СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА

Т.В. Семина, канд. социол. наук, руководитель отдела Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, ст. науч. сотрудник социологического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова*

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНФЛИКТ “ВРАЧ — ПАЦИЕНТ” В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ: ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЧИНЫ И СУБЪЕКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ

T.V. Semina, Ph.D. in sociologic science, Chief of legal department.
A.N. Bakoulev Scientific center for cardiovascular surgery, senior researcher
of the faculty of sociology of Lomonosov Moscow State University,
e-mail: bakulev.yurotdel@bk.ru

SOCIAL CONFLICT “DOCTOR — PATIENT” IN MODERN RUSSIAN SOCIETY: THE OBJECTIVE REASONS AND SUBJECTIVE FACTORS

Статья посвящена одной из наиболее актуальных и сложных проблем современного российского общества — конфликту врача и пациента. В ней анализируются объективные причины и субъективные факторы возникновения этого конфликта в условиях модернизации здравоохранения и медицинского обслуживания населения. В числе объективных причин особое внимание уделяется несовершенству нормативной базы в области здравоохранения, низкому качеству образования у будущих медицинских работников, расширению спектра платных медицинских услуг, деструктивной деятельности СМИ, “подогревающих” конфликтное противостояние. Субъективные факторы конфликта автор связывает со спецификой профессии врача и особенностями ее реализации в последние годы. Это, прежде всего, деформация профессионального сознания врачей, низкая мотивация труда врача и как следствие незаинтересованность в излечении больного. Проблема конфликта усугубляется дисбалансом системы управления кадровым потенциалом отрасли, ослаблением контроля со стороны руководителей медицинских организаций. “Врачебные ошибки” и неразвитость доказательной медицины в последние годы вызывают большой резонанс в обществе. В заключении автором предложены профилактические меры по снижению социального конфликта “врач-пациент” и научное развитие социальной гармонизации во взаимоотношениях.

* Семина Татьяна Васильевна, e-mail: bakulev.yurotdel@bk.ru

Ключевые слова: социология медицины, здоровье, социальные связи и отношения, социальный конфликт, конфликт “врач — пациент”, объективные и субъективные факторы, медицинское право, медицинская этика и деонтология, профессиональная деформация личности врача, медицинская ошибка, нанесение вреда здоровью.

The article is devoted to one of the most actual and complex problems of the modern Russian society — the conflict of the doctor and the patient. It analyzes the causes of the objective and subjective factors of the conflict in the modernization of health and medical care. Among the objective reasons are the imperfections of the regulatory framework in the field of health care, poor quality education of future health workers, expanding the range of paid medical services, the destructive activities of the media, “warming up” conflicting confrontation. In it the objective reasons and subjective factors of occurrence of this conflict in the conditions of modernization of public health services and population health services are analyzed. Among the objective reasons the special attention is given to imperfection of standard base in the field of public health services, to poor quality of formation at the future medical workers, to expansion of a spectrum of paid medical services, destructive activity of the mass-media, “warming up” disputed opposition. The author connects subjective factors of the conflict with specificity of the medical profession and the characteristics of its implementation in recent years. First of all, they are — the deformation of professional consciousness of doctors, low motivation for their work and a lack of interest physician in treating the patient. The problem of the conflict is exacerbated by the imbalance of the system management of personnel potential of the industry, weakening the control of the medical organizations. “Medical errors” and poor development of evidence-based medicine in recent years have caused a great resonance in society. In conclusion the author proposes preventive measures to reduce social conflict of “doctor and patient” and the scientific development of social harmonization in the relationship.

Keywords: *medicine sociology, health, social communications and relations, the social conflict, the conflict “the doctor — the patient”, the objective and subjective factors, medical law, medical ethics and deontology, professional deformation of the physician individuality, medical error, drawing of harm to health.*

Социология медицины и здравоохранения — отрасль социологии, которая изучает широкий спектр проблем, связанных с ролью здравоохранения и медицины в современном обществе. Термин “социология медицины” был введен в научный оборот в 1879 г. в США, а в 1894 г. исследователь Чарли МакИнтайр дал определение этой отрасли социологии: “социология медицины — наука о социальных явлениях, окружающих врачей как отдельный класс; наука, исследующая законы, которые управляют отношениями между медицинской профессией и обществом в целом; изучающая структуру того и другого, причины statusquo, какой прогресс совершила ци-

визация, и вообще все, связанное с этой темой”¹. В 1902 г. Элизабет Блэквелл, первая женщина-врач в Америке, писала о социологии медицины, а в 1909 г. Джеймс Уорбейс выпустил книгу под названием “Медицинская социология”. В том же году Уорбейс основал социологическую секцию Американской ассоциации общественного здравоохранения².

Как отдельная дисциплина социология медицины сформировалась в зарубежных странах в 50-е гг. XX в. (в США, Великобритании, Германии и др.) в связи с необходимостью социологического осмысления роли и места медицины, системы здравоохранения, самого пациента в современных социально-экономических условиях и потребностью социологического образования для медицинского персонала.

В литературных источниках существовало несколько названий этой специальности — “социология здоровья и болезни”, “социология здоровья и медицины”, “медицинская социология”, “социология в медицине”, “социология здравоохранения”, “социальная медицина”, “социальная эпидемиология”. Социология медицины рассматривалась многими учеными как часть социологии и как часть медицины, как наука “на стыке” социологии и медицины. После долгих дискуссий специальность получила свое современное название — “социология медицины”.

Социология медицины (социология здоровья, медицинская социология) “изучает здоровье населения с социологических позиций, исследует закономерности формирования и сохранения здоровья человека с учетом условий его труда и быта, функционирования разнообразных условий и факторов, влияющих на здоровье различных социально-демографических и профессиональных групп населения, а также деятельности по охране здоровья людей”³.

Одним из направлений социологии медицины является область социальных процессов и связей, в рамках которой исследуются различные тенденции в сфере формирования здорового образа жизни людей, структура связи, механизмы функционирования и эффективность мероприятий по охране здоровья людей. Особое место в данной сфере занимает регулирование социальных связей “врач — пациент”.

¹ McIntire C. The importance of the study of medical sociology // Bulletin of the American Academy of Medicine. 1894. Vol. 19. P. 425.

² Rosen G. The evolution of social medicine // Handbook of Medical Sociology / Ed. by H. Freeman, S. Levine, L. Reeder. Englewood Cliffs, 1979. P. 37.

³ Лупандин В.М. Социология медицины (социология здоровья, медицинская социология). Российская социологическая энциклопедия / Под общ. ред. Г.В. Осипова. М., 1998. С. 507.

Известно, что в социологии термином “социальные связи” “обозначается вся совокупность факторов, обуславливающих совместную деятельность людей в конкретных условиях места и времени во имя достижения конкретных целей”⁴. Социальные связи обеспечивают реализацию функциональной роли социальной сферы как области непосредственного производства человека-индивида и личности. Социальные связи — это фундаментальный базис общественной жизни. Они выступают одним из специфических классов общественных (социетальных) связей, наряду с другими функциональными классами связей — экономическими, политическими, духовными. Исходным моментом возникновения социальных связей является взаимодействие индивидов или их групп с целью удовлетворения тех или иных потребностей. Поэтому социальные связи — это связи взаимодействия индивидов или групп индивидов, преследующих определенные социальные цели в конкретных условиях места и времени.

Устойчивая система социальных связей индивидов, сложившаяся в процессе их взаимодействия друг с другом в условиях данного общества, определяется социологами как социальные отношения. Так, “социальные отношения — это относительно устойчивые связи между индивидами (вследствие чего они объединяются в социальные группы) и социальными группами как постоянными носителями качественных видов деятельности, различающимися по социальным статусам и ролям в общественных структурах”⁵.

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

По мере развития представлений о том, что человек стал “социальным существом” и воплотил в себе “совокупность общественных отношений”, диапазон использования самого понятия, с одной стороны, расширился, а с другой — стал приобретать значение научной категории. Фундаментальный вклад в теорию социальных отношений внес К. Маркс, который обосновал родовую сущность человека через сложную систему связей и отношений. “Сущность человека не есть абстракт, присущий отдельному индивиду. В своей действительности она есть совокупность всех общественных отношений”⁶. Эти отношения строятся на базе согласия

⁴ Социология. Основы общей теории: Учебник для вузов / Отв. ред. Г.В. Осипов, Л.Н. Москвичев. М., 2002. С. 126.

⁵ Социология. Основы общей теории. С. 130.

⁶ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Т. 3. С. 3.

(консенсуса), но также могут носить и ярко выраженный конфликтный характер.

Как отмечал известный социолог XX столетия Р. Дарендорф, “равновесная модель общества... постулирует относительно стабильную систему, состоящую из частей, чьи функции определяются соотношением с системой”⁷. Однако для того, чтобы разрешить динамические проблемы на уровне систем социальных, необходимо не опровергнуть, а дополнить равновесную модель общества⁸ — предложить другую, конфликтную модель общества.

С точки зрения этой модели общество спланируется не посредством консенсуса, а с помощью принуждения, не через всеобщее согласие, а путем контроля одних над другими, и подобно тому, как конфликт ускоряет изменения, можно считать, что принуждение поддерживает конфликты. Конфликт вездесущ, поскольку насилие встречается повсюду, где люди объединены в общество⁹.

Источник систематических социальных конфликтов — отношения господства, принуждения и подчинения. “Социальные конфликты вырастают из структуры обществ, являющихся союзами господства и имеющих тенденцию к постоянно кристаллизующимся столкновениям между организованными сторонами”¹⁰.

Важным моментом осмысления социального взаимодействия врача и пациента является усиливающаяся неудовлетворенность людей профессионализмом и качеством оказания медицинской помощи, которая выражается в жалобах и судебных исках. К сожалению, в XXI в. врачи и население противостоят друг другу так, что социальный конфликт “врач — пациент” по масштабам распространенности в российском обществе носит общенациональный характер.

На наш взгляд, главной причиной возникновения социального конфликта врача и пациента является усиливающаяся неудовлетворенность членов общества качеством оказания медицинской помощи. Развитие гражданского общества и рост юридической грамотности населения привели к нарастающей активности пациентов в сфере защиты своих прав. Сообщество больных людей спланируется определенным и одинаковым пониманием значимости сохранения своего здоровья, а в отдельных случаях и жизни, поскольку именно “здоровье занимает самую верхнюю ступеньку на иерар-

⁷ Дарендорф Р. Тропы из утопии. Работы по теории и истории социологии. М., 2002. С. 327.

⁸ Там же. С. 324.

⁹ Дарендорф Р. Тропы из утопии. С. 358.

¹⁰ Дарендорф Р. Элементы теории социального конфликта // Социологические исследования. 1994. № 5. С. 143.

хической лестнице ценностей и в системе категорий человеческого бытия — среди интересов, идеалов, гармонии, смысла и счастья жизни, творческого труда, программы и ритма жизнедеятельности”¹¹.

Эти ценности не могут быть сравнимы с имущественными интересами, которые не представляют никакой ценности для члена общества при утрате им жизни или значительном повреждении здоровья. “Сознательно и добровольноверя медицинским работникам самое дорогое, что дается Богом и природой, — свое здоровье и жизнь, больной вправе рассчитывать на надлежащие оказание помощи”¹², которой он часто не получает.

Как и любой социальный конфликт, социальный конфликт “врач — пациент” в современном российском обществе обусловлен объективными и субъективными факторами.

Объективные факторы носят внешний по отношению к непосредственной реализации профессиональной врачебной деятельности характер. К ним относятся несовершенство существующей нормативной базы в области здравоохранения, дисбаланс в иерархии управления медицинскими учреждениями, низкое качество медицинского образования у будущих медицинских работников, расширение спектра платных медицинских услуг, деструктивная деятельность СМИ, “подогревающая” конфликтное противостояние.

Субъективные факторы конфликта непосредственно связаны со спецификой профессии врача и особенностями ее реализации в последние годы. В их числе: деформация профессионального сознания врачей, низкая мотивация труда врача, его незаинтересованность в излечении больного, приводящая к врачебным ошибкам, имеющим порой фатальное значение для пациента.

Реформы, проводимые в России в настоящее время, в том числе, и в здравоохранении, предусматривают создание нормативных актов, регулирующих взаимоотношения врача и пациента¹³. Правовое государство гарантирует личности ее права и свободы и их правовую защиту, но одновременно требует подчинения закону, соответственно возникает ответственность за неподчинение закону. Следовательно, права и ответственность должны быть определены в равной степени как для пациента, так и для врача, однако этого пока нет.

¹¹ *Петров В.И., Седова Н.Н.* Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград, 2001. С. 28.

¹² *Сергеев Ю.Д., Мохов А.А.* Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М., 2007. С. 8.

¹³ *Стародубов В.И.* О задачах по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения // *Здравоохранение*. 2005. № 3. С. 10.

С одной стороны, анализ нормативных документов показал, что правам пациентов и обязанностям медицинских работников посвящены 17 статей “Основ законодательства об охране здоровья граждан”, за нарушение которых предусмотрены различные формы ответственности — административная, дисциплинарная, гражданско-правовая, уголовная. Интересы врачей отстаивают лишь 5 статей (в части Трудового и Гражданского кодекса), но при этом отсутствуют специальные статьи, гарантирующие правовую защищенность врача. Профессия врача, которая имеет высокий социальный смысл, в правовом отношении остается практически не защищенной со стороны государства¹⁴.

Фактически, врач в большей степени имеет право работать, при этом работать в тяжелых, вредных и стрессовых условиях. Меры, направленные на повышение уровня оплаты труда врачей в виде надбавки за непрерывный медицинский стаж и доплаты за вредные и опасные условия труда, ничтожно малы и не отвечают тем физическим затратам, которые связаны с утратой здоровья во вредных и опасных условиях труда. И даже приобретя профессиональное заболевание и утратив профессиональную трудоспособность, врач не может получить достаточного для нормальной жизнедеятельности социально-страхового обеспечения и оказывается социально незащищенным ни в процессе трудовой деятельности, ни после ее окончания¹⁵.

С другой стороны, сохраняющиеся долгие годы проблемы не приведения законодательства об охране здоровья граждан в стройную систему, лишенную норм-деклараций, не позволяют достигнуть обеспечения прав и законных интересов пациентов при получении медицинской помощи¹⁶.

Например, вопросы юридической ответственности по ненадлежащему исполнению врачами своих профессиональных обязанностей являются самыми актуальными и важными в современной России, где здравоохранение погружается в жалобы пациентов. Так, ненадлежащее оказание медицинской помощи, низкий профессиональный уровень врачей на фоне роста юридической грамотности населения привели к нарастающей активности пациентов в области защиты собственных прав. В частности, увеличилось число не только жалоб пациентов в различные надзорные инстанции, След-

¹⁴ Смотри подробнее: *Мажаренко В.А., Приз Е.В.* К вопросу о социальной защищенности врача в современной России // Медицинское право. 2011. № 2.

¹⁵ *Соколова Н.А.* Профессиональный риск медицинских работников и его компенсация средствами трудового права // Современное право. 2010. № 2.

¹⁶ *Мохов А.А.* К вопросу о кодификации законодательства об охране здоровья граждан // Право и политика. 2002. № 7. С. 89.

ственный комитет, Минздрав РФ, Росздравнадзор РФ, но и иско-вых обращений в суды. Однако объективные и справедливые ре-шения конфликтных коллизий до сих пор остаются редкостью.

Специфика юридических конфликтов в области нарушения прав пациентов обусловлена тем, что медицинская организация, а также привлекаемые эксперты и специалисты используют специальную медицинскую терминологию, которая не всегда понятна иным участникам гражданского процесса. Это вызывает определенные сложности в восприятии информации не только пациентом, но и юристом-профессионалом, участвующим в судебном разбиратель-стве¹⁷. Еще одной причиной проигранного суда является то, что не каждый пациент, обращаясь в суд, может воспользоваться дорого-стоящими услугами адвоката.

Таким образом, в силу особого состояния практической зависи-мости больного человека от лечащего врача, которому он доверяет свое здоровье, юридическое обеспечение оказания медицинской помощи должно быть направлено, прежде всего, на своевременное, четкое и последовательное соблюдение врачом прав пациента¹⁸.

Для этого в медицинском законодательстве необходимо доста-точно однозначно — конкретно и четко определить и такие поня-тия как “несчастный случай в медицине”, “ятрогения”, “обосно-ванный медицинский риск”, “непрогнозируемый отрицательный результат” и ряд других. Именно к таким категориям апеллируют представители медицинской профессии в качестве оснований, да-ющих исполнителю медицинской услуги “право” избежать ответ-ственности перед пациентом за непредсказуемый и неблагоприят-ный результат медицинского вмешательства.

Не менее важным и существенным моментом является то, что политику и законодательство в области здравоохранения нельзя разрабатывать и осуществлять без наличия специальных знаний, без споров и дискуссий, без должного учета вопросов этики. Это касается установления приоритетов и принятия разумных реше-ний в отношении введения дополнительных сервисных медицин-ских услуг, конкурирующих видов обслуживания, дорогостоящего продления медицинскими средствами жизни безнадежно больных пациентов, организации проведения лечебных мероприятий с по-мощью современных медицинских технологий¹⁹.

¹⁷ Похабов С.С. Правовая природа договора оказания платных медицинских ус-луг // Гражданское право. 2007. № 3.

¹⁸ Колоколов Г.Р. Медицинское право. М., 2010. С. 8.

¹⁹ См. об этом: Григорьев Ю.И., Григорьев И.Ю. Организационно-правовые проблемы повышения эффективности деятельности в сфере охраны здоровья на-селения // Медицинское право. 2005. № 3.

Кроме того, нормативная база здравоохранения меняется с такой скоростью, что врачебное сообщество не успевает реагировать на это созданием новой устойчивой системы взаимоотношений между медицинским персоналом и пациентом²⁰.

Следует отметить, что существующий изъян длительного перестроечного периода, радикальных как экономических, так и политических реформ в постсоветской России предопределил не только отсутствие правового контроля, но и повышенную криминализацию, получение неформальных платежей в медицине, чем еще больше усугубил дисбаланс взаимоотношений врачей и пациентов. Так, до сих пор отсутствуют правовые нормы по привлечению врача к ответственности за нарушение норм этики и деонтологии, а моральное порицание не интересует современного человека.

Действительно, как уже было частично показано выше, статус пациента предоставляет специфические права, производные от общих гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав человека, регулируемые при получении медицинской помощи и связанных с ней услуг или в связи с любым медицинским воздействием, осуществляемым в отношении больных людей.

В области охраны здоровья можно выделить две группы прав — социальные и индивидуальные. Социальные права в данной области связаны с социальными обязательствами, возложенными на правительство, общественные или частные организации по обеспечению всего населения медицинской помощью на должном уровне. Под индивидуальными правами подразумевают такие права, которые неотделимы от личности пациента²¹.

Сегодня права пациентов закреплены главным образом в Конституции РФ и ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в РФ”. В Конституции РФ (ст. 41) указано, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. В ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в РФ” глава 2 посвящена основным принципам охраны здоровья, п. 2 ст. 222 выделяет приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи. Однако сегодня стремительными темпами формируется и развивается довольно специфический рынок платных медицинских услуг со своими особенностями.

²⁰ *Саверский А.В.* Защита прав пациента. Нижний Новгород, 2013. С. 101.

²¹ *Колоколов Г.Р., Махонько Н.И.* Обеспечение защиты прав пациентов — реализация комплекса правовых средств // Медицинское право: Учеб. пособие. М., 2009. С. 59.

²² Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2011.28.11. № 48. Ст. 6724.

Особенности качества медицинской помощи составляют такие ее признаки, как неопределенность индивидуальных потребностей, невыносимость страданий, которые переживает пациент при отдельных заболеваниях, что предопределяет высокую стоимость обслуживания²³.

При этом особым общественным индикатором являются цены на медицинские услуги. Несмотря на то что подавляющая часть медицинской помощи оказывается гражданам РФ бесплатно в рамках программы государственных гарантий и предоставления бесплатной медицинской помощи, динамика цен на услуги во все больше и больше развивающемся платном секторе здравоохранения воспринимается населением как наличие или отсутствие социальной справедливости²⁴.

В настоящее время бесплатные медицинские услуги, гарантированные государством, неправомерно подменяются платными медицинскими услугами. В связи с этим не обеспечивается в полной мере правильность выбора гражданами между платной и бесплатной медицинской помощью, что создает предпосылки для замещения бесплатных услуг платными. В связи с этим медицина в последние годы погружается в судебные тяжбы, что не приносит положительных результатов ни врачам, ни пациентам.

Традиционная ориентация на административно-правовое регулирование возникающих между врачом и пациентом отношений становится явно неприемлемой в новых условиях становления рынка медицинских услуг, и, как следствие, плавного перевода медицины в большей степени в сферу сугубо возмездных отношений. Также следует отметить, что эволюцию права в сторону признания за пациентом самостоятельного автономного состояния в отношениях с исполнителем медицинской услуги даже в силу вынужденности обращения за медицинской помощью в ряде ситуаций можно объяснить тенденциями повышения статуса личности в обществе, обретения новых качеств полноправного независимого участника общественных отношений²⁵.

Проблема конфликта врачей и пациентов усугубляется дисбалансом системы управления в медицинских учреждениях. В системе социального управления в медицинской организации важным звеном служит иерархия управления с дифференциацией компе-

²³ *Гадaborшев М.И., Левкевич М.М., Рудлицкая Н.В.* Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи. М., 2014. С. 33.

²⁴ *Семенов В.Ю.* Экономика здравоохранения. М., 2014. С. 392.

²⁵ *Наумова Р.Л.* Врачи и пациенты. Московская финансово-промышленная академия. М., 2011. С. 5.

тенций. В частности, грамотно организованная иерархия социально-правового управления способна интегрировать все внутренние импульсы напряженности взаимоотношений врача и пациента, предоставлять информацию руководителю медицинской организации о зарождающемся конфликте в любом отделении. Тогда в создавшейся конфликтной ситуации руководитель медицинской организации не только может ее контролировать, но и предлагать варианты мирного разрешения, выступать посредником и как лицо авторитетное, наделенное властными полномочиями, и как лицо в наибольшей степени заинтересованное в разрешении конфликта.

Однако позиция отдельных руководителей медицинских организаций оказывается весьма неопределенной или даже противоречивой, что не влечет за собой созидательной деятельности по снижению конфликтности в медицинском учреждении.

В последние годы в России был ослаблен контроль не только со стороны государства, но и со стороны руководителей медицинских организаций, обеспечивающих достаточное для медучреждений страны количество квалифицированных специалистов.

Известно, что институт образования в современной России переживает кризис, связанный как с влиянием на него других общественных систем (демосоциальной, экономической, политической, духовной), так и с состоянием сознания современного человека.

Если раньше система образования готовила людей к вполне устоявшимся общечеловеческим и профессиональным ролям, которые длительный период не менялись, то сегодня молодые люди, получающие образование, обращают свой взор на деятельность, которая сопряжена с “бизнесом” или зарабатыванием денег, порой не совсем законным путем. Данная проблема становится все более острой еще и потому, что в общественном сознании значительно упал престиж вузов, а население, соответственно, пожинает “плоды” подготовки неквалифицированных специалистов в различных областях.

Особую тревогу вызывает низкое качество медицинского образования, предоставляемого большинством вузов соответствующего профиля. Недостаточный уровень подготовки выпускников медицинских вузов, к сожалению, не всегда компенсируется на уровне последипломной подготовки. Врач — молодой специалист, профессионально не готов к самостоятельной клинической деятельности, и как следствие имеет место некачественное оказание медицинской услуги, на фоне чего и зарождается социальный конфликт. До сих пор отсутствуют нормативные акты по технологии самостоятельной подготовки врачей, учет и контроль качества внеу-

диторных занятий в нормативном и методологическом плане в полной мере не разработаны²⁶.

Непрофессионализм врачей нового поколения, их общее равнодушие к больному человеку вызывают неудовлетворенность у населения и приводят к конфликтам.

В последние десятилетия медицина серьезно страдает от несправедливой и недостоверной пропаганды СМИ, в результате которой нивелируется авторитет и понижается статус врача в обществе. Деструктивное воздействие СМИ, особенно на больного человека, осуществляется посредством скандальных телепередач, в которых на суд зрителей выносятся неудачные случаи лечения пациентов. А выбор журналистов, как правило, случаен и не имеет ничего общего с медициной. Также нельзя не отметить потенциальную опасность для жизни и здоровья людей бездумного внедрения в лечебную практику БАД, позиционируемых СМИ как лечебное средство от конкретных заболеваний. На фоне всеобщего недоверия к медицине больной человек начинает заниматься самолечением.

С точки зрения социологии медицины, необходимо видеть не только тенденции восприятия и ответного поведения аудитории в целом, но и отдельных ее групп. Как отдельную группу необходимо рассматривать больных людей, у которых восприятие информации СМИ обостряет “больное” сознание, в результате утрачивается вера в выздоровление и усугубляется безнадежность положения больного человека. Негативная подача информации формирует в сознании населения негативный образ врача как “вредителя в белом халате”, а у пациентов растет недоверие к медицине, что влечет за собой отказ от профессиональной медицинской помощи.

Изменения, происходящие в социально-экономической сфере российского общества, развитие технологического прогресса изменили содержание труда врача.

Отношение к труду врача в современных условиях определяется факторами, формирующими его и социально обусловленными значимостью профессии и осознанием пользы своей трудовой деятельности на благо общества. Так, несоответствие вклада труда врача и недооценка обществом степени идентификации сложности его труда — лишь отдельные факторы, которые приводят к профессиональному эмоциональному истощению. В последние несколько десятилетий низкая мотивация труда врача вовсе не стимулировала

²⁶ 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.

его к труду, а лишь занижала самооценку, снижала престиж профессии. Противоречие между материальным положением, когда не учитываются физические и психологические трудовые затраты врачей, и высоким статусом врача в обществе толкает некоторых медицинских работников на то, чтобы удовлетворять материальные интересы незаконными средствами. В связи с этим развивается так называемый феномен незаинтересованности врача в излечении пациента.

Даже самая лучшая клиника, оснащенная самым высокотехнологичным оборудованием, не может никому гарантировать эффективного лечения без квалифицированных специалистов, без их нравственной позиции по отношению к больному. Сохранение и улучшение здоровья населения сосредоточены именно в руках медика.

Лечащий врач — самостоятельная и главная фигура в установлении диагноза пациента, проведении лечения, а порой и в решении вопросов жизни и смерти. Любой контакт с врачом — это активное вмешательство не только в физическое (здоровье) и социальное бытие пациента, но и в его духовную жизнь. Врач ежедневно вмешивается в человеческую жизнь и часто несет за нее ответственность.

Личность врача имеет исключительное значение для больных людей, ожидающих помощи. Для того чтобы быть способным с честью нести возлагаемую на него обществом высокую ответственность, врач должен быть не только профессионалом, но и нравственно ответственным человеком, ибо быть нравственным — это сама суть медицины.

В последние десятилетия основные силы государства в здравоохранении были направлены на совершенствование механизма финансирования, обеспечение клиник новым медицинским оборудованием. Организация медицинской помощи и соблюдение норм этики и деонтологии, гуманистические и общечеловеческие принципы медицины долгие годы оставались без надзора и контроля со стороны государства. Безусловно, современное здравоохранение нуждается и в достойном финансировании, новом высокотехнологичном оборудовании, но без главного участника клинического процесса, врача, все это теряет смысл.

Происходит также изменение взглядов и представлений людей на все сферы общественной жизни, в том числе и на медицину. Устаревшие идеалы и стереотипы уходят в прошлое, в обществе укрепляется социологический характер в области прав. Поскольку медицина охватывает все слои общества (с рождения и до самой

смерти человек соприкасается со здравоохранением), пациенты, которые становятся все более информированными, все чаще отстаивают свое право именно на качественное оказание медицинских услуг.

Однако врачебное сообщество слабо реагирует на стремительно меняющуюся законодательную базу и изменившуюся правовую грамотность пациента. При этом среди ученых юристов разворачиваются дискуссии вокруг различных аспектов уголовной ответственности врача²⁷.

Преступлением признается совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным Кодексом под угрозой наказания. Уголовная ответственность — самая сложная и тяжелая из всех видов ответственности, она может навсегда изменить судьбу врача, отбывавшего наказание в местах лишения свободы. К сожалению, даже попав под уголовное преследование, врачи не всегда задумываются над тем, что с ними может произойти в дальнейшем.

Основным принципом закона должна быть соразмерность между преступлением и наказанием, нарушение этой соразмерности приводит к тому, что врач несет неоправданно суровое наказание. В случае если вина врача установлена, необязательно лишать его свободы. Уголовное право предусматривает и другие виды наказания, например, денежную компенсацию на восстановление здоровья (иногда пожизненно) или лишение права заниматься профессиональной медицинской деятельностью, исправительные работы. Однако наказание врача, даже с назначением самой безобидной на первый взгляд меры наказания, если сравнивать ее с лишением свободы, всегда будет иметь последствия для него. Иногда эти последствия могут носить необратимый характер для врача, он может никогда не вернуться к профессиональной медицинской деятельности.

Действительно, случаи причинения медицинскими работниками вреда здоровью или смерти пациентам вызывают настолько большой резонанс в обществе, что это побуждает многих юристов усомниться в возможности достичь социальной справедливости путем применения к виновным лицам норм действующего уголовного законодательства. Сложность установления объективной истины по профессиональным преступлениям, совершенным медицинскими работниками, усугубляется отсутствием законодательно закрепленного определения понятия преступления, что в свою очередь ведет

²⁷ *Сергеев Ю.Д., Трефилов А.А.* Ответственность за неоказание помощи больному в уголовном праве России, Украины и Беларуси: сравнительно-правовые аспекты // Медицинское право. 2012. № 2. С. 3–6.

к отсутствию законодательно закреплённого предмета доказательной медицины²⁸.

Следует отметить, что “врачебная ошибка” — понятие не правовое, а общемедицинское, оно стало общепринятым и вошло в медицинские энциклопедии, монографии и другую научную литературу. Ни в гражданском, ни в уголовном праве такого понятия нет. Правосудие не знает такого вида правонарушений и не использует это понятие. Поскольку термин “врачебная ошибка” является индифферентным по отношению к праву, его заменяет унифицированный термин “дефект оказания медицинской помощи”, который правомерен с юридической точки зрения²⁹.

Проблема профессиональных ошибок врачей и дефектов оказания медицинской помощи по-прежнему является весьма актуальной. Анализ литературных источников убедительно подтверждает, что и сегодня не существует однозначных определений врачебных (профессиональных) ошибок медицинских работников с точки зрения как медицинских, так и юридических позиций. Отсутствуют разработанные, достоверные, научно обоснованные критерии экспертной оценки профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи³⁰.

На самом деле имеют место субъективные и объективные причины, приводящие к дефектам оказания медицинской помощи. Так, неблагоприятный исход лечения может быть сопряжен со стечением обстоятельств, непредвиденной реакцией организма пациента и прочими непредсказуемыми факторами, состоянием крайней необходимости, когда врач, спасая жизнь пациенту, действует в условиях экстремальной ситуации, принимает решения в считанные секунды и медицинские мероприятия проводятся по жизненным показаниям. С одной стороны, пациенты и их родственники, а также адвокаты и следователи не понимают, что у врача практически в каждом случае оказания медицинской услуги существует риск негативных последствий, что может привести к ухудшению здоровья пациента, нанести вред здоровью.

²⁸ Сучков А.В. Анализ дефиниций понятия “врачебная ошибка” с целью формулирования определения “профессиональные преступления медицинских работников” // Медицинское право. 2010. № 5.

²⁹ Сашко С.Ю., Кочорова Л.В. Медицинское право: Учеб. пособие. М., 2009. С. 165.

³⁰ См. об этом: Мурзанов М.М., Хасанов А.Г., Халиков А.А. Хирургические ошибки / Под ред. М.М. Мурзанова. Уфа, 2009. С. 432; Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты): Научно-практическое руководство. М., 2008. С. 84–90; Тимофеев И.В., Леонтьев О.В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты. СПб., 2002. С. 6–13, 47–54.

С другой стороны, все признают, что несмотря на успехи медицины безошибочная работа врачей в принципе невозможна. В связи с этим чрезвычайно важной проблемой является выработка взвешенного подхода к правовому регулированию медицинской деятельности и определению однозначного подхода относительно юридической квалификации ошибочных действий врачей³¹.

Профессор Я. Радиш и его коллеги определяют медицинскую ошибку “как действие или бездействие медицинского персонала, которое выразилось в неправильном оказании (неоказании) помощи, диагностике заболевания и лечении больных (потерпевших) и реально ухудшило состояние пациента. Или привело к причинению вреда здоровью или жизни личности, которое характеризуется как добросовестное заблуждение при отсутствии признаков халатности, злоумышленного или небрежного проступка и преступного недосмотра, невежества”³².

Современное американское право к причинам возникновения смерти относит любые незаконные действия, обусловившие смерть в течение трех лет после их совершения. Врач обязан сообщить об очевидных или подозрительных признаках насильственной смерти coroneru или медицинскому ревизору в случае, например, внезапной смерти при медицинских вмешательствах или смерти заключенных и т.п.

Разумеется, родственникам трудно смириться с мыслью о том, что близкий человек умер или утратил здоровье. Смерть близкого человека всегда тяжело перенести, даже если она приходит после тяжелой и продолжительной болезни, и даже если врач сделал все возможное, шел на риск, когда у него не было выбора. Так, И.С. Мыльников считает, что “исключить существование рисков в медицине нельзя. Врач никогда не может быть на 100% уверенным в своих выводах относительно диагноза и лечения, он никогда не может быть уверенным в реакции больного на лечение, в технически сложных случаях он никогда не может быть уверен, что ему удастся все сделать, как хотелось бы. То есть неопределенности постоянно сопровождают врача, и чем неувереннее он в каждом конкретном случае, тем осмотрительнее и внимательнее должен

³¹ 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 (теоретические аспекты проблемы) // Медицинское право. 2005. № 4.

³² Радиш Я., Бедрик І., Радиш Л., Кузьмінський П. Медична помилка: сутність, класифікація та правовий вимір // Медичне право. 2008. № 1. С. 57.

быть. Кстати, именно поэтому самоуверенный врач просто профессионально непригоден”³³.

Между тем, современные условия развития законодательства и медицинской науки требуют принципиально нового подхода к анализу теоретических и практических аспектов ненадлежащего врачевания, что представляет собой острую медико-юридическую проблему, решение которой актуально как для правового поля правосудия, так и для практического здравоохранения. В данном аспекте наиболее актуальным вопросом является определение такого понятия, как “дефект оказания медицинской помощи”, поскольку оно и сегодня широко используется³⁴.

Безусловно, в каждой профессии имеют место “человеческий фактор” и ошибки профессиональной деятельности, особенно в непредсказуемой ситуации. Кроме профессии врача есть и другие профессии, в которых ответственность за жизнь человека особенно велика — авиационный персонал, военные, диспетчеры, пожарные. В экстремальных ситуациях времени на принятие решения крайне мало, что порождает ошибки. Так, врач иногда в считанные секунды должен принять решение по оказанию неотложной медицинской помощи, спасти жизнь человека в ситуации крайней необходимости и нехватки времени. Безусловно, в такой ситуации врач может допустить ошибку, которая в последующем может стоить пациенту жизни.

Есть и другой аспект проблемы некачественного оказания медицинской помощи и непрофессиональных действий врачей, при котором дефекты медицинской помощи связаны с отсутствием правовых знаний у медицинских работников, а иногда и с их безответственностью. Иногда врачей, которые проявляют преступную небрежность и не умеют предвидеть возможные общественно опасные последствия своих действий (хотя они обязаны были и могли их предвидеть), не привлекают к юридической ответственности.

Так, П.Г. Габай считает, что “анализ сложившейся судебной практики показывает, что преступными признаются только те действия медицинских работников, которые нельзя признать логичными в лечении конкретных заболеваний или они грубо нарушают порядки и стандарты оказания медицинской помощи, общепризнанные технологии проведения каких-либо медицинских процедур. При бездействии под уголовно-правовую оценку также попадают

³³ Мыльникова И.С. Существуют ли врачебные ошибки? // Главный врач. 2012. № 1.

³⁴ Смотри подробнее: Мохов А.А., Мохова И.Н. Еще раз к вопросу о врачебной ошибке как медицинском и социально-правовом феномене // Юрист. 2004. № 2. С. 48—58; Ответственность за правонарушения в медицине. М., 2006. С. 240.

только крайние формы его проявления со стороны медицинских работников, когда органам расследования удастся доказать, что субъектом преступления осознавался факт необходимости оказания экстренной или другой медицинской помощи пациенту. Фактически к уголовной ответственности привлекаются только те медицинские работники, чье бездействие обусловлено таким видом неосторожности, как легкомыслие, когда субъект предвидел возможность наступления общественно опасных последствий для пациента в результате своего бездействия, но самонадеянно, без достаточных к тому оснований рассчитывал на их устранение”³⁵.

Медицинская деятельность не может полностью исключить риск ошибки в лечебно-диагностическом процессе, даже если врач принял все возможное для спасения жизни и здоровья пациента. Например, бухгалтерскую ошибку можно исправить: внести правку в документ, а если это окажется несвоевременным, то позже возместить недостающую сумму. Что касается медицины, то здесь ситуация совсем иная: утраченное здоровье и тем более жизнь человека вернуть невозможно. Если врач допустил ошибку (как это может сделать любой человек в своей профессиональной деятельности), то она может очень дорого стоить пациенту: как минимум это “утрата здоровья”, а как максимум — утрата жизни. Неспроста в обществе бытует изречение: “У каждого врача есть свое кладбище”.

Как мы уже говорили, труд врача отличается от труда людей других профессий именно высокой ответственностью врача за жизнь человека. На результаты профессиональной деятельности врача оказывает влияние в том числе индивидуальность пациента — его анатомическое строение, не только физические, но личностные характеристики. Следует согласиться с тем, что “врач может стать полноценным выразителем идей и принципов только в том обществе, где болезни людей перестают быть источником материального благополучия и обогащения медиков”³⁶.

С одной стороны, современная медицина постоянно совершенствуется, внедряются передовые медицинские технологии, меняется и само общество, которое предъявляет к медицине все более высокие требования. В современных условиях исполнение социальной роли медицинского работника ухудшилось, изменилась этика и деонтология, и, как следствие, возникло несоответ-

³⁵ Габай П.Г. К вопросу о детерминации неосторожных преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Российский следователь. 2014. № 2.

³⁶ Морозов Г.В., Царегородцева Г.И. Медицинская этика и деонтология. М., 1983. С. 46.

ствие между внутренними установками личности и требованиями статуса.

С другой стороны, общество отказывается понимать сложность труда и объективные возможности врача, учитывать важность его профессиональных и нравственных качеств для жизни и здоровья каждого потенциального пациента. Этика и принципы поведения изменились не только у врачей по отношению к больным, но и у больных и их родственников — по отношению к врачам.

На наш взгляд, нарастающий конфликт между врачом и пациентом не разрешить только судебными разбирательствами, жалобами в надзорные инстанции, которые лишь обостряют проблему. Необходимо концептуальное переосмысление всей системы здравоохранения. Прежде всего, необходима разработка новой концепции научного развития здравоохранения, особенно в части правового обеспечения медицинской деятельности; концепция развития здравоохранения должна иметь конкретные механизмы реализации социальной и профессиональной ответственности врача только за лечебный процесс.

Сегодня насущной потребностью является развитие “медицинского права”, которое должно включать в себя многоаспектные общие и частные вопросы, связанные со здравоохранением и медицинской деятельностью.

Кроме того, следует провести аудит всей законодательной базы здравоохранения, исключить дублирование нормативных актов, все коллизии, несоответствия и противоречия с иными законодательными актами, представить их в более доступной для восприятия обществом форме. Современные законодатели часто лишь демонстрируют свою эрудицию, создавая огромные, массивные законодательные акты, которые и юристу порой не по силам освоить из-за лишнего или нечитабельного текста.

Важно подчеркнуть, что юриспруденция не терпит “лирики”, — закон должен содержать четкий и понятный для всех категорий индивидов текст, который устанавливает нормы, предусматривающие правовое регулирование деталей или процедур, а также безукоризненное исполнение закона как врачом, так и пациентом³⁷. Это станет одной из многих предпосылок снижения конфликта пациента и врача в обществе, поскольку именно закон регулирует поведение людей и социально-правовые отношения, установленные и контролируемые государством.

³⁷ См. подробнее: *Шамиурин В.И., Танковский В.Э.* Правовые взаимоотношения между врачом и пациентом // *Здравоохранение*. 1998. № 6. С. 7–14.

Сегодня успешное функционирование организаций здравоохранения требует постоянного совершенствования и социальной гармонизации взаимоотношений пациента и врача, развития инновационных подходов в социологии медицины, адаптации этических и деонтологических норм к современным реалиям. Наряду с этим должны изменяться принципы и цели социального управления, структура и содержание формальных и неформальных связей в медицинском коллективе; идеология медицинской деятельности заставляет перестраивать систему медицинской помощи населению, вынуждает кардинально пересмотреть некоторые нормы врачебной тактики.

Научное развитие методологии современной науки по вопросам регулирования взаимоотношений врачей и пациентов должно базироваться на патерналистском подходе. Оно также должно учитывать принцип конечного результата, а также значимость влияющих на него компонентов — состояния здоровья пациента, качества лечения, морального удовлетворения от него. Следует осознавать, что социальное управление социальным конфликтом “врач — пациент”, результатом которого станет его смягчение, — это многоступенчатый процесс, который включает в себя анализ и оценку конфликтной ситуации, а также выбор наиболее оптимальных способов и методов ее урегулирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Габай П.Г. К вопросу о детерминации неосторожных преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Российский следователь. 2014. № 2.

Гадаборшев М.И., Левкевич М.М., Рудлицкая Н.В. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи. М., 2014.

Дарендорф Р. Элементы теории социального конфликта // Социологические исследования. 1994. № 5.

Дарендорф Р. Тропы из утопии. Работы по теории и истории социологии. М., 2002.

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.

Колоколов Г.Р., Махонько Н.И. Обеспечение защиты прав пациентов — реализация комплекса правовых средств. Медицинское право: Учеб. пособие. М., 2009.

Колоколов Г.Р., Маханько Н.И. Медицинское право. М., 2010.

Лупандин В.М. Социология медицины (социология здоровья, медицинская социология). Российская социологическая энциклопедия / Под общ. ред. Г.В. Осипова. М., 1998.

- Мажаренко В.А., Приз Е.В.* К вопросу о социальной защищенности врача в современной России // Медицинское право. 2011. № 2.
- Мазин П.В., Битеев В.Х.* Правовой статус врача в Российской Федерации // Вятский медицинский вестник. 1999. № 2.
- Морозов Г.В., Царегородцева Г.И.* Медицинская этика и деонтология. М., 1983.
- Мохов А.А.* К вопросу о кодификации законодательства об охране здоровья граждан // Право и политика. 2002. № 7.
- Мыльникова И.С.* Существуют ли врачебные ошибки? // Главный врач. 2012. № 1.
- Наумова Р.Л.* Врачи и пациенты. М., 2011.
- Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2011.28.11. № 48. Ст. 6724.
- Петров В.И., Седова Н.Н.* Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград, 2001.
- Похабов С.С.* Правовая природа договора оказания платных медицинских услуг // Гражданское право. 2007. № 3.
- Саверский А.В.* Защита прав пациента. Нижний Новгород, 2013.
- Сашко С.Ю., Кочорова Л.В.* Медицинское право: Учеб. пособие. М., 2009.
- Семенов В.Ю.* Экономика здравоохранения. М., 2014.
- Сергеев Ю.Д., Ломакина И.Г., Канунникова Л.В.* Гражданско-правовая ответственность при медицинском вмешательстве (теоретические аспекты проблемы) // Медицинское право. 2005. № 4.
- Сергеев Ю.Д., Мохов А.А.* Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М., 2007.
- Сергеев Ю.Д., Трефилов А.А.* Ответственность за неоказание помощи больному в уголовном праве России, Украины и Беларуси: сравнительно-правовые аспекты // Медицинское право. 2012. № 2.
- Соколова Н.А.* Профессиональный риск медицинских работников и его компенсация средствами трудового права // Современное право. 2010. № 2.
- Стародубов В.И.* О задачах по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения // Здравоохранение. 2005. № 3.
- Сучков А.В.* Анализ дефиниций понятия “врачебная ошибка” с целью формулирования определения “профессиональные преступления медицинских работников” // Медицинское право. 2010. № 5.
- Шамигулин В.И., Танковский В.Э.* Правовые взаимоотношения между врачом и пациентом // Здравоохранение. 1998. № 6.
- Радиш Я., Бедрик І., Радиш Л., Кузьмінський П.* Медична помилка: сутність, класифікація та правовий вимір // Медичне право. 2008. № 1.

REFERENCES

- Gabaj P.G.* K voprosu o determinacii neostorozhnyh prestuplenij, svjazannyh s nenadlezhashhim okazaniem medicinskoj pomoshhi // Rossijskij sledovatel'. 2014. N 2.

Gadaborshev M.I., Levkevich M.M., Rudlickaja N.V. Organizacija, ocenka jeffektivnosti i rezul'tativnosti okazaniya medicinskoj pomoshhi. M., 2014.

Darendorf R. Jelementy teorii social'nogo konflikta // Sociologicheskie issledovaniya. 1994. N 5.

Darendorf R. Tropy iz utopii. Raboty po teorii i istorii sociologii. M., 2002.

Kanunnikova L.V., Babenko A.I., Murahovskij A.G., Tataurova E.A. Nekotorye aspekty pravovogo regulirovaniya medicinskoj dejatel'nosti specialistov obshej vrachebnoj praktiki // Medicinskoe pravo. 2010. N 1.

Kolokolov G.R., Mahan'ko N.I. Medicinskoe pravo. M., 2010.

Kolokolov G.R., Mahon'ko N.I. Obespechenie zashhity prav pacientov — realizacija kompleksa pravovyh sredstv. Medicinskoe pravo: Ucheb. posobie. M., 2009.

Lupandin V.M. Sociologija mediciny (sociologija zdorov'ja, medicinskaja sociologija). Rossijskaja sociologicheskaja jenciklopedija / Pod obshh. red. G.V. Osipova. M., 1998.

Mazharenko V.A., Priz E.V. K voprosu o social'noj zashhishhennosti vracha v sovremennoj Rossii // Medicinskoe pravo. 2011. N 2.

Mazin P.V., Biteev V.H. Pravovoj status vracha v Rossijskoj Federacii // Vjatskij medicinskij vestnik. 1999. N 2.

McIntire C. The importance of the study of medical sociology // Bulletin of the American Academy of Medicine. 1894. Vol. 19.

Mohov A.A. K voprosu o kodifikacii zakonodatel'stva ob ohrane zdorov'ja grazhdan // Pravo i politika. 2002. N 7.

Morozov G.V., Caregorodceva G.I. Medicinskaja jetika i deontologija. M., 1983.

Myl'nikova I.S. Sushhestvujut li vrachebnye oshibki? // Glavnyj vrach. 2012. N 1.

Naumova R.L. Vrachy i pacienty. Moskovskaja finansovo-promyshlennaja akademija. M., 2011.

Ob osnovah ohrany zdorov'ja grazhdan v Rossijskoj Federacii: Federal'nyj zakon ot 21 nojabrja 2011 g. N 323-FZ // Sobranie zakonodatel'stva RF. 2011.28.11. N 48. St. 6724.

Petrov V.I., Sedova N.N. Problema kachestva zhizni v biojetike. Volgograd, 2001.

Pohabov S.S. Pravovaja priroda dogovora okazaniya platnyh medicinskih uslug // Grazhdanskoe pravo. 2007. N 3.

Radish Ja., Bedrik I., Radish L., Kuz'mins'kij P. Mediczna pomilka: sutnist', klasifikacija ta pravovij vimir // Mediczne pravo. 2008. N 1.

Rosen G. The evolution of social medicine // Handbook of Medical Sociology / Ed. by H. Freeman, S. Levine, L. Reeder. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1979.

Sashko S.Ju., Kochorova L.V. Medicinskoe pravo: Ucheb. posobie. M., 2009.

Saverskij A.V. Zashhita prav pacienta. Nizhnij Novgorod., 2013.

Semenov V.Ju. Jekonomika zdavoohranenija. M., 2014.

Sergeev Ju.D., Lomakina I.G., Kanunnikova L.V. Grazhdansko-pravovaja otvetstvennost' pri medicinskom vmeshatel'stve (teoreticheskie aspekty problemy) // Medicinskoe pravo. 2005. N 4.

Sergeev Ju.D., Mohov A.A. Nenadlezhashhie vrachevanie: vozmeshhenie vreda zdorov'ju i zhizni pacienta. M., 2007.

Sergeev Ju.D., Trefilov A.A. Otvetstvennost' za neokazanie pomoshhi bol'nomu v ugovnom prave Rossii, Ukrainy i Belarusi: sravnitel'no-pravovye aspekty // Medicinskoe pravo. 2012. N 2.

Shamshurin V.I., Tankovskij V.Je. Pravovye vzaimootnoshenija mezhdru vrachom i pacientom // Zdravoohranenie. 1998. N 6.

Sokolova N.A. Professional'nyj risk medicinskih rabotnikov i ego kompensacija sredstvami trudovogo prava // Sovremennoe pravo. 2010. N 2.

Starodubov V.I. O zadachah po realizacii prioritetnogo nacional'nogo proekta v sfere zdavoohranenija // Zdravoohranenie. 2005. N 3.

Suchkov A.V. Analiz definicij ponjatija "vrachebnaja oshibka" s cel'ju formulirovanija opredelenija "professional'nye prestuplenija medicinskih rabotnikov" // Medicinskoe pravo. 2010. N 5.