

Общественное здоровье и здравоохранение



УДК 614.253:316.6

В.Г. Дьяченко, С.В. Дьяченко

СИСТЕМА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mai.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Резюме

Рыночная экономика, изменение законодательства, современные технологии производства медицинских услуг отрицательно повлияли на взаимоотношения врача и пациента. Уровень доверия пациентов к производителям медицинских услуг продолжает снижаться на фоне реализации идеологии патернализма при оказании медицинской помощи. Перспективы возрождения искусства врачевания, принципов нарративной медицины в союзе с производством высокотехнологической медицинской помощи позволят преодолеть кризис доверия.

Ключевые слова: медицина, кризис доверия, высокие технологии, производство.

V.G. Dyachenko, S.V. Dyachenko

SYSTEM OF RELATIONSHIP «DOCTOR-PATIENT»

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

Market economy, changes in legislation, modern technologies production of medical services have adversely affected the relationships between a doctor and a patient. The level of confidence of patients to health care providers continues to decline against the background of the implementation of the ideology of paternalism in health care. Potentials for reviving the art of healing, the principles of narrative medicine in alliance with the production of high-tech medical assistance may help to overcome the crisis of confidence.

Key words: medicine, crisis of the confidence, high technology, production.

Когда пациент заходит в кабинет врача и дверь за ним закрывается, то даже у самого усталого врача и самого искушенного пациента возникает ощущение особого пространства, в котором от пациента к врачу и наоборот, может передаваться самая деликатная и важная информация. Именно на этом уровне реализуется самый древний подход к медицине, как к искусству, когда врач является обладателем чудодейственного знания, которое способно излечить пациента, предотвратить его смерть, облегчить роды, прервать лихорадку [8]. Однако, рассуждая таким образом, мы рискуем стать объектом критики сторонников современного подхода к медицине, который насчитывает всего несколько десятилетий. В идеологии этого подхода лежит производственный принцип, основанный на том, что медицинская помощь – это производство медицинских услуг. А сама по себе медицинская услуга рассматривается как продукт достижений современной науки и медицинской практики, достаточно жёстко стандар-

тизованных с позиций медицины, основанной на доказательствах [4, 23].

У истоков кризиса доверия. До последнего времени казалось, что, как врач, так и пациент уже давно достигли согласия в том, что в это деликатное пространство не имеют права вторгаться третьи лица, какими бы полномочиями они не обладали. Однако рыночная экономика вместе с её идеологами экономистами–либералами и принципами купли–продажи всего, в том числе и медицинских услуг, резко снизили уровень доверия между врачом и пациентом, формируя принципиально новые формы взаимоотношений [25, 29]. К ним, в первую очередь, следует отнести введение законодательных норм, закрепляющих права пациента на информированное согласие при исполнении договора на производство медицинских услуг, и реализацию экономических интересов производителя и потребителя [33].

Именно в рыночных условиях, когда товар (медицинская услуга) реализуется по двум основным крите-

риям (цена и качество) важное значение приобретает регламент взаимоотношений между потребителями и производителями медицинских услуг. Пациент в рамках реализации идеологии «информированного согласия», неожиданно для себя узнает, что стопроцентных гарантий приобретения безопасных медицинских услуг не существует. В медицине, как и в других областях производственной деятельности, существует риск формирования случайных явлений, которые могут стать причиной нанесения ущерба здоровью потребителя или потере им самой жизни, что предусматривает соответствующую юридическую защиту [1, 28, 30, 39].

Таким образом, экономический аспект взаимоотношений врача и пациента возникает как обеспечительная и компенсационная мера юридического конфликта сторон по договору [10, 24]. Причем здесь возникает проблема оценочной стоимости предоставленной медицинской услуги, исходя из того, что жизнь человека и его здоровье начинает выражаться через стоимостные характеристики. Однако, если в результате предоставления медицинской услуги здоровью пациента был нанесен вред, то возникает ещё и проблема материальной компенсации нанесенного вреда.

Экономический аспект взаимоотношений врача и пациента формирует конфликт интересов, что требует построения системы баланса и защиты интересов сторон [15, 22]. Эта система выражается в формировании разносторонних, сбалансированных законодательных принципов, основанных на гражданско-правовом договоре оказания медицинских услуг, системе страхования профессиональных рисков врачей и пациентов, регламентации норм профессиональной этики и разработки программы стандартизации медицинских услуг [4, 21, 31, 32, 37].

Как бы нам ни хотелось сохранить романтические представления о профессии врача как о профессии некоего «сообщества альтруистов», следует признать реалии сегодняшнего дня. А они достаточно прозаичны. Товарно-денежные отношения и суровая действительность показывают, что медицинская услуга, несмотря на всю ее специфичность, все же является особым «товаром» с присущими ему экономическими характеристиками в системе рыночных координат новой экономической модели развития российского общества [17]. К сожалению, товарно-денежные отношения не принесли ощутимого прогресса отечественной медицине. Она уже давно не считается одной из лучших в мире. Не совершаются потрясающие научные открытия, общество постоянно устраивает различные «акции» по сбору средств для оказания соотечественникам медицинской помощи в зарубежных клиниках в связи с тем, что в России остаются неизлечимыми многие заболевания, которые весьма успешно лечатся в экономически развитых странах [9, 36].

Анализ обозримого временного промежутка взаимоотношений врача и пациента позволяет прийти к неприятному выводу: никогда ещё пациенты отечественных клиник не были так недовольны своими врачами. Сами же медицинские работники с недоумением и душевной болью вынуждены признать, что отечественная медицина переживает глубокий кризис, причем с наибольшей остротой кризис отразился на профессио-

нальном сообществе врачей [6]. Представители самой гуманной профессии постепенно утрачивают доверие своих пациентов. Неуловимая, сложная, зачастую почти неощутимая связь между врачом и пациентом, которая культивировалась веками, оказывается разорванной [5, 7, 8].

Кризис отечественной медицины чаще всего рассматривают с точки зрения дефектов законодательства и проблем экономики. В частности, директор Института экономики здравоохранения Высшей Школы экономики Л.Д. Попович с коллегами считает, что сегодня следует понимать, какая модель здравоохранения формируется в России, регламент которой должен быть заложен законодательно. А пока, по её мнению, наше государство тратит на медицинскую помощь гражданам значительно меньше, чем могло бы себе позволить, добирая оставшуюся сумму «из карманов граждан», что суммарно составляет около 1036 долларов США на душу населения в год. Но при этом, эффективность медицинской помощи и показатели здоровья соотечественников находятся на низком уровне [26, 50]. К тому же все цели и задачи, в том числе и система стандартизации реформирования отрасли ориентированы на некую усредненную популяцию населения. В то время как структура смертности и заболеваемости россиян сильно отличается в разных регионах и возрастных группах: молодые болеют и умирают от совершенно других причин, чем пожилые [9, 27, 49].

Принимая позиции экономистов, все-таки следует сказать о том, что истоки кризиса отечественной медицине гораздо серьезнее и глубже. Причем надо согласиться с теми специалистами, которые считают, что причины кризиса заключаются в том числе и в том, что в какой-то момент врачи утратили «неуловимую, невыразимую словами связь со своими пациентами», именно ту связь, которая культивировалась в этой сложной профессии веками [7, 16, 18, 35, 43].

За достаточно длительным периодом работы в различных медицинских организациях нам пришлось наблюдать как невероятный взлет авторитета отечественной медицины в 60-80-х годах прошлого века, так и его разрушение за период «рыночных реформ» с начала 90-х годов, продолжающийся и сегодня. Ещё совсем недавно профессия врача считалась самой выдающейся из всех, которые существовали в мире, однако с течением времени, с каждым новым открытием в области науки и медицины образ врача все больше тускнел и терял свою значимость [5, 16, 38]. В глазах пациентов репутация современных врачей продолжает снижаться, как и во времена Экклезиаста, который говорил: «Согрешивший перед Создателем, да попадет в руки к врачу». Причем, как ни парадоксально, все это происходит тогда, когда медицина внедряет в практику самые наивысшие научные достижения человечества [13, 14].

На пути к союзу врачебного искусства и производства медицинских услуг. Ретроспективно рассматривая динамику развития медицины, приходится принять исчезновение важного аспекта в системе «врач - пациент», — это доверия. Незаметно для обеих сторон произошла подмена исцеления, основанного на взаимной привязанности и доверии, на производство меди-

цинских услуг и больничный уход в виде стандартных технологических процедур и бесстрастного выполнения должностных обязанностей. Из производства медицинских услуг (медицинской помощи) постепенно исчезло умение слушать и оценивать сказанное пациентом (жалобы, анамнез, причину обращения к врачу и т. п.). Концентрация усилий врачей стала сводиться к оценке данных лабораторной и инструментальной диагностики, а клиническое наблюдение за состоянием пациента в ответ на проведенное оперативное вмешательство или назначенную лекарственную терапию, замещается оценкой данных телеметрических систем. Врач больше не занимается личностью больного, а лишь «ремонтует» отдельные, неправильно работающие части биологической системы. При этом душевное состояние пациента и уровень его страданий чаще всего не учитывается [2, 8, 41, 47], что отрицательно сказывается не только на уровне доверия пациента к лечащему врачу, но и на общем состоянии пациента.

Вполне определено, что исправить ситуацию недоверия может нарративный поворот в медицине, который основан на оценке личных историй пациентов, когда рассказ о страданиях пациента, часто обреченного на одиночество, будет выслушан и найдет отклик лечащего врача [11]. Появившийся сравнительно недавно термин нарратив¹ используется в самых различных дисциплинах, начиная с истории, философии, лингвистики, биоэтики, социологии, кончая медициной. Следует отметить, что теоретическое осмысление этого направления в философии медицины еще только начинается [3, 12, 19, 44, 48].

Итак, нарративная медицина – это современный подход к оказанию медицинской помощи, когда лечащий врач принимает непосредственное участие в формировании реакций на устный рассказ пациента о своем состоянии во всем разнообразии его ощущений и переживаний. Являясь доверенным собеседником, участником истории развития заболевания, лечащий врач, сближаясь с пациентом, глубже ощущает динамику его эмоций, физических страданий, что позволяет ему с индивидуальных позиций осуществлять психотерапевтическое воздействие. В конечном итоге, нарративная медицина – это, если угодно, отражение несогласия определенной группы врачей с «дегуманизацией» современной медицины как побочного эффекта индустриализации медицинской помощи в виде производства медицинских услуг. По их мнению, эта дегуманизация, связана, прежде всего, с кризисом индивидуального клинического подхода и нарастания стандартизации в производстве медицинских услуг, с постепенным превращением медицинской помощи в производственную систему [2, 42].

Современные врачи-клиницисты в большинстве случаев оказания медицинской помощи, предпочитают игнорировать рассказы пациентов об истории возникновения заболевания, изменении мироощущения по мере формирования патологических синдромов, ориентируясь при принятии клинических решений

на данные измерения функций «биологической системы» пациента с помощью современной приборной базы [51]. Естественно, одной из причин является все возрастающее внедрение в медицину высоких технологий. История болезни, составленная «по старинке», кажется расплывчатой, неоднозначной, субъективной и даже неправильной по сравнению с результатами ультразвукового исследования, ядерного магнитного резонанса, компьютерной томографии, эндоскопии или ангиографии. Кроме того, чтобы составить полную историю болезни, требуется немало времени. Отдельные медицинские работники считают, что современная приборная база позволяет вообще не разговаривать с пациентами [20].

Такое положение обусловлено не только современными философскими взглядами на болезнь, но и экономическими изменениями. Общество все больше полагается на технологию, чем на человеческое общение. Врач затрачивает в десять раз больше времени на проведение операции или инвазивной диагностической процедуры, чем на общение с пациентом или его семьей. В настоящее время медицина уделяет основное внимание острым заболеваниям и оказанию неотложной помощи, а не профилактике и сохранению здоровья. Так как превентивная медицина, требующая наименьших денежных затрат, отнимает слишком много времени, ее практически игнорируют. В то же время, управляющие структуры убеждены в том, что для сохранения здоровья граждан необходимы тщательные и скрупулезные профилактические меры [45, 46].

Современные врачи продолжают терять уважение своих пациентов и из-за невероятного высокомерия, которое прививается еще студентам-медикам. Их учат рассматривать пациента как сложную биологическую систему, а болезнь как результат сбоя функционирования каких-либо её частей/органов или регулирующих механизмов. В конечном итоге реализуется идеология взаимоотношений врача и пациента в виде «патернализма»², которая заложена в клятве Гиппократов: врач обязуется следовать присяге «согласно своим силам и разумению», а пациент пассивно выполнять «указания» врача [40]. Сегодня все чаще применяется модель, когда врач с точностью «компьютера» использует для диагностики и лечения сложные приборы и высокие технологии, не обращая внимания на меняющийся внутренний мир пациента.

Переломить складывающуюся ситуацию может только идеология семейной медицины, когда врач – это не просто специалист, знающий свое дело, но и человек, который осознает пределы своих возможностей. Английский ученый-историк Арнольд Дж. Тойнби и японский общественный деятель, президент религиозной организации «Сока Гаккай» Дайсаку Икеда рассуждая о личности врача говорили: «Он – друг и доверенный для всех членов семьи, которую посещает, и он эффективно использует свои профессиональные навыки в своей области, потому что применяет их при

¹Нарратив (англ. *narrare* – языковой акт, то есть вербальное изложение) – понятие философии постмодернизма, фиксирующее процессуальность самосознания как способ бытия повествовательного текста (Энциклопедия «История философии» <http://psylib.org.ua/buoks/gritz01/narrativ.htm>).

²Патернализм (лат. *paternus* – отцовский, отеческий). Патернализм (в медицине) – классическая модель взаимоотношений между врачом и пациентом, при которой пациент полностью полагается на квалификацию и опыт лечащего врача. При таком типе взаимодействия врач выступает в роли «отца», заботящегося о «ребенке», и полностью берет на себя ответственность за здоровье и жизнь пациента.

добром понимании своих пациентов и при гуманном отношении к ним, основанном на взаимном уважении и доверии» [34].

Мы искренне убеждены в том, что современная медицина пойдет по пути союза искусства врачевания, основанного на уважении, почитании и изучении личности пациента с позиций нарративной медицины и производства высокотехнологической медицинской

помощи, основанного на величайших достижениях различных направлений современной науки, инновационных моделях управления (менеджмента) производством медицинских услуг. Именно такой союз позволит приблизить реализацию известного принципа эффективной медицинской помощи: «при минимальных затратах ресурсов на медицину – достичь максимальных результатов показателей здоровья граждан».

Литература

1. Авдеев А. И. Современное законодательство как основа для определения «вред здоровью» // Дальневосточный медицинский журнал. – Хабаровск: Дальневосточный государственный медицинский университет, 2012. – № 3. – С. 80-83.
2. Готлиб А.С. Нарративная медицина глазами российских врачей: попытка эмпирического анализа // Вестник Самарского государственного университета. – 2010. – № 5 (79).
3. Дернер К. Хороший врач. – М.: Алетейя, 2006.
4. Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине. – Хабаровск: Изд. центр ДВГМУ, 2007. – 490 с.
5. Дьяченко В.Г., Дьяченко С.В., Пригорнев В.Б. Кадры здравоохранения. Кривое зеркало статистики // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2013. – № 4. – С. 4-27.
6. Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса / Под ред. проф. В.Г. Дьяченко. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2012. – 408 с.
7. Жура В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: автореф. дисс. ... д-ра филол. наук. – Волгоград, 2008. – 44 с.
8. Карсон Р. Становление диалога между доктором и пациентом // Вестник Московского университета. Сер. 7. Философия. – 1998, № 5. – С. 34-41.
9. Комаров Ю.М. Кризис, здоровье и здравоохранение (2008–2011 гг.): кто виноват и что делать. (2013) <http://www.s-media.ru/?action=show&id=423>.
10. Кудрявцев В.Н. Основы конфликтологии / Под ред. Академика РАН В.Н. Кудрявцева. – М.: Юрист, 1997. – 437 с.
11. Лехциер В.Л. Нарративный поворот и актуальность нарративного разума. Нарративные повороты // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. под общ. ред. В.Л. Лехциера. – Самара: Самарский университет, 2012. – С. 5-9.
12. Лехциер В.Л. Субъективные смыслы болезни: основные методологические различия и подходы к болезни // Социологический журнал. – 2009. – № 4.
13. Лившиц В. Век бережливого производства. – <http://proza.ru/2007/03/25-282> (По состоянию на 15.10.2014).
14. Лившиц В. Зеркальные нейроны. – <http://proza.ru/2011/12/14/1685> (По состоянию на 15.10.2014).
15. Лопатенков Г.Я. Человек и здравоохранение: правила игры: пособие для пациентов и их родственников. – СПб., 2002. – 288 с.
16. Лоун Б. Утерянное искусство врачевания / Пер. с англ. Е. Незлобиной. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1998. – 367 с.
17. Матинян Н.С., Скачкова Е.И. Реформирование национальных систем здравоохранения как адаптация к глобальным процессам // Информационно-аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – <http://vestnik.mednet.ru>.
18. Маттингли Ч., Гаппо Л. Нарративные повороты // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. под общ. ред. В.Л. Лехциера. – Самара: Самарский университет, 2012. – С. 277.
19. Мегилл А. Историческая эпистемология / Пер. с англ. М. Кукарцевой, В. Кашаева, В. Тимонина. – М.: «Канон+» РООИ «Реабилитация», 2007. – 480 с.
20. Мещерякова Т.В. Медицинский нарратив в биоэтике как критерий учета индивидуальности пациента // Вестник ТГПУ. – 2010. – № 5 (95). – С. 66-71.
21. Назарова И.Б. Взаимоотношения врач – пациент: правовые и социальные аспекты // Социс. – 2004. – № 7. – С. 144-147.
22. Панфилова О.В. Процесс возникновения и механизмы управления социальными конфликтами: автореф. – М., 1996. – С. 18.
23. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
24. Петросян М.Е. Врач – пациент: этико-правовые взаимоотношения // США и Канада: экономика, политика, культура. – 2001. – № 4.
25. Понкина А.А. Права пациентов. Конституционно-правовое исследование. – Saarbrücken: LAP Lambert Academic Publishing GmbH & Co. KG, 2012. – 143 с.
26. Попович Л.Л. Реформа здравоохранения: взгляд экономиста. 10.12. 2014. – <http://www.miloserdie.ru/articles/reforma-zdravooxraneniya-vzglyad-ekonomista> (Дата обращения. 28.02.2015).
27. Потапчик Е.Г., Попович Л.Д. Оценка социально-экономической эффективности новых медицинских технологий // Здравоохранение. – 2012. № 9. – С. 44-49.
28. Пристансков В.Д. Ятрогенные преступления: понятие, подходы к исследованию. – СПб., 2006.
29. Ригельман Ричард К. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей / Пер. с англ. Амчекова. – М., 1994. – 189 с. – <http://lib.rus.ec/b/217050/read>.
30. Сергеев Ю.Д. Профессия врача. Юридические основы. – Киев: Выш. школа, 1988.
31. Сергеев Ю.Д., Григорьев И.Ю., Григорьев Ю.И. Юридические основы деятельности врача. Медицинское право: учебное пособие в схемах и определениях / Под ред. чл.-корр. РАМН профессора Ю.Д. Сергеева. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 258 с.

32. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015–2030 гг. 05.02.2015. – <http://medportal.ru/> (по состоянию на 12.02.2015).
33. Сучкова Т.Е. О юридической ответственности медицинских работников при совершении ими профессиональных правонарушений // Медицинское право. – 2011. – № 6. – С. 33-40.
34. Тойнби А., Икеда Д. Избери жизнь. Диалог Арнольда Дж. Тойнби и Дайсаку Икеды / Пер. с англ. Ю.М. Канцура. Сверка и дополнение по изданию на японском яз. Экуко Сайто-Бэнц. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 2007. – С. 112.
35. Уайт Майкл. Карты нарративной практики: введение в нарративную терапию / Пер. Д. Кутузовой. – М.: Генезис, 2010. – 347 с. – http://www.knigipsychologia.com/product_info.php?products_id=2268.
36. Улумбекова Г.Э. Курс Минздрава – бросаем пациентов, спасаем частника. – <http://rusmedserver.com/?p=2042> (по состоянию на 14 февраля 2015 года).
37. Улумбекова Г.Э. Доступность и качество медицинской помощи в Российской Федерации. Методы оценки и сравнение показателей с развитыми странами // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 4 (10). – С. 36-44.
38. Фриц Е. Врачебные ошибки были, есть и будут // Вечерний Томск. – 2008. – № 131 // Бюро судебно-медицинской экспертизы Томской области / ОГУЗ БСМЭТО. Томск, 2008. – URL: <http://www.bsm.tomsk.ru>.
39. Хлапов А.Л., Никитина И.О., Камаев И.А., Першина Н.К. Ответственность медицинских работников за профессиональные преступления // Здравоохранение РФ. – 2010. – № 3. – С. 25-28.
40. Чеботарева О.А. Патернализм в отечественной медицине: дис. ... канд. социол. наук: 14.00.52. – Волгоград, 2006. – 132 с.
41. Bruner J. Making Stories: Law, Literature, Life. Harvard University Press, 2003.
42. Charon R. Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust // JAMA. – 2001. – Vol. 286, № 15, October, 17. – URL: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/286/15/1897>.
43. Charon R. Narrative Medicine. – N.Y.: Oxford University Press, 2006.
44. Doguoglu U., Kuenzle D. Epistemology and Emotions. Farnham, 2008.
45. Fraser F.D. Literature and medicine: Exploring Margaret Atwood's short story «Death by Landscape» // Canadian Family Physician. – 2007. – Vol. 53, № 8. – P. 1280. – URL: <http://www.cfp.ca/cgi/content/full/53/8/1280>.
46. Greenhalgh T., Hurwitz B. Narrative based medicine: Why study narrative? // British Medical Journal. 1999. V. 318. URL: http://www.bmj.com/cgi/content/full/318/7175/48?ijkey=16f6a390d753301fbf73b66dc2376770204778e9&keytype=tf_ipsecsha.
47. Mishler E. The discourse of medicine. – Norwood, NJ: Ablex, 1984. – P. 6.
48. Morris D.V. The Culture of Pain. Berkely; Los Angeles; London: University of California Press, 1993.
49. Popovich L., Potapchik E., Shishkin S. Russian Federation: Health system review. – Vol. 13 (7). – Copenhagen: World Health Organization, 2011.
50. Popovich L.D., Potapchik Ye.G., Pusacheva Yu.V. Is the implementation of trips «Flexible provisions» possible in Russian health care system? // Сборник научных статей по итогам международной научно-практической конференции 29-30 апреля 2014 года. – СПб.: КультИнформПресс, 2014. – P. 8-9.
51. Wood J. Interventional narratology: Form and function of the narrative medical write-up // Literature and Medicine, 2005. – Vol. 24 (2). – P. 283-296.

Literature

1. Avdeev A.I. Modern legislation as basis for definition of «personal injury» // Far Eastern Medical Journal. – 2012. – № 3 – P. 80-83.
2. Gotlib A.S. Narrative medicine through Russian physicians eyes: attempt of empiric analysis // Samara State University reporter. – 2010. – № 5. – P. 80-83.
3. Derner K. A good doctor. – M.: Aleteia, 2006.
4. Dyachenko V.G. Quality in modern medicine. Khabarovsk: FESMU publishing house, 2007. – P. 490.
5. Dyachenko V.G., Dyachenko S.V., Prigornev V.B. Healthcare staff. Distorting mirror of statistics // Bulletin of public health and health care of the Russian Far East. – 2013. – № 4. – P. 4-27.
6. Dyachenko V.G., Kostakova T.A., Pchelina I.V. Medical staff of Russian Far East. Crisis cycle. – FESMU Publishing house, 2012 – P. 408.
7. Zhura V.V. Physician discursive competence in verbal medical communication: author's thesis of Doctor of Philology. – Volgograd, 2008. – P. 44.
8. Carson R. Constructing the Dialogue between a Doctor and a Patient // Bulletin of Moscow University. Series 7, Philosophy. – 1998. – № 5. – P. 34-41.
9. Komarov Yu.M. Krisis, health and healthcare (2008-2011): who is responsible and what to do. (2013) – <http://www.s-media.ru/?action=show&id=423>.
10. Kudryavtsev V.N. Basics of conflictology/ edited by member of RAS Kudryavtsev V.N. – M: Lawyer, 1997. – P. 437.
11. Lekhtsier V.L. Narrative turn and actuality of narrative mind. Narrative turns // Remission society: on the way to narrative medicine: collection of scientific papers edited by Lekhtsier V.L. – Samara: Samara State University, 2012. – P. 5-9.
12. Lekhtsier V.L. Subjective meanings of a disease: main methodologic differences and approaches to a disease // Sociologic journal. – 2009. – № 4.
13. Livishits V. Lean manufacturing. – <http://proza.ru/2007/03/25-282> (15.10.2014).
14. Livshits V. Mirror neurons. – <http://proza.ru/2011/12/14/1685> (15.10.2014).
15. Lopatenkov G.Ya. Human and healthcare: the rules. Guidance for patients and their relatives. – SPb., 2002. – P. 288.
16. Lown B. The lost art of healing/ translation from English by Nezlobina E. M: KRON-PRESS. – 1998. – P. 367.
17. Matinyan N.S., Slachkova E.I. National healthcare system reformation as an adaptation to global process // Research newsletter. Social Aspects of Population Health. 2012. – <http://vestnik.mednet.ru>.

18. Mattingly Ch., Garo, L. Narrative turns // Remission society: on the way to narrative medicine: collection of scientific papers edited by Lekhtsier V.L. – Samara: Samara State University, 2012. – P. 277.
19. Megill A. Historical epistemology / transl. by M. Kukartseva, V. Kashayeva, V. Timonina. – M.: «Kanon+» ROOI «Rehabilitation», 2007. – P. 480.
20. Mesheryakova T.V. Medical narrative in bioethics as a criterion of patient individuality measurement. TSPU newsletter. – 2010. – Vol. 5 (95). – P. 66-71.
21. Nazariva I.B. Relationship between patient and a doctor: social and legal aspects // Socis. – 2004. – № 7. – P. 144-147.
22. Panfilova O.V. Origin and mechanisms of social conflicts management: authors abstract. – M., 1996. – P. 18.
23. Petrov V.I. Evidence-based medicine. – M.: GEOTAR-Media, 2012.
24. Petrosyan M.E. Doctor-patient: ethical and legal interactions // USA and Canada; economy, politics and culture. – 2001. – № 4.
25. Ponkina A.A. Patient rights. Constitutional-legal research – Saarbrücken: LAP Lambert Academic Publishing GmbH & Co. – KG, 2012. – 143 c.
26. Popovich L.L. Healthcare reform: economist side of view. 10.12. 2014. – <http://www.miloserdie.ru/articles/reforma-zdravooxraneniya-vzglyad-ekonomista>.
27. Potapchik E.G., Popovich L.D. Characterization of social-economic efficiency of modern medical technologies // Healthcare, 2012. – № 9. – P. 44-49.
28. Pristanskov V.D. Iatrogenic crimes: concept and research approach. – SPb., 2006.
29. Riegelman Richard K., Minimizing medical mistakes. Book for practicing physicians / Transl. by Anchekova. – M., 1994. – P. 189.
30. Sergeev Yu.D. Medical profession. Legal basis. – Kiev: High school, 1988.
31. Sergeev Yu.D., Grigoriev I.Yu., Grigoriev Yu.I. Legal basis of physician work. Medical law: guidance in schemes and definitions / ed. by corresponding member of the PAMS professor Sergeev Yu.D. M.: GEOTAR-Media publishing house. – 2006. – P. 258. On the criminal responsibility of health workers. – P. 161-195.
32. Long term strategy of development of Russian healthcare system (year 2015-2030) 05.02.2015. <http://medportal.ru/>.
33. Suchkova T.E. On legal liability of healthcare workers in case of professional violation // Medical law – 2011. – № 6. – P. 33-40.
34. Toynbee A., Ikeda D. Choose life. Dialogue of Arnold Dj. And Toynbee A. and Ikeda D. / Transl. by Kantura Yu.M. Checking and addition from the Japanese publication. Ekuko S.-B.-M.: Moscow university publishing house. – 2007 – P. 112.
35. White M. Maps of narrative practice: Introduction in narrative therapy. – M.: Genesis (translated by Kutuzova D.) 2010. – P. 347. – http://www.knigi-psychologia.com/product_info.php?products_id=2268.
36. Ulumbekova G.E. Course of Ministry of Health Care- drop patients, save private sector.<http://rusmedserv.com/?p=2042>.
37. Ulumbekova G.E. Quality and availability of medical care in Russian Federation. Evaluation technique and comparison of criteria with developed countries// Quality management in healthcare system and social process. – 2011. – № 4 (10). – P. 36-44.
38. Frits E. Medical errors were made, are made and will be made // Evening Tomsk. – 2008 – Nov. 25. – № 131 // Bureau of forensic medical expertise of Tomsk region/ Tomsk– 2008 - URL: <http://www.bsm.tomsk.ru>.
39. Khlapov A.L., Nikitina I.O., Kamaev I.A., Pershina N.K. Responsibility of healthcare workers for professional crimes // Healthcare of RF – M., 2010. – № 3. – P. 25-28.
40. Chebotareva O.A. Parentalism in national medicine: author's thesis of Doctor for social science: 14.00.52. – Volgograd, 2006 – P. 132.
41. Bruner J. Making Stories: Law, Literature, Life. Harward University Press, 2003.
42. Charon R. Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust // JAMA. – 2001. – Vol. 286, № 15, October, 17. – URL: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/286/15/1897>.
43. Charon R. Narrative Medicine. – N.Y.: Oxford. University Press, 2006.
44. Doguoglu U., Kuenzle D. Epistemology and Emotions. Farnham, 2008.
45. Fraser F.D. Literature and medicine: Exploring Margaret Atwood's short story «Death by Landscape» // Canadian Family Physician. – 2007. – Vol. 53, № 8. – P. 1280. – URL: <http://www.cfp.ca/cgi/content/full/53/8/1280>.
46. Greenhalgh T., Hurwitz B. Narrative based medicine: Why study narrative? // British Medical Journal. 1999. V. 318. URL: http://www.bmj.com/cgi/content/full/318/7175/48?ijkey=16f6a390d753301fbf73b66dc2376770204778e9&keytype2=tf_ipsecsha.
47. Mishler E. The discourse of medicine. Norwood. – N.J.: Ablex, 1984. – P. 6.
48. Morris D.V. The Culture of Pain. Berkely; Los Angeles; London: University of California Press, 1993.
49. Popovich L., Potapchik E., Shishkin S. Russian Federation: Health system review. – Vol. 13 (7). – Copenhagen : World Health Organization, 2011.
50. Popovich L.D., Potapchik Ye.G., Pusacheva Yu.V. Is the implementation of trips «Flexible provisions» possible in Russian health care system? // Сборник научных статей по итогам международной научно-практической конференции 29-30 апреля 2014 года. – СПб.: КультИнформПресс, 2014. – P. 8-9.
51. Wood J. Interventional narratology: Form and function of the narrative medical write-up // Literature and Medicine, 2005. – Vol. 24 (2). – P. 283-296. – P. 286.

Координаты для связи с авторами: Дьяченко Владимир Гаврилович – д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, тел. 8-(4212)-76-13-96; Дьяченко Сергей Владимирович – д-р мед. наук, профессор кафедры фармакологии ДВГМУ.