

УДК 614.253.8 (075.8) :159.9 : 339.13

В.Г. Дьяченко, В.Б. Пригорнев

### **У истоков конфликта между пациентом и врачом**

*Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск*  
Контактная информация: В.Г. Дьяченко, e-mail: [ozd\\_fesmu@mail.ru](mailto:ozd_fesmu@mail.ru)

#### **Резюме**

Проведен анализ изменений взаимоотношений между пациентом и врачом в условиях либеральных реформ. Доверительные отношения при оказании медицинской помощи ушли в прошлое, сменившись на чисто прагматические в виде производства, купли и продажи медицинских услуг, что формирует противоречия между их потребителями (пациентами) и производителями (врачами). Наиболее частым способом разрешения противоречий становится конфликт, сопровождающийся негативными эмоциями.

**Ключевые слова:** медицинские услуги, рынок, пациент и врач, конфликт взаимоотношений

V.G. Dyachenko, V.B. Prigornev

### **At the origins of the conflict between the patient and physician**

*Far Eastern State Medical University, Khabarovsk*  
e-mail: [ozd\\_fesmu@mail.ru](mailto:ozd_fesmu@mail.ru)

#### **Summary**

The analysis of changes in the relationship between patient and physician in terms of liberal reforms. Trust relationship in health care is gone, replaced by purely pragmatic in the form of production, purchase and sale of medical services, that creates contradictions between their customers (patients) and producers (physicians). The most common way of resolving conflicts becomes the conflict, accompanied by negative emotions.

**Key words:** medical services, market, patient and doctor, the conflict relationship

#### **Введение**

Либеральные реформы в области отечественной медицины обострили ряд проблем взаимоотношений пациента и врача и обозначили ряд новых, связанных с внедрением бизнеса в производство медицинских услуг. Многообразие форм

организации медицинской помощи различным категориям граждан, внедрение новых технологий управления медицинскими организациями, дефекты финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению (ТППГ) и систем производства ме-

медицинских услуг обусловили чрезвычайную актуальность традиционных этических проблем взаимоотношений врача и пациента [14].

Совесь (понятие морального сознания, внутренняя убежденность в том, что является добром и злом, сознание нравственной ответственности за свое поведение. Совесь - выражение способности личности осуществлять нравственный самоконтроль, самостоятельно формулировать для себя нравственные обязанности, требовать от себя их выполнения и производить самооценку совершаемых поступков (Большой энциклопедический словарь – БСЭ. <http://slovari.299.ru/enc.php>), этика, мораль и нравственность формируют для каждого человека ограничения в виде правил, которые накладывают на свободу поведения индивидуума собственных ограничений, так и ограничений окружающих. Безусловно, эти правила довольно часто идут в разрез с желаниями врача доминировать при любом контакте с пациентом, а в отдельных случаях, навязывая последнему свое мнение при принятии решения по выбору того или иного метода оказания медицинской помощи. Но именно эти правила компенсируют разрушительное действие патернализма (от лат. pater – отец), на взаимоотношения производителя и потребителя медицинских услуг.

В условиях рыночной экономики, когда каждое действие производителя неважно чего (лекарственных средств, медицинских услуг, товаров медицинского назначения и т.п.) оценивается с позиции эффективности под лозунгом «При минимальных затратах добиться максимальных результатов», возникает проблема приоритетов для профессионала. С одной стороны – это совесь, этика, мораль и нравственность, а с другой – это максимальная прибыль, личное обогащение, безудержное доминирование над неимущими. Именно в такой ситуации очень важным является отбор кандидатов для овладения профессией медицинского работника [16, 24, 25].

### **Обсуждение результатов**

Выбор специальности и успешность подготовки будущего врача определяются связями психологических свойств личности, мотивов и внешних факторов. В условиях рынка производства образовательных услуг необходимо создание системы социологического сопровождения формирования профессиональных компетенций будущих врачей, что потребует разработки методики, которая включала бы комплексное изучение профессионально значимых характеристик будущих специалистов, в частности способности к сочувствию, состраданию, сопереживанию и стремлению к соблюдению этических принципов, необходимых для овладения профессиональным мастерством. Именно тогда появится возможность скорректировать адекватное представ-

ление об особенностях взаимоотношений между пациентом и врачом в условиях рынка, когда этические мотивы станут превалировать над материальными.

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

Тем не менее, общество и медицина не противостоят друг другу, хотя и находятся в сложном взаимодействии. Медицинские работники и медицина в целом вольно или невольно влияют на общественное мнение, изменяя его. От соблюдения медицинских норм в разных сфе-

рах деятельности популяции людей зависят жизнь и здоровье каждого отдельного человека, и общество заинтересованно их учитывать [10].

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

Социальная роль здравоохранения в целом и производства медицинских услуг в частности является предметом широкого общественного обсуждения в современной Рос-

сии. Реализация различных программ, концепций, проектов модернизации отрасли позволила решить некоторые насущные задачи, но породила массу новых проблем. Самой главной проблемой, по нашему мнению является конфликтность отечественной медицины и здравоохранения, как отражение падения престижа профессии врача в российском обществе.

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

технологий, инновационного медицинского оборудования и др.

По мнению известного эстонского врача Натана Эльштейна (Natan V. Elshtein), рассматривая ситуацию с истоками формирования конфликта взаимоотношений пациента и врача, следует сделать две оговорки.

Во-первых, нельзя рассматривать эти вопросы только в одном ракурсе – этика врача и его отношение к больному. Поведение врача обычно является отражением отношения к нему общества и больных [24]. Тем не менее, речь не идет о равнозначных отношениях. В них кто-то обычно сильнее, и этим «кто-то» всегда должен быть врач [25].

Во-вторых, и этика врача, и этика больного (о ней почти не пишут), а, следовательно, и их взаимоотношения не являются постоянными, данными раз и навсегда, во все времена и в любой стране [4, 6, 26, 28]. Конечно, есть незыблемые постулаты, независимые ни от каких факторов: врач обязан нести тем, кто к нему обращается, добро, однако и пациенту следует относиться к врачу доверительно и уважительно [24].

Но меняется жизнь, модернизируются медицинские технологии, в разных странах внедряются различные модели здравоохранения, качество жизни занимает всё большее место в понимании результатов охраны здоровья населения, меняются подходы к деонтологии, как в демократических, так и тоталитарных государствах. Все это показывает изменчивость проблем этики и деонтологии в меди-

цине. Только по данным национальной медицинской библиотеки США в Бетезде (Мериленд), отражающей публикации 3600 ведущих медицинских журналов государств всех континентов, за довольно ограниченный период с 1991 по 1995 гг. было опубликовано 4725 статей, в той или иной степени затрагивающих вопросы взаимоотношений врачей и пациентов. Думается, одна эта цифра - лучшее доказательство актуальности проблемы [23]. Таким образом, с точки зрения производства и потребления медицинских услуг, взаимоотношения потребителя и производителя в значительной мере зависят от того, насколько структура и функции производственной системы отвечают ожиданиям, как пациентов, так и врачей.

**Об управлении системой производства медицинских услуг.** Любая система, в т.ч. система по производству медицинских услуг и её структурные элементы должны работать в единой организационной технологии подчиняясь определенным принципам. Система медицинских организаций, как в государственном, так и в коммерческом секторе должна решать задачи для достижения цели/результата функционирования отечественного здравоохранения. В частности, с точки зрения обеспечения достаточного уровня доступности, качества и безопасности производимых услуг система медицинских организаций должна

стремиться к достижению определенных результатов в виде сохранения и приумножения атрибутов здоровья своих пациентов. Следует отметить, что российские бизнес организации, предприятия и учреждения до настоящего времени отстают от своих зарубежных аналогов в применении современных методов управления качеством производимых услуг, хотя это направление имеет свою историю, огромный потенциал и развивается с начала XX века [9, 23, 27, 29].

Осуществление производственных процессов в условиях рыночных отношений приобретают большую ориентированность на удовлетворение пациента предоставляемыми услугами, т.к. услуга становится предметом купли и продажи. Это повышает требования к качеству оказания медицинской помощи и ставит вопрос о стоимости производимых услуг. В связи с этим возникает необходимость использования стандартов как измерителей оказания медицинской помощи. При этом кроме технологических стандартов выполнения операций и процедур, касающихся диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, должны быть разработаны стандарты оказания медицинской помощи при различных нозологиях с учётом стоимости проводимых процедур. К сожалению, выработать стандартные требования, касающиеся управления взаимоотношениями пациента и медицинского работника, ввести по регулированию данного процесса жесткий регламент

пока никому не удается – настолько многогранен и сложен этот процесс [11].

Для реальной оценки уровня качества произведенных медицинских услуг весьма важным моментом является ориентация системы на потребителя. Потребители (пациенты) часто представляют собой внешнюю по отношению к системе производства медицинских услуг сторону, и поэтому о них говорят как о внешних потребителях. В медицинских организациях также есть внутренние потребители, например, клинические отделения больницы, являются клиентами приемного отделения, лечебные подразделения – клиентами диагностических отделений и т. д. Работа на потребителя с учетом его интересов позволяет добиваться необходимого уровня качества медицинских услуг.

Среди специалистов по управлению наиболее сложным структурным элементом производственной системы признаются кадровые ресурсы медицинской организации. Здесь и большие различия в профессиональной подготовке, демографических параметрах, личностных особенностях производителей медицинских услуг, и разнонаправленность и сложность задач и функций различных категорий медицинского персонала и многое другое. На успех результатов управления медицинской организации влияет и то, насколько квалифицирован-

но ее руководители управляют конвейером по производству медицинских услуг, направленных на улучшение качества и удовлетворение ожиданий пациентов [9, 19].

В связи с возрастающей ролью контроля качества медицинской помощи со стороны ФФОМС, ТФОМС и СМО, в последние годы были установлены новые требования к контрольным процедурам. Кроме того, законодательная база РФ (Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации») установила определенные требования к допуску специалистов-экспертов и экспертов качества медицинской помощи к экспертной работе. На основании принятых изменений в законодательную базу специалистом в экспертной деятельности может быть эксперт, прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, по специально созданной модульной обучающей программе, в рамках реализации требований современного законодательства РФ.

Комплексная система управления эффективностью и качеством деятельности производителей медицинских услуг предполагает четкую работу всех звеньев управления и совпадения их интересов по обеспечению доступности, качества и безопасности на всех уровнях производства. В основу этой работы положена стандартизация медицинских технологий, обеспечение четкой организации медицинского обслуживания пациентов, регламент труда

исполнителей, структуры, объема помощи на всех этапах реализации медицинского технологического процесса, оптимального размещения всех видов ресурсов и контроля за их использованием. Если система управления качеством работает оптимально, то все её усилия должны обеспечить удовлетворение ожиданий потребителей медицинских услуг. Тем не менее, мы постоянно становимся свидетелями, а зачастую и участниками конфликтов между потребителями (пациентами) и производителями медицинских услуг (медицинским персоналом), что является предметом служебных расследований, проверок и судебных слушаний.

Сложившие в процессе реформирования отечественной медицины социальные условия взаимодействия пациентов и медицинского персонала, условия труда в медицинских организациях, трансформация социального статуса врачей и медицинских сестер являются системными причинами противоречий. Изучение конфликтогенного потенциала производства медицинских услуг содержит немало «белых пятен», которые требуют проведения исследований и системного анализа причинно-следственных связей. Это позволит должным образом осмыслить специфическую сущность формирования конфликтов, поскольку сам факт их существования невозможно отрицать. Кроме того рост числа конфликтов между

пациентами и медицинскими работниками и их структура показывают, что эта проблема уже давно вышла за границы взаимоотношений отдельного пациента и врача.

**Противоречия системы взаимоотношений врача и пациента в условиях либеральных реформ.** Полем взаимоотношений, на которое вступает пациент и врач является производство медицинских услуг (медицина), как совокупность наук и практической деятельности, направленные не только на сохранение и укрепление здоровья людей, но и на предупреждение и лечение болезней. Причем для обеих сторон взаимоотношений медицина может быть наукой, а может быть и искусством. В таком подходе нет противоречия, противоречие возникает с момента внедрения в медицину бизнеса, когда на фоне призвания к профессиональной медицинской деятельности для медицинских работников формируется мотивация к получению прибыли, причем её размер диктуется не морально-этическими нормами, а жёсткими экономическими законами рынка и либеральной экономики.

К сожалению, большинство пациентов начинает осознавать истинную ценность здоровья только после столкновений тяжелыми и хроническими болезнями или физическими увечьями. Именно в этот момент они вдруг осознают, что только здоровье может сочетаться с ощущением счастья. И действительно, невозможно представить счастливую жизнь индивидуума за пределами физического и нравственного здоровья. Кроме того, многим

людям для достижения достаточного уровня качества жизни, недостаточно только отсутствия телесных недугов, им требуется ещё и душевная гармония с собой, близкими людьми и окружающим миром. Вот почему врач должен воспринимать пациента как единый биологический, физический и социальный объект во всех его достаточно сложных и многогранных взаимодействиях с окружающей средой.

Но именно здесь взаимоотношения пациента и врача в условиях бизнеса подвергаются серьёзным испытаниям, поскольку пациент в большинстве случаев не придерживался принципов «здоровьесохраняющего» поведения, а наоборот сохраняет за собой право на исповедование принципов «здоровьеразрушительного» поведения [2]. Такой образ жизни и приводит к формированию хронических болезней сочетающихся с осложнениями и инвалидностью. Врач, как производитель медицинских услуг в условиях рыночной экономики находится в довольно сложном положении. С одной стороны, как представитель общества и профессионал он должен придерживаться принципа «болезнь легче и дешевле предупредить, чем лечить», но с другой стороны он находится под давлением соблазна бизнеса, основанного на принципе «получение максимальной прибыли». И именно здесь срабатывает механизм це-

нообразования связанный с принципом, «чем тяжелее заболевание, чем больше осложнений, тем больше объем диагностических и лечебных мероприятий, а, следовательно, и отпускная цена медицинских услуг и возможность увеличить прибыль». На этом этапе во взаимоотношениях пациента и врача начинают доминировать экономические ценности, отодвигая на второй план моральные, которые до последнего времени рассматривались в отечественной медицине как абсолютный атрибут профессии медицинского работника.

В реформируемой российской медицине устойчивость абсолютных ценностей под влиянием рынка вызывает наибольшее количество опасений, а необходимость выработки цены на, «не имеющего ценника» здоровье, приводит к неясностям и социальным спорам по поводу справедливости формирующегося прейскуранта [21, 26]. Именно в медицине отсутствие материальной опоры формирования «справедливых цен» не позволяет сделать хоть какие-то предположения относительно механизма ценообразования [30]. В течение двух последних десятилетий работающие в государственных медицинских организациях врачи стали неформально оказывать платные услуги и столкнулись с необходимостью собственной выработки уровня цен. Поэтому в медицине предоставляющие услуги специалисты выступают в роли ценоустановителей, чье наличное знание о механизмах ценообразования может быть использовано для изучения



тех интерпретаций цены, которых придерживаются продавцы товаров и услуг [1, 15, 22].

В различных кодексах врачебной этики декларируется постулат: «Мотивы материальной, личной выгоды не должны оказывать влияния на принятие врачом профессионального решения» [3]. По мнению исследователей из экономически развитых стран вероятность подвергнуться одному из семи основных хирургических вмешательств, у обычного человека на одну треть выше у врача или члена его семьи. Это служит яркой иллюстрацией оппортунистического поведения в условиях асимметрии информации о рынке медицинских услуг [7]. Ведь медицинским работником в рыночных условиях движет не столько желание помочь пациенту, сколько стремление увеличить свою личную выгоду.

Однако взаимоотношения между пациентом и врачом в идеале должны строиться на взаимном доверии и честном отношении друг к другу, что в конечном итоге и определяется понятием совесть. В реальной ситуации большинству медицинских работников присуще наличие некоего внутреннего цензора, который помогает различать положительные и негативные аспекты в оценке его профессиональной деятельности. Для врача-профессионала очень важно научиться прислушиваться к голосу

внутри себя, заниматься самооценкой и следовать советам своей совести. Только это качество позволит в условиях бизнеса и рыночной экономики установить требуемый уровень доверия пациентов и их родственников. Как только уровень взаимного доверия между потребителем и производителем медицинских услуг снижается, возникает «плодородная почва» для формирования конфликта.

***История конфликта между пациентом и врачом.*** Конфликт – наиболее острый способ, разрешения значимых противоречий, возникающих в процессе взаимодействия людей, заключающийся в противодействии субъектов конфликта и обычно сопровождающийся негативными эмоциями. В медицине принято различать два основных вида конфликтов:

*I. межличностные конфликты, сторонами которых выступают медицинский персонал (врач) и пациент; врач и врач; врач и администратор;*

*II. межгрупповые конфликты, сторонами которых выступают администрация медицинской организации и пациент, врач и родственники пациента, администрация медицинской организации и пациент.*

Причины возникновения конфликтов в сфере производства медицинских услуг весьма разнообразны. В частности: организационные, экономические, деонтологические, диагностические, лечебные, профилактические, а также психологические.

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

Что же относительно современности, то конфликты различных уровней от межгосударственных конфликтов до конфликтов между отдельными людьми – это повседневная реальность. Что же относительно медицины, то производство медицинских услуг, как область, затрагивающая важнейшие интересы каждого человека по сохранению своей жизни и

здоровья, – не может существовать без конфликтов [4]. В защите этих интересов даже от воображаемой угрозы человек легко может перейти все разумные границы [12].

Если в здравоохранении СССР конфликтная ситуация получала развитие чаще всего только в личном общении пациента и врача с привлечением администрации лечебного учреждения в качестве арбитра, то в условиях либеральной трансформации российского общества, всё чаще и чаще случаи взаимного непонимания между пациентом и врачом, после серии мучительных экспертиз, в том числе и судебно-медицинских, – заканчиваются в судах. Пациенты и их родственники обычно негативно относятся к судебным разбирательствам и решениям судей, даже если дело решается в их пользу. А если дело разрешается в пользу медицинской организации или врача, то негативная реакция потребителей медицинских услуг и их родственников достигает своего пика, что иногда печально заканчивается для лечащего врача. Они подвергаются физическому воздействию (избиению) или даже убийству. По разным оценкам против медицинских работников ежегодно в России совершается около 100 000 преступлений [5, 20].

Но даже, если судебное дело разрешено в пользу медицинской организации или врача, оно все равно наносит ущерб их рыночной и профессиональной репутации, а также неизменно отнимает много времени и нервов. Как и многие болезненные ситуации, конфликт го-

раздо легче предупредить, чем прекратить, поэтому каждому практикующему врачу можно посоветовать проанализировать типичные конфликтные ситуации и заранее обдумать меры их первичной профилактики при общении с пациентами.

**Причины и стороны конфликтных ситуаций при производстве медицинских услуг.** В плане исследования причин зарождения и структурных конфликтов в медицине особый интерес представляет факт того, что сам по себе конфликт является неотъемлемым элементом развития общественных систем. Конфликты при производстве медицинских услуг – это своеобразный индикатор нерешенных проблем реформируемой системы здравоохранения в целом и отдельной медицинской организации в частности. В реальной ситуации производства медицинских услуг к сторонам конфликта следует отнести пациента, его родственников и производителя медицинских услуг (медицинский персонал и медицинская организация).

Первая сторона конфликта – пациент. При обращении за медицинской помощью он в большинстве случаев испытывает угрозу его базовым ценностям. Кроме того он испытывает страх (боязнь развития тяжелой болезни или смерти, потери работы и вероятность стать инвалидом), кроме того он испытывает страх

перед болезненными или эмоционально некомфортными лечебными или диагностическими манипуляциями, а также опасения по поводу непредвиденных и возможно немалых расходов, связанных с лечением. По мере снижения престижа медицинской профессии в современном обществе растёт уровень недоверия к отечественной медицине, что сопровождается высоким уровнем самолечения или «лечения по интернету», попытками направлять и контролировать работу врача. Дополняется это недостатком знаний о состоянии своего здоровья в сочетании с неадекватной информацией из непрофессиональных источников, что рождает ошибочное восприятие болезни, её течения и выливается в неудовлетворенность действиями врача.

Любое обращение за медицинской помощью сопровождается формированием у пациента банального физического дискомфорта. Болевые ощущения, головокружение, одышка, дискомфорт в сочетании с длительным ожиданием приема в некомфортных условиях искажает восприятие ситуации, ухудшает процессы торможения и повышает агрессивность [13]. Кроме того, многие патологические процессы напрямую влияют на центральную нервную систему. Пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной системы, анемиями испытывают хроническую гипоксию головного мозга, что неминуемо ведет к снижению уровня интеллекта и провоцирует формирование неадекватных реакций на происходящее, особенно во время обострений.

Также причиной повышенной раздражительности может являться обычная гипогликемия, нередкая в случаях, когда пациент пришел натошак сдавать анализы или обследоваться. Не стоит сбрасывать со счетов и состояние эндокринного статуса пациента, когда, как нормальные, так и патологические колебания уровня гормонов могут повышать конфликтность поведения.

Кроме того, существуют типичные возрастные изменения психики, часто включающие бред ущерба и преследования, «героем» которого может стать любой медицинский работник. Нельзя сбрасывать со счетов и алкогольную энцефалопатию, которая также часто становится причиной агрессивного и конфликтного поведения. И, наконец, следует принимать во внимание личностные особенности пациента. Есть больные, которые целенаправленно обращаются за медицинской помощью с целью организации конфликтной ситуации или скандала. Это, как правило, патологические кверулянты, находящие удовольствие в написании различного рода заявлений, жалоб и обращений. Среди пациентов часто встречаются пожилые или одинокие люди, испытывающие дефицит общения. Встречаются и «пациенты - консьюмеристы» (англ. *consumer* — *потребитель*) желающие разбогатеть путем получения компенсаций через суд, пыта-

ющиеся удовлетворять свои потребности за счет производителя.

Вторая сторона конфликта – медицинский работник (врач). Довольно часто он провоцирует пациента различными мелочами (опоздание, расстегнутый или несвежий халат, резкое приглашение в кабинет, разговор по телефону во время приема, что дополняется сложившимися стереотипами пациентов («врач хороший, только если он пожилой и опытный», «хороший хирург – обязательно мужчина» и др.). И в этом случае даже высококвалифицированный специалист, если это молодо выглядящий врач, будет, отвергнут вне зависимости от его действий и результатов. Дополняется это вечной нехваткой времени, которая возникает из-за дефицита кадров и нормативов, не учитывающих необходимость общения с пациентом. Таким образом, врач вынужден либо затягивать прием, уменьшая количество принимаемых пациентов и заставляя их ждать, либо подходить к осмотру упрощенно и формально, создавая у пациентов совершенно справедливое ощущение бессмысленности обращения за медицинской помощью. И тот и другой варианты формируют значительный конфликтный потенциал, что дополняется развитием у многих специалистов синдрома профессионального выгорания (равнодушие, индифферентность поведения, угрюмый характер, отсутствие реакции на замечания, негативное отношение к пациентам и т.п.).

Причиной этого синдрома у медицинских работников являются стрессы, средние по интенсивности и продолжительные по времени. Провоцируют стресс, как правило, перегрузки и высокий уровень ответственности перед пациентами, а также в отдельных случаях недостаточный уровень профессиональных навыков и социальная незащищенность [17]. Исследования показывают, что наиболее уязвимы те, кто реагируют на стресс агрессивно, несдержанно, хотят противостоять ему любой ценой, не отказываются от соперничества. Такие медицинские работники склонны недооценивать сложность стоящих перед ними задач и время, необходимое для их решения. Стрессогенный фактор вызывает у них чувство подавленности, уныния, из-за того что не удается достичь намеченного. Такому типу личности присущи две основные особенности: чрезвычайно высокая соревновательность и постоянное ощущение цейтнота. Подобные медицинские работники амбициозны, агрессивны, стремятся к высокому уровню достижений, загоняя при этом себя в жесткие временные рамки. Именно из этой группы специалистов не следует формировать персонал регистратур поликлиник, приемных отделений больниц, травмпунктов, станций СМП и других экстренных служб.

Профессиональное выгорание меньше касается людей, имеющих опыт успешного преодоления профессионального стресса и способных конструктивно меняться в напряженных условиях. Также стрессу более стойко противостоят люди, имеющие высокую самооценку и уверенность в себе, своих способностях и возможностях. Важной отличительной чертой людей, устойчивых к профессиональному выгоранию, является их способность формировать и поддерживать в себе позитивные, оптимистичные установки и ценности, как в отношении самих себя, так и других людей и жизни вообще.

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

① Обращение пациентки. *В ночь с 30 на 31.05.16 г. я проснулась от боли под лопаткой и в поясничном отделе справа, было трудно дышать, боль усиливалась на вдохе. Вызвали*

бригаду скорой медицинской помощи (СМП), после осмотра врач СМП поставил болеутоляющий укол и повёз в больницу. Зайдя в приёмное отделение, врач СМП передал персоналу сопроводительные документы, указав устно, что у меня пиелонефрит.

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

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

Материалы служебной проверки. В соответствии с письмом министерства здравоохранения Хабаровского края в

связи с жалобой на оказание медицинской помощи в «Больница» была проведена служебная проверка качества оказания медицинской помощи пациентке Ф.

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

Пациентка Ф., была доставлена в приёмное отделение «Больница» 31.05.2016 г. в 2 ч. 54 мин. бригадой скорой медицинской помощи. Во время оформления документов между пациенткой и медицинской сестрой возник конфликт, спровоцированный медицинской сестрой, которая задавала вопросы «почему пациентка обращается ночью, а не днём...» и по своему комментируя эмоциональные ответы пациентки, страдающей от острой боли. В дальнейшем пациентка была осмотрена дежурным урологом, который провёл необходимые исследования, установил диагноз, дал пациентке необходимые объяснения, назначил лечение. Пациентка отказалась от госпитализации, и в настоящее время получает лечение в амбулаторных условиях под наблюдением врачей поликлиники. Из телефонного разговора с заявительницей установлено, что никаких претензий к качеству медицинской помощи она не имеет.

Комментарий пациентки Ф. на полученный ответ. Вышеуказанная отписка мне не нужна, не присылайте, не нервнируйте, да и

*другого ответа я и не ждала, а зачем пишу – просто меня переполняет возмущение из-за унижений, полученных мною при обращении за медицинской помощью. Из-за подобных унижений люди в большинстве случаев лечатся самостоятельно, по интернету, самостоятельно обращаясь в аптеки и пр.*

Анализ данного случая оказания медицинской помощи пациентке Ф. указывает на то, что конфликтная ситуация сформировалась между потребителем и производителем медицинских услуг в условиях полного отсутствия контакта между пациенткой и медицинским персоналом приемного отделения больницы. Медицинская сестра приемного отделения, в рамках исполнения служебных обязанностей и работающая в режиме «сутки через сутки» (24 часа подряд) вырабатывает в неделю более 90 часов (вместо 40-50 часов по трудовому законодательству).

С другой стороны многие медицинские работники, большей частью врачи достаточно редких специальностей (нейрохирурги, колопроктологи, кардиохирурги, урологи и др.), затратив десятилетия на достижение необходимого уровня компетенций для осуществления профессиональной деятельности по избранной специальности в государственных медицинских организациях, сталкиваются с тем, что официальная оплата их

сложного и тяжелого труда не соответствует ожиданиям. Причем в частном секторе производство данного вида услуг практически не реализуется или реализуется крайне редко. Кроме того, если раньше врачи многопрофильных медицинских организаций были заинтересованы в оказании помощи пациентам по линии платных медицинских услуг, то в процессе модернизации отрасли здравоохранения объем доплат за производство данного вида услуг снизился, что отрицательно повлияло на число принимаемых больных. Уменьшение реальных доходов данной группы специалистов провоцирует рост неофициальных финансовых отношений между потребителями и производителями медицинских услуг. Причем многие пациенты искренне убеждены в том, что для получения качественной медицинской помощи необходимо «отблагодарить» врача. Заинтересованность обеих сторон в «платежах мимо кассы» приводит к возникновению самоорганизующейся системы неофициальных бизнес - отношений пациента и врача. Важным условием воспроизводства такого взаимодействия является традиция обращения к врачу по знакомству, в этом случае «рекомендатель» часто выступает в роли посредника, заранее оговаривая сумму оплаты медицинской услуги [8].

Многочисленные неофициальные контакты с пациентами в медицинских организациях различного уровня, привели нас к выводу о том, что мнение пациентов об уровне неофициальных платежей значительно критичнее

оценок лечащих врачей. Большинство потребителей медицинских услуг убеждены в том, что наряду с «мздоимцами», в больницах и поликлиниках работает много добросовестных врачей, готовых в любой момент оказать необходимую медицинскую помощь. Тем не менее, случаи, когда по формальным причинам госпитализация пациентов в специализированные отделения искусственно затягивается, не являются исключением из правил. Причем, как правило, этот процесс начинается уже в приемном отделении многопрофильной больницы.

© 13.09.2016 г. в администрацию городской больницы г. Хабаровска обратилась пациентка В. 03.06.1995 г.р., постоянно проживающая в г. Охотске Хабаровского края, которая дважды обращалась на консультативный приём к колопроктологам данной медицинской организации: 10.06.2016 г. (врач П.) и 07.08.2016 (зав. отд. Д.) по поводу нагнавшейся копчиковой кисты. В плановой госпитализации больной В. было отказано. При очередном обращении пациентки В. в колопроктологическое отделение 11.09.2016 г. (врач П.) диагностирован рецидив эпителиальных копчиковых ходов, однако в госпитализации вновь было отказано, но больная была проинформирована о возможности получить лечение в колопроктологическом отделении на платной основе.

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

Анализ клинической информации позволил экспертной комиссии установить следующее:

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



- ✓ *факт незаконного взимания денежных средств с пациентки В. не установлен.*

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

Анализ приведенной нами ситуации указывает на то, что это типичный пример современных взаимоотношений между пациентами и врачами. Он не является исключением из правил, поскольку ежегодно во многих медицинских организациях регистрируется десятки подобных случаев. Очевидно, что это связано с формированием системных предпосылок возникновения неформальных финансовых отношений между пациентом и врачом, которые отражают храни-

ческое недофинансирование производства медицинских услуг по программам государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и размывания границ между нравственной нормой и патологией у части медицинских работников. Кроме того, многие пациенты полагают, что если они финансово не интересуют лечащего врача, то просто не получают необходимой медицинской помощи.

По мнению специалистов занятых исследованием динамики взаимоотношений между пациентами и врачами, предельно часто в ответах опрашиваемых пациентов фигурирует аргумент: «без денег у нас ничего не делается». Этот тезис производители медицинских услуг расценивают как ложный стереотип, утверждая, что качество медицинских услуг зависит не от готовности пациента «отблагодарить», а от профессиональной компетенции врача [8]. К этому следует добавить и тревогу значительной части медицинских работников, которую вызывает падение престижа самой профессии врача, что, с одной стороны, обусловлено низким уровнем материального вознаграждения медицинских работников, а с другой – отношение к ним общества. Если ещё в начале своей профессиональной карьеры начиная с 1960-х годов было ощущение того, что врач воспринимается населением, своими пациентами как гуманист и подвижник, то сегодня, по мере рыночной трансформации отечественной медицины, он превращается в традиционного субъекта рыночных отношений – производителя услуг. Именно этот «произво-

датель услуг» воспринимается обществом, как своеобразный бизнесмен иделец, который во главу угла ставит свою выгоду и уже затем – здоровье пациента.

В то же время, было бы неправильным все проблемы взаимоотношений пациента и врача ставить в зависимость от проводимых рыночных преобразований отечественного здравоохранения. В этой связи следует указать на то, что если происходящие на федеральном уровне трансформации медицинского права, экономики производства медицинских услуг, системы медицинского страхования и др., направлены на улучшение взаимоотношений между потребителями и производителями медицинских услуг, то для реализации всех нововведений требуется ещё и инициатива на местах. Именно реализации этой инициативы пока не происходит [10].

Между тем максимальные права по модернизации системы регионального здравоохранения делегированы действующим законодательством региональным органам управления, большинство из которых пассивно ждет инициирования механизмов повышения доступности, качества и безопасности медицинской помощи в частности, в виде связи уровня оплаты труда медицинских работников с количественными и качественными характеристиками результатов их деятельности. Вероятно, что значительная часть

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

③ *Пациентка А. 54 лет, после обращения за медицинской помощью в травматологический пункт офтальмологического отделения городской многопрофильной больницы 10.04.15 в 16.30 с жалобами на боли в глазу, написала заявление в вышестоящие инстанции о «хамском» отношении к ней дежурного врача, который отказал ей в медицинской помощи, по экстренным показаниям ссылаясь на формальные причины. Причем причину своего обращения в травматологический пункт, работающий круглосуточно, пациентка объяснила тем, что по служебным обстоятельствам в течение рабочего времени не смогла попасть на приём офтальмолога в поликлинику по месту жительства.*

Проведенная внутренняя экспертиза данного случая показала следующее:

- ✓ *дежурный офтальмолог П. причиной отказа в медицинской помощи назвал «плановое кварцевание кабинета» для приема больных и допустил развитие конфликтной ситуации вступив в спор о регламенте работы служебных помещений с пациенткой, в ходе которой, по его мнению, были допущены резкие высказывания с обеих сторон;*

- ✓ *пациентка А. покинула травм-пункт, не будучи осмотренной, не получила рекомендаций по лечению и обследованию, что могло угрожать ей расстройством зрения в последующем;*
- ✓ *дежурный офтальмолог П. не сделал соответствующей записи в журнале обращений;*
- ✓ *объективных уважительных причин отказа в экстренной помощи пациентке А. со стороны дежурного офтальмолога в травматологическом пункте нет, что свидетельствует о неисполнении им своих должностных обязанностей.*

Анализ формирования данного конфликта в очередной раз подтверждает информацию о том, что конфликтное поведение среди пациентов присуще лицам предпенсионного или пенсионного возраста, обладающим невысоким уровнем образования, неустроенной личной жизнью, имеющим мало комфортные бытовые условия [13]. Среди них значительна доля тех, кто, несмотря на неудовлетворительное состояние здоровья, вынуждены работать сверх обычной нормы нагрузки (40 часов в неделю), установленной по специальности или возрасту, что затрудняет предоставления им меди-

цинской помощи в плановом порядке. Кроме того, субъектами конфликтов в медицинской практике чаще становятся граждане с низким уровнем доходов, ограничивающим их возможности в получении оплачиваемых (или частично оплачиваемых) видов медицинской помощи и лечения эффективными лекарственными средствами.

Что же относительно медицинского персонала, то по нашему мнению, большая его часть полагает, что они вкладывают больше в своих пациентов, чем получают в ответ в форме эффективной оплаты труда, позитивной обратной связи и благодарности [18]. Причем именно у этих групп персонала чаще наблюдается высокий уровень эмоционального истощения, деперсонализации и редукций личных достижений, что отрицательно отражается на системе взаимоотношений с пациентами и становится причиной конфликта.

④ *Пациент М. 74 лет обратился в администрацию многопрофильной больницы с жалобой на ненадлежащие, по его мнению, действия медицинского персонала приемного отделения, которые по формальным причинам задержали его плановую госпитализацию на 10 дней. В связи с обращением пациента М. 13.03.16 была проведена служебная проверка, в результате которой было выяснено следующее:*

- ✓ *пациент М. был записан на плановое лечение в офтальмологическое отделение на 29.01.2016г., после предшествующего курса в июле 2015 г.,*

по поводу частичной атрофии зрительного нерва, первичной открытоугольной глаукомы 2А левого глаза, терминальной оперированной глаукомы правого глаза;

- ✓ при поступлении в офтальмологический стационар больным были предоставлены необходимые документы и результаты обследования, однако ЭКГ от 15 января 2016 г. не была описана в территориальной поликлинике, кроме того в заключении лечащего врача по месту жительства пациента не было проведено соответствующего лечение сердечно-сосудистых заболеваний, что явилось причиной задержки госпитализации в офтальмологическое отделение;
- ✓ по согласованию с администрацией больницы был организован осмотр терапевтом, описана ЭКГ, даны рекомендации по лечению и пациент был госпитализирован в профильное отделение на плановое лечение;
- ✓ с целью стабилизации патологического процесса, улучшение трофики глазного дна, норма-

лизация глазного давления проведена комплексная терапия, в результате которой внутриглазное давление снизилось соответственно стадии глаукомы;

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

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

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

Врач приемного отделения находится в достаточно жестких рамках исполнения должностных обязанностей, организационных и

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

### **Заключение**

Рыночные реформы в отрасли здравоохранения изменил основы взаимоотношений между пациентом и врачом. Либеральная трансформация производства товаров и услуг в России привела к тому, что медицинская помощь населению превратилась в производство медицинских услуг, стала частью бизнеса со всеми его атрибутами: производство, ценообразование, взаимодействие спроса и предложения, купля и продажа. Доверительные отношения между пациентом и врачом остались в прошлом, сменившись на взаимоотношения покупателя и продавца. Если в прошлые годы врач воспринимался населением и своими пациентами как гуманист и подвижник, то сегодня, по мере рыночной трансформации

отечественной медицины, он превратился в традиционного субъекта рынка – производителя медицинских услуг.

Именно этот «производитель услуг» воспринимается обществом, как своеобразный бизнесмен и делец, который во главу угла ставит свою выгоду и уже затем – здоровье пациентов. Противоречия взаимоотношений между пациентом и врачом во многих случаях оканчиваются формированием конфликтной ситуации, которая сопровождается негативными эмоциями с обеих сторон. Анализ сути большинства конфликтов приводит к выводу о том, что происходящее столкновений мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий в ходе конфликта, в первую очередь связано с дефицитом информации и низкого уровня терпимости с обеих сторон. Конфликты при производстве медицинских услуг – это своеобразный индикатор нерешенных проблем реформируемой системы здравоохранения в целом и отдельной медицинской организации в частности.

### **Список литературы**

1. Аристова Е.В., Волков Д.В. Проблемы и перспективы развития рынка платных медицинских услуг. Вестник Костромского государственного университета. - 2012. Т. - 18.- №2. - С. 207-209.
2. Атмайкина О.В., Блинов Д.С., Котляров А.А., Крутов В.В., Цыбусов А.П. Управление здоровьесохраняющим поведением россиян. Материалы VIII Всероссийского

- форума «Здоровье нации – основа процветания России», Москва. - 2014 - С. 10-12.
3. Бегун Т. В., Бегун Д. Н. Современные проблемы менеджмента в здравоохранении // Молодой ученый. — 2017. — №22. — С. 416-418.
  4. Вирченко Ю.А. Урегулирование конфликтных ситуаций между учреждениями здравоохранения и гражданами посредством медиативных процедур: Междунар. конгресс по здравоохран. праву стран СНГ и Вост. Европы, 7 - 9 нояб. 2012 г.: Сб. тез. докл. М., - 2012. - С. 49 - 50.
  5. Власова И. Скорые на расправу. Газета «Версия» № 29. 31.07.2017. <https://versia.ru/gazeta-nasha-versiya-29-ot-31-iyulya-2017>.
  6. Гончарова Д.И. Расследование преступлений совершаемых медицинскими работниками // Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки: сб. ст. по мат. XXIX междунар. студ. науч.-практ. конф. № 2(29). URL: [http://sibac.info/archive/guman/2\(29\).pdf](http://sibac.info/archive/guman/2(29).pdf).
  7. Григорьева Н.С. Формы проявлений оппортунистического поведения. Современные исследования социальных проблем. (Электронный научный журнал) №3 (47). 2015.
  8. Григорьев М.С., Гриб В.В., Вахнина Н.А. Коррупция в сфере медицинских услуг России. Фонд исследования проблем демократии. Москва. 2012. 165 с. URL: [www.democracyfund.ru](http://www.democracyfund.ru).
  9. Дьяченко В.Г., Солохина Л.В., Дьяченко С.В. Управление качеством медицинской помощи. Учебник: Издательство ГБОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет, 2013 - 486 с.
  10. Дьяченко С.В., Дьяченко В.Г. Современный мир взаимоотношений врача и пациента . [Философские проблемы биологии и медицины](#). Сборник статей. МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Московское философское общество. Изд.: ООО "Навигатор" (Москва) 2015. С. 42-45.
  11. Дьяченко С.В. Дьяченко В.Г. Об истоках социального неравенства при обеспечении дальневосточников медицинской помощью// Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электронный научный журнал] 2015 - №2. URL.:<http://www.fesmu.ru/voz/20152/2015201.aspx>.
  12. Ениколопов, С. Н. Понятие агрессии в современной психологии / С. Н. Ениколопов // Прикладная психология. — 2001. — № 1. — С. 60-72.

13. Ениколопов С. Н. Психология враждебности в медицине и психиатрии // *Терапия психических расстройств*. 2007. № 1. — с. 18-22.
14. Жарова, М. Н. Моральная ответственность в профессиональной деятельности медицинских работников / М. Н. Жарова // *ГлавВрач*. – 2011.- №1.- С. 73-81.
15. Кадыров Ф.Н. Ценообразование медицинских и сервисных услуг учреждения здравоохранения. М.: Грантъ, 2001. - С.214-215.
16. Прихода И.В., Рыбальченко А.А. Основы медицинской этики и деонтологии//ППМБПФВС.2009.№8.URL:<http://cyberleninka.ru/article/n/osnovy-meditsinskoj-etiki-i-deontologii>.
17. Самоукина Н.В. Синдром профессионального выгорания, «Медицинская газета» №43 – 8 июня 2005 г. «Синдром эмоционального выгорания»
18. Столяров С. А. Зависимость оплаты труда врачей от овладения ими новыми медицинскими технологиями. «Экономические аспекты здоровья и здравоохранения». Всеросс. научно-практ. конф.. Сборн. Научн. трудов. ФГУ «ЦНИИОЗ». — Москва, 2011.
19. Столяров С. А., Госсен И. Е. Менеджмент в здравоохранении — актуальная составляющая современного управления // *Современные проблемы науки и образования*. — 2015. — № 5. — URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=22473>
20. Хрустик Светлана. Норильская трагедия. Почему недовольный пациент застрелил врача. *АиФ на Енисее* № 42 (1875) 20.10.2016.
21. Эггертссон Т. Экономическое поведение и институты. / Пер. с англ. - М.: Дело, 2001. - 408 с.
22. Callon, M. Introduction / Callon, M. (ed.). *The Law of Markets*. Oxford: Blackwell. 1998.
23. Enthoven A.C., Singer S.J., Managed competition and California's health care economy. «Health affairs», 1996, № 15(1). – P. 39-57
24. Karsh B-T, Holden RJ, Alper SJ, et al. A human factors engineering paradigm for patient safety: designing to support the performance of the healthcare professional. *Qual Saf Health Care* 2006;15:i59–65.
25. Katrova L.G., Freed J.R., Coulter I.D. Doctor-patient relationship in global society. Informed consent in dentistry // *Folia Med. (Plovdiv)*. 2001. - 43 (1 -2).-P. 173-176.
26. Morgan M. *The doctor-patient relationship. / Sociology as applied to medicine* ed. by Graham Scambler. - London, Bailliere Tindall.1991. P. 52.

27. Nolan T. W. «Quality as an Organizational Strategy» Paper presented at Philadelphia Annual Quality Conference: Philadelphia Area Council for Excellence, May 1990.
28. Stavros A. Antoniou George A. Antoniou Frank A. Granderath Anna Mavroforou Athanasios D. Giannoukas Athanasios I. Antoniou. Reflections of the Hippocratic Oath in Modern Medicine. World Journal of Surgery. December 2010, Volume 34, Issue 12, pp 3075–3079
29. World Bank. World development report 1999/2000. Entering the 21st Century. Washington D.C.: Oxford University Press. 2000
30. Zelizer V. Human values and the market: the case of life insurance and death in 19th – century America// The American Journal of Sociology. 1978., Vol.84, No.3, p. 591-610.