

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М.В. ЛОМОНОСОВА

На правах рукописи

Семина Татьяна Васильевна

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

Специальность 22.00.04 – Социальная структура,
социальные институты и процессы

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора социологических наук

Москва – 2019

Работа выполнена на кафедре современной социологии социологического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова

Научный консультант –

Осипова Надежда Геннадьевна

*доктор социологических наук, профессор,
декан социологического факультета
МГУ имени М.В. Ломоносова*

Официальные оппоненты –

Шарков Феликс Изосимович

*доктор социологических наук, профессор,
Заслуженный деятель науки РФ,
зав. кафедрой общественных связей и
медиаполитики, профессор кафедры
общественных связей и медиаполитики,
зам.декана факультета журналистики
Института государственной службы и
управления ФГБОУ ВО «Российская академия
народного хозяйства и государственной
службы при Президенте РФ»*

Козырев Геннадий Иванович

*доктор социологических наук, профессор,
ФГБОУ ВО «Российский химико-
технологический университет им.
Менделеева, профессор кафедры социологии*

Барков Сергей Александрович

*доктор социологических наук, профессор,
ФГБОУ ВО «Московский государственный
университет имени М.В. Ломоносова»,
заведующий кафедрой экономической
социологии и менеджмента»*

Защита диссертации состоится «7» ноября 2019 года в 11 часов на заседании диссертационного совета МГУ.22.01 Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова по адресу: 119234, г. Москва, ГСП-1, Ленинские горы, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, д. 1, стр. 33, 3-й учебный корпус, социологический факультет МГУ, аудитория № 226.

Е-mail: diss@socio.msu.ru. С диссертацией можно ознакомиться в отделе диссертаций научной библиотеки МГУ имени М.В. Ломоносова (Ломоносовский пр-т, д. 27) и на сайте ИАС «ИСТИНА»: <https://istina.msu.ru/dissertations/214511676/>

Автореферат разослан «__» сентября 2019 года.



Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат социологических наук, доцент

Е.Н. Соломатина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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

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

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

С одной стороны, внедрение рыночного регулирования в сферу охраны здоровья граждан вызвало острую конкуренцию между медицинскими учреждениями, вынудив их искать всевозможные способы увеличения источников дохода. Хотя это и привело к существенному расширению спектра медицинских услуг населению, бесплатные медицинские услуги, гарантированные государством, неправомерно подменялись платными медицинскими услугами, что в известной степени нивелировало возможность граждан выбирать между платной и бесплатной медициной. При этом россияне гораздо чаще стали низко оценивать качество медицинского обслуживания и доступность высококвалифицированной врачебной помощи, соблюдение медицинскими работниками норм этики и деонтологии. Особую тревогу у населения вызывает некомпетентность врачей, их фамильярность и равнодушие

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

к больному человеку. Seriously усугубляет обозначенную проблему массированное и деструктивное воздействие на граждан некоторых СМИ, которые инициируют откровенно скандальные передачи, где на суд зрителей выносятся именно неудачные случаи лечения пациентов, муссируется непрофессионализм врачей с позиций журналистов, не имеющих медицинских знаний.

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

«Либеральная глобализация обусловила сдвиг в структуре личности общественно значимых интересов и усилила роль и значение индивидуалистических установок, часто корыстного толка. Если говорить о личности врача, то абсолютизация в ней ценности индивидуализма приводит к отчуждению его от пациента, обрекает медика на особый интерес к деньгам, который, в свою очередь, приводит к деградации профессионального врачебного сообщества и здравоохранения в целом»². Если вести речь о личности пациента, то развитие гражданского общества и повышение юридической грамотности населения вызвали рост активности пациентов в сфере защиты своих прав. Результатом стало разрушение многовековой социальной солидарности медицины и общества, а социальные отношения в

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

системе «врач–пациент», традиционно основанные на доверии, приобрели выраженный конфликтный характер.

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

Состояние и степень научной разработанности темы исследования.

Проблемы, связанные со здоровьем населения, социальными институтами и организациями, его обеспечивающими, традиционно находятся в центре внимания исследователей различного профиля. В настоящее время научная литература располагает множеством интересных монографических работ на данную тему, авторы которых получили широкую известность. В их числе такие отечественные ученые, как Ю.П. Лисицин, А.В. Решетников, О.С. Белоусов, И.В. Богорад, А.П. Зильбер, А.А. Мохов, А.Л. Пиддэ, А.В. Петров, Ю.Д. Сергеев, В.И. Стародубов, И.В. Силуянова, М.Я. Яровинский, В.И.

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

Ясько⁴, а также зарубежные исследователи – А. Кэмбелл, Г. Джиллег, Г. Джонс, И. Харди, М. Бергнер, М. Ротман, А. Гротьян, Ф. Крейгель, Х. Лейман, Б. Перлман, Е. Хартман, Г. Розен, Д. Рослер и ряд других⁵.

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

К первому направлению макроуровня относятся труды ученых, посвященные анализу различных вопросов организации здравоохранения, оказания медицинской помощи населению, деятельности медицинских организаций⁶. Второе объединяет работы правоведов, которые рассматривают социально-правовые аспекты медицинской практики⁷. Третье представляют исследования обществоведов, обращающихся к этическим и нравственным

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

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

⁶ См.: Гадаборшев М.И., Левкевич М.М., Рудлицкая Н.В. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи. М.: ИНФРА-М., 2014; Малышев М.Л., Варламова С.Н. Обращение россиян за медицинской помощью // Вестник Института социологии. 2013. № 6; Смирнова М.А. Технологии формирования доверия пациентов государственным медицинским учреждениям // Научное обозрение. Серия 2. Гуманитарные науки. 2011. № 5.

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

нормам медицины и здравоохранения, а также широкой проблематике здоровья⁸. Четвертое образуют труды социологов – специалистов по общим и частным проблемам таких дисциплинарных отраслей социологии, как медицинская социология и социология здоровья⁹.

Труды микроуровня посвящены: анализу различных личностных аспектов профессиональной деятельности врача¹⁰; феноменам, связанным с деформацией структурных компонентов личности врача¹¹; субъективным факторам, ведущим к врачебным ошибкам и различным злоупотреблениям¹². К этому уровню следует отнести и работы, связанные с исследованиями различных поведенческих аспектов медицинского сообщества¹³.

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

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

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

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

¹² См.: Габай П.Г. К вопросу о детерминации неосторожных преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Российский следователь. 2014. № 2; Мохов А.А., Мохова И.Н. Еще раз к вопросу о врачебной ошибке как медицинском и социально-правовом феномене // Юрист. 2004. № 2; Мурзанов М.М., Хасанов А.Г., Халиков А.А. Хирургические ошибки. Уфа, 2009; Мыльникова И.С. Существуют ли врачебные ошибки? // Главный врач. 2012. № 1; Сергеев Ю.Д., Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М., 2007; Сучков А.В. Анализ дефиниций понятия «врачебная ошибка» с целью формулирования определения «профессиональные преступления медицинских работников» // Медицинское право. 2010. № 5; Тимофеев И.В., Леонтьев О.В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты. СПб.: ДНК, 2002.

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

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

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

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

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

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

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

В-четвертых, несмотря на то, что в отечественной и зарубежной литературе существуют различные теоретико-методологические подходы к анализу социальных конфликтов и той роли, которую они играют в жизни общества, а многие ученые ищут пути решения и управления ими, трудов именно по проблемам социального конфликта «врач–пациент», его генезиса и профилактики еще явно недостаточно.

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

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

Цель диссертационного исследования – путем проведения комплексного социологического анализа солидарных и конфликтных социальных отношений в социальной системе «врач–пациент» современного российского общества определить ключевые факторы и тенденции их развития, а также разработать целостную концепцию социального управления

социальным конфликтом «врач–пациент», включающую систему мероприятий, способствующих его институционализации. Цель диссертационного исследования конкретизировалась в следующих **задачах**:

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

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

Теоретико-методологические основы диссертационного исследования. Теоретической базой диссертации послужили классические труды социологов¹⁵, а также исследования ведущих современных ученых – обществоведов и медиков по всем аспектам данной работы, положения и выводы, содержащиеся в них¹⁶. Автор опирался на конструктивные

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

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

предложения в рамках научных дискуссий, развернувшихся в СМИ и посвященных сфере здравоохранения.

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

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

В диссертации применялись общенаучные методы познания сложных социальных явлений и процессов – сравнительно-исторический и генетический, дедукции и индукции, классификаций, группировок и сравнения, позволяющие понять генезис и суть социальных отношений в сфере здравоохранения, определить их место в сложной цепи модернизации российского общества. Широко использовалась комбинация количественных и качественных методов социологического исследования.

Эмпирическая база диссертационного исследования. Эмпирическую базу диссертационного исследования составили данные, полученные в результате:

– социологического мониторинга под руководством автора в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева». В мониторинге, который проводился с 2013 по 2017 г., приняли участие 1793 медицинских работника, в том числе 298 врачей-специалистов, 425 врачей-ученых, 185 врачей-ординаторов, 113 врачей-аспирантов, 772

медицинских работника среднего звена, а также 9220 пациентов, в том числе 3150 пациентов стационарного лечения, 5150 пациентов поликлинических услуг, 920 опекунов несовершеннолетних пациентов;

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

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

В диссертационной работе использованы данные, полученные в эмпирических исследованиях Е.В. Дмитриевой, А.В. Кузнецова, М.Е. Волчанского, Г.Ф. Ромашкиной, А.В. Решетникова, И.В. Силуяновой и других ученых, а также материалы официальной статистики.

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

Научная новизна диссертационного исследования. Исходя из актуальных задач социологической науки, социальной и медицинской практики, в диссертационном исследовании разработаны теоретико-методологические основы комплексного социологического анализа социальных

отношений в системе «врач–пациент» современного российского общества, выделены и раскрыты объективные и субъективные факторы, приведшие к трансформации традиционно солидарной модели социальных отношений в системе «врач–пациент» в конфликтную модель. Кроме того, в настоящей работе:

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

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

- доказано несовершенство неолиберального подхода к реформе здравоохранения и обоснована необходимость его пересмотра на качественно новом уровне;

- конкретизирован и четко социологически операционализирован понятийный аппарат, связанный с дефектами медицинской помощи населению;

- всесторонне исследованы и дифференцированы процессы эмоционального выгорания и профессиональных деформаций личности врача в современном социуме, показано их влияние на социальное здоровье российского общества;

- научно обоснован и раскрыт феномен незаинтересованности современных медицинских работников в физическом и психическом здоровье пациентов;

- предложен комплекс мер и методики, способствующие повышению дисциплинарной ответственности врача за нарушения норм этики и деонтологии;

- доказаны позитивные результаты профилактики и медиации как основных методов регулирования социального конфликта в системе «врач–пациент»;

– разработаны методология и процедуры нормализации социальных отношений в сфере здравоохранения, а также представлены макеты нормативных документов, способствующих социально-правовому управлению конфликтом в социальной системе «врач–пациент».

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Рост интереса современных медиков и социологов к социально-медицинской проблематике обусловлен рядом моментов, которые во многом повлияли на активное развитие социологии медицины. В то же время сегодня социология медицины, как и многие другие научные гибриды, сталкивается с целым рядом теоретико-методологических трудностей. Важнейшей из них представляется многогранность и известная размытость предметного поля, которая предопределяет множественность названий этой достаточно конкретной сферы научных исследований. Так, в современной социологии существует несколько обозначений по сути единой предметной области, занимающейся анализом социальных аспектов взаимоотношений здравоохранения, медицины и общества, состояния здоровья различных социальных групп населения: «социология медицины», «социология медицины и здравоохранения», «медицинская социология», «социология в медицине», «социология здоровья».

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

необходимые ориентиры при проведении социологических исследований, анализе основных объектов и их системных взаимосвязей.

3. Основу структуры института здравоохранения составляют лечебные учреждения, в которых реализуется основная функция медицины и здравоохранения – охрана здоровья граждан. В системе здравоохранения существует ряд функциональных систем, которые считаются вторичными по отношению к его организационно-учрежденческой «лечебной» структуре. Все эти подсистемы института здравоохранения носят организованный характер и связаны между собой сложной сетью социальных связей и отношений. Данные отношения основаны на солидарности, но они также могут носить ярко выраженный конфликтный характер. Совокупность подобных социальных отношений охватывает все медицинское сообщество, однако главным структурным компонентом социально-медицинского сообщества являются медицинские работники (врачи) и пациенты. Таким образом, ключевым фактором для социологического анализа системы здравоохранения выступает взаимодействие в сфере охраны здоровья, имеющее место в подсистеме «врач–пациент». Именно эта подсистема очень важна для социологического анализа трансформации моделей конкретных социальных отношений в ней в условиях современных социальных реалий.

4. Поспешные реформы в сфере здравоохранения привели к социально-негативным результатам, главным из которых стала трансформация традиционной солидарной модели социальных отношений в системе «врач–пациент» в конфликтную модель, что повлекло за собой снижение доверия населения к врачам, отказ больных людей от своевременной медицинской помощи в пользу самолечения, общее снижение уровня здоровья российской нации. Данная тенденция обусловлена как объективными, так и субъективными факторами. К объективным относятся либерализация социальных институтов медицины и здравоохранения, их дисфункции, которые привели к девальвации социального статуса и профессиональной деятельности врача. Особую деструктивную роль в трансформации солидарных социальных отношений в

сторону конфликтности, в инициации социального конфликта в социальной системе «врач–пациент» играют СМИ. Субъективные факторы связаны с профессиональными особенностями личности врача, отклонениями профессионального здоровья современного врача от идеального типа, которые проявляются в синдроме эмоционального выгорания и профессиональных деформациях личности врача, феномене незаинтересованности врачей в лечении и выздоровлении пациентов.

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

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

Для этого должны быть переопределены принципы и цели социального управления здравоохранением на государственном уровне, преобразованы

структура и содержание формальных и неформальных связей в медицинском коллективе. В конечном счете вся идеология медицинского учреждения должна быть направлена на пересмотр существующей системы оказания медицинской помощи населению, что влечет за собой серьезную переработку стратегии и тактики врачебной практики, ряда ее ключевых моральных и юридических норм. Особую роль в данном процессе призван играть постоянный социологический мониторинг с целью анализа эволюции мотивации профессионального труда в здравоохранении, поскольку механизмы общественного стимулирования труда врача должны быть направлены на преодоление порога его безразличия по отношению к пациенту.

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁹ Семина Т.В. Социология конфликта медицины и общества / Сб. материалов X Международной научной конференции «Сорокинские чтения» «Здоровье российского общества в XXI веке: социологические, психологические и медицинские аспекты». Москва, 17–18 февраля 2016 г. М.: Изд-во МГУ, 2016. С. 179–181; Семина Т.В. Современные тенденции междисциплинарного образования в сфере здравоохранения. / Сб. материалов XI Международной научной конференции «Сорокинские чтения» «Университет в глобальном мире: новый статус и миссия». Москва, 21–22 февраля 2017 г. М.: МАКС Пресс, 2017. С. 502–503; Семина Т.В. Социальная несправедливость в сфере

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

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

Положения и выводы диссертационного исследования внедрены в научно-проектную деятельность по теме «Современные тенденции развития социологии медицины (2013–2014 гг.)» Научно-внедренческого центра Международного исследовательского института, а также нашли практическое применение в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева». Они также использовались в практической работе автора в качестве члена «Общероссийского народного фронта» (ОНФ).

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

здравоохранения // Сб. материалов XII Международной научной конференции «Сорокинские чтения» «Социальная несправедливость в социологическом измерении: вызовы современного мира». 19–20 февраля 2018 г. М.: МАКС Пресс, 2018. С. 105–107.

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

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

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

научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

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

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность темы диссертационного исследования и степень ее научной разработанности, определены объект, предмет, цель и задачи исследования, охарактеризованы теоретико-методологические основы и подтверждена достоверность результатов исследования, сформулированы элементы научной новизны и положения, выносимые на защиту, определены научная значимость и практическая ценность исследования, указаны апробация полученных результатов, структура и объем диссертационной работы.

Первая глава «Социальные системы современных институтов медицины и здравоохранения» содержит социологический анализ медицины и здравоохранения, социальных систем, которые функционируют в данных областях жизни общества, а также сравнительный анализ моделей социальных отношений в социальной системе «врач–пациент» и векторы их трансформации. В **первом параграфе** данной главы **«Медицина, здравоохранение и общество: фокусы исследовательских подходов»** в историко-социологической ретроспективе проанализированы социально-исторические тенденции и представлены основные теоретико-методологические подходы к взаимоотношениям медицины и общества, проблемам охраны общественного здоровья.

Общественное здоровье – это интегрированное выражение динамики индивидуальных уровней здоровья всех членов общества. Оно традиционно связано с важнейшими системными элементами социальной сферы общества – медициной и здравоохранением. Категории «медицина» и «здравоохранение» близки по смыслу, но здравоохранение вбирает в себя медицину, а сама медицина – не просто подсистема здравоохранения, а основополагающий инструмент сохранения и укрепления индивидуального и общественного здоровья.

Изучение индивидуального здоровья началось почти две тысячи лет назад, а возникновение концепций общественного здоровья относят к Новому

времени. Проблемы здоровья населения стали фокусом широкого круга социальных обследований в странах Западной Европы в конце XVIII – начале XIX столетия и нашли отражение в специализированных научных трудах (Дж. Граунта, Б. Рамаццини, П. Гаскелла, С. Нейманна, Р. Вирхова и др.). Хотя с конца 30-х годов XIX столетия отмечался своеобразный бум медико-социальных обследований, их преимущественной целью оставался только сбор фактов. Одним из немногих исключений стала книга Ф. Энгельса «Положение рабочего класса в Англии», основные выводы которой в отношении условий труда и быта рабочих, непосредственно влияющих на их индивидуальное и социальное здоровье, проанализированы в параграфе.

Тесная связь медицины, здравоохранения и социологии была вынесена на научную повестку дня лишь в конце XIX – начале XX века. Так, известным в среде специалистов является факт, что в 1894 году Ч. МакИнтайр обосновал необходимость создания особой отрасли – медицинской социологии – и достаточно полно определил ее предметную область. Вслед за ним такие авторы как Э. Блэкуэлл, Дж. Уорбейс и ряд других акцентировали внимание врачебного сообщества на социальных аспектах медицинской деятельности, указывали на необходимость их исследования с целью улучшения общественного здоровья.

В России изучение общественного здоровья по показателям заболеваемости и смертности в отдельных группах населения началось с конца XIX века, когда развернулись систематические исследования причин смертности и факторов отдельных заболеваний в рамках коммунальной гигиены, географической медицины и медицинской демографии. Однако на протяжении длительного периода социальные аспекты медицины и здравоохранения были растворены в социальной статистике, социальной гигиене и эпидемиологии, а затем в социальной работе. Основы социологического анализа медицины заложили видные отечественные врачи – организаторы советского здравоохранения: Н.А. Семашко, С.И. Мицкевич, А.И. Винокуров, Э.П. Соловьев и др.

На первых этапах инициаторами проведения социологических исследований в области общественного здоровья являлись именно врачи. В систему собственно социологического знания проблемы медицины и здравоохранения были включены в 1950-е годы, когда назрела необходимость теоретико-социологического осмысления роли и места медицины в обществе, социализации системы здравоохранения, изучения ролевого поведения врачей и пациентов в конкретных социально-экономических условиях. В этот же период имел место интенсивный процесс оформления отраслей социологического знания, одной из которых стала социология медицины.

На процесс развития социологии медицины повлиял целый ряд фундаментальных социологических работ (Л. Хендерсона, Т. Парсонса, Р. Мертон, Э. Холингшеда и Ф. Редлиха, Э. Гоффмана и др.), после выхода которых социология медицины стала полноправной отраслью научного знания.

В 60–70-е гг. XX века социологический подход к изучению медико-социальных вопросов активно разрабатывался такими отечественными исследователями, как Ю.П. Лисицын, Г.И. Царегородцев, Е.М. Изуткин, И.В. Давыдовский, В.П. Петленко, Г.Х. Шингаров и др. Однако процесс институционализации социологии медицины в нашей стране относится к более позднему периоду – к 90-м годам XX века.

Социология медицины обладает широким спектром эвристических, диагностических и прогностических возможностей. В то же время сегодня социология медицины, как и многие другие междисциплинарные направления, сталкивается с рядом теоретико-методологических трудностей. Первой является очевидная многогранность и размытость предметного поля, множественность названий этой достаточно конкретной сферы научных исследований – «социология медицины», «социология медицины и здравоохранения», «медицинская социология», «социология в медицине». В параграфе проводится дифференциация этих понятий, на самом деле обозначающих определенные научно-исследовательские подходы социологов к

анализу медицины и здравоохранения, но претендующих на дисциплинарную автономию.

Вторая трудность связана с тем, что кризис дивергенции отраслевой матрицы социологии не мог не затронуть исследователей, работающих в области медицины и здравоохранения. Так, активно идет процесс дробления этого научного направления, в ходе которого дисциплинарно обособляются его подотрасли (социология конфликта в медицине, социология пациента и т. д.), не получившие четко очерченного предмета. Третья проблема касается категорий, необходимых для подобных междисциплинарных научных исследований, которые еще не имеют однозначной интерпретации. В их числе «ятрогения», «медицинская власть», «врачебный риск», «врачебная ошибка», «ненадлежащая врачебная практика», «эмоциональное выгорание врача», «профессиональная деформация личности врача», «девиантное поведение врача» и др.

В известной степени нивелировать эти теоретико-методологические трудности может интегративный подход, обозначенный автором как «социологический анализ медицины и здравоохранения», который представляется одновременно научно обоснованным и перспективным. В его основе лежит интерпретация медицины и здравоохранения как социальных систем и социальных институтов, рассматриваемых в широком социальном контексте. При этом всю совокупность социальных отношений в рамках медицины и здравоохранения целесообразно анализировать с позиций ключевых направлений и школ, сложившихся в рамках академической социологии, особое место среди обозначенных направлений занимает структурно-функциональный подход. С точки зрения данного подхода современные институты медицины и здравоохранения представляют собой особые социальные системы, наделенные конкретными функциями.

Во **втором параграфе** первой главы **«Диверсификация социальных систем и социальных отношений в сфере здравоохранения»** на основе базовых положений структурно-функционального подхода проанализирована

система института здравоохранения, выделены ее подсистемы и показаны их функции, а также обозначены субъекты сложившихся в ней социальных отношений.

Согласно логике структурно-функционального подхода, заложенной Т. Парсонсом, в центре социологического анализа социальной реальности должны быть «социальные институты как обособленные социальные системы», а также их структурные элементы. Здравоохранение, если следовать признакам социального института, выделенным Б. Малиновским, представляет собой «конкретную институционализированную системно-структурную целостность», социальной функцией которой служит охрана здоровья граждан. В качестве системы здравоохранение охватывает группы разнородных элементов, их количественные и качественные характеристики могут быть измерены эмпирически, и в совокупности они образуют структуру. Эта структура аналитически разделяется на целый ряд формальных и неформальных подструктур (управленческую, организационную, ценностно-нормативную, поведенческую, ресурсную), функции которых детально рассматриваются в параграфе.

Относительно самостоятельную структуру в рамках системы здравоохранения образуют медицинские учреждения. Они, в свою очередь, структурируются по форме собственности, территориально-административной подчиненности, ведомственной принадлежности, месту расположения, специализации и прочим основаниям. Если рассматривать медицинские учреждения по вертикальной иерархии, то их можно разделить по уровню оказания лечебно-профилактической помощи. В систему здравоохранения входят также общественные объединения, участвующие в ее развитии, а также система обеспечения профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощью, система социально-культурного развития и рекреации.

Все подсистемы института здравоохранения носят организованный характер и связаны между собой сложной сетью социальных связей и

отношений. Посредством выстраивания специфических солидарно-конфликтных отношений, основанных на общепринятых социальных нормах и ценностях, в системе здравоохранения формируются различные социальные общности. Через них в институты медицины и здравоохранения включаются отдельные индивиды, профессиональные группы и социально-медицинские сообщества, которые также дифференцируются по ряду взаимосвязанных оснований, рассмотренных в параграфе.

Главным структурным компонентом социально-медицинского сообщества являются медицинские работники и пациенты, а ключевым для социологического анализа системы здравоохранения выступает взаимодействие в сфере охраны здоровья, имеющее место в подсистеме «врач–пациент». При этом и врачи, и пациенты наделены институционализированными социальными ролями и соответствующими им социальными статусами в системе здравоохранения, которые анализировали Т. Парсонс, М. Фуко, Э. Фрейдсон и другие ученые, лежащими в основе различных моделей социальных отношений в рассматриваемой системе.

В третьем параграфе первой главы **«Модели социальных отношений в системе «врач–пациент» и векторы их трансформации»** проведен сравнительный анализ наиболее распространенных моделей социальных отношений в системе «врач–пациент», раскрыто их содержание, показано распределение властных полномочий участвующих сторон, определены их потенциальные возможности в сохранении здоровья каждого члена общества и населения в целом.

Врач и пациент могут находиться в самых различных формах социального взаимодействия в сфере здравоохранения, которые предопределены не только их традиционными социальными ролями, но и многими другими факторами. Тем не менее и в истории медицины, и в современной медицинской практике обозначен целый ряд моделей, в соответствии с которыми формируются эти отношения.

Классической моделью отношений между врачом и пациентом считается патернализм. В рамках данной модели, основой врачевания является высокая профессиональная квалификация и личная ответственность лечащего врача, который фактически управляет здоровьем пациента. При этом врач проявляет к пациенту внимание, терпимость, сострадание, деликатность и многие другие положительные качества, служащие базой данной модели. Однако в связи с тем, что больной является пассивным объектом врачебных манипуляций и не принимает решений относительно лечения, модель патернализма позволяет оправдывать принуждение пациентов, сокрытие от них информации.

В противовес патерналистской модели была выстроена так называемая коллегиальная (партнерская, или равноправная) модель. Суть ее состоит в том, что взаимоотношения врача и пациента диалектически связаны системой субъектно-объектных отношений сотрудничества во имя достижения общей цели, обусловленной болезненным состоянием человека. В данной модели превалирует принцип равноправия врача и пациента, а также реализуется право последнего на свободу выбора. С одной стороны, такая модель хорошо вписывается в общепринятые представления о справедливых и равноправных человеческих отношениях. С другой стороны, ограниченные возможности ее реализации в практической медицине служат предметом постоянных споров в профессиональном медицинском сообществе.

Близкой к коллегиальной модели, но не идентичной ей является информационная модель, в соответствии с которой от врача требуется предоставление больному всей существенной информации, касающейся его заболевания. Основопологающим моментом в рамках данной модели является наличие информированного согласия пациента, опыт применения которого в западных странах был заимствован отечественным здравоохранением. Однако, как показал анализ, проведенный в параграфе, информационная модель существенным образом влияет на переход традиционно солидарных социальных отношений в системе «врач–пациент» в конфликтные.

Основой контрактной модели является гражданско-правовой договор на оказание медицинских услуг, направленный на формирование гражданско-правовых отношений между исполнителем и потребителем. Однако практическое применение в России этой, одной из самых распространенных в настоящее время моделей, имеет существенные отличия от общемировой практики. Анализ этих отличий, проведенный в параграфе, позволил прийти к выводу о том, что контрактная модель, основанная на унифицированных стандартах, по сути представляет собой отступление от ориентированных на пациента отношений в сфере здравоохранения и содержит риски развития социального конфликта при оказании медицинской услуги.

В последнее время получает распространение биомедицинская модель, которая имеет несколько основополагающих аспектов. Биомедицина, делает акцент на заболевании тела, которое «на лечении заболевания тела «можно исследовать и подвергать воздействию, отвлекаясь от всех личностных особенностей пациента»²³. В общие рамки биомедицинской модели достаточно хорошо вписывается так называемая техническая модель, главным принципом социальных отношений в которой является технократический подход врача к пациенту. Объектом критики этой, как и биологизаторской, модели служит то, что в ней доминирует власть врача-специалиста, основанная на его возможности по-своему интерпретировать результаты обследований.

Сегодня необходимы новые подходы к анализу и конструированию моделей социальных отношений в системе «врач–пациент», которые не просто отражали бы ключевые тенденции в современном здравоохранении, но и отвечали бы актуальным потребностям всех членов общества. При этом необходимо учитывать тот важный факт, что социальное взаимодействие врача и пациента – сложное социальное и социально-психологическое явление, поэтому единой общепринятой классификации моделей взаимоотношений врача и пациента не существует, а сами обозначенные модели носят

²³ Гидденс Э., Саттон Ф. Основные понятия социологии / Пер. с англ. Е. Рождественской, С. Гавриленко. М.: Изд. Дом Высшей школы экономики, 2018. С. 242–243.

аналитический характер. В каждом конкретном случае взаимоотношения врача и пациента складываются индивидуально, в зависимости от ценностных ориентиров личностей пациента и врача, а также особенностей заболеваний отдельного пациента.

В параграфе обоснован вывод о том, что социально оправданной представляется коллегиальная модель, ориентированная в целом на улучшение взаимоотношений в сфере медицины, поскольку результирующими условиями построения субъектной коммуникации в ее рамках являются доверие, сотрудничество и ответственность всех субъектов. Однако нельзя не учитывать, что процессы глобализации и развития цифровых технологий заставляют трансформироваться медицину, меняют ценностные ориентиры, социальные роли и статусы людей, так или иначе связанных с ней. В конечном счете имеет место трансформация солидарных моделей социальных отношений в системе «врач–пациент» в модель, основанную на конфликтном противостоянии взаимодействующих сторон.

Во второй главе **«Генезис конфликтных отношений в социальной системе “врач–пациент”»** на базе интеграции ключевых положений о социальной солидарности и конфликтах, разработанных в классической и современной социологии, показаны особенности конфликтных противостояний в социальной системе «врач–пациент», а также обоснована деструктивная роль СМИ в их генезисе. В первом параграфе второй главы **«Теоретико-методологические основы социологического анализа солидарных и конфликтных социальных отношений»** выделены ключевые положения ведущих представителей классической и современной социологии о сущности солидарных и конфликтных социальных отношений, а также тех факторах, которые определяют состояние сплоченности или конфликтного противостояния на разных уровнях существования социума.

Социальные конфликты являлись одним из элементов широкомасштабных общесоциологических теорий, созданных основоположниками западной социологии. Эта точка зрения представляется

справедливой и для дореволюционной России, в которой проблемы борьбы и социальных конфликтов рассматривались в рамках органицистского и натуралистического направлений в социологии, субъективной школы и марксизма. Особый интерес представляет диалектика социальной солидарности и конфликта («борьбы») как форм взаимодействия индивидов, отраженная в произведении П. Сорокина «Преступление и кара, подвиг и награда».

Несмотря на то что в середине XX века западная социальная мысль под влиянием структурного функционализма Т. Парсонса имела явную реформаторскую направленность, в западной социологии получили развитие теории социального конфликта, авторы которых (Л. Козер, Р. Дарендорф, Л. Крисберг и др.) акцентировали внимание на конфликте как важнейшем структурном элементе социальной жизни, подвергая его всестороннему анализу. Современные дискуссии среди западных социологов ведутся в отношении определения понятия, структуры и функций социальных конфликтов, а также путей их урегулирования. Однако если говорить о дефинициях конфликтов, то до сих пор ни одно из рассмотренных в параграфе определений (Дж. Пена, С. Сендола, Дж. Лейна, А. Шермана и др.) не получило всеобщего признания.

В отечественном обществоведении советского периода социальный конфликт на уровне теории практически не рассматривался. В 60–70-е годы XX века советские ученые перешли от ориентированных на марксизм работ о причинах и характере социальных противоречий к исследованию механизмов конфликтного взаимодействия, а также анализу конфликтов в трудовых коллективах. Со второй половины 80-х годов возникла объективная необходимость всестороннего исследования феномена социального конфликта и его причин, порождающих социальную напряженность. Мнения отечественных исследователей в отношении определения социального конфликта расходятся, хотя распространенной в социологии является трактовка социального конфликта А.Г. Здравомысловым.

В параграфе обоснована дифференциация современных направлений в исследовании конфликтной проблематики и обозначены их представители. При этом отмечается, что проблемное поле теоретического интереса российских ученых сместилось в сторону детального анализа отдельных типов конфликтов. В первую очередь это конфликты, возникающие в отдельных сферах социальной жизни (трудовой, политической и т.п.), в конкретных областях социальных отношений (напр., межэтнических). Однако социальный конфликт в рамках особой системы социального взаимодействия «врач–пациент» остается малоизученным.

Во втором параграфе второй главы **«Природа, структура и динамика конфликтных противостояний в социальной системе “врач–пациент”»** операционализированы ключевые понятия процесса конфликтного взаимодействия в обозначенной социальной системе, обоснована их сущность, выделены рациональное зерно и элементы, показана динамика.

При анализе природы и сущности конфликта в социальной системе «врач–пациент» целесообразно опираться на общие положения о социальных конфликтах, разработанные в классической и современной социологии. Так, социальные конфликты между врачами и пациентами всегда предполагают взаимодействие. Однако это взаимодействие особого рода, поскольку в данном случае изначально социальные отношения возникают по поводу здоровья пациента, которое обладает чрезвычайно высокой как индивидуальной, так и социальной ценностью. Реалистические конфликты в данной системе возникают, когда запросы больных не удовлетворяются, а их надежды на выздоровление терпят крах. Но при этом они далеко не всегда направлены на конкретный фрустрирующий объект в лице врача, а могут быть гораздо шире, когда пациент отстаивает свое право на здоровье в рамках более общих социальных прав и пытается добиться абстрактной социальной справедливости. Нереалистические конфликты в социальной системе «врач–пациент», хотя и вызываются целым рядом объективных факторов, больше связаны с субъективными обстоятельствами. Социальные конфликты между врачами и

пациентами чреваты серьезными социальными последствиями и могут играть дестабилизирующую роль, но они имеют и конструктивную нагрузку.

В параграфе подчеркивается, что конфликты, которые разворачиваются в социальной системе «врач–пациент», – это именно социальные конфликты, поскольку взаимодействием в данной системе охвачены как все представители врачебного сообщества, так и практически все члены общества, каждый из которых неизбежно становится пациентом. Эти конфликты отличаются специфическими чертами, обусловленными всеми теми сложными и неоднозначными факторами, которые предопределяют особый характер взаимодействия общества с социальными институтами медицины и здравоохранения. В частности, нельзя говорить об изначальном наличии противоположных интересов у субъектов данного типа конфликта, поскольку врач и больной солидарно вступают в осознанное социальное взаимодействие по поводу сбережения здоровья одного из них – пациента. Инициирование и осуществление конфликтных действий в рамках обозначенного взаимодействия далеко не всегда имеет место. Конфликт случается, когда интересы взаимодействующих сторон переводятся в другое, отличное от непосредственного сбережения здоровья русло, когда возникают специфические обстоятельства социального, экономического, юридического, психологического толка.

Практически все исследователи утверждают, что предпосылкой, а затем основой конфликтного взаимодействия выступает наличие единого неделимого объекта. Однако в случае социального конфликта в системе «врач–пациент» вряд ли здоровье можно считать «единым и неделимым объектом». Здоровье для субъектов данного конфликта действительно представляет важную духовную ценность, однако гораздо чаще конфликт возникает по поводу прав и обязанностей, а также распределения власти у взаимодействующих сторон.

В социальных конфликтах в системе «врач–пациент» субъектами конфликтного взаимодействия могут выступать как врачи, так и больные. По результатам опроса пациентов города Волгограда, проведенного М.Е.

Волчанским, установлено, что «обычно эти субъекты не отказываются от своего участия в эскалации данного конфликта, однако его инициатором считают противоположную сторону: 96,3% пациентов считали конфликтогенами врачей, а 89,9% врачей считали таковыми пациентов»²⁴.

Главной причиной конфликтной напряженности, а затем возникновения конфликта в социальной системе «врач–пациент» является усиливающаяся неудовлетворенность членов социума качеством оказания медицинской помощи. Как показали результаты авторского социологического исследования, меньше половины (40,8%) пациентов в значительной степени удовлетворены процессом лечения в целом. Примерно столько же больных (42,8%) процессом лечения удовлетворены в не очень значительной степени, а 14,6% пациентов удовлетворены в слабой степени.

Серьезной причиной конфликтной напряженности, в том числе и в социальной системе «врач–пациент» служит нарушение самого процесса социального взаимодействия, кризис нравственных ценностей и девальвация этических стандартов поведения людей. Характерным для социального конфликта в системе «врач–пациент» является то, что достаточно часто конфликтное противостояние переносится в нормативно-юридическую плоскость, когда пациенты или их родственники напрямую обращаются в следственные органы или судебные инстанции.

В параграфе рассмотрены макро-, мезо- и микропричины социального конфликта в системе «врач–пациент» и обосновано положение о том, что более продуктивным для социологического анализа социальных конфликтов в этой системе является разделение на вызывающие социальные конфликты объективные и субъективные факторы, которое принято в социологии. Все эти факторы вносят свой вклад в генезис социальных конфликтов в социальной системе «врач–пациент», разрывают социальную солидарность и вызывают состояние конфликтности с соответствующими ему отношениями.

²⁴ Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине. Дис. ... д-ра соц. наук. Волгоград, 2008. С. 100.

В третьем параграфе второй главы **«Деструктивная роль СМИ в генезисе социального конфликта в системе «врач–пациент»** проанализирован характер воздействия СМИ на больных людей и обоснована их негативная роль в инициации данного конфликта.

Негативные репортажи о состоянии сферы здравоохранения служат провокатором стрессовых ситуаций для больших групп людей и в конечном счете пагубно сказываются на доверии к врачебному сообществу и медицине в целом. Данные проведенного автором социологического мониторинга (далее – мониторинг) убедительно свидетельствуют об отрицательном влиянии негативной информации в СМИ на сознание как врача, так и пациента: с тем, что СМИ «негативно влияют и на врача, и на пациента» соглашается подавляющее большинство опрошенных (86,2%). По результатам авторского социологического исследования (далее – социологическое исследование), абсолютное большинство врачей (68,8%) и пациентов (82,2%) считают, что из-за СМИ, сети Интернет, популярных телепередач очень сильно увеличивается число больных людей, занимающихся самолечением.

В параграфе выделены и проанализированы тенденции во взаимоотношениях аудитории больных и СМИ, подтвержденные результатами социологического исследования. Во-первых, от массированного характера воздействия СМИ особенно страдает население пожилого возраста, которое привыкло воспринимать информацию не как искаженную, а как реальную. Это и определяет их дальнейшее поведение по отношению к своему здоровью, медицинской организации или врачу. Во-вторых, новые социальные реалии привели к тому, что «аудитория большинства ведущих телеканалов РФ сократилась, в то время как аудитория ведущих сайтов получила солидное пополнение»²⁵. При этом Интернет просто насыщен информацией, которая, как утверждают врачи-эксперты, не только недостоверна, но и наносит вред больному человеку, поскольку формирует фобии по поводу его здоровья. В-

²⁵ Мартынов М.Ю. О предмете социологии массовой коммуникации // Социологические исследования. 2009. № 12. С. 12.

третьих, в деятельности современных СМИ явно присутствуют признаки экономической заинтересованности, а сам процесс распространения информации все больше приобретает прагматичный и корыстный характер. Главным источником дохода для средств массовой информации стала реклама, особенно лекарственных и фармацевтических препаратов.

Проведенный автором детальный анализ рекламы лекарственных средств во время пауз на основе данных двух телеканалов – «Россия-1» и «Пятый канал» – показал, что: реклама лекарственных препаратов осуществляется очень интенсивно; наряду с относительно безобидными средствами активно рекламируются препараты, которые имеют серьезные побочные эффекты и требуют специальных врачебных назначений (де-нол, одестон, лиотон и др.).

В параграфе обоснован вывод о том, что в настоящее время имеет место явно ангажированная деятельность СМИ против всего медицинского сообщества. Популярные телепередачи, рассчитанные на самую большую аудиторию, представляют информацию о расследовании, когда еще не предоставлены доказательства по поводу того, что послужило поводом к возбуждению дела. Смерть или инвалидность пациента, смерть ребенка особенно негативно и мощно воздействуют на аудиторию, вызывают агрессию у граждан и особенно отрицательно влияют на больного человека. Так, по результатам мониторинга 38,6% врачей полагают, что «при таких обстоятельствах пациент игнорирует назначения врача, считает, что он обладает медицинскими познаниями в полном объеме, и это порождает конфликт интересов». Следствием является разрушение общественной солидарности, снижение в общественном сознании статуса врача и российской медицины, что приводит к конфликтам.

В третьей главе «Объективные основы и субъективные факторы конфликта в социальной системе “врач–пациент”» проанализированы объективные и субъективные факторы, способствующие инициации и интенсификации социальных конфликтов в обозначенной системе и включающие всю совокупность проблем, которые назрели в институте

здравоохранения и его отдельных подсистемах. **Первый параграф** третьей главы **«Дисфункции института отечественного здравоохранения в современном российском обществе»** посвящен анализу актуальных проблем, которые серьезно затрудняют эффективное функционирование института здравоохранения в России, его дисфункциям, обуславливающим развитие конфликтных отношений в социальной системе «врач–пациент».

Важнейшей проблемой, мешающей эффективному функционированию института здравоохранения в России, является недостаточное государственное финансирование отрасли и несправедливое распределение государственных средств на медицинскую помощь между субъектами РФ, а также городскими и сельскими муниципальными образованиями. Кроме того, происходит сокращение мощностей здравоохранения, объемов общедоступной и бесплатной медицинской помощи. Эти проблемы во многом обусловили дисфункцию данного института, которая нашла отражение в его коммерциализации, вызывающей серьезное общественное недовольство. При этом рыночная конкуренция в сфере здравоохранения связана с рисками и неопределенностью в отношении качества оказания медицинской помощи населению, поскольку движущей силой становится привлечение денежных средств, а не результативность самой услуги.

Реформы, проводимые в России в настоящее время, в том числе и в здравоохранении, предусматривают создание нормативных актов, регулирующих взаимоотношения врача и пациента. Существующая нормативная база здравоохранения не отвечает современным реалиям, обусловленным рыночными реформами в рамках данного института, что неизбежно приводит его к дисфункциональному состоянию.

Законодательство в области охраны здоровья граждан разрабатывается стихийно, без специальных дискуссий, без должного учета вопросов этики, а коллизии в законодательстве влекут за собой серьезные заблуждения и со стороны врачей, и со стороны пациентов. В нем недостаточно четко прописаны порядок и условия оказания как бесплатной, так и платной медицинской

помощи населению, а сама нормативная база здравоохранения меняется с такой скоростью, что общество не успевает отреагировать на это созданием новой устойчивой системы взаимоотношений между медицинским сообществом и пациентом. Эту ситуацию усугубляет неравномерное распределение прав и ответственности врачей и пациентов в современном здравоохранении, проанализированное в параграфе.

Ненадлежащее оказание медицинской помощи, низкий профессиональный уровень врачей на фоне роста юридической грамотности населения привели к нарастанию активности пациентов в области защиты их прав. Однако объективные и справедливые решения конфликтных коллизий до сих пор остаются редкостью.

В целом уровень правового обеспечения отечественного здравоохранения существенно отличается от мирового, что подтверждают данные социологического исследования. Так, более половины (56,1%) врачей считают, что их права защищены действующим законодательством в недостаточной степени. Меньше четверти (22,7%) врачей полагают, что их права в низкой степени защищены. В то же время абсолютное большинство пациентов указывают на недостаточную степень защищенности пациентов (61,8%) и медицинских работников (66,2%) со стороны государства.

Достаточно серьезной проблемой, которая приводит к искажению традиционных функций института здравоохранения, является медиализация – процесс распространения влияния медицины на все новые сферы общественной жизни. По мере роста медиализации люди становятся менее способными сами следить за своим здоровьем, контролировать свои состояния и попадают в зависимость от врачей. Тем самым медиализация представляет собой конкретную стратегию, призванную поддерживать экономические, политические и социальные интересы заинтересованных людей, что также чревато конфликтом.

Во втором параграфе третьей главы **«Социальная девальвация профессиональной деятельности и статуса врача»** выделены и

проанализированы причины, приведшие к существенному снижению социального статуса врача в современном российском обществе. В период радикальных экономических реформ в России социальный статус врача, всегда ранее неоспоримо высокий, претерпел существенную девальвацию в общественном сознании. В частности, результаты мониторинга показали, что 44,6% врачей-специалистов и 65,4% врачей, имеющих ученую степень, основной причиной понижения социального статуса врача сочли именно экономические реформы. Согласно результатам социологического исследования, более трети (37,3%) врачей считают, что «реформы, проводимые в здравоохранении, ухудшили положение врача». Столь пессимистичная оценка врачебным сообществом результатов реформ связана с тем, что реформы повлекли за собой резкое ухудшение материального обеспечения работников бюджетной сферы, что особенно остро затронуло врачебное сообщество. В данной связи неудивительно, что 84,3% врачей-специалистов и 70,2% врачей с ученой степенью ответили, что «на престиж врача в обществе повлиял низкий доход работников бюджетной сферы». И сегодня абсолютное большинство пациентов (61,5%), врачей (51,3%) и ординаторов (60,3%) оценивают уровень заработной платы врача как не совсем соответствующий сложности и ответственности труда врача.

В параграфе отражены результаты социологического исследования, связанные с самоидентификацией врачей и идентификацией пациентами врачебного сообщества в социальной структуре современного российского общества. Так, почти две трети (59,5%) врачей считают, что «находятся в среднем социальном слое», меньше четверти (22,4 %) – «в высшем социальном слое благодаря своему высокому профессионализму». Подобная достаточно низкая оценка своего социального статуса связана с субъективной неудовлетворенностью врачей уровнем своей жизни. Абсолютное большинство (72,8%) пациентов считают, что «врач находится в среднем слое по уровню заработной платы», а менее четверти (21,3%) – что в нижнем слое общества.

Существенным фактором, обусловившим снижение социальной значимости профессиональной деятельности врача, стала утрата традиционной важности для России таких социальных институтов, как образование и наука. В данной связи особый интерес представляют результаты авторского социологического исследования, посвященного оценке врачебным сообществом социального статуса профессора-медика.

Коммерциализация высшего образования в нашей стране непосредственно повлияла на качество обучения всем профессиям, своеобразно затронув будущих медиков, у которых серьезно изменилась нравственная позиция. С каждым годом растет число лиц, которые стремятся получить высшее медицинское образование вовсе не из гуманистических побуждений, а понимая, что медицина – это выгодный бизнес, который приносит быструю отдачу. В параграфе детально рассмотрены достаточно острые в нашей стране проблемы переподготовки и дополнительного образования для медицинских работников, а также подготовки и обучения организаторов здравоохранения.

Автором обосновано положение о том, что на ведущее место среди причин снижения социального статуса врача в современном российском обществе выходит нарушение врачами норм этики и деонтологии – в ходе социологического мониторинга на это указали почти две трети (59%) пациентов поликлинических услуг, а также более половины (52,7%) пациентов стационара. Почти половина (46%) законных представителей несовершеннолетних пациентов также считают, что врачи нарушают нормы этики и деонтологии, а грубость и бездушие проявляются по отношению не только к ним, но и к их детям. Однако сами врачи, хотя и не отрицают данный факт, не совсем согласны с тем, что отсутствие нравственных основ процесса лечения девальвировало социальный статус врача в обществе.

На снижение социального статуса врача повлияло не только моральное разложение медицинского сообщества, но и криминализация сознания медицинских работников, которая во многом обусловлена безответственностью и безнаказанностью. Так, почти две трети (63,9%) пациентов полагают, что

уровень ответственности медицинских работников за качественное выполнение своих должностных обязанностей в государственных поликлиниках и больницах понижается.

Достаточно серьезным фактором, снижающим социальный статус врача в обществе, является взяточничество, хотя результаты социологического исследования показали, что большинство (практически две трети – 65,8%) врачей считают, что получение неформальной платы за оказываемые врачами услуги случается редко. В отношении оценки случаев неформальных платежей со стороны пациентов интересен тот факт, что абсолютное равные по численности группы (по 42,1%) продемонстрировали совершенно разное восприятие степени распространения в медицинских учреждениях неформальной платы за услуги, оказываемые врачами. Так, одна часть респондентов считают, что они сталкивались с подобными проявлениями в медицине часто, а вторая часть – что редко. Однако только 11,7% пациентов не попадали в ситуацию, связанную с получением неформальных платежей.

Таким образом, с одной стороны, серьезно понизила статус врачей неудовлетворенность людей качеством оказания медицинской помощи, связанная с непрофессионализмом и коммерциализацией врачебного сообщества, низкой культурой врачевания, принявшего потребительский, а порой и криминальный характер. С другой стороны, недооценка обществом сложных, тяжелых и порой вредных условий труда вызывает у врача неудовлетворенность своим положением в обществе, способствует профессиональной деформации его личности.

В третьем параграфе третьей главы «**Эмоциональное выгорание и профессиональные деформации личности врача**» выявлены основные причины эмоционального выгорания и профессиональных деформаций у врачей, доказано влияние этих деформаций на особенности взаимодействия с больными.

В ходе практической деятельности врачей неизбежны профессиональные кризисы, обусловленные объективными и субъективными факторами.

Безусловно, имеется множество возможностей для их успешного преодоления, однако часто субъекты выбирают деструктивный путь, который приводит к профессиональным деформациям личности. «Профессиональные деформации личности – это существенные изменения психической и социальной структур личности под влиянием выполнения профессиональных обязанностей, которые продуцируют конфликтующее с общепринятыми профессиональными нормами и ценностями социальное поведение. Само понятие “профессиональной деформации” близко, но не идентично синдрому «профессионального выгорания», который присущ врачебной профессии»²⁶.

Синдром профессионального выгорания – это «в первую очередь психически обусловленный феномен, который проявляется в различных психических состояниях личности, объединенных собирательным названием “психическое или эмоциональное выгорание”. Это состояние связано с эмоционально-нравственной дезориентацией, редукцией профессиональных обязанностей и т. д.»²⁷.

По данным социологического исследования, среди причин, характеризующих психическое выгорание врача, постоянно присутствуют: смерть пациента (56,9%); высокая ответственность за результаты лечения (53,1%); профессиональная беспомощность, чувство вины перед родственниками пациента (51,5%); непредсказуемость результатов лечения (45,7%); невозможность установить диагноз больному (45,6%); необходимость принимать сложные и ответственные решения в сжатые сроки (45%). Часто респонденты указывают на повышенную напряженность в работе (59,3%) и неподобающее поведение пациентов (54,7%), судебные разбирательства (50%), страх заразиться от пациента (49,4%).

Профессиональные деформации, в отличие от синдрома профессионального выгорания, «представляют собой социально

²⁶ Осипова Н.Г., Семина Т.В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2017. № 3. С. 17.

²⁷ Там же.

обусловленный феномен, который затрагивает именно социальную структуру личности и выражается в социальном поведении, отклоняющемся от профессиональных стандартов типа»²⁸.

В параграфе проанализированы типы профессиональных деформаций, выделенные Э.Ф. Зеером, а также раскрыты причины деформации личности современных российских врачей, находящей отражение в вымогательстве, взяточничестве и коррупции; обоснованы социальные последствия, к которым они приводят.

Четвертый параграф третьей главы «**Феномен незаинтересованности врачей в выздоровлении пациентов**» посвящен социологическому анализу достаточно нового социально-деструктивного феномена, который имеет тенденцию к развитию и связан с девиантным поведением врача. В параграфе рассмотрены факторы, влияющие на развитие данного негативного феномена, а также установлены его отличительные признаки и определено содержание.

Одним из факторов, предопределившим данный феномен, стало потребительство, которое привело к новому виду бизнеса – «потребительскому терроризму», «явлению, когда пациент (его родственник) путем угроз или жалоб пытается неправомерно получить материальную компенсацию или скидку на оказанные услуги от ЛПУ»²⁹.

Либеральная глобализация, затронувшая здравоохранение, повлекла за собой новые виды социального неравенства, одним из которых стал неравный доступ различных категорий людей к медицинским услугам, вызвавший недовольство и пациентов, и врачей. По данным Общероссийского народного фронта, врачи недовольны сокращением сотрудников, возросшей рабочей нагрузкой. Замена бесплатных медицинских услуг на платные особенно сказалась на малообеспеченных слоях населения, поскольку существенно увеличились сроки ожидания бесплатных консультаций и диагностических

²⁸ Там же.

²⁹ Согияйнен А.А. Правовые риски медицинской деятельности в современных условиях // Право в Вооруженных Силах. 2017. № 4. С. 41.

исследований в поликлиниках. Экономический кризис, дефицит бюджета заставляют любого врача думать о том, каким путем заработать деньги. Кроме того, за счет экспансии Интернета произошло сокращение времени живого общения между людьми, многие предпочитают жить, учиться, работать и проводить большую часть времени в виртуальной реальности. При этом игнорирование важности непосредственного контакта стало свойственным современным людям, в том числе и врачам. В области отношений врачей и пациентов это привело к особо отрицательным социальным последствиям не только с моральной, но и с клинической точки зрения, поскольку недостаток живого общения препятствует установлению правильного диагноза и сказывается на результатах лечения.

Однако главными причинами незаинтересованности врача в выздоровлении больного становятся слабая социальная и правовая защищенность, страх необоснованного уголовного преследования, даже при несчастном случае в медицине, а также при обоснованном риске, изначально заложенным в самой профессии. Так, по данным социологического исследования, почти половина (44,2%) врачей считают, что степень их социальной защищенности недостаточна, а около трети (30,2%) – что она низка. В сложившейся конфликтной ситуации стороны имеют свои, причем противоположные претензии. Примером служит дело Е. Мисюриной, дискуссии по поводу которого проанализированы в параграфе

В данной связи возрастает риск перехода к так называемой оборонительной медицине, «которая заключается в выборе врачами методов диагностики и лечения по принципу минимизации потенциальных рисков, в меньшей степени исходя из их эффективности, целесообразности и достаточности»³⁰. Однако наибольшую опасность представляет то, что гражданское общество считает совершенно естественным уголовное наказание врача. На самом деле сам факт попадания медицинского работника в сферу

³⁰ Сергеев В.В., Захаров С.О. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок // Здравоохранение Российской Федерации. 2000. № 1. С. 7.

интересов правоохранительных органов или на судебное разбирательство наносит серьезный удар по его репутации. Даже если принимается обоснованное решение об отказе в возбуждении уголовного дела или судом выносится оправдательный приговор, сложившееся в обществе мнение в отношении виновности врача остается достаточно прочным.

В четвертой главе «Сущность и социальные последствия дефектов медицинской помощи» раскрыты серьезные проблемы, связанные с массовыми дефектами оказания врачебным сообществом медицинской помощи населению, обоснована их роль в эскалации конфликтного противостояния в системе «врач–пациент», показан глобальный характер распространенности дефектов медицинской помощи, диверсифицированы судебные иски к медицинскому сообществу и выявлены социальные последствия. **В первом параграфе** четвертой главы **«Диверсификация и операционализация системы понятий, связанных с дефектами медицинской помощи»** социологически концептуализированы сложные и неоднозначные социально-медицинские феномены, как «врачебная ошибка» «несчастный случай в медицине», «ятрогения», «врачебный проступок» и «врачебное преступление» и др.

«Врачебная ошибка» представляет собой сложный актуальный социальный феномен, аккумулирующий комплекс разноплановых аспектов – от уровня квалификации специалиста до нравственных ценностей, включая ценность человеческого здоровья и жизни. Однако в общественном сознании отражена чрезмерно широкая трактовка врачебной ошибки как «любого нанесения вреда пациенту», принятая в СМИ, популярных и псевдонаучных изданиях. Данное понятие не имеет нормативного определения, поэтому в судебной практике широко применяется понятие «дефект медицинской помощи». Словосочетания «врачебная ошибка» нет и в нормативных медицинских документах. Анализ научных источников показал, что существующие определения врачебных ошибок тавтологичны, громоздки, носят описательный характер. При этом до сих пор не принята однозначная

дефиниция «врачебной ошибки», а также отсутствуют единые научно обоснованные критерии для экспертной оценки профессиональных ошибок и прочих дефектов оказания медицинской помощи.

Все ученые, несмотря на различные точки зрения, соглашаются с тем, что понятие «врачебная ошибка» нельзя путать с похожими, но не совсем идентичными ему категориями, связанными с ненадлежащей практикой медицинских работников. К таким понятиям относят «несчастный случай», «ятрогению», «врачебный проступок» и «врачебное преступление». Объединяет обозначенные понятия то, что они имеют отношение к действиям врачей, повлекшим за собой неблагоприятные последствия для пациентов. Однако, чтобы четко классифицировать подобные действия врачей, необходимо определить адекватные критерии для этой классификации и выделить объективные факторы и субъективные обстоятельства, при которых эти действия имеют место. Определяющими критериями являются: критерий случайности и критерий неумышленности/умышленности. В соответствии с этими критериями в параграфе выстроен континуум разновидностей «дефектов оказания медицинской помощи» и предпринята попытка их дифференцирования.

«Несчастный случай» в медицинской практике, повлекший за собой «неблагоприятный исход», сопряжен со случайным стечением обстоятельств, непредвиденной реакцией организма пациента и прочими непредсказуемыми факторами, а также связан с состоянием крайней необходимости. Врачебные ошибки, в отличие от несчастных случаев, соотносятся с неправильными действиями медицинского персонала. Довольно часто главным критерием врачебной ошибки считают «вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача»³¹. Однако прилагательное «добросовестное» только затрудняет понимание существа вопроса. Так, если исходить из трактовки категории ошибки, то оно является лишним, поскольку

³¹ Громов А.П. Врачебный долг, врачебная ответственность, врачебная тайна // Деонтология в медицине. В 2 т. / Под ред. Б.В. Петровского. Т 1. Общая деонтология. М.: Медицина, 1988. С. 82.

присутствует слово «заблуждение», которое недобросовестным (намеренным) не может быть по определению. В параграфе приводятся примеры наиболее распространенных врачебных ошибок, выделены объективные факторы и субъективные обстоятельства, смягчающие ответственность врача, допустившего ошибку.

Существует целый ряд всем известных классификаций «врачебных ошибок». Особое место в их ряду занимает группа деонтологических ошибок, одним из последствий которых являются ятрогенные заболевания. В параграфе обозначены объективные и субъективные факторы, которые приводят к ятрогениям, доказано их негативное влияние на состояние больного.

К категории «нарушений при оказании медицинской помощи» принадлежат профессиональные правонарушения медицинских работников, которые разделяют на преступления и проступки. Перечень разновидностей профессиональных преступлений врачей, приведенный в параграфе, свидетельствует о том, что в их основе, как правило, лежит не недостаточная квалификация, а осознанность, недобросовестность и намеренность, достаточно часто связанные с низкими моральными качествами медицинского работника. Под проступком понимается неправильное (противоправное) деяние, которое лишено общественной опасности в силу незначительности и которое не влечет за собой уголовной ответственности. В параграфе дифференцированы гражданские, административные и дисциплинарные проступки медицинских работников.

Особую разновидность дефектов медицинской помощи, следствием которых являются заболевания или патологические процессы и которые возникают в результате намеренных и специфически неправомерных действий врачей, представляют вымышленные, или «коммерческие» диагнозы. В параграфе систематизированы тенденции, которые преобладают в рамках обозначенного социально-негативного феномена, установлены экономические, юридические и социальные факторы, способствующие их росту.

Во втором параграфе четвертой главы **«Ненадлежащая врачебная практика как глобальная социальная проблема»** обобщены, систематизированы и проанализированы статистические данные о ненадлежащей врачебной практике в рамках мирового сообщества.

Ненадлежащее оказание медицинской помощи населению является глобальной социальной проблемой, решение которой возможно лишь совместными усилиями мирового сообщества. В параграфе в обобщенном и систематизированном виде представлены данные исследователя А.В. Панова и ряда других ученых по случаям врачебных ошибок в США, Канаде, Австралии, Японии, Израиле, Германии, Болгарии, Греции, Испании, СНГ и ряде других стран. Определенная положительная динамика на общемировом уровне наблюдается в статистике случаев откровенной преступной халатности медиков, яркие примеры которых приведены в параграфе.

Серьезной проблемой служат осложнения, вызываемые нарушением стерильности и повторным использованием инструментария при инъекциях. По данным ВОЗ, чаще всего подобное встречается в странах Южной Африки и Среднего Востока, а также в Австралии, Вьетнаме, Китае и Японии. «При нахождении в больницах этих стран шанс столкнуться с врачебной ошибкой составляет 1 к 10, а шанс умереть от врачебной ошибки – 1 к 300. Таким образом, по статистике больницы гораздо опаснее для жизни, чем полеты на самолетах»³².

В параграфе проанализированы научные исследования причин «врачебных ошибок» в Великобритании, трактуемых или как «ненадлежащая врачебная практика», или как «злоупотребление врачами их служебным положением». Эти работы часто обсуждаются в контексте регулирования профессиональной деятельности врачей, и в особенности с точки зрения привлечения их к ответственности. Опасения относительно возможного иска побуждают врачей общей практики принимать решения об отказе от лечения

³² Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом // Право-мед.ру. Информационный портал. URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/> (дата обращения 22.08.2019).

определенных состояний, увеличивать количество анализов, делать специальные пометки в историях болезни. Есть свидетельства того, что врачи пытаются заранее распознать пациентов, склонных к искам, чтобы уменьшить вероятность судебных разбирательств. Соответственно, «пациенты, которые кажутся излишне осведомленными, требовательными или легко подверженными давлению, рассматриваются как потенциально опасные»³³. Однако в целом ученые утверждают, что увеличение числа исков о медицинской халатности представляет вызов авторитету медицинского работника, что имеет реальные социальные последствия для выстраивания солидарных отношений с пациентами.

В России официальный учет «врачебных ошибок» не ведется, достоверные статистические данные отсутствуют, а в оценках различных ведомств имеются значительные расхождения. Так, глава Следственного комитета России А.И. Бастрыкин озвучил следующие официальные данные: «в 2016 году от ошибок медиков умерли 352 человека, в том числе 142 ребенка. Всего по вине медиков умерли 1064 человека»³⁴, что безусловно ведет к существенному росту гражданских и уголовных исков к организациям здравоохранения и конкретным медикам.

Третий параграф четвертой главы «**Судебные иски пациентов к врачебному сообществу: причины и тенденции**» посвящен анализу судебных разбирательств, связанных с ненадлежащим исполнением врачами профессиональных обязанностей, а также причин, ведущих к увеличению потока жалоб от пациентов, числа уголовных и гражданских судебных дел, связанных с ненадлежащими медицинскими услугами населению. При анализе судебной практики автором применен метод кейсов.

В условиях либерализации жизнедеятельности социума происходит изменение представлений людей во всех сферах социальных отношений, в том

³³ Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. London: Sage Publications Ltd., 2004. P. 254–255.

³⁴ Минздрав проанализирует данные СКР о смертельных ошибках врачей // Москва, 29 сентября 2016 г. РИА Федерал Пресс. URL: <http://fedpress.ru/news/77/society/1680137> (дата обращения 23.08.2019).

числе и в области медицины. Устаревшие идеалы уходят в прошлое, а в гражданском обществе развивается социально востребованный характер права. Это привело к росту информированности и юридической грамотности населения, осознанию им своих прав в области предоставления/получения медицинских услуг. Подобная тенденция в известной степени связана с формированием рынка платных медицинских услуг и деятельностью коммерческих клиник, обязанных заключать с пациентом договор на оказание услуг. В этом договоре отражены права пациента, что является гарантией того, что в случае возникновения претензий к медицинской организации пациент вправе их предъявить. В данной связи в параграфе приводится детальный анализ ряда судебных разбирательств по медицинским делам в судах общей юрисдикции.

К причинам большого количества исков следует отнести преувеличение людьми возможностей современной медицины, а также неверную оценку ими степени риска врача, что наглядно подтверждает пример из правоприменительной практики, разобранный в параграфе. Не менее сложной и актуальной остается тема компенсации морального вреда, которая вызывает множество споров. Острой является проблема безнаказанности так называемых сутяжных личностей, которые горят навязчивым желанием бороться за свои мнимо ущемленные права во всех сферах жизнедеятельности, в том числе и в области оказания им медицинской помощи. При этом ряд из них преследуют откровенно корыстные цели, пытаясь извлечь деньги из медицинского учреждения. Примером является исковое дело № 27373/2015, рассмотренное Замоскворецким судом города Москвы. Достаточно часто в юридической практике встречаются ложные доносы пациентов, которые также разобраны в параграфе.

Росту числа исков способствует активизация деятельности, в том числе рекламной, различных правозащитных юридических организаций и фирм, например «Лиги защиты прав пациентов», специализирующейся на оказании разноплановой юридической помощи пострадавшим (пациентам), а на самом

деле нацеленной на тривиальное извлечение прибыли. Агрессивная реклама в СМИ, и особенно в Интернете, подпитывает деятельность подобных организаций.

В практике судов общей юрисдикции дела о качестве оказания медицинских услуг гражданам относятся к категории сложных, так как в процессе их рассмотрения перед судом неизбежно возникают вопросы доказательной медицины. Кроме того, в России еще явно недостаточно адвокатов и юристов, имеющих опыт ведения дел, связанных с медициной. Однако достаточно распространенное мнение о том, что врачи вообще не должны подлежать юридической ответственности, по существу неверно, поскольку деятельность врача, как и любого другого специалиста, регламентирована законом.

Хотя современная медицина постоянно совершенствуется, внедряются передовые медицинские технологии, изменяется само общество, которое предъявляет медицине все более высокие требования, порождающие конфликтную напряженность. Как в массовых социальных конфликтах, так и в конфликтах в социальной системе «врач–пациент» их причины определяются тем, что конфликтность – это нормальное состояние любого общества, которое требует соответствующего управления.

Пятая глава «Управление конфликтом в социальной системе «врач–пациент» посвящена конкретным механизмам выявления конфликтов в социальной системе «врач–пациент» на ранней стадии их возникновения, а также макро-, мезо- и микросоциальным факторам снижения конфликтной напряженности. В **первом параграфе** данной главы **«Макросоциальные предпосылки снижения конфликтной напряженности в системе “врач–пациент”»** выделены и обоснованы макросоциальные предпосылки снижения конфликтной напряженности между врачебным сообществом и больными людьми.

Важнейшей предпосылкой является корректировка реформирования института здравоохранения российского общества. В данной связи в параграфе

рассмотрен ряд ключевых принципов, на которых необходимо базировать деятельность высших органов государственной власти и управления в сфере реформирования социального института здравоохранения. При этом автор выделяет основные концептуальные ориентиры в направлении приоритетности решения наиболее назревших проблем в области реформы института здравоохранения российского общества, а также раскрывает их содержание.

Первым должно стать формирование идеологических основ реформирования данного института. Перспективной идеологической основой для формирования эффективной модели отношений «врач–пациент» представляется доктрина «гармонизации человеческих отношений», разработанная Э. Мейо. Вторым служит новая, экономически обоснованная и сбалансированная, но социально направленная государственная политика в сфере здравоохранения, поскольку цель корректировки реформы института здравоохранения в России – устранение экономических факторов, которые создали конфликтную напряженность и ведут к дисфункциональному состоянию данного социального института. Третьим является повышение общего уровня нравственности в российском обществе, что неизбежно проявится во всех областях общественной жизни, а в медицине – в части соблюдения медицинскими работниками норм врачебной этики и деонтологии.

В параграфе выделены объективные условия, связанные с организацией стабильного и эффективного функционирования института здравоохранения в целом. Главным из них представляется повышение качества оказания медицинских услуг населению на основе пересмотра наличной модели их организации. При этом отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной ухудшения качества и доступности бесплатной медицинской помощи, уменьшения ее видов и объемов. Основопологающим при оказании медицинской помощи представляется принцип приоритета интересов пациента, который предполагает построение модели коллегиального взаимодействия врача и пациента, основанной на взаимном доверии.

С повышением качества медицинской помощи населению неразрывно связана система мер, направленных на снижение количества несчастных случаев в медицине и частоты врачебных ошибок. Первой мерой в борьбе с непрофессионализмом врачей представляется широкая доступность достоверной статистической информации о врачебных ошибках и их причинах.

Автор приходит к выводу о том, что необходимо активнее привлекать юристов к работе над изменениями в нормативных актах Минздрава РФ, оказывать медико-правовую поддержку медицинским работникам, исключить формализм при разборе жалоб пациентов надзорными органами. Кроме того, следует сократить объемы медицинской документации, не имеющей практического значения для работы с пациентом, а также развивать систему дополнительного образования для юристов, работающих в сфере здравоохранения. В параграфе предложен ряд мер в отношении деятельности медиков, связанных с усилением контроля качества лечения, повышением ответственности за нарушение норм этики и деонтологии и т. д., обоснована необходимость регулярных социологических исследований, позволяющих установить причины, ведущие к врачебным ошибкам.

В параграфе подчеркивается, что социальная проблема «дефектов медицинской помощи» гораздо шире – это проблема серьезной деформации отношений «врач–пациент», традиционно основанных на социальной солидарности. Однако нельзя допускать, чтобы показатели неудовлетворенности больных качеством лечения существенно приближались к показателям спасенных врачами жизней, вылеченных и выздоровевших пациентов, и тем более трансформировались в общее негативное отношение населения к медицине. Подтверждением служат данные о положительной динамике, свидетельствующей в пользу компетентности врачей и достижений современной медицины: смертность в результате сложнейших кардиохирургических операций имеет устойчивую тенденцию к понижению, при том что количество подобных хирургических вмешательств ежегодно растет. Так, в 2010 году в РФ было проведено 36 154 операции на сердце с

искусственным кровообращением, а в 2015 году – на 6919 операций больше (43 073), однако число умерших после таких вмешательств уменьшилось на 50 человек (с 1342 человек в 2010 году до 1290 человек в 2015 году)³⁵.

В целях организации стабильного и эффективного функционирования института здравоохранения необходимо направлять использование средств массовой информации в отношении медицины в сторону пропаганды здорового образа жизни, что будет способствовать снижению смертности трудоспособных граждан и поддержанию здоровья пожилого населения. Объективной предпосылкой, играющей значимую роль в социальном регулировании конфликта между врачебным сообществом и пациентами, является совершенствование профессиональной подготовки в системе высших образовательных медицинских учреждений, а также системы непрерывного медицинского образования. В частности, с целью совершенствования подготовки и переподготовки специалистов на базе Института подготовки кадров высшей квалификации и профессионального образования в составе ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» автором были внедрены учебные программы по дисциплинам: «Социально-правовые аспекты по снижению конфликта “врач–пациент”»; «Концепция самосохранительного поведения в конфликтной ситуации “врач–пациент”»; «Право и социология в здравоохранении»; «Эмоциональное выгорание врача и его преодоление в конфликтной ситуации». Программа «Социально-правовое управление конфликтом в сфере здравоохранения» посвящена актуальным вопросам социальной реформы института здравоохранения и разработке междисциплинарных, пациентоориентированных подходов с целью снижения претензионной обращаемости пациентов.

Второй параграф пятой главы **«Нормативное регулирование социально-правовой защищенности врачей и пациентов»** посвящен проблемам создания социально ориентированной правовой базы,

³⁵ Здоровье России: Атлас / Под ред. Л.А. Бокерия. Вып. XII. М.: ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2016. С. 187, 191.

обеспечивающей надежное функционирование института здравоохранения, ликвидации противоречий в национальном законодательстве в сфере обеспечения здоровья населения Российской Федерации.

В настоящее время налицо практическое отсутствие четкой правовой базы, регламентирующей эффективное функционирование института здравоохранения в части оказания медицинской помощи населению. Некоторые элементы правовой базы, регулирующей сферу здравоохранения, размыты, вызывают неоднозначные трактовки и, соответственно, сложности в их применении. Примером служит постановление Европейского суда по правам человека от 23 февраля 2016 г. (Дело «У.У. против России»), суть которого изложена в параграфе.

Также обозначены первоочередные меры, связанные с эффективным нормативным регулированием социально-правовой защищенности врачей и пациентов. В их числе: государственный аудит законодательной базы в области медицины и здравоохранения; дальнейшее развитие медицинского права и доказательной медицины; усиление юридической защищенности и повышение правовой грамотности врачей; создание системы мер, направленных на снижение количества несчастных случаев в медицине и частоты врачебных ошибок. При этом модернизация медицинского законодательства должна осуществляться на следующих двух основаниях: 1) приведение его в соответствие законодательству РФ и исключение дублирования нормативных актов; 2) построение четкой системы вертикали нормативных актов и право их применения.

Современные реалии свидетельствуют о том, что всем участникам системы здравоохранения в равной степени необходим государственный аудит для устранения юридических коллизий. Например, правовой статус медицинских работников определяется не только Трудовым кодексом РФ, но и многочисленными нормативными актами, основным из которых является Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В соответствии с п. 1. статьи 73 данного закона, для

медицинского работника установлены дополнительные, по сравнению с общепринятыми, обязанности. Так, согласно вышеуказанной статье, медицинские работники не только осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством РФ, но и руководствуются принципами медицинской этики и деонтологии. Однако ввиду несовершенства законодательной базы невозможно применить нормы ТК РФ по вынесению дисциплинарного взыскания к медицинскому работнику из-за отсутствия в ТК РФ статьи о дисциплинарной ответственности за нарушение норм этики и деонтологии. Хотя, согласно данным социологического исследования, более чем две трети (68%) врачей и подавляющее большинство (79,2%) пациентов считают, что «введение ответственности врача за нарушение норм этики и деонтологии в Трудовой кодекс РФ повысит качество оказываемых услуг».

В данной связи автором предпринята попытка устранить обозначенное противоречие. В частности, в Исполком ОНФ было направлено предложение о внесении изменений в ТК РФ: статью 81 дополнить пунктом 15 – «увольнение медицинского работника ввиду неоднократного нарушения им норм медицинской этики и деонтологии, несовместимого с продолжением данной работы». Кроме того, автором был представлен комментарий по порядку применения дисциплинарных взысканий к медицинскому работнику, предусмотренных ст. 193 ТК РФ. Новация сводилась к тому, что дополнения в п. 15 ст. 81 ТК РФ помогут за короткий период улучшить качество и доступность медицинской помощи, а также повысить уровень культуры врача, в результате чего снизится частота конфликтов между врачами и пациентами или их родственниками.

Представляется целесообразным ввести в России единый алгоритм рассмотрения жалоб от пациентов и их родственников. Так, автором разработан строгий поэтапный порядок подачи и рассмотрения жалоб от пациентов, который подлежит нормативному закреплению.

В настоящее время первостепенное значение приобретает развитие доказательной медицины, включая механизмы медиации и примирительных

процедур при урегулировании конфликтов в сфере здравоохранения. Однако «объективная уголовно-правовая оценка, правильная юридическая квалификация противоправных действий медицинских работников зачастую затруднена многообразием специфики профессиональной медицинской деятельности»³⁶. Например, понятие «риск в хирургической деятельности» представляет определенную сложность с точки зрения доказательной медицины и его содержания, структуры и функциональной роли в механизме правового регулирования.

За рубежом широко распространен механизм страхования профессиональной ответственности: любая зарубежная клиника имеет официальные договоры со страховой компанией, «которая решает, признавать ли ответственность и выплачивать компенсацию или, наоборот, отказать в рассмотрении претензии, оставив возможность заявителю искать справедливости через суд»³⁷. В России обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников, которое в первую очередь касается работников рискованных врачебных специальностей (сердечно-сосудистая хирургия, анестезиология-реаниматология, трансфузиология), представляется необходимым. Оно позволит уменьшить убытки медицинских организаций, обусловленные возмещением вреда в судебных претензиях и разбирательствах.

Третий параграф пятой главы «**Механизмы и методы управления социальным конфликтом в системе “врач–пациент” в медицинской организации**» раскрывает комплекс разработанных автором конкретных мер, связанных с профилактикой и урегулированием конфликтов в рамках медицинских учреждений, условий для эффективной врачебной деятельности.

Социальное управление в медицинских организациях несет серьезную функциональную нагрузку, поэтому для того, чтобы социальное управление

³⁶ Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс. В 3 т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 404.

³⁷ Ответственность за врачебную ошибку при лечении за рубежом. URL: <http://mednapravlenie.ru/poleznoe/otvetstvennost.html> (дата обращения 23.08.2019).

кадровыми ресурсами в организациях здравоохранения было эффективным и системным, необходимо четко обозначить функции управления в клинике.

Первой (важнейшей) функцией представляется высокая профессиональная квалификация медицинских кадров, второй – развитие позитивных психологических контактов на всех уровнях функционирования организации, а третьей – создание надлежащей мотивации трудовой деятельности врачей и медицинского персонала.

Особое место в процессе управления социальным конфликтом «врач–пациент» занимает социальное управление кадровыми ресурсами в медицинских организациях, компетентность их руководства в области подбора и расстановки кадров. Важное место в организационном механизме управления должно принадлежать структурам, вырабатывающим и реализующим кадровую политику, службе по управлению трудовыми ресурсами медицинской организации.

Наиболее распространенными для воздействия на работников медицинской организации являются нормативные, административные, социальные и экономические методы. В частности, к нормативным методам относится четкая и ясная локальная нормативная база организации, включающая совокупность регулирующих ее деятельность ключевых документов, в число которых обязательно должна входить «Антикоррупционная политика», которая была разработана автором и внедрена в деятельность ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России.

Административные методы предполагают выстраивание жесткой вертикали управления медицинской организацией и ее кадровым составом. В данной связи представляется целесообразной стройная и надежная система внутреннего линейного контроля персонала, механизм проведения которого разработан автором. В параграфе четко обозначены объекты внутреннего контроля, особенно важными из которых являются: факты незаконной выдачи либо подделки рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ; искажение или сокрытие

заболевания перед органом дознания с целью изменения хода расследования, исполнения о задержании, аресте; неформальные платежи.

В каждом подразделении медицинского учреждения целесообразно ввести систему коррекции социально-психологического климата, основанную на индивидуальных оценках мотивации врачей по отношению к своим должностным обязанностям, пациентам, трудовому коллективу и медицинскому учреждению в целом. На базе этих оценок формируются общие показатели по отделению посредством анализа отзывов пациентов о конкретном лечащем враче; определения лояльности самого врача к пациентам, коллегам и организации в целом; выявления элементов добросовестного или недобросовестного отношения врача к своим профессиональным обязанностям.

К элементам (социальным индикаторам) поведения врача, которые в совокупности образуют показатель его добросовестного или недобросовестного отношения к труду, относятся: 1) заинтересованность/незаинтересованность в излечении пациента; 2) высокая/низкая мотивация труда; 3) присутствие/отсутствие желания самореализации; 4) высокий/низкий уровень профессиональной квалификации.

Не менее важным представляется нивелирование проблем, вызванных нарушением врачом норм этики и деонтологии. Для этого все случаи некорректного поведения врача служат предметом тщательного разбирательства на специально организованной этической комиссии. Если в медицинской организации имеют место случаи возникновения конфликтов врачей и пациентов, то целесообразно создание специальной, постоянно действующей посреднической комиссии по урегулированию конфликтов, регламент деятельности которой подробно раскрыт в параграфе.

Достаточное внимание в медицинской организации должно быть уделено методам профилактики профессиональных стрессов у врачей. С этой целью автором было разработано методическое обеспечение курса «Методики стрессоустойчивости и эффективной коммуникация врача».

Социологические исследования подтвердили, что частой причиной конфликта между врачами и пациентами является несоблюдение современными медицинскими работниками норм медицинской этики и деонтологии, что в итоге негативно сказывается на результатах оказания медицинской помощи. В данной связи в параграфе обозначены основные аспекты положения «О медицинской этике и деонтологии врача», разработанного автором.

Важную роль в добросовестном выполнении врачами профессиональных обязанностей играет материальное стимулирование труда. Распределение стимулирующих выплат конкретным сотрудникам должно быть основано на системе балльной оценки, разработанной автором. Кроме выплаты денежного вознаграждения с целью мотивации медицинских работников следует уделять больше внимания их потребности в достижениях и в признании, способствуя установлению длительных трудовых отношений в сочетании с коллективной и личной ответственностью за конечный результат лечения пациентов. Социологические исследования также выявили, что важную роль в профилактике конфликтных ситуаций и развитии солидарных отношений в системе «врач–пациент» играет создание общей организационной культуры, которую разделяет медицинский персонал и которая направляет его профессиональную деятельность.

В **заключении** подведены итоги исследования, сформулированы его основные выводы и обоснованы наиболее перспективные направления научного поиска. Автор отмечает, что значительная часть проблем в отечественном здравоохранении обусловила характер трансформации модели социальных отношений в системе «врач–пациент» от традиционно солидарной, основанной на доверии, в конфликтную. Подобная трансформация имеет объективные основы, но она также вызвана многочисленными субъективными факторами. Для ее преодоления разработаны системные меры по снижению негативных последствий конфликтных отношений пациента и врача, непосредственно влияющих на физическое здоровье граждан, а также психическое и социальное здоровье врача.

В целом концепция конструктивного влияния на отношения медицины и общества должна базироваться на координационных и интеграционных механизмах, на идее современного инновационного этапа профилактики и урегулирования конфликта в обществе путем развития солидарного взаимодействия врача и пациента, которое проявляется через развитие взаимного доверия, согласование интересов. В урегулировании конфликта ведущая роль принадлежит государству как основному инициатору и координатору всех преобразований в области здравоохранения, а также непосредственно медицинской организации. Немаловажным фактором в урегулировании конфликта является поиск путей приобщения как врачей, так и пациентов к реформам в здравоохранении, разработка критериев для социальной экспертизы реформы, главный из которых – уровень доверия общества к медицине.

Основные положения диссертации изложены в следующих публикациях:

I. Статьи, опубликованные в ведущих научных изданиях, индексируемых в базах данных Web of Science, Scopus, RSCI, и в журналах, входящих в перечень ВАК Минобрнауки РФ, утвержденный Ученым советом МГУ имени М.В. Ломоносова:

1. Семина Т.В. Приоритетные направления перспективного развития подготовки и переподготовки персонала учреждений здравоохранения РАМН // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2008. Т. 9. № 5. С. 78–84.(ИФ по РИНЦ 0,64).
2. Семина Т.В. Основные методы управления кадрами в целях повышения эффективности работы федеральных медицинских учреждений РАМН // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания // 2008. Т. 9. № 4. С. 91–95.(ИФ по РИНЦ 0,64).
3. Семина Т.В. Роль отдела кадров в формировании новых трудовых отношений в системе здравоохранения Российской Федерации // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2009. Т. 10. № 3. С. 59–68.(ИФ по РИНЦ 0,64).
4. Семина Т.В. Особенности социального управления кадровым потенциалом в отрасли здравоохранения // Научное обозрение. Серия 2: Гуманитарные науки. 2011. № 3. С. 53–58. (ИФ по РИНЦ 0,147).
5. Семина Т.В. Социологическая оценка кадров здравоохранения с целью выявления их правового и этического поведения // Научное обозрение. Серия 2: Гуманитарные науки. 2011. № 3. С. 59–64. (ИФ по РИНЦ 0,147).
6. Семина Т.В. Управление трудовыми ресурсами здравоохранения путем переориентации социальных норм поведения его персонала // Труд и социальные отношения. 2013. № 7. С. 3–6. (ИФ по РИНЦ 0,232).

7. Семина Т.В. Обострение проблем медицины в части устойчивой тенденции судебных исков пациентов // Научное обозрение. 2013. № 1. С. 106–111. (ИФ по РИНЦ 0,147).
8. Семина Т.В. Концепция глобальной гуманизации медицины // Научное обозрение. Серия 2: Гуманитарные науки. 2013. № 5. С. 23–27 Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. (ИФ по РИНЦ 0,002).
9. Семина Т.В. Социологические аспекты дисбаланса взаимоотношений медицины и населения в современной России // Вестник Российского университета дружбы народов. 2015. Т. 15. № 3. С. 70–79. (ИФ по РИНЦ 0,581).
10. Семина Т.В. Социальный конфликт «врач–пациент» в современном российском обществе: объективные причины и субъективные факторы // Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2016. № 1. С. 84–106. (ИФ по РИНЦ 0,002).
11. Осипова Н.Г., Семина Т.В. Идеальный тип и профессиональные деформации личности врача в условиях современного этапа глобализации // Общество: социология, психология, педагогика. 2017. № 5. С. 32–36 (ИФ по РИНЦ 0,473).
12. Семина Т.В. Социальная напряженность и формы ее проявления в сфере здравоохранения. Социология. 2017. № 1. С. 79–82. (ИФ по РИНЦ 0,473)
13. Семина Т.В., Осипова Н.Г. Профессиональное выгорание врача как результат воздействия факторов макросферы и микросферы // Теория и практика общественного развития. 2017. № 7. С. 5–12.(ИФ по РИНЦ 0,473).
14. Семина Т. В. Факторы эскалации социального конфликта медицины и населения в условиях трансформации общества // Политика и общество. 2017. № 10. С. 1–9.(ИФ по РИНЦ 0,473).
15. Семина Т.В. Социальные изменения личности врача в эпоху

- глобализации, интеграции и унификации // Общество: социология, психология, педагогика. 2017. № 10. С. 52–55. (ИФ по РИНЦ 0,473).
16. Семина Т.В. Проблематика социально-правового конфликта в сфере современного здравоохранения // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2017. Т. 18. № 6. С. 595–601(ИФ по РИНЦ 0,002).
 17. Осипова Н.Г., Семина Т.В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2017. № 3. С. 4–29. (ИФ по РИНЦ 0,002).
 18. Osipova N.G., Semina T.V., Solomatina E.N. Social conflict in the modern Russian society on the example of the “doctor-patient” relations // Ponte. 2017. Vol. 73, N. 11. P. 295–310. (ИФ по РИНЦ 0,544).
 19. Семина Т.В. Социология и юриспруденция в современном здравоохранении // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2018. Т. 19. № 1. С. 28–36.(ИФ по РИНЦ 0,64).
 20. Семина Т.В. Влияние глобализации на культуру врачебного сообщества в системе здравоохранения России // Общество: социология, психология, педагогика. 2018. № 9. С. 21–25. (ИФ по РИНЦ 0,473).
 21. Осипова Н.Г., Семина Т.В., Новоселова Е.Н. Доверие врачебному сообществу: резерв для сохранения и улучшения здоровья населения России // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2019. Т. 20. № 5. С. 394–401. (ИФ по РИНЦ 0,64).

II. Статьи, опубликованные в журналах, входящих в перечень ВАК Минобрнауки РФ

22. Семина Т.В. Управление трудовыми ресурсами здравоохранения путем переориентации социальных норм поведения его персонала // Труд и социальные отношения. 2013. № 7. С. 3–6.
23. Семина Т.В. Социологические аспекты дисбаланса взаимоотношений медицины и населения в современной России // Вестник Российского университета дружбы народов. 2015. Т. 15. № 3. С. 70–79.
24. Осипова Н.Г., Семина Т.В. Идеальный тип и профессиональные деформации личности врача в условиях современного этапа глобализации // Общество: социология, психология, педагогика. 2017. № 5. С. 32–36.
25. Семина Т.В., Осипова Н.Г. Профессиональное выгорание врача как результат воздействия факторов макросферы и микросферы // Теория и практика общественного развития. 2017. № 7. С. 5–12.
26. Семина Т. В. Факторы эскалации социального конфликта медицины и населения в условиях трансформации общества // Политика и общество. 2017. № 10. С. 1–9.
28. Семина Т. В. Влияние глобализации на культуру врачебного сообщества в системе здравоохранения России // Общество: социология, психология, педагогика. 2018. № 9. С. 21–25.

III. Монографии

29. Семина Т.В. Социально-юридический конфликт пациента и врача в обществе. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2015. 236 с.
30. Семина Т.В. Социология труда врача в эпоху глобализации. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2015. 240 с.
31. Семина Т.В. Дефекты медицинской помощи: сущность и социальные последствия // Современная социология: ключевые направления и векторы развития / Под ред. Н.Г. Осиповой. М.: Канон+РООИ

«Реабилитация», 2018. С. 269–309.

IV. Публикации в других научных изданиях или сборниках:

32. Семина Т.В., Бурцева Е.М. Кадровая политика учреждения здравоохранения и высшее сестринское образование // Главная медицинская сестра. 2003. № 4. С. 59–61.
33. Семина Т.В. Здравоохранение: нужен прорыв в управлении персоналом // Служба кадров. 2008. № 10. С. 31–34.
34. Семина Т. В. Возникновение конфликтов и способы их разрешения // Служба кадров. 2008. № 12. С. 42–44.
35. Семина Т. В. С помощью модульного социотеста // Служба кадров. 2009. № 6. С. 22–25.
36. Семина Т.В. Реформирование оплаты труда в учреждениях здравоохранения // Служба кадров. 2009. № 5. С. 119–122.
37. Семина Т.В. Контроль дисциплины: точность и объективность // Служба кадров. 2009. № 9. С. 32–34.
38. Семина Т.В. И врачу нужна помощь // Служба кадров. 2009. № 12. С. 41–44.
39. Семина Т.В. Об этике общения и имидже // Служба кадров. 2010. № 8. С. 53–57.
40. Семина Т.В. О внутреннем и внешнем аудите // Служба кадров. 2010. № 6. С. 23–25.
41. Семина Т.В. Нематериальное стимулирование по-прежнему актуально // Служба кадров. 2010. № 4. С. 25–27.
42. Семина Т. В. Как медикам стать юридически грамотными // Служба кадров. 2010. № 11. С. 69–71.
43. Семина Т.В. Факторы, способные повлиять на личность медицинского работника и их социальная значимость в обществе // Казанская наука.

2011. № 8. С. 352–356.
44. Семина Т.В. Судебная практика. Трудовой спор и истечение срока давности // Служба кадров. 2011. № 3. С. 114–118.
45. Семина Т.В. Как разрешить конфликт интересов? // Служба кадров. 2011. № 5. С. 27–29.
46. Семина Т.В. Инновационные методы управления // Служба кадров. 2011. № 8. С. 31–33.
47. Семина Т.В., Пронин Э.А. Социальные проблемы взаимоотношений врача и пациента в современном социуме // Вестник МГУПИ. 2012. № 42. С. 53–59.
48. Семина Т.В. Медицина: сложности применения дисциплинарных взысканий // Служба кадров. 2012. № 9. С. 36–39.
49. Семина Т.В. Врач, научись сам! // Служба кадров. 2012. № 6. С. 65–68.
50. Семина Т.В. Управленческий процесс и индивидуализация профессиональной личности медицинских кадров // Вестник МГУПИ. 2013. № 44. С. 23–25.
51. Семина Т.В. Социальные проблемы кадрового потенциала в современном социуме // Перспективы науки. 2013. № 8. С. 76–78.
52. Семина Т.В. Социальные взаимоотношения современного общества и медицины // European Social Science Journal (Европейский журнал социальных наук). 2013. Т. 1. № 9. С. 291–294.
53. Семина Т.В. Причины снижения социального статуса врача в современной России // Глобальный научный потенциал. 2013. № 4 (25). С. 24–26.
54. Семина Т.В. Парадигма социального развития этики и деонтологии в сфере здравоохранения // Вестник развития науки и образования. 2013. № 4. С. 266–270.
55. Семина Т.В., Золотарев Н.Ю. Гражданско-правовая ответственность в медицине // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-

сосудистые заболевания. 2013. Т. 14. № 3. Приложение. С. 271.

56. Семина Т.В., Милюевская Е.Б. Этика и деонтология в сестринской деятельности // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2013. Т. 14. № 3. Приложение. С. 264.
57. Семина Т.В., Золотарев Н.Ю. Правовые проблемы при оказании медицинской помощи // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2013. Т. 14. № 3. Приложение. С. 271.
58. Семина Т.В. Особенности профессиональной ответственности врача в современной России // Приволжский научный вестник. 2013. № 2 (18). С. 105–108.
59. Семина Т.В. Концепция конструктивного влияния на социальный конфликт медицины и общества // Глобальный научный потенциал. 2013. № 12 (33). С. 56–59.
60. Семина Т.В. Современные тенденции развития социологии медицины // European Social Science Journal (Европейский журнал социальных наук). 2014. Т. 1. № 1. С. 242–245.
61. Семина Т.В. Медику помогает социология // Служба кадров. 2014. № 3. С. 41–43.
62. Семина Т.В. Концепция социального статуса и социальной роли врача в России // Глобальный научный потенциал. 2015. № 8. С. 63–65.
63. Семина Т.В. Детерминанты конфликта медицины и общества в современном социуме // European Social Science Journal (Европейский журнал социальных наук). 2015. № 4. С. 232–238.
64. Семина Т.В. Влияние средств массовой информации (СМИ) на сферу здравоохранения // Казанская наука. 2015. № 7. С. 63–65.
65. Семина Т.В. Обоснованный риск в профессиональной деятельности врача // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Т. 16. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2015. С. 264.
66. Семина Т.В. Причины социальных конфликтов в современном

- здравоохранении // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева. Сердечно-сосудистые заболевания. 2015. Т. 16. № 3. Приложение. С. 264.
67. Семина Т.В. Понятие риска в профессии врача сердечно-сосудистого хирурга // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2016. Т. 58. № 3. С. 166–170.
 68. Семина Т.В. Парадигма взаимоотношений врача и пациента // Безопасность и этические аспекты деятельности медицинских работников. Правовое обеспечение. Управление библиотечных фондов (Парламентская библиотека). М.: Библиодосье, 2016. С. 12–16.
 69. Семина Т.В., Осипова Н.Г. Защита чести и достоинства врача // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2017. Т. 18. № 3. Приложение. С. 247.
 70. Семина Т.В. Тенденции современного здравоохранения: выгорание врача сердечно-сосудистого хирурга // Бюллетень НЦССХ им. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2017. Т. 18. № 3. Приложение. С. 178.
 71. Бокерия Л.А., Семина Т.В. Правовые вопросы в здравоохранении: проблемы и решения // Новости сердечно-сосудистой хирургии. 2017. Т. 1. №3–4. С. 117–122.
 72. Семина Т.В. Конфликты в медицине: судебная практика // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2017. Т. 18. № 3. Приложение. С. 244.
 73. Стрелков А.А., Семина Т.В. Проблемы социально-юридического конфликта в здравоохранении и пути их решения // Мир криминалистики. 2018. № 1. С. 43–48.
 74. Семина Т.В. Повышение квалификации врачебного сообщества по медицинскому праву, социологии и философии // Новости сердечно-сосудистой хирургии. 2018. Т. 2. № 3. С. 208–209.
 75. Семина Т.В. Глобальный образ жизни общества: основные концепции

динамики культуры в сфере здравоохранения // Актуальные проблемы информационного общества в науковедении, культуре, образовании, экономике. М.: ИИЦ «АТиСО», 2018. С. 298–301.

76. Семина Т.В. Проблемы развития междисциплинарной интеграции современного здравоохранения: медицинское право, этика и деонтология // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева. Сердечно-сосудистые заболевания. 2018. Т. 19. № 3. Приложение. С. 268.
77. Семина Т.В., Чеботарь Е.А. Медицинская активность населения как фактор здоровьесберегающего поведения // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2018. Т. 19. № 3. Приложение. С. 267.
78. Семина Т.В. Гражданский процесс: судебная практика по медицинским делам // Вестник Российского нового университета. Серия: Человек и общество. 2019. № 1. С. 177–183.
79. Семина Т.В. СМИ и медицина: Проблемы реализации правовой защиты престижа профессии врача в современной России // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2019. Т. 20. № 5. Приложение. С. 174.
80. Семина Т.В. Проблематика по защите чести и достоинства врачебного сообщества // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2019. Т. 20. № 5. Приложение. С. 174.