными и частными лечебными учреждениями – прим. авт.]. Условно говоря, за удаление родинки, возможно, возникнет между клиниками «драка». То есть если мы говорим о каком-то легком и относительно безопасном медицинском вмешательстве и сервисе, который еще и деньги приносит. А если это все еще и без очереди, в чисто вымытом красивом и удобном помещении, пусть даже небольшом, то почему нет? Или диагностические процедуры, очень простенькие, вроде лабораторий, которые сейчас можно встретить чуть ли не в каждом подъезде жилого дома и где угодно. Конечно, это сделало гораздо более доступными многие вещи, но это мало отношения имеет к медицине как таковой. Но это не имеет отношения к решению проблемы здравоохранения или диагностики лечения в глобальном смысле, потому что какой бы ни был компьютерный томограф или какая бы ни была лаборатория, с этим со всем кто-то должен уметь грамотно управляться.*

Таким образом, возникновение коммерческой медицины стало ответом на изменения, происходящие в обществе в постсоветском периоде, а также в



соответствии с общемировыми тенденциями. В целом, в мире выделяют три основные модели организации здравоохранения (*Максимова и др.* 2014):

1. *Бюджетная (модель Бевериджа)*. Государство является практически основным поставщиком медицинских услуг для всех граждан, а также координирует всю систему оказания медицинской помощи в стране. Примером такой модели является медицинская система Австралии, Великобритании, Греции, Дании, Ирландии, Испании, Исландии, Италии, Новой Зеландии, Норвегии, Португалии и Швеции;

2. *Социально-страховая (модель Бисмарка)*. Она финансируется не из налогов, а из взносов работников и работодателей на медицинское страхование, и также обеспечивает доступ к услугам здравоохранения для широких масс населения. Государство в данном случае играет роль гаранта в обеспечении граждан услугами, а непосредственно оказанием медицинских услуг занимаются организации различных форм собственности. Такая модель используется в Германии, Франции, а также Австрии, Бельгии, Канаде, Нидерландах, Швейцарии и Японии;

3. *Частная*, в которой нет единой системы государственного медицинского страхования или обслуживания. Преимущественно медицинская помощь осуществляется на платной основе, за счет добровольного страхования или непосредственно путем оплаты медицинских услуг потребителем, а в основе обеспечения медицинской помощи населению лежат рыночные механизмы. Представителем такой модели является США.

Модели разделяются: исходя из источников финансирования (налогообложение, взносы на страхование или собственные средства граждан), исходя из организационных принципов (централизованная, децентрализованная), а также форм собственности поставщиков услуг здравоохранения (государственная или частная, коммерческая или некоммерческая). В настоящий момент разделение этих моделей теряет смысл (*Реформы финансирования...* 2011), а на первый план выходят всеобщий охват населения услугами здравоохранения, обеспечение граждан качественными услугами, устранения дублирования трат.

В России, где традиционно государство было основным поставщиком и гарантом получения населением медицинской помощи, внедряемые на протяжении последних 30 лет рыночные механизмы привели к тому, что, как говорит Президент Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов» А.В. Саверский, врачам были фактически навязаны принципы и подходы частной медицины, а это способствовало тому, что медицину сегодня воспринимают как бизнес (Кудрявцева, Тихомиров 2010). Те перемены, которые пережило общество: переход к смешанному и платному типу оказания медицинской помощи, индивидуалистские установки и персонифицированный подход, вкуче с падением престижа врачебной профессии и ростом недоверия к врачам, – привели к тому, что возникла необходимость в появлении новой этики медицины (Курленкова 2013).

Многие государственные лечебные учреждения вынуждены использовать стратегию «выживания», которая не способствует улучшению их положения (Артюхов и др. 2005; Панова 2021). Перед руководством этих лечебных учреждений стоит задача повышения качества оказываемой медицинской помощи путем не только внедрения инноваций и совершенствования материально-технической базы, что весьма затратно. Стоит задача изменения общественного мнения с учетом потребительских установок населения, а также работа с взаимоотношениями внутри коллектива, что для отдельно функционирующей структуры практически нерешаемо. О сложившейся системе взаимоотношений внутри врачебного коллектива высказывались и информанты.

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... После начала реформ врачебное сообщество резко разделилось на «руководство» и «плебс». И если раньше руководитель понимал, что он прежде всего врач, его доходы отличались от простого врача в 3–4 раза, и он сильно не зарывался, учитывая, что, возможно, ему еще работать в коллективе, то сейчас, когда главное – добраться до заветной должности, не важно каким путем. Доходы главных врачей в 10–20 раз превышают врачебную зарплату (и это еще, не учитывая всевозможные дополнительные схемы заработка). Для главного*

*врача приоритет не свой коллектив и его работоспособность, а беспрекословное выполнение любых приказаний сверху.*

Т.е. сложилась ситуация, когда врачи остались один на один со своими проблемами (финансовыми, психологическими, моральными), а руководство лечебных учреждений не только не встало на сторону своих сотрудников, но наоборот – столкнуло врачей и их пациентов, предложив последним писать жалобы и устраивая разбирательства, основываясь только на них. Рядовой врач оказался под прицелом со всех сторон, что несомненно оказало влияние на качество оказываемых населению бесплатных медицинских услуг.

К основным критериям качества медицинской помощи сегодня можно отнести: своевременность, эффективность использования ресурсов, результаты лечения и удовлетворение потребностей пациентов (Мусеева 2017). А. Донабедиан в своих работах об основах качества медицинской помощи полагал, что для оценки качества медицинской помощи необходимо рассматривать три ее составляющих (Donabedian 2005):

- структура (наличие необходимой материально-технической базы, укомплектованность и уровень подготовки кадров и т.д.);
- процессы (соответствие уровня оказываемой медицинской помощи принятым стандартам);
- исходы (результаты оказания медицинской помощи).

А. Донабедиан считает, что качество лечебно-диагностического процесса может быть изучено и проанализировано посредством исследования данных первичной медицинской документации (амбулаторной карты). Именно по ней можно проследить тщательность сбора информации о пациенте и его жалобах, проанализировать верность поставленного диагноза, выбор методов предлагаемого лечения и обеспечение преемственности.

Начиная с реформ 2000-х годов, возможно наблюдать в РФ движение в направлении налаживания и унификации процессов ведения и контроля качества заполнения амбулаторных карт, но при этом, кроме роста нагрузки на врачей, результатов пока нет.

Запущенные в 2000-е годы процессы трансформации пациентов из «безмолвных больных» в потребителей услуг и «требовательных клиентов» привели к тому, что запросы к качеству предоставляемой медицинской помощи со стороны пациентов постоянно растут (это заявляют 43,5% респондентов врачей) (Присяжнюк 2012). Одновременно продолжает расти нагрузка на медицинских работников. Несмотря на то, что основная доля врачей не признает влияния стресса и усталости на результаты их работы, высокий уровень ответственности, высокая нагрузка при отсутствии условий для полноценного отдыха, высокая нагрузка как в эмоциональном, так и в интеллектуальном плане, становятся значимым препятствием для улучшения качества оказываемой населению медицинской помощи (Бугаев, Горбунков 2016). Более того, уровень знаний представителей медицинской профессии о нормативно-правовых документах в сфере предоставления медицинской помощи и прав пациентов в стране остается низким.

Сегодня определение конструкта «удовлетворенность пациента» становится все более важным. США (Ware et al. 1983) были одними из первых, кто посчитал необходимым отделить процесс оказания медицинской помощи от непосредственно содержания ухода (заботы). По мнению авторов, удовлетворенность пациента определяется следующими переменными: 1) ожидания пациента, 2) личные предпочтения, 3) реалии получаемой помощи (Labuda Schrop 2011). В России частные клиники выгодно отличаются от государственных, так как ожидания пациентов складываются исходя из не всегда радужного опыта посещения государственных медицинских учреждений, а когда дело доходит до сравнения клиентского или потребительского опыта, победитель становится очевиден (Русинова, Панова, Бурмыкина 2006). Информанты-врачи не вполне согласны с такой позицией.

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

... Это кажущаяся очевидность, и то для крупных городов. Т.е. для 4-5% населения. На остальной территории России частные медцентры – просто возможность попасть к тому же самому врачу, но без очереди.

На сегодня одной из причин отсутствия повсеместного развития частных медицинских центров является низкая финансовая обеспеченность большей части населения России, что заложило основы глубокого неравенства в сфере здравоохранения. Те, у кого есть возможность лечиться в частных клиниках, делают это и стараются избегать обращаться в государственные, а те, кто не может себе этого позволить, вынуждены посещать государственные, несмотря на низкий уровень качества предоставляемых там услуг. При этом последние подвержены более высокому риску, так как именно социальные условия являются основными причинами заболеваний (*Link and Phelan 1995*). Заинтересованность и мотивация врачей государственных лечебных учреждений могла бы повысить качество оказываемых услуг, хотя врачи не считают, что уровень оплаты их труда может влиять на результаты, тем не менее многократное реформирование системы здравоохранения не повысило мотивацию медицинского персонала к оказанию более качественной помощи (*Калашиников, Калачикова 2014; Чурикова, Шишкин 2019*). Согласно опросу врачей, проведенному в 2007 году, в государственном секторе (*Присяжнюк 2012*) 82% опрошенных указали на увеличение доли «бумажной» работы, а в опросе 2011 года 80% врачей вне зависимости от специальности все еще отмечали неудовлетворенность уровнем своей зарплаты (*Там же*).

Бурный рост количества коммерческих медицинских учреждений является индикатором того, что качество оказываемой медицинской помощи в государственных клиниках остается низким, поэтому население вынуждено обращаться в платные клиники (*Чернец и др. 2008*). Текущая ситуация и противостояние государственного сектора российской медицины частному может быть ярко проиллюстрирована следующими цифрами, касающимися педиатрии (данные за 2011 г.): в коммерческие клиники обращаются 61% родителей, в т. ч. при любом заболевании ребенка – 15,4%; 44% опрошенных главной целью обращения указали уточнение диагноза, поставленного ранее в государственной поликлинике; 31,1% респондентов обращались за консультацией по состоянию здоровья ребенка, а 28,3% имели целью инструментальное обследование. Также

важно отметить, что удовлетворенность родителей качеством медицинской помощи в платных клиниках составила 88,5%, а в государственных детских поликлиниках – 27,6% (Кулакова и др. 2011).

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2021):

*... Доверие, конечно, подорвано оказалось. И первый результат этого – уход из профессии или ее смена. <...> Статистика надомных смертей возросла в разы просто. Пойти стало некуда. Поэтому пациенты, которые все равно как-то должны приспосабливаться, постепенно стали дифференцировать, когда и с какой проблемой идти в поликлинику, а когда – в соседнюю частную клинику. Пациенты вынуждены находить выход из положения. А те люди, которые реально нуждаются в помощи, они как раз ее и потеряли. Именно они! Как самые уязвимые.*

Т.е., с одной стороны, благодаря появлению коммерческой медицины система стала более гибкой, пациент получил возможность самостоятельно выбирать, считать стоимость затраченного времени, оценивать необходимость и уровень предлагаемого комфорта; а с другой стороны, те, кто не может позволить себе оплату медицинских услуг, но нуждается в ней, оказались в крайне уязвленном положении.

При этом, важно отметить, что использование терминологии из сферы услуг и потребления не всегда можно экстраполировать на здравоохранение. Американский исследователь П. Фармер отмечает, что «медицина как коммерция» в современном американском обществе часто может иметь как положительный, так и отрицательный эффект. Никто не отрицает уникальных прорывов биотехнологических и фармацевтических компаний, при этом страховые компании осуществляют продажу продукта потребителям, но предоставлением медицинской помощи пациентам занимается третья сторона – клиники (Farmer 2003). Медицинские услуги нельзя считать товаром, подобно продуктам питания или одежде. «Восприятие рыночных сил как идеального механизма распределения товаров и услуг не может распространяться на медицинскую профессию», – полагает П. Фармер (Там же). С этим согласны и российские врачи.

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... Рынок, в моем понимании, сильно снижает качество медицинской помощи, потому что врач начинает думать не о диагнозе и стратегии лечения, а о том, чтобы с пациента получить максимум денег. Пациент и финансы должны быть разделены!*

Несмотря на многочисленные попытки государственного реформирования здравоохранения, согласно данным от 2016 г., удовлетворенность качеством и доступностью медицинской помощи среди населения РФ не превышает в некоторых регионах 25%. Сами врачи тоже не проявляют удовлетворенности ни структурой, ни процессами (Бугаев, Горбунков 2016; Панова 2019). Внутренняя мотивация медицинских работников показывает отрицательную динамику (Михайлова 2010), повсеместное развитие получил так называемый «синдром выгорания». Эмоциональное выгорание приводит к снижению мотивации к самообразованию, оказывает существенное влияние на взаимоотношения с пациентами, приводит к формированию стереотипов клинической практики, а как следствие – приводит к формированию клинической инертности (Хохлов 2009). Основным последствием всех этих явлений становится общее снижение качества предоставляемой населению медицинской помощи.

Важно отметить, что с начала 2010-х годов произошел значительный рост числа обращений граждан не только в территориальные органы ОМС, но и прокуратуру, в связи с нарушением прав на получение бесплатной медицинской помощи, врачебными ошибками, халатностью, плохой организацией работы лечебных учреждений, ненадлежащим качеством оказываемых медицинских услуг, нарушением этических норм со стороны медицинских работников (Бугаев, Горбунков 2016). Недовольство пациентов еще более эскалируется отсутствием эмпатии со стороны врачей, что приводит к росту конфликтных ситуаций (Мурашова 2012; Николюкина 2012).

По мнению многих авторов, мнение врачей о пациентах, а также отношение к ним значительно влияют на качество оказываемой населению медицинской помощи (Labuda Schrop 2011). Но и формирование общественного мнения в

отношении медицинских работников, которое во многом зависит от позиции, транслируемой в СМИ и сети интернет, представляется сегодня одним из ключевых для решения проблем в сфере здравоохранения (*Кажберова 2020*). Количество публикаций в различных источниках о ненадлежащем уровне и качестве медицинской помощи в нашей стране привели к угрожающему «снижению авторитета и престижного положения медицинской профессии» (*Сакс 2007*). Эта ситуация накладывается на острую проблему низкой оплаты труда врачей, что в итоге еще более снижает социальный статус врача (*Мансуров, Юрченко 2007*). Врачи, работающие в частных клиниках в качестве вторичной занятости, получают заработную плату в виде процента от приема наличными в конверте (*ПМА 2020-б*), что на фоне сообщений СМИ о коррумпированности в медицине снижает доверие к врачам теперь уже коммерческого сектора, при одновременном увеличении количества требований со стороны пациентов. Позиция «клиент всегда прав» не может быть перенесена на «пациент всегда прав». Помимо прав, у пациента должны быть еще и обязанности, а у врача, помимо обязанностей, должны появиться права (*Чернышев 2014*).

Само медицинское сообщество, согласно исследованию 2011 г., не в состоянии повлиять на ход реформ в системе здравоохранения (*Присяжнюк 2012*). Дискуссии о трех подходах к регуляции системы, таких как (1) сохранение государственного контроля, (2) полная саморегуляция отрасли или (3) контроль смешанного типа с введением системы страхования врачебной деятельности от ошибок (*Calnan and Gabe 2009*) пока не завершены. Несмотря на то, что структурные изменения, произошедшие в здравоохранении с начала 1990-х годов, предполагали изменение социального статуса представителей медицинских профессий, властно-силовое поле системы осталось советским. В 2002 г. 63,2% опрошенных врачей выражали обеспокоенность собственным беспорядком, а также тем, что администрации лечебных учреждений не имеют возможности принимать какие бы то ни было решения без согласования с вышестоящими инстанциями (*Мансуров, Юрченко 2004; Набоков 2010*). Врачи также ограничены в самостоятельности при принятии решений, связанных с



выполнением их непосредственных обязанностей (диагностикой, лечением, профилактикой и т.д.). Эти тезисы подтверждаются и респондентами, которые подчеркивают, что регламенты и требования уничтожают саму суть врачебной профессии.

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... Врач из творческой личности, который думает, читает, анализирует и принимает решения, иногда на уровне интуиции, превращается в четко выполняющего инструкции и рекомендации. И чем алгоритмически четче выполняешь, тем лучше. Это убивает врача как творческую личность!*

Все это происходит на фоне углубления неоднородности профессиональной группы врачей, когда одни специальности выходят на первый план (терапевты или сегодня вирусологи), другие традиционно пользовались повышенным авторитетом (нейрохирурги), а третьи отодвигаются на второй план (врачи-лаборанты, участковые педиатры). Представители администраций лечебных учреждений отмечают, что предложения, транслируемые отраслевыми ассоциациями, часто носят лишь рекомендательный характер, а защита прав врачей не является их сферой ответственности (*Там же*).

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2021):

*... И самое ужасное, когда приходили эти проверки, например, и выяснялись какие-то недоработки, то штрафы опять накладывались на рядовых сотрудников. А начальство все это впоследствии и премии получало, и заработную плату повыше. Родилось ощущение несправедливости внутри коллективов, которое все больше, больше и больше нарастало. <...> Единения в коллективах уже не было, уже почти ни в одном коллективе, невозможно было сколотить хоть какую-то единую позицию, потому что происходило стравливание одних с другими, всё время происходило, и спасти ситуацию уже невозможно было.*

Таким образом, сложилась ситуация, когда врачи благодаря произошедшим изменениям отказались не только в противостоянии к администрациям лечебных учреждений или к пациентам, но и друг к другу.

Более того, не следует забывать, что современные российские пациенты получили не только расширенный доступ к всевозможным лекарственным средствам, но доступ к разнообразным медицинским знаниям различной степени достоверности из-за развития сети интернет. Пациент сегодня может самостоятельно решать, в какую клинику или к какому врачу ему обратиться, а также имеет возможность выбрать альтернативные способы лечения. Рыночные отношения продавца и покупателя, сформировавшие новый тип взаимоотношений между врачом и пациентом, уже не опираются на властные и патерналистские принципы. Пациенты стали «разборчивыми клиентами» (Кульман 2007; Temkina & Rivkin-Fish 2020), готовыми не только играть активную роль в решении вопросов, связанных с собственным здоровьем и здоровьем своих близких, но и вмешиваться в государственную систему охраны здоровья посредством создания советов по контролю качества медицинской помощи, всевозможных лиг, ассоциаций и палат. И снова информанты не согласны с такой трактовкой и настаивают на естественности патернализма во взаимоотношениях врача и пациента.

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... Это исключительно иллюзия участия со стороны пациентов. Как только сильно прижмет, все без исключения ищут человека, способного принять решение и взять ответственность на себя, т.е. тянутся к ПАТЕРНАЛИЗМУ.*

### **§3. Врач (профессия и специалист/человек) в оценке пациента/клиента**

Существующие принципы медицинской этики (делай благо, не навреди, принцип справедливости и автономии пациента) не только формируют самосознание врачей, но и создают определенный образ в глазах общества. Еще до начала дискуссий о необходимости построения пациентоориентированной медицины И.А. Ильин в труде «О призвании врача» (Ильин 1954) говорил о необходимости выстраивания взаимоотношений с больными как с индивидуальными личностями – «больными в частности» – подчеркивая, что болезни и симптомы нужно оставить в учебниках. К. Ясперс во «Всеобщей психопатологии» настаивал на необходимости коммуникации с пациентом как

личностью с неповторимой судьбой, а не как с объектом манипуляции (Ясперс 2019). Врач, обладая знаниями и умениями, недоступными пациенту, без сострадания и доверия со стороны пациента не сможет достичь необходимых результатов. Он также подчеркивал, что в заданных обстоятельствах пациент обречен надеяться на врача.

В современных условиях, когда произошло падение уровня доверия со стороны пациентов как к системе здравоохранения в целом, так и к врачам в частности, обвинительная риторика общественности в сторону медиков строится чаще всего на апелляции к клятве Гиппократова, точнее на ее укоренившейся трактовке. Противоречивое отношение к самой клятве привело к тому, что в конце XX века к трем базовым принципам медицинской этики – «не навреди», «делай благо» и принципу справедливости – был добавлен новый, касающийся уважения автономии пациента (Beauchamp and Childress 1989).

Превращение российского здравоохранения в сферу услуг шло вразрез со сформированным десятилетиями менталитетом (Мануковский, Церницкая 2017), в котором укоренились понятия о враче как исполнителе долга, обладающем знаниями, недоступными обывателю, к которому пациент испытывает чувство благодарности. Современный же врач – это персонал, который обязан оказать пациенту услугу, гарантированную государством и полисом ОМС. Два этих образа абсолютно несовместимы. Врачи информанты, разумеется, видят произошедшие изменения.

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... Профессия была, конечно, престижная и с некоторым ореолом героизации и "великого служения". С чемоданчиком в дождь и пургу спешишь на помощь. Это, однако, не соотносилось с заработками, поэтому врачи подрабатывали, где возможно, и на стройках в том числе. Поэтому молодежь шла в профессию с некоторой долей романтизма. Сейчас ситуация абсолютно обратная – романтизма совсем не стало, и героизации нет, но увеличились возможности заработка. И поэтому молодые врачи, приходящие в профессию, хотят получить*

*быструю капитализацию, и на пациента смотрят прежде всего как на источник получения средств, и как следствие – зачастую не видят страдающего человека.*

Изменения, произошедшие с начала 1990-х годов, привели к стандартизации взаимоотношений врача и пациента. Сопереживание уступило место современному стандарту оказания помощи, ориентированному на историю болезни деперсонифицированного клиента (*Harpham 2011*). Профессиональная деятельность врачей оказалась максимально регламентированной, невыполнение принятых стандартов жестко контролируется, а строгое соблюдение буквы закона затмило нравственные ориентиры. Врач превратился в единицу налаженного производственного процесса, пациент – в потребителя. Но каждая из сторон при этом ожидает друг от друга поведения вне регламентов или стандартов. Все чаще вспоминается клятва Гиппократова, появившаяся в IV в. до н. э., хотя тогда врач не должен был выполнять тот колоссальный объем бумажной работы, которые выполняет сегодня, или объяснять пациенту/клиенту основы и принципы оказания высокотехнологичной помощи. Более того, сложно предположить, что в те времена пациент обращался к врачу с собственным мнением по поводу диагноза или возможных подходов к лечению. Некоторые авторы полагают, что изначальный смысл клятвы Гиппократова предполагает, по всей видимости, благо отдельного индивида (*Мелик-Гайказян, Мещерякова 2015; Зайцева, Курылева 2016; Галкин 2017; Лисовская, Галкин 2018*).

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва (*ПМА 2021*):

*... И ситуация, когда врачу не дают лечить больного, она травмирует дважды. Потому что, во-первых, ты всё равно всегда плохой. Перед всеми. Но самое ужасное, что ты в это время понимаешь, вообще, всю бессмысленность, твоего, так сказать, существования, и всю невозможность продолжения этого, и полную невозможность преодолеть эту ситуацию, потому что тебя обложили со всех сторон. И эта ситуация, это такой двойной капкан. Ты работать не можешь, и уйти ты не можешь, и хорошим ты никогда не будешь, что, конечно, колоссальный совершенно демотиватор.*

В словах информантов, врачей с многолетним стажем, не один раз замечается досада, усталость и обида на то, как все происходило за прошедшие десятилетия, и на то, как поменялся и престиж врачебной профессии, и отношения с коллегами и руководством, и отношения с пациентами.

Необходимо заметить, что среди пациентов сегодня наблюдается крайне высокий уровень неудовлетворенности медицинской помощью. В начале 2000-х годов количество граждан, не удовлетворенных качеством медицинской помощи, увеличилось с 50 до 80% (Юргель, Хубиева 2006), а в 2013 г. этот показатель составил 42% (Каткова, Катков 2016). Основные проблемы известны: увеличение доли платных медицинских услуг, увеличение диспропорции между Москвой, городами-миллионниками и регионами по объему и качеству оказания медицинской помощи, неэффективное расходование средств, снижение уровня доступности и качества предоставляемой системой здравоохранения населению помощи, затрудненный доступ к базовым услугам медико-санитарных служб, недостаточное лекарственное обеспечение.

Снижение государственного финансирования отрасли, первоначально нацеленное на развитие рыночных механизмов, привело к распространению практики официальных и неформальных платежей. А доля собственных средств населения на получение медицинской помощи в период с 1995 по 2013 гг. возросла с 16,9 до 48% (Там же). Переход от советской системы, когда государство осуществляло полный контроль состояния здоровья граждан к полной их самостоятельности в принятии решений, связанных с собственным здоровьем и здоровьем своих близких, привели к невнимательности к личному физическому благополучию, отказу от мер профилактики и игнорированию здорового образа жизни (Шилова 2008; Бовина 2008; Келле 2003). И снова врачи в своих высказываниях более склонны к патерналистским установкам. Представляется важным подчеркнуть, что это врачи с многолетним опытом.

А.А. врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

... *«А может быть человек и нуждается в некоторой опеке?» Как только пациенты находят врача, которому они доверяют, с них моментально слетает*

*налет мнимой самостоятельности, и они готовы беспрекословно выполнять все, что скажет доктор.*

Хотя многие пациенты сегодня говорят и пишут о том, что хотят быть более вовлеченными в вопросы, связанные с собственным здоровьем, а руководство страны подчеркивает переход к пациентоориентированной медицине, врачи, исходя из своего опыта, продолжают настаивать на том, что уверенность пациентов в своих знаниях и компетенциях мнимая (Галкин 2020), и когда встает вопрос собственного здоровья и здоровья своих близких, немногие готовы взять на себя ответственность за принятие решений.

При этом, по данным Левада-центра, в 2012 г. 56% граждан России были не согласны с тем, что государство должно гарантировать населению только набор основных медицинских услуг (Левада-центр 2012). А данные ФОМ свидетельствуют, что 33% россиян не предпринимают никаких специальных усилий для продления собственной жизни; среди причин выделяются фатализм, нехватка времени и средств, хорошее здоровье (Савельева 2013).

С другой стороны, ответственного пациента легко принять за послушного пациента, что снова возвращает к патернализму (Келли 2006). Врачи же постепенно разочаровываются в возложенном на них бремени ответственности за пациентов. Они не приходят на повторный прием, не соблюдают назначения врачей, не информируют о симптомах или несоблюдении здорового образа жизни, игнорируют рекомендации и т.д. Таким образом, накапливается раздражение с обеих сторон коммуникации.

Более половины пациентов после обращения к врачам не завершают начатое лечение и нарушают их рекомендации (Мосеева и др. 2010). В целом, необходимость обращения к врачу сегодня воспринимается как утомительная, дорогая и неприятная процедура (Кашубина 2019). Практика информированного согласия воспринимается пациентами как ненужная («просто какая-то бумажка»). Расширение списка платных услуг спровоцировало ощущение неравномерности доступа к медицинской помощи («кругом плати»). А практика неформальных платежей только усиливает градус раздражения и напряженности со стороны

пациентов («Всё начинается с шоколадки, а заканчивается “Хенесси”») (Шаронова 2011). Врач в современных реалиях воспринимается как «уставший, плохой и злой». Он не выслушает пациента, в среднем продолжительность ответа на вопрос «на что жалуетесь» составляет 11 секунд. Поэтому 90% конфликтов между врачами и пациентами возникают из-за слабых навыков коммуникации и низкой культуры общения (Кашубина 2019).

С другой стороны, согласно данным журнала «Медицинская этика», при том, что 97% пациентов ожидают возможности выбора в вопросах, связанных с собственным здоровьем и здоровьем своих близких, а также учета их мнения при принятии решений, двое из трех пациентов окончательное решение хотят получить от врача (Там же). Согласны с этим и врачи.

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... В сложных случаях трое из трех. Принятие решения о стратегии в лечении, конечно, прерогатива пациента, но это видимая часть айсберга. Изначально к этому решению его подвел думающий врач.*

За последние десятилетия государство предпринимало различные усилия для снижения роли государства в системе здоровьесбережения: стационарозамещающие технологии, сокращение времени занятия койко-мест, развитие системы долечивания на дому, а как следствие сокращение участковых больниц на 65% и коек в стационарах на 24% (Савельева 2013). Одновременно произошел рост количества коммерческих медицинских учреждений. В Татарстане, к примеру, активно развивается институт частнопрактикующих врачей, увеличилась доля страхования за счет личных средств граждан и дополнительного медицинского страхования, оформленного за счет работодателя. Все эти изменения производятся под лозунгами «инноваций», «новых оздоровительных технологий» и «приоритета профилактических мер», что полностью расходится с ожиданиями граждан о повышении доступности бесплатной медицинской помощи (Там же).

Государство в силу ограниченного финансирования системы здравоохранения имеет своей целью максимально перенести ответственность за собственное

здоровье и образ жизни на отдельного гражданина. Хотя информанты считают, что эта ситуация будет меняться.

А.А. врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... Я думаю, после пандемии эта ситуация будет меняться и, вероятно, в сторону большего участия государства в здоровье каждого гражданина, потому что иначе мы будем постоянно получать подобные сюрпризы. Пандемия показала определенно – лучше ситуация обстоит в странах с государственной медициной и продуманными системами ответов на глобальные вызовы.*

Т.е. за последние 20 лет медицинские системы многих стран максимально демократизировались и стали более либеральными, пациенты благодаря интернету получили доступ к колоссальному объему медицинской информации и захотели принимать самостоятельные или в партнерстве с врачом решения о собственном здоровье, но 2020 год показал, что контроль со стороны государства будет расти (обязательная вакцинация, ковидные паспорта и прочее).

Действительно, главная ценность здоровья сегодня – это возможность его использования и эксплуатации для достижения определенных благ (Журавлева 2006; Русинова, Панова, Сафронов 2010). Но социальная политика государства и неблагоприятные экономические условия также имеют прямое отношение и к нездоровью граждан, как полагают многие авторы (Гафаров 2002; Максимова 2005; Шилова 2008; Вишневский и др. 2006; Стародубов и др. 2003). Таким образом, наблюдается своего рода замкнутый круг, в центре которого контакт врача и пациента.

В общественном сознании произошла «десакрализация» медицины (Шамликашвили и др. 2015). Причиной этого стали, в первую очередь, приход и развитие рыночных механизмов в виде консьюмеризма в здравоохранении. Немалую роль сыграло и развитие средств массовой информации и Интернета (Кажберова 2020), тиражирующие с целью погони за рейтингами истории о врачебных ошибках и ужасающем состоянии российской медицины. На фоне системного недоверия к врачам и требований адекватного качества и сроков оказания услуг за счет личных средств граждан, неудовлетворенность пациентов с



дальнейшим привлечением юристов и экспертов в сфере медицинской помощи растет, а последняя оценивается как ненадлежащая в 33–48% случаев. За рубежом этот уровень колеблется от 53 до 59% по разным источникам (*Там же*), что может говорить, скорее, о качестве собираемых в РФ данных или о количестве дел, доводимых до экспертных проверок. Причины недовольства пациентов во многом кроются в сложности и особенностях коммуникации врача и пациента, чему будет посвящена следующая глава, но очевидно, что сложившаяся в российском здравоохранении патерналистская модель общения не позволяет формировать прозрачность и открытость взаимоотношений (*Чеботарева 2020*), влечет за собой недостаточное информирование о состоянии здоровья пациента, а также в отношении прогнозов и перспектив предлагаемого врачом лечения.

Несмотря на то, что статистика реальной юридической практики в РФ указывает на единичность случаев наказания врачей (*Темкина 2020*), СМИ продолжают использование терминологии «убийцы в белых халатах». Это вынуждает врачей находиться под постоянным гнетом контроля и угроз, что заставляет их меньше концентрироваться на потребностях пациентов. При этом врач продолжает оставаться на стороне государства, продолжает быть государственным служащим. 70 лет советской системы и 30 лет российской не создали условий моральных или материальных, чтобы врач становился на сторону пациента (*Там же*). Он остается зависимым от системы и профессионально ограниченным в своих действиях. Врачи соглашались с такой трактовкой происходящего, особенно подчеркивая безысходность ситуации в регионах.

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (*ПМА 2020-а*):

*... Т.е. зачастую врач сегодня оказывается еще и абсолютно бесправным. На периферии тебе некуда деваться, кроме единственной больницы, и ты превращаешься в раба, который вынужден делать, что скажут – иначе увольнение.*

Многие врачи соглашались и подчеркивают сложность ситуации в регионах, объясняя ее в том числе и тем, что более квалифицированные врачи в 2000-е годы переезжали из регионов в Москву в поисках более высоких заработных плат.

Мотивация трудовой деятельности врачей основана в большинстве случаев на материальных стимулах, социальной защищенности, особом статусе, приверженности к профессии и постоянном профессиональном развитии, а также альтруизме и сострадании (Пузанова, Хуртина 2014). Для них важным остается высокий уровень корпоративной солидарности, как в плане взаимоотношений с коллегами, так и с вышестоящими инстанциями, что, впрочем, не исключает случаев конфликтов на рабочем месте. Отношение же пациентов к ним стало ключевым фактором давления. Авторитет и репутация врачей, начиная с 1990-х годов, постепенно разрушались, а более осведомленный и более требовательный пациент сегодня ожидает большего внимания и индивидуального подхода, чего врач из-за загруженности не может предоставить.

Далее респондент подробно говорит о том, что не позволило медицинскому сообществу сплотиться.

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2021):

*... Во-первых, в медицине задействовано очень много людей, очень большая разница в возрасте в коллективах, потому что были, действительно, бабушки и дедушки. <...> Поэтому и остались, особенно в первичном звене, очень много непрофессиональных людей, которые, уже просто в силу возраста или ещё чего-нибудь, не могли уже догнать. Они все оставались хорошими людьми, но постепенно становились плохими врачами. <...> Поэтому какой-то близости и коллегиальности уже не стало, потому что более молодое поколение уже понимало, что нужно выживать, а не лечить больного, условно говоря. <...> Она [молодежь] готова была абсолютно на все указания начальства, какими бы они ни были. А указания начальства были разнообразные, структурные: это ограничить, то ограничить, времени на прием теперь 5 минут, лекарства эти не выписывать... <...> Поэтому стало невыносимо абсолютно.*

Таким образом, не только врачи оказались в безвыходном положении, но и пациенты. По состоянию на 2017 год 37% опрошенных граждан не увидели существенных изменений в здравоохранении, а 24% даже отметили ухудшение ситуации (Зудин 2017). Снижение доступности бесплатной медицинской помощи и

сокращение врачей-специалистов отметили 61% респондентов, а также 57% обратили внимание на снижающуюся квалификацию врачей. В целом мнение россиян о здравоохранении разделилось 44% оценивают текущую ситуацию как положительную, а 46% как отрицательную (*Там же*).

Исследование отношения россиян к проводимым в российском здравоохранении реформам показало, что оценка врача как специалиста в конкретном заболевании в 61% случаев характеризуется как средняя. Важно отметить, что пациенты «старой закалки» (старше 60 лет) старались избегать негативных оценок, а наиболее критичны были самые экономически активные 25–40 лет. Почти половина респондентов (48,4%) отметили, что качество и уровень медицинского обслуживания падает (*Шульгина 2015*). Хотя до сих пор 46,2% населения считает государство главным в решении социальной проблемы здравоохранения, далее следуют врачи (38,7%), сами пациенты (13,8%), бизнес и институты гражданского общества (10,5%) (*Савельева 2013*).

Противоречия в ожиданиях и реальности, желание самому принимать решение о собственном здоровье и надежды на окончательное решение врача, упование на рыночные принципы и возложение ответственности за текущее состояние в медицине на государство и врачей, требования клиентского сервиса и ожидание эмпатии и сострадания со стороны медицинских профессионалов (*Романов, Ярская-Смирнова 2013*) вносят дополнительные сложности в систему. Не предоставляя полной и корректной информации о самой системе, правилах и регламентах и не осуществляя просветительской деятельности с акцентом на профилактику, российское здравоохранение буквально «вынуждает» граждан самостоятельно искать информацию о здоровье, препаратах, методах лечения (*Пиетия и др. 2007*). Основными источниками медицинских знаний являются СМИ и интернет, а качество опубликованных здесь данных сложно поддается проверке. Врачи часто полагают, что базовая информация о здоровье (в домашних условиях или в условиях лечебных учреждений) у населения есть, и она адекватна, но на деле это не совсем так (материалы исследования подробно представлены в следующей главе).

По мнению граждан, российское здравоохранение остается «громоздким», «опасным», «отталкивающим», «неудобным», «пугающим», «безликим» и «равнодушным» (*Там же*). Подобные формулировки заставляют врачей довольно резко парировать.

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... Вероятно, по мнению пассажиров суперскоростной поезд тоже является опасным, громоздким, неудобным и пугающим, но в данной ситуации главное, чтобы он вас довез до точки назначения. И пассажир не может оценить функциональность мотора, логистические параметры и т.д. Точно так в медицине, главное – это здоровье населения. Если это здоровье улучшается, снижается смертность, растет продолжительность жизни, снижается инфекционная заболеваемость, то населению абсолютно не важно КАКИМ образом этого добились!!!! Поэтому в руководстве Минздравом должны быть люди, думающие о развитии и улучшении здравоохранения, а не о том, чтобы улучшить свое благосостояние. Абсолютно неприемлемо, когда руководство страны лечится за границей.*

Для более глубокой оценки мнений российских пациентов о врачах и системе здравоохранения кажется необходимым обратить внимание и на их высказывания, так как они позволяют изучить реальный жизненный опыт в реальном мире (*Троцук 2004; Тарасенко 2016*). Нарратив представляется отражением социальной реальности, а истолкование смысла позволяет глубже взглянуть на исследуемую проблему. Для данной работы был произведен анализ комментариев к публикации о том, «что не так с российской медициной», в телеграмм-канале одного из самых популярных представителей российского сегмента интернета Артемия Лебедева, размещенного в мае 2019 г. (*Лебедев 2019*). Пост был выбран потому, что аудитория этого блогера очень активная и вовлеченная. Необходимо отметить, что приведенные ниже реплики изобилуют ненормативной лексикой: автор канала не считает необходимым говорить или писать исключительно на литературном русском языке, а его аудитория во многом копирует его поведение; также можно предположить, что подобные выражения подчеркивают и усиливают

эмоциональные переживания участников обсуждения. В середине апреля 2020 г. количество подписчиков канала составляло 249 717 человек из различных регионов России, т.е. благодаря этому обсуждению представилась возможность взглянуть не только на реальную ситуацию в Москве и городах-миллионниках, но и в удаленных от центра районах. Представленные ниже комментарии ярко выявляют позицию рассказчика, описывают конкретные ситуации. Рассматривая анализируемые нарративы, как «дискретные единицы текста с четким началом и окончанием» (Троцук 2004), удалось сформировать более детальную и насыщенную картину состояния современной российской медицины, а именно изучение нарративов может позволить более детально изучить интерпретации и конструкции пациентского опыта (Лехциер 2012; Лехциер 2018).

Из множества комментариев были отобраны 126, которые показались автору наиболее информативными и развернутыми. Мнения были поделены на негативные, которых было подавляющее большинство, и позитивные; отдельно были выделены мнения сотрудников сферы здравоохранения или их родственников в качестве взгляд на проблему изнутри.

Негативные комментарии были распределены по темам и проблематике, а в дальнейшем был сформирован наглядный взвешенный список (см. Рис.1). Необходимо отметить, что недостаточная подготовка медицинского персонала, низкий уровень оплаты труда и отрицательные личные качества медицинских работников, отмечаются как причины падения престижа врачебной профессии многими современными авторами, а не только пациентами (Романов, Ярская-Смирнова 2013).



*Рис. 1. Отношение пациентов к здравоохранению. Основной негатив (2019).*

Также врачам было предложено по возможности прокомментировать высказывания пациентов, так как необходимо было дать возможность отреагировать на обвинения и второй стороне системы здравоохранения. Наибольшее количество претензий участников обсуждения относилось к некомпетентности медицинского персонала и врачей [здесь и далее представлены обезличенные мнения пациентов, собранные онлайн] (ИМА 2019-в):

*... У нас в городе есть больница, в которой всех лечат абсолютно одинаково) (эмоция улыбки – прим.авт.) и не важно чем конкретно человек болен) (эмоция улыбки – прим. авт.).*

*... Однажды на приеме врач гуглила, какие лекарства мне выписывать.*

*... [У знакомой участника дискуссии] были боли в ноге, ей сказали: "До свадьбы заживёт". Не зажило.*

*... Показатели качества медицины: смертность в результате заболеваний, инвалидность в результате лечения (могут так вылечить, что инвалидами после остаются в простых случаях) и отсутствия лечения вовремя, продолжительность жизни (один из факторов).*

*... [Врач] выписал мне список бесполезных лекарств вместо того, чтобы не выписать ничего.*

*... Смотрели 3 разных доктора и дали 3 совершенно разных вердикта.*

Кстати, врачи считают обращение к нескольким специалистам порочной практикой.

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... Желание пациентов получить как можно больше мнений разных докторов губительно. Сам он не может принять решение о выборе того или другого метода диагностики или лечения, и получается замкнутый круг. Есть высказывание английского реаниматолога «Один врач – хорошо, два – лучше, три – еще лучше, но здоровье пациента убывает с количеством врачей»!*

Далее продолжается перечисление претензий российских пациентов к системе здравоохранения, многие из которых касаются полярных мнений разных специалистов, а также разницы в подготовке врачей в регионах и центре:

*... [Пациент обратился с жалобами] Пройдет, не переживайте... Так и ушел ни с чем... Такая медицина у нас.*

*... Пришлось обойти 5 НИИ, прежде чем установили точный диагноз. <...> Страшно, когда врачи не могут между собой договориться о точности диагноза <...> [про хороших врачей] на поверхности плавает только ... (син. экскременты – прим. авт.), за жемчугом нырять нужно.*

*... Половина врачей вместо реального лечения прописывает псевдолекарства и процедуры из оккультной медицины. Уже один этот факт иллюстрирует, что с медициной, мягко говоря, не всё в порядке.*

*... Удаляли аппендикс в Нижегородской области (гор. Дзержинск, население >200 тыс. чел.), и там по старинке это делают, разрезая брюшную полость, хотя во всём мире и в столицах (Москва, Питер) применяют лапароскопию. В Дзре (Дзержинске – прим. авт.) не все хирурги знают, что так можно.*

*... Тогда как в развитых странах помимо нормальных дренажей есть ещё и целые приборы, которые ликвидируют пневмоторекс за час, а мне лежать неделю не ронять бутылку, ...*

Информант врач позволил себе не согласиться с последними двумя высказываниями пациентов.

А.А., врач, муж, стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... Отросток отростку рознь – зачастую это очень сложная операция, которую лапароскопически не решить. Я лично зависал на апендэктомии на 5*

часов. А вторая ситуация такая же, все от незнания тонкостей и возможных осложнений.

Обиды пациентов на врачей, а также обвинения в некомпетентности при оценке современной ситуации в российском здравоохранении не заканчиваются, и зачастую они связаны с низким уровнем профессионализма врачей, по мнению пациентов (ПМА 2019-в):

*... Все просто, мало грамотных специалистов. Большинство врачей будут ставить всегда разные диагнозы.*

*... Не умеют диагностировать болезни... вообще... Соответственно лечат, не от того, что болит...*

*... У нас к какому врачу не приди, он обязательно скажет: ...! (син. кошмар – прим. авт.) Кто это вас так лечил, кто это вам сказал.*

*... Само обучение в медах (медицинских учебных учреждениях – прим. авт.) по методам 40–60х. Врачи лечат по заезженным старым протоколам, но минздрав дает им новые протоколы, но большинство врачей просто не хотят ничего менять. Их устраивает советское. Это касается профильных врачей... тотальное нежелание перемен, никаких.*

Во многих обвинениях пациентами врачей в некомпетентности прослеживается неуважение к ним, таким образом подтверждается тезис о том, что со времен позднего СССР по сегодняшний день профессия врача была полностью «десакрализована»:

*... Именно врачи [главная проблема здравоохранения] и именно ... (син. плохо – прим. авт.) лечат. Даже за деньги! Даже за большие деньги.*

*... Так в Москве то же самое. И по ОМС, и по ДМС. ... (син. наплеватьство – прим. авт.), хамство, непрофессионализм, ... (син. обман – прим. авт.).*

*... Элементарно лечить не хотят <...> Я ... (восклицание – прим. авт.) раз 5 был у разных вр [врачей].*

*... Платная медицина, это те же самые 40+ лет врачи с опытом совкового лечения, но на коммерческих рельсах. Результат на выходе почти одинаков. Только с вас ещё 1500 за приём. Больше всего бесит первый приём, где выслушают,*



*отправят на платные анализы и досвидули (до свидания, – прим. авт.). На втором уже их смотрят. Можно вывести из совка врача, а вот совок из врача нет. Все идут с опытом муниципального ... (син. безразличия – прим. авт.) и деформацией, а не сразу после Вуза.*

*... В регионах (в большинстве случаев) в государственных поликлиниках вместо квалифицированной помощи находишь лишь ... (син. безразличие – прим. авт.), хамство и попытку ... (син. обмануть – прим. авт.) любого – от студента до бабки, выписав бесполезные колёса за сто тыщмиллионов, хотя аналог стоит в 10 раз дешевле.*

Некоторые комментарии, грубо обвиняющие врачей в некомпетентности, содержат рекомендации жаловаться в вышестоящие инстанции, подчеркивая, что в России только жалобы могут привести к результату:

*... Раздражают повсеместно встречающиеся врачи, которые пытаются лечить последствия, а на причины заболевания им ... (син. безразлично – прим. авт.). Или просто ... (син. безразлично – прим. авт.) на пациента. <...> сделала вывод, что на любое недовольство врачом проще сразу писать жалобу. Пишешь жалобу – и о чудо, тебя и приняли сразу, и обращаются как к человеку, и даже как будто хотят вылечить. Поэтому неуважаемые врачи-... (син. пустобрехи – прим. авт.), которые любят назначать от всех болезней арбидол, идите ... (син. прочь – прим. авт.), пожалуйста, и там жалуйтесь на свои зарплаты.*

Последнюю реплику, конечно, врачи не могли не прокомментировать.

А.А., врач, муж, стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... Потому что реакция на жалобы стала неадекватной [со стороны руководства лечебных учреждений – прим. авт.]. Никто не разбирается, сразу наказывают врача. От этого и снижается престиж профессии. Раньше на необоснованные жалобы вообще не обращали внимания.*

Высокая степень неуважения присутствует и в других комментариях участников обсуждения:

*... Диагностируют на ... (син. спусть рукава – прим. авт.). Болит рука? Ну выпей обезболивающего. Все. И такое не раз. И не только рука. Главная задача*

*бесплатного врача – чтобы ты ... (син. ушел – прим. авт.) побыстрее и с «мелочами» не лез. И чтоб ему за это ничто не было. Лечат тупо анестезией. Было что «прописывали» что-то типа Некст с рекламы по ящику. Даже заморочиться на мед. термин (действующее вещество) было влом.*

*... Большинству из участников процесса – ... (син. все равно – прим. авт.).*

Большое количество претензий у российских пациентов к организации процессов внутри государственных медицинских учреждений:

*... В нашем городе к детскому стоматологу и ряду других узких специалистов по ОМС просто невозможно записаться (ни по телефону, ни онлайн, ни придя в регистратуру).*

*... Для записи необходимо приехать рано утром в поликлинику и отстоять очередь, на что нет обычно ни времени, ни сил, особенно если ты уже больной.*

Врачи согласны, что проблема существует.

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х. Москва (ПМА 2020-а):

*... Это серьезная проблема после оптимизации системы здравоохранения. Как ее будут решать пока не понятно. Но это конкретные ошибки руководства. У каждой ошибки есть имя, отчество и фамилия!*

Далее самые яркие высказывания пациентов о проблемах в организации процессов в государственных лечебных учреждениях (ПМА 2019-в):

*... Еще одна проблема – бюрократия. Нельзя просто прийти и вылечиться, надо собирать кучу справок, анализов для чего угодно. А запись к каждому врачу – это месяц ожидания.*

И врачи тут же парируют.

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... В советское время это было невозможно. Дооптимизировались!!!*

Поток претензий со стороны пациентов не ослабевает (ПМА 2019-в), многие из них связаны с длительностью ожидания медицинской помощи и ограниченностью времени на прием:

*... Очереди на нужную процедуру можно ждать 2–3 месяца; оборудование не самое новое; в моем городе-миллионнике до сих пор нет электронного*

документооборота, регулярно теряют карточки с оригиналами результатов анализов и обследований, хочешь узнать результаты анализов – бери отгул и иди к терапевту в часы приема.

... Записаться к специалисту (кардиолог, эндокринолог и т.п.) можно только в один конкретный день недели <...> запись идет на 1-2 неделю вперед. Таким образом, к врачу запросто можно попасть где-то через месяц после того, как начинаешь заниматься этим вопросом.

... У врачей много писанины и мало времени на прием. Либо тебя почти не смотрят, чтобы все успеть, либо смотрят, и все задерживается. Сокращения в штате, в ОМС входит все меньше и меньше исследований и т.д.

... Придуманная система записи в МО (Московской области) только осложнила процесс: к профильным специалистам может записаться только терапевт, к которому также нужно задолго заранее записываться. Пару недель ждешь поход к терапевту и можешь столько же прождать поход к профильному. На УЗИ вообще за полгода запись.

Общий комментарий врачей на все вышесказанное пациентами все тот же горький.

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

... Дооптимизировались!!!

Наряду с претензиями к организации процессов присутствуют негативные отзывы об изношенности инфраструктуры государственных лечебных учреждений (ПМА 2019-в):

... Врачи перегружены, узких специалистов нет, просто к хирургу-стоматологу попасть проблема, не говоря уже о проктологе или аллергологе, ужасные больницы, лишние деньги остаются в частных руках и уходят за кардон вместо того, чтобы лечить сложных больных, учить врачей и развивать инфраструктуру.

... Разбомбленные здания поликлиник, не хватает врачей, койкомест для пациентов. Менеджмент формируется не по способностям, а по благу. У врачей план по больным от страховой, их штрафуют по всякой ... (син. несущественный

эпизод – прим. авт.), с другой стороны и врачи более менее способные идут в частники, остаются гомеопаты одни.

... Неделю жена с ребенком лежали в больнице. Из претензий – древняя мебель и облупившиеся стены. Обшарпанные углы и коридоры. Вторая претензия – полное ... (син. халатность – прим. авт.). Лекарства были. Врачи были. Анализы делали быстро. Ребенка вылечили. Но внешний вид прямо печаль.

... 1) Часто в больницах провинций не хватает медикаментов для полноценного лечения, пациентам приходится покупать самостоятельно за свой счет; 2) Состояние многих больниц (ремонт, оснащение), преимущественно в некрупных городах, оставляет желать лучшего; 3) Главная проблема – средний и младший медперсонал. Часто это люди халатные, безответственные, выполняющие свои обязанности не по инструкциям. Особенно это заметно в отделениях, где за пациентом нужен особый уход (парализованные и т.д.). К сожалению, сталкивался с тем, что он не обеспечивается.

Многие участники дискуссии отмечали ощущение общей бесполезности государственных медицинских учреждений (ПМА 2019-в):

... Со временем сложилось впечатление, что в обычных гос. поликлиниках только для того врачи и сидят, чтоб справки для работы и учёбы выписывать. А когда приходишь с реальными проблемами, очень часто слышишь "ну мы понятия не имеем, что там у тебя" и бегаешь по всему списку анализов и врачей. Потом забиваешь, приходишь к платному врачу, и он ... (син. удивляется – прим. авт.), что тебе прописывали до него и как лечили.

... Мне не нравится, что в бесплатной поликлинике, кроме больничного ловить нечего, ну ещё мочу и кровку [кровь] могут взять. Все нормально – и ...) (син. до свидания – прим. авт.). Бывает, что мне нужно к специалисту, а терапевт делает всё возможное, чтобы меня туда не направлять – мол мест мало. Плюс хамство. И это в Москве, что было и есть в Нижнем родном моем Новгороде – вообще туши свет. Я, конечно, ипохондрик, но мне правда страшно, что у меня может появиться какая-то болезнь, и на ранней стадии никто мне ее не установит.

... В Москве, не с первого, так со второго-пятого раза можно добиться более менее вменяемой медицины. И то с учётом платных клиник, в бесплатной, можно три месяца стоять в очереди на анализ. А в регионах вообще ... (син. все плохо – прим. авт.).

... Часто хожу в государственные поликлиники. Потому что за них я и все уже остальные заплатили. Но в этом случае вступает российский менталитет, врачи считают, что на работе им мало платят, поэтому там нету сервиса, еще они заинтересованы, чтобы мы обращались в частные поликлиники, потому что большинство врачей работают в тех же самых частных поликлиниках.

... Врач-невролог сказала «вы врете!» нет у вас никаких проблем <...> А в частной на это же сказали «как вовремя вы пришли, это опасно может быть».

Необходимость, а иногда вынужденность обращения в коммерческие лечебные учреждения отмечают многие участники дискуссии (ПМА 2019-в):

... Зачем мы платим страховые взносы, если лечимся все равно у платных врачей. Причем в платной клинике эти же врачи.

... А если я не болею, на какой ... (син. зачем – прим. авт.) я плачу за обязательное медицинское страхование? А если даже и заболел ни в жизнь не пойду в бесплатную поликлинику, нет у меня денег так дорого лечиться).

... Вывод: [в государственном лечебном учреждении] очереди, отправили на рентген вместо МРТ, рентген только одного сустава, не диагностировали причину болей, прописали холодец, не вылечили. Из минусов платной медицины: диагноз обошёлся в 10 000 рублей, лечение ещё в 40 000.

... Самая частая проблема в медицинских гос. учреждениях – малое количество времени, уделяемое пациенту. Иногда просто не успевают нормально анамнез собрать – время вышло и по графику уже следующего принимать надо. В частных с этим намного лучше. Но частники могут и залечить – были бы деньги. А там на каждый чих найдут лечение (даже если само пройти может).

... Врач, который тебе нужен срочно, ты к нему попасть можешь только через 3–4 недели. Это ... (эмоциональное восклицание – прим. авт.) как?! через 3–

*4 недели мне уже наверно хирург нужен будет или патологоанатом. Это из личного опыта. Пришлось идти в частную.*

*... В итоге сделала всё за деньги в платной клинике и пришла с результатами [в государственную]. Врач сказала: «Не, ну я ... знаю (не знаю – прим. авт.), что с тобой тогда. Сходи к хирургу, или к эндокринологу, или к гинекологу». Теперь хожу только в платные по ДМС, пока вроде норм.*

*... Крайне низка квалификация специалистов. Как в государственных учреждениях, так и в частных. Хорошего специалиста нужно искать по знакомым, таких передают из рук в руки. И такой специалист все равно будет платный.*

В целом, нужно отметить, что проблема пациентского выбора давно находится в фокусе внимания медицинских антропологов как зарубежных (Mattingly, Garro 2000), так и отечественных (Лехциер 2017). Авторы отмечают сложности, с которыми сталкиваются пациенты как эмоционального плана, так и рационального, а стресс и неизвестность при ограниченности знаний создают ситуацию неопределенности.

Вслед за стремительным вхождением интернета в повседневную жизнь и появлением множества источников информации о здоровье (телеграм- и ютуб-каналы, блоги, порталы и проч.) многие современные пациенты являются, или, что не менее важно, *считают* себя грамотными в медицинских вопросах. Их можно идентифицировать, необходимо подчеркнуть, по высказываниям о важности владения врачами английским языком и необходимости чтения актуальных медицинских статей, приверженности принципам доказательной медицины и проч. В дискуссии, поднятой Артемием Лебедевым, нашлись и такие:

*... Возможно, если б врачи после съема анамнеза и понимания симптоматики на приеме открывали протокол - они б укладывались в эти 15–30 минут. Еще одна проблема - клиническое мышление - не все врачи им обладают. Это видно по новоиспеченным докторам. Еще одна проблема: превентивная медицина – ее в стране НЕТ. Так же нет и медицины для пожилых. Уже начиная с 75 лет скорая неохотно берет экстренно людей в этом возрасте. Есть правило "золотого часа",*

*и, если в течение него не помочь, летальный исход практически гарантирован. А у нас начинаются торги со скорой чтоб взяли, потому что там в больнице, когда привезут им тоже могут ввалить. И иногда больницы им ... (напрямую – прим. авт.) об этом говорят. Летальный исход, в принципе, гарантирован в экстренном случае, а так как у нас организована скорая, которая теперь как автономная служба это ... (кошмар – прим. авт.).*

*... Скорая помощь, которая обязана приезжать на каждый пук и температуру 38 у взрослого человека, которая зачастую ещё и как вытрезвитель работает. В то время как пациенты, которые действительно нуждаются помощи, ждут помощи часами. Население, которое идёт в больницу только когда жить уже совсем невозможно, доводя себя до хронизации или тяжелейшего состояния, а потом ещё и не придерживается терапии, потому что дорого и якобы зашлаковывает организм. Общая неграмотность населения с лечением астмы баней, ожогов маслом и так далее. Убеждения, что прививки вызывают аутизм, отравляют всех ртутью.*

Из всего этого можно сделать вывод, что и многие пациенты, и врачи склонны видеть одни и те же проблемы в сфере здравоохранения: неоперативно работающая «скорая помощь», низкая информированность населения в вопросах здоровья, низкий уровень профилактики и т.п. При этом важно отметить, что и те, и другие «всё понимают», но никаких изменений не происходит, а ситуация продолжает накаляться, как и недовольство друг другом каждой из сторон. Информированные пациенты:

*... 1. Программа импортозамещения приводит к тому, что больницы/аптеки не могут закупать импортные лекарства и оборудование, в то время как отечественных аналогов не существует или они гораздо хуже по качеству и свойствам. 2. КВОТЫ на лечение – их всегда не хватает, они распределены неравномерно по регионам, пациенту нужно пройти 9 кругов ада, чтобы получить квоту. Есть некоторые виды процедур, которые осуществляются только по квотам. Даже если пациент готов сделать эту процедуру платно за свой счёт, больница не имеет возможности предоставить эту услугу пациенту на*

коммерческой основе. 3. Госзакупки лекарств и медицинского оборудования - здесь даже объяснять ничего не нужно... бюрократия + коррупция. 4. Врачи не читают актуальные научные статьи, не узнают о мировых стандартах лечения своевременно. т.к. все научные статьи на английском языке (у многих врачей нет знания языка) + их нет в бесплатном доступе (не могут позволить себе оформить подписку).

Врачи согласны, что необходимость постоянного самообразования присутствует, но пока эта проблема не решена и остается личной инициативной медиков.

А.А., врач, муж., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

... Раньше каждый врач был обязан раз в 5 лет пройти специализацию, похоже сейчас это будут пересматривать, и врачам придется самим платить за обучение.

И снова комментарии информированных пациентов (ПМА 2019-в):

... Скажу про педиатрию, т.к. сталкиваюсь с ней больше всего: 1. Назначаются дефолтные фуфломцины типа виферона. 2. Лечение при ОРВИ не совпадает с правилами доказательной медицины. 3. Прививки воспринимаются как нагрузка на иммунитет. 4. Лечат несуществующий дисбактериоз. 5. Антибиотик назначают на 3й день температуры без анализов. 6. РотоВИРУС в больничке у знакомых лечили антибиотиками. 7. Есть у знакомого ребенок с большими проблемами со здоровьем, у него ни одной прививки (тут я деталей не знаю и может оно оправдано, но в целом медотводы от прививок часто необоснованы).

... Несоблюдение принципов доказательной медицины, назначение гомеопатических средств, старые методы лечения, плохо образованный персонал.

... Огромное количество препаратов просто не ввозится, лечат по старым протоколам. Очень слабая превентивная медицина и диагностика.

... Врачи очень плохо вписаны в мировой контекст - не знают английского, не читают новых исследований.



*... Найдите мне хотя б 10 русских врачей, публикующихся на западе? Они не перегружены, они ленивы и ... (ничего – прим. авт.) не хотят учиться. Вся литература сегодня на англ. как вы думаете, сколько врачей его знают?).*

Множество претензий было также высказано к качеству и тональности общения между врачом и пациентом (ПМА 2019-в):

*... Кафедральная медицина вместо доказательной, отсутствие эмпатии или хотя бы уважительного отношения к пациентам. Участковые врачи зажаты в тиски и не имеют времени для самообразования.*

*... Очень часто персонал хамит. Если лечиться не в Москве, то добраться до нужного специалиста – настоящий квест.*

*... Хамство, какие-то обиды, неправильно поставленные диагнозы и страх перед ответственностью.*

И врачи объясняют, почему ситуация сложилась именно так.

А.А., врач, муж, стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2020-а):

*... На самом деле, хороших врачей мало и становится все меньше и меньше, потому что раньше была преемственность. Приходящий молодой врач ходил за мной, как хвостик, почти год и только после этого начинал самостоятельно дежурить. И это шло из поколения в поколение. Сейчас этого нет. Твое образование – твои проблемы.*

При этом количество горьких комментариев пациентов не уменьшается (ПМА 2019-в):

*... Очереди, невозможность получить быстрое и качественное обслуживание, отвратительно некомпетентные психотерапевты, психиатры, гинекологи и эндокринологи в государственных учреждениях. Редкие врачи отслеживают новые исследования в своей и смежных областях, повышают квалификацию, главный и самый нелепый пример – ветрянку до сих пор лечат зеленкой. Дикое неуважение к пациентам, в особенности к женщинам в роддомах, в особенности – во время родов. Про коррупцию и говорить нечего :)*

*... После модернизации поликлиник, сокращения врачей и обучения оставшихся на ультра-турбо-универсалов, теперь по многим вопросам можно в*

*один кабинетик, а приём длится 15 минут. Врачи подгоняют в начале, подгоняют в конце. Времени все меньше, отчёты о приёме больше. Уважаемые лекари стали дёрганные.*

*... Недоступность квалифицированной медицинской помощи нигде, кроме МСК и СПб <...> отношение к пациенту, как неполноценному человеку.*

*... Халатность. <...> Врач поставил диагноз, а на вопрос "что это такое и как с этим быть" порекомендовал мне погулть.*

Множество негатива было высказано в связи с необходимостью оплаты процедур и коррупции, а также о том, что в регионах медицины вообще уже не существует, и о том, что российская медицина – это, скорее, лотерея и в плане хорошего специалиста, и в плане финансовых затрат.

Необходимо отметить, что в апреле 2020 г. в разгар пандемии COVID-19 и самоизоляции Артемий Лебедев еще раз поднял этот же вопрос среди своих подписчиков (Лебедев 2020). Количество комментариев достигло 338, против 234 в 2019 г., что, возможно, связано с ростом подписчиков или ростом популярности телеграма, или с тем, что тема очень острая, касается каждого и не позволяет остаться равнодушным, а возможно, потому что вопрос заново был поднят в начале пандемии и локдауна, когда многие оказались заперты дома, а медицинская тематика стала как никогда актуальной. Многие комментарии пациентов в 2020 г., в сравнении с 2019-м, также были негативными (см. Рис.2). Тематика ответов касалась все тех же проблем российского здравоохранения. Но что удалось отметить, так это возросшее количество постов с поддержкой врачей и о произволе чиновников, а также предложений сравнения нашей ситуации с другими странами, и тезисы о том, что не так там все гладко, а, скорее, долго, неэффективно и очень дорого.

**Врачи хорошие, чиновники/условия плохие**  
**Обвинения в некомпетентности**  
**Государственное здравоохранение бесполезное**  
**Организация процессов      Катастрофа в регионах**  
**Сравнение с другими странами      Претензии к общению/отношению**  
**Халатность      Коррупция**

*Рис. 2. Отношение пациентов к здравоохранению. Основной негатив (2020).*

Смена настроений российского общества в сторону уважения труда медиков произошла примерно в середине апреля 2020 г., когда в интернете и на телевидении начались массовые акции поддержки врачей в период разгара эпидемии COVID-19. Волна, которая пришла к нам с Запада, сначала была воспринята неоднозначно, но впоследствии все больше и больше стало появляться постов со словами поддержки и уважения труда врачей (ПМА 2020-в):

*... Зарплаты у врачей и всего персонала маленькие – огромный минус. Эти люди в 1-ю очередь должны получать достойный доход.*

*... У мамы была пневмония, её увезли в больницу, врач в больнице сказал, идите домой, у вас все хорошо, в итоге потом повезли в другую, пневмония все-таки была, в довольно плохой форме, халатность процветает.*

*... Как-то раз, я отравился серьезно, когда мне стало скучно и я почти выздоровел, я спокойно вышел из инфекционной больницы, вообще без всяких проблем, даже слова никто не сказал. Но, к слову, это все остатки пост-совка, наверное, есть и хорошие, умелые, умные люди, таким всего самого наилучшего.*

*... Когда вы, черти, поживете в других странах и познаете медицину, вы ... (син. удивитесь – прим. авт.) насколько наши врачи профессиональные. Вы кроме Российской медицины не видели никакой. Хотите получить рекомендации фельдшера за цену иномарки? Обратитесь к врачу в США. Хотите не получить лечения за 100–200 тысяч и даже диагноза? Лечитесь в Китае. Я только нашим врачам доверяю, причём бесплатным и это, учитывая, что у меня ДМС есть...*

... Уровень нагрузок, а не ответственности, у врачей увеличился, причем в разы. А нагрузки увеличивают чиновники и депутаты (законы, указы, приказы), хотя быть хорошими и ... (син. пить соки – прим. авт.) врачей. Откуда очереди? Да ... (восклицание – прим. авт.) количество больных значительно больше, чем количество врачей, не понятно? В Европе очередь к специалисту до полугода, и никто не возмущается. И вопросы задавайте не врачам (что происходит), а власти.

... У меня простой вопрос. А вы готовы отправить своего сына/дочь во врачи? Низкая зарплата, тяжёлая работа, риск заболеть самому и принести заразу домой, ответственность (в том числе перед прокуратурой) и т.д. Перспектива!

... Зарплаты низкие, вот и все. Из-за низких зарплат и без дифференцированной оплаты труда у врача пропадает тяга к самосовершенствованию. Раз в пять лет есть обязательство пройти курсы на месяц, из них половина договариваются и делают свою работу.

... Все зависит от врачей и только от врачей. Есть врачи внимательные и ответственные, а есть такие, которым просто не место в медицине. Это я как пациент говорю. А что там внутри не берусь рассуждать, так как не мед. работник.

... 1. Экстренно попала в больницу в Амстердаме, сделали полостную операцию (гинекология), страховки не было. Боялась, что суммы будут нереальные – в итоге 2,5К евро (в Москве операция стоила бы столько же). Больница крутая, врачи вежливые, подробно все объясняли, отхода от операции были недолгие – выписали через сутки, встала и пошла домой. 2. В Москве скорая приезжает минут через 10. Зимой снова экстренно попала в больницу с той же проблемой, что и в Амстердаме, сделали операцию по ОМС. Врачи отличные, больница хорошая, еда иногда нормальная, иногда ... (кошмар – прим. авт.). Отношение к личному пространству больных идёт ... (никого не волнует – прим. авт.) – пару раз приходилось раздеваться догола чуть ли не посреди коридора/посреди палаты с 5 другими пациентами. В целом ... (без разницы – прим. авт.), но в Амстердаме эта проблема решалась шторкой вокруг каждой кровати. Отходила почему-то

дней 5 с болями, и швы больше. Считаю, все проблемы от отсутствия финансирования + в регионах много коррупции + совковая система субординации, а врачи у нас топ.

... Даааа... люди, вы даже не представляете, какая нагрузка на врачей сейчас, вас элементарно скоро некому лечить будет... Старое поколение выходит на пенсию, а новое просто не идет из-за низких ЗП (заработных плат, – прим. авт.), ответственности и отношения людей! Да-да, вы не ослышались, не только у вас претензии к врачам, но и у них к вам! Думаю, тут половина комментаторов в полном объеме не платит налоги, сидит на черных ЗП (заработных платах – прим. авт.) или вовсе не работает! Наверное, действительно лучше будет платная медицина для вас... Я не врач, врач моя мама, и весь коллектив её сменился (она работает в обл. больнице), кто-то ушел в частные клиники, лечить людей по ДМС, кто-то ушел на пенсию... Лучшие уволиться, ... (зачем – прим. авт.) надо терпеть это вот всё, лечите себя сами...

... Сейчас о педиатрии! Сталкивалась с 3-мя больницами в разных городах, слава богу по не серьезным темам: плановый приём, ОРВИ и т.д. Врачи 98% адекватные, заботливые и к профессионализму нет вопросов. Но: 1) 10 минут на ребёнка (!). 2) Нет возможности записаться день в день – поэтому очередь одна по времени, вторая без времени, через одного. 3) Некоторые анализы делаются через заведующего! В этом случае приходится брать кровь из вены у ребёнка 2 раза. 4) Часто говорят, что не могут выписать лекарства, о которых заявлено как о бесплатно выдаваемых, т.к. нет бланков/в наличии и т.д. Итог: больше вопросов к организации процессов и лечения, чем к профессионализму докторов...

... Низкие зарплаты ... (восклицание – прим. авт.) Тема! Низкие зарплаты, Окей?! Поэтому в городских поликлиниках работают в основном не самые лучшие специалисты, потому что на такую заработную плату соглашаются в основном неуверенные в своих компетенциях врачи, за исключением святых. Кейс: не говоря уже о плохом обращении к пациентам, в городской ЖК (женская консультация, – прим. авт.) основной причиной моей проблемы со здоровьем врач назвала: ты просто много стрессуешь, из-за этого бушуют гормоны. Я говорю: нет, у меня

выдался отличный год, стресс был на минимуме. Мне отвечают: нет, ты стрессуешь. И мне выписали гормональные препараты **АБСОЛЮТНО БЕЗ ВСЯКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**. После этого я обратилась в платную клинику, где мне сказали, что выписывать такие мощные препараты без обследования категорически ... (восклицание – прим. авт.) нельзя. Препарат должен подходить организму как ключик к замочку. И да, проблема была совсем не в стрессе.

... У меня вот только положительный опыт. Пришел в обычную поликлинику с жалобами, после первого же осмотра отправили на МРТ (несколько дней подождал), потом больница. После всех необходимых анализов (один пришлось сделать за свой счет, он не входит в ОМС) поставили диагноз. Через две недели после больницы уже начали выдавать бесплатное лекарство, которое мне помогает, если перестанет - есть более сильные варианты. С бабками, очередями и хабалками можно и смириться, учитывая, что это бесплатная клиника.

... Сплошные ... (син. отвратительные выпады – прим. авт.) против врачей. Скамейка ... (восклицание – прим. авт.) металлическая не нравится. Врач ее туда поставил? Ты, как профинансировал ОМС, так и получил. Полечись за рубежом, ... (син. крайне удивишься – прим. авт.) от тарифов. Врач оказывает медицинскую помощь, а не услугу. Не нравится, лечись подорожником.

... (син. непонятно – прим. авт.), как оно. Читаю комментарии – везде все плохо, врачи убийцы. Как пойду сам лечиться – ну в очереди потуплю в телефон, с регистратурой общаюсь вежливо, отвечают также, врачи болячки лечат, жаловаться не на что. Непонятно, в общем.

... В 2015 году попал в больничку по неврологии. За 4 дня засунули в огромное количество всяких аппаратов, взяли кучу крови на анализ, накормили, спать уложили, здоровеньким выпустили. Дали бумажку, в которой отчитались сколько денег потратили. За 4 дня 21 тысячу рублей. Я за это ни копейки не отдал. Не знаю я, что не так. Жена в детской поликлинике медсестрой работает. Поликлиника великолепна. Всё есть, запись по интернету, очереди не шибко большие. Чаще из-за тех, кто не по записи приходит. Да, зп (заработная плата –

*прим. авт.) не большая. Это факт. Но она, кстати, немного повысилась в этом году. Но до нормального уровня ещё далековато.*

*... (син. непонятно – прим. авт.), тоже удивляюсь. Два раза лежала в разных больницах, в детской и во взрослой, все чисто, врачи адекватные. Поликлиника районная очень прогрессивная. Женская консультация тоже классная. Ну стоматология по ОМС на дне, но тут уж, извините, это дело тонкое. (г. Нижний Новгород).*

Подводя итог этой главы, представляется важным отметить, что российские пациенты склонны видеть, оценивая современную медицину, целый комплекс проблем: понимая бюрократические и организационные проблемы, проблемы недофинансирования и влияния чиновников. С весны 2020 года наблюдается рост уважения и благодарности к врачам за их колоссальный труд. Остается надеяться, что эта тенденция продолжится и дальше. Эпидемия COVID-19 вскрыла и даже обострила множество проблем системы здравоохранения: и недостаточность финансирования, и диспропорции в распределения средств и ресурсов между регионами и центром, и многие другие. Многие исследователи активно изучают изменения, произошедшие в связи с пандемией, среди них и социологи, и антропологи, и экономисты, и управленцы в сфере здравоохранения (см. например работы: (Стародубов и др. 2020), (Ожиганова 2020), (Харитоновна 2020; 2021), (Сабурова 2020), (Галкин 2021), (Рыжкова, Тарасенко 2021), (Власов 2021), (Михель 2021)). Врачи сегодня не остаются безмолвными, многие обращаются к общественности с криками о помощи. Доступ к сети интернет позволяет сегодня быть услышанными. Проблема коммуникаций между врачом и пациентом все еще остается актуальной, ей будет посвящена следующая глава. Главное, что сегодня пациенты и врачи уже не находятся по разные стороны баррикад, а вместе, поддерживая друг друга, надеются на лучшее.

\*\*\*

Современный подход к врачебной деятельности, несмотря на произошедшие за последние 30 лет изменения в российском обществе, все еще остается

патерналистским. Трансформация медицинской помощи в услугу продолжает вызывать негативную реакцию со стороны врачей. Они считают, что рыночные отношения несовместимы с медициной, а обращение в платные медицинские организации, особенно зарубежные, врачи видят прямым проявлением запроса на патернализм, когда, оплачивая дорогостоящее лечение, пациенты хотят получить решение своих проблем в короткие сроки и без глубокого погружения в детали заболевания. При этом современные пациенты иногда вынуждены оплачивать медицинские услуги в государственных или частных клиниках для обеспечения их доступности и своевременности. Особенно остро эта ситуация наблюдается в регионах. Необходимость оплаты из собственных средств граждан ведет к росту недовольства и напряженности во взаимодействиях врача и пациента. Зачастую это недовольство выражается в грубой форме, а также заканчивается обращением в вышестоящие инстанции, что, как полагают многие пациенты, является единственным действенным инструментом давления на представителей медицинской профессии. В связи с тем, что, по мнению врачей, реакция на жалобы руководством медицинских организаций стала неадекватной, продолжается рост напряженности и общее падение престижа врачебной профессии.



### **ГЛАВА 3. Пациент и эффективность медицинской помощи в контексте взаимоотношений врача и пациента**

#### **§1. Навыки коммуникации врачей и их востребованность пациентом**

Врачи и пациенты изначально говорят на разных языках. Обусловлено это не только тем фактом, что, возникнув в античности, медицина обрела свой собственный язык и сложную терминологию на латыни. Современный высокотехнологичный период развития медицины также отдаляет врача и пациента друг от друга. Индивидуальные переживания и попытка их интерпретации на этапе сбора анамнеза и постановки диагноза по информативности значительно уступают объективным данным всевозможных высокотехнологичных медицинских исследований (*Камалиева 2019*). Медицинская профессия обрела формы закрытой профессиональной субкультуры с собственным «языком», специфическими этическими нормами и правовыми кодексами.

Пациенты в системе здравоохранения остаются обезличенными. Их мнения и желания редко учитываются персоналом лечебных учреждений, особенно государственных, что отдаляет переход к пациентоцентричности, провозглашаемый руководством системы.

При этом коммуникация считается одной из важных основ здравоохранения (*Элмтейн 1996; Wynia and Matiassek 2009; Чурикова, Шишкин 2014*), от ее эффективности зависит удовлетворенность пациентов при записи на прием, при взаимодействии с медицинским персоналом, при аккуратном и точном соблюдении назначений, а как следствие наблюдается лучший результат лечения (*DiMatteo 1994; Gordon et al. 1995; Stewart 1995; Williams et al. 1998; Константинова 2006; Wynia and Matiassek 2009*).

Эффективность работы врачей также зависит от эффективной коммуникации с пациентом. Здесь важен не только профессиональный медицинский аспект, но и морально-психологический: качество постановки диагноза, уверенность в том, что пациент точно понял свой диагноз, схему лечения и важность четкого следования

ей, риски развития болезни в дальнейшем, что пациент вовлечен в вопросы, связанные с собственным здоровьем, и готов ответственно относиться к своему здоровью, понимает все риски отсутствия профилактики, а именно физическая активность, отказ от вредных привычек, правильное питание (*Дубовый, Константинова 2007*). Работать комфортнее в атмосфере доверия, искренности, эмпатии и доброжелательности, чтобы быть уверенным в том, что пациент придет на повторный прием, то есть врач будет иметь возможность оценить эффективность собственных назначений, видеть результат своего труда.

Курс на пациентоориентированную медицину взят сегодня системами здравоохранения многих стран, однако на данный момент у специалистов не сложилось единого мнения по поводу ее составляющих (*Mead and Bower 2000*). Некоторые авторы полагают, что такая медицина должна тесно согласовываться с потребностями, желаниями и предпочтениями пациентов, а также реагировать на них (*Laine and Davidoff 1996*). Другие авторы (*Stewart et al. 2003*) подчеркивают взаимосвязь нескольких ее компонентов:

1. Изучение как самой болезни, так и опыта болезни;
2. Холистический подход к пониманию человека без фокуса на его отдельных пострадавших органах или системах;
3. Поиск консенсуса в отношении принятия решений и управления вопросами, связанными со здоровьем пациента;
4. Важность и необходимость профилактических мер;
5. Укрепление взаимоотношений между врачом и пациентом;
6. «Реалистичная» оценка предела личных ограничений пациента (времени, ресурсов, усилий).

Компетентность в сфере коммуникаций сегодня по значимости для клинической практики становится не менее важной, чем владение базовыми научными знаниями, клиническим мышлением или практическими навыками (*Константинова 2006; Сильверман и др. 2018*). Важность обучения врачей навыкам коммуникации давно понята на Западе, где будущие врачи сдают экзамены с участием привлеченных профессиональных актеров (*Сильверман и др.*

2018). В нашей стране в последние годы тот факт, что чем выше эффективность коммуникации между врачом и пациентом, тем ниже количество претензий к организации и качеству оказываемой медицинской помощи, также уже не вызывает сомнения (Денисов 2012). В современном российском медицинском образовании ситуация постепенно меняется: стали появляться аккредитации выпускников, включающие оценку коммуникативных навыков, программы дополнительного обучения врачей, практические занятия по различным клиническим дисциплинам (Сильверман и др. 2018).

С. Лабуда Скроп (*Labuda Schrop* 2011), подчеркивая важность навыков общения врача и пациента, говорит о том, что знание процессов болезни и история болезни пациента являются двумя важнейшими элементами диагностики. Симптомы и семейная история заболеваний не менее важны, чем личностные особенности пациента или тип семьи и общества, в котором они проживают. Таким образом, врач может обнаружить взаимодействие между биологическими (физиологическими), социальными и психологическими составляющими жизни пациента (*Smith and Hoppe* 1991). Все это позволит врачу лечить отдельно взятого индивида с уникальными особенностями, а не только устранять его медицинскую проблему. Таким образом, будет соблюдаться принцип «лечить больного, а не болезнь», вернув во взаимоотношение врача и пациента взаимное уважение, сострадание и эмпатию.

Сохранившаяся в российской медицине с советских времен патерналистская модель исключала многие проблемы и конфликты, так как находящийся в подчиненном положении пациент не имел права голоса. Современных пациентов, многие из которых черпают информацию о здоровье в интернете, читают либо в переводе, либо даже в оригинале международно-принятые руководства по лечению (*guidelines*), патерналистская модель уже не вполне устраивает. Свою роль в этом играет возросший уровень финансового благополучия россиян, а также наличие множества коммерческих клиник, способных предложить своим пациентам (клиентам), помимо решения медицинских вопросов, сервис высокого уровня: комфортные условия, уважение к личному времени пациентов, заботу и

дружелюбие – все то, чему в государственных лечебных учреждениях не принято было уделять какого бы то ни было внимания. У современных пациентов появился выбор, право голоса, доступ к различным источникам информации и собственное мнение, что превратило латентный конфликт между врачами и пациентами в более открытый и осознанный (*Темкина 2020*).

Возрастающий со стороны пациентов запрос на равноправное общение, хотя изначально взаимоотношения врача и пациента не являлись равными, привело, например, к введению принципа «информированного согласия», когда пациенту должна сообщаться вся информация о его заболевании, возможных вариантах лечения, а также всех осложнениях, которые могут возникнуть в процессе лечения. Этот принцип сегодня является в большей степени результатом правовых и контрактных запросов, чем коммуникационных (*Камалиева 2019*), что в нашей стране привело к тому, например, что подписание информированного согласия стало никому не нужной формальностью (*Силуянова, Недоступ 2007; Чеботарева, Паршин 2018; Кадыров, Куфтова 2019*).

Можно сделать обобщающий вывод, что на взаимоотношения и взаимодействие врача и пациента сегодня влияют такие основные факторы, как утрата гуманистических и этических установок, действовавших до начала XX века; «размывание» целостности образа пациента в виду оперативных и психофармакологических вмешательств, когда контакт с пациентом осуществляется опосредовано через высокотехнологичные процедуры или первичность лекарственных препаратов; развитие медицинских технологий. Произошло снижение уровня доверия к врачу – не только из-за исторической закрытости и субкультуризации профессии, но и благодаря увеличившемуся количеству врачебных специализаций (*Кашианова 2016; Камалиева 2019*). Пациент сегодня вынужден посетить первичный прием у терапевта, после постановки диагноза или локализации заболевания получить назначение к узкому специалисту, а иногда и не к одному. Со всеми ними пациент должен наладить взаимодействие, что требует достаточного уровня образования и медицинской грамотности, навыков коммуникации, вежливости и терпения. Врачи со своей

стороны должны обладать эмпатией, состраданием и сопереживанием, умудряться при этом уложиться в ограниченное нормативами время приема. В представленных условиях задача видится труднодостижимой. Хотя врачи, понимающие важность навыков коммуникации и прошедшие специальное обучение, утверждают, что структурированная и организованная по всем правилам медицинская консультация не требует дополнительного времени, а наоборот, при одинаковых временных затратах на общение врача и пациента результативность взаимодействия значительно повышается (*ПМА 2020-а*).

Способствовать выявлению проблемных точек коммуникации врача и пациента, специфики и влияния российского менталитета на здоровьесбережение, учета всевозможных традиций и культурных особенностей может осуществить медицинская антропология (*Кириленко 2009*). При этом некоторые концепции и проблемы биоэтики являются точкой соприкосновения этих двух областей знаний. Некоторые российские авторы полагают, что биоэтические проблемы в России могут быть решены междисциплинарной группой, включающей медицинских антропологов и биоэтиков. Эта команда сможет сформировать уникальную российскую модель медицины, которая будет способна на практике через сеть действующих этических комитетов выявлять и решать самые сложные проблемы системы (*Харитонова 2011; Курленкова 2013*). Биомедицина напрямую противостоит медицинской антропологии, считает В.Л. Лехциер, так как первая все еще игнорирует опыт страдания, объективизирует и натурализирует болезнь, провоцируя возникновение новых проблем, которые может попытаться решить медицинская антропология (*Лехциер 2010*). Внимание к различным аспектам болезни (психологическим, культурным, социально-экономическим, политическим) может способствовать преодолению кризиса биомедицины. Медицинские антропологи концентрируют свое внимание на индивидуальном опыте пациента, на субъективном восприятии его состояния, на внимательном выслушивании пациента и уважительном отношении к его мнению, на предоставлении возможности совместного или самостоятельного принятия решений, на вовлечении родственников в процесс взаимодействия врача и

пациента, смягчая классический биомедицинский «военный» подход к борьбе с болезнями, настаивая на том, что подобные изменения системы смогут повысить не только ее человечность, но и эффективность.

Среди множества проблем, которыми занимается медицинская антропология, важно выделить актуальный вопрос о подходах к лечению пациента как цельный организм, и здесь следует говорить не только и не столько о биологическом организме пациента и индивидуальном подходе к каждому телу, но о холистическом, когда пациент рассматривается как часть общества, семьи, окружения (*Мол 2002*). Персонифицированная медицина в ее первоначальном представлении еще больше расширяется до понимания того, что пациент и его болезнь или его лечение становятся неотъемлемой частью жизни конкретного человека. Врач же должен ориентироваться на весь этот широчайший спектр, а не только на физические показатели организма. Более того, говоря о показателях заболеваемости населения и конкретных индивидов, средние и наиболее вероятные данные могут влиять на постановку диагнозов или рекомендованное лечение тогда, когда оно, возможно, определенному пациенту не требуется или конкретный вариант нормы просто ему не подходит. Таким образом, улучшение показателей здоровья населения часто вступает в противоречие с улучшением здоровья индивидов (*Там же*), что в России становится еще более актуальным в контексте общей неудовлетворенности граждан эффективностью оказываемой населению медицинской помощи.

Существует несколько факторов, которые могут влиять и в действительности влияют (*Mead and Bower 2000*) на качество оказываемой медицинской помощи несмотря на то, что пациентоориентированность предполагает значительно большую вовлеченность и участие самого пациента:

- 1) дополнительное время, которое является необходимым условием при пациентоориентированном подходе, может способствовать развитию доверительных отношений между пациентом и врачом и позволяет врачу расширить свои знания о пациенте;

2) социально-экономическое положение пациента, которое определяет ресурсы, доступные для получения медицинской помощи, включая вид медицинского страхования (ОМС/ДМС), возможность обращения в частные клиники и т.д.;

3) индивидуальные характеристики врача, которые включают также знание пациента, его истории, анамнеза, ближайших родственников;

4) особенности самого пациента, которые включают пол, возраст, этническую принадлежность, образование и т.д.;

5) знания и навыки врача;

6) особенности консультации/приема, включая временные ограничения.

В целом выделяют 4 составляющих пациентоориентированной коммуникации, включающей различные факторы:

- факторы пациента (тяжесть заболевания, личные качества, настойчивость, прошлый опыт болезней, культура, ценности, воспитание/семья, социально-экономический статус, эмоциональное состояние, ожидания);

- факторы системы здравоохранения (доступ к медицинской помощи, возможность выбора врача, инфраструктура, вежливость персонала, время ожидания, отлаженная система электронного взаимодействия, тип страхования, нормы продолжительности и количество приемов);

- факторы врача (профессиональные знания и навыки, персональные качества, склонность к риску, отношение к принципу автономности пациентов, знание пациента как человека/личности, ориентация на пациентоориентированный подход);

- факторы взаимоотношений (длительность взаимоотношений, доверие, совпадение взглядов и убеждений).

Пересечение факторов пациента и взаимоотношений могут оказать влияние на ожидания пациентов от приема и, в целом, от своего здоровья, а как следствие на удовлетворенность пациентов своим врачом и предоставляемой медицинской помощью (*Epstein et al. 2005*).

Частный характер взаимоотношений врача и пациента, который был основным ранее, постепенно эволюционировал (*Potter and McKinlay 2005*) под влиянием различных внешних факторов: администрации лечебных учреждений, страховые и фармацевтические компании, СМИ. Долгосрочные взаимоотношения врача с пациентом, основанные на глубоком знании пациента, его семьи и обстоятельств жизни, сегодня становятся практически невозможными, а чаще всего однократными, если это не «врач от бога», которого по рекомендации родных и близких «передают из руки в руки» (*ПМА 2019*). Таких врачей ценят, поддерживают с ними добрые отношения, поздравляют с праздниками, приводят на лечение других членов семьи и т.д.

Пациентоориентированная медицина не только призвана учитывать и уважать желания и потребности пациента, но и давать возможность пациентам принимать участие в процессе лечения (*Epstein et al. 2005*). И здесь навыки коммуникации врача представляются особенно важными, так как одностороннее принятие медицинских решений, характеризовавшее патерналистский подход, сменяется партнерством с необходимыми с обеих сторон доверием (*Carey 2017; Labuda Schrop 2011; Готлиб, Лехциер 2020*) и уважением.

Еще в 1989 году группа исследователей во главе с Левинштейном подчеркивала важность пациентоориентированного подхода в медицине, при этом они указывали на двойственность стоящих перед врачом задач: понимать пациента и понимать его болезнь (*Levenstein et al. 1989*). Благодаря клиническим методам и техническим инструментам понимание болезней стало более четким, но похожего эквивалента понимания пациентов, кроме оттачивания навыков коммуникации, пока не найдено.

## **§2. Взаимоотношения врача и пациента/клиента в контексте множественности культурных, личностных и социальных предпосылок**

В 1848 г. Рудольф Вирхов сформулировал «критическую социальную теорию болезни», которая стала своего рода девизом медицинской антропологии: согласно ей, причиной многих заболеваний является социальная среда. «Медицина – это



гуманитарная наука до мозга костей», – утверждал Вирхов (цит. по: *Ожиганова* 2011). В сегодняшней ситуации с пандемией COVID-19 можно предполагать, что и информационная среда стала причиной если не заболевания, то активностей и ограничений, предпринимаемых различными государствами на фоне заболевания. Если бы информация о заболевании, его течении, распространении, цифрах о заболевших и умерших не распространялась в ежедневном формате по всему миру, возможно, пандемия не была бы объявлена, и ситуация с COVID-19 развивалась бы по другому сценарию. При этом ни одному из правительств не удалось оперативно сориентироваться и предложить оптимальные шаги для минимизации потерь среди населения, но некоторые общие шаги были предприняты. Еще в 1995 г. эпидемиологи Линк и Фелан (*Link and Phelan* 1995) пришли к выводу, что необходимо уйти от социальных условий как причин возникновения болезней, но обратить внимание на индивидуально обусловленные факторы риска, что, в целом, подтверждается пандемией COVID-19, мерами самоизоляции, перчаточномасочного режима и т.д.

Сторонником культурноориентированного подхода в биоэтике, призывавшим связывать антропологические данные с клиническими реальностями, был один из основоположников медицинской антропологии Артур Клейнман (*Kleinman* 1995). Начиная с 1970-х годов он настаивал на том, что медицину необходимо изучать в контексте множества различных социальных и культурных аспектов. Клейнман полагал, что в системе ухода за здоровьем, являющейся одной из символических культурных систем, болезнь объединяет в себе как представления о причинах, так и опыт переживания симптомов и лечения, особые паттерны поведения заболевшего, подход к принятию решений о лечении, существующие лечебные практики и оценка эффективности лечебных исходов (*Kleinman* 1978).

Выделив в различных системах ухода за здоровьем три «социальные арены», на которых происходит опыт реакции на заболевание, а также опыт его переживания, Клейнман полагал, что на семейной арене, включающей семью и окружение, происходит переживание 70–90% болезней. Остальное приходится на профессиональную (биомедицинскую) и народную (альтернативную) арены.

Один и тот же аспект заболевания может быть рассмотрен абсолютно по-разному, что происходит из-за различных «объяснительных моделей» (*Там же*), которые могут быть озвучены и врачами, и пациентами, а также членами их семей. Они могут противоречить на уровне различных ожиданий и дальнейших действий, а также банальной мискоммуникации (от англ. *miscommunication* – недопонимание), что в конечном итоге окажет влияние на качество и эффективность медицинской помощи.

А. Клейнман также полагал, что необходимо разделять понятия болезни (*illness*) и заболевания (*disease*). Первое относится к комплексу субъективных переживаний пациента, включая вовлеченность и реакцию общества, снижение или потерю работоспособности, поддержку родных и близких, осознание, осмысление и реакции, включая психологические и т.д. Второе же считается биомедицинским понятием с четкой методологией постановки диагноза, возможных подходов к лечению и вероятностью различных исходов (*Михель 2017*). К примеру, хронические заболевания он считал бóльшим, чем простые совокупности отдельных физиологических поломок, к ним обычно присоединяются множество культурных и социальных фактов и проблем. Таким образом, Клейнман полагал, что именно медицинская антропология может стать интердисциплинарным «биосоциальным мостом», связывающим биологические и социальные науки, культуру и медицину.

Медицинская антропология является областью знаний, исследующей различные медицинские субкультуры, которые могут характеризоваться как типом медицины (биомедицинской или альтернативной, государственной или коммерческой, городской или сельской), так и особыми характеристиками составляющих членов группы по полу, образованию, возрасту, принадлежности к определенной культуре (*Курленкова 2013*).

В сферах интересов медицинской антропологии сегодня выделяют три основных направления (*Михель 2010а*), касающихся взаимодействия здоровья и культуры. Эти подходы ярко иллюстрируют, что человечество существует в рамках биокультурного взаимодействия:

- медико-экологический (посреднический) подход отвечает на вопрос, как человек зависит от изменений в природе;
- политико-экономический (производственный) подход отвечает на вопрос, как культура производит болезни;
- символический (созидательный) подход отвечает на вопрос, как культура создает понимание здоровья, как символы и смыслы, которыми общество обладает, могут влиять на физиологические изменения.

Медицинские антропологи ведут свои исследования в различных направлениях. В американском Обществе Медицинской Антропологии<sup>8</sup>, созданном в 1970 г. (основной задачей его было заявлено содействие исследованиям антропологических аспектов здоровья, болезни, охраны здоровья и связанных с этим проблем), представлены следующие научные группы:

- Группа по исследованию СПИДа и антропологии (AIDS and Anthropology Research Group);
- Группа по изучению алкоголя, наркотиков и табака (Alcohol, Drug, and Tobacco Study Group);
- Группа по антропологии и ментальному здоровью (Anthropology and Mental Health Interest Group);
- Группа по изучению комплементарной и альтернативной медицины (Complementary and Alternative Medicine / Integrative Medicine Group);
- Совет по антропологии и репродукции (Council on Anthropology and Reproduction);
- Группа по изучению критической антропологии и глобального здоровья (Critical Anthropology of Global Health Study Group);
- Группа по исследованию инвалидности (Disability Research Interest Group);
- Группа по изучению смерти и утраты (Dying and Bereavement Special Interest Group);

---

<sup>8</sup> Society for Medical Anthropology A Section of the American Anthropological Association [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.medanthro.net> (дата обращения: 10.05.2019).

- Группа науки, технологии и медицины (Science, Technology, and Medicine Group).

Актуальность и востребованность антропологических методов в своих работах подчеркивает Е.Э. Носенко-Штейн (Носенко-Штейн 2018; 2021), занимающаяся антропологией инвалидности. Особые условия, в которые поставлены в российской системе здравоохранения эта категория граждан, требует глубочайшего изучения и изменения, о чем так же упоминали респонденты автора (см. Приложение №1), хотя эта тема выходит за рамки данного исследования.

Таким образом, сфера интересов медицинских антропологов сегодня весьма обширна и затрагивает различные аспекты здоровьесбережения. Каждое из направлений является социально значимым, а более широкий взгляд на проблемные точки каждого, благодаря вкладу медицинской антропологии, дает возможность надеяться на качественное улучшение и положительные изменения в обществе.

Сегодня можно говорить о развитии и распространении социогенных заболеваний, вызванных социальными условиями. Например, статистика последних десятилетий показывает, что не микроорганизмы и различного рода инфекции становятся основными причинами смерти населения в США: там на первом месте стоят сердечно-сосудистые заболевания (причинами которых являются образ жизни, неправильное питание, отсутствие физических нагрузок); на втором месте онкология (важное влияние на возникновение новообразований оказывают как неблагоприятная окружающая среда, так и физиологические причины – часто для определения предрасположенности к онкологическим заболеваниям говорят об Индексе Жизненного Стресса – Life Stress Index); на третьем месте – причины, вызванные внешними факторами (злоупотребление/отравление алкоголем, дорожные происшествия, самоубийства); на четвертом месте – ошибки медицинской системы/неправильное лечение (misfunctioning of medical practice) (Cultural & Social Anthropology 2009). Пандемия COVID-19, которая сегодня охватила весь мир, уже показывает увеличение показателей смертности, но на общую статистику причин смертности она вряд ли

окажет существенное воздействие. Пациенты с сердечно-сосудистой патологией или онкологией, в связи с тем, что все силы систем здравоохранения переброшены на борьбу с коронавирусом, к моменту окончания пандемии могут оказаться в еще более тяжелом состоянии, что также может повлиять на цифры статистики.

Если вернуться к исследованиям субкультур, в рамках медицинской антропологии большой интерес представляет изучение различных биомедицинских культур (европейской, российской, американской и т.д.), культуры профессиональной группы врачей (*Арутюнов, Рыжакова 2004*), культуры общения врачей и пациентов, а также родственников пациентов. Более того, К. Гирц, к примеру, предлагает антропологам в первую очередь ориентироваться на поиск смыслов при изучении культур, соответствующим образом их интерпретировать, а также разбирать значения различных выражений социального, которые зачастую входят во взаимное противоречие друг с другом (*Гирц 2004*).

Если же в целом говорить о конфликте между интересами социальных наук и интересами биомедицины, как и представителей медицинской профессии и общества, то, по мнению А. Клейнмана, он неизбежен (*Kleinman 1978*). К примеру, в СССР изучение существовавших параллельно официальной медицине разнообразных практик этномедицины было затруднено не только потому, что сами эти практики официально не существовали: их изучали этнографы и фольклористы, но для официальной науки эти вопросы не представляли интереса, так как не воспринимались каким бы то ни было конкурентом биомедицине. Изучение взаимоотношений врача и пациента и других социальных аспектов биомедицины также было почти невозможно: сформировавшаяся система здравоохранения не предавала значения позиции пациента, на первом месте стояли количественные показатели здоровья населения. В последние годы в России для анализа функционирования медицинских практик, теорий и институтов начали привлекаться и медицинские антропологи, которые находятся в поиске языка описания для столь разнородного и многогранного объекта (*Клепикова, Пироговская 2018*).

Отношения между врачом и пациентом, изначально ограниченные знаниями, опытом, уязвленным положением пациента, постепенно эволюционировали в патерналистские, затем в связи с коммерциализацией медицины они становились все более и более безличными (*Potter and McKinlay 2005; Чеботарева 2006*); сегодня появился запрос на партнерские отношения, когда врач и пациент взаимно уважают и слушают друг друга, а также вместе принимают решения, касающиеся здоровья пациента. Согласно различным исследованиям, в ситуациях проявления заботы, внимательного слушания, сострадания и других просоциальных формах поведения, исход лечения и комплаентность (приверженность лечению) значительно улучшается (*Stewart et al. 2003; Heritage and Maynard 2006; Хайруллин, Никитюк 2013*). Кроме того, взаимоотношения врача и пациента являются объединяющим элементом для разнообразных социально-демографических факторов (пол, возраст, социально-экономический статус и т.д.), оказывающим влияние на принятие медицинских решений и результаты лечения (*Goffman 1959; Heritage and Maynard 2006; Белая, Гутуева 2017*).

Пациенты с различным социально-экономическим статусом различаются не только в плане дохода, образования (и медицинской грамотности, в том числе) и широты социальных связей, но и склонности к рисковому поведению, приверженности к вредным привычкам, игнорированию профилактики и ЗОЖ (*Link and Phelan 2002; Phelan et al. 2004; Тарасенко, Хорева 2017*). Таким образом, различный уровень доступа к медицинской помощи не является основной социально-экономической проблемой здравоохранения, особенно в нашей стране, где каждому гражданину гарантировано бесплатное медицинское обслуживание по ОМС. Для России проблема доступности более ярко очевидна в разрезе территориальной диспропорции центр – регионы.

Коммерциализация медицины и активная модернизация системы здравоохранения усилили расслоение населения по уровню дохода, что не только стало стимулом к дальнейшему развитию неформальных платежей в больницах и лечению «по знакомству», но и усугубило процесс разрушения статуса врача (*Ярская 2011*). Все это, безусловно, стало катализатором напряженности в системе

здравоохранения вообще, и во взаимоотношениях врача и пациента, в частности. Сегодняшних врачей удивляет лозунг государственной машины о повороте к пациентоориентированной медицине. «А мы до этого на собачек или кошечек что ли были ориентированы?», – высказываются респонденты автора (ИМА 2020).

В классическом понимании пациентоориентированная медицина стремится к равноправию в отношениях между врачом и пациентом (*Mead and Bower 2000*), что совершенно противоречит сложившимся в медицине патерналистским отношениям, в свое время описанным еще Т. Парсонсом (*Parsons 1939*) или Ф. Элиотом в «Profession of Medicine» (*Friedson 1988*). Парсонс же особо подчеркивал ответственность и особенности поведения как пациента, так и врача. Особая роль больного дает социально определяемые защиту и привилегии, которые применяются и зависят от причин, смыслов и последствий болезни, принятых в обществе (*Лехциер 2009*). В связи с тем, что пациент в своем недуге беспомощен, не обладает медицинскими или техническими знаниями, а также эмоционально подавлен, делает его крайне уязвимым. Поэтому основной ответственностью врача становится «делать все возможное, чтобы обеспечить полное, раннее и безболезненное выздоровление своих пациентов» (*Parsons 1951*).

В России же патерналистская и контрактная модели взаимодействия врача и пациента, как две противоположности современной медицины, в реальности представляют собой смешанный тип. Смешение это также не способствует улучшению взаимоотношений, так как пациент много знает (или думает, что много знает), хочет быть в партнерских отношениях с врачом, но при этом он не готов самостоятельно принимать решения, связанные со здоровьем, и склонен перекладывать ответственность на врача (*Келли 2006; Камалиева 2019; Кашубина 2019*). По мнению Г. Хубулавы: «Больной перекладывает на знающего врача заботу о своем здоровье, но при этом испытывает страх перед врачебным знанием и той властью, которой врач обладает не столько над его болезнью, сколько над его беззащитной личностью» (*Хубулава 2016*).

Биомедицинская этика, а также медицинская антропология способны, будучи медиаторами взаимоотношений врача и пациента, не только защитить врача от

деструктивных факторов профессии (*Силуянова 2008*), но и поддержать пациента, а также, в конечном итоге, способствовать более качественному оказанию медицинской помощи.

К сожалению, в стране в силу различных факторов пациенты прибегают к краткосрочным стратегиям поддержки собственного здоровья (*Чирикова 2008*), которые менее эффективны в долгосрочной перспективе. Более того, в связи с ограниченным доступом к высокотехнологичной медицине или высокой стоимостью услуг, пациенты поздно обращаются в лечебное учреждение или полностью отказываются от медицинской помощи (*Шилова 2009*). Данные проведенного в Екатеринбурге исследования свидетельствуют о том, что 65% респондентов не только смирились с отказом в получении медицинского обслуживания, но и не предприняли дальнейших шагов для лечения (*Антонова 2007*). Эффективная коммуникация между врачом и пациентом очевидно смогла бы оказать положительное влияние на обе эти тенденции.

В российской системе здравоохранения сложились особые отношения доверия (*Присяжнюк 2012*). С одной стороны, финансирование отрасли растет, и, как следствие, растет государственный контроль; с другой – в последнее десятилетие наблюдался бурный рост публикаций в СМИ и Интернете о врачебных ошибках, громкое освещение уголовных дел против врачей и коррупции в здравоохранении (*Кажберова 2020*). А доверие к конкретному врачу, если только этот врач не «передается по знакомству из рук в руки» (*ПМА 2019*), складывается и переживает трансформацию от общего доверия к системе и врачебной профессии в целом к доверию конкретному врачу. При этом, как полагал Дж. Симмел, эффективные взаимоотношения между пациентом и его лечащим врачом возможны только (*Simmel 1982*) благодаря взаимному уважению и имплицитному признанию различий в полномочиях каждого участника и их ответственности за поддержание и продолжение этих отношений.

Э. Гоффман придерживался несколько отличной позиции, он считал, что, обладая особым превосходством, благодаря подготовке и специальным знаниям, врач при общении с пациентом вынужден будет скрывать свои истинные эмоции,



намеренно подавляя все действия и заявления, которые могут спровоцировать негативную реакцию со стороны пациента. Гоффман назвал эту своеобразную игру «управлением впечатлениями» (*Goffman 1959*) и утверждал, что во взаимоотношениях пациента и врача оба действуют предписанными в обществе и данной культуре ритуальными способами. Наиболее яркими в нашей стране представляются ушедшие в народ пациентские «мне только спросить» или врачебные «на что жалуетесь» в качестве начала приема.

В современном мире, где медицина и здоровье существуют в социальном контексте, одной из задач медицинского сообщества становится улучшение здоровья населения опосредованно, через подчеркивание важности улучшения социальных условий, а также повышение общей медицинской грамотности и пропаганду различных мер профилактики (*Pincus et al. 1998*). Зарубежные и отечественные исследователи рассматривают формирование здорового образа жизни как активную деятельность граждан, лично ответственных и заинтересованных в сохранении и продлении собственного здоровья (*Лучкевич, Зелионко 2016*). Несмотря на то, что интернет стал основным источником медицинских знаний для российских пациентов, врачи полагают, что информация, представленная в сети, не всегда достоверна, поэтому основным ресурсом поддержания и повышения уровня медицинской грамотности населения врачи считают личный контакт со своими пациентами и доверительную беседу (*ПМА 2019-б*).

### **§3. Влияние информированности и пациентской грамотности на эффективность коммуникации врача и пациента/клиента**

На сегодняшний день существует множество исследований, подчеркивающих важность эффективных коммуникаций врача и пациента. По данным Г. Бекмана (*Beckman et al. 1994*) 71% всех обращений пациентов в суд связаны с трудностями в общении с их лечащим врачом, в 29% случаев – с пренебрежением мнением пациентов и их родственников, в 13% случаев – с игнорированием планов пациентов или их родственников, в 26% – с неправильной интерпретацией

пациентом информации, полученной от врача на приеме. Основные параметры приема, оказывающие негативное влияние на эффективность взаимоотношений, следующие: ограниченное время приема, отсутствие структуры приема, пренебрежение мнением пациента, отсутствие проверки понимания полученной информации пациентом, отсутствие реакции на проявляемые пациентом эмоции (*Levinson et al. 1997*). Российская организация «Лига защитников пациентов» также среди основных причин обращения граждан выделяет нарушение этических норм: грубость со стороны врачей, нежелание объяснять риски, комментировать состояние здоровья пациентов или обсуждать альтернативные варианты лечения (*Лига защитников пациентов 2020*).

Информацию, полученную врачом от пациента во время приема, можно распределить следующим образом (*Stewart et al. 2003*):

- биомедицинская информация (собственно то, что можно назвать *disease*): последовательность событий, описание и анализ симптомов, данные физикального осмотра;

- видение пациента (*illness*): проблемы, которые пациент испытывает в связи со своим заболеванием, ожидания от дальнейшего развития болезни или лечения, сложившиеся идеи и убеждения, чувства, влияние на жизнь;

- фоновая информация: семейный анамнез, перенесенные заболевания, аллергии.

На основании приведенного выше распределения получаемой врачом от пациента на приеме информации Дж. Левенштайн в 1989 г. предложил модель построения коммуникации «болезнь – опыт болезни» (Рис.3), которая впоследствии была доработана в 2003 г. М. Стюарт. Модель предполагает учет мнения и позиции пациента (ICE): *I*deas (мысли и представления), *C*oncerns (тревоги), *E*xpectations (ожидания) – врач при этом должен уметь лавировать между биомедицинской позицией и позицией пациента (*Там же*).



*Рис.3 Схема взаимоотношений врача и пациента по модели «заболевание-болезнь», предложенная Дж. Левенштайном (1989), а в дальнейшем дополненная М. Стюарт и др. (2003).*

Предполагается, что врачам необходимо использовать более простой язык для общения с пациентами, особенно с теми, кто имеет более низкий уровень образования (*Labuda Schrop 2011*). Как уже подчеркивалось выше, еще Т. Парсонс называл взаимодействие врача и пациента «естественно ассиметричными» (*Parsons 1951*), и, хотя обе вовлеченные в коммуникацию стороны преследуют одну цель, здоровье пациента, многие факторы могут оказывать влияние на асимметрию и, как следствие, результаты лечения. Среди основных факторов выделяют следующие:

- Когнитивные (убеждения пациента и врача о здоровье и медицинской помощи) (*Martin 1983*);
- Аффективные (используемые коммуникативные стратегии) (*Ruusuvuori 2001; Stewart 1995*);

- Поведенческие (исполнение врачом и пациентом собственных ролей и прочие ритуальные аспекты приема) (*Bertakis et al. 1998*);
- Характеристики пациента и социальные факторы (социально-экономический статус пациента) (*Hooper et al. 1982; Meyers et al. 2006; Bernheim 2008*).

Необходимость фасилитации (упрощения) со стороны медицинских профессионалов подчеркивается многими авторами, они полагают, что пациенты получают большее удовлетворение от общения с врачом «на равных» и предъявляют меньше претензий (*Levinson et al. 1997*), а также значительно улучшается качество получаемой от пациента информации (*Takemura et al. 2007*).

Дефицит общения между врачами и пациентами приводит к несоблюдению назначений или вовсе отказам от лечения, одной из причин проблем в коммуникациях является низкий уровень медицинской грамотности россиян. Безответственное отношение к собственному здоровью, а также отсутствие профилактики лишь усугубляют проблему (*Приз, Фисенко 2011*).

Российские врачи при этом, вне зависимости от пола, возраста или стажа, при лечении пациентов склонны играть ведущую роль. Интервью, проведенные с представителями медицинской профессии, подтверждают, что главной обязанностью пациентов является неукоснительное соблюдение назначений врача (*ПМА 2019-б*). Также врачи полагают, что пациенты не могут иметь правильного суждения о болезни, а уровень медицинской грамотности пациентов априори низкий и неструктурированный [здесь и далее приведены мнения врачей различных специальностей, продолжительности стажа и регионов из онлайн исследования автора диссертационного исследования – см. Приложение 2]:

*... [Пациент] 1) должен знать, что он не врач и не обладает теми знаниями, которые получал врач на протяжении 7-9 лет; 2) должен уметь не навредить своими зачастую безграмотными действиями себе, своим близким и действиям врача.*

*... Пациенты не обязаны знать или обладать медицинскими знаниями, необходимо налаживать возможность попасть к квалифицированному врачу.*

*... Думаю, самое главное не переоценить свои знания, особенно если речь идет о здоровье ребенка.*

*... Ничего не должен, пока его не научили. Должны быть тренинги по сердечно-легочной реанимации дома до приезда скорой (на западе такой тренинг обязателен при приеме на любую работу), и по первой помощи. И даже после него, мы можем рассчитывать не на «должен», а на повышение образования среди пациентов.*

*... Как бы ни справился с ситуацией, все равно обратиться к врачу.*

*... Пациент должен знать, что в серьезных случаях заболевания нельзя заниматься самолечением, но необходимо посетить врача для постановки диагноза.*

Некоторые российские исследования говорят о том, что врачи склонны предпочесть менее компетентных пациентов более компетентным, так как первые проявляют большее доверие врачу (Приз, Фисенко 2011). Таким образом, традиционный для России патернализм в отношениях врача и пациента все еще остается исторически сложившимся фактом, так как сама подготовка молодых специалистов ориентирована на обучение компетентного профессионала, который способен взять на себя ответственность за жизнь и здоровье пациента (Чеботарева 2006; Медведева и др. 2010), при этом решение об объеме озвучиваемой пациенту информации врач волен принимать самостоятельно. Ниже приведены несколько советов врачей пациентам (ПМА 2019-б):

*... Четко следовать рекомендациям, не принимать личные препараты и не менять схему лечения без согласования с врачом.*

*... Задать вопросы врачу, если они есть. Не менять самостоятельно и не отменять назначения, если с приемом препарата не возникает проблем.*

*... Должен следить за своим состоянием и вовремя обращаться к врачу при ухудшении самочувствия. Не должен самостоятельно менять схему лечения. Не должен принимать препараты по "рекомендации" соседей и основываясь на рекламе!!!*

Здесь очень ярко прослеживаются патерналистские установки врачей, но не стоит забывать, что они основываются на реальном врачебном опыте, и, что более важно, на заботе и тревоге врачей о здоровье своих пациентов.

Сам пациент также испытывает весь спектр различных переживаний, связанных с собственным опытом болезни, в лице врача он стремится видеть не только компетентного профессионала, но и «опекуна» (Приз, Фисенко 2011). И хотя развитие рыночных отношений в российском здравоохранении привело к возросшему запросу со стороны пациентов на получение качественной медицинской помощи, на получение всеобъемлющей информации о собственном здоровье и самостоятельного выбора метода лечения, тренды остаются разнонаправленными. Врачи, несмотря на рост заинтересованности пациентов в собственном здоровье и активного использования ими интернета для повышения собственных знаний в медицинских вопросах, не считают уровень медицинской грамотности своих пациентов достаточным. Многие полагают, что информации в интернете, на телевидении, радио и в других СМИ много, но качество этой информации низкое, что часто вводит пациентов в заблуждение (ПМА 2019-б):

*... Пациенты путают термины и понятия. Полагая, что более дорогое исследование им подходит лучше, чем то, что назначил врач.*

*... В вопросах здоровья информированность поверхностная, мешает желание отредактировать назначения врача без понимания их смысла.*

*... Неправильно расставляют акценты на симптомах, лечении и побочных явлениях.*

*... Вера в народные средства (у других респондентов инстаграм, гугл, мнение соседа, Малышеву – прим. авт.), отрицание пользы определенных групп препаратов, недооценка своего образа жизни, вредных привычек.*

*... Нет заинтересованности в получении объективной информации. Большая часть информации из сети на уровне сплетен и домыслов. Информацию в сети ищут не для реального улучшения собственного здоровья, а для получения сиюминутных выгод.*

... Наверное, это все же поверхностные знания, направленные на снятие симптоматики заболеваний, а не на причину.

... 1) Ставят диагнозы по отдельным симптомам. 2) Требуют от врача проведение того или иного анализа или исследования, которое, по их мнению, необходимо для постановки диагноза.

... Часто читают в интернете отзывы и возможные нежелательные реакции по назначенным препаратам и прекращают прием, опасаясь осложнений.

Здесь четко можно заметить риторику «мы/они», при этом отношение к «ним» скорее скептическое и обвинительное: «не интересуются», «не хотят», «не доверяют» или «доверяют не тем».

Врачи не готовы также работать с пациентами, обладающими или стремящимися к полной автономии, такие пациенты считаются «неудобными» (Приз, Фисенко 2011). Они контролируют и сомневаются в каждой фразе или назначении врача, с ними сложно наладить психологический контакт, они более склонны к конфликтам. «Осведомленность» некоторых пациентов врачей раздражает (Темкина 2020), но сама система устроена так, что эффективное взаимодействие врача и пациента по множеству причин затруднено, хотя интересы пациента ставятся в приоритет. Сегодня врачам легче работать с пациентами, имеющими элементарные или базовые знания в вопросах здоровья, которые открыты и доверяют своему лечащему врачу. Они проще поддаются убеждению в правильности выбора того или иного метода лечения, психологически с ними комфортнее работать. Многие врачи заявляют, что им было бы удобнее, чтобы пациенты меньше искали информацию о здоровье в интернете, все необходимое они готовы объяснить своим пациентам на приеме (ПМА 2019-б). Негативно высказываются врачи также и о тех пациентах, кто не обладает даже элементарными медицинскими знаниями. Именно они не соблюдают здоровый образ жизни, игнорируют рекомендации по отказу от вредных привычек, не соблюдают назначения и не доводят лечение до конца, таким образом, их некомпетентность может усугубить течение заболеваний и их исход.

*... Любыми [инструментами для повышения медицинской грамотности], которые будут стимулировать заинтересованность вести ЗОЖ и профилактику заболеваний. Когда быть здоровым станет выгодно и престижно.*

*... После разъяснения квалифицированным врачом о имеющемся заболевании задуматься и научиться (по мере интеллектуальных возможностей) прислушиваться и относиться к собственному здоровью более вдумчиво и, получив правильную консультацию, повышать степень самообразованности.*

*... Пациент должен избегать ситуаций, которые привели к нарушению здоровья. Желательно посещать врача регулярно с профилактической целью.*

*... Пациент должен выполнять рекомендации врача по ведению здорового образа жизни. При плохом самочувствии обращаться только к врачу.*

*... Должен знать о ЗОЖ, о вреде малоподвижного образа жизни, о вреде переедания, понимать, что он ест: состав, знать о вреде курения и алкоголя.*

В последние десятилетия эйфория, возникающая на фоне достижений биомедицины, способствовала отказу от «нетехнологичных» и «примитивных» мер, к которым можно отнести профилактические мероприятия, в пользу высокотехнологичных, хотя как раз эти устаревшие и нетехнологичные подходы являются действующими при решении хронических неинфекционных проблем (Дартау 2008). Рекомендации врачей часто игнорируются пациентами по различным причинам, в том числе и благодаря вере в то, что, в конечном итоге, современная медицина поможет справиться с последствиями несоблюдения здорового образа жизни.

При этом важно отметить, что в связи с тем, что для передачи большого или по крайней мере достаточного объема информации врачам требуется больше времени, некоторые сознательно ограничивают эту информацию, высказывая обеспокоенность, в достаточной ли степени их пациенты информированы, чтобы иметь возможность в полной мере воспользоваться полученными знаниями (Labuda Schrop 2011). Т.е. получается замкнутый круг: в целях экономии государственных средств время приема ограничивается, в ограниченное время врач вынужден сокращать объем транслируемой пациенту информации или заканчивать



прием короткими и шаблонными рекомендациями «соблюдать ЗОЖ», что игнорируется пациентами или представляется для них наименее значимым, а впоследствии та же система сталкивается с ростом осложнений и хронизацией болезней пациентов, что ведет к росту расходов на их лечение.

Несложно предположить, что пациенты с более высоким уровнем медицинской информированности и большей мотивацией к здоровьесберегающему поведению более склонны к профилактике, регулярным мероприятиям по укреплению и восстановлению здоровья, более привержены соблюдать правила здорового образа жизни, отказу от вредных привычек, и, в целом, хотят быть здоровыми и сохранять качество жизни как можно дольше. Современный уровень медиализации<sup>9</sup> общества, особенно в отдельных направлениях, таких, например, как родовспоможение (*Мицюк, Пушкарева 2021*), а также широкий доступ к всевозможным источникам информации о здоровье, приводит к росту медицинской грамотности населения. Согласно различным исследованиям, доля таких граждан среди высоко информированных может достигать до 90% (*Лучкевич, Зелионко 2016*), а при наличии хронических заболеваний высокий уровень медицинской грамотности обеспечивает пациентам более высокое качество жизни. Они прислушиваются к своему состоянию, аккуратно принимают препараты, активно делятся информацией о своем здоровье и адекватно воспринимают и, что более важно, соблюдают назначения врачей.

Пациенты с низким уровнем образования обычно не стремятся быть вовлеченными в принятие решений о лечении, они менее склонны требовать личной ответственности за выбор методов лечения (*Labuda Schrop 2011*). Со своей стороны врачи менее склонны устанавливать партнерские отношения с такими пациентами, разговор от психоэмоционального скорее может перетечь в социально-экономический, с последующим выбором менее дорогой методики лечения или поиска поддержки со стороны народных методов лечения.

---

<sup>9</sup> Расширение медициной своих границ, при котором обычные, часто не связанные с патологией человеческие ситуации рассматриваются как медицинская проблема, становятся объектом лечения и профилактики. Медиализация нежелательна в тех случаях, когда возможные негативные последствия медицинского вмешательства перевешивают потенциальную пользу.

Хотя за годы реформ российского здравоохранения объем случаев прибегания россиян к практике самолечения снижается с 66% до 58,4%, если сравнивать показатели 2005 и 2011 годов (*Присяжнюк 2012*). Тем не менее, роста обращений в медицинские учреждения с профилактическими целями практически не наблюдается. Только в последние несколько лет в крупных городах начала распространяться практика медицинских чек-апов (от англ. check up – регулярная профилактическая проверка). Многие коммерческие лечебные учреждения в своей коммуникации стали использовать этот термин, который, с одной стороны, отсылает к «лучшим практикам» западной медицины; с другой стороны, позволяет планировать и регулировать входящие финансовые потоки, а также, действительно, наблюдать за здоровьем своих пациентов, предупреждая развитие осложнений.

К сожалению, единой и всеобъемлющей методики замера уровня медицинской грамотности пока не выработано. К примеру, понимание разницы между понятиями «биологически активная добавка» и «лекарственный препарат» у 86,2% респондентов считается достаточным для определения уровня информированности как высокого (*Юргель, Хубиева 2006*), но объем медицинских знаний, его различные направления и узкая специфика некоторых областей, предположительно, не дает возможностей для категоричных суждений о реальном (общем) уровне медицинской грамотности населения. Более того, высокая информированность и опыт в одном из направлений, завтра может оказаться ничтожным, когда пациент столкнется с заболеванием, не пережитым ранее.

Информация, полученная пациентом от врача, должна быть достоверной и исчерпывающей, чтобы мотивировать пациента на четкое соблюдение всех назначений, избежать конфликтных ситуаций, укрепить желание пациента посещать одного врача, но даже если прием однократный, всеобъемлющая информация еще более важна для положительного исхода лечения и оптимизации затрат системы здравоохранения (*Приз, Фисенко 2011*). Таким образом, правильно выстроенная и качественная коммуникация врача с пациентом призвана помочь ему выполнять свои профессиональные обязанности в полном объеме.

Согласно многочисленным исследованиям, при коммуникации врача с пациентом наблюдаются следующие наиболее часто повторяющиеся проблемы:

- Врачи общей практики в 20% случаев не обсуждают с пациентом назначение лекарственных препаратов, в 80% не обсуждают дозировку, в 90% случаев – продолжительность курса лечения (*Svarstad 1974*);

- Врачи предпочитают акцентировать беседу на лечении и лекарствах, тогда как пациенты ожидают больше информации о диагнозе, причинах и прогнозах (*Kindelan and Kent 1987*);

- Врачи не объясняют 79% медицинских терминов, при этом пациенты редко показывают, что не поняли, поняли не до конца или неправильно (*Koch-Weser et al. 2009*);

- В среднем более 50% пациентов (от 10 до 90%) не принимают назначенные врачом лекарства (*Haynes et al. 1996*);

- Онкологические пациенты могут вспомнить только 45% важной по мнению их лечащего врача информации (*Котов 2020*);

- Пациентки с раком молочной железы только в 42% случаев достигли необходимой для них степени вовлечения в процесс принятия решений (*Там же*).

Начиная с XVIII в. и до недавнего времени врачи во время приема предлагали основанную на власти знания монопольную практику, а пациент играл пассивную роль (*Присяжнюк 2012*). Превращение врачебной помощи в услугу, а пациентов в потребителей привело к сокращению медицинской власти, основанной на экспертном знании, и разрушило монополию профессионального медицинского сообщества. Все это привело к тому, что ответственность врачей только возросла (*Келли 2006*). Сегодня задача врача – компенсировать фундаментальное неравенство информации (*Решетников 2000*) и специальной подготовки обеспечением полного понимания пациентом информации о собственном здоровье и возможных исходах лечения, а также поддержкой и мотивацией пациента на прохождение всех этапов лечения и уважение его осознанного волеизъявления.

Формальность практики «информированного согласия» в стране благодаря доступу пациентов к медицинской информации в интернете и других источниках

зачастую приводит к тому, что патерналистские методы принуждения или манипуляции уступают место убеждению и совместному обсуждению (*Там же*). А возросшая стоимость медицинского обслуживания стимулировала ответственность пациента и рациональный выбор в пользу мер профилактики и здорового образа жизни (*Русинова, Панова 2010*).

Возросший поток информации медицинского характера, будь то СМИ, реклама или интернет, дают пациенту представление о существовании современных или более эффективных методов лечения. Современный же врач, тоже благодаря СМИ, оказывается в известной системе координат «свой-чужой» чужим. Возникшая в эпоху постмодерна эпоха идентичности, противопоставляет «себя» пациента этому «чужому» (*Мануковский, Цертицкая 2017*), отсюда возникают требования большего внимания и чуткости, при этом в силу различных социальных процессов смешиваются понятия и схемы взаимодействия: «я – система» и «я – конкретный врач». Идентичность пациента рождает в нем определенный набор ожиданий и требований, что зачастую противоречит как системе, так и установкам врача и ведет к конфликтам и недовольствам.

Перенесение ответственности за здоровье индивида с государства на пациента и дискуссия о «праве» на получение медицинских услуг или «обязанности» заботиться о собственном здоровье привело к развитию концепции социокультурного конструирования ответственности за здоровье, в которой человек и его личное поведение, а не внешняя среда (экология, социально-экономические условия) становятся причинами заболеваний (*Brandt 1997; Сабурова 2015*). В самом деле, современный пациент имеет обязательства перед своей семьей (детьми, родителями, супругами, работодателями) быть здоровым и полноценным, перед обществом и государством – не расходовать ресурсы здравоохранения, а быть экономически активным членом общества, выполняющим функции работника и налогоплательщика (*Марков 2015*). Возникают также обязательства, являющиеся последствиями взаимоотношений врача и пациента: открытость, честность, уважение. Мотивация обеих сторон на пути к общей цели – здоровью пациента – в современных условиях требует отхода от патерналисткой

модели в пользу партнерства, сострадания и соучастия. Таким образом, взгляд на здоровье как на общественное благо позволяет с надеждой взглянуть на перспективу развития общественного здравоохранения, и медицинской антропологии, и решение распространенных проблем, таких как сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, инфекционные заболевания, курение и алкоголизм. Но без осознания пациентами своей роли и индивидуальной ответственности одно лишь сострадание снова приведет к дисбалансу сил (*Келли 2006*). Незащищенные слои населения без медицинского просвещения и повышения уровня медицинской грамотности не в состоянии будут осознать или повлиять на собственное здоровье.

Большинство врачей полагают, что главным инструментом повышения уровня медицинской грамотности населения является непосредственное общение врача с пациентом (*ПМА 2019-б*). Но низкий уровень оплаты труда медицинских работников, высокая загрузка и жесткая регламентированность их работы не способствуют и не являются стимулом к проведению широкой информационно-профилактической работы с населением; все эти проблемы можно причислить к бюрократическому конструированию. И хотя согласно различным данным (*Савельева 2013*) более половины россиян относят собственное здоровье и здоровье своих близких к числу приоритетных ценностей, а 39% считают проблемы системы здравоохранения важными лично для себя, если говорить о реально предпринимаемых шагах к улучшению собственного благополучия – население, скорее, пассивно и не предпринимает каких-то реальных профилактических действий и мер. 33% отмечают, что не предпринимает никаких мер для продления или улучшения качества своей жизни из-за нехватки времени, средств или в силу фатализма. В рыночных условиях здоровье эксплуатируется для построения карьеры, получения заработка, обеспечения досуга и дальнейшего потребления. По другим источникам, подтверждающим вышесказанное, 25% россиян в качестве личных активных действий, связанных с заботой о здоровье, указывают просмотр и чтение в СМИ информации медицинской и околomedical направленности (*ВЦИОМ 2013*).

Государство финансирует систему здравоохранения и гарантирует всеобщий доступ к бесплатной медицинской помощи, таким образом внося вклад в здоровье своего народа, который со своей стороны обязан жить для функционирования этого государства, т.е. тела граждан – это национальное богатство, принадлежащее государству, и отказ от заботы о собственном здоровье неприемлем, так как, по сути, является «растратой государственного имущества» (Савельева 2013). Значит ли это, что информирование и повышение уровня медицинской грамотности также является сферой ответственности государства, или бизнеса, или независимых общественных институтов, или все же личной ответственностью граждан?

Важно отметить, что отношение граждан к собственному здоровью при одинаковых экономических, социальных, экологических условиях может значительно отличаться (Русинова, Панова 2010). Для разных людей ценность собственного здоровья значительно разнится, как и осведомленность о различных сторонах самосохранительного поведения. Здесь можно выделить наличие или отсутствие вредных привычек, активное или пассивное отношение к ЗОЖ, уровень медицинской грамотности и использование знаний и навыков на практике. Н. Русинова и Дж. Браун противопоставляли самодетерминацию, а, более широко, отношение к собственному здоровью, проявления патернализма, видя его не только в отношениях пациента с системой здравоохранения и непосредственно с медицинскими профессионалами, но и в собственном поведении (Русинова, Браун 1996). В советское время ответственность за материальное благополучие или здоровье граждан находилась в плоскости внешних обстоятельств. В большей степени государство и система здравоохранения, а не сам человек или семья были ответственны за здоровье и благополучие населения (Бурмыкина 2000).

Ю.Р., врач, жен., стаж с 1980-х, Москва (ПМА 2021):

*... Хочешь, не хочешь, диспансеризацию раз в год пройдешь. И скрининги разные, какие нужно. И это была совершенно точно важная и нужная деятельность. Но формально на бумаге диспансеризацию никто и сегодня не отменял. Но ведь тогда начали обязывать.*

Сегодня же люди вынуждены самостоятельно нести ответственность за собственное здоровье, но при этом внешние обстоятельства жизни все еще не позволяют в полной мере контролировать и влиять на состояние собственного здоровья и здоровья своих близких, следовательно, первичность роли личности в формировании и поддержании качественного уровня собственного здоровья все еще не вошла в культуру и нормы поведения и в достаточной степени не считается существенным у большинства российских граждан.

Высокая роль советской системы в балансе ответственности за здоровье подавляла личную инициативу граждан. В 1980-х годах наблюдалось отставание культуры самосохранительного поведения от реальных требований экономических, социальных и экологических условий. Таким образом, новая реальность доступности медицинской информации и желание граждан ее получать стало явлением пассионарного характера, с чем советская система не сталкивалась (*Бурмыкина 2000*).

В переходный период с начала 1990-х основную причину ухудшения здоровья населения связывают с низким уровнем ответственности граждан за состояние собственного здоровья и здоровье своих близких (*Там же*). На данном, можно сказать, переходном этапе важное влияние оказал внезапно возникший резкий разрыв в материальном благополучии граждан, когда более обеспеченные уже начали осваивать культуру самосохранительного поведения, а граждане с низкими доходами вынуждены были более интенсивно эксплуатировать собственное здоровье. Низкий общий уровень самосохранительного поведения, усугубляющийся практически полным отсутствием культуры здоровья, привел к низкому уровню информированности в вопросах здоровья, широкому распространению ставшего нормой перенесения болезней на ногах, несвоевременности обращения к врачам, пассивности в вопросах осуществления мер профилактики, несоблюдении или игнорировании врачебных назначений. Таким образом, внимание и необходимость учета культурных факторов в вопросах здоровья может способствовать более вдумчивому выстраиванию социальной политики в области здравоохранения, подходов к реализации информационно-

просветительской работы среди населения, прогнозированию ответной реакции и поведения граждан (*Blaxter 1990*). Одним из примеров доверия во взаимоотношениях государства и населения является общественная реакция на действия правительственных органов во время крупнейшей вспышки атипичной пневмонии (SARS) в западной полушарии в Торонто (Канада) в 2003 г. Администрация города осуществила полное и своевременное информирование граждан через новостные интернет-ресурсы города, организацию ежедневных пресс-конференций с участием представителей системы здравоохранения, налаживание работы горячей линии, на которую поступило более 300 000 звонков. Подобный вид общественной коммуникации не был характерен для концепции информированного согласия, но этот случай, а также реакция властей различных стран в 2020 г. на пандемию COVID-19, подтвердили право на существование так называемой «общественной формы информированного согласия» (*Курленкова 2013*). Начиная с марта 2020 г. московский Департамент здравоохранения также ведет активную работу, ежедневно обновляет и корректирует информацию о ситуации с COVID-19 в городе, стране и мире, рассказывает о мерах, предпринимаемых для борьбы с распространением заболевания. Все это стало возможным в том числе и благодаря развитию и повсеместному распространению интернета.

Необходимо подчеркнуть, что культура здоровья базируется на формировании функциональной здоровьесберегающей грамотности (*Андреева 2017*). От латинского *functio* (обязанность, исполнение), в свою очередь произошедшего от *fungi* (выполнять, осуществлять), функциональная здоровьесберегающая грамотность – это способность и готовность осознанно использовать имеющиеся у индивида знания и навыки, касающиеся здорового образа жизни и профилактики в течение жизни. Особенно важна эта грамотность для пожилых людей, и у них она напрямую связана с информационной грамотностью. Возможность и умение использовать современные источники информации, в том числе интернет, имеют важное значение как для сохранения, повышения качества и продления собственного здоровья, так в качестве средства поддержания психологического



здоровья и социальной активности. Это способ преодоления одиночества, сохранения межпоколенческих связей, общественной деятельности, занятия любимым делом и т.д. (Асланова 2011).

Президент и основатель «Лиги защитников пациентов» А. Саверский полагает, что медицинская грамотность населения и ее повышение может также быть эффективным инструментом защиты населения от непрофессиональных и неэтичных действий медицинских профессионалов (Саверский 2014), будет способствовать снижению количества «врачебных ошибок», повышению качества оказываемой гражданам медицинской помощи, стимулированию ответственности врачей и т.д.

В США основная ответственность и нагрузка по информированию населения о профилактике, укреплении и поддержании здоровья, консультированию и обучению пациентов, диагностике и лечении острых и хронических заболеваний ложится на сектор первичной медицинской помощи (Primary Care), являющейся гордостью американской системы здравоохранения. Там первичная медико-санитарная помощь становится для пациента точкой входа в систему, а также координационным центром для всех предоставляемых медицинских услуг. Доказано, что хорошие взаимоотношения с самостоятельно выбранным личным врачом (personal physician) приводят к более качественному и адекватному уходу, лучшему здоровью пациентов, а также уменьшению затрат на здравоохранение (Starfield 2005).

В России коммуникативная культура взаимодействия врача и пациента сталкивается с рядом исторически сложившихся противоречий. В общем и целом, модель взаимоотношений врача и пациента выглядит как решение определенной проблемы (рис.4):



Рис.4.Схема взаимоотношений врача и пациента.

Но сложившаяся система с участием страховых компаний и руководства лечебных учреждений, а также контроль со стороны государства посредством медико-биологических стандартов и клинических рекомендаций, приводит к другому взгляду на взаимодействие врача и пациента (рис.5):

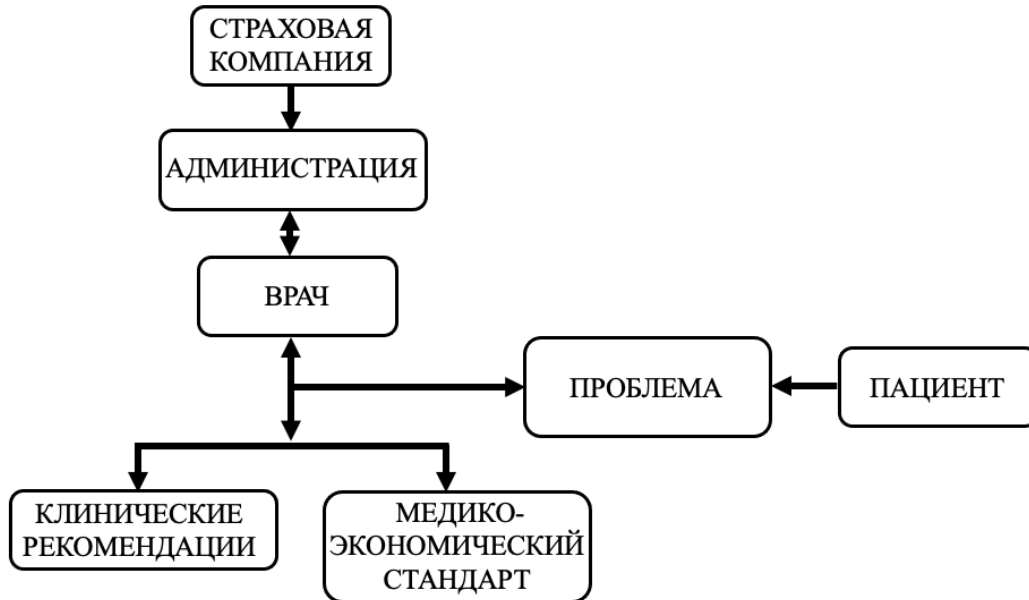


Рис.5. Схема взаимоотношений врача и пациента в государственном лечебном учреждении.

С третьей же стороны, общение врача и пациента в условиях реальности находится под влиянием личностных факторов (рис.6):

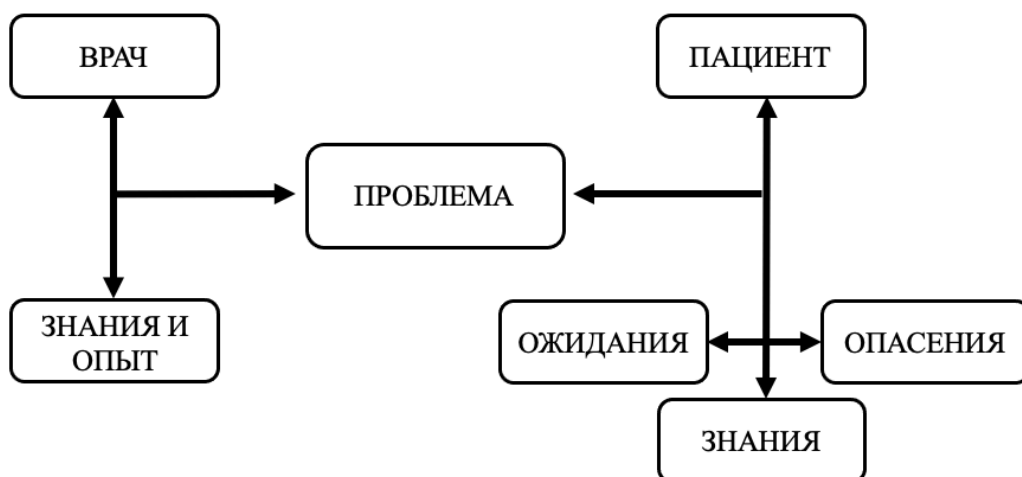


Рис.6. Схема взаимоотношений врача и пациента с учетом эмоционально-личностных характеристик.

Таким образом, общение врача и пациента в современных российских условиях получило двойственное восприятие, а количество вовлеченных в лечебный процесс сторон стало оказывать на него влияние, чаще всего негативного характера (*Мануковский, Цертицкая 2017*). Можно сказать, что спецификой взаимоотношений врача и пациента в России является бинарность взаимных оценок, которые напрямую связаны с происходящими в обществе социально-экономическими процессами (*Тимофеева 2016*), а также незавершенностью формирования моделей и подходов к эффективности и взаимной удовлетворенности этими контактами. При этом врач находится под давлением со всех сторон: государства, страховых компаний, администрации лечебных учреждений, коллег, прокуратуры, СМИ, общества, а также пациентов и их родственников. И хотя мнения врачей и пациентов о сложившейся ситуации в здравоохранении во многом сходятся, вопрос как наладить (взаимо)отношения пока остается открытым.

#### **§4. Представления врачей и пациентов о факторах эффективности их взаимодействия**

Начиная с последней четверти XX века многочисленные исследования медицинской профессии стали приравнивать врачей к судьям и священникам, которые благодаря власти своей могущественной монополии способны определить и фактически создать болезнь (*Bullough 1978; Friedson 1988*). Неся свою миссию вмешиваться и искать болезнь, они создали социальные значения болезни там, где они отсутствовали ранее (*Friedson 1988*). При этом социальные характеристики самого врача, такие как его религиозное происхождение, пол, этничность, социальный статус, оказывали влияние на его предубеждения относительно определенных диагнозов и методов лечения. С другой стороны, внешние факторы его работы, например, непосредственные личностные качества пациента, взаимоотношения с коллегами и руководством – влияют на содержание и выбор рекомендаций, которые он делает (*Там же*).

Э. Фридсон утверждал, что болезнь является «социальным творением», а отнюдь не биологическим фактом, что медицинские работники, находясь в активном поиске болезни, тем самым придают ей смысл и, таким образом, самим своим существованием являются единственными, кто более всего подходит для ее лечения. Задачей же их повседневной практики он полагал присвоение нежелательным для пациентов симптомам медицинских ярлыков (*Там же*).

При этом понятие результативности и эффективности медицинской деятельности является крайне неоднозначным (*Присяжнюк 2012*). В начале 2000-х годов были проведены исследования, говорившие о том, что наиболее положительными с точки зрения пациентов были те приемы, когда врач был полностью сосредоточен на их личности, наименьшее удовлетворение вызывали высокий уровень контроля со стороны врача (*Flocke et al. 2002*). Другие исследования показывали проблематичность включения фактора удовлетворенности пациентов в оценку эффективности взаимоотношения врача и пациента (*Epstein et al. 2005*), так как определенные пациенты будут склонны более прислушиваться к мнениям врачей, имеющих свой стиль практики. Они могут быть наиболее удовлетворены стилем практики, который им более знаком, т.е. ориентироваться на врача. Пациенты, привыкшие следить за собственным здоровьем, с большей готовностью будут принимать недостатки собственных врачей. Удовлетворенность пациента от общения с врачом может перевешивать недостатки других аспектов приема.

Измерение эффективности оказываемых медицинских услуг осложняется широким спектром проблем. Здесь можно выделить необходимость отношения к каждому пациенту как к индивидуальной личности, а также то, что на результаты лечения оказывают влияние множество факторов, находящихся вне контроля врача или пациента, и не поддаются изменению исключительно посредством коммуникации. Поэтому многие исследователи считают удовлетворенность пациента одним из основных в оценке результатов лечения (*Mead et al. 2002*). Пациенты ценят эмпатию и гуманность врачей, высокий уровень информативности приема, техническую компетентность, внимание к психологическим проблемам,

достаточное время приема для обсуждения всех нюансов лечения, непрерывность контакта с лечащим врачом, взаимное уважение и доверие, т.е. все то, что составляет основу пациентоориентированного подхода. При этом наилучшими позитивными предикторами удовлетворенности пациентов принято считать продолжительность приема, возраст пациента, продолжительность и глубину взаимоотношений врача и пациента (*Там же*).

С другой стороны, удовлетворенность пациента просто описывает медицинские услуги с его точки зрения и не может в полной мере быть мерилom эффективности проведенного лечения (*Sitzia and Wood 1997*). В начале 1980-х годов были выделены пять социально-психологических переменных удовлетворенности пациентов (*Linder-Pelz 1982; Ware et al. 1983*):

- Событие как восприятие индивидом того, что произошло;
- Ценность как оценка высокого или низкого качества приема;
- Ожидания как убеждения о том, что должно произойти;
- Межличностные сравнения в сравнении с предыдущими знаниями и опытом индивида;
- Право как убежденность индивида в том, что существуют основания предполагать определенный результат приема.

В конце 1990-х Дж. Зиция и Н. Вуд предложили дополнительно рассматривать следующие компоненты удовлетворенности пациентов (*Sitzia and Wood 1997*): межличностные взаимоотношения, уровень технического оснащения и его качества в процессе оказания медицинской помощи, доступность и удобство, уровень дохода пациента и его возможность оплаты медицинских услуг, эффективность как результат медицинской помощи, непрерывность как продолжительность взаимоотношения с одним врачом, а также место оказания услуги, физическая доступность и удобство инфраструктуры как в отношении учреждения, так и в отношении конкретного специалиста.

В российской же системе, пострадавшей от развала советского здравоохранения и последующих событий от дряхления и устаревания всего от технического оснащения до снижения уровня компетенций, игнорирование

необходимости отношения с пациентами на равных, а также последовательное формирование негативного образа врача, как «неумехи», «недоучки» и «взяточника», обострили и без того сложную ситуацию неравенства в сфере оказания медицинской помощи (Курленкова 2013; Антонова, Клейменов 2014). Современный российский пациент, получивший в начале 2000-х годов свободный доступ к Интернету и СМИ, потерявший доверие к врачу, требующий уважительного отношения, имеющий собственную точку зрения и право на информированный выбор, основанный на продуктивном диалоге с врачом, наталкивается на сформированный десятилетиями в системе здравоохранения традиционный медицинский патернализм, направленный на сакрализацию знания и сохранение элитарности профессии (Чеботарева 2006; Шамликашвили и др. 2015). Современному российскому врачу все еще удобна патерналистская модель, так как в своей деятельности (диагностике и лечении) он вынужден опираться на технические средства и прописанные стандарты больше, чем на собственные клинические знания и умения, а также навыки эффективного взаимодействия с пациентами. В сформировавшихся условиях излишняя вовлеченность врача в общение с пациентом превратилось в своего рода обузу. Несмотря на то, что патернализм не способствовал возникновению взаимоотношения с пациентами на равных, он в то же время оказал влияние как на формирование обостренного чувства ответственности медиков и склонности неукоснительного соблюдения правил со своей стороны, и требования того же самого со стороны пациентов.

Но врачам XXI века профессиональные коммуникативные навыки требуются не меньше, а возможно и больше, чем их предшественникам, так как качество современной высококвалифицированной помощи в большей степени находится в зависимости от удовлетворенности пациента взаимодействием с врачом (Курьлева 2021). Высокотехнологичные процедуры, как и их результаты, необходимо интерпретировать, что требует от врача терпения, внимания и такта. Переход от патерналистских отношений к партнерским, нереализованный пока в полной мере в российских условиях из-за неготовности врачебного сообщества, наталкивается на активный запрос со стороны общества, что приводит к росту

неудовлетворенности пациентов, росту жалоб и обращений в суд, а это, в свою очередь, ведет к репутационным и моральным потерям всех вовлеченных сторон, а также расширению поводов для предъявления претензий (Чеботарева 2006). При этом, по мнению некоторых врачей, патернализм всегда будет присутствовать в отношениях врача и пациента. Он хоть и принял своеобразные формы, но продолжает быть востребованным. К примеру, желание некоторых пациентов оплачивать дорогостоящее лечение за границей тоже может быть объяснено как запрос на патернализм, когда пациент платит за то, чтобы за него приняли сложное решение (ПМА 2020-а).

Разрыв между не вполне совершенными законами и реальной практикой их исполнения (Присяжнюк 2012), а также тот факт, что пациенты за последние два десятилетия превращались в «разборчивых клиентов», привело к тому, что пациенты сегодня находятся в поиске «своего» врача, привлекая для этого обширную и выстроенную систему связей. При этом врачи также настаивают на том, что иметь «своего» врача сегодня необходимо.

Сложившаяся сегодня система здравоохранения, прошедшая этапы трансформации от позднесоветского периода, воспринимается пациентами неоднозначно. Мнения пациентов о современной ситуации в российском здравоохранении (ПМА 2020-в):

*... [В России] крайне низка квалификация специалистов. Как в государственных учреждениях, так и в частных. Хорошего специалиста нужно искать по знакомым, таких передают из рук в руки. И такой специалист все равно будет платный.*

*... Главная проблема: квалифицированного врача можно найти только по рекомендации, остальные не могут поставить правильный диагноз и зажимают дорогостоящие обследования.*

*... Российская медицина – это как лотерея. Попадешь к толковому специалисту – разберешься с проблемой, попадешь к не очень – пиши пропало.*

*... Ищи ВРАЧА в каждой области. Если наобум – кирдык. Поэтому: «Самые лучшие доктора в мире — доктор Диета, доктор Покой и доктор Веселье» Джонатан Свифт.*

*... (син. плохая – прим. авт.) диагностика, банально у моего деда опухоль, а недавно была у него другая операция, ему [врач] говорил, что это после операции неправильные анализы, и так целый год, а в итоге достучались до "крутого" врача, все ему рассказали, что у нас действительно опухоль, и он согласился, и только тогда нас вылечили. Диагностика ... (син. плохая – прим. авт.)! Справочник фельдшера рулит.*

*... Чтобы действительно получить помощь, нужно опросить десятерых знакомых и получить от них отзывы о толковых врачах. Идти вслепую на прием не вариант. Зачастую пальцем в небо и попадаешь к кому-то очень неумному и халатному. У них словно просто нет вот этого желания разобраться и помочь.*

Как видим, опыт пациентов показывает, что талантливых врачей или «врачей от бога» не так много, что отдавать свое здоровье на волю случая они не готовы, что, если система не предоставляет возможности ожидать предсказуемого результата от посещения лечебных учреждений, значит, необходимо все брать в свои руки, подключать связи и знакомства, читать отзывы в интернете, перепроверять любую поступающую информацию. Доверять возможно только «своему» врачу.

При этом мнения врачей о навыках и умениях, которыми пациенты должны обладать в домашних условиях, также отражают ситуацию, сложившуюся в российском здравоохранении, а необходимость иметь врача, которому можно доверить свое здоровье и здоровье своих близких, отмечают обе стороны диады «врач-пациент» (ПМА 2019-б):

*... [Пациент] должен иметь врача, которому доверяет, и иметь возможность обратиться к нему.*

*... Врача, с которым можно посоветоваться.*

*... Связь с лечащим врачом.*



... Пациенты не обязаны обладать медицинскими знаниями, необходимо налаживать возможность попасть к квалифицированному врачу.

... Надо иметь дома аптечку, лист с телефонами лечащих врачей.

При этом рекомендации одинаковы для всех пациентов, безотносительно их уровня доходов или прочих факторов. Тем не менее для формирования политики в сфере здравоохранения важное значение имеет изучение взаимосвязи между социально-экономическим статусом пациента и его удовлетворенностью. К примеру, в США произошедшее расширение государственного финансирования страхования бедных слоев населения и структурирование образовательных мероприятий привели к увеличению роли врача в улучшении показателей здоровья и медицинского обслуживания наиболее уязвимых американских граждан, ранее лишенных возможности доступа к государственному здравоохранению. Но, тем не менее, расширение доступа к получению медицинской помощи не стало гарантией более хороших показателей здоровья или равных возможностей в получении этой помощи (Labuda Schrop 2011). В США неравенство в общественном здравоохранении стало последствием несправедливости в распределении доходов. Сложившиеся диспропорции стали результатом цепочки событий, оказывающих влияние на здоровье в различных сферах: окружающей среде, доступе к медицинскому обслуживанию и его качестве, состоянии здоровья наиболее уязвимых слоев населения и конкретного результата деятельности общественного здравоохранения, достичь которого не удалось.

Справедливость в отношении здоровья предполагает, что вне зависимости от социально-экономических условий никто не может быть ущемлен в достижении наилучших показателей собственного здоровья и может полностью реализовать свой потенциал (Whitehead and Dahlgren 2006). При этом диспропорции в области здравоохранения могут зависеть от уровня образования и дохода, расы и этнической принадлежности, пола, географического положения, статуса инвалидности и сексуальной ориентации. Согласно исследованию Института медицины (Institute of Medicine 2001), в США, в отличие от России, гарантии того, что каждый человек может получить высококачественную медицинскую помощь в

связи с конкретной проблемой со здоровьем не существует, а менее обеспеченные и более уязвимые слои населения подвержены большим рискам для здоровья, что в принципе справедливо и для России. И хотя в России все еще сохраняется возможность получения населением бесплатной медицинской помощи, ее объем постоянно уменьшается. И, безусловно, те, кто имеют возможность воспользоваться платными услугами, более удовлетворены их качеством, так как они не только получают необходимую помощь, но получают ее своевременно, с применением новейшего оборудования, а также с комфортом, приветливостью, уважением и прочими составляющими сервиса.

Важна ли удовлетворенность пациента? Да. Существует доказанная взаимосвязь между удовлетворенностью пациентов и исходами лечения (*Safran et al.* 1998), что можно сравнить с эффектом плацебо. Установлена связь между эффективностью коммуникации врача и пациента и удовлетворенностью пациента, в итоге ведущая к лучшим результатам лечения (*Beck et al.* 2002). Доказана положительная корреляция между удовлетворенностью пациентов и комплаенсом (соблюдением назначений врача) (*Safran et al.* 1998). Прочность отношений между пациентом и врачом тесно связана с приверженностью к лечению, а доверие со стороны врача и знание им своего пациента вытесняет другие негативные факторы, более того, доверие пациента врачу приводит к большей удовлетворенности от лечения, а также лучшим исходам лечения. И именно пациентоориентированные отношения позволяют врачу получить целостное представление о пациенте и добиться более высокого уровня доверия. Т.е. мы наблюдаем замкнутый круг, в котором доверие – основной элемент эффективности (взаимо)отношений врача и пациента.

Согласно российским исследованиям 2010 года (*Мосеева и др.* 2010), 76,11% пациентов предпочитают беседу с врачом для получения достоверной информации о своем здоровье всем другим источникам информации (СМИ, интернет, популярная медицинская литература и т.д.). 84,32% пациентов хотели бы получать более подробную информацию по вопросам питания, 74,25% – необходимой двигательной активности, 36,19% – по применению лекарственных и

поддерживающих препаратов. Организованная исследователями «Школа здоровья» для пациентов показала значимые результаты: у 43,28% пациентов, прошедших обучение в школе, снизился уровень тревоги, а повышение настроения и общего самочувствия отметили 32,83% респондентов (*Там же*). Здесь немаловажно упомянуть так называемый феномен культурного лечения (*cultural healing*), пока мало изученный (*Cultural & Social Anthropology 2009*), когда у пациентов наблюдается улучшение в самочувствии сразу после посещения врача еще до начала приема назначенной терапии: пациент успокаивается, диагноз и схема лечения ему понятны, а следовательно тревога и фактор неизвестности отступают.

Просветительские инициативы медицинского характера среди населения влияют также на повышение частоты активных действий, предпринимаемых гражданами в отношении собственного здоровья и здоровья своих близких, что только подчеркивает их эффективность. Пациенты, прошедшие обучение в упомянутой «Школе здоровья» пришли к решению перестать употреблять алкоголь (33,2%), бросить курить (48,13%), пересмотреть свое отношение к двигательной активности (50%), пересмотреть режим и характер питания (52,61%) (*Мосеева и др. 2010*).

Представляется очевидным, что просветительская деятельность, направленная на повышение уровня медицинской грамотности в РФ, необходима. А по мнению Р. Хайруллина, именно медицинский антрополог, функцию которого пока несет на себе медицинский работник (*Курленкова, Хайруллин 2013*), может помочь во взаимоотношениях врача и пациента в разрезе повышения уровня медицинской грамотности и информированности населения в медицинских вопросах. И хотя попытки проведения государственными организациями различных коммуникационных программ уже существуют, для устойчивости всей системы работы по укреплению здоровья и профилактике должны вестись по различным направлениям (*Камалиева, Резникова 2014*):

1. Разработка законодательного обеспечения и непосредственно содержания соответствующей государственной политики;

2. Совершенствование системы и инфраструктуры профилактики и укрепления здоровья граждан на федеральном и местном уровнях с вовлечением всех социальных секторов в планомерную работу;
3. Вовлечение граждан в программы укрепления здоровья для развития навыков здорового образа жизни и профилактики;
4. Усиление профилактической направленности лечебных учреждений и служб здравоохранения с соответствующей подготовкой медицинских работников;
5. Организация лицензирования лечебных учреждений на предмет оказания образовательных услуг населению, что делает этот вид деятельности обязательным для ЛПУ;
6. Организация дифференцированного финансирования обучающих и профилактических мероприятий.

Приведенный выше список далеко не полный, но необходимость организации четкой и продуманной информационно-просветительской деятельности для повышения уровня медицинской грамотности населения видится сегодня насущной необходимостью. Согласно исследованиям, каждый доллар, вложенный государством в формирование здорового образа жизни, превращается за пять лет в 5,6 долларов экономии государственных средств, направляемых в систему здравоохранения. А внедрение и использование коммуникационных стратегий только по трем направлениям: рациональное питание, увеличение физической активности, отказ от курения – позволяет повысить средние показатели выживаемости и качества жизни пациентов, а также приводит к уменьшению затрат на лечение сердечно-сосудистых заболеваний (*Якушин, Филиппов 2014*).

Просветительская работа с населением по повышению уровня медицинской грамотности требует не только использования современных и актуальных коммуникационных инструментов, но и приоритезации и совершенствования подходов к санитарно-гигиеническому просвещению (*Гуменюк, Фетисова 2016*), а также учета специфических культурных факторов, которые исключают возможность прямого заимствования подходов и инструментов, зарекомендовавших себя в других странах. Несмотря на то, что сегодня

коммуникации могут быть осуществлены по множеству направлений, например, СМИ, интернет, телевидение, радио, МЧС-оповещения, статьи с фокусом на актуальность и качество информации, бесплатные газеты и брошюры, памятки, стенды, тематические дни, районные акции, специализированные порталы в интернет, брифинги в школах для учеников и родителей, анкетирование всех слоев населения, информирование выезжающих за рубеж и т.д., необходим единый проработанный подход с вовлечением специалистов по коммуникациям, представителей медицинского и пациентского сообществ, психологов, социологов и медицинских антропологов.

В опубликованном Bloomberg в 2015 г. списке из 55 стран, отражающем эффективность систем здравоохранения (*Жук и др.* 2016), Россия оказалась на предпоследнем месте, что говорит о насущной необходимости поиска новых подходов и инструментов управления системой здравоохранения, разработки и реализации более эффективных проектов, другого взгляда на систему в целом. Многочисленные реформы, осуществляемые на протяжении многих лет в современной России, не показали пока каких-либо значимых результатов, хотя проекты, направленных на поддержание и укрепление здоровья может быть множество: от развития и повышения качества профилактической медицинской помощи, организации культурно-просветительских и образовательных проектов, до разработки и внедрения мер по повышению ответственности граждан за собственное здоровье и здоровье своих близких как основной ценности и прикладного использования полученных навыков в индивидуальных стратегиях поведения. Сегодня в РФ в силу особого менталитета и существования, скорее, «культуры нездоровья», необходим комплексный подход к изменению отношения населения к собственному здоровью, повышению его ценности и пониманию важности профилактических мер.

К примеру, на уровень медицинской активности отдельной семьи оказывают влияние такие факторы, как медицинская и санитарно-гигиеническая грамотность ее членов, частота и поводы обращения за медицинской помощью, участие в регулярных профилактических осмотрах, тщательность выполнения назначений и

рекомендаций врача и проч., что в дальнейшем оказывает влияние как на эффективность профилактических мер, так и на результативность лечения. То есть медицинская активность может быть условно разделена на следующие составляющие: медицинская грамотность, поведение и активные действия, направленные на улучшение и поддержание здоровья, отношение и позиционирование себя в существующей системе здравоохранения (Кулакова и др. 2011).

Важным направлением формирования медицинских знаний населения является, к примеру, работа участковых педиатров с родителями. По данным исследователей из Нижнего Новгорода (Там же), 41,6% родителей не проявляют инициативы и не обращаются за медицинскими советами по поводу закаливания, режима дня, питания, профилактических прививок и прочим вопросам об общем оздоровлении ребенка. 44,6% обращаются, но нерегулярно. 47,3% родителей считают свои знания о здоровье, профилактике и лечении детей недостаточными. При этом, основными источниками медицинских знаний о детском здоровье они считают СМИ (36,2%), родственников и знакомых (29%) и только 28,4% родителей получают информацию напрямую от медицинских работников. 84,2% родителей отметили необходимость и важность повышения медицинских знаний, связывая это с желанием воспитать своего ребенка здоровым, 14% понимают необходимость повышения своего общего культурного уровня, а для 10,7% респондентов мотивация получения медицинских знаний связана с состоянием здоровья ребенка. Врачи понимают, что уровень знаний родителей о детском здоровье остается невысоким, поэтому активно предупреждают о недопустимости самолечения и необходимости обращения в медицинские учреждения (ПМА 2019-б):

*... [Пациент в домашних условиях должен знать] как правильно хранить имеющиеся в семье лекарства и как их уберечь от доступа детей;*

*... Знать симптомы тревоги, уметь оказать первую помощь и знать азы СЛР (сердечно-легочной реанимации – прим. мое) (это должны знать ВСЕ), знать о том, что лечение неосложненных ОРВИ не требует консультации врача и лечение симптоматическое. Люди с хроническими заболеваниями у себя и своих детей*

*должны обладать знаниями о своей болезни, но знания эти должны быть получены только от лежащего врача.*

*... Думаю, самое главное не переоценить свои знания, особенно если речь идет о здоровье ребенка.*

Другое важное направление, требующее активных просветительских мероприятий, – работа скорой медицинской помощи. На сегодняшний день среди всех обращений в службу СМП наблюдается более 40% необоснованных вызовов (Бадиров 2019), что приводит к выполнению службой несвойственных функций. Выезды к хроническим пациентам должны осуществляться силами поликлинической помощи, однако выезд бригады СМП осуществляется более чем в 90%, даже если вызов не является обоснованным, а это в свою очередь постепенно приводит к дисквалификации «экстренного» врача. Основными причинами необоснованных вызовов скорой медицинской помощи являются переоценка тяжести своего состояния или состояния своих близких в силу ипохондрического характера, тревожности или лабильности психики. Нельзя исключать социально-экономические причины (постановка диагноза и лечение – это и финансовые, и временные затраты, а за вызов бригады скорой помощи платить не нужно). Многие просто не информированы о функциях СМП, кто-то не соблюдает назначенный врачами режим или не получает адекватного амбулаторного лечения. Нельзя исключать и особый менталитет российских пациентов.

Мнения пациентов о недостатках системы здравоохранения в РФ и работе «скорой» (ПМА 2020-в):

*... Скорая помощь, которая обязана приезжать на каждый пук и температуру 38 у взрослого человека, которая зачастую ещё и как вытрезвитель работает. В то время как пациенты, которые действительно нуждаются помощи, ждут помощи часами. Население, которое идёт в больницу только когда жить уже совсем невозможно, доводя себя до хронизации или тяжелейшего состояния, а потом ещё и не придерживается терапии, потому что дорого и якобы зашлаковывает организм. Общая неграмотность населения с лечением*

*астмы баней, ожогов маслом и так далее. Убеждения, что прививки вызывают аутизм, отравляют всех ртутью.*

*... Возможно, если б врачи после съема анамнеза и понимания симптоматики на приеме открывали протокол – они б укладывались в эти 15–30 минут. Еще одна проблема – клиническое мышление – не все врачи им обладают. Это видно по новоиспеченным докторам. Еще одна проблема: превентивная медицина – ее в стране НЕТ. Так же нет и медицины для пожилых. Уже начиная с 75 лет скорая неохотно берет экстренно людей в этом возрасте. Есть правило "золотого часа", и, если в течение него не помочь – летальный исход практически гарантирован. А у нас начинаются торги со скорой чтоб взяли, потому что там в больнице, когда привезут им тоже могут ввалить. И иногда больницы им [напрямую] об этом говорят. Летальный исход в принципе гарантирован в экстренном случае, а так как у нас организована скорая, которая теперь как автономная служба – это ... (син. кошмар, прим. авт.).*

Т.е. многие пациенты понимают источники проблем, касающиеся скорой помощи, они хорошо знают и сталкивались с необоснованными обращениями, они понимают причины. Врачи также склонны объяснять необоснованные обращения пробелами в знаниях населения о здоровье (ПМА 2019-б):

*... Пациент, страдающий хроническим заболеванием, должен знать признаки дестабилизации состояния, иметь при себе список принимаемых препаратов.*

*... Знать, когда не надо вызывать скорую и врача на дом.*

*... Должен иметь продуманный план логистики себя или родственника до ближайшего приемного многопрофильной больницы в экстренной ситуации.*

*... Знать телефон своей поликлиники, скорой. Уметь описывать свои жалобы, уметь называть заболевания, которыми болеет и какими препаратами пользуется регулярно.*

*... Пациент должен понимать, что, обратившись с несерьезными симптомами в скорую помощь, он может причинить вред здоровью пациенту с серьезными симптомами ожиданием бригады СП.*



... *Уметь поддерживать самостоятельное дыхание при отсутствии сознания у пострадавшего до приезда 03.*

Т.е. и врачи, и пациенты понимают, в целом, и проблемы, и состояние системы здравоохранения, но во множестве других аспектов их (взаимо)отношений позиции обеих сторон расходятся или вступают в противоречия.

Как же можно улучшить эффективность взаимоотношений врача и пациента? Выделяют несколько факторов, повлиять на которые представляется возможным (*Шамликашвили и др. 2015*):

- организационно-управленческие, к которым относятся слабая разработанность и использование нормативных процедур для разрешения возникающих противоречий;

- социально-психологические, а именно стереотипы разрешения конфликтных ситуаций, принятые в конкретном обществе.

Необходимо также принимать во внимание тот факт, что пациент, обратившийся за медицинской помощью, оказывается не только в ситуации неопределенности, когда в силу возникающих обстоятельств он не знает, как поступить, но в ситуации страха потери и здоровья, и ориентиров понимания будущего. Поэтому личностные особенности пациента являются тем фактором, который нельзя не принимать во внимание как для изучения межличностных взаимоотношений врача и пациента, так и при поиске подхода к организации процесса оказания медицинской помощи населению. Здесь большое значение имеют уровень образования пациента и свойственные его средовым, религиозным или этническим традициям коммуникативные навыки. Следовательно, для врача не может существовать какой-то одной заранее сформулированной модели взаимодействия с пациентом, так как каждый из таких контактов будет уникальным. Пациенты сегодня активно и, не скрывая своих чувств, выказывают недовольство и системой в целом, и врачами в частности. А врачи в свою очередь продолжают ожидать от пациентов уважения, но заявления эти становятся все более эмоциональными (*ПМА 2019-б*):

[Пациент в медицинском учреждении должен]

*...[Соблюдать] режим, порядок нахождения и правила данного медицинского учреждения (в т.ч. стационар).*

*... Вовремя прийти на прием.*

*... [Соблюдать] Правила поведения.*

*... В медицинском учреждении пациент должен быть чистым, без неприятных запахов.*

*... В случае неудачи в лечении при повторном обращении не скрывать информацию о невыполнении предписаний врача.*

*...[Соблюдать] Этику.*

*... Соблюдать культуру общения (обращаться к врачу как к специалисту, а не обслуживающему персоналу). Должен знать, что зачастую проблему, с которой больной обратился, невозможно разрешить одной таблеткой или одним визитом.*

Сам факт, что исследование было немногочисленным, но так много врачей в нем обратили внимание на этику общения со стороны пациентов, скорее всего, при масштабировании на все российское общество, может говорить о катастрофе и той чудовищной эмоциональной нагрузке, которую испытывают врачи в своей работе каждый день.

Врачи, принимавшие участие в исследовании, говоря о том, что должен знать/уметь пациент при обращении в медицинское учреждение, отмечали важность и необходимость повторного посещения врача, так как иначе все их усилия, направленные на выздоровление пациента, остаются незавершенными, а результаты и исход лечения – неочевидными. Повторный прием также является эффективным инструментом для улучшения коммуникации врача и пациента. Дополнительные возможности для обучения и налаживания взаимоотношений во время повторного визита открываются не только для врачей, но и для пациентов, формируя и закрепляя «правила» и установки взаимоотношений (Wissow 2005), и, более того, предоставляют пациентам возможность дать врачам более широкое понимание об их мире и их индивидуальности, повышая уровень взаимного доверия и эмпатии.

В современных условиях, когда перед системой здравоохранения стоит задача повышения уровня доверия населения к самой системе и каждому отдельно взятому врачу, а также улучшения социальной стабильности общества в целом, должна произойти смена коммуникативной парадигмы (*Шамликашвили и др.* 2015), что является важной политической задачей для формирования социально-ориентированного государства. Помимо постепенного перехода от укоренившегося патернализма к партнерству, сотрудничеству и открытому диалогу с пациентами, предполагается организация специальных тренингов для выработки у медицинских профессионалов навыков медицинской коммуникации, а также профилактики и разрешения напряженных и конфликтных ситуаций. По мнению некоторых исследователей, эту функцию могут на себя взять специально организованные в лечебных учреждениях службы (медиации) разрешения споров для урегулирования и досудебного урегулирования возникающих проблем (*Там же*), или вовлечение в работу ЛПУ специалистов по межкультурным компетенциям (*Харитонова* 2018) (прикладных медицинских антропологов), которые смогут оказать междисциплинарную поддержку как при возникновении конфликтных ситуаций, так и для повышения общей эффективности коммуникаций врача и пациента.

Одна только биоэтика, несущая в себе принцип информированного согласия, который призван как сохранить достоинство пациента, так и оградить врача от этического давления, а также традиционные подходы медицинской этики и деонтологии не способны в полной мере в условиях растущей медиализации общества наладить эффективность взаимодействия врача и пациента (*Кириленко* 2018; *Камалиева* 2019). Медицина сегодня обрела новые функции и значительно расширила зону своего влияния, формируя индивида, исходя из его культурных запросов. Биоэтика же, являясь скорее этико-правовым корпоративным кодексом, пока не может удовлетворить возросшие запросы на гуманизацию взаимоотношений врача и пациента (*Морозов, Курылева, Корягина* 2017; *Моисеев* 2018). Эту задачу может взять на себя медицинская антропология.

Как говорит в своей книге «Все мы смертны» американский врач индийского происхождения Атул Гаванде, современная система здравоохранения предполагает, что «мы все меньше знаем о своих пациентах и все больше о своей области знаний» (Гаванде 2018). При этом, основываясь на собственном опыте, он сформулировал четыре «волшебных» слова врача для любого общения с пациентом, и слова эти «вот, что меня беспокоит».

Выявить проблемные точки коммуникации врача и пациента, глубоко изучить каждую сторону, оценить фактор влияния на взаимоотношения самой системы здравоохранения, предложить пути решения – вот задачи, которые стоят перед медицинскими антропологами. И хотя эта профессия пока не имеет собственного профстандарта, усилиями междисциплинарной команды под руководством Центра Медицинской Антропологии работа в этом направлении ведется. Для осуществления эффективной деятельности, которая, несомненно, принесет свои положительные результаты, понадобится вовлечение специалистов различного профиля, каждый из которых может называться медицинским антропологом, но будет нести свойственную ему узкую функцию: исследователи и социологи, филологи и лингвисты, культурологи, философы, педагоги, психологи и даже маркетологи и экономисты. Остается надеяться, что профстандарт будет разработан с учетом всей широты и междисциплинарности дисциплины, и медицинские антропологи смогут внести свой вклад в развитие системы здравоохранения в России.

\*\*\*

Эффективность и результативность медицинской помощи напрямую зависит от качества коммуникации между врачом и пациентом. Дефицит общения приводит к несоблюдению назначений или отказам от лечения, что в дальнейшем усугубляет проблемы и делает лечение более дорогостоящим. Низкий уровень медицинской грамотности пациентов в РФ является одной из причин проблем в коммуникациях с врачами. Последние основным инструментом расширения объема знаний о своем здоровье и здоровье близких считают беседу врача и пациента, которая на

сегодняшний день ограничена рамками времени, выделенного на прием. Другой проблемной точкой взаимоотношений врача и пациента является отсутствие доверия как к самой системе здравоохранения, так и к врачам. Специалисты различных направлений занимаются решением проблем, стоящих перед системой здравоохранения РФ. Медицинская антропология может предложить более широкий и глубокий взгляд на проблемы пациентов и врачей, способствовать выявлению проблемных точек их коммуникации, а также предлагать инструменты повышения уровня медицинской грамотности пациентов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Российское здравоохранение, прошедшее путь от СССР до современной России, претерпело значительные изменения, не закончившиеся до сих пор. Имидж врача изменился от самой уважаемой профессии и исполнителя врачебного долга до представителя сферы услуг. Подготовка медицинских кадров во многом отстает от требований сегодняшнего дня, многие программы все еще несут на себе отпечаток позднесоветского подхода. Заработные платы врачей остаются низкими, нагрузка высокой, требования администраций лечебных учреждений по заполнению отчетности и документации, по мнению персонала, являются чрезмерными, а ориентация медицины на пациентов в подобных условиях становится невозможной в связи с существующим регламентом приема по времени, стрессами и негативным отношением со стороны пациентов. Последнее связано и с коммерциализацией отрасли, и с негативной повесткой в СМИ, и с недоверием государству, и с предыдущим неудачным опытом взаимодействия с системой, и ростом информированности пациентов в связи с развитием интернета и других источников информации о здоровье. Пациент сегодня знает (или, как полагают медики, думает, что знает) о своем здоровье и своих правах, но мало задумывается о своих обязанностях в том, что касается соблюдения назначений, профилактики, ведения здорового образа жизни. Врач же находится под давлением со стороны системы, администрации, пациентов, общества, СМИ, что не может не провоцировать конфликты и напряженность. Именно медицинская антропология благодаря своему междисциплинарному подходу способна не только выявить источники этой напряженности, но и предложить пути улучшения ситуации в здравоохранении в целом.

Сегодня необходимо сконцентрировать усилия по улучшению ситуации в российском здравоохранении по трем направлениям, которые взаимосвязаны и пересекаются между собой.

1) *Врачебное сообщество* за прошедшие 40 лет трансформации российского здравоохранения нуждаются в поддержке: и с точки зрения необходимости восстановления престижа врачебной профессии, и изменений в образовании

(система университетского образования, постоянное повышение квалификации, получение новых знаний и навыков, необходимых в современном мире: коммуникации с пациентами, эмпатия, эмоциональная устойчивость и проч. гуманитарная составляющая медицинской профессии). Кадровый дефицит отрасли невозможно решать, если отсутствует правовая защищенность врачебной профессии, что требует создания специальных институтов; если сохраняется эмоциональная напряженность в работе (атаки со стороны СМИ, пациентов, руководства медицинских организаций), что требует выстраивания коммуникационной работы с обществом в целом и внутри врачебного сообщества в частности; если уровень доходов врачей значительно отстает от других отраслей, что требует тщательного планирования со стороны государства с вовлечением экспертов различных направлений (экономисты, социологи, психологи, медицинские антропологи, философы, биоэтики и проч.).

2) Эффективность оказываемой населению медицинской помощи в большой степени зависит от удовлетворенности *пациентов*, с ними необходимо вести работу по выявлению источников недовольства и конфликтов. Пациенты сегодня не только проявляют потребительское отношение к медицине, но и имеют возможность благодаря интернету получать неограниченный объем знаний медицинского характера. Необходимо структурировать эти знания, работать над повышением уровня медицинской грамотности населения, качественными коммуникационными методами, повышать уровень ответственности граждан за личное здоровье и здоровье близких, так как профилактика, здоровый образ жизни и ранние обращения являются первоначальной базой для экономии ресурсов системы. Восстановление престижа врачебной профессии и уважения труда медиков необходимо для улучшения эффективности взаимодействия врача и пациента, что напрямую влияет на исход лечения и также ведет к экономии ресурсов. Необходимо изучать и вести комплексную работу по повышению уровня доверия граждан к системе в целом и врачам в частности.

3) Проблемы системы здравоохранения потенциально могут стать причиной социального взрыва. Государству необходимо вести тщательно продуманную

деятельность для информирования граждан и врачебного сообщества обо всех изменениях, расширять доступность медицинской помощи благодаря внедрению информационных технологий, формировать культуру ответственного отношения к здоровью, установить прозрачную систему планирования, финансирования и контроля в отрасли.

Работы по этим трем направлениям должны вестись специалистами различных отраслей, но наиболее эффективными с точки зрения и затрат, и конечного результата они могут стать при вовлечении медицинских антропологов.

Уже сегодня начали появляться курсы для врачей по коммуникации с пациентами, хотя пока они еще не вошли полноценно в программы медицинского образования. Качественная коммуникация между врачом и пациентом может повысить удовлетворенность пациентов от получаемой медицинской помощи, стать источником медицинских знаний, повлиять на восприятие и регулярность использования методов профилактики и здорового образа жизни, повысить вообще уровень качества оказываемой медицинской помощи и оптимизировать расходы на здравоохранение. Таким образом, основным бенефициаром профессии медицинского антрополога является государство (система здравоохранения), для которого актуально сокращение расходов, улучшение статистических показателей (рождаемости, смертности, заболеваемости и проч.), повышение доверия к системе со стороны граждан (и пациентов, и врачей), стимулирование методов профилактики и раннего обращения и т.д. Но работа медицинского антрополога важна также и врачам: выявление реального уровня информированности и понимания пациентами назначений, налаживание эффективного диалога между врачом и пациентом, получение обратной связи со стороны пациентов, большая удовлетворенность от своей работы, как следствие, большая эффективность труда. Пациенты тоже окажутся в выигрыше от активного вовлечения медицинских антропологов в работу современных лечебных учреждений: получаемые медицинские знания будут более доступны и структурированы, мнения и голоса пациентов будут иметь возможность быть услышанными, комплаентность в связи с этим вырастет, важность профилактики и ЗОЖ будет воспринята с большей



ответственностью и вовлеченностью. Поэтому создание и внедрение профессии медицинских антропологов в современных российских условиях представляется критически необходимым.

В настоящей работе была осуществлена попытка решить ряд исследовательских задач. Структура диссертации отразила эти задачи:

1) В первой главе проведён анализ различных этапов трансформации российского здравоохранения в период с 1980-х **по настоящее время** с учетом мнений и комментариев врачей;

2) Во второй главе рассмотрены особенности современного российского врача; партерналистский подход, как основа профессиональной деятельности советского/российского врача; особенности врачебной деятельности в государственном и частном медицинском учреждении; рассмотрено отношение к врачам пациентов;

3) В третьей главе проанализированы взаимоотношения врача и пациента; навыки коммуникации и их востребованность; рассмотрены взаимоотношения врача и пациента в контексте культурного и социального разнообразия; влияние медицинской грамотности на взаимоотношения врача и пациента; представления врачей и пациентов о факторах эффективности их взаимодействия.

По итогам проведенного исследования получены следующие **результаты**.

В **первой главе** проведён обзор основных этапов трансформации российского здравоохранения с 1980-х годов до сегодняшнего дня. Показано, что время застоя в позднем СССР здравоохранение сначала подверглось разрушению и обветшанию в 1990-х, затем сменилось чередой постоянных реформ в 2000-х, а 2010-е стали временем повсеместного распространения интернета, роста медицинской информированности, желания пациентов принимать участие в вопросах, связанных с собственным здоровьем и здоровьем своих близких. При этом заработная плата врачей все эти периоды оставалась низкой, а в 1990-х ничтожной, в следствие чего получила свое развитие система неформальных платежей, приведшая к тому, что врачи сегодня находятся на верхних строчках самых коррумпированных лиц наравне с чиновниками и сотрудниками госавтоинспекции. Свою негативную роль

в ухудшении имиджа врачебной профессии сыграли СМИ, тиражирующие и смакующие «врачебные дела». С 2020 года, когда пандемия COVID-19 охватила мир, вопросы здоровья вышли на первый план. Уже отмечается смена настроений в обществе в сторону большей поддержки врачебного сообщества, профилактика и ответственность за собственное здоровье становятся нормой. При этом вопросы вакцинации, введения ковидных паспортов остаются острой проблемой и разделили граждан всех стран.

Во **второй главе** подробно рассмотрена специфика врачебной профессии. Уделено внимание патернализму как основе деятельности советского и российского врача. Показано, что, несмотря на запрос на партнерство во взаимоотношениях врача и пациента, патернализм все еще остается востребованным и со стороны врача, и со стороны пациентов. Хотя со стороны пациентов этот запрос оказался, скорее, скрытым или подсознательным. Было показано, как возникновение и развитие частной медицины повлияло на ситуацию в здравоохранении в целом; как частные медицинские учреждения вступили в конкурентную борьбу с государственными, если не в профессиональном уровне оказываемой помощи, но в уровне комфорта и сервиса для клиентов, что оказалось важным фактором, влияющим на удовлетворенность пациентов. В разделе о влиянии медицинской грамотности на взаимоотношения врача и пациента демонстрируется, что, несмотря на обилие источников информации о здоровье, пациенты сегодня остаются слабо информированными о своем здоровье и здоровье своих близких, а понимание врачей о навыках и знаниях пациентов дома и в условиях лечебных учреждений расходится с действительностью, что, в свою очередь, также становится источником конфликтов, непонимания и недоверия.

В диссертационном исследовании делается отдельный акцент на отношении и ожиданиях современных пациентов от системы здравоохранения и врачей в частности. Была реализована попытка анализа мнений пациентов об источниках проблем современной российской медицины и сравнение их с врачебной точкой зрения. Пациенты обвиняют врачей в некомпетентности, сетуют на проблемы в организации процессов в клиниках, обвиняют врачей в коррупции, обращают

внимание на катастрофичное состояние медицины в регионах, высказывают недовольство отношением со стороны медицинского персонала, при этом сами не сдерживают эмоции, подчеркивают мнение о бесполезности государственного здравоохранения, обвиняют врачей в халатности, апеллируя к собственному опыту, предъявляют претензии к инфраструктуре и работе скорой медицинской помощи. Несмотря на схожесть во мнениях врачей и пациентов по таким вопросам, как работа скорой медицинской помощи, недостаточная оснащенность и финансирование, бюрократизация и проч., эмоциональные и межличностные факторы оставляют врачей и пациентов по разные стороны баррикад. Пандемия COVID-19, охватившая мир в первой половине 2020 г., показала робкие, но, тем не менее, попытки реабилитации медицинской профессии в глазах общественности: градус негатива сместился на систему и чиновников, а уважение к врачам начало расти. Врачи же продолжают настаивать, что пациентоориентированность и гуманизм являются базисом их профессии, а для отлаживания (взаимо)отношений врачей и пациентов прежде всего необходимо уважение и доверие, как и поддержка со стороны системы.

В **третьей** главе диссертации осуществлен анализ взаимоотношений врача и пациента и влияющих на эти взаимоотношения факторов. Демонстрируется, что качество коммуникации врача и пациента напрямую влияет на удовлетворенность пациента, а как следствие приводит к лучшему исходу лечения. Суммируя все вышеизложенное, в диссертации делается вывод о необходимости планомерного выстраивания эффективных взаимоотношений между врачом и пациентом при непосредственном участии медицинских антропологов, для повышения общего уровня медицинской грамотности населения, повышения частоты реальной практики профилактики и раннего обращения в лечебные учреждения, соблюдения назначений врача и комплаентности (приверженности) лечению. Налаженный диалог между врачом и пациентом с опосредованным, но активным вовлечением государства, призван повысить уровень качества оказываемой населению медицинской помощи, а также снизить расходы на здравоохранение.

Перспективными с точки зрения будущих отечественных исследований представляются следующие темы: количественные и качественные методики замера уровня медицинской грамотности и способов ее повышения, практическое внедрение в работу леченых учреждений медицинских антропологов для изучения взаимоотношений врача и пациента и выработки гипотез, инструментов, подходов для качественного улучшения этих взаимоотношений, изучение опыта взаимодействия граждан с системой здравоохранения для выявления скрытых проблем отрасли.

Итак, в настоящей работе был проведен комплексный анализ изменений (взаимо)отношений врача и пациента, произошедших в российском здравоохранении на протяжении последних сорока лет как на фоне исторических, политических, социально-экономических и общественных преобразований, так и в связи с изменениями, произошедшими на микроуровне отношений врача и пациента, врача и системы, системы и общества. Представляется очевидным, что профессиональное медицинское сообщество самостоятельно не справится с множеством разнообразных скопившихся проблем. Для выявления, стабилизации и улучшения сложившейся ситуации медицинская антропология во всей своей междисциплинарности может стать важным и необходимым подспорьем на этом непростом пути. **В этом контексте особенно важным видится формирование и законодательное утверждения с последующим внедрением в систему здравоохранения (и не только) профессии медицинского антрополога (в том числе в его прикладном варианте как специалиста в сфере этнокультурных и этических компетенций).**

## Словарь специальных терминов

**Биоэтика:** сфера междисциплинарных исследований, касающаяся нравственного аспекта деятельности человека в медицине и биологии, сформировавшаяся в середине XX века на стыке философских дисциплин, юриспруденции, естественных наук. Принципиально новая парадигма изучения человеком окружающего мира, сохранения его в условиях научно-технического прогресса, в том числе сбережения здоровья человека. Современная биоэтика - активно развивающаяся научная отрасль - имеет множество направлений, некоторые из них находятся в стадии формирования.

**Комплаентность:** (от англ. patient compliance), приверженность лечению — степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача. Приверженность пациента к лечению может проявляться как в отношении приёма препаратов, так и в других врачебных назначениях, но чаще этот термин используется именно по отношению к фармацевтическим препаратам.

**Медикализация:** расширение медициной своих границ, при котором обычные, часто не связанные с патологией человеческие ситуации рассматриваются как медицинская проблема, становятся объектом лечения и профилактики. Медикализация нежелательна в тех случаях, когда возможные негативные последствия медицинского вмешательства перевешивают потенциальную пользу.

**Медицинская антропология:** междисциплинарное научное направление, охватывающее исследование проблем здоровья и здоровьесбережения в широком социокультурном и биокультурном контекстах, разнообразные исторические и культурные формы человеческого опыта, касающиеся реакции на угрозу болезни, многочисленные системы врачевания, существовавшие в прошлом и настоящем, и другие вопросы.

**Медицинская грамотность:** уровень владения человеком навыками и знаниями, необходимыми для понимания информации, связанной со здоровьем. Термин был впервые употреблен в 1974 году, в работе, в которой обсуждалось, как санитарное просвещение влияет на здравоохранение, образование, и СМИ. На 2016

год в научном сообществе нет консенсуса о содержании и определении данного термина. Различают три вида грамотности в вопросах здоровья: функциональную, интерактивную, и критическую.

Общественное здоровье и здравоохранение: предмет, изучающий оздоравливающее, а также неблагоприятное влияние социальных факторов и условий на здоровье населения, его групп, вырабатывающий научно-обоснованные рекомендации для осуществления мероприятий по устранению и предупреждению вредного для здоровья людей влияния социальных условий и факторов в интересах охраны и повышения уровня общественного здоровья.

Социология медицины: отрасль социологии, изучающая систему охраны здоровья, социальные термины «болезнь» и «здоровье», поведение людей в сфере медицины.

4П медицина: основана на принципах, наиболее точно отображающих актуальные подходы к ведению пациентов — предикции (выявление предрасположенности к развитию заболеваний), профилактики (превентивность, предотвращение появления заболеваний), персонализации (индивидуальный подход к каждому пациенту) и партисипативности (мотивированное участие пациента в профилактике и лечении заболеваний).

## Список источников и использованной литературы

### Полевые материалы автора

1. ПМА 2019-а – онлайн анкетирование 45 врачей и 45 пациентов о доказательной медицине.
2. ПМА 2019-б – онлайн анкетирование 69 врачей об уровне медицинской грамотности пациентов (см. Приложение 2).
3. ПМА 2019-в – Лебедев А. – анализ онлайн высказываний пациентов о современном состоянии российской медицины и их опыте обращения в медицинские учреждения.
4. ПМА 2020-а – Александр Андреевич В. – устное интервью с врачом с 40-летним стажем.
5. ПМА 2020-б – Михаил Б. – устное интервью с владельцем частной медицинской лаборатории.
6. ПМА 2020-в – Лебедев А. – анализ онлайн высказываний пациентов о современном состоянии российской медицине и их опыте обращения в медицинские учреждения.
7. ПМА 2021 - Экспертное интервью с Ю.Б. и М.Г., врачами с более чем 40-летним стажем (см. Приложение 1).

### Источники

8. 91 % россиян: система здравоохранения страны требует изменений // Пресс-выпуск АНО Левада-центр [Электронный ресурс]. – 2012. Режим доступа: [https://medvestnik.ru/content/news/91\\_rossiyan\\_sistema\\_zdravoohraneniya\\_stran\\_u\\_trebuot\\_izmeneniy.html](https://medvestnik.ru/content/news/91_rossiyan_sistema_zdravoohraneniya_stran_u_trebuot_izmeneniy.html) (дата обращения 07.09.2020).
9. АКСОН – школа медицины / канал в Telegram [Электронный ресурс]. Режим доступа: [https://t.me/akson\\_med](https://t.me/akson_med) (дата обращения: 12.12.2021).
10. Безвольные каменщики / канал в Telegram [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://t.me/kamenschiki> (дата обращения: 14.12.2021).
11. Бестеневая лампа / канал в Telegram [Электронный ресурс]. Режим доступа: [https://t.me/shadowless\\_lamp](https://t.me/shadowless_lamp) (дата обращения: 12.12.2021).
12. Брандт П. Пациент всегда прав! [Электронный ресурс]. – 2020. Режим доступа: <https://www.facebook.com/groups/meddialog/posts/2679604752160235/> (дата обращения: 26.01.2020).
13. Врачебные ошибки / группа в сети Facebook [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.facebook.com/groups/313154885445435> (дата обращения: 16.06.2021).
14. Гаванде А. Все мы смертны. М.: Corpus, АСТ, 2018. – 340 с.

15. Гонтмахер Е.Ш. Социальная политика: тенденции последних 15 лет и возможные перспективы // ИНО-Центр [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.ino-center.ru/news/doc/203\\_gontmaher.pdf](http://www.ino-center.ru/news/doc/203_gontmaher.pdf) (дата обращения: 16.05.2019).
16. Гуцин В. Неформальные платежи [Электронный ресурс]. – 2019. Режим доступа: <https://www.facebook.com/vadim.gushchin/posts/10205859511082868> (дата обращения: 02.08.2019).
17. Демичева О. Соотечественники ругают отечественную медицину [Электронный ресурс]. – 2019. Режим доступа: <https://www.facebook.com/olga.demicheva.5/posts/2139684666139193> (дата обращения: 20.05.2019).
18. Диалоги о медицине / группа в сети Facebook [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.facebook.com/groups/240195712767830> (дата обращения: 09.09.2021).
19. Здоровье и как мы о нем заботимся // Пресс-выпуск ВЦИОМ [Электронный ресурс]. – 2013. – №22. Режим доступа: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=113555>. (дата обращения: 26.04.2019).
20. Как сказать / канал в Telegram [Электронный ресурс]. Режим доступа: [https://t.me/how\\_say](https://t.me/how_say) (дата обращения: 30.11.2021).
21. Кашубина О. Как болел бы врач: маленькие хитрости большого здравоохранения. – М.: Изд. Бомбора, 2019. – 304 с.
22. Котов М. Эффективная коммуникация с пациентами. Максим Котов, врач-онколог, НМИЦ онкологии // Виртуальная мастерская "Вокруг медицины" Онлайн-мероприятие [Электронный ресурс]. – 2020. Режим доступа: <https://www.facebook.com/events/2560866367496357> (дата обращения: 03.06.2020).
23. Крокодил Ятро-Гена / канал в Telegram [Электронный ресурс]. Режим доступа: [https://t.me/malleus\\_medicorum](https://t.me/malleus_medicorum) (дата обращения: 16.12.2021).
24. Кудрявцева Е., Тихомиров В. Врачи без правил. // Журнал «Огонек» [Электронный ресурс]. – 2010. – №26. – 30 с. Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/1394526> (дата обращения: 03.08.2020).
25. Купрум / канал в Telegram [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://t.me/tolkosprosit> (дата обращения: 12.12.2021).
26. Лебедев А. Претензии к отечественной медицине [Электронный ресурс]. – 2019. Режим доступа: <https://comments.bot/thread/FsptVTsUl> (дата обращения: 01.05.2020).
27. Лебедев А. Претензии к отечественной медицине [Электронный ресурс]. – 2020. Режим доступа: <https://comments.bot/thread/VcqZuPB5l> (дата обращения: 03.09.2020).



28. Лига защитников пациентов Причины обращения граждан в «Лигу пациентов» [Электронный ресурс]. – 2020. Режим доступа: <http://ligar.ru/articles/analitika/uroven/prichina/> (дата обращения: 03.05.2020).
29. Лига защиты врачей / группа в сети Facebook [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.facebook.com/groups/319715741464427> (дата обращения: 08.10.2021).
30. Медицинская антропология в России / группа в сети Facebook [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.facebook.com/groups/435172736546732> (дата обращения: 08.12.2021).
31. Мнения о здравоохранении / группа в сети Facebook [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.facebook.com/groups/179139158799444> (дата обращения: 28.08.2021).
32. Набоков А. Социальная роль врача в постсоветском обществе // Открытая электронная газета. Раздел Экономическая реальность [Электронный ресурс]. – 2010. Режим доступа: <https://forum-msk.org/material/economic/2962236.html> (дата обращения: 14.05.2020).
33. Намочи мантию / канал в Telegram [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://t.me/namochimanturu> (дата обращения: 30.11.2021).
34. НеМинздрав / канал в Telegram [Электронный ресурс]. Режим доступа: [https://t.me/rus\\_med](https://t.me/rus_med) (дата обращения: 30.11.2021).
35. Панкратов И. Бестеневая лампа [Электронный ресурс]. – 2019. Режим доступа: <https://www.facebook.com/doctor.pankratov/posts/1181821711978637> (дата обращения: 23.10.2020).
36. Пинелис Е. Пандемия в Нью-Йорке [Электронный ресурс]. – 2020. Режим доступа: <https://www.facebook.com/evgeny.pinelis/posts/10207326020745668> (дата обращения 31.03.2020).
37. Превентивная медицина – 2035 / группа в сети Facebook [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.facebook.com/groups/1422548441307886> (дата обращения: 25.11.2021).
38. Проценко Д. Разговор без масок [Электронный ресурс]. – 2020. Режим доступа: [https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=2691151171117522&id=100006679967481](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=2691151171117522&id=100006679967481) (дата обращения 04.03.2020).
39. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. / Под ред. J. Kutzin, С. Cashin, М. Jakab. Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. – 2011. – С. 15—16.
40. Румянцева Т. Rumyantseva\_MD / канал в Telegram [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://t.me/rumyantsevamd> (дата обращения: 12.12.2021).
41. Саверский А.В. Врачи не умеют говорить о своих ошибках // Милосердие.RU [Электронный ресурс]. – 2014. Режим доступа:

- <https://www.miloserdie.ru/article/aleksandr-saverskij-vrachi-ne-umeyut-govorit-o-svoih-oshibkah-2/> (дата обращения 18.05.2020).
42. Скворцова В.И. Пути решения кадровой проблемы в здравоохранении. // *Ni-Med. Высокие технологии в медицине.* – 2012. – №11. – С.10—14.
43. Сообщество анестезиологов-реаниматологов / канал в Telegram [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://t.me/sarsmos> (дата обращения: 12.12.2021).
44. Темкина А.А. Главное – вообще не ценят человека // *Lenta.ru.* [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://m.lenta.ru/articles/2020/01/23/zdr/?fbclid=IwAR1GIUMypOUL5l2-cOsRooL0WQsoM7Mr6FQF1P1S4zEc66zTvkdEys8UrdY> (дата обращения – 07.09.2020).
45. Фоминцев И. ИВЛ на дому? В России такого нет [Электронный ресурс]. – 2019. Режим доступа: <https://www.facebook.com/i.fomintsev/posts/2501819933214321> (дата обращения: 20.10.2019).
46. ШБМНК / канал в Telegram [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://t.me/shbmnk> (дата обращения: 14.12.2021).
47. *Cultural & Social Anthropology. Medical Anthropology. Course of lectures* // Arizona State University. Prof. Marcus Banks [Электронный ресурс]. – 2009. (дата обращения: 10.06.2016).

### Список литературы

1. Андреева И.Г. Теоретические основы формирования культуры здоровья младших школьников // *Вестник академии детско-юношеского туризма и краеведения.* – 2017. – №4. – 64 с.
2. Антонова Н.Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования (на примере г. Екатеринбург) // *SPERO.* – 2007. – №7. – С. 7—22.
3. Антонова Н.Л., Клейменов М.В. Особенности взаимодействия врача и пациента в системе медицинского обслуживания на селе // *Социум и власть.* – 2014. – №4(48). – С. 37—41.
4. Аполихин О.И., Катибов М.И., Золотухин О.В., Шишкин С.В., Шейман И.М., Говорин Н.В., Есауленко И.Э., Шукин А.В., Каприн А.Д. Формирование новой модели здравоохранения: концептуальный подход и пилотная реализация // *Менеджер здравоохранения.* – 2018. – №1. – С. 9—19.
5. Артюхов И.П., Калмыков А.А., Сенченко А.Ю. От концепции выживания к стратегии развития: стратегический менеджмент в здравоохранении // *Сибирский медицинский журнал.* – Иркутск: 2005. – Т.51, №2. – С. 75—80.
6. Арутюнов С.А., Рыжакова С.И. *Культурная антропология.* – М.: Весь мир, 2004. – 216 с.

7. Асланова О.А. Социальное самочувствие пожилых людей в современном информационном обществе // Общество и право. – 2011. – №4(36). – 307 с.
8. Бадиров Ш.Ш. Необоснованные вызовы скорой медицинской помощи // Врач скорой помощи. / Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК. – 2019. – №7. – С. 86—88.
9. Баракат Н.В. Этико-правовой аспект медицинской интеракции врача и пациента: принцип информированного согласия // Проблемы современной науки и образования. – 2014. – №1(19). – С. 93—95.
10. Бахматова М.Н. Практики культурно-этнического посредничества в сфере здравоохранения Италии // Медицинская антропология и биоэтика [Электронный ресурс]. – 2018. – №1(15). Режим доступа: [http://www.medanthro.ru/?page\\_id=3580](http://www.medanthro.ru/?page_id=3580) (дата обращения: 10.06.2021).
11. Белая Е.А., Гутуева Ч.Г. Проблема взаимоотношений между врачом и пациентом в настоящее время // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2017. – Т.7, № 1. – С. 133—134.
12. Билибин А.Ф. Горизонты деонтологии // Вестник АМН СССР, 1979. – №5. – С. 35—45.
13. Бовина И.Б. Социальная психология здоровья и болезни. / М.: Аспект Пресс, 2008. – 254 с.
14. Бороздина Е.А. Трансформации профессиональной этики российского врача: социологический анализ // Вестник Томского Государственного Университета Философия. Социология. Политология. – 2011. – №1(13). – С. 12—20.
15. Борщевский Г.А. Эффективность государственного управления и государственной службы в сфере здравоохранения // Управленческие науки. – 2018. – №8(2). – С. 64—75. DOI: 10.26794/2404-022X-2018-8-2-64-75.
16. Борщевский Г.А. Государственная отраслевая политика и эффективность государственной службы (на примере отрасли здравоохранения) // Управленческое консультирование. – 2018. – №9. – С. 11—28. DOI: 10.22394/1726-1139-2018-9-11-28.
17. Бояркина С.И., Бояркин Г.М. О соотношении понятий «услуга» и «помощь» в контексте врачебной практики в системе обязательного медицинского страхования // Теория и практика сервиса: экономика, социальная сфера, технологии. – 2010. – №3(5). – С. 169—177.
18. Бояркина С.И. Условия труда российских врачей: риски для здоровья и инфекционной безопасности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2018. – Т.11, вып. 3. – С. 346—363.
19. Бояркина С.И. Реформа российского здравоохранения 2011-2016 гг. в оценках представителей врачебного сообщества: стратегии, тактики, риски //

- Журнал социологии и социальной антропологии – 2019. – Т.22, №3. – С. 39—56.
20. Бояркина С.И., Ходоренко Д.К. Теоретические подходы к изучению формирования и воспроизводства социальных неравенств в здоровье // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2020. – Т.23, №5. – С. 41—73.
  21. Бромлей Ю.В., Воронов А.А. Народная медицина как предмет этнографических исследований // Советская этнография. – М., 1976. – № 5. – С. 3—18.
  22. Бугаев Д.А., Горбунков В.Я. Избранные вопросы контроля и обеспечения качества медицинской помощи // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – Т.11, №3. – С. 60—66.
  23. Буркова В.Н., Феденюк Ю.Н. Медицинская маска как средство индивидуальной и коллективной защиты в условиях пандемии COVID-19 (кросс-культурные аспекты) // Вестник антропологии. 2020. №3. С. 74—91.
  24. Бурмыкина О.Н. Патернализм: влияние на культуру здоровья // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2000. – Т.3, №4. – С. 159—176.
  25. Венедиктов Д.Д., Чекнев Б.М. Эволюция и горизонты этики здравоохранения // Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина. М.: Медицина, 2002. – 240 с.
  26. Вишневский А.Г., Кузьминов А.И., Шевский В.И., Шишкин С.В. и др. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса // Модернизация экономики и государство: доклады VII Междунар. науч. конф. 4—6 апр. 2006 г. М.: ГУ ВШЭ, 2006. – С. 287—297.
  27. Власов В.В. История популяционного здоровья. Рецензия на книгу "История здоровья населения: рост и падение заболеваемости в Европе" // Демографическое обозрение. – 2021. – Т.8, №2. – С. 128—133.
  28. Волкова Е.В. Профессиональная языковая личность врача в медиадискурсе (коммуникативно-прагматический аспект) : дис. ... канд. фил. наук: 10.02.01 / Волкова Евгения Владимировна – Томск, 2021. – 264 с.
  29. Воробьев А.А., Деларю В.В., Куцепалов А.В. Влияние информированности пациента на структурирование взаимоотношений в системе врач – пациент // Социология медицины. – 2004. – №1. – 39 с.
  30. Вяткина Н.А. Уровень медицинской грамотности российских пациентов в оценке врачей // Сибирские исторические исследования [Электронный ресурс]. – 2019. – №4. Режим доступа: [http://journals.tsu.ru/siberia/&journal\\_page=archive&id=1928](http://journals.tsu.ru/siberia/&journal_page=archive&id=1928) (дата обращения: 30.04.2020.).
  31. Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., Омарова О.А. Информированность работающего населения о методах пропаганды профилактики заболеваний,

- используемых в санитарном просвещении // *Общественное здоровье и здравоохранение*. – 2020. – №1. – С. 28—33.
32. Галкин К.А. Эволюция социологических подходов к исследованию медицинских профессий: биомедицинская парадигма vs индивидуальный подход // *Вестник адыгейского государственного университета*. – 2017. – №2(199). – С. 81—84.
33. Галкин К.А. Медицинские онлайн-форумы для пожилых людей с хроническими заболеваниями: между коммуникацией и знанием // *Глобальные вызовы и региональное развитие в зеркале социологических измерений / Материалы V международной научно-практической интернет-конференции*. – Вологда: Изд.: Вологодский научный центр РАН, 2020. – С. 167—171.
34. Галкин К.А. E-health и онлайн-сообщества здоровья в повседневности пожилых сельских жителей в период пандемии // *Успехи геронтологии*. – 2021. – Т.34, №4. – С. 538—544.
35. Гафаров В.В. Психология здоровья населения России. Новосибирск: Изд. Типография СО РАМН, – 2002. – 360 с.
36. Гринкевич Л.С., Банин А.С. Совершенствование методов управления учреждениями здравоохранения в России // *Экономические науки*. – 2005. – 105 с.
37. Гирц К. Интерпретация культур / Пер. с англ.: «Российская политическая энциклопедия». Серия «Культурология. XX век». – М.: РОССПЭН, 2004. – 560 с.
38. Готлиб А.С. Современные отечественные медицинские практики в экзистенциальном измерении / Ярская В. Н. (ред.) Раздел 6. Здоровье населения и национальные реформы: социально-антропологический анализ. – М.: Вариант, ЦСПГИ, 2011. – С. 146—158.
39. Готлиб А.С., Лехциер В.Л. Клинические решения: факторы и проблемные ситуации (точка зрения врачей крупного российского города) // *Социологический журнал*. – 2020. – Т.26, №3. – С. 114—147. DOI: 10.19181/socjour.2020.26.3.7398.
40. Григорьева И.А., Биккулов А.С. Старость, здоровье, активное долголетие и смысловой контекст их упоминания в социальных сетях // *Успехи геронтологии*. – 2015. – Т.28, №2. – С. 354—359.
41. Григорьева И.А. Здоровье сегодня // *Здоровье как ресурс: v. 2.0* Международная научно-практическая конференция. Под общей ред. З.Х. Саралиевой. – Нижний Новгород: Изд. "Научно-исследовательский социологический центр", 2019. – С.67-71.
42. Грот А.В., Сажина С.В., Шишкин С.В. Обращаемость за медицинской помощью в государственный и частный секторы здравоохранения (по данным социологических исследований) // *Социальные аспекты здоровья*

- населения [Электронный ресурс]. – 2018. – №5(63). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1007/30/lang,ru/> (дата обращения: 13.08.2021).
43. Гуменюк В.Т., Фетисова Г.К. Опыт внедрения новых информационных технологий и методических подходов в проведении гигиенического воспитания и обучения населения // *Здоровье населения и среда обитания*. – 2016. – №2(275). – С. 52—55.
  44. Данилова Е.Н. Трансформации социальной политики и дискурса социальной справедливости в России // *Мир России*. – 2018. – Т.27, № 2. – С. 36—61. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-2-36-61.
  45. Дартау Л.А. Что можно сказать о здоровье с позиций классической теории управления // *Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности*. – М.: Маска, 2008. – С. 97—104.
  46. Дементьев Д.В. Финансирование здравоохранения: источники, способы и результаты // *ЭКО*. – 2016. – №11. – С. 56—62.
  47. Денисов И. Н., Резе А.Г., Волнухин А.В. Профилактика претензий к качеству медицинского обслуживания. Роль коммуникативных навыков врачебного персонала // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2012. – №6. – С.32—35.
  48. Димески Б., Потоска А., Пановска-Боскоска В. Реформа здравоохранения в Республике Македония: история и современное состояние // *Управление здравоохранением*. – 2011. – №30. – С. 39—58.
  49. Дубовый Л.М., Константинова Т.В. Связь коммуникативного взаимодействия в диаде "врач-больной" с социально-психологическими качествами личности врача // *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки*. – 2007. – №3(3). – С. 56—61.
  50. Ефименко С.А. Социология пациента: дис. ... канд. социол. наук – 14.00.52 / Ефименко Светлана Алексеевна. – М., 2007. – 527 с.
  51. Жук С.С., Селезнев П.С., Стуканова И.П. Государственные социальные проекты в сфере здравоохранения: актуальность развития в России и опыт зарубежных стран // *Региональные Проблемы Преобразования Экономики*. – 2016. – №8. – С. 47—54.
  52. Жулин С.П. К вопросу об эволюции российской государственной политики в сфере здравоохранения в 1990-е гг. // *Историческая и социально-образовательная мысль*. – 2011. – №4(9). – С. 14—16.
  53. Жулин С.П. Эволюция системы страховой медицины Российской Федерации в 1998—2004 годах // *Вестник Чувашского Университета*. – 2011. – №4. – С. 40—44.
  54. Жулин С.П. Начальный этап формирования концепции развития российской страховой медицины (1988—1992 гг.) // *Наука и школа* [Электронный

- ресурс]. – 2011. – №5. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/nachalnyy-etap-formirovaniya-kontseptsii-razvitiya-rossiyskoy-strahovoy-meditsiny-1988-1992-gg> (дата обращения: 06.09.2020).
55. Жура В.В., Утешева А.П. Межкультурная коммуникация в области здравоохранения // Биоэтика. – 2020. – №2(26). – С. 14—17. DOI: 10.19163/2070-1586-2020-2(26)-14-17.
56. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: ИС РАН, 2006. – 238 с.
57. Задворная О.Л., Алексеев В.А., Борисов К.Т. Кадровые риски в обеспечении безопасности медицинской деятельности // МИР. – 2017. – Т.8, №1. – С. 132—139.  
DOI: 10.18184/2079-4665.2017.8.1.132-139.
58. Зайцева А.А., Курылева Н.В. Парциальные позиции интернальности-экстернальности личности врача в процессе профессионализации // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека XII областной фестиваль «молодые ученые – развитию ивановской области» / Межрегиональная научная конференция студентов и молодых ученых с международным участием. – Иваново: Ивановская государственная медицинская академия, 2016. – С. 158—160.
59. Зудин А.Б. Общественное мнение как инструмент оценки эффективности реформ в сфере здравоохранения // Российский стоматологический журнал. – 2017. – №21(2). – С. 106—108.  
DOI: 10.18821/1728-2802.
60. Ивченкова М.С. Модернизация здравоохранения в России и регионе: социологический срез // Известия Саратовского ун-та. Нов. Сер. Социология. Политология. – 2013. – Т.13, вып.3. – С. 41—43.
61. Иевенко С., Дубас Н. Оптимальная модель медицинского страхования для России // Атлас страхования [Электронный ресурс]. – 2010. – №6. Режим доступа: <http://www.ininfo.ru/mag/2010/2010-06/2010-06-007.html>
62. Ильин И.А. «О призвании врача» статья из сборника «Путь к очевидности» [Электронный ресурс]. – 1957. – 240 с. Режим доступа: <http://novpv.ru/2009-12-14-11-32-34/174-2010-10-13-13-36-33> (дата обращения: 05.05.2019).
63. Кадыров Ф.Н., Куфтова Ю.В. Вопросы оформления информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства // Менеджер здравоохранения. – 2019. – №2. – С. 78—80.
64. Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Ендовицкая Ю.В., Базарова И.Н., Чилилов А.М. Оценка причин и последствий масштабных изменений в нормативно-правовом регулировании системы обязательного медицинского страхования в 2021 году // Аналитический доклад ФГБУ «Национальный медицинский

- исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского». – 2021. – 164 с.
65. Кажберова В.В. Общественное здоровье в отображении СМИ: реальность, возможности, задачи : дис. ... канд. фил. наук : 10.01.10 / Кажберова Варвара Валентиновна. – М., 2020. – 146 с.
66. Калашников К.Н., Калачикова О.Н. Доступность и качество медицинской помощи в контексте модернизации здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2014. – №2(32). – С. 130—142.
67. Камалиева И.Р. Взаимодействие врача и пациента: социокультурный анализ // Вестник Бурятского Государственного Университета. Философия. – 2019. – вып.2. – С. 89—95. DOI: 10.18101/1994-0866-2019-2-89-95.
68. Камалиева Р.А., Резникова В.П. Совершенствование профилактической деятельности амбулаторно-поликлинического звена // Вестник КазНМУ – 2014. – №2(4). – С. 209—210.
69. Кармадонов О.А. Престиж и пафос как жизненные стратегии социально-экономической группы (анализ СМИ) // Социологические исследования. – 2001. – № 1. – С. 65—72.
70. Кассирский И.А. О врачевании. – М.: Аслан, 1995. – 204 с.
71. Каткова И.П., Катков В.И. Доступность медицинской помощи: цели и реалии // Народонаселение. – 2016. – №1. – С. 98—102.
72. Каштанова А.И. Эволюция модели отношений врач-пациент // Научное обозрение. Медицинские науки [Электронный ресурс]. – 2016. – №6. – С. 50—53. Режим доступа: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=943> (дата обращения: 12.12.2021).
73. Келле В.Ж. Образ жизни и здоровье (методологический аспект) // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. – М.: ИЧ РАН, 2003. – 54 с.
74. Келли М. Границы ответственности пациента // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. – №5. – С. 67—72.
75. Кижикина В.В. Эволюция системы социальной защиты населения в России (сравнение со странами Европы) // Вестник Томского государственного университета. Экономика. – 2013. – №3(23). – С. 80—95.
76. Кириленко Е.И. Медицина как феномен культуры: опыт гуманитарного исследования : автореф. дис. ... д-ра. филос. наук. : 24.00.01 / Кириленко Елена Ивановна. – Томск, 2009. – 43 с.
77. Кириленко Е.И. Медицина надежды: опыт гуманитарного исследования // Медицинская антропология и биоэтика [Электронный ресурс]. – 2018. – №1(15). Режим доступа: [http://www.medanthro.ru/?page\\_id=3568](http://www.medanthro.ru/?page_id=3568) (дата обращения: 10.12.2020).



- 78.Клепикова А.А., Пироговская М.М. Медицина как культурная система? (Предисловие к материалам коллоквиума «Социальные исследования медицины в постсоветской России») // Антропологический форум. – 2018. – №37. – С. 113—122.
- 79.Константинова Т.В. Особенности коммуникативных установок во взаимодействии врача с больными : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.05 / Константинова Татьяна Вячеславовна. – Самара, 2006. – 156 с.
- 80.Кулакова Е.В., Богомолова Е.С., Назарова Е.В. Медицинская активность родителей, имеющих детей дошкольного возраста // Медицинский альманах «Организация здравоохранения и общественное здоровье». – 2011. – №4 (17). – С. 18—21.
- 81.Кульман Э. Разновидности профессионализма поздней современности: на примере немецкой системы здравоохранения // Профессии.doc. Социальные трансформации профессионализма: взгляды снаружи, взгляды изнутри / Под ред. Ярской-Смирновой Е., Романова П. – М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2007. – С. 41—57.
- 82.Курленкова А.С. Медицинская антропология и биоэтика в США и России: историографический и социокультурный анализ: дис. ... канд. историч. наук : 07.00.07 / Курленкова Александра Сергеевна – М., 2013. – 345 с.
- 83.Курленкова А.С., Хайруллин Р.М. О будущем медицины и различиях в понимании «медицинской антропологии» в российской науке // Медицинская антропология и биоэтика [Электронный ресурс]. – 2013. – №2 (6). Режим доступа: [http://www.medanthro.ru/?page\\_id=1716](http://www.medanthro.ru/?page_id=1716) (дата обращения: 21.05.2020).
- 84.Курылева Н.В. Специфика представлений врачей и пациентов о качествах, обеспечивающих их взаимодействие : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Курылева Наталья Владимировна – Иваново, 2012. – 298 с.
- 85.Лебина Н., Романов П., Ярская-Смирнова Е. Забота и контроль: социальная политика в советской действительности, 1917—1930-е годы // Советская социальная политика 1920—1930-х гг.: идеология и повседневность / Под ред. П. Романова и Е. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЙСПГИ, 2007. – С. 21—68.
- 86.Лехциер В. Л. Субъективные смыслы болезни: основные методологические различия и подходы к исследованию // Социологический журнал. – 2009. – №4. – С. 22—40.
- 87.Лехциер В. Л. Феноменологические основания медицинской антропологии // Логос. – 2010. – № 5(78). – С. 183—195.
- 88.Лехциер В. Л. Общество ремиссии на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. / под общ. ред. В.Л. Лехциера. – Самара: Изд. «Самарский ун-т», 2012. – 296 с.

89. Лехциер В.Л. Методология исследования *medical choice* в когнитивной медицинской антропологии Линды Гарро // *Медицинская антропология и биоэтика* [Электронный ресурс]. – 2017. – №2(14). Режим доступа: [http://www.medanthro.ru/?page\\_id=2915](http://www.medanthro.ru/?page_id=2915) (дата обращения: 03.02.2021).
90. Лехциер В.Л. *Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины* / Лехциер В. – Вильнюс: Logvinoliteraturosnamai, 2018. – 312 с.
91. Лисовская И.В., Галкин К.А. Есть такие профессии – людям помогать: к вопросу о профессиональной идентичности педагогов и врачей // *Вестник нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: социальные науки* – 2018. – №1(49). – С. 177—123.
92. Лихтенштейн Е.И. *Помнить о больном: пособие по медицинской деонтологии*. – Киев: Вища школа, 1978. – 175 с.
93. Лучкевич В.С., Зелионко А.В. Медико-социальный анализ влияния показателей медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения на основные характеристики здоровья и качества жизни городских и сельских жителей // *Известия Самарского научного центра Российской академии наук*. – 2016. – Т.18, №2(3). – 752 с.
94. Максимова Л.В., Омельяновский В.В., Сура М.В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран // *Медицинские технологии. Оценка и выбор. РАНХиГС*. – 2014. – №1. – С. 37—45.
95. Максимова Т.М. *Социальный градиент в формировании здоровья населения*. – М.: Пер Се, 2005. – 240 с.
96. Малов Н. И. *Экономические проблемы здравоохранения*. – М.: Экономика, 1990. – 47 с.
97. Малькова В.К. *Полиэтничная Москва 2011-2012 гг.: Тревожные звонки в информационном пространстве*. 2-е изд., исправленное и дополненное. – Palmarium Academic Publishing, 2013. ISBN: 978-3-659-98435-8. – 84 с.
98. Мальцев Г. *Социальная справедливость и правовые основы распределения по труду* // *Общественные науки*. – 1985. – №1. – С. 27—41.
99. Мансуров В.А., Юрченко О.В. *Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе* // *Россия реформирующаяся: Ежегодник – 2004* / Отв. ред. Л.М. Дробижева. - М.: Институт социологии РАН, 2004. С. 61—79.
100. Мансуров В.А., Юрченко О.В. *Профессионализация российских врачей как процесс конструирования новых статусных позиций* // *Социальная динамика и трансформация профессиональных групп в современном обществе* / Под. ред. В.А. Мансурова. – М.: Изд-во Института социологии РАН, 2007. – С. 148—168.

101. Мануковский В.А., Церпицкая О.Л. Бинарность оценочного сознания в современных взаимоотношениях врача и пациента в России // Вестник СПбГУ. Медицина. – 2017. – Т.12, вып.1. – С. 48—53.
102. Марков Б.В. Медицина: врач и больной // Медицинская антропология и биоэтика [Электронный ресурс]. – 2015. – №1(9). Режим доступа: [http://www.medanthro.ru/?page\\_id=2190](http://www.medanthro.ru/?page_id=2190) (дата обращения: 03.09.2020).
103. Медведева Л.М., Чеботарева О.А., Приз Е.В. Культурные детерминанты моделей взаимоотношений врача и пациента (на примере патернализма) // Биоэтика. – 2010. – №2. – С. 46—48.
104. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение // 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 656 с.
105. Мелик-Гайказян И.В., Мещерякова Т.В. Клятва Гиппократата: трансформация семантики и возрождение прагматики // ΣΧΟΛΗ – 2015. – Vol.9.1. – С. 35—44.
106. Мельникова О.О. Социальная политика в сфере репродуктивного здоровья и институционализация заботы в советский и постсоветский период // Вестник Томского Государственного Университета Философия. Социология. Политология – 2011. – №1(13). – С. 52—59.
107. Миськова Е.В. Психологическая антропология: введение и реконструкция. Рецензия на Jack David Eller. Psychological Anthropology for the 21st Century. Routledge, London and New York, 2019. vii, 257 p. // Сибирские исторические исследования – 2020. – №4. – С. 269—275. DOI: 10.17223/2312461X/29/18
108. Михайлова Н.В. Методология обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО серии 9000 // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – №3. – С.19—27.
109. Михель Д.В. Мишель Фуко как мыслитель и его влияние на современные интеллектуальные направления // Вестник Самарской гуманитарной академии. Философия. Филология. – 2007. – №2. – С. 24—31.
110. Михель Д.В. Социальная антропология медицинских систем: медицинская антропология. – Саратов: Новый Проект, 2010. – 80 с.
111. Михель Д.В. Социальная антропология здоровья и репродукции: медицинская антропология: учеб. пособ. для студ. – Саратов: Новый Проект, 2010. – 100 с.
112. Михель Д.В. Болезнь как социальный диагноз: философия социального исключения и реинтеграции // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. – 2017. – Т.17, №2. – С. 156—161. – DOI: 10.18500/1819-7671-2017-17-2-156-161.
113. Михель Д.В. Опыт страдания в условиях неравенства: анализ идей Пола Фармера // Социология власти. – 2017. – Т.29, №4. – С.127—147. – DOI: 10.22394/2074-0492-2017-4-127-147.

114. Михель Д.В. Интеллектуалы обсуждают пандемию COVID-19: дискуссии о коронавирусе как новое культурное явление // Этнографическое обозрение. – 2021. – № 6. – С. 64—82. – DOI: 10.31857/S086954150017928-0.
115. Мицюк Н.А., Пушкарева Н.Л. Формирование системы клинического родовспоможения в России (конец XVIII—начало XIX в.) // История медицины. – 2021. – Т.7, № 2. – С. 153—160.
116. Моисеев В.И. «Междисциплинарные аспекты медицины»: гуманитарная секция форума университетской науки МГМСУ. Медицинская антропология и биоэтика [Электронный ресурс]. – 2018. – №1(15). Режим доступа: [http://www.medanthro.ru/?page\\_id=3598](http://www.medanthro.ru/?page_id=3598) (дата обращения: 08.10.2019).
117. Моисеева О.Н. Круглый стол «Врач-пациент-общество: модели и реальность» // Медицинская антропология и биоэтика. / [Электронный ресурс]. – 2013. – №1(5). Режим доступа: [http://www.medanthro.ru/?page\\_id=1160](http://www.medanthro.ru/?page_id=1160) (дата обращения: 03.08.2019).
118. Моисеева И.Е. Экспертиза качества медицинской помощи в общей врачебной практике. // Russian Family Doctor. – 2017. – №21(3). – С. 16—22. DOI: 10.17816/RFD2017316-22.
119. Мол А.М. Множественное тело // Социология власти / Пер. с англ. – И. Напреенко, науч. ред. – В. Вахштайн. – 2015. – Т. 27, №1. – С. 232—247.
120. Морозов В.В., Курылева Н.В., Корягина И.И. Проблема формирования общекультурных компетенций в контексте результативности образования специалиста медицинской деятельности // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека / Материалы III Всероссийской образовательно-научной конференции студентов и молодых ученых. – Иваново: Ивановская государственная медицинская академия, 2017. – С. 221—223.
121. Мосеева М.В., Хохлачева Н.А., Попова О.П., Королев Д.А. Опыт организации «Школы здоровья» для пациентов с патологией органов желудочно-кишечного тракта // Медицинский альманах. – 2010. – №1(10). – С. 32—35.
122. Мурашова Л.А. Социально-психологический тренинг как средство оптимизации профессионального общения медицинского персонала / Л. А. Мурашова // Наука и бизнес: пути развития. – 2012. – №7. – С. 29—31.
123. Николюкина Н.Б. Социально-психологические особенности работы персонала как актуальная проблема кадрового менеджмента медицинского учреждения / Н. Б. Николюкина // Вестник ТГУ. – 2012. – №9. – С. 236—241.
124. Носенко-Штейн Е.Э. Антропология инвалидности: проблемы и задачи // Этнографическое обозрение. – 2018. – № 1. – С. 5—11.
125. Носенко-Штейн Е.Э. Зачем антропологам изучать инвалидность? (введение в тему) // Вестник антропологии. – 2021. – № 1. – С. 33—35. DOI: 10.33876/2311-0546/2021-53-1/33-35

126. Ожиганова А.А. Антропология и медицина: перспективы взаимодействия (дискуссия 1980-х—2000-х годов) // Этнографическое обозрение. – 2011. – №3. – С. 10—21.
127. Ожиганова А.А. «Активное недоверие» врачам: случай юридического сопровождения родов // Сибирские исторические исследования. – 2020. – №4. – С.195—216.  
DOI: 10.17223/2312461X/30/10.
128. Панова Е.Л. Категории здоровья и болезни в эволюции парадигм медицины // Социология медицины. – 2019. – Т.18, № 2. – С. 110—117.
129. Панова Л.В., Бурмыкина О.А., Яновская Е.Б. Теоретическое и экспериментальное моделирование процессов влияния неравенства доходов на социальную напряженность в обществе // Отчет НИР/НИОКР Финансирующая организация: Российский фонд фундаментальных исследований. СПб Ф ИС РАН [Электронный ресурс]. – СПб, 1999. Режим доступа: file:///C:/Users/SONY/Downk>ads/980680351.htm (дата обращения: 14.05.2020).
130. Панова Л.В. Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте // Журнал исследований социальной политики – 2019. – Т.17, №2 – С.177—190.
131. Панова Т.В. Психологическое здоровье медицинского работника // Проблемы психологического благополучия / Материалы международной заочной научной конференции. – Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2021. – С. 238—242.
132. Папеева К.О., Подушкина И.В., Костромичев А.В., Квасов С.Е., Дьяков А.С. Качественная характеристика трудовых ресурсов здравоохранения в России на современном этапе // Медицинский альманах. – 2014. – №3(33). – С. 10—13.
133. Перов Е.В. Изменения в социальной сфере российского общества: здравоохранение // Международный научный журнал «Инновационная наука». – 2015. – №12. – С. 279—284.
134. Петров В.И. Базисные принципы и методология доказательной медицины // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2011. – вып. 2 (38). – С. 3—8.
135. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. – Ленинград: Медгиз, 1956. – 64 с.
136. Пиетиля И., Дворянчикова А.П., Шилова Л.С. Российское здравоохранение: ожидания населения // Социология здоровья и медицины. – 2007. – С. 1—16.
137. Плавинский С. Осознала ли медицина свои пределы? К 30-летию «Медицинской Немезиды» Айванна Иллича // Отечественные записки [Электронный ресурс]. – 2006. – Т.3, №1. Режим доступа: <https://strana->

- oz.ru/2006/1/osoznala-li-medicina-svoi-predely-k-30-letiyu-medicinskoj-nemezidy-ayvana-illicha (дата обращения: 09.10.2019).
138. Плавуннов Н.Ф., Бойко Ю.П., Галь И.Г. Система здравоохранения РФ и перспектива ее развития // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный ресурс]. – 2014. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/549/30/> (дата обращения – 09.05.2019).
139. Пластовая А.В., Ложкина Т.Е. Уровень здравоохранения в России // Вопросы студенческой науки. – 2017. – №16. – С. 196—200.
140. Приз Е.В., Фисенко В.Л. Изучение отношений между врачом и пациентом методами социологии медицины // Известия Вузов. Северо-Кавказский Регион. Естественные Науки. – 2011. – №3. – С. 116—118.
141. Присяжная Н.В., Корягин М.О. Восприятие итогов модернизации системы здравоохранения медицинскими специалистами // Социология медицины. – 2019. – Т.18, № 2. – С. 122—127.
142. Присяжнюк Д. И. Национальный проект «Здоровье» и динамика статусов медицинских специалистов и пациентов / Ярская В. Н. (ред.) Здоровье населения и национальные реформы: социально-антропологический анализ. – М.: Вариант, ЦСПГИ, 2011. – С. 62—89.
143. Присяжнюк Д.И. Трансформация профессии врача в условиях реформы здравоохранения : дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04 / Присяжнюк Дарья Игоревна – М., 2012. – 184 с.
144. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В. Кризисы общественного здоровья в России и СССР в XX веке // Мир России. – 1999. – №4. – С. 125—137.
145. Пузанова Ж.В., Хуртина В.В. Особенности организационного поведения российских врачей // Вестник РУДН, серия Социология. – 2014. – №2. – С. 146—160.
146. Пушкарева Н.Л., Мицюк Н.А. Медикализация – основа российской социальной политики в сфере репродуктивного здоровья // Социальная безопасность российского общества (социология, этнология, история) / кол. монография науч. ред. Коршунов А.М., Котовская М.Г. – М.: Изд-во Ритм, 2021. – 230 с.
147. Расторгуева Т.И., Проклова Т.Н., Полозова О.В. Знаковые шаги предыстории развития современного этапа здравоохранения // Бюллетень РАМН. – 2012. – № 6. – С. 124—129.
148. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения. – 2000. – №12. – С. 5—19.
149. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Профессии социального государства / под ред. П.В. Романова и Е.Р. Ярской-Смирновой (Библиотека «Журнала исследований социальной политики»). М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2013. – 360 с.

150. Русинова Н.Л., Браун Дж. Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму // Качество населения Санкт-Петербурга / Отв. ред. Б.М. Фирсов. СПб.: Европейский Дом, 1996. – С. 132—158.
151. Русинова Н.Л., Панова Л.В. Социальные и экономические факторы индивидуального здоровья в современной России: многоуровневый анализ // Петербургская социология сегодня – 2010. – Т.1. – С. 152—178.
152. Русинова Н.Л., Панова Л.В., Бурмыкина О.Н. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения // Социология медицины – 2006. – №2(9). – С. 24—31.
153. Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Здоровье населения и социально-экономическое развитие регионов России // Экономика северо-запада: проблемы и перспективы развития – 2007. – №1(31). – С. 103—110.
154. Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Здоровье и социальный капитал (опыт исследования в Санкт-Петербурге) // Социологические исследования – 2010. – №1(309). – С. 87—99.
155. Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Социальная стратификация здоровья в России: тенденции в 1990-е и 2000-е гг. // Социологический журнал – 2012. – №1. – С. 28—46.
156. Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Состояние здоровья в Европе и России: общественный контекст и социальные неравенства // Социологический журнал – 2014. – №4. – С. 19—43.
157. Рыжкова Т.Б., Тарасенко Е.А. Забота о здоровье и благополучии: изменение трендов потребительского поведения в условиях пандемии COVID-19 // Вестник РГГУ. Серия: экономика. Управление. Право. – 2021. – №2. – С. 24—37.
158. Сабурова Л.А. Здоровье как символический капитал: особенности капитализации и социального обмена в сфере здоровья. // Научный ежегодник Института философии и права Уральского отделения РАН – 2015. – Т.15, №2 – С. 48—60.
159. Сабурова Л.А. Кризис либеральной модели здоровья как индивидуального ресурса в ситуации пандемии COVID-19 // Медицинская антропология и биоэтика [Электронный ресурс]. – 2020. – №2(20). Режим доступа: [http://www.medanthro.ru/?page\\_id=4983](http://www.medanthro.ru/?page_id=4983) (дата обращения: 04.06.2021).
160. Савельева Ж.В. Кому принадлежит здоровье? // Журнал социологии и социальной антропологии [Электронный ресурс]. – 2013. – С. 131. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/komu-prinadlezhit-zdorovie-sotsiologicheskie-diskussii-i-massmediynye-interpretatsii> (дата обращения: 06.06.2020).

161. Сакс М. Границы англо-американской социологии профессий: критика неортодоксальности современного неовеберианского подхода // Социальная динамика и трансформация профессиональных групп в современном обществе/ Под. ред. В.А. Мансурова. – М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2007. – С. 53—81.
162. Салихова Д.Д. Экономические проблемы в сфере здравоохранения российской федерации: характеристика, реализация // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2013. – №1(2). – С. 36—39.
163. Седова Н.Н. Правовые основы биоэтики. Особенности становления медицинского права в России: Правовой мониторинг. вып. 4. ч.1. М.: ФГУ НЦПИ при Минюсте РФ, 2007. – 224 с.
164. Семашко Н.А. Избранные произведения. М.: Медгиз, 1954. – 340 с.
165. Силуянова И.В., Недоступ А.В. Патернализм и информированное согласие: проблема совместимости. // Медицинский вестник. – 2007. – №1. – С.19—22.
166. Силуянова И.В. Избранные. О призвании врача. М.: Форма Т, 2008. – 256 с.
167. Сильверман Дж., Керц С., Дрейпер Дж. Навыки общения с пациентами. Пер с англ. Дорман А.И. – М.: ГРАНАТ, 2018. – 304 с.
168. Синельников Т.Т. Аналитический портрет системы здравоохранения в РФ: инфраструктурные и финансово-экономические проблемы // Известия ЮФУ. Технические науки [Электронный ресурс]. – 2010. – №4. Режим доступа: <http://old.izv-tn.tti.sfedu.ru/?p=14114> (дата обращения – 06.09.2020).
169. Скляр Т.М. Государственное и муниципальное управление. Управление здравоохранением: государство или рынок? // Вестник Санкт-Петербургского Университета. – 2003. – Сер.8, вып. 1. – №8. – С.76—94.
170. Стародубов В.И. и др. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х гг.: проблемы и перспективы М.: Медицина, 2003. – 287 с.
171. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Базарова И.Н., Ендовицкая Ю.В., Несветайло Н.Я. Российское здравоохранение на фоне коронавируса COVID-19: возможности и угрозы // Менеджер здравоохранения – 2020. – №5. – С. 68—78.
172. Сук И.С. Врач как личность. М.: Медицина, 1984. 64 с.
173. Сурмач М.Ю., Тищенко Е.М. Коммуникационный процесс врач - пациент в современном здравоохранении // Журнал Гродненского Государственного Медицинского Университета – 2007. – №1. – С. 198—201.
174. Тарасенко Е.А. Новые тенденции в профессиональных коммуникационных практиках: интервенция врачей и социальные сети пациентов // Гуманитарные чтения РГГУ 2015. Сборник трудов. – 2016. – С. 203—209.



175. Тарасенко Е.А., Дворяшина М.М. Рынок частной медицины в России: взгляд маркетолога // ЭКО – 2019. – №6 (540). – С. 43—61.
176. Тарасенко Е.А., Хорева О.Б. Государственная политика по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни в регионах севера России: опыт, новаторство, перспективы // Профилактическая медицина – 2017. – Т.20, №5. – С. 5—13.
177. Темкина А.А. Будущая мать как социальный исследователь // Антропологический форум [Электронный ресурс]. – 2018. – № 37. – С. 197—230.  
Режим доступа: <http://anthropologie.kunstkamera.ru/files/pdf/037/temkina.pdf> (дата обращения: 10.04.2021).
178. Тимофеева О.В. «Мы» и «они»: Сообщество после гуманизма // Вопросы философии. – 2016. – №6. – С. 57—65.
179. Троцук И.В. Нарратив как междисциплинарный методологический конструкт в современных социальных науках // Вестник РУДН, серия Социология. – 2004. – № 6—7. – С. 56—74.
180. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России: итоги деятельности 2012–2016 гг. Неотложные меры в 2017–2018 гг. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2017. – № 1. – С. 8—22.
181. Хайруллин Р.М., Никитюк Д.Б. Медицинская антропология как наука и как научная специальность в России // Морфологические ведомости. – 2013. – №1. – С.6—14.
182. Хальфин Р.А. Записки замминистра здравоохранения: 42 года в отрасли. – М.: изд. Ионин А.Д., 2011. – 288 с.
183. Харитонов В.И. Интеграция медицинских систем: идея, практика, человеческий фактор / отв. ред. Харитонов В.И. Проблемы сохранения здоровья в условиях Севера и Сибири: Труды по медицинской антропологии : Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН; НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН. – М.: Новости, 2009. – С. 274—285.
184. Харитонов В.И. Медицинская антропология на Западе и в России // Этнографическое обозрение. – 2011. – № 3. – С. 3—10.
185. Харитонов В.И. Неконвенциональная медицина в современной России // журнал «Медицинская антропология и биоэтика» [Электронный ресурс]. – 2014. – №1(7). Режим доступа: <http://www.medanthro.ru/?p=2017%C2%A0> (дата обращения: 26.09.2020).
186. Харитонов В.И. Медицина будущего: консультативные профессии в сфере здравоохранения // Реформа здравоохранения: панацея или проблема. Практический опыт законодательной инициативы Минздрава и пути исправления ошибок. – М.: Издание Государственной Думы, 2016. – С. 59—64.

187. Харитонов В.И. Медицинская антропология в контексте биомедицинского образования // Философские проблемы биологии и медицины. Материалы 10-ой научно-практической конференции. – Саратов, 2016. – №10. – С. 19—22.
188. Харитонов В.И. Образовательно-профессиональные аспекты обеспечения здоровьесбережения // Журнал «Медицинская антропология и биоэтика» [Электронный ресурс]. – 2016. – №1(11). Режим доступа: [http://www.medanthro.ru/?page\\_id=2691](http://www.medanthro.ru/?page_id=2691) (дата обращения: 20.10.2021).
189. Харитонов В.И. Подготовка медицинских антропологов в России: проблемы и перспективы // Сибирские исторические исследования. – 2018. – №1. – С. 103—116.
190. Харитонов В.И. Пандемия COVID-19: идеи пациентоориентированности врача и мотивации пациента (по материалам интернет-источников) // Сибирские исторические исследования. – 2020. – № 4. – С. 217—239. DOI: 10.17223/2312461X/30/11.
191. Харитонов В.И. Медицинская антропология на пороге третьего десятилетия XXI века // Журнал «Медицинская антропология и биоэтика» [Электронный ресурс]. – 2020. – №2(20). Режим доступа: [http://www.medanthro.ru/?page\\_id=5295](http://www.medanthro.ru/?page_id=5295) (дата обращения: 26.05.2021).
192. Харитонов В.И. COVID-19 и вакцинация: «чипируют» или «убивают»? // Сибирские исторические исследования. – 2021. – №4. – С. 183—206.
193. Хохлов Р.А. Влияние синдрома эмоционального выгорания на стереотипы врачебной практики и клиническую инертность / Р. А. Хохлов, Э. В. Минаков, Г. И. Фурменко, Н. М. Ахмеджанов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2009. – №1. – С. 12—22.
194. Христофорова О.Б. Одержимость в русской деревне. – М.: Неолит, 2020. – 393 с.
195. Хубулава Г. Г. Философско-антропологический анализ коммуникации врача и пациента : дис. ... д-ра филос. наук : 09.00.13 / Хубулава Григорий Геннадьевич. Санкт-Петербургский государственный университет. – СПб., 2016. – 309 с.
196. Чеботарева О.А. Патернализм в отечественной медицине : дис. ... канд. социол. наук : 14.00.52 / Чеботарева Ольга Александровна. – Волгоград, 2006 – 132 с.
197. Чеботарева О.А., Паршин А.С. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: проблемы врачей и проблемы пациентов // Размышления о человеке / Научные статьи проф., преп., док-тов и асп. кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины. Под ред. Н.Н. Седовой. – Волгоград: Изд-во Волгоградский гос. мед. ун-та, 2018. – С.146—155.

198. Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Неформальная оплата медицинских услуг: тенденции институциональных изменений // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / Отв. ред. С.В. Шишкин. – М.: Независимый ин-т соц. политики, 2008. – 288 с.
199. Чернышев В.М. О некоторых итогах реформирования здравоохранения РФ и мерах по повышению его эффективности // ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр» ФМБА России. – Новосибирск, 2014. – С. 6—12.
200. Чирикова А.Е. Здравоохранение для среднего класса: институты и практики // SPERO. – 2008. – №8. – С. 41—60.
201. Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений // Мир России – 2014. – №2. – С.154—182.
202. Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Эффективный контракт и мотивация: способны ли реформы улучшить работу российских врачей? // Социологические исследования. – 2019. – №5. – С. 36—44.
203. Шамликашвили Ц.А., Островский А.Н., Сильницкая А.С., Кабанова Е.В. Внедрение системы эффективного предупреждения и разрешения конфликтов в практику российского здравоохранения как ответ на вызов времени: основные задачи и пути их решения // Социология медицины. – 2015. – №14(2). – С. 19—24.
204. Шаронова А.В. Информированность населения о реализации национального проекта «Здоровье» / Ярская В. Н. (ред.) Здоровье населения и национальные реформы: социально-антропологический анализ. – М.: Вариант, ЦСПГИ, 2011. – С. 90—115.
205. Шейман И.М., Сажина С.В. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит врачей // Мир России. Социология. Этнология. – 2018. – Т. 27, №3. – С. 130—153.
206. Шейман И.М., Шишкин С.В., Шевский В.И., Сажина С.В., Понкратова О.Ф. Диспансеризация населения: ожидания и реальность // Мир России. Социология. Этнология. – 2021. – Т.30, №4. – С. 6—29.
207. Шилова Л.С. Реформы здравоохранения как источник новых рисков для здоровья // Социологические координаты риска. М.: ИС РАН, 2008. – С. 68—88.
208. Шилова Л. С. Отношение населения к модернизации здравоохранения// Управление здравоохранением. – 2009. – № 2. – С. 30—44.
209. Шишкин С.В., Шейман И.М., Абдин А.А., Боярский С.Г., Сажина С.В. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы // Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения. – М.: НИУ ВШЭ, 2017. – 84 с.

210. Штейнгард Ю.Н. Почему российские медицинские науки "не впереди планеты всей" // *Здравоохранение Российской Федерации* [Электронный ресурс]. – 2012. – №6. – С. 54—68. Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/pochemu-rossiyskie-meditsinskie-nauki-ne-vperedi-planetu-vsey> (дата обращения – 06.08.2020).
211. Шульгина С.В. Отношение различных социально-демографических групп к реформам системы здравоохранения // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2015. – № 5—6. – С. 36—39.
212. Шушкова Н.В. Этот ускользающий патернализм: попытка построения концепции // *Социологический журнал*. – 2007. – №1. – С. 39—57.
213. Элштейн Н.В. Взаимоотношения врача и пациента в меняющемся времени // *Российский медицинский журнал* [Электронный ресурс]. – 1996. – №6. Режим доступа: [https://www.rmj.ru/articles/obshchie-stati/VZAIMOOTNOSHENIYa\\_VRACHA\\_I\\_PACIENTA\\_V\\_MENYaYuSchEMSYa\\_VREMENI/](https://www.rmj.ru/articles/obshchie-stati/VZAIMOOTNOSHENIYa_VRACHA_I_PACIENTA_V_MENYaYuSchEMSYa_VREMENI/) (дата обращения: 04.05.2021).
214. Юдин Б.Г., Тищенко П.Д. Введение в биоэтику: Учебное пособие. М.: Прогресс-Традиция, 1998. – 384 с.
215. Юргель Н.В., Хубиева М.Ю. Оценка мнений пациентов как важнейший компонент мониторинга эффективности программ лекарственного обеспечения // *Ремедиум. Экономика, маркетинг. Конъюнктура спроса*. – 2006. – С. 26—30.
216. Якушин С.С., Филиппов Е.В. Основные направления первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. – 2014. – С. 55—68.
217. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика». – М.: Медицина, 1999. – 253 с.
218. Ярская В. Н. (ред.) Здоровье населения и национальные реформы: социально-антропологический анализ. – М.: Вариант, ЦСПГИ, 2011. – 175 с.
219. Ясперс К. Общая психопатология // Пер. Акопян Л. – М.: Колибри, 2019. – 1056 с.
220. Beauchamp T., Childress J. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press, 1989. – №4. – P. 141—147.
221. Beck R.S., Daughtridge R., Sloane P.D. Physician-Patient Communication in the Primary Care Office: A Systematic Review. // *Journal of the American Board of Family Practice*. – 2002. – №15(1). – P. 25—38.
222. Beckman H., Markakis K.M., Suchman A.L., Frankel R.M. The Doctor-Patient Relationship and Malpractice Lessons from Plaintiff Depositions // *Archives of Internal Medicine*. – 1994. – 1365 p. DOI: 10.1001/archinte.1994.00420120093010.

223. Bernheim S.M., Ross J.S., Krumholz H.M., Bradley E.H. Influence of Patients' Socioeconomic Status on Clinical Management Decisions: A Qualitative Study. // *Annals of Family Medicine*. – 2008. – №6(1). – P. 53—59.
224. Bertakis K.D., Callahan E.J., Helms L.J., Azari R.J. Physician Practice Styles and Patient Outcomes. // *Medical Care*. – 1998. – №36(6). – P. 879—91.
225. Blaxter M. *Health & Lifestyles*. London: Tavistock; Routledge, 1990. – 211 p.
226. Brandt A. M. Just Say No: Risk, Behavior, and Disease in Twentieth Century America // *Science Authority and Twentieth Century America* / Ed. by Ronald G. Walters. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997. – P. 82—98.
227. Bullough B. Stratification. // *Role Theory: Perspectives for Health Professionals*, edited by M. E. Hardy and M. E. Conway. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts, 1978. – P. 157—176.
228. Calnan M., Gabe J. The restratification of the primary medical care in England. A sociological analysis/Sociology of Healthcare services. The new sociology of healthcare service/ Ed. by J. Gabe and M. Calnan. Oxon.: Routledge, 2009. – 264 p.
229. Carey M. *Mistrust an Ethnographic Theory* // Hau Books. – Chicago, 2017. – 146 p.
230. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. // Institute of Medicine (IOM), Committee on Health Care in America. – Washington, D.C.: National Academy Press, 2001. – 360 p.
231. DiMatteo M.R. Enhancing Patient Adherence to Medical Recommendations. // *Journal of the American Medical Association*. – 1994. – №271(1). – P. 79—83.
232. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. // *The Milbank Quarterly*. – 2005. – №83(4). – P. 691—729.
233. Farmer P. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on Poor*. – Berkley: University of California Press, 2003. – 402 p.
234. Flocke S.A., Miller W.L., Crabtree B.F. Relationships between Physician Practice Style, Patient Satisfaction, and Attributes of Primary Care. // *The Journal of Family Practice*. – 2002. – №51(10). – P. 835—40.
235. Friedson E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Medicine as Applied Knowledge*. – Chicago: The University of Chicago Press, 1988. – 419 p.
236. Freeman *Patient-Centered Medicine*. // Moira S. [etc.] // *Transforming the Clinical Method*, 2nd ed. – Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd, 2003. – 129 p.
237. Goffman E. *The Presentation of Self in Everyday Life*. – New York: Anchor Books, Doubleday, 1959. – 83 p.
238. Gordon G.H., Laurence Baker, and Wendy Levinson. Physician-Patient Communication in Managed Care. // *Western Journal of Medicine*. – 1995. – №163. – P. 527—531.
239. Harpham W.S. Depersonalization of the Patient and the Loss of Compassion: social media's leading physician voice [Электронный ресурс]. – 2011. Режим

- доступа: <https://www.kevinmd.com/blog/2011/01/depersonalization-patient-loss-compassion.html> (дата обращения: 26.08.2020).
240. Haynes R.B., Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. // *BMJ*. – 1996. – №312(7023). – P. 71—72. DOI: 10.1136/bmj.312.7023.71.
  241. Heritage J. Maynard D.W. Problems and Prospects in the Study of Physician-Patient Interaction: 30 Years of Research. // *Annual Review of Sociology*. – 2006. – №32. – P. 351—374.
  242. Hooper E.M., Comstock L.M., Goodwin J.M., Goodwin J.S. Patient Characteristics That Influence Physician Behavior. // *Medical Care*. – 1982. – №20(6)7 – P. 630—638.
  243. Kindelan K., Kent G. Concordance between patients' information preferences and general practitioners' perceptions // *Psychology & Health*. – 1987. – №1(4). – P. 399—409. DOI: 10.1080/08870448708400339.
  244. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems // *Social Science and Medicine*. – 1978. – Vol.12. – P. 85—93.
  245. Kleinman A. Anthropology of medicine / Ed. Reich W.T. *Encyclopedia of Bioethics* (revised edition). – New York: Simon & Schuster MacMillan, 1995. – P. 1667—1674.
  246. Koch-Weser S., Dejong W., Rudd R.E. Medical word use in clinical encounters. // *Health Expect.* – 2009. – №12(4). – P. 371—382. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2009.00555.x.
  247. Krot K., Rudawska I. The Role of Trust in Doctor-Patient Relationship: Qualitative Evaluation of Online Feedback from Polish Patients // *Economics and Sociology*. – 1996. – Vol.9, №3. – P. 76—88. DOI: 10.14254/2071-789X.2016/9-3/7.
  248. Labuda S., Susan M. The Relationship Between Patient Socioeconomic Status and Patient Satisfaction: Does Patient-Physician Communication Matter? // PhD Dissertation Kent State University. – 2011. – 257 p.
  249. Laine C. Davidoff F. Patient-Centered Medicine. A Professional Evolution // *Journal of the American Medical Association*. – 1996. – №275(2). – P. 152—156.
  250. Levinson W., Roter D.L., Mulloony J.P., Dull V.T. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. // *JAMA The Journal of the American Medical Association*. – 1997. – №277(7). – P. 553—559. DOI: 10.1001/jama.1997.03540310051034.
  251. Linder-Pelz S. Toward a Theory of Patient Satisfaction. // *Social Science and Medicine*. – 1982. – №16. – P. 577—582.
  252. Link B. G., Phelan J. Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. // *Journal of Health and Social Behavior Extra Issue* – 1995. – P. 80—94.

253. Link B. G., Phelan J. The Concept of Fundamental Causes in Explaining Social Inequities in Health. // Socioeconomic Conditions, Stress and Mental Health Disorders: Toward a New Synthesis of Research and Public Policy // A. Maney, J. Ramos. – Washington, D.C.: National Institute of Mental Health, 2002. – P. 1—19.
254. Linking Primary Care Performance to Outcomes of Care. // Safran D. [etc.] // The Journal of Family Practice. – 1998. – №47(3). – P. 213—20.
255. Martin A.R. Exploring Patient Beliefs. Steps to Enhancing Physician-Patient Interaction. // Archives of Internal Medicine. – 1983. – №143. – P. 1773—1775.
256. Mattingly C., Garro L.C. Narrative and the cultural construction of illness and healing. University of California Press, Ltd. Berkeley and Los Angeles, 2000. – 279 p.
257. Mead N., Bower P. Patient-centeredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature // Social Science and Medicine 2000. – №51. – P. 1087—1110.
258. Mead N., Bower P., Hann M. The Impact of General Practitioners' Patient-centeredness on Patients' Post-consultation Satisfaction and Enablement. // Social Science and Medicine. – 2002. – №55. – P. 283—299.
259. Measuring Patient-Centered Communication in Patient-Physician Consultations: Theoretical and Practical Issues // Epstein R. M. [etc.] – Social Science and Medicine, 1961. – P. 1516—1528.
260. Meyers D.S., Mishori R., McCann J., Delgado J. Primary Care Physicians' Perceptions of the Effect of Insurance Status on Clinical Decision Making. // Annals of Family Medicine. – 2006. – №4(5). – P. 399—402.
261. Millerson G.L. The Qualifying Association. London: Routledge & Kegan Paul, 1964; Greenwood, E. Attributes of a Profession // M. Zald [etc.] Social Welfare Institutions. – London: Wiley, 1965. – P. 509—523.
262. Moira A.S. Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review. // Canadian Medical Association Journal. – 1995. – №152(9). – P. 1423—1433.
263. Parsons T. Professions and social structure // Social Forces. 1939. – Vol.17, №4. – P. 457—467.
264. Parsons, T. The Social System. – New York: The Free Press, 1951. – 506 p.
265. Patient-Centered Clinical Interviewing. // Levenstein J. H. [etc.] // Communicating with Medical Patients edited by M. Stewart and D. Roter. – Newbury Park, CA: Sage Publications. – 266 p.
266. Phelan J. C., Bruce G. Link, Diez-Roux A., Kawachi I. “Fundamental Causes” of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory. // Journal of Health and Social Behavior. – 2004. – №45. – P. 265—285.

267. Pincus T., Esther R., DeWalt D., Callahan L.F. Social Conditions and Self-Management Are More Powerful Determinants of Health Than Access to Care. // *Annals of Internal Medicine* – 1998. – №129(5). – P. 406—411.
268. Potter S. J. and John B. McKinlay From a Relationship to Encounter: An Examination of Longitudinal and Lateral Dimensions in the Doctor-Patient Relationship // *Social Science and Medicine*. – 2005. – №61. – P. 465—79.
269. Robbins B.G. What is Trust? A Multidisciplinary Review, Critique, and Synthesis // *Sociology Compass* 10/10. – 2016. – P. 972—986. DOI: 10.1111/soc4.12391.
270. Ruusuvuori J. Looking Means Listening: Coordinating Displays of Engagement in Doctor-Patient Interaction. // *Social Science and Medicine*. – 2001. – №52. – P. 1093—1108.
271. Simmel G. Forms of Domination. // *Sociological Theory. A Book of Readings*, 5th ed. // L. A. Coser, B. Rosenberg. Prospect Heights, IL: Waveland Press, Inc. – 1982. – P. 116—120.
272. Sitzia J., Wood N. Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts. // *Social Science and Medicine*. – 1997. – №45(12). – P. 1829—1843.
273. Smith R.C., Hoppe R.B. The Patient's Story: Integrating the Patient- and Physician-Centered Approaches to Interviewing // *Annals of Internal Medicine*. – 1991. – №115. – P. 470—477.
274. Starfield B. The Primary Solution. Put Doctors Where They Count. // *The Boston Review*. – 2005. – 222 p.
275. Svarstad B.L. The Doctor-patient Encounter: An Observational Study of Communication and Outcome // *University of Wisconsin*. – 1974. – 338 p.
276. Takemura Y., Atsumi R., Tsuda T. Identifying medical interview behaviors that best elicit information from patients in clinical practice. // *Tohoku J Exp Med*. – 2007. – №213(2). – P. 121—127. DOI: 10.1620/tjem.213.121.
277. Temkina A., Rivkin-Fish M. Creating Health Care Consumers: The Negotiation of Un/Official Payments, Power and Trust in Russian Maternity Care // *Social Theory and Health*. – 2020. – №18(4). – P. 340—357.
278. Thompson G.A., Whiffen L.H. Can Physicians Demonstrate High Quality Care Using Paternalistic Practices? A Case Study of Paternalism in Latino Physician–Patient Interactions. *Qualitative Health Research*, 2018. – P. 387—402. DOI:10.1177/1049732318783696.
279. Ware J.E., Snyder M.K., Wright R. W., Davies A.R. Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care. // *Evaluation and Program Planning*. – 1983. – №6. – P. 247—263.
280. Whitehead M., Dahlgren G. Concepts and Principles for Tackling Social Inequalities in Health: Leveling Up Part I. – 2006. – 474 p.



281. Williams S., Weinman J., Dale J. Doctor-patient Communication and Patient Satisfaction: A Review. // Family Practice – 1998. – №15(5). – P. 480—492.
282. Wissow L. Assessing Socio-economic Differences in Patient-Provider Communication. // Patient Education and Counseling. – 2005. – №56. – P. 137—138.
283. Wynia M. Matiasek J. Promising Practices for Patient-Centered Communication with Vulnerable Populations: Examples from Eight Hospitals. // New York: The Commonwealth Fund [Электронный ресурс]. – 2009. Режим доступа:  
[http://www.commonwealthfund.org/publications/publications\\_show.htm?doc\\_id=397067](http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=397067) (дата обращения: 15.06.2019).

**Список иллюстративных материалов.**

- 1) Рис. №1 Отношение пациентов к здравоохранению. Основной негатив (2019). .....стр. 102
- 2) Рис. №2 Отношение пациентов к здравоохранению. Основной негатив (2020)..... стр. 115
- 3) Рис. №3. Схема взаимоотношений врача и пациента по модели «заболевание-болезнь», предложенная Дж. Левенштайном (1989), а в дальнейшем дополненная М. Стюарт и др. (2003).....стр. 139
- 4) Рис. №4. Схема взаимоотношений врача и пациента .....стр. 153
- 5) Рис. №5. Схема взаимоотношений врача и пациента в государственном лечебном учреждении .....стр. 154
- 6) Рис. №6. Схема взаимоотношений врача и пациента с учетом эмоционально-личностных характеристик.....стр. 154

**Приложение №1.**

*Экспертное интервью с Ю.Б. (к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова) и М.Г. (к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова), врачами с более чем 40-калетним стажем (ПМА 2021).*

Н.В.: Российское здравоохранение за 40 лет прошло различные этапы трансформации. Это связано и с политическими изменениями, и экономическими, и социальными. Давайте начнем с 1980-х годов, когда в позднесоветском периоде мы могли наблюдать устоявшуюся и сложившуюся систему, которую можно считать точкой отсчета всех последующих перемен. Как Вы оцениваете этот период?

Ю.Б.: В 1980-х годах у нас была сложившаяся система. Чем она была хороша и одновременно и плоха этим же самым? Если у какого-то поселения или какой-то территории в городе был хороший участковый врач, то в этой ситуации к нему шли со всеми проблемами, и он их, собственно говоря, все мог решить. Не было раздробленности ответственности, как она потом появилась. Этот доктор, реально отвечающий за свою работу и за своих пациентов, мог и направить, куда надо, его не ограничивали, что это финансируется такой-то квотой, а это – такой-то квотой. Он решал проблемы больного так, как решали, по большому счету, и в давнишние времена: сделать для больного все, что можно. Если, по каким-то причинам, участковый врач был не очень хороший, то это создавало некоторую проблему, и поэтому пациенты пытались попасть к другому врачу. Это создавало уже сложности и дополнительную нагрузку, но тем не менее вся система была прозрачна, абсолютно. Было понятно, куда идти, было понятно, что, при желании ты можешь добиться, чтобы тебя направили в такой-то институт или еще куда-то... То есть можно было этого всего добиться. Позже, когда эта система начала сворачиваться, ближе к 2000-м годам, и особенно в 2010-е годы, когда окончательно погубили, свернули участковую систему и создали новые структуры

как, например, “помощь на дому”, отдельно существующая, получилась коллективная безответственность. То есть, один доктор принимает на приеме, но он не ходит по домам, а другой доктор выезжает на вызовы. Причем этот доктор каждый раз разный, потому что у них дежурства сутки через трое, условно говоря, и все больные для него становятся “первичными”. Участковый знает всю семью и знает бэкграунд у всех. А тут получилось, что все врачи имеют только “первичных” больных. И это за 10, 15, 20 минут даже, которые раньше были... Было 12 минут на человека, потом это все еще больше сокращали: на участке было 15 на первичный прием, 12 на повторный. Поэтому подобный контакт врача и пациента стал превращаться в какую-то формальность, которая ничего не решает. Пациенту уже невозможно стало надеяться на прием в любом его виде и форме. В связи с этим пациенты стали искать, чтобы их хотя бы выслушали, поэтому они стали постепенно сами погружаться в какую-то параллельно создающуюся систему частных медицинских клиник. Причем эти клиники поначалу вызывали вопрос, потому что иногда там работали одни и те же врачи. И особенно в регионах, потому что там просто людей мало. И нет такой миграции, которая бы населяла и осваивала новую территорию, новую для себя. В крупных центрах, как например в Москве, как только общество почувствовало дефицит не столько медицинской помощи, но и даже какой-то системы, где в принципе можно обсудить с врачом состояние здоровья и требуются медицинские знания и их применение, произошел отток пациентов в сторону коммерческой медицины.

Н.В.: Коммерческая медицина смогла предложить еще и внимание, сервис, уважение ко времени пациентов.

Ю.Б.: Да, и поначалу это просто было, действительно, элементарное желание, чтобы с тобой не обращались, как с вещью. Даже квалификации особой никто и не требовал поначалу. Естественно, почуяв это, народ стал тянуться в коммерцию, а поскольку в это время в регионах была полная беда с финансированием, там работать было невозможно, да и страшно даже, потому что нечем. А ведь прокурор об этом не собирается задумываться, поэтому в регионах медики попали в ситуацию, когда работа превратилась в военную тропу: если ты делаешь – плохо,

если ты не делаешь – тоже плохо. И для врача все это заканчивается одинаково: просто очередным, как минимум, выговором, как максимум, судебным делом. А между этими двумя крайностями – присваивание денег администрацией, то есть штрафы по любому поводу. Начальник всегда прав, если не прав, обратись к пункту первому. И не было никакого маневра, никуда не пойдешь жаловаться, поэтому народ просто оттуда уезжал, обеднял регионы совершенно, оголял вообще все, что можно. Приезжал сюда [в Москву], устраивался в частные клиники. Но, при этом, у пациентов появлялась иллюзия того, что они могут за свои деньги получить какое-то более человеческое отношение к себе. Но ничего хорошего во всей этой истории я, например, не вижу, абсолютно.

Н.В.: А, по-Вашему, не стимулирует ли это конкуренцию между государственной и частной медициной? Не подтолкнет ли государственные лечебные учреждения “тянуться” и тоже начать предоставлять сервис какой-то, становиться более пациентоориентированными?

Ю.Б.: В более экономически активных направлениях, конечно. Условно говоря, за удаление родинки возможно возникнет между клиниками «драка». То есть если мы говорим о каком-то легком и относительно безопасном медицинском вмешательстве и сервисе, который еще и деньги приносит. А если это все еще и без очереди, в чисто вымытом красивом и удобном помещении, пусть даже небольшом, то почему нет? Или диагностические процедуры, очень простенькие, вроде лабораторий, которые сейчас можно встретить чуть ли не в каждом подъезде жилого дома и где угодно. И конечно, это сделало гораздо более доступными многие вещи, но это мало отношения имеет к медицине как таковой. То есть это, вернее, так: это не имеет отношения к решению проблемы здравоохранения или диагностики лечения в глобальном смысле, потому что какой бы ни был компьютерный томограф или какая бы ни была лаборатория, с этим со всем кто-то должен уметь грамотно управляться. Тут, правда, я не учитываю еще один параллельный и очень важный процесс, в котором задействовано, к счастью, не очень много людей. Я говорю о периоде начиная с конца 1990-х и первые провозвестниках доказательной медицины в России.

Н.В.: Да, это направление очень интересное со всех точек зрения. Расскажите поподробнее.

Ю.Б.: Начиная с Власова (Власов В.В. вице-президент Общества специалистов доказательной медицины), это направление стало постепенно развиваться. И с начала 2000-х годов обретало четкие формы. Появились первые курсы короткие ознакомительные, образовательные курсы для врачей, начали создаваться, очень важно, что стали создаваться экономические медицинские стандарты. Стали перерабатываться клинические рекомендации и приспособливаться для наших условий. Их нельзя было просто перенести с Запада на нашу почву, потому что наша почва совершенно другая. Одни препараты менялись на другие, потому что многие у нас не были просто зарегистрированы, а наши препараты были не известны там. Получалось, что нужно было как-то скрестить одно с другим. Параллельно на этом на всем начало расти поколение врачей принципиально другого склада, которые вышли не из клиник, где личный опыт имел большое значение, опыт старших коллег-товарищей и школы в целом. Появились доктора, которые ориентировались на результаты клинических исследований. И достаточно быстро, буквально в течение каких-то 10-ти лет, сформировалось особое профессиональное сообщество, которое начало в принципе отвергать прошлые устои. Они говорят: вот это медицина доказательная, а та вся была бездоказательная. То есть иные доказательства, кроме клинических исследований, перестали существовать. Именно поэтому в медицине возникло разобщение, когда не каждый врач – врач. К тому времени уже сформировалось разобщение «муниципальная клиника или частная», а теперь к нему добавилось «исповедуешь ты доказательную медицину или не исповедуешь». В соответствии с новыми наполнениями дисциплин, потребовалось множество различных сертификатов, а в это время на общем фоне ситуация, когда финансирования нет, происходит сокращение штатов. В итоге все эти процессы сработали против пациента. Кто-то поменял профессию, а кто-то просто вообще ушел и все. Кто-то вдруг оказался без вот этих дополнительных сертификатов, его кто-то подвинул, люди теряли работу.

А пациенты еще тоже не успевают перестроиться, они во многом инертны, они во многом часто бывают ориентированы на конкретного своего врача.

Н.В.: Проблема доказательной медицины, она вообще проблема?

Ю.Б.: Сейчас возникла ситуация, что мало препаратов имеют доказательную базу. Рекомендации, которые меняются за год 10 раз. А врач, как в том анекдоте, колебался вместе с линией партии. Мы всегда говорим, что доказательная медицина приветствуется всячески, но у неё есть свои рамки, как у метода, который уместен там, где можно набрать стандартную группу, получить результат и дальше его перенести на, условно говоря, на популяцию достаточно безопасно. Но стандартную группу не везде можно набрать, и не всегда можно набрать. И не всегда можно достигнуть того, чтобы обходиться только теми препаратами, методиками и так далее, которые уже протестированы в этой парадигме, потому что есть масса ситуаций, когда, извините, больного лечить надо, а вот ничего доказанного нет. Ведь, говоря о COVID, всё, что было в самом начале, февраль-март прошлого года, всё уже опровергнуто. И где теперь адепты доказательной медицины? Они продолжают, конечно, отступать-то некуда, бить себя в грудь. Создали какой-то элитарный такой клуб, своеобразный.

Н.В.: Некоторые мои врачи респонденты говорят о доказательной медицине, как о просто лозунге. О том, что это уже скорее лозунг и позиционирование.

Ю.Б.: Это превратилось в секту. Сами адепты превратились в секту, а понятие доказательной медицины, ушедшее в народ, оно, действительно, стало приманкой и рекламным ходом, не более того. То есть люди не понимают, что это такое, абсолютно.

Н.В.: Я когда общалась с пациентами о доказательной медицине, оказалось, что, вообще, мало кто что знает о ней. На уровне «доказательная, значит, наверное, лучше работает». У меня сложилось впечатление, какой-то наивной интерпретации. Осознаю, конечно, что они не погружены в медицину и далеки о ее глубокого понимания. И если на западе доказательная медицина появилась для борьбы с фарм-компаниями, то у нас, она появилась под чутким их руководством, по крайней мере так думают некоторые врачи. Ну и сложности еще и с тем, что мы

прошли вот этот длинный путь изменений и трансформаций, а многие пациенты сегодня, как и некоторые молодые врачи, отзываются о «старой гвардии» в том ключе, что они по-английски не говорят, а значит гайдлайны и последние публикации не читают, соответственно, что они вообще могут?

Ю.Б.: Трудовая миграция тоже внесла определенный вклад, никак способствуя поддержанию того уровня медицинской помощи, который, хоть какой-то, но был. По крайней мере, в нем можно было как-то найти все-таки какую-то позицию. Когда пошел слом абсолютно всего, в том числе структуры первичной помощи, которая, конечно, вообще очень важная вещь, где нужен определенный медицинский консерватизм, а все начинают именно с нее. И каждый раз ее попытки ее реформировать, сразу наносят очень тяжелый урон. Потому что, к примеру, если мы возьмем 2015-й год, когда появилась трехуровневая система. Она просто-напросто фактически, я так считаю, у многих больных, которые уже и так они были с петлей на шее, у них просто табурет выбили из-под ног. Эти люди не могут никуда пойти, не могут никуда обратиться, они фактически остались лишены первичной медицинской помощи, потому что у семи нянек дитя без глазу. Скорая помощь приезжает каждый раз разная, и каждый раз противоречивые рекомендации дает, и еще напишет каждый раз от руки на бумажке, что купить, а эти больные несчастные покупают все это дело на свои пенсии, а завтра приезжает другой, говорит: “Да вы что, это не надо!”. И так далее. А спросить им некого, да и возможности особо посоветоваться даже, с тем же интернетом, или воспользоваться этой телемедициной, нет ни навыка, ни привычки.

Н.В.: А доверие к системе здравоохранения и врачам осталось?

Ю.Б.: Доверие, конечно, подорвано оказалось. И первый результат этого – уход из профессии или ее смена. По своим однокурсникам-одногоруппникам могу судить, которые, в том числе, работают, например, ни много ни мало, а в патанатомии. Статистика надомных смертей возросла в разы просто. Пойти стало некуда. Поэтому пациенты, которые все равно как-то должны приспособливаться, постепенно стали дифференцировать, когда и с какой проблемой идти в поликлинику, а когда в соседнюю частную клинику. Пациенты вынуждены



находить выход из положения. А те люди, которые реально нуждаются в помощи, они как раз ее и потеряли. Именно они! Как самые уязвимые. Мне, как доктору, часто приходилось слышать шутку, что это все было задумано потому, что очень большая нагрузка на пенсионный фонд... А эта тиражируемая шуточка, которая жизнью навеяна была.

Еще одно крайне важное изменение, произошедшее в середине 1980-х годов, это появление льготного лекарственного обеспечения для ветеранов, о котором заявила Председатель Комитета по здравоохранению Верховного Совета СССР Людмила Павловна Шурыгина к 40-летию победы. Поначалу в этом льготном обеспечении в принципе не отказывали, оно осуществлялось по потребностям. При этом оставалось ограничение, предположим “не больше 10-ти рецептов в месяц”. Давали все, от колясок вплоть до нафтизина от насморка. Появился тренд на адресную помощь, которая постепенно сокращалась, естественно, поэтому появлялось все больше и больше ограничений, которые резко увеличили бюрократическую нагрузку на врачей. Все нужно было учитывать, а где-то и списывать. Причем поначалу в историю болезни клеились копии рецептов просто. Периодически проводились какие-то подсчеты, но дальше все становилось сложнее и сложнее. Поскольку промышленность наша упала и фармацевтическая тоже, лекарств было недостаточно, западные таять стали в связи с напряженной внешнеполитической обстановкой, а также недостаточным финансированием закупок лекарств из-за рубежа. Начались ограничения повсюду, и вот, это был такой первый, наверное, момент, когда во всем начали обвинять врачей и переносить ответственность за происходящее на них. «Препарат не выписали? Пишите жалобу! Это все ваш врач виноват» – все это началось примерно тогда. Когда первый раз медиков сделали ответственными за то, что вообще в принципе было не в их компетенции. И постепенно, с этой отправной точки дальше началась вот эта тенденция, которая надо сказать всем понравилась: оказывается, можно сделать виновными медиков. За недофинансирование, за грубое обращение, просто потому что доктор уже измотался весь и перегружен. Пациенты меняют врачей, а другой так же перегружен и загнан в рамки системы.

И параллельно с этим, примерно в 1985-1987-м годах, возникла идея создать своеобразный бригадный подряд в медицине. Была попытка сформировать стимулирующие выплаты медикам, которые могут быть сокращены, если кто-то проштрафится. Пишут жалобу на одного, снимают 10% со всех. И его этот коллектив, порицает и уже как-то особым образом маркирует. А дальше еще того хуже. Поскольку все начали получать чуть-чуть разную зарплату за фактически один и тот же труд, а медицина всю жизнь была нищей, разница в 5 руб. имела значение, то дальше последовала такая устная рекомендация, не делиться друг с другом размером заработной платы. И народ тихо разошёлся по углам в немой подозрительности. Таким образом, началась коррозия, внутри медицинских коллективов, которые до этого работали, практически, на голом энтузиазме, очень дружно, как одна семья.

Потом, на рубеже 2000-х медико-социальная помощь все больше и больше урезалась. Доходило до абсурда, когда человеку приходилось подтверждать инвалидность каждый год. Естественно, что это вызывало всё большую и большую негативную реакцию со стороны пациентов, которую высказать они, опять-таки, могли только врачу. А врач, который в этом случае был абсолютной прокладкой между пациентом и главным врачом, и прокладкой бесправной, абсолютно, он тоже копил негатив разнообразный. Это был огромный демотиватор, потому что, как ты не работай, как ты не заботься, ты всё равно будешь виноват. Поэтому, это всё стало в каком-то смысле, бессмысленно. Врачей никто не слушал, никто не собирался абсолютно учитывать его мнение, он всегда был виноват, причем он был виноват во всём. Вот меня, например, конкретно меня, всё время вызывали и говорили: «У тебя самый дорогой рецепт». Я была враг народа, мне предъявлялось, что из-за меня коллектив чего-то там не дополучил, «зачем ты там какому-то деду выписала что-то?». А должна была добрым словом, погладила и пошла. Ну, и как результат, если погладишь и пойдёшь, он напишет жалобу, а если ты дашь ему назначение, как положено, всё что знаешь и можешь, как тебя учили, то потратил лишние средства. А собственно, зачем ты шёл в медицину, ты шёл в медицину за этим? В итоге создается ситуация, что плеяда людей, которая приходила не просто

работать в халате с фонендоскопом на шее и деньги зарабатывать, а та, которая шла в медицину, за неким еще таким, что ли, гуманитарным насыщением этой профессии, они все оказались никому не нужны, в первую очередь эти люди, потому что им просто не давали работать. И ситуация, когда врачу не дают лечить больного, она травмирует дважды. Потому что, во-первых, ты всё равно всегда плохой. Перед всеми. Но самое ужасное, что ты в это время понимаешь, вообще, всю бессмысленность, твоего, так сказать, существования, и всю невозможность продолжения этого, и полную невозможность преодолеть эту ситуацию, потому что тебя обложили со всех сторон. И эта ситуация, это такой двойной капкан. Ты работать не можешь, и уйти ты не можешь, и хорошим ты никогда не будешь, что, конечно, колоссальный совершенно демотиватор. Возвращаясь к вызвавшим сопротивление со стороны врачей той же доказательной медицине или системе повышения квалификации, когда врачу предлагают самому за свои средства заниматься собственным образованием. Медик оказался, такой, я даже не знаю, мушкой в янтаре, никуда не денешься.

Н.В.: А почему он оказался один, что не позволило медицинскому сообществу сплотиться?

Ю.Б.: Во-первых, в медицине задействовано очень много людей, очень большая разница в возрасте в коллективах, потому что были, действительно, бабушки и дедушки. Были иногда и глуховатые, и, действительно, были комические истории, сегодня пневмонию слышу слева, завтра у этого же пациента слышу справа, потому что у меня сегодня одно ухо заложило, а завтра – другое. И, пенсионеры, которые уйти на пенсию не могли и продолжали работать некачественно, в общем, да, но они продолжали работать некачественно, потому что, и это важно, потому что ушли те, кто могли работать качественно, их всё-таки выдавили. Поэтому и остались особенно в первичном звене очень много непрофессиональных людей, которые, уже просто в силу возраста или ещё чего-нибудь, не могли уже догнать. Они все оставались хорошими людьми, но постепенно становились плохими врачами. И вот эта разница, когда есть врачи 50-ти лет, есть и 75 лет на одном участке, а 25ти летний врач, только что пришёл. И

это колоссальная разница, это пропасть. Это люди разных стран и разных экономических формаций, это, вообще, просто, даже не конфликты отцов и детей, это колоссальная разница. Поэтому какой-то близости и коллегиальности, уже не стало, потому что более молодое поколение, уже понимало, что нужно выживать, а не лечить больного, условно говоря. Молодые врачи, особенно приехавшие из регионов, которым нужно было в Москве за съемное жилье платить, кормить семьи, они прогибались под администрацию по любому поводу. Стариков уже никто не слышал, все их мечтали уже куда-нибудь сплавить. А молодёжь, которая согласна была практически на любые условия работы, потому что, те-то не соглашались, потому что им физически было тяжело, у них нагрузка возрастала бесконечно больше, больше, больше, а молодёжь приходила на эту нагрузку, справлялась, в общем-то. Она готова была абсолютно на все указания начальства, какие бы они ни были. А указания начальства были разнообразные, структурные: это ограничить, то ограничить, времени на прием теперь 5 минут, лекарства эти не выписывать ... У нас тоже был такой момент, меня, это, вообще, всегда очень задевало. «Выписывайте только то, что есть в аптеке, не создавайте конфликтов». А как «не создавайте конфликтов»? Если пациент приходит, допустим, из какого солидного профессионального медицинского учреждения, у него есть назначения, ему это всё положено, но, поскольку этого в аптеке нет, я ему не могу выписать, значит меня опять делают крайним. В такой ситуации на меня пишет жалобу пациент, а как только я выписываю что-то из этого списка, на меня пишет начальство. Поэтому стало невыносимо абсолютно.

Н.В.: Мои врачи респонденты рассказывали случаи, когда врач вынужден был догонять пациента на лестнице после приема и тихонько ему шептать, что на самом деле ему нужно вот это, это, и вот это, но написать он этого не мог.

Ю.Б.: Конечно. Это каждый день происходило. Каждый день происходило просто это однозначно. Это была повседневная жизнь тех врачей, которым больной безразличен. Если говорить о временных периодах, то это 1980-1990-е. А ведь в девяностых пришла система ОМС. Поначалу никто не понял, чем она грозит, и никто не мог представить себе, какие ничтожные расценки на медицинские услуги

она с собой принесёт. То есть, все думали, когда и если деньги пойдут за пациентов, тогда появятся возможности, открыть, к примеру, какие-то новые отделения, новые кабинеты, взять новых специалистов. Предположим, в поликлинике был хирург, лор и невролог, а появится дополнительная возможность взять ревматолога или кардиолога. Пытались, но все это очень быстро начиналось и заканчивалось, потому что ничтожные расценки приводили к тому, что, текущим сотрудникам нужно было понимать, как платить заработную плату. И каждый раз, это упиралось в распоряжения выписывать меньше лекарств. Я до сих пор не очень представляю, как это было связано. Просто каждый день мне говорили, что надо экономить фонд, что средства отсюда будут перераспределены во что-то другое. Доступность и лекарств, и помощи постепенно сокращалась, а удавка затягивалась.

Удивительно, что при этом Министерство казалось было не в курсе внедрения системы ОМС, и продолжало спускать план. Например, план посещений, который был невыполним, так и начали появляться приписки, в которых потом опять обвинили врачей. Кто-то делал вписки и вклейки в карточки, а поскольку просто так написать нельзя, какие-то услуги стоят дороже, какие-то дешевле, и в стационарах, например, резко поменялась шифровка диагнозов. Уже никого не интересовала, к примеру, стабильная стенокардия, которая ничего не стоит, поэтому вся стенокардия резко сделалась нестабильная, и так далее. Пациенты с неосложненными инфарктами просто исчезли как класс, потому что всем писали недостаточность кровообращения. Это стоило дороже, и можно было на лишний день-два продлить госпитализацию. В поликлиниках ситуация была не лучше: спущен план по прививкам, такого количества желающих привиться от, ну, я не знаю, ветряной оспы на участке просто не найти, ведь иногда план прививок практически совпадал с количеством жителей. То есть это просто невозможно. В итоге, естественно, что это всё были голые приписки. А когда, например, нужно было подтвердить, что ты этого больного провел через диспансеризацию, то бывало, что мочу одного пациента разливали на 10 банок, получалось 10 анализов мочи за разными номерами полисов. Такая же история со сдачей крови, поликлинике надо было заработать хоть сколько-нибудь денег, потому что, если

она не вырабатывает план, то ей урезают финансирование, и медики, которые и так жили на нищенские зарплаты, вообще бы вынуждены были садиться на голодный паёк. Невозможно было не искать элементарных каких-то лазеек. Конечно, понятное дело, что всё несовершенство этой системы, оно само всё это и породило.

Н.В.: Но такая ситуация не только в медицине была? Это было отражение ситуации в экономике, в обществе. В принципе, все были вынуждены выкручиваться, как могли, полиция та же или милиция, педагоги.

Ю.Б.: Естественно, у них раскрываемость, у нас, прививки. Всё это было самой системой, которая подводила сама к тому, что хочешь, не хочешь, ты обязательно в это дело влезешь. А при этом при всём, когда медицинский коллектив работает в этом экстриме, а иногда, причём, я живой свидетель того, как медсёстры сами сдавали кровь, и разливали свою кровь по пробиркам, прикрывая чужими полисами. Мало того, вакцину эту, которую притащили и планом навязали, которую никто не будет никогда делать, ветрянку или столбняк какой-нибудь. В итоге всё это списывалось, и потом возникала другая проблема, надо же утилизировать. И каждый раз стояла ругань, кто их у себя на даче закопает, потому что, ещё же надо было, чтоб не выискали откуда дровишки. Потому что их ведь нельзя выбросить в помойку. То есть все это осуществлялось лишь бы привлечь деньги, забрать своё любой ценой. У самой системы ОМС. А врачебный коллектив, который таким образом изощрялся, на все это его толкали конкретно руководители. «Пишите-пишите, мы договоримся, нас проверять не будут». Значит, там, возможно, всё это дело как-то подмазывалось. Если логически подумать, вряд ли все было как-то по-другому. И самое ужасное, когда приходили эти проверки, например, и выяснялись какие-то недоработки, то штрафы опять накладывались на рядовых сотрудников. А начальство все это в последствии и премии получало, и заработную плату повыше. Родилось ощущение несправедливости внутри коллективов, которое все больше, больше и больше нарастало. Почему это большое значение имеет? Потому что, когда дошло дело, допустим, до 2014 года, когда встал вопрос, что вот этих сократим, а вот этих уволим, единения в коллективах уже не было, уже почти ни в одном почти коллективе, невозможно было сколотить

хоть какую-то единую позицию, потому что происходило стравливание одних с другими, всё время происходило, и спасти ситуацию уже невозможно было.

Врачи более старшего возраста начали утекать туда, где тихо, чтобы совсем не уйти на пенсию. Молодёжь стала думать, как переучиться, все начали резко уходить в диагностику. Они собирали последние деньги, заканчивали курсы по УЗИ, например, и возвращались, но так, чтобы не сталкиваться уже с пациентами: с лечениями, с жалобами, с этими льготными лекарствами, с повседневной рутинной. Чтоб больше не контактировать с эмоциональными и требовательными пациентами, чтобы перейти в другой совершенно социальный слой внутри медицины. Плюс они получили дополнительную возможность заработать, принять своего пациента за деньги, не через регистратуру. При этом везде они были востребованы, потому что в этот момент опять же параллельным курсом еще один интересный тренд развивается, в это время начали закупать новое оборудование. Молодежь его быстро осваивала, а пожилым за ними угнаться было невозможно. Так ушло 50%, наверное, врачей с многолетним опытом. Потому что уже своим рождением, допустим, в 1961 году ты уже подписал все приговоры.

Еще был интересный такой момент. В это время менялась и ритуальная служба. И это тоже был такой фактор, который выбросить нельзя. Поскольку было достаточно много кооперативов, по всяким этим похоронным услугам была жуткая конкуренция. Они всегда кому-то доплачивали «Вот от вас покойничек к нам придет». Дальше система такая: у тебя тяжелый больной, вызывают скорую. От скорой информация идет сразу в милицию и вот этим похоронщикам. И буквально пациент еще дышит, он еще последний вздох не испустил, а они уже за дверью дерутся. В драку дерутся, эти самые агенты из разных контор. Я однажды была свидетелем, как эти конторы, которые не поделили покойника, в результате по классике «Так не доставайся же ты никому», и бросили его на улице, в лужу. Так вот ритуальщики со своей стороны начали прикармливать врачей естественно, и тут началась борьба с коррупцией, резко. А борьба с коррупцией выглядела так «Ах, вот надо выследить», то есть врачей начали ловить. То есть опять это все на

врача. Поскольку в милиции, как ты очень правильно сказала, раскрываемость нужна была. Они повадились ее ходить к врачам раскрывать. Врач, безответный.

При этом главный врач всегда говорил: «Я тебя не знаю, ты здесь не работаешь со вчерашнего дня, иди куда хочешь!». Как пятилетнее дело Елены Мисюриной, которое вот только закончилось. И корни его, они вон там, далеко-далеко. Про раскрываемость был конкретный случай, в котором все, как в капле воды, это я знаю достоверно. У нас работает доктор, у доктора дети в школе учатся, одноклассник попадает на вечеринке то ли реально с наркотиками, то ли подбрасывают, это и не важно. После этого мальчика этого начинают шантажировать. «У тебя есть друг, а у него мама работает в поликлинике. Ты хочешь, чтобы на тебя дело завели? Тогда идешь к ней, говоришь, что ты плохо себя чувствуешь, просишь выдать тебе справку, чтобы от спорта освободили. Кладешь в карту 1000 рублей. Остальное тебя не касается! Не волнуйся, ей ничего не будет, а мы здесь галочку поставим». Ну и мальчик идет, на моих глазах все просто. «Ой, тетя Люда, здравствуйте, трали-вали, можно я на военную подготовку (или что-то другое). Можно я не пойду? Дайте мне какую-нибудь справчущку». Кладет туда эту 1000 рублей бумажку, мальчик выходит, на нее надевают браслеты. А заканчивается это ее смертью. Ни много, ни мало. 2,5 года история продолжается, получает условный срок, на этом фоне развивается онкология. И все. 43 года. Такой был отлаженный механизм.

Н.В.: А как же известная фраза Н.А. Семашко «хорошего врача народ прокормит, а плохие нам не нужны»? Почему эта традиция, корнями уходящая в советское время, не переросла в адекватные рамки?

Ю.Б.: А где-то оно переросло в адекватные рамки? Скорее оно переросло в неадекватные рамки. Вот, например, в этом году придумали сервис для официального перевода денег врачам – чаевые. Вот сколько можно унижать людей!?

М.Г.: Согласен. Им может пользоваться любой, кто хочет?

Н.В.: Да, врач регистрируется, максимальный размер поощрения 3000 руб, выше уже законодательно запрещено.



Ю.Б.: Это называется расчеловечивание человека. И разврачевание врача. Это просто разврат на государственном уровне. Это унижение колоссальное. Просто кошмар вообще. Ну как вот, такая низкая мысль приходит в голову? Я допускаю, у кого-то совсем плохие обстоятельства могут быть. Но только в крайних обстоятельствах можно вообще на это пойти. Ну как это?

Н.В.: Но к врачам же все равно все идут, кто с коробкой конфет, кто с бутылкой коньяка. Все хотят отблагодарить как-то. А здесь: пожалуйста! – благодарите лучше деньгами, такая благодарность нужнее врачу, потому что от всех этих конфет может диабет развиваться, извините.

Ю.Б.: Да кому эти конфеты, Господи, нужны. Все понятно. Я сама через это проходила. Мне сын говорил раньше: “Мам, я из-под низа вытащу”. У меня стопка стоит этих конфет. Естественно, которые все были для расчетов с водопроводчиками, сантехниками и прочими. Никто это никогда не ел, все покрывалось белым налетом. Сколько мы их выбрасывали, это вообще караул. У меня был хороший пациент, который говорил: “Доктор, Вам даже поесть, попить некогда”. Он мне приносил пирожок и пакет сока. Вот она забота!

Н.В.: Недавно послушала и удивилась мнению наших рестораторов, которые рассуждают о престижности профессии официанта в советское время. «Была очень престижная, у меня у дяди, он работал в Метрополе, у него была квартира, у него были доллары все время, у него был японский магнитофон». А у меня тогда, скорее, вопрос о терминологии, что считать престижем, потому что врач – была же уважаемая и престижная профессия? Но вряд ли мы можем сравнивать профессию официанта и профессию врача. Вообще изменился как-то по вашим ощущениям престиж врачебной профессии за последние 40 лет?

Ю.Б.: Конечно. Почему он пострадал? Отчасти, действительно, по вине, может быть, врачей. Ну, попробуй сохранять позитив во всем этом и попробуй выучиться адекватно и постоянно продолжать обучение. Предлагается на свое образование кредиты брать, и даже при таких условиях не отпускают с работы на обучение, так как заменить нечем. То есть, декларируется одно, на деле делается другое. Опять доктор, опять его стригут, так сказать, со всех сторон. Непонятно. Но, по большой

степени, просто люди видели, как к ним относится государство. Ну это же каждый обычный человек прекрасно понимает, когда переводят стрелки на эту несчастную условную Марию Ивановну. От нее что ль зависит, есть в аптеке лекарства льготные или нет. От нее не зависит. Люди все понимали, они же не слепые. Ну как можно? И все эти публичные процессы, 5 лет тянулось дело Мисюриной той же самой. Ну как это можно? Да, действительно, бывает. Медицина – это не точная наука. Бывают индивидуальные какие-то особенности у пациентов. Бывают вещи, которые мы просто не знаем и не понимаем. Потом я даже выступала с докладом, за основу взята была идея о том, что вообще врач работает фактически в мире теней, то есть у него большинство показателей, допустим, в аналитике какой-то, которые могут толковаться не то, что двойко, но и тройко. У нас все показатели могут только в синдроме, почему учитываться? Да потому что, они если не в синдроме, то они ничего не говорят, никому. Потом это же надо все скомпоновать, собрать этот пазл, тогда у тебя что-то там сложится. При этом, у пациента сформировано в голове, поскольку, по всем каналам говорят «мы оснастили по последнему слову, мы закупили», лучшая диагностика высокотехнологичная. Поэтому пациент считает, что сегодняшняя медицина – это дважды два: МРТ, анализы, лечение, а врач вроде как ни к чему. А в итоге этот снимок попадает доктору, который вторые сутки подряд работает, которого отвлекают и дергают на другие вещи, он перегружен, страшное дело. Как он будет трактовать эти изменения? Это большой вопрос. Как цитолог, который смотрит стекло, предположим, иммерсионное масло у него неправильное в этот день. И он видит не то. То есть, это все равно неточные величины, это все версии, это все варианты, это все какие-то переменные величины. Поэтому, собственно, кто такой врач? Если он может правильно задать вопросы, что надо сделать в данном конкретном случае для постановки диагноза, а затем если ему все правильно сделали, качественно донесли до него, а он со своей стороны еще это все правильно интерпретирует, то тогда, может быть, он получит наконец какой-то такой внятный ответ. А если на каком-то этапе что-то пошло не так, значит он будет работать с тем, что есть. У него другого нет выхода. И тогда вариативность ответа на поставленную задачу

возрастает. Ему остается только склоняться к чему-то больше, а к чему-то меньше. Все это опять вероятностный подход. Это больше вероятно, это меньше вероятно. Как можно от врача требовать, чтобы он выдал вот такой натурпродукт, не убиваемый, вот как? Никто не понимает с чем реально работает врач. Поэтому государству как раз и нужно было врача сделать крайним, чтобы можно было медицину подсократить, ее нужно как бы убрать постепенно. Потому что и больные эти никому не нужны, проедают государственный бюджет. Но, на самом деле, эта тенденция во всем мире наблюдается. Просто, во-первых, мы всего не знаем, во-вторых, не везде это принимает такие уродливые формы.

М.Г.: А в принципе, это все прошло, по всей Восточной Европе, это идет по всей Западной Европе. Я регулярно бываю во Франции, до всех этих дел. Я, допустим, видел, как там закрывали социально-ориентированные организации. В одно время, в Париже, появилось в метро огромное количество бомжей, которые просто вон там соображают на троих, открыто, никто их не тревожит, у нас такого не было никогда. Просто Правительство и Мэрия Парижа закрыла дома презрения, потому что это дорого. Нотр-Дам есть восстановить, а на людей закрывают глаза. Под благовидным предлогом всегда, а значительная часть людей оказывается на городском дне. Это сокращение затратных статей бюджета. Медицина – это очень дорого. Это очень дорогое удовольствие и поэтому, когда речь идет о перекачке денег в сферы, диктующие сверхприбыль, то перераспределение случается очень быстро. Естественно, все это происходит на фоне подготовленного общественного мнения. В первую очередь закрывается инфекционная больница, потом и другие тоже. И это все было, это не новость. Эта тенденция общемировая за последние 30 лет.

Н.В.: А что же делать с этим общественным мнением, что при советской власти медицина была бесплатной, мы все получали, а сейчас это все закрывают или нужно обращаться в платные клиники или получать платные услуги в государственных?

М.Г.: Это общественное мнение в значительной степени иллюзорно. Потому что, значительная часть проблем, которую мы сейчас видим, она родилась и имеет

корни еще и там тоже. Но при этом было одно из действительно главных вещей, что все-таки была стабильность. То есть, зарплаты врачей не были ахти какими большими, но не было такого разрыва как сейчас, как и общества таких огромных размахов. Такого огромного социального расслоения. Врачи не гнались за заработком.

Ю.Б.: Не было так же и системы ОМС. Ты мог с больными заниматься столько, сколько надо. Сегодня не понял, завтра поймешь.

М.Г.: Конечно, можно было вызвать консультанта, может он завтра не придет, придет послезавтра, но никто не давил. Больной мог лежать два месяца если надо, и такое было, допустим, в неврологии. Там, где действительно это требуется для лечения и реабилитации. Нельзя сказать, что это все было очень здорово. Потому что, тоже был большой перекося, всегда была проблема. Та же амбулаторная служба. Она тоже испытывала недостаточное финансирование, диагностически была очень примитивная, что было обусловлено целым рядом причин, например, тем, что Советский Союз был закрытой страной. И очень многое, что в мире развивалось туда не доходило. Мне удалось застать тот период стран социалистического содружества.

К примеру, я был на медицинской практике в 1976 году в Чехословакии. Это была такая ознакомительная практика. Туда попадали не все, но в принципе, попасть туда было можно. Нас водили по медицинским учреждениям, нас принимали. Была кафедра медицинского факультета в городе, где делали и до сих пор делают пиво. Конечно, во-первых, эти страны были более открыты. И система там была не такая тяжеловесная как у нас. Там была гораздо более развита амбулаторная служба, больных не надо было держать в стационаре 3-4 месяца. Они попадали на амбулаторное лечение, которое было достаточно диагностически оснащено. А поликлиники в Советском Союзе не надо идеализировать, особенно те, что вне Москвы. В принципе, если человеку нужна была квалифицированная помощь, то он бесплатно мог ее получить да даже в Москве, в той же. Возможно, была какая-то очередь. Но в принципе, это диктовалось экстренностью. И не было вот этого коммерческого компонента. Действительно, бесплатная медицина

работала. Да, врачи получали не самую большую зарплату. Вообще зарплаты были низкие.

Ю.Б.: Сложного больного вообще врачи передавали с рук на руки.

М.Г.: Да, а его можно было передать с рук на руки. Если это здесь в Москве, то это, конечно, было проще, но если с периферии, то тоже можно было организовать. Я, например, застал 1988 год, Кисловодск. Огромное количество больных из Средней Азии с ревматическими пороками сердца. Там всегда существовали большие семьи, это же возможность для инфицирования, хотя там и жарко, и тепло, и сухо. Так вот, они толпами ходили по Кисловодским курортам. И получали там лечение. Это было недорого. Это было доступно. Почему? Потому что даже если люди платили, это плата была, по сути, символическая. Так называемые путевки. Формально это было платно. Но плата была индивидуальной, где-то 2% от общей стоимости. Все остальное покрывалось различными социальными выплатами. То есть, по факту человек даже не знал, что это все есть и сколько это стоит. И это продолжалось год, два, три, пять, десять, двадцать лет. Те, кто хотел этого добиваться, то те всего добивались. Да плюс к тому, что в общем, действительно, мы проигрывали в плане техники, в плане лекарств. Поставки лекарств обеспечивались за счет социалистического содружества: Венгрия, Болгария, Польша. Советские лекарства стоили копейки, а та же но-шпа 3 рубля. Естественно, цены все равно возрастали, потому что нефтяные курсы снижались, особенно в конце 1980-х. Но главное, что все-таки была огромная доля государственного бюджета, которая шла на вот эти социальные выплаты, все то, что было создано системой социальной гарантии Косыгина и Андропова. При Андропове я учился в ВУЗе, было огромное количество беременных женщин. Почему? Потому что разрешили сидеть с ребенком до 3 лет. Существовал государственный зонтик, который в один момент схлопнулся.

Ю.Б.: Ну и не так просто его оказалось разрушить!

М.Г.: Не так просто оказалось разрушить. Весь Ельцинский период до нулевых годов как бы сколько не ругали советских чиновников, у них была такая устойчивая база. Но и довольно-таки сильная двойственность, себя они тоже не забывали,

клали в свой карман. Была психология, что надо еще что-то делать, от этого зависело и их благополучие. Были некие не только государственная, но и социальные гарантии. А сейчас, стоит написать заявление, «пожалуйста» обращайтесь в суд. И никуда не пойдешь, конечно.

Ю.Б.: Потому что на каждом этапе это будет высасывание денег. Ну, и люди у нас мало того, что медицински неграмотные, так юридически и подавно. Плюс ко всему выжатые, как лимон, даже если выучат все законы назубок, у них сил нет никуда пойти. Абсолютно. С начала 2014 года, когда обрушилось все. Ведь единицы только пытались заступиться за себя. Когда тот же Гальперин (знаменитый врач, которого пациенты называют «повелитель боли» – прим. авт.), которому предложили дворником работать, его уволили и предложили ему должность дворника. Ну нормально вообще? Врачу-неврологу предложить должность дворника? Просто люди уже стали понимать, что их слили вообще по полной, и особенно это переживали те, кто как раз видели другое отношение раньше, когда видели, что и о больных заботились – плохо или хорошо, о коллективах заботились, поддерживалось все. А когда это все совсем стало обрушиваться, люди просто ушли, потому что они не понимают, что с этим делать вообще и как с такими людьми работать.

М.Г.: Вот, к примеру, ситуация с промышленной медициной<sup>10</sup>, которая ярко демонстрирует все произошедшее. Я тоже совершенно не хочу ее идеализировать, но она была в значительной степени показателем отлаженной работы системы. Я туда пришел как молодой специалист, причем меня взяли без интернатуры, тогда так было можно, и не связано было ни с какими сертификатами. Есть диплом, все – вперед. Мне начальник медсанчасти сказал: “Мне нужен врач здесь и сейчас; не готов – мы возьмем другого, а ты поедешь куда-то еще”. В значительной степени эта система была, конечно, так сказать, основана на приписках, но это не значит,

---

<sup>10</sup> Промышленная медицина – медицинские услуги, которые предоставляет предприятие своим работникам. В это понятие включена как экстренная помощь при несчастных случаях, так и плановые осмотры, профилактические мероприятия и контроль здоровья служащих. Промышленная медицина и все ее ответвления предусмотрены законом Российской Федерации, которые касаются охраны труда, охраны здоровья и благополучия трудящихся, а также законами, регулирующими проведение профилактических мероприятий и плановых ежегодных обследований работников (<https://skladmed.ru/blog/chto-takoe-promyshlennaya-meditsina-v-rossii/>).

что ее нельзя было оптимизировать в дальнейшем. Я общался довольно много с руководителями предприятий и знал, что это такое. Предприятие раньше имело очень мало самостоятельности. Шаг вправо, шаг влево были невозможны, все диктовалось сверху, предприятию выдавались средства. Директива госплана все ниже, ниже, ниже по ведомству, главк и так далее. Директору приходило определенное количество кредитов, он им не мог самостоятельно распорядиться. Значительная часть этих денег шла на социальную сферу. Он получал целевые средства и не мог не сделать заложенного. Детский сад строился, детей в пионерский лагерь отправляли, алкоголиков лечили и так далее. Будь любезен, так сказать, ты даешь продукцию, даешь государству по определённым твердым ценам. Государство взамен тебе дает деньги. Вот это на развитие промышленности, вот это на развитие социальной сферы, вот это на развитие медицины, практически все крупные предприятия имели свои медсанчасти.

Н.В.: Как сейчас «РЖД медицина»?

М.Г.: «РЖД медицина» осталась чуть ли не единственной, ну еще авиация. Очень сильно пощипанная, но до сих пор пока не побежденная. Как стационар-медсанчасть ЗИЛ. Я недавно ехал мимо ЗИЛа, это просто ужас. Я там учился еще когда был студентом, это была огромная современная по тем временам клиника, которая была полностью на бюджете предприятия.

Ю.Б.: Вот представь, ты в цехе работаешь, из цеха выйти ты не можешь, у тебя там определенный рабочий цикл, отойти надолго не можешь, но у тебя есть перерыв днем в 30 минут. Тогда у тебя на том же этаже или этажом выше/ниже есть медицинский кабинет. И если ты один раз пришёл планово к врачу и тебе сказали делать по двенадцать уколов, значит, ты просто выбегаешь на одну минуту из своего цеха, тебе делают укол, и ты идешь обратно. И это все было настолько продумано и притёрто, что можно было давление 100 раз померить, температуру тебе 100 раз померить, пульс пощупать.

М.Г.: К примеру, водителей не выпустят на рейс без осмотра и измерения давления. Не улизнешь. Путёвой лист же подписывается, надо было договориться с врачом, с фельдшером, но это уже как люди пытались извернуться.

Ю.Б.: Если человек работает на каком-то крупном предприятии или в крупном институте, вот как у нас Курчатник был и прочие крупные образования, то там если пошёл в районную поликлинику, то тебя десять раз спросят, что случилось, почему ты туда пошел. У тебя же все есть! Ты, может, больничный хотел закрыть, а они должны знать, что ты вылечился, что можешь работать и так далее. А диспансеризаций сколько проходили! Например, анализ крови в том же Курчатнике, это было два раза в год: умри, но сдай.

М.Г.: Да, я работал в системе магистральных газопроводов, там было все еще сложнее. Во-первых, эта система была создана, позже других, когда развернулись специальные государственные программы, это все-таки довольно поздно случилось, где-то в конце 1970-х. В итоге столкнулись с целым рядом специфических особенностей. Ведь работники этой сферы постоянно мигрируют, при чем мигрируют от Ямала до Ужгорода. В результате возникла эта «трассовых врачей». Мы должны были их брать на учёт, контактировать с местными органами, куда они все равно и без нас ходят. Но это была наша задача. Местные органы были в этом не заинтересованы. Сегодня участок здесь, завтра его перебазировали, вообще могли в другую республику, из России в Беларусь, например, и так далее. Возникла мысль, так чтобы это свести все в одном месте, чтобы были врачи, которые следили бы за пациентами, брали их на учёт, проводили осмотр людей с профессиональными вредностями, а за это нам государство платило надбавку за работу на трассе. И если врач молодой специалист с дипломом получал 130 рублей, то я получал эти 130 рублей и ещё 130, по тем временам для молодого специалиста это был хороший хлеб с маслом. Плюс к тому поездки бесплатные, машина с водителем объезжать участки близлежащие. Но эту систему, конечно, не успели полностью развернуть, и, как и в остальной медицине, было очень много приписок. Ну кому охота ехать, легче написать амбулаторную карту, чем реально смотреть больного. Эти приписки были в поликлиниках, так и у нас ещё больше, а попробуй проверь. Тем не менее у нас были графики выездов на трассу, графики работ, графики оперативной информации: где, что, сколько и так далее. Ну и не в таких масштабах были эти приписки, как началось позже.



Н.В.: А то, что государство взяло на себя за пациентов, за всех граждан, такую ответственность за их здоровье, по вашему мнению, не расслабило ли это население? Условно, мне не нужно вникать в мое здоровье, я приду на работу, за меня все решат давление, анализы, диспансеризации, профилактика и т.п.

Ю.Б.: Санпросвет был очень сильно развит в тех же поликлиниках. То же пресловутое пьянство.

М.Г.: Я бы сказал, что ситуация была противоречивая. Государство очень сильно увеличивало свой бюджет на различную информационную деятельность, это было, но к концу 1980-х экономическая система подходила к своему концу. Во всех, надо сказать, отношениях. Было очень много литературы, и она была копеечная, но сказать, что государство полностью взяло на себя эту функцию, я бы засомневался.

Ю.Б.: Хочешь – не хочешь, диспансеризацию раз в год пройдешь. И скрининги разные, какие нужно. И это была совершенно точно важная и нужная деятельность. Но формально на бумаге диспансеризацию никто и сегодня не отменял. Но ведь тогда начали обязывать.

Ю.Б.: Да и не думаю, что государство или, например, работодатель в лице какого-то промышленного предприятия на столько заботились о здоровье своих сотрудников в целом граждан, что граждане, они же пациенты, они просто перестали или даже не начинали задумываться о своем здоровье, нести за него ответственность. Тот же ЗОЖ или профилактика.

М.Г.: Это действительно было определенное социальное иждивенчество, но ведь надо понимать, что это был советский период. Все равно росло социальное расслоение, современные власть предержащие и олигархи они ведь не с луны прилетели. Это потомки, их предки прекрасно, так сказать, копили теневые капиталы. Были ведомственные поликлиники, где обслуживание было лучше и лучше лекарства. Я хорошо помню, что четвертое главное управление Минздрава СССР поглощало половину всего бюджета, предназначенного на здравоохранение.

Ю.Б.: Как Собчак потом говорил, что у нас отмена льгот происходила крайне странно, потому что вместо того, чтобы всю медицину подтянуть до уровня

четвёртого управления, у нас нужно было разрушить последнее, что работало вообще идеально, как часы, и радоваться равенству в нищете потом.

М.Г.: Да, это в целом действительно так. Под видом борьбы с уравниловкой и так далее на самом деле началась самая настоящая уравниловка. 80% населения было уравнено в нищете. Ну, а возвращаясь, к советским временам, я еще раз говорю, я не собираюсь этот период идеализировать целиком и полностью. Почему? Потому что в первую очередь естественно социальное расслоение началось уже тогда, коррупция прекрасно рождалась и тогда, просто количество перешло в качество. Масштабы не те были.

Ю.Б.: Как я в институт поступала. Мне сказали: «девочка, с твоей фамилией нужно еще иметь мандариновую рощу» дословно.

М.Г.: Да, потому что все было уже. Где-то это мало ощущалось, как, например, на уровне городской поликлиники. А вот на уровне поступления в ВУЗ это ощущалось, тогда в медицине была жесткая гендерная дискриминация. Поступить девушке в медицинский институт – это было просто из ряда вон. Это я хорошо сам помню. Девчонок-отличниц резали просто, такая была несправедливость. А парней, особенно после армии, да, если еще кандидат члена партии, которые и не знали ничего, к ним поворачивали бумагу и говорили переписывай. И ставили пять, кинокамер не было тогда. Потому что был оттуда приказ...

Н.В.: Хорошие врачи потом из них получались?

Ю.Б.: Как не странно, неплохие, наверное, потому что учили хорошо.

М.Г.: Во-первых, они знали, куда они идут. У них была четкая мотивация в отличие от нас, сопляков. Во-вторых, конечно, им было трудно в первый год, поскольку они забыли школьную программу. Но их выручала дисциплина, склонность к дисциплине. Я сам видел этих старослужащих, мы все вместе с ними учились, и никто из них не был отчислен. Отчисляли таких как я по возрасту. Это легко. Не сдашь коллоквиум, потом это растет как снежный ком, и они это понимали, никого из них не отчислили.

Ю.Б.: Они очень грамотно себя вели. И, в определенной степени, это было оправдано. Потом эти люди ехали, куда направят, они понимали, что они из семей

выбивались в другой социальный слой. Часто поднимались там, выучивались, они этим дорожили, и в основном, действительно, это было оправдано. Но это было дико обидно конечно.

М.Г.: Да, действительно. Но с учетом того, что парней брали туда не обязательно после армии, а в целом пытались выровнять в медицине гендерный дисбаланс. Хотя, собственно, зачем? Вот этот вопрос не очень понятен. Все-таки женщина обладает целым рядом качеств...

Ю.Б.: Как зачем? Да очень просто, потому что военно-промышленный комплекс кто-то должен обслуживать. Молодые девчонки беременные что ли? У которых один сопливый, другой еще чего-то.

М.Г.: Да. Это тоже играло роль. Но при всем при этом, расширялась сеть военных академий для врачей, и факультеты появлялись и т.д. Они нужны были армии. Но, на самом деле, это все тоже было не продумано. Та же социалка для промышленности. Глупость, конечно. Это мне говорил директор завода: «я могу, как мне было спущено сверху, построить здравпункт огромный или поликлинику, которая по факту мне не нужна. В условиях города у меня и так ресурса хватает. А вот лекарства, которые нужны, купить я на это не могу. И ничего не могу сделать». Вот так.

Система была очень тяжеловесная. Это вот было тотальное огосударствление, при чём, чем выше, тем больше. Было больше возможностей и проще эти деньги трансформировать в угоду личного обогащения. И это все нарастало. Естественно, этот верхний слой давно вынашивал момент, чтобы тихо воровать, когда можно это все узаконить. Собственно, этим и объясняется то, что произошло у нас в 1990-е и далее. Но при этом при всем, что ещё важно сказать, как ни странно, ведь стала меняться ситуация и на Западе. То есть вот этот не очень эффективный социальный вызов СССР они были вынуждены отвечать тем же, то есть уменьшать разницу в доходах, вводить свою же социальную сферу, которая оказалась у них более подвижной. Все эти страховые кассы, профсоюзы, общественные организации и так далее в Европе это работало. Это была та витрина капитализма, которая потом тоже начала сворачиваться. Поэтому медицина — это такой чувствительный

социальный нерв, но он же не в вакууме развивается. И вопрос в том, что все должно чего-то стоить, а вот как действительно сопоставить труд врача и его вклад – это другое дело, как встроиться в систему зарабатывания денег.

Н.В.: Просто очень важный момент, к которому я все равно возвращаюсь, что при советской власти врач никогда не становился заложником того, что система не справляется. Врача могли наказать действительно за то, что он там чего-то не досмотрел, совершил ошибку, но наказание было минимальным – выговор в крайнем случае.

М.Г.: Почему же? Были и более серьёзные наказания, но единичные, конечно. Но термин врач-убийца же родился не сейчас, а как раз в советское время. Но к 1980-м это как-то затихло. И если говорить о советском периоде с конца 1960-х до конца 1980-х годов этот период с социальной точки зрения был наиболее благоприятный. Система социальных гарантий во всех отношениях она была создана. Да, при всей ее неэффективности, тяжеловесности и так далее огромное количество денег в приказном порядке уходило на социальную поддержку и не могло туда не уходить. Но при этом накапливались негативные тенденции.

Ю.Б.: И тогда началось социальное расслоение. Когда я училась в четвертой управе и были скандалы с пациенткой 90 лет по поводу расцветки ковра в палате, а на следующий день мы идём в другую больницу, где совершенно другой уровень, там вонючая рыба с гречкой или с тухлой капустой, вонь такая стоит, невозможно к корпусу подойти. Разница, конечно, была, и мы все ее видели.

М.Г.: Неравенство было не только в Москве, конечно. В каждом городе, в той или иной мере. Во многом это даже острее чувствовалось. Но медицина не была той сферой, которая взорвалась. Она еще долгое время, катилась по инерции. И оказалось, к нулевым, что эта система не рухнет сама, надо ее целенаправленно разрушать. Что, собственно говоря, и происходило на наших глазах. Ведь в 1990-е, когда начала рушиться экономика, на нас как-то закрыли глаза. Ведь ни одно учреждение здравоохранения не было приватизировано. Резко уменьшились госдотации, монополия внешней торговли тоже была не лучшей идеей, но она очень сильно поддерживала собственного производителя, предприятия стали

закрывать или резко ужиматься в размерах, соответственно, что они стали делать в первую очередь: сокращать ту социальную сферу, которая на них висела. Медсанчасти либо закрывались, либо передавались муниципальным органам здравоохранения, которые на первых парах их брали. Но поскольку все-таки еще во многом централизованные капиталовложения находились где-то в пути, это в определенной степени смягчило удар. Где-то до середины 1990-х годов строили еще и муниципальное жилье под финансированием предприятий. Я это знаю по своему родному городу. А потом уже в конце 1990-х годов это все закончилось.

Ю.Б.: Да, ведь первое, что они сделали? Они передали всех пенсионеров и всех заслуженных, например, ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, или доноров почетных, прочих льготников, всех первым делом единым списком передали в районную поликлинику. То есть перестали финансировать.

М.Г.: И случилась чрезмерная нагрузка, и так доходов нет, зарплату нечем платить. Люди могли не получать зарплату, жили огородами, челночниками и так далее, но формально они на работу ходили. Так, например, было в Москве. Я не знаю какими молитвами наш ВУЗ этого избежал. Нам в 1990-е годы всего лишь один раз не платили зарплату месяц, а в первом меде это было постоянно, люди жили дежуранством. Преподаватели кафедры, например, они не получали деньги там, но в городском здравоохранении деньги платили. Бывало и за кого-то дежурили. В регионах было гораздо хуже, градообразующее предприятие с этой медсанчастью умерло. А в деревнях это вообще просто кошмар, но все равно как-то худо-бедно прозебали эти ФАПы (фельдшерско-акушерские пункты – прим. авт.). Закрывать их целенаправленно стали уже в нулевые годы. Так что эта система социальных гарантий в 1990-е годы во многом по инерции существовала.

Теперь важно сказать про бюджетную реформу, которая была в нулевые годы, когда появились так называемые бюджетные учреждения, как значительная часть больниц. Что это такое? Формально – это государственные учреждения. Но они платят за землю, они платят все коммунальные платежи, они должны зарабатывать деньги поскольку финансируются они по самому минимуму. Тогда

больницы стали зарабатывать деньги, у нас ведь так и не сложилась частная медицина, как таковая. О чем думали, что возникнет конкуренция. Частная медицина сложилась так, чтобы можно было деньги урвать немедленно, здесь в первую очередь стоматология. Второе – это урология, гинекология, андрология, косметология. То, что не связано с жизненным прогнозом. А медицина сложилась очень интересно. Формально – это бесплатная медицина, которая вписывается в Конституцию, но фактически поскольку эта бюджетная организация имеет минимум бюджета и максимум возможностей для зарабатывания денег, то стала складываться двойная бухгалтерия. «Да, мы можем вас прооперировать, но это будет через месяц, а если вы пойдете в платные услуги, там можно и сразу, но это уже ваш выбор. Мы вас не обязываем, боже упаси, у вас есть выбор». На это стали жить профильные учреждения. Здравоохранение стало постепенно перекладываться на пациента. Произошло выдавливание бесплатной медицины, но повторюсь – это не особенность нашей страны. Это стало происходить во всем мире, просто во всем мире было больше возможности для сопротивления.

Ю.Б.: Во всем мире, если мы все-таки говорим о Европе и Америке, где исходно люди к этому были более готовы, более подготовлены и имели чуть выше планку уровня жизни, потому что у советских граждан ничего не было.

М.Г.: Ну, все-таки, в США – это система медицинского страхования, это в принципе медицинский бизнес. Но с учетом того, что со времен еще Рузвельта, там действительно было сильно установлен контроль над доходами отрасли, вот эта социальная сфера стала развиваться, т.е. граждане страховку имели. Там больше проблема была в отсутствии страховок у мигрантов из Латинской Америки. В Европе все было близко к Советским временам с той лишь разницей, что там и так уже было и государственное здравоохранение, и социальное. Были профсоюзные кассы. Вот эта вся реформистская социал-демократия создавала, но разрушить это оказалось сложнее, когда государственное здравоохранение стало приватизироваться. Приватизировать социальную кассу было сложнее, профсоюз продолжал существовать. А у нас вся система была государственная, и вдруг это

государство исчезло. Поэтому разрушить это оказалось в значительной степени легче. Но все равно какой-то уровень социального сопротивления остался.

Ю.Б.: ОМС ведь как раз вводилось под лозунгом, что людям нужна подушка безопасности. Заложено и документально оформлено было, что Вы можете воспользоваться всегда и всюду, и везде. Когда сразу поменялся статус государства, и люди оказались не защищенными, им ОМС преподносился как гарантия. И не важно, что меняется форма собственности лечебных и профилактических учреждений.

М.Г.: Были созданы страховые фонды. Сначала они были государственные, а в ходе бюджетной реформы они стали постепенно акционироваться. И мы до сих пор не знаем этот процесс. Они стали постепенно переходить к попечительским советам. Много до сих пор тайна, покрытая мраком.

В 90-е годы приватизация касалась другого. Она касалась сферы обслуживания, она касалась неких технологий компьютерных, она постепенно перешла на ресурсы. Но в конце концов и там были исчерпаны все возможности. Почему у нас так много непроизводительных статей бюджета, которые приносят одни расходы, а доходов они не приносят? Они должны приносить доходы. Или по меньшей мере минимизировать государственные расходы. Это особенности текущей ситуации.

Ю.Б.: Да, а в 2010-х обнаружилось, что в огромных количествах в центре города располагаются крупные здания, которые занимают учреждения здравоохранения, и их можно использовать с большей выгодой для города. Например, 63-я больница на проспекте Мира или 59-ая.

М.Г.: Больница сама никого не интересовала. Интересовали коммуникации, которые там были поведены очень удачно. Что такое проблема коммуникации в большом городе? Это ведь основная проблема. Поэтому больницу закрыли и все. Почему? Потому что коммуникации, кто-то на них наложил руку, а дальше посмотрим. Главное – земля наша. И торопиться что-там строить не нужно. Когда-то что-то построим. Это, конечно, тоже играло свою роль. Потому что здания эти были большие.

И потом под лозунгом борьбы с бюрократией стали сокращать отделения, причем штаты руководящие.

Ю.Б.: Это должно было понравиться простым людям. Поэтому говорили: "Как это так, поликлиника маленькая, а в ней главный врач, два зама. Делаем куст, сажаем туда одного. Остальное объявляем филиалами. А главное учреждение само знает, как ему с этим филиалом поступать. Поэтому его можно растворить вообще.

М.Г.: А в регионах как было? В маленьких городах просто закрывались отделы здравоохранения. Т.е. с проблемами надо было ехать в областной центр. Очень тяжело. Людям в это же самое время негде работать. Вернулись к системе 1930-х годов. Люди вообще перестали обращаться целыми областями, деревнями и поселками. Они вообще годами не обращались ни в какую медицину. И параллельно с этим закрывалось и автобусное сообщение. Надо было брать такси, чтобы куда-то добраться и так до сих пор.

Ю.Б.: Автобусные маршруты, школу закрыли, почту закрыли, все закрыли. Ничего нет. Все. Т.е. это население было полностью отрезано вообще от какой бы то не было цивилизации. А дальше, какая-то больница, которая ближайшая там есть, или, допустим, ФАП (город Медынь Калужская область). В Медыни две машины, но нет бензина. Люди должны были купить бензин, тогда водитель выезжал к ним, а там заливал бензин на обратную дорогу и т.д.

Н.В.: А ситуация с пандемией COVID-19 поменяла что-то? По ощущениям. Понятно, что еще не закончилось.

М.Г.: По ощущениям в худшую сторону. Потому что в первую очередь все происходило в пожарном паническом порядке. Все это было с большой оглядкой на то, что происходит вокруг России. Но паника была и там тоже. Но там было вроде бы было больше паники, и для этого было основание. Действительно, в силу множества обстоятельств смертность была выше в целом ряде развитых стран Америки, Европы. А здесь на фоне закрытия в первую очередь инфекционных больниц и ликвидации амбулаторной службы? Ведь будь эта служба не сокращена, не было бы необходимости строить эти ангары инфекционные, куда класть больных повышая колоссальную вирусную нагрузку для всех вовлеченных. Ну и



потом брать, буквально «ловить на улице» врачей и медсестер, для того чтобы их туда направить на работу, где они, не имея ни опыта работы с СИЗами (средства индивидуально защиты – прим. авт.), ни опыта взаимоотношения друг с другом в экстренных эпидемиологических условиях. А в результате огромное количество больных, тяжелых больных, колоссальная вирусная нагрузка и колоссальная смертность среди медиков. Об этом я еще сказал в апреле прошлого года в Теледокторе, что Россия занимает первое место смертности среди медиков, особенно среди медсестер, которые не могут работать весь день в этих средствах защиты. Они снимают для укола и заражаются со всеми вытекающими последствиями. Ну и вот это лицемерное расшаркивание перед врачами. Зачем эти плакаты показушные? Закупите врачам средства защиты, или обучите их для этого всего!

Н.В.: За год не научились, по-Вашему?

М.Г.: Трудно сказать, научились они за год или нет. Чему-то научились, безусловно. По моему опыту COVID вполне лечится. Т.е. главное – это поймать вовремя. Если ты пропустил день назначения гормонов ты уже ничего не наверстаешь, больной умрет. А если назначишь вовремя, не надо сверх дорогих препаратов, все будет так как нужно. Смертность от самого COVID не такая высокая. Но, по меньшей мере, мы поняли, что реформа здравоохранения провалилась, и всего того, что было сделано, не надо было делать. Вот такой идеологический флёр. Но подспудно все равно это продолжается. Открывают ковидные госпитали за счет закрытия роддомов, за счет перераспределения средств. Остался только один COVID. Ничего другого. Остальное все вылечили... Поэтому говорить о том, что он чему-то научил? Да и у нас все в панике. Все боятся за свое место, за себя. Психология временщиков она действует безошибочно и в этой ситуации, умри ты сегодня, а я завтра. А завтра еще посмотрим. Главное в ковиде не столько биологический иммунитет, сколько социальный, крайне тяжелый во всех отношениях.

Н.В.: А что вы думаете о том, что эта эпидемия информационная? Быстрое распространение информации, нагнетание паники, наконец, возможность

комфортного существования человека в диджитальном мире, удаленка и проч. Еще 10-15 лет назад мы не могли бы сесть все по домам друг с другом общаться круглые сутки в интернет по работе или учебе.

М.Г.: Естественно, есть те, кто в этом заинтересован. Это тоже правда. Но нельзя сказать, что только в этом причина. COVID, естественно, есть, никуда не денешься, это реальная вещь. И вполне реальный фактор его развития, и биологический, и социальный. Как я и говорю, реформа здравоохранения прошла по всему миру. Мы не пионеры, а скорее копируем ту же Италию. Везде пошли эти закрытия, пошла приватизация, пошло сокращение социальных программ. Везде. Где-то это происходило болезненнее, где есть противовес. А где-то, действительно, об этом перестали говорить, например, о том, что нас спасла вакцина БЦЖ. Я убежден в этом. Можно набрать атлас вакцин БЦЖ в мире. Он четко коррелирует. Возьмем карту Германии: ФРГ и ГДР бывшее. В ГДР была советского типа вакцинация: пять раз, в роддоме, потом еще и еще, в плоть до младших классов. А в ФРГ только один раз прививали в роддоме. Граница по количеству ковида идет четко по по границе с бывшим ГДР. Несколько порядков ниже заболеваемость. Потом Испания, Португалия. Страны похожие во всех отношениях: культурный, экономический уровень и т.д. В Испании десятки тысяч жертв. В Португалии минимум. Разница только одна: в Португалии до сих пор всем делают БЦЖ обязательно. А в Испании она поздно введена, рано отменена. Поэтому это однозначно сыграло свою роль. Конечно, сыграло свою роль последующее антивакцинное движение. Но это подробно никто не анализировал. Поэтому сейчас взяли и решили всех просто запереть дома. В результате люди весной не получили витамина D. Плюс к тому потеряли работу, потеряли доходы, алкоголь и все прочее. Отсюда вторая волна осенью. Причем вторая волна осенью в маленьких городах. Весной было больше заболеваемости в мегаполисах, типа Москвы и Питера. До маленьких городов это и не дошло. И действительно много завезли из-за рубежа. А осенью пошло везде. И в маленьких смертность повалила.

Н.В.: У меня еще важный вопрос: как поменялся пациент? И поменялся ли за последние 40 лет?

М.Г.: Конечно, поменялся.

Ю.Б.: Да, пациент стал разным. Если раньше он был единообразным. Принципиальный момент, пациент, если не брать четвертую управу, был единообразным. Он только делился на городского и сельского. А сейчас он очень разный. Просто крайне разный. Т.е. что поменялось на самом деле за это время глобально – это поменялся пациент. Потому что появились новые категории пациентов доселе невиданные. Абсолютно. Во-первых, расслоение привело к тому, что появились разные запросы. У кого жемчуг мелкий, у кого суп жидкий. Это развело потоки пациентов. Во-вторых, появились пациенты очень «прошаренные», которые настроены критично и даже агрессивны по отношению к медицине, как возможности заработать. Государство может, а я не могу зарабатывать на медицине? Есть такое понятие, пациент-экстремист. Их немного. В основном это опять же стоматология или хирургия. Там, где очевиден быстрый результат положительный или отрицательный, с которым можно дальше работать. Идти в страховую компанию, в суд и так далее. У людей появилась возможность попытаться заработать на медицине через суд, наказать кого-то, заставить платить кого-то. Помимо того, что это попытка заработать, так это еще и интересная возможность реализации какого-то своего эго, такой личностный элемент хайпа «вот я тебя к ногтю! Ты кто тут?» Это небольшая категория, но она есть, и доставляет врачам много неприятностей.

М.Г.: На самом деле, эта небольшая категория – это вершина айсберга. Почему так? Потому что, тот же рассвет антивакцинного движения, которое гораздо шире, чем то, что вы сказали, это все очень связано с сильным изменением пропагандистских потоков. Антивакцинное движение – очень благовидный предлог «ты имеешь выбор делать вакцину, не делать вакцину». Раньше была командная, патерналистская и античеловечная система, а сейчас партнерство. В результате готовилась почва. Потому что, что такое прикрыть вакцинацию? Это прикрыть очень большую отрасль медицины, которая тоже крайне затратная. Ведь все же взаимосвязано. Закрыть систему вакцинации, закроются инфекционные больницы. Уволить кадры и т.д. и т.п. Так уничтожили всю систему.

Ю.Б.: А среди обычных пациентов появился доселе неведомый, абсолютно другой пациент. То, что раньше невозможно было представить. Если врач больницы совершил ошибку, и она доказана, раньше можно было предъявить иск только больнице. Сейчас все перестраивается так, чтобы была личная ответственность врача. И больница заплатит, и врач заплатит.

М.Г.: Раньше отвечал во многом главный врач. Потому, что сам он был винтиком в системе. И врачебные ошибки были. Но личной страховки так и нет и, скорее всего, не будет. Чтобы это понять, надо главный момент понимать, что медицина не в вакууме развивалась. Медицина идет последовательно после тех социальных трансформаций, которые существовали тогда.

Ю.Б.: Еще одна категория пациентов какая появилась? У которых, действительно, стало время-деньги. Т.е. для них, например, прийти по записи по конкретному вопросу стало острой необходимостью. Но поскольку муниципальная поликлиника им очень долго не давала такой возможности. Ты запишешься, придёшь, а там говорят: "А у нас живая очередь". Мне только спросить. Поэтому они стали уходить в частную медицину. И решать там свои конкретные задачи. И тем самым они, и таких много, которые ушли в частную медицину, собственно, не за медициной, а за неким удобством, за комфортом, за сервисом. За какими-то другими смыслами, кроме лечения. К примеру «я себя не на помойке нашел с бабушками сидеть, которые за валидол по льготному рецепту удавятся». Они себя устранили от этого. И если раньше у нас было монолитное общество, единый советский народ, а тут своеобразная новая элита. «Мы со всеми не будем у нас свое». В кругу каком-то своем, такой человек еще и постесняется сказать, что в районной поликлинике был.

Плюс появилась возможность лечения за рубежом: медицинский туризм, при чем очень своеобразный. По туризму тоже расслоение наблюдается. Жители Москвы, которые не могут осилить здесь, предположим, оплату протезирования, едут Липецк или зубные туры в Белоруссию. Уже есть фирмы, которые это поддерживают, помогают расселиться и т.д. В Москве и в крупных городах создалась и продолжается создаваться соответствующая инфраструктура:

встретить, поселить, направить к нужному врачу. Ну и те, которые начали уезжать за рубеж лечиться. Онко едет за рубеж. Потому что, вот не побоюсь этого слова, хотя уже два три года я не слышала каких-то очень крупных коррупционных скандалов, но лечиться, допустим, в немецком городе Тюбинге в женской клинике в разы дешевле, чем здесь дать взятку и ничего не получить. А там тебе еще гарантируют систему реабилитации, дешевое жилье. Там весь город работает на клинику. И каждый комнату сдает тем, кто приезжает в этот город в клинику. Так и получилось, что за рубежом лечиться дешевле.

А если говорить о совсем маленьком потоке, это то, что у нас просто не делается, но делается там. По 160 млн. индивидуальные инъекции для бедного ребенка со спинномозговой атрофией. Но это маленький поток очень, редкая патология. А тут, среди обычных пациентов немножко разделились люди на тех, кто фактически все равно остается отстраненным от медицинской помощи, те, кто плохо ходит, плохо видит, плохо слышит. Они не могут мигрировать по поликлиникам, в связи с этой просто безумной маршрутизацией. И тех, кто на самом деле к этому нормально относится. Потому, что это они видят, что все-таки в последнее время действительно оснастили аппаратурой докторов. В большей степени это техническая интеллигенция, видит новый МРТ аппарат, но не понимает, что это не означает качество медицинской помощи. Они совершенно пленяются новыми технологиями, условно говоря новыми лампами, кафелем, кожаными диванами в рекреации. Они думают, что вот эта тетенька в чистеньком накрахмаленном халате наверняка знает больше. И этот новый вариант, где полы паркетные, он не оправдывает себя совершенно. На мой взгляд, сейчас самая надежная медицина там, где стены облупленные, потому что там остались те, которые пережили все ради медицины. А вот там, где лампочки красивые, там можно искать комфорта, всего чего угодно, только не медицину.

Н.В.: А телемедицина и общение с пациентом через интернет?

Ю.Б.: Да это мы можем, конечно. А если речь идет о каких-то серьезных вещах? К примеру, человек пишет, что у него такие-то, такие-то симптомы, тут покраснело, тут посинело, тут позеленело, тут пожелтело, в таких обстоятельствах

крапинками, в таких – в полосочку, и все это он мне все описывает. Через экран я это как пойму? Это просто нереальная вещь, абсолютно. Со многими пациентами с диагностической точки зрения это очень сложно. Ведь врач работает не только с суммой знаний. У него на самом деле никто не отбирал никогда его профессиональную интуицию, какие-то нюансы, которые он считывает бессознательно.

М.Г.: В науке это называется неявное знание. Потому что точно так же есть и обучение врачей врачами. Врачи во многом так и обучаются: на опыте, преемственностью, личным опытом, которого ты в учебнике не получишь. Хирургия, например, он должен обучиться, стоя рядом со своим учителем, а толком ни сам учитель, ни он не понимают, как происходит процесс передачи знания. Этот процесс невозможно в точности передать, потому что все больные разные. И, допустим, на Западе, там хирург должен обязательно участвовать в определенном количестве операций. Сначала, как зритель, как ассистент. Как у летчиков: налет часов. В медицине, конечно, ты можешь написать, что сделал 35 операций по поводу, предположим, аппендицита, но в результате выяснится, что ты ни разу в жизни не оперировал, например, ретроцекальное особенное положение аппендикса, и этот больной у тебя завтра гибнет.

Н.В.: А ординатура, интернатура – это уже не работает?

М.Г.: Ординатуры уже нет. Интернатура очень нужна. Ну и все это сокращается. Даже в советские времена все понимали, что 6 лет для врача общей практики – это мало.

Ю.Б.: И интернатуры, в принципе, тоже было мало. Всегда говорили, что интернатура проходит, как один день. Сначала молодого доктора тыркают, он бумажки носит, ему ничего не доверяют, а потом, не успеешь оглянуться, как бы, вот, он вылутился, а делать все равно ничего не умеет. Интернатура подвергалась критике, до тех пор ровно, пока их не стали выпускать пинком из института: “Лети, дорогой, куда хочешь!”. Куда долетишь, где ты рухнешь – там и твое место будет. Вот, и оказалось, что интернатура была очень нужна, потому что эти дети ничего вообще не знают, они в принципе потерялись, не знают ничего. Интернатуру два

раза уже отменяли, потом возобновили на короткий срок, опять отменили. А продиктовано-то было чем? Разорили абсолютно первичное звено. Все, кто могли куда-то уйти, как мы уже говорили, кто в диагностику, кто куда, расплозились окончательно. Надо было кем-то закрывать дыры. Поэтому они начались программы: “Мы тебе миллион дадим – иди в деревню”. А они что делают? Они пришли, миллион получили, семьей обзавелись и сбежали. Потому что работать-то там невозможно. Причем оно стало невозможно не только потому, что там а) мало платят, б) большая нагрузка, в) необустроенность или нет лекарственного снабжения. Врачу, даже если знает, что делать, ему просто нечем. Это стало со всех сторон абсолютно невозможно, потому что он еще элементарно не выучился, он еще и не готов сам! То есть по всем пунктам провал. Нагрузка огромная, давным-давно не паханное поле, оттуда люди ушли, а тебе нужно вскопать всю эту целину, как с нуля. И при этом, тебя никто не контролирует, не учит нормально, а только говорят: “Давай план”. Лечить нечем, диагностировать нечем, и ты сам не знаешь еще ничего. Ты не умеешь! Просто подставили этих детей, которые только выпускались – это просто преступление! И начались эти процессы над врачами. Интересно, что это все совпало. В итоге эти дети сбежали из медицины от греха просто.

М.Г.: Раньше многое тоже было, тоже были проблемы в той же интернатуре, но они компенсировались – особенно на уровне стационара, да и поликлиники тоже – было много врачей, которые старше тебя и опытнее. Была коллегиальная ответственность и поддержка. Можно было к кому-то обратиться, посоветоваться. Например, когда мы начинали дежурить, был один дежурный доктор на один этаж. Очень редко на два этажа, и это была экстремальная ситуация. Сейчас дежурит один врач на корпус, в котором 80 пациентов на каждом этаже. И начинается: у одного понос, у другого золотуха, у третьего то и другое вместе, этот помер, этот в реанимацию, этот туда-сюда – и что этот доктор должен делать?

Ю.Б.: И он будет виноват всегда! Вот, поэтому это и выдавило людей из медицины. Говорят, давайте им повысим зарплаты, они вернуться... Они никогда не вернуться! И я, вот, сколько об этом говорю уже, вот, где только можно: не в

деньгах дело. Если вы им создадите нормальные условия для работы, они и без денег будут работать. Это глубокое унижение просто, унижение, к сожалению, сложившаяся система. А вместо этого подачку 3 тысячи тебе кинут на карту, чаевые, издевательство просто, открытое.

М.Г.: Всегда критика была такая, что медицина избыточна. Она только поглощает деньги, ее столько не нужно, мы живем в XXI веке, где люди уже не болеют, не умирают от воспаления легких и так далее. Следовательно, ее надо оптимизировать. Должно быть ровно столько, сколько надо. А как оказалось...

Ю.Б.: Но еще она и зарабатывать должна. Сторонники рыночной экономики считали, что, чем больше человеку платишь, тем лучше он будет работать, а то, что у него есть предел физический, моральный, психологический, эмоциональный, они об этом совершенно не думали.

М.Г.: И ведь совершенно не значит, что нужно отрицать некие рыночные законы в наших условиях, это утопия. Другое дело, что они не должны быть абсолютными. На чём, к примеру, выжил Запад? Введение рыночных отношений, в некие жесткие рамки, за которые они не переходили. Создание смешанных экономик.

Ю.Б.: При том, что интересно, что на Западе, как раз профсоюзы медиков гораздо более эффективны, и защищают на самом деле. Они могут за себя постоять! Выстроиться в колонну и отвернуться от кортежа премьер-министра...

М.Г.: Да, потому что был один из существенных недостатков нашего советского общества. Формально социальная структура и профсоюзы существовали, но они тоже были огосударствленные. Никакая активность снизу не поощрялась никогда. Все эти профсоюзы сразу же рухнули, с трансформацией государственной системы. А на Западе нет, там были противовесы, которые были самодостаточными, и которые в случае всяких катаклизмов, начинали вступать в силу. Собственно это гораздо больше заметно в Западной Европе, чем в Восточной. Ну, и третий, ещё есть момент, который, скажем так, сыграл свою роль и в медицине, тоже: резкое усиление миграции из других регионов, из Средней Азии и так далее. Квалифицированные кадры уезжают...



Ю.Б.: Отсюда появилось «что-то не нравится, не задерживай, у меня вон очередь стоит».

М.Г.: Во многом, кстати говоря, это перешло из советских времён, мы беззащитны перед всеми.

Ю.Б.: По крайней мере, раньше, если что-то происходило, учреждение прикрывало своего, как раньше говорили, корпоративная солидарность. Защита белого халата, а сейчас – нет. Всё! «Мы тебя не знаем и всё».

Н.В.: Да, я кстати, была удивлена, читала книгу английского нейрохирурга, но он уже взрослый, на пенсии. И конечно, удивительно, разница культур. Он рассказывал про свое образование в сороковых годах. И после. Меня, конечно, там зацепило, что он говорит, что них не принято критиковать коллег, в принципе. А у нас придёшь к врачу, и каждый второй «кто вас так лечил?».

М.Г.: При советской власти этого было меньше, но было тоже. Советская власть не была единым периодом, очень много, чего происходило и менялось. А уж что после было...

Н.В.: Как-то мы на грустной ноте заканчиваем. Но, я надеюсь, что общими усилиями как-то все постепенно наладится. Будем надеяться. Столько блестящих умов и профессионалов вокруг. Спасибо вам!

## Приложение №2.

### Основные данные

 Название опроса	Health Literacy
 Автор	Наталья Вяткина
 Язык анкеты	 Русский
 Публичный URL-адрес опроса	<a href="https://www.surveio.com/survey/d/Q0J9S9H9X4U6R4C7B">https://www.surveio.com/survey/d/Q0J9S9H9X4U6R4C7B</a>
 Первый ответ	08. 07. 2019
 Последний ответ	24. 07. 2019
 Длительность	17 дней

### Общая статистика

257

Всего  
посещений

69

Готовые  
ответы

0

Незаконченные  
ответы

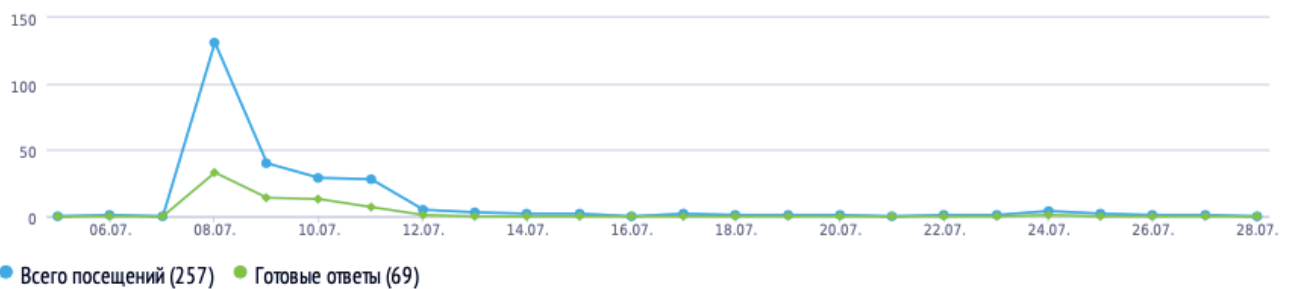
187

Отображение  
только

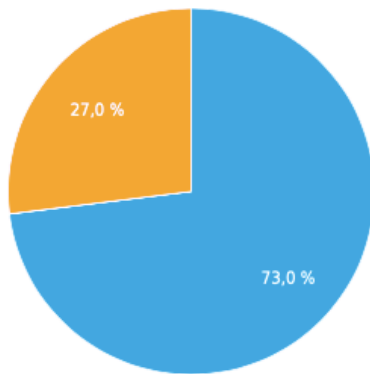
26,8 %

Общая ставка  
завершения

#### История посещений (08. 07. 2019 – 24. 07. 2019)

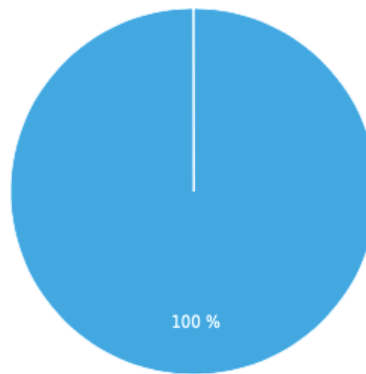


Все посещения



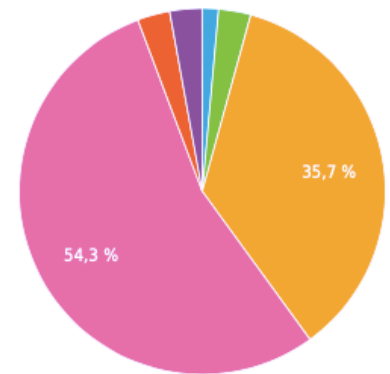
- Лишь показывая (73,0 %)
- Неполные (0 %)
- Завершенные (27,0 %)

Источники посещений



- Прямая ссылка (100 %)

Среднее время заполнения



- <1 мин. (1,4 %)
- 2-5 мин. (2,9 %)
- 5-10 мин. (35,7 %)
- 10-30 мин. (54,3 %)
- 30-60 мин. (2,9 %)
- >60 мин. (2,9 %)

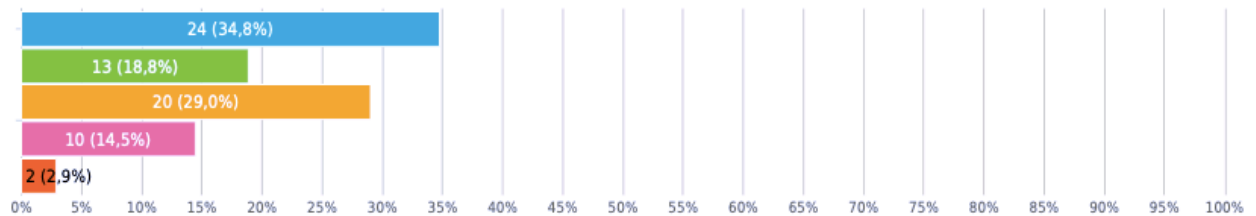
## Отчеты

### 1. Пациент в ДОМАШНИХ условиях должен: уметь идентифицировать неопасные симптомы.

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

Количество звезд 3,7/5

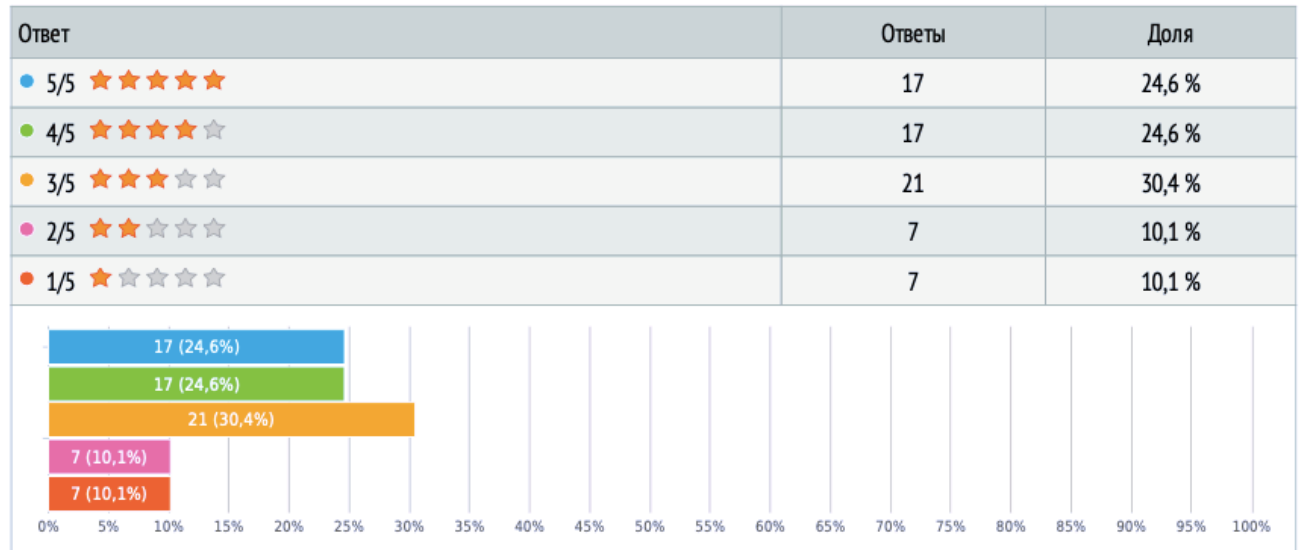
Ответ	Ответы	Доля
5/5 ★★★★★	24	34,8 %
4/5 ★★★★☆	13	18,8 %
3/5 ★★★☆☆	20	29,0 %
2/5 ★★☆☆☆	10	14,5 %
1/5 ★☆☆☆☆	2	2,9 %



## 2. Пациент в ДОМАШНИХ условиях должен: отличать неопасные симптомы от опасных.

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

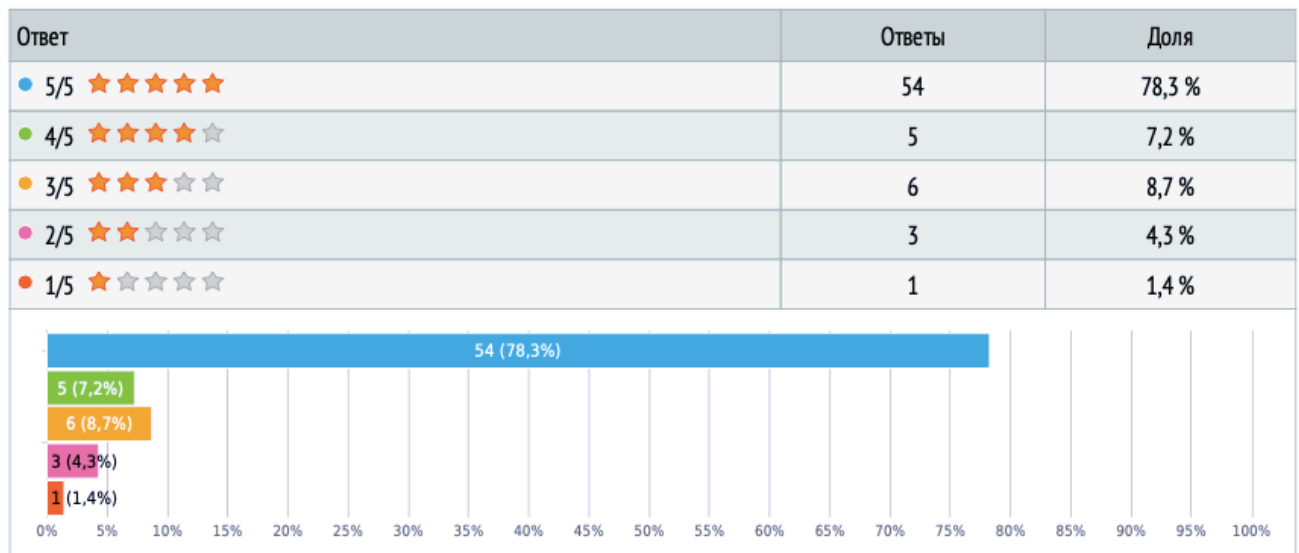
Количество звезд 3,4/5



## 3. Пациент в ДОМАШНИХ условиях должен: уметь правильно измерять температуру, пульс и давление.

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

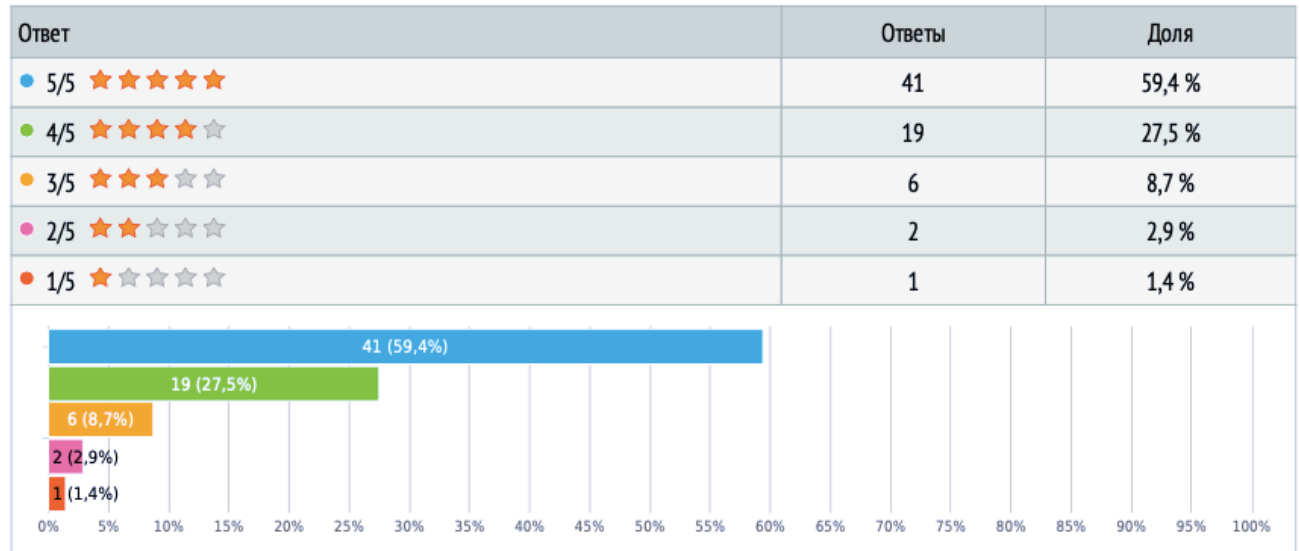
Количество звезд 4,6/5



#### 4. Пациент в ДОМАШНИХ условиях должен: уметь определять критическую ситуацию, когда необходимо вызывать скорую помощь.

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

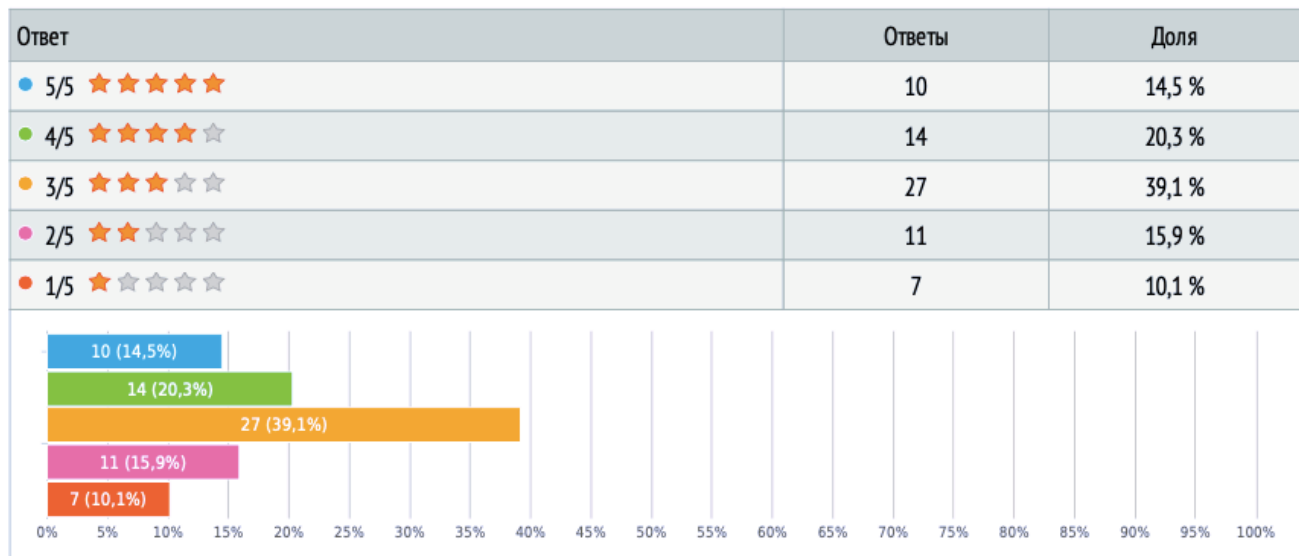
Количество звезд 4,4/5



#### 5. Пациент в ДОМАШНИХ условиях должен: уметь самостоятельно справиться с распространенными заболеваниями( ОРВИ, отравление и т.д.).

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

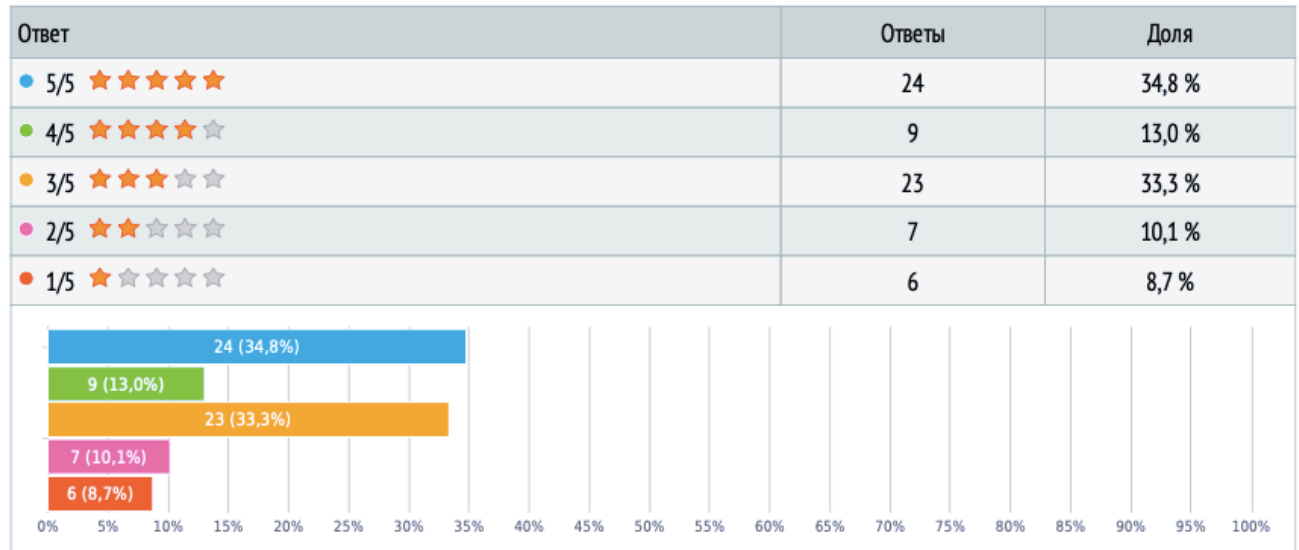
Количество звезд 3,1/5



## 6. Пациент в ДОМАШНИХ условиях должен: знать и грамотно применять безрецептурные препараты (напр. жаропонижающие, анальгетики, антисептики).

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

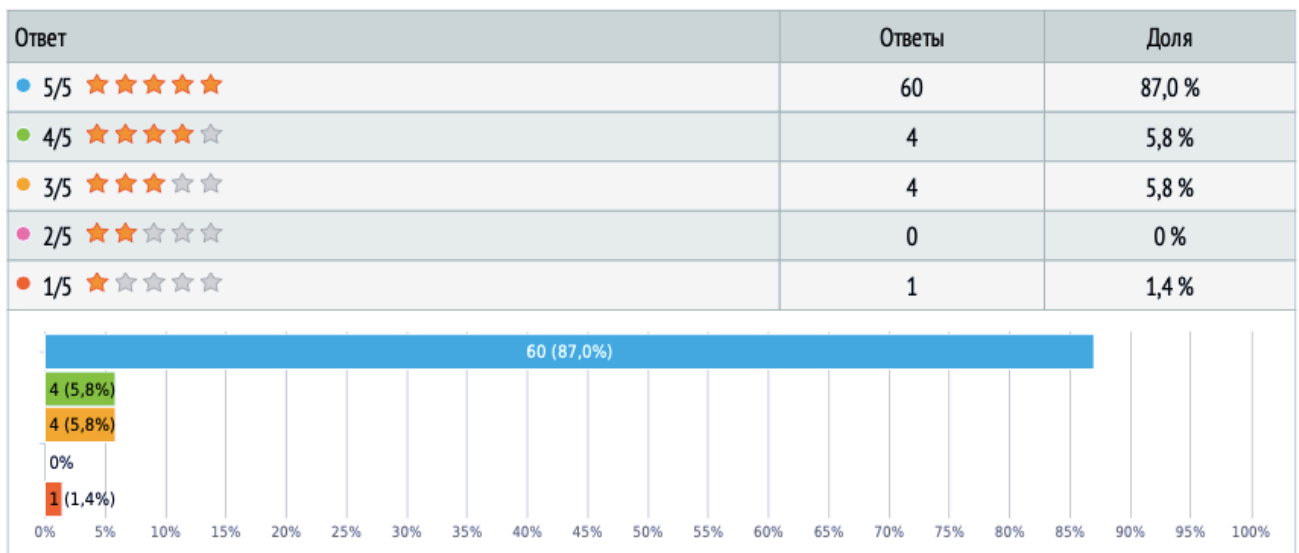
Количество звезд 3,6/5



## 7. Пациент в ДОМАШНИХ условиях должен: знать адрес поликлиники и ближайшего травмпункта.

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

Количество звезд 4,8/5



## 8. Оставьте, пожалуйста, комментарий. Что еще, по Вашему мнению, должен знать и уметь пациент в домашних условиях в связи с собственным здоровьем и здоровьем своих близких?

Текстовый ответ, Отвечено 69х, не отвечено 0х

- При наличии хронических заболеваний четко выполнялись предписанные назначения
- Знать отличительные признаки инсульта и инфаркта миокарда
- Элементарные Навыки и знания
- Знать свои обязанности как пациента прописанные в Конституции РФ
- Уметь остановить кровотечение. Лечить небольшие воспалительные кожные проявления
- Правильно питаться, быть физически активным
- как правильно хранить имеющиеся в семье лекарства и как их уберечь от доступа детей
- Ничего
- Анамнез и принимаемую терапию
- (2х) Признаки инсульта
- Телефон скорой помощи
- Должен иметь аптечку первой помощи и уметь эту помощь оказать ( образование?)
- Знать номер вызова скорой помощи
- Уметь собрать аптечку первой помощи
- Знать симптомы тревоги, уметь оказать первую помощь и знать азы СЛР(это должны знать ВСЕ), знать о том что лечение неосложненных ОРВИ не требует консультации врача и лечение симптоматическое. Люди с хр.заболеваниями у себя и своих детей должны обладать знаниями о своей болезни, но знания эти должны быть получены только от лежащего врача.
- Л
- Вызвать 03
- Пациент, страдающий хроническим заболеванием должен знать признаки дестабилизации состояния, иметь при себе список принимаемых препаратов.
- Оказывать первую помощь
- Должен знать о зож, о вреде мало подвижного образа жизни, о вреде переедания, понимать, что он ест: состав, знать о вреде курения и алкоголя
- Самолечение- вред
- Выполнять назначения врача.
- Знать, когда не надо вызывать скорую и врача на дом.
- Знать основы рационального питания, основы гигиены, необходимых мер первой помощи,
- Должен иметь продуманный план логистики себя или родственника до ближайшего приемного многопрофильной больницы в экстренной ситуации.
- Ничего не должен, пока его не научили. Должны быть тренинги по сердечно-лёгочной реанимации дома до приезда скорой( на западе такой тренинг обязателен при приёме на любую работу), и по первой помощи. И даже после него, мы можем рассчитывать не на должен, а на повышение образование среди пациентов
- Что врачи тоже люди...

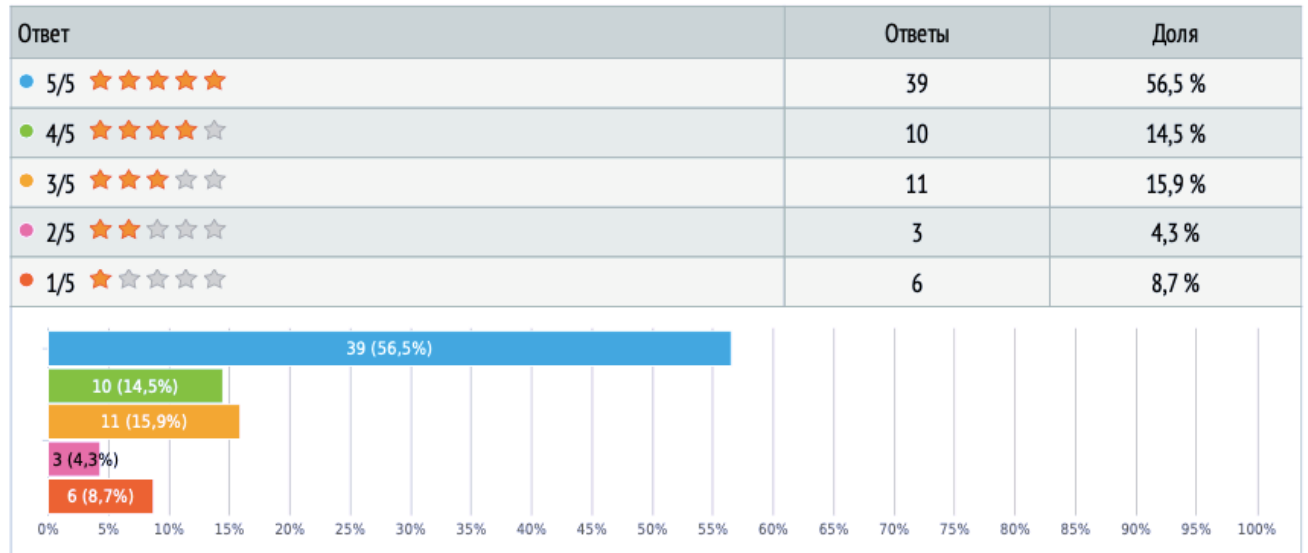
- Оказание первой помощи
- Признаки инсульта, инфаркта, не лечить самостоятельно живот.
- Пациент должен знать, что в серьезных случаях заболевания нельзя заниматься самолечением, но необходимо Посетить врача для постановки диагноза.
- Главное вы указали. Остальное уже детали
- На что может быть аллергическая реакция,и чем болел до настоящего заболевания
- Лечится
- ответственное самолечение
- Стоматологическую поликлинику или своего стоматолога
- Оказать неотложную помощь в опасных для жизни ситуациях
- Достаточно перечисленного в опросе.
- Знать телефон своей поликлиники, скорой. Уметь описывать свои жалобы, уметь называть заболевания которыми болеет и какими препаратами пользуется регулярно.
- Пациент должен понимать, что обратившись с не серьёзными симптомами в скорую помощь, он может причинить вред здоровью пациенту с серьёзными симптомами ожиданием бригады СП.
- Должен иметь врача которому доверяет и иметь возможность обратиться к нему
- Массаж сердца
- Врача с которым можно посплетоваться
- 1 свое тело 2 проводить профилактику лфк 3 попогандировать изучение своего организма тела психики души и искать гармонию в них
- Как оказать первую доврачебную помощь при ожогах , травмах
- уметь сделать простую перевязку
- Временный гемостаз
- Знать номер телефона, по которому можно вызвать скорую помощь. Уметь оказать простейшую первую помощь.
- Пациент должен выполнять рекомендации врача по ведению здорового образа жизни. При плохом самочувствии обращаться только к врачу.
- Первую медицинскую помощь
- Первую доврачебную помощь.
- Не лечится по интернету
- Обработать небольшие раны
- Неотложную помощь
- Связь с лечащим врачом
- Оказать первую помощь
- Оказание первой помощи.
- 1) должен знать, что он не врач и не обладает теми знаниями, которые получал врач на протяжении 7-9лет; 2) должен уметь не навредить своими зачастую безграмотными действиями себе, своим близким и действиям врача
- Пациенты не обязаны знать обладать медицинскими знаниями, необходимо налаживать возможность попасть к квалифицируемому врачу
- Думаю, самое главное не переоценить свои знания, особенно если речь идёт о здоровье ребёнка.
- Знать адрес и телефон поликлиники
- Не паниковать, уметь оказывать хотя бы первоначальную мед.помощь.
- Как бы не справился с ситуацией, все равно обратиться к врачу.
- Уметь поддерживать самостоятельное дыхание при отсутствии сознания у пострадавшего до приезда 03
- Делать простейшие манипуляции
- Проведение сердечно-легочной реанимации, желательна
- Оказать первую неотложную помощь
- Должен знать как справиться с обострением хронического заболевания которым он страдает
- Надо иметь дома аптечку, лист с телефонами лечащего врачей



## 9. Пациент для обращения в МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ должен: знать процедуру записи к врачу.

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

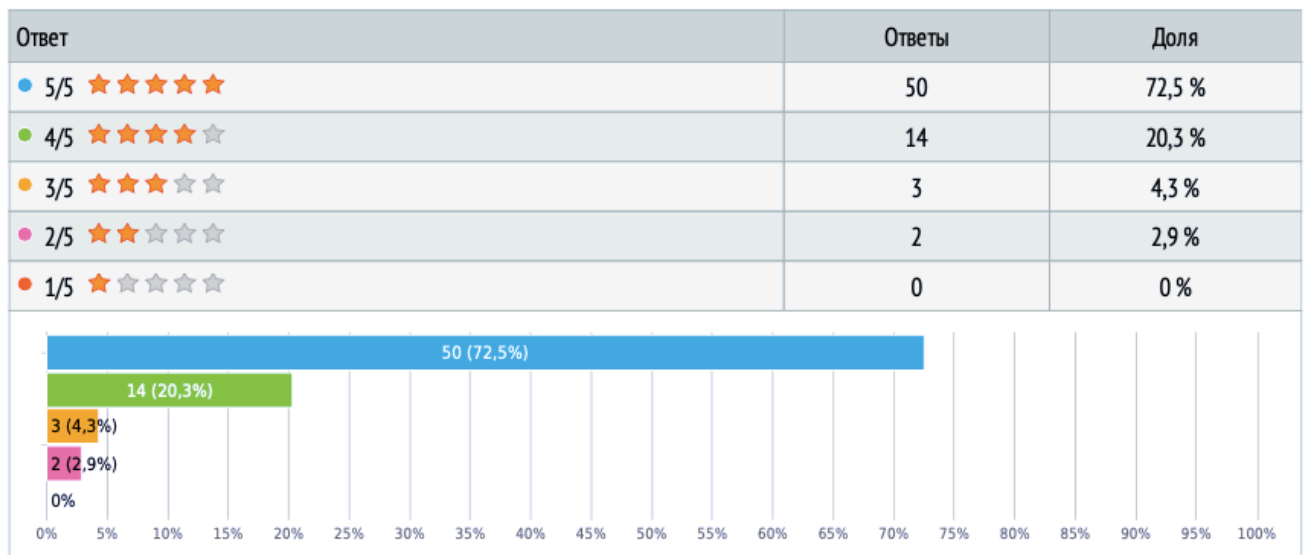
Количество звезд 4,1/5



## 10. Пациент в МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ должен: знать свою историю болезни (аллергии, хронические и семейные заболевания).

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

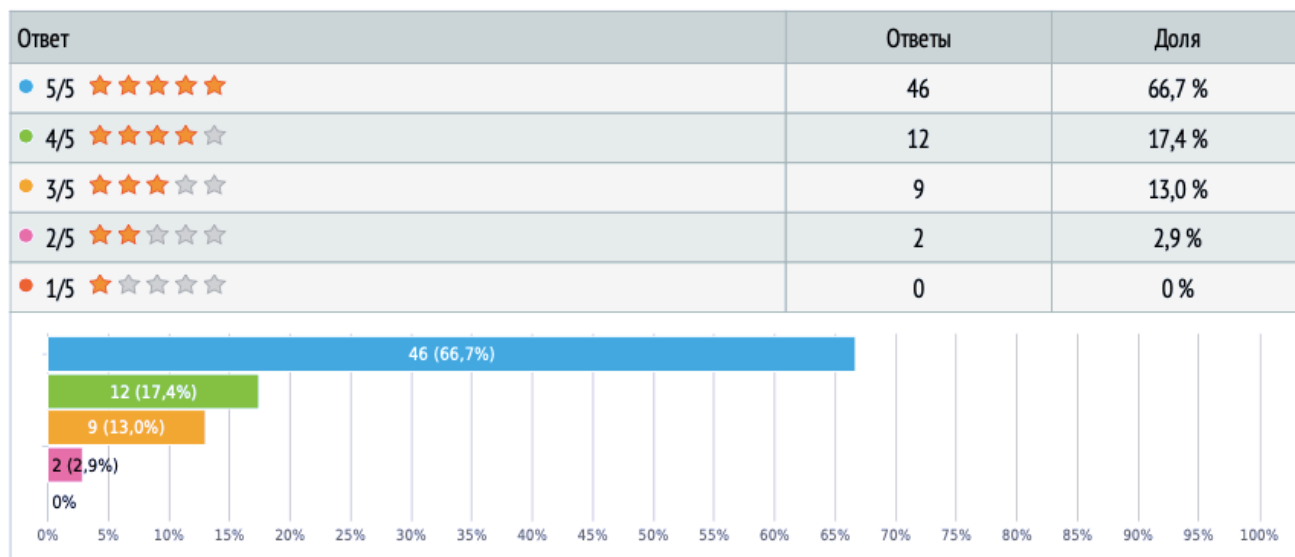
Количество звезд 4,6/5



## 11. Пациент в МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ должен: подробно описывать симптомы врачу.

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

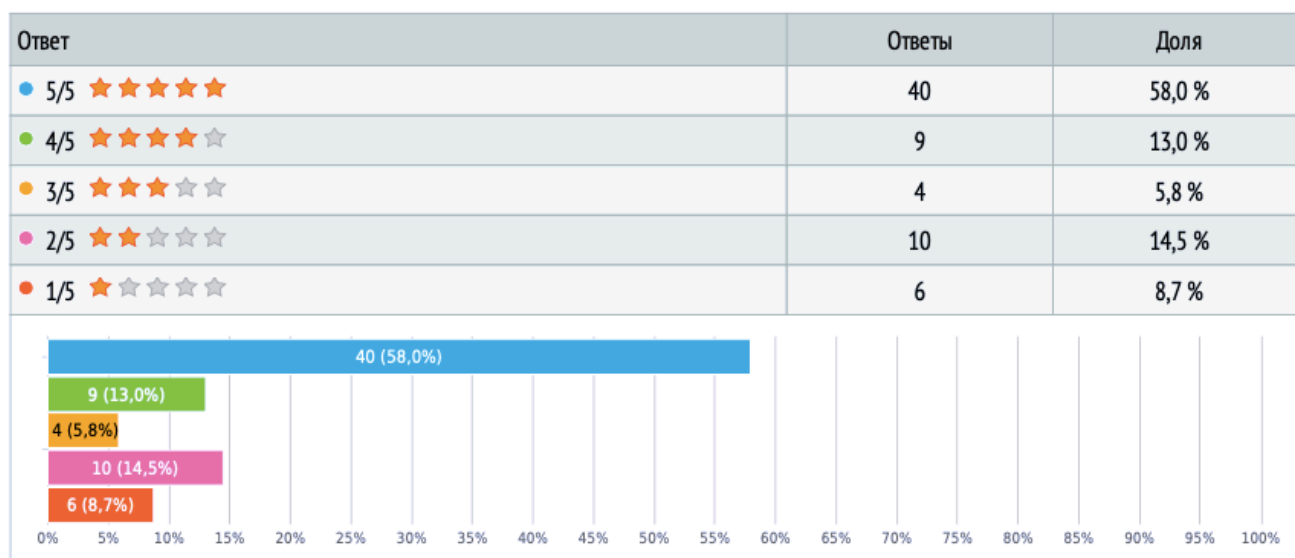
Количество звезд 4,5/5



## 12. Пациент в МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ должен: знать правила посещения лечебного учреждения (сменная обувь, халат, бахилы, гардероб).

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

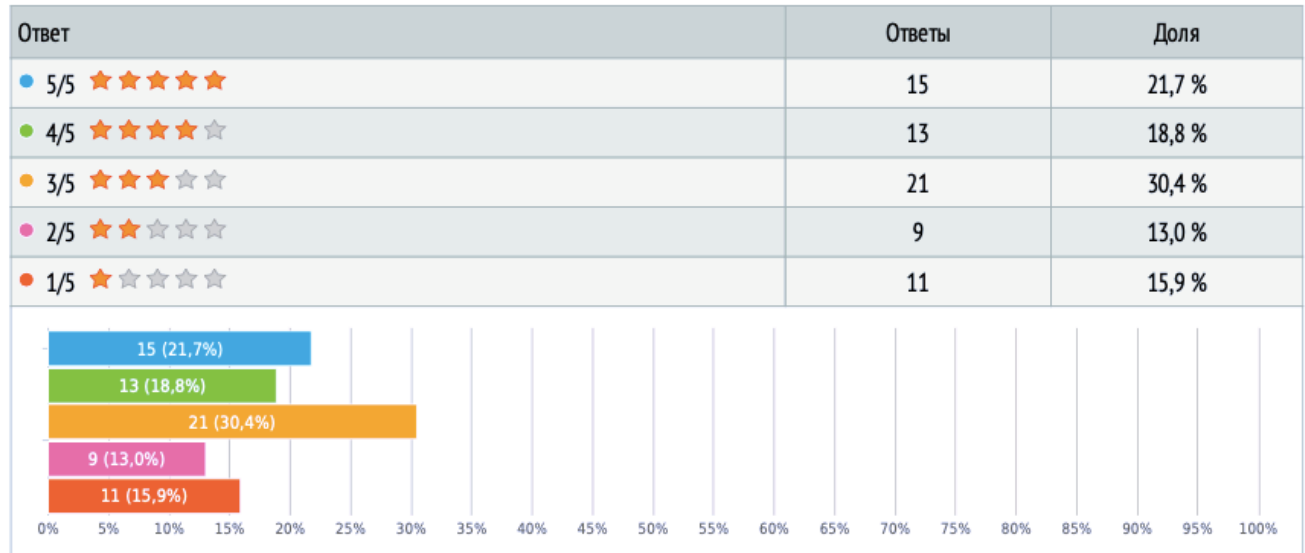
Количество звезд 4,0/5



### 13. Пациент в МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ должен: знать базовые правила лечебно-диагностических процедур (анализ крови натощак, сроки сдачи крови на гормоны и т.д.).

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

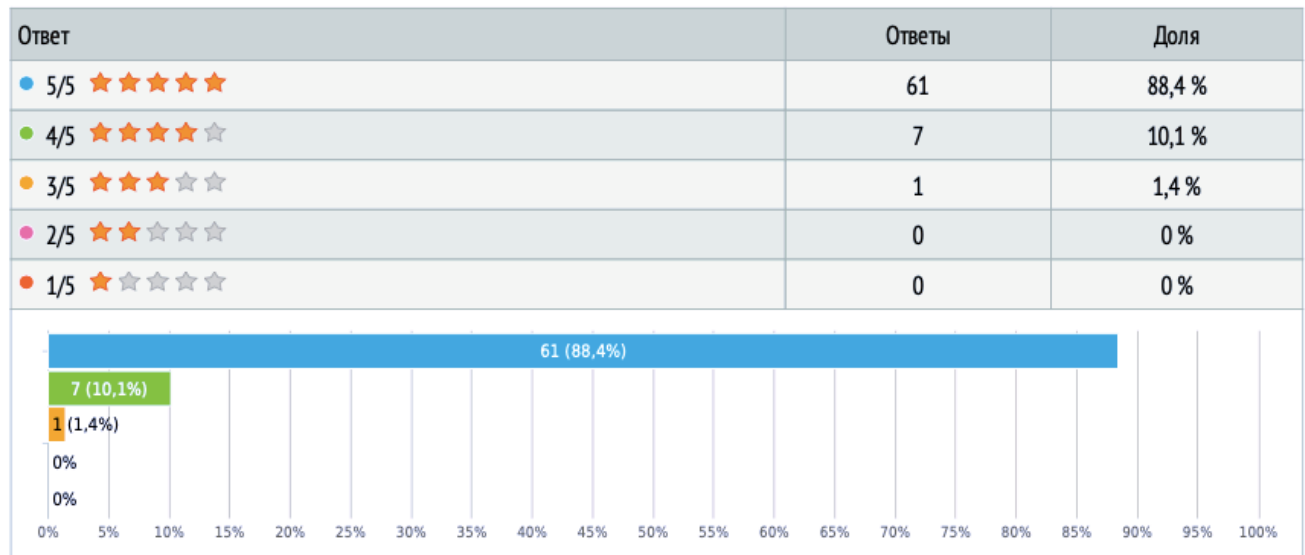
Количество звезд 3,2/5



### 14. Пациент после посещения МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ должен: правильно соблюдать назначения врача.

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

Количество звезд 4,9/5



## 15. Что еще должен знать/уметь/соблюдать пациент в медицинском учреждении/после посещения врача? Оставьте, пожалуйста, комментарий.

Текстовый ответ, Отвечено 69х, не отвечено 0х

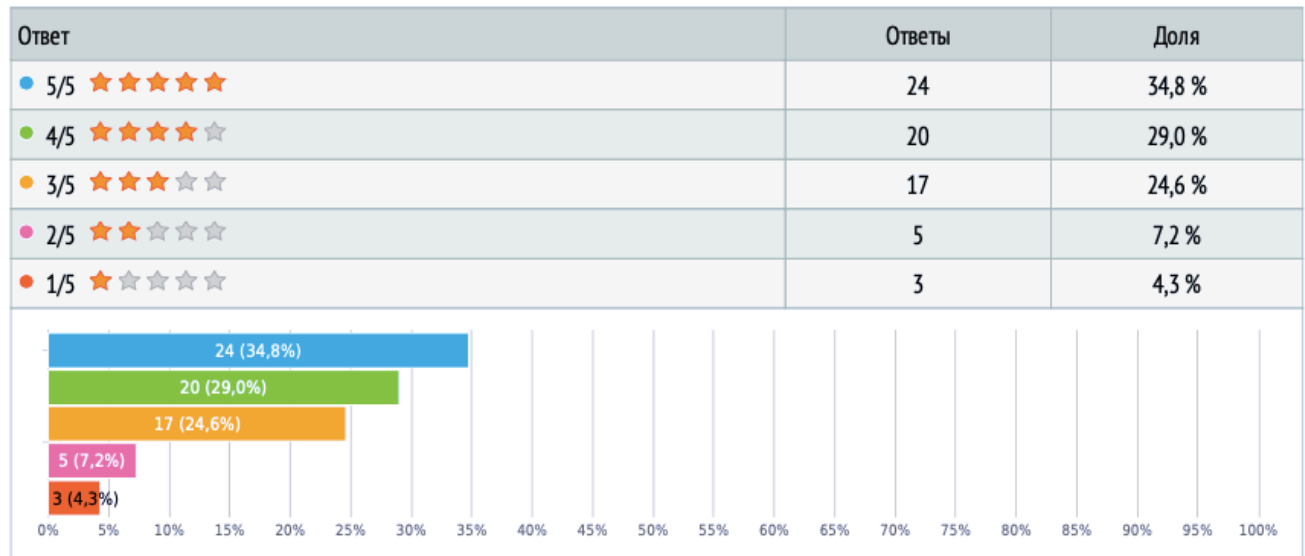
- Подготовить все вопросы и выяснить их на приеме у врача
- ---
- Выполнять рекомендации по лечению
- Соблюдать предписанный режим лечения
- Соблюдать назначения!!!
- Не стесняться задавать врачу вопросы о своём заболевании
- Сохранить на руках копии медицинских заключений и хранить их дома для возможности получения второго мнения в независимом лечебном учреждении
- Ничего
- Придерживаться рекомендаций
- Вовремя прийти на прием
- Правила поведения
- Режим, порядок нахождения и правила данного медицинского учреждения ( в т.ч. стационар)
- Составить список вопросов, на которые хочет получить ответ
- Знать как попасть на повторный прием
- Рекомендации врача.
- 0
- Правильно применять препараты назначенные врачом для лечения
- Четко следовать рекомендациям, не принимать личные препараты и не менять схему лечения без согласования с врачом.
- Диету
- Не только принимать назначенные препараты, но и активно включаться в оптимизацию своего образа жизни
- Повторно явиться на прием
- Корректное поведение.
- Задать вопросы врачу, если они есть. Не менять самостоятельно и не отменять назначения, если с приемом препарата не возникает проблем.
- Знать маршрутизацию: к какому врачу в каком случае обращаться.
- Уметь корректно выдать доктору материальную составляющую большого спасибо.
- Должен знать ответы на все интересующие вопросы, быть полностью информирован о своём состоянии, знать каких симптомов/осложнений можно ожидать и что при них делать. У него должна быть информация куда звонить и обращаться в рабочие и праздничные дни.
- Читать выписку
- Побочное действие препарата

- Подготовка к сдаче анализов, правильно принимать препараты. Многие принимают все таблетки горстью.
- Следовать назначениям врача
- Комплаентность зависит во многом от врача.
- Рекомендации и назначения
- (2х) Вежливость
- слушаться врачей
- Согласие на обработку перс. Данных
- В медицинском учреждении пациент должен быть чистым, без неприятных запахов.
- Достаточно перечисленного.
- Должен следить за своим состоянием и во время обращаться к врачу при ухудшении самочувствия. Не должен самостоятельно менять схему лечения. Не должен принимать препараты по "рекомендации" соседей и основываясь на рекламу!!!
- В случае неудачи в лечении при повторном обращении не скрывать информацию о невыполнении предписаний врача.
- Когда явиться повторнл
- Выполнять рекомендации
- Режим предписанный врачом
- Во время прийти на прием
- Знать время контрольного обследования
- Ничего, но если знает что-то пациенту самому будет проще
- больше ничего
- Записаться к врачу через госуслуги
- По возможности не допускать повторения заболевания, при появлении первых же признаков обратиться к врачу
- Пациент должен избегать ситуаций, которые привели к нарушению здоровья. Желательно посещать врача регулярно с профилактической целью.
- Все, что разъяснил врач , режим .
- То, что разъяснил врач
- Задать вопросы если что то непонятно
- Правильно выполнять назначение
- Этику
- (2х) Соблюдать рекомендации врача
- Рекомендации
- Соблюдать культуру общения (обращаться к врачу как к специалисту, а не обслуживающему персоналу). Должен знать, что зачастую, проблему, с которой больной обратился, невозможно разрешить одной таблеткой или одним визитом
- После разъяснения квалифицированным врачом о имеющемся заболевании задуматься и научиться (по мере интеллектуальных возможностей) прислушиваться и относиться к собственному здоровью более вдумчиво и получив правильную Консультацию повышать степень скомообразованности
- Я думаю, что по ьольшому счёту, изначально пациент может не знать почти ничего из ранее перечисленного. Все правила и инструкции должны быть даны в доступной форме непосредственно в мед. Учреждении для каждой конкретной процедуры.
- Элементарные вещи.
- Не подвергать сомнению назначению врача.
- Правильно следовать рекомендация врача
- Все вышесказанное
- Помочь самому себе в выздоровлении
- Достаточно
- Должен знать своего участкового врача
- Обязательно должна иметь связь с врачом

16. Отметьте насколько Вы согласны или не согласны со следующими утверждениями: сегодня на прием приходят подготовленные в медицинских вопросах пациенты, но качество их знаний оставляет желать лучшего, приходится переубеждать.

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

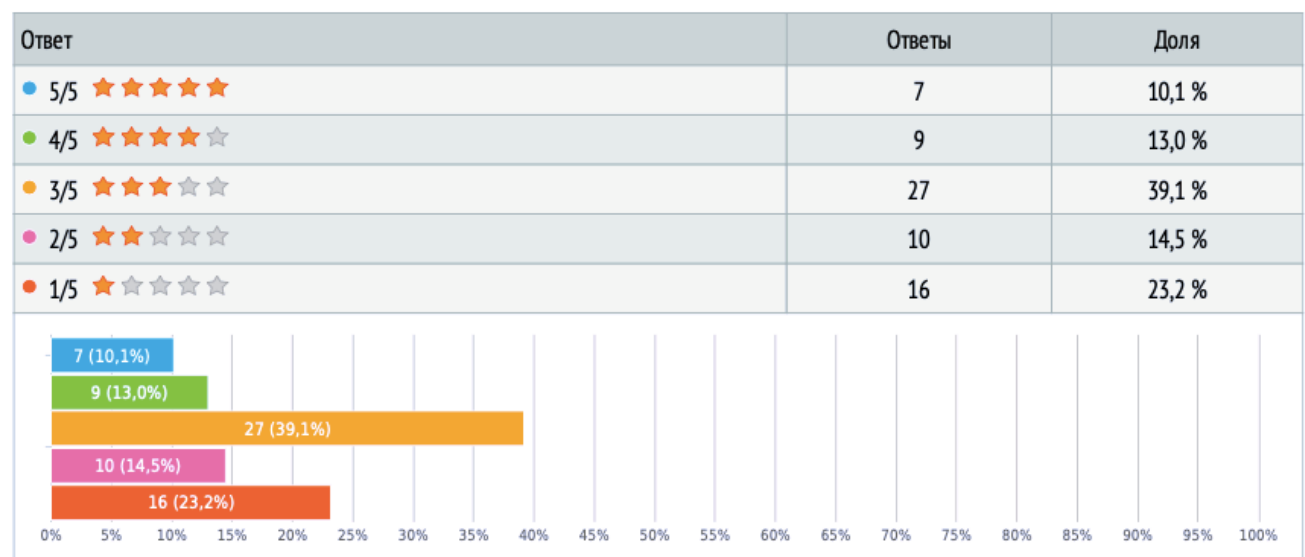
Количество звезд 3,8/5



17. Пациенты год от года все лучше разбираются в вопросах, связанных с собственным здоровьем и здоровьем близких, что помогает в работе и экономит время.

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

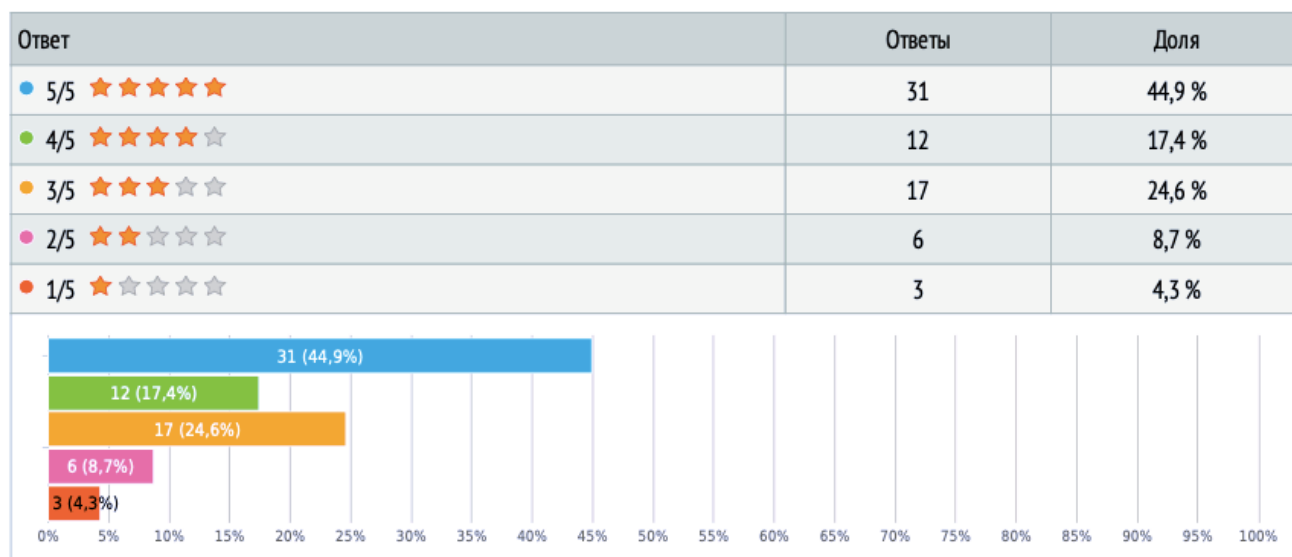
Количество звезд 2,7/5



18. Иногда пациенты не знают элементарных вещей, что очень мешает в работе и заставляет в процессе приема выяснять все ли понятно пациенту, а это занимает дополнительное время, которого нет.

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

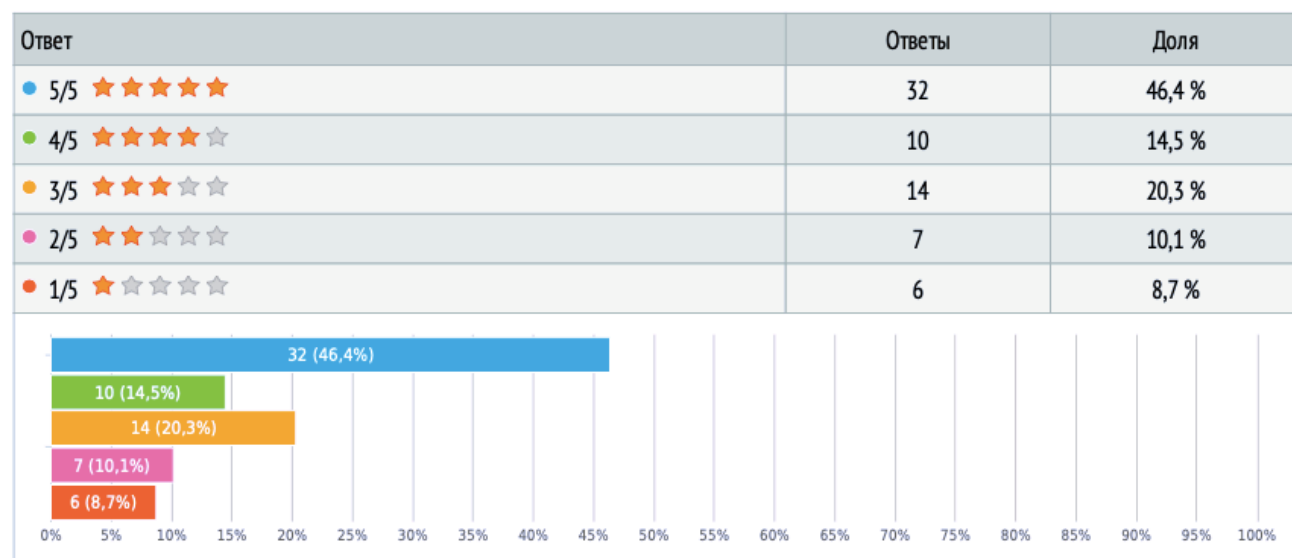
Количество звезд 3,9/5



19. Для врача было бы удобнее, если пациенты меньше искали информацию о здоровье в Интернете. Все, что им нужно знать, врач сообщит на приеме.

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

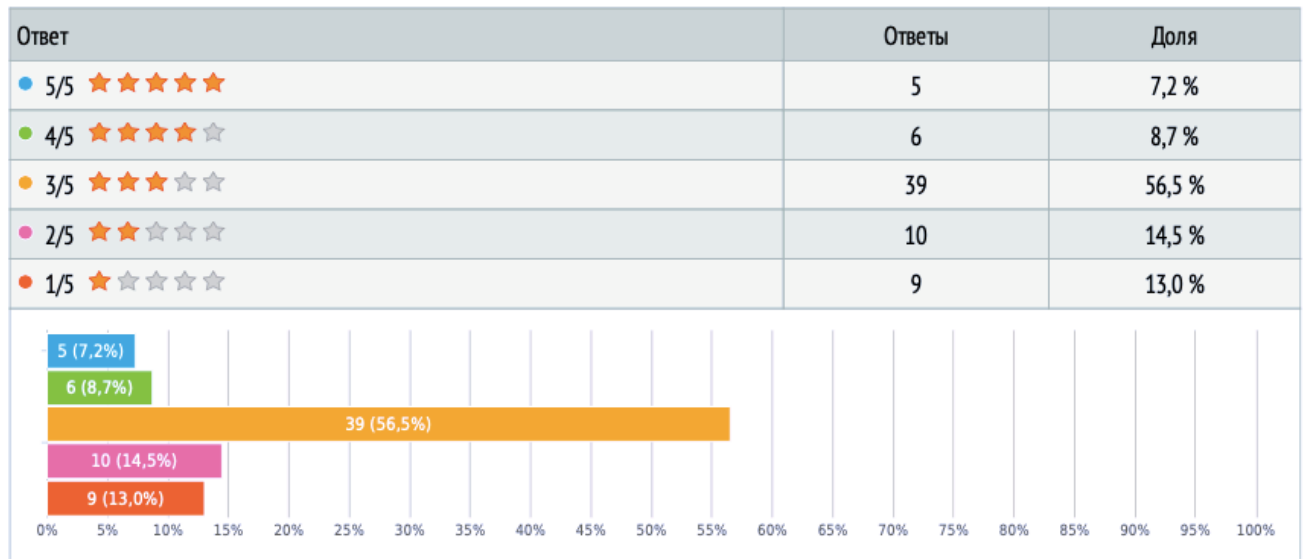
Количество звезд 3,8/5



## 20. Как Вы оцениваете уровень медицинской грамотности Ваших пациентов?

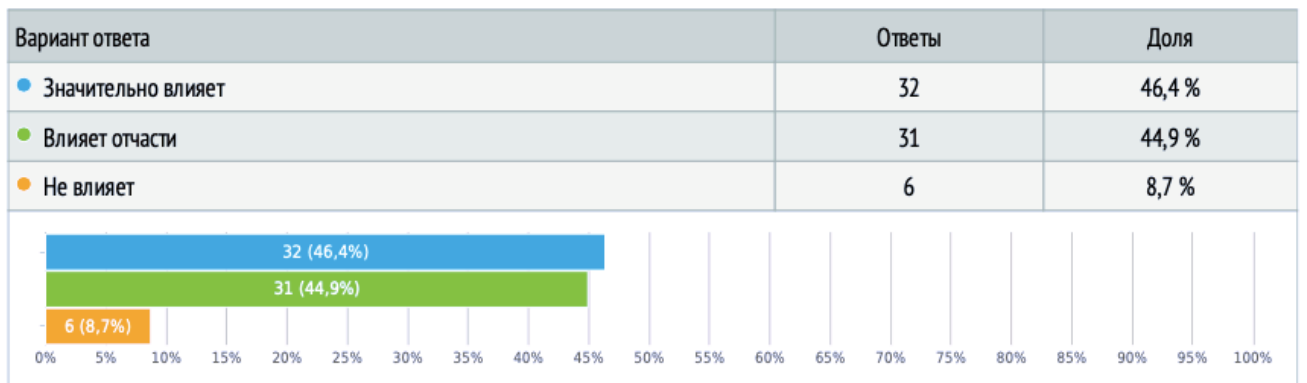
Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

Количество звезд 2,8/5



## 21. Оцените степень влияния Интернета на уровень медицинской грамотности Ваших пациентов.

Одиночный выбор, Отвечено 69х, не отвечено 0х

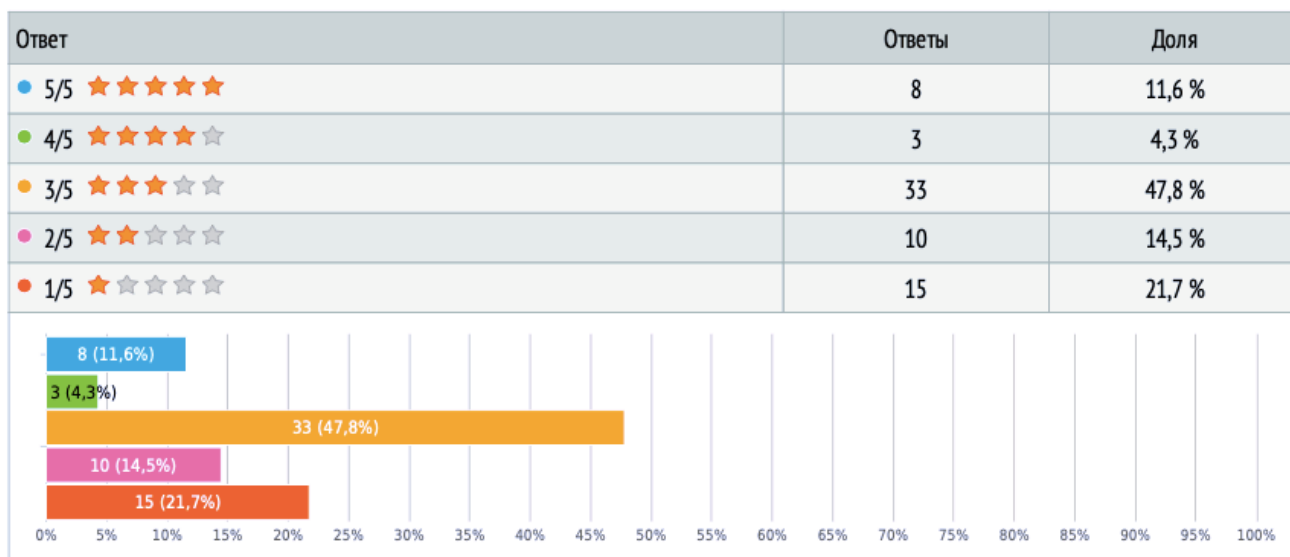




## 22. Текущий уровень медицинской грамотности Ваших пациентов помогает или мешает в вашей работе?

Звездный рейтинг, Отвечено 69х, не отвечено 0х

Количество звезд 2,7/5



## 23. Опишите, пожалуйста, основные особенности информированности Ваших пациентов в вопросах своего здоровья и здоровья своих близких.

Текстовый ответ, Отвечено 68х, не отвечено 1х

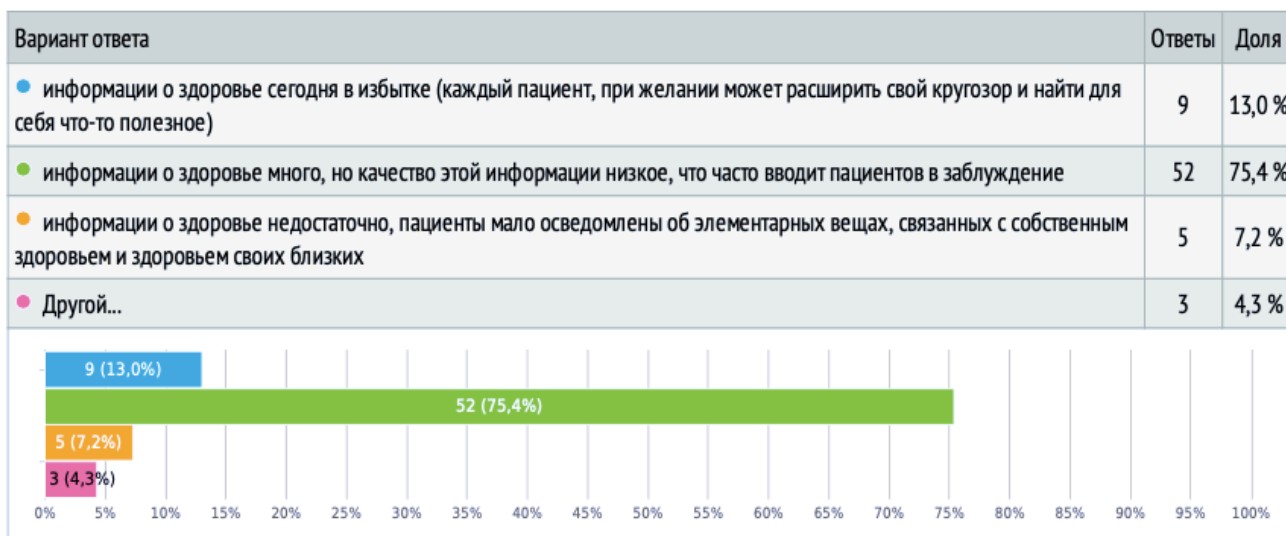
- Затрудняюсь
- Данные из интернета
- Гугл вам в помощь
- Пациенты путают термины и понятия. Полагая что более дорогое исследование им подходит лучше чем то, что назначил врач
- Поверхностное и не всегда верное
- Неправильно расставляют акценты на симптомах лечения и побочных явлениях
- В вопросах здоровья информированность поверхностная, мешает желание отредактировать назначения врача без понимания их смысла
- Никаких
- Низкая
- (2х) Средняя
- Из неспециализированных источников
- Вера в народные средства, отрицание пользы определенных групп препаратов, недооценка своего образа жизни, вредных привычек
- Вера в инстаграмологов

- Очень любят мнение соседа
- Вопросы к врачу и интернет.
- 0
- Информированность среднего уровня
- Нет заинтересованности в получении объективной информации. Большая часть информации из сети на уровне сплетен и домыслов. Информацию в сети ищут не для реального улучшения собственного здоровья, а для получения сиюминутных выгод.
- Без особенностей
- Не понимают, что высокое АД хуже постоянного приёма препаратов, считают статины злом
- Узкое мышление
- "А вот соседке помогло"
- Проблема не в Интернете, а в том, что разные врачи говорят диаметрально противоположные вещи и это крайне негативно влияет на пациентов.
- Знания поверхностные, обрывочные, не основанные на научных.
- Знаю не то и не там
- Я онколог. Любая семья, сталкивающаяся с онкологией, проводит поиск в интернете всего о заболевании и приходит с какими-то идеями не этот счёт. Так как я обучена на специальном курсе коммуникации, их информированность часто в плюс построения беседы и обсуждения вариантов
- Думают что понимают в медицине
- Интернет, истории болезни знакомых, друзей
- Неправильное применение информации.
- В основном пациенты сейчас достаточно много информированы в вопросах здоровья благодаря интернету.
- Странный вопрос
- В основном слышу звон, но не знаю где он
- Тревога
- информация из Интернета
- Поверхностный
- Высокий уровень информированности
- Безграмотные
- Часто используют интернет, советы соседей и рекомендации Малышевой. Это очень мешает в работе.
- Слышал звон, да не знает где он.
- Чаще слышали звон да не знают где он
- Не информированы
- Низкий
- В рамках законодательства
- Наверное это всё же поверхностные знания, направленные на снятие симптоматики заболеваний, а не на причину
- "каша"
- Читают инструкции к лекарственным препаратам
- Поверхностно
- Пациенты знают как избежать некоторых проблем со здоровьем, но не делают этого.
- (2х) Достаточная

- Полный сумбур
- На смотрелись Малышу, требования как в Москве
- Тупые они
- Неправильно трактуют
- Субъективно относятся к причине заболевания, концентрируя внимание на симптомы.
- 1) Ставят диагнозы по отдельным симптомам. 2) Требуют от врача проведение того или иного анализа или исследования, которое, по их мнению, необходимо для постановки диагноза
- Поверхностно обо всем
- Кардиологические и эндокринологические пациенты как правило "профессора своей болезни". Остальные слабее ориентированы.
- Используют знания из интернета
- Считают себя абсолютно грамотными
- Поверхностное.
- Недостаточная информированность
- Все вышесказанное
- Не придают значения к своему здоровью
- Чаще информированы хорошо
- Часто читают в интернете отзывы и возможные нежелательные реакции по назначенным препаратам и прекращают прием опасаясь осложнений
- Обязательно дарю свою

## 24. Как Вы оцениваете объем и качество информации о здоровье в Интернете/ТВ/Радио и проч.?

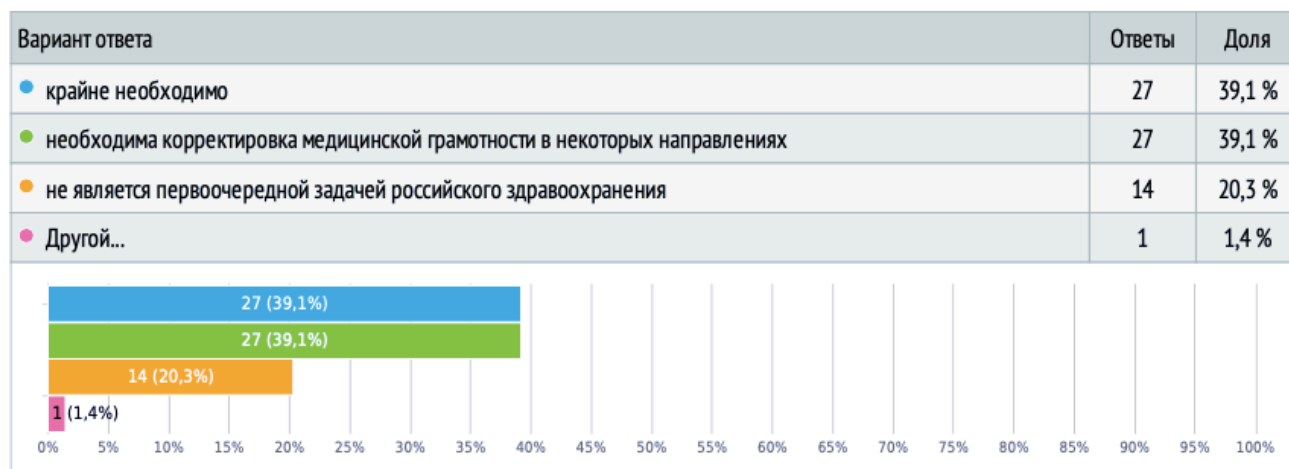
Одиночный выбор, Отвечено 69х, не отвечено 0х



- Больше общаются на форумах
- Пациент блуждает в информации примеряя к себе различные заболевания ра
- Можно объединить пункты 1 и 3: информации много, но она поверхностна и разрознена так, что пациенты не ориентируются в элементарных вещах

## 25. Необходимо ли повышать уровень медицинской грамотности российских пациентов?

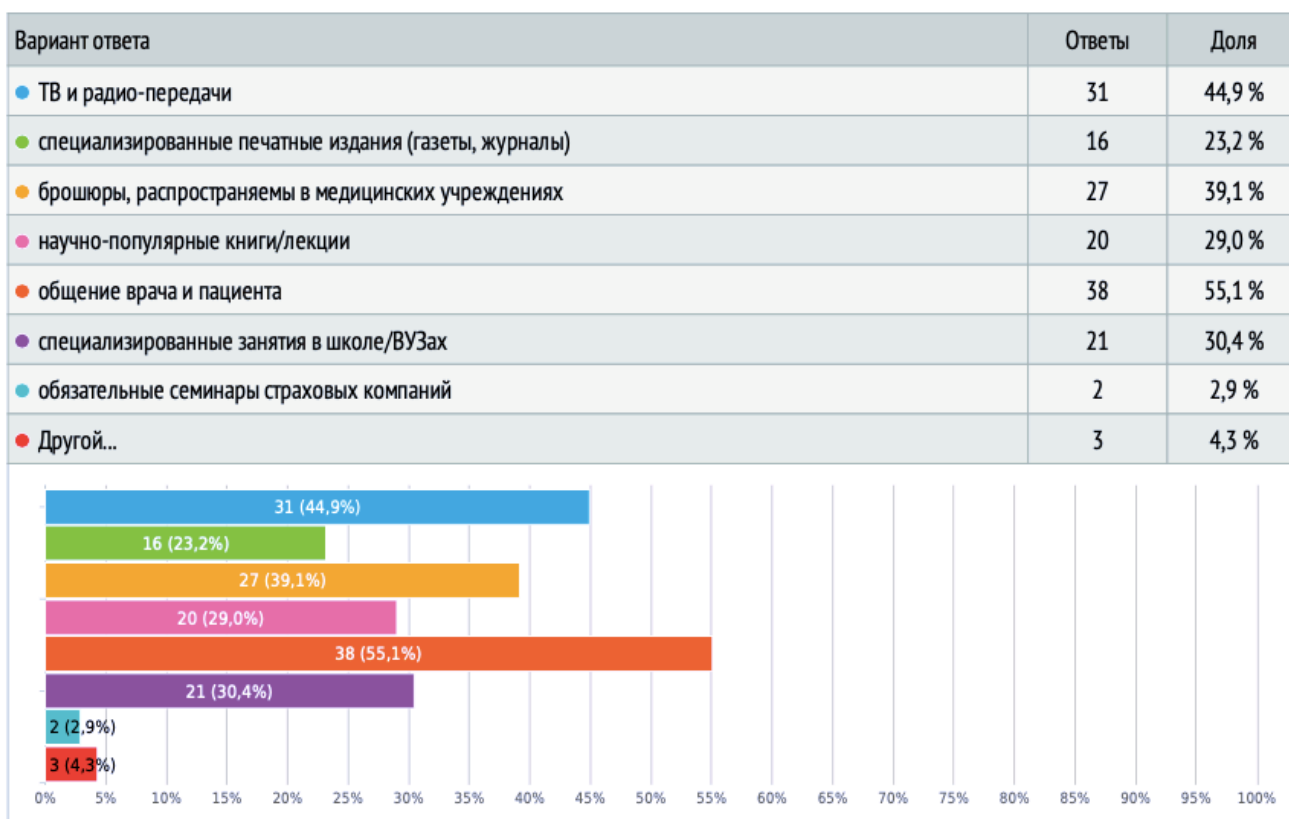
Одиночный выбор, Отвечено 69х, не отвечено 0х



- Необходимо повышать уровень медицинской грамотности не только пациентов, но и врачей.

## 26. Какими инструментами, по Вашему мнению, можно качественно влиять на уровень медицинской грамотности россиян?

Множественный выбор, Отвечено 69х, не отвечено 0х



- практикумы для пожилых в центрах социальной защиты, проводимые грамотными врачами по само- и взаимопомощи в экстренных ситуациях
- Любыми, которые будут стимулировать заинтересованность вести зож и профилактику заболеваний. Когда быть здоровым станет выгодно и престижно.
- А зачем?

## 27. От чего по Вашему мнению зависит медицинская грамотность пациентов?

Предпочтение по значимости, Отвечено 69х, не отвечено 0х



## 28. Что, по Вашему мнению, еще может оказывать влияние на уровень информированности пациентов? Оставьте, пожалуйста, комментарий.

Текстовый ответ, Отвечено 68х, не отвечено 1х

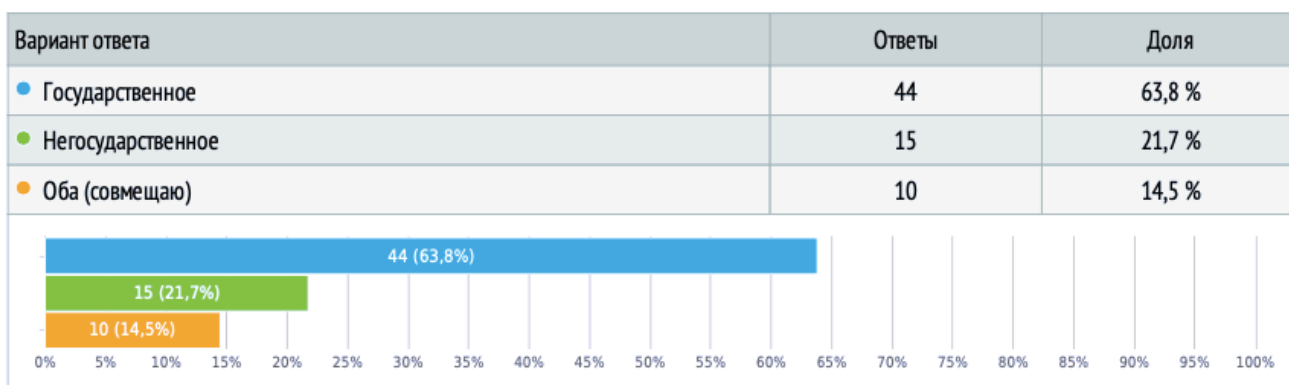
- Беседы с врачами
- --
- Не знаю
- Общественное мнение
- Общение с воачом
- Желание выздороветь
- "сарафанное радио"
- Ничего
- Базовое образование
- Личный опыт пациента
- Религиозная принадлежность

- Советы друзей
- Соцсети
- Различные форумы в соцсетях
- Окружение пациентов - родственники, друзья, знакомые.
- Л
- Информация распространяемая непосредственно по месту жительства пациентов- листовки, журналы
- Только личная заинтересованность. Информацию можно найти, нет желания искать
- (3x) Тв
- Работа участкового/семейного врача
- Опыт и знания
- Санпросвет работа
- Их интерес к предмету и внимание к собственному здоровью.
- Заинтересованность и уровень базового школьного образования.
- Борьба с религиозным мракобесием и мистицизмом
- Предыдущий вопрос не работает, так что здесь. Уровень образования и социально-экономический статус. Предыдущий опыт, хронический характер заболевания. Коммуникативные навыки врача
- (2x) Интеллект
- Самообразование
- Школы здоровья по нозологиям.
- Лекции для населения, общение пациентов с врачами
- Все основное указано
- Образованность
- все изложено
- Состояние здоровья
- Личный опыт болезни, наличие в семье больного хронической болезнью.
- Заинтересованность в своём здоровье самого пациента
- Особенности характера и мотивации. Желания быть здоровым.
- Желание самого пациента быть информированным.
- Личная заинтересованность пациента
- Общая грамотность
- Общение с докторами
- Мотивация на зож
- Любознательность, состояние здоровья своего и своих близких
- родственники и друзья - медработники
- Общение между пациентами
- Желание самого пациента
- Специальные курсы в образовательных учреждениях.
- Мотивация
- Государственные программы по профилактике заболеваний
- Периодические печатные издания ведущих врачей по своей профессиональной тематике, а не заказные лекции

- Грамотные телепрограммы
- Уровень образования
- Качественная, понятная литература.
- Общение с другими пациентами в коридорах мед учреждения (или вне его)
- Качество жизни
- Доступность и достоверность информации.
- Наличие родственников медиков
- Газета
- Собственное желание.
- Регулярные неформальные диспансеризации
- Медицинские работники
- Грамотность врача
- Информация с 1 класса в школе
- Жизненный опыт
- Образование

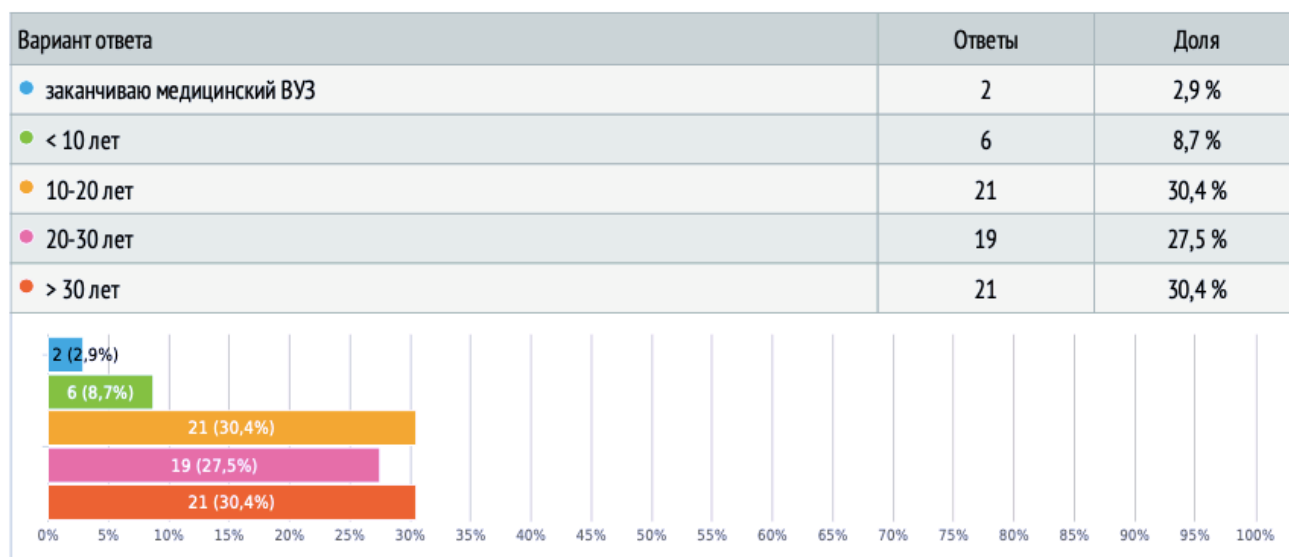
## 29. Вы работаете в государственном лечебном учреждении или негосударственном?

Одиночный выбор, Отвечено 69х, не отвечено 0х



## 30. Укажите, пожалуйста, стаж Вашей работы врачом.

Одиночный выбор, Отвечено 69х, не отвечено 0х



### 31. Укажите, пожалуйста, Вашу врачебную специальность.

Текстовый ответ, Отвечено 69х, не отвечено 0х

- Анестезиолог- реаниматолог
- Неврология
- Акушер- гинеколог
- (3х) Хирург
- Анестезиология-реаниматология
- Анестезиолог - реаниматолог
- терапевт, ревматолог
- (2х) Терапевт
- Хирургия, онкология
- (3х) Невролог
- (3х) Терапия
- (2х) Гинеколог
- (2х) Нефролог
- Детский гематолог, педиатр
- (2х) Врач КЛД
- Врач психиатр
- Медсестра
- (3х) Кардиолог
- (2х) Педиатр
- Фтизиатр
- диетолог
- (2х) Педиатрия
- Геронтопсихиатр
- Хирургическая Онкология
- (2х) Уролог
- Врач УЗИ
- Хирург, Онколог, врач общей практики.
- Врач клд
- Диагностика
- Дерматолог
- реаниматолог
- Функциональная диагностика
- Анестезиолог-реаниматолог
- Узи
- Неонатолог
- Лаборатория



- Воач клинической лабораторной диагностики
- нефрология
- Врач клинической лабораторной диагностики
- Психотерапевт
- Хирургия, эндоскопия, УЗИ, организация здравоохранения
- (2х) Эндоскопист
- Хирург эндоскопист
- (3х) Эндоскопия
- Врач-эндоскопист
- Медсестра анестезист
- Анестезиолог.
- Анестезиология
- (2х) Анестезиолог
- Онколог

## 32. Укажите, пожалуйста, город, в котором Вы работаете.

*Текстовый ответ, Отвечено 69х, не отвечено 0х*

- (32х) Москва
- (4х) Санкт-Петербург
- Краснодар
- СПб
- Казань
- Калуга
- Обнинск
- Ялта
- Омск
- Московская область
- Воронеж
- Ереван
- (2х) Барнаул
- Ульяновск
- Гомель
- Тюмень
- москва
- Сургут
- Комсомольск на Амуре
- (2х) Самара
- (9х) Новосибирск
- НСО
- Сибай
- Геленджик
- Тула

## Приложение: Анкета

### Health Literacy

Уважаемые врачи! Существует мнение, что сегодня на прием к врачу приходят все более и более осведомленные о своем здоровье и здоровье своих близких пациенты. Для оценки текущего уровня медицинской грамотности российских пациентов нам очень важно узнать Ваше мнение. Опрос займет не больше 10 минут.

**1. Пациент в ДОМАШНИХ условиях должен: уметь идентифицировать неопасные симптомы.**

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

**2. Пациент в ДОМАШНИХ условиях должен: отличать неопасные симптомы от опасных.**

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

**3. Пациент в ДОМАШНИХ условиях должен: уметь правильно измерять температуру, пульс и давление.**

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

**4. Пациент в ДОМАШНИХ условиях должен: уметь определять критическую ситуацию, когда необходимо вызывать скорую помощь.**

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

**5. Пациент в ДОМАШНИХ условиях должен: уметь самостоятельно справляться с распространенными заболеваниями( ОРВИ, отравление и т.д.).**

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

6. Пациент в ДОМАШНИХ условиях должен: знать и грамотно применять безрецептурные препараты (напр. жаропонижающие, анальгетики, антисептики).

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

7. Пациент в ДОМАШНИХ условиях должен: знать адрес поликлиники и ближайшего травмпункта.

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

8. Оставьте, пожалуйста, комментарий. Что еще, по Вашему мнению, должен знать и уметь пациент в домашних условиях в связи с собственным здоровьем и здоровьем своих близких?

---

9. Пациент для обращения в МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ должен: знать процедуру записи к врачу.

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

10. Пациент в МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ должен: знать свою историю болезни (аллергии, хронические и семейные заболевания).

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

11. Пациент в МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ должен: подробно описывать симптомы врачу.

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

12. Пациент в МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ должен: знать правила посещения лечебного учреждения (сменная обувь, халат, бахилы, гардероб).

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

13. Пациент в МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ должен: знать базовые правила лечебно-диагностических процедур (анализ крови натощак, сроки сдачи крови на гормоны и т.д.).

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

14. Пациент после посещения МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ должен: правильно соблюдать назначения врача.

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

15. Что еще должен знать/уметь/соблюдать пациент в медицинском учреждении/после посещения врача? Оставьте, пожалуйста, комментарий.

---

16. Отметьте насколько Вы согласны или не согласны со следующими утверждениями: сегодня на прием приходят подготовленные в медицинских вопросах пациенты, но качество их знаний оставляет желать лучшего, приходится переубеждать.

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

17. Пациенты год от года все лучше разбираются в вопросах, связанных с собственным здоровьем и здоровьем близких, что помогает в работе и экономит время.

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

18. Иногда пациенты не знают элементарных вещей, что очень мешает в работе и заставляет в процессе приема выяснять все ли понятно пациенту, а это занимает дополнительное время, которого нет.

Подсказка к вопросу: шкала от «полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

19. Для врача было бы удобнее, если пациенты меньше искали информацию о здоровье в Интернете. Все, что им нужно знать, врач сообщит на приеме.

Подсказка к вопросу: шкала от «1 – полностью не согласен (1)» до «абсолютно согласен (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

20. Как Вы оцениваете уровень медицинской грамотности Ваших пациентов?

Подсказка к вопросу: шкала от «1 – отсутствует», «3 – приемлемая», «5 – достаточная для человека без медицинского образования»

☆☆☆☆☆  / 5

21. Оцените степень влияния Интернета на уровень медицинской грамотности Ваших пациентов.

Подсказка к вопросу: Выберите один ответ

- Значительно влияет
- Влияет отчасти
- Не влияет

22. Текущий уровень медицинской грамотности Ваших пациентов помогает или мешает в вашей работе?

Подсказка к вопросу: шкала от «мешает (1)», «не влияет (3)» до «помогает (5)»

☆☆☆☆☆  / 5

23. Опишите, пожалуйста, основные особенности информированности Ваших пациентов в вопросах своего здоровья и здоровья своих близких.

---

24. Как Вы оцениваете объем и качество информации о здоровье в Интернете/ТВ/Радио и проч.?

Подсказка к вопросу: Выберите один ответ

- информации о здоровье сегодня в избытке (каждый пациент, при желании может расширить свой кругозор и найти для себя что-то полезное)
- информации о здоровье много, но качество этой информации низкое, что часто вводит пациентов в заблуждение
- информации о здоровье недостаточно, пациенты мало осведомлены об элементарных вещах, связанных с собственным здоровьем и здоровьем своих близких
- Другой...

## 25. Необходимо ли повышать уровень медицинской грамотности российских пациентов?

Подсказка к вопросу: *Выберите один ответ*

- крайне необходимо  
 необходима корректировка медицинской грамотности в некоторых направлениях  
 не является первоочередной задачей российского здравоохранения  
 Другой...

## 26. Какими инструментами, по Вашему мнению, можно качественно влиять на уровень медицинской грамотности россиян?

Подсказка к вопросу: *Выберите один или несколько ответов*

- ТВ и радио-передачи  
 специализированные печатные издания (газеты, журналы)  
 брошюры, распространяемые в медицинских учреждениях  
 научно-популярные книги/лекции  
 общение врача и пациента  
 специализированные занятия в школе/ВУЗах  
 обязательные семинары страховых компаний  
 Другой...

## 27. От чего по Вашему мнению зависит медицинская грамотность пациентов?

Подсказка к вопросу: *Расставьте в порядке убывания в соответствии с Вашими предпочтениями (1-ое - самое важное, последнее - наименее важное)*

- От возраста (чем старше, тем выше уровень медицинской грамотности)
- 
- От уровня образования (пациенты с высшим образованием более грамотны в вопросах собственного здоровья)
- 
- От места проживания (город, деревня)
- 
- От семейного положения (семейные люди больше вовлечены в вопросы здоровья себя и своей семьи)
- 
- От уровня благосостояния (чем выше доход, тем выше уровень медицинской грамотности)
- 
- От наличия предыдущего опыта обращения в медицинские учреждения для себя и близких (если опыт был, то осведомленность в медицинских вопросах/процедурах/правилах выше)
- 
- От навыков и опыта использования Интернета

## 28. Что, по Вашему мнению, еще может оказывать влияние на уровень информированности пациентов? Оставьте, пожалуйста, комментарий.

---



---

**29. Вы работаете в государственном лечебном учреждении или негосударственном?**

Подсказка к вопросу: *Выберите один ответ*

- Государственное
- Негосударственное
- Оба (совмещаю)

**30. Укажите, пожалуйста, стаж Вашей работы врачом.**

Подсказка к вопросу: *Выберите один ответ*

- заканчиваю медицинский ВУЗ
- < 10 лет
- 10-20 лет
- 20-30 лет
- > 30 лет

**31. Укажите, пожалуйста, Вашу врачебную специальность.**

---

**32. Укажите, пожалуйста, город, в котором Вы работаете.**

---